

# Wpływ terapii hormonalnej na styl poznawczy i depresję kobiet w okresie menopauzy

## *The influence of hormone therapy upon cognitive style and depression in menopausal women*

Karolina Janicka

Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki; dyrektor Instytutu: prof. dr hab. Eleonora Bielawska-Batorowicz

Przeгляд Menopauzalny 2008; 2: 61–68

### Streszczenie

Praca ma na celu ocenę współwystępowania depresji i menopauzy u kobiet, w tym: 1) różnic w występowaniu i nasileniu objawów depresyjnych między kobietami poddawanymi i niepoddawanymi terapii hormonalnej; 2) zależności pomiędzy objawami menopauzalnymi a objawami depresyjnymi; 3) zależności pomiędzy stylem poznawczym a objawami depresyjnymi.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 60 kobiet w okresie menopauzy (30 kobiet leczonych i 30 nieleczonych hormonalnie). Średnia wieku badanych – 56,5 roku. Częstość i intensywność objawów menopauzalnych mierzono za pomocą *Skali Greene'a* i kwestionariusza *Zdrowie kobiet* (WHQ) Hunter. Do pomiaru symptomów depresyjnych użyto *Inwentarza depresji* (BDI) Becka, a do określenia błędów w przetwarzaniu informacji wykorzystano *Kwestionariusz stylu poznawczego* (KSP) Wilkinsona i Blackburn.

**Wyniki:** Istnieją różnice w występowaniu i nasileniu objawów depresyjnych między kobietami poddawanymi terapii hormonalnej a kobietami niestosującymi jej. Więcej objawów depresyjnych i bardziej nasilonych występuje u kobiet pozbawionych terapii hormonalnej. Depresja wiąże się tu ze sposobem spostrzegania i oceniania własnej osoby oraz przewidywanej przyszłości.

**Wnioski:** Wyniki badań jednoznacznie wskazują na zasadność stosowania terapii hormonalnej, która obniża objawy menopauzalne, co wpływa na pozytywne postrzeganie własnej osoby oraz przyszłości, chroniąc jednocześnie kobiety przed występowaniem depresji.

**Słowa kluczowe:** depresja, poznawcza teoria depresji, terapia hormonalna (HT)

### Summary

The paper is aimed at assessing co-occurrence of depression and menopause in women, including: 1) differences in occurrence and intensity of depressive symptoms in women subjected to hormone therapy and those not subjected; 2) dependencies between menopausal and depressive symptoms; 3) dependencies between cognitive style and depressive symptoms.

**Material and methods:** The research involved 60 menopausal women (30 women treated with hormones and 30 women without such treatment). The mean age of the examinees was 56.5. The frequency and intensity of menopausal symptoms were measured with the scale by Greene and the Women's Health Questionnaire (WHQ) by M. Hunter. For measurement of depressive symptoms the Beck Depression Inventory (BDI) was used, and mistakes in information processing were defined using the Cognitive Style Questionnaire by Wilkinson and Blackburn.

**Results:** There are differences in the occurrence and intensity of depressive symptoms between women subjected to hormone therapy and those who do not use this type of therapy. More depressive symptoms and more intense ones are observed in women with no hormone therapy. In their case depression is linked to the way they perceive and evaluate themselves and their envisaged future.

**Conclusions:** The research results point explicitly to the legitimacy of using hormone therapy, which reduces menopausal symptoms and thus influences positive perception of oneself and the future, and simultaneously protects women from depression.

**Key words:** depression, cognitive theory of depression, hormonal therapy (HT)

Adres do korespondencji:

mgr **Karolina Janicka**, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki, ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź, e-mail: karolina.o.janicka@wp.pl

## Wstęp

Współczesna kobieta realizuje wiele ról i zadań życiowych. Jej zdrowie i dobre funkcjonowanie jest ważne nie tylko ze względu na indywidualne potrzeby, ale również ze społecznego punktu widzenia. Tym bardziej że znaczącą część społeczeństwa stanowią kobiety w średnim wieku, co wiąże się ze zwiększonym zakresem ról i obowiązków. Dojrzała kobieta to kobieta tzw. generacji kanapkowej – funkcjonująca jako matka dorastających dzieci, żona, pracownik oraz opiekunka starszej generacji. To przeładowanie rolami oraz okres menopauzalny mogą przyczynić się do trudności w funkcjonowaniu psychicznym i somatycznym, uwidocznionych w postaci objawów depresyjnych [1]. Depresja definiowana jest jako *zaburzenie życia uczuciowego i emocjonalnego, którego osiowym objawem jest dominujące uczucie smutku, przygnębienia, zniechęcenia oraz ujemny ton uczuciowy towarzyszący ogółowi przeżyć. W stanie takim ma miejsce obniżenie lub niezdolność do przeżywania uczuć radości, satysfakcji, przyjemności* [2].

Depresja występuje zdecydowanie częściej u kobiet niż mężczyzn. Różnice te mogą być spowodowane pewną podatnością biologiczną i uwarunkowaniami społecznymi. Zwiększona podatność kobiet na depresję zaczyna się w okresie dojrzewania i wiąże się ze zmianami hormonalnymi. Do kolejnych przelotów hormonalnych w organizmie kobiety dochodzi w czasie ciąży, porodu oraz menopauzy [3–5].

Psycholodzy w różny sposób starają się wyjaśnić występowanie depresji. Z perspektywy poznawczej wszelkie nieprzystosowawcze emocje i zachowania są wywołane zakłóceniami w myśleniu i przetwarzaniu informacji. Błędne przetwarzanie informacji skutkuje pojawieniem się różnego rodzaju psychopatologii oraz bierze udział w utrzymywaniu pewnych zaburzeń. Osoby w depresji wykazują zmiany w zakresie pamięci. Ze wszystkich wspomnień najlepiej pamiętają i przywołują w pamięci te negatywne. Pomaga im to wzmocnić lub podtrzymać istniejący już stan depresyjny. Psycholodzy poznawczy zakładają, że aby móc zrozumieć zaburzone zachowanie danej osoby, należy najpierw poznać i zrozumieć jej zniekształcone przekonania [6, 7].

Zgodnie z koncepcją poznawczą depresji Becka patologia powstaje na skutek rozbieżności pomiędzy tym, co osoba postrzega, a stanem obiektywnym. *Zaburzenia są więc wynikiem nieracjonalnych schematów pojawiających się pod postacią automatycznych myśli, które zawierają interpretacje zdarzeń, własnego zachowania, przewidywania konsekwencji oraz końcowe stwierdzenie dotyczące własnej osoby* [8]. Specyficznie dokonywana przez osobę konceptualizacja zdarzeń sprawia, że jej reakcje stają się dysfunkcyjne. Myśli generują emocje, które z kolei wpływają na zachowanie [9].

Beck do czynników podatności wystąpienia i utrzymania się depresji zalicza silne przekonanie o własnej

niekompetencji lub poczucie straty oraz przecenianie pewnych zjawisk. Przekonania charakterystyczne dla depresji można podzielić na przekonania o własnej bezradności i o byciu niekochanym. Niektóre rodzaje wcześniejszych doświadczeń kształtują dysfunkcyjne założenia, które aktywizują się pod wpływem potwierdzających je w późniejszym życiu krytycznych wydarzeń. Uaktywnione dysfunkcyjne założenia wywołują automatyczne myśli negatywne, które z kolei mogą wywołać objawy depresji. Objawy depresyjne (behawioralne, motywacyjne, afektywne, poznawcze, somatyczne) utrwalają natomiast automatyczne myśli negatywne [10].

Beck zauważył, że automatyczne myśli negatywne mogą dotyczyć trzech sfer doświadczeń, które nazwał negatywną triadą poznawczą. Na negatywną triadę poznawczą składają się negatywne myśli o samym sobie, otaczającym świecie, własnej przyszłości [6, 7].

Osoby z depresją, zanim jeszcze pojawi się choroba, wykazują zaburzenia wiedzy w postaci negatywnego obrazu siebie, własnych doświadczeń, otoczenia oraz negatywnego poglądu na temat własnej przyszłości. *Osoby takie oceniają negatywnie swoje postępowanie, wysiłki i szanse, że cokolwiek czynią, nie może to im przynieść sukcesu, są przekonane, że zawsze znajdują się na straconej pozycji i z góry są skazane na przegraną* [11].

Ze względu na nietypowy obraz kliniczny depresja okresu menopauzalnego nosi nazwę depresji maskowej. Jest ona dość powszechna w okresie klimakterium, m.in. ze względu na duże podobieństwo objawów niedoboru estrogenów i depresji. Zarówno w jednym, jak i drugim przypadku pojawiają się zazwyczaj bezsenność, zmiany nastroju, niepokój, drażliwość, trudności z koncentracją, pamięcią, utrata libido [12, 13].

Koncepcje wyjaśniające występowanie depresji w okresie okołomenopauzalnym można podzielić na odwołujące się do mechanizmów biologicznych (hipotezy biomedycznej, domina) i wskazujące wpływ uwarunkowań psychospołecznych (teorie psychoanalityczna, psychospołeczna) [4, 14].

Hipoteza biomedyczna zakłada, że spadek estrogenów ma bezpośredni związek z procesami biochemicznymi w mózgu, które prowadzą do depresji [4, 14]. Zaburzenia nastroju mogą być spowodowane zakłóceniem równowagi substancji neuroprzebieżnikowych, które regulują i pośredniczą w czynnościach komórek nerwowych (neuronów) w mózgu. Depresja jest wywołana niedoborem serotoniny i/lub norepinefryny [5, 6]. Według hipotezy domina zmiany hormonalne pojawiające się w okresie menopauzy wywołują objawy wazomotoryczne. Objawy te, gdy uzyskają dużą częstotliwość i intensywność, powodują poczucie zmęczenia i zaburzenia snu, a to z kolei wpływa na drażliwość i obniżenie nastroju. Zgodnie z tą koncepcją, depresja pojawia się nie na skutek obniżenia poziomu estrogenów, ale konsekwencji w postaci zaburzeń snu wywołanych uderzenia-

mi gorąca i poceniem się [4, 14]. Wykazano, że kobiety w okresie przekwitania są mniej zadowolone z ilości i jakości snu, a im większe jego zaburzenia, tym bardziej nasilona depresja [4, 14].

Hipoteza psychospołeczna wyklucza bezpośredni związek między menopauzą a depresją. Klimakterium jest to trudny okres, obfitujący w wiele życiowych zmian. Dzieci dorastają, usamodzielniają się, odchodzą z domu, pojawiają się problemy z własnym zdrowiem, ze zdrowiem małżonka, rodziców lub ich śmierć. Zdarzenia te i towarzyszący im stres zwiększają ryzyko zachorowania na depresję [4, 13, 14].

Udaną próbą integracji wszystkich czynników warunkujących depresję stał się model psychospołecznej podatności Greene'a. Zdaniem autora, kobiety z klimakterium są bardziej narażone na depresję, ponieważ zmiany hormonalne destabilizują ośrodkowy układ nerwowy. Jednak dopiero pojawienie się pewnych uwarunkowań psychospołecznych, takich jak negatywne zdarzenia życiowe i negatywna postawa wobec menopauzy i starzenia się, prezentowane w danej kulturze, mogą wywołać depresję [14]. Greene mówi o menopauzalnej podatności na depresję, którą definiuje jako współdziałanie trzech rodzajów oddziaływań:

- mechanizmu hormonalnego – niski poziom estrogenów i związane z nim objawy (estrogeny wpływając na neurotransmittery, regulują pracę układu limbicznego i hipokampa, obniżając nastrój, zmniejszając zdolność radzenia sobie i zwiększając podatność na zmiany emocjonalne, głównie w przypadku znalezienia się w trudnej sytuacji życiowej);
- mechanizmu psychospołecznego – indywidualny, ale ukształtowany społecznie pogląd dotyczący menopauzy i postawa wobec niej (im bardziej negatywne wyobrażenia i oczekiwania wobec menopauzy, tym większe ryzyko pojawienia się negatywnych jej skutków, trudności w radzeniu sobie z nimi i obniżonego nastroju);
- stresu – doświadczanie oddziaływania licznych stresorów w postaci znalezienia się w trudnych sytuacjach życiowych bez wsparcia społecznego [15].

Można mówić o bezpośrednim lub pośrednim oddziaływaniu ww. czynników na depresję. Wysoki poziom stresu może w sposób bezpośredni przyczyniać się do obniżania nastroju. W pośrednim oddziaływaniu stres intensyfikuje jedynie objawy menopauzalne lub negatywną postawę wobec menopauzy, które to warunki kują depresję. Działanie pośrednie mogą mieć też negatywne przekonania, które wzmacniają koncentrację na odczuwalnych dolegliwościach menopauzalnych, zwiększając przy tym ich uciążliwość [15].

W leczeniu depresji najlepsze rezultaty osiągalne są wówczas, jeżeli środki farmakologiczne uzupełnia psychoterapia [5, 6]. Za szczególnie skuteczną uznaje się terapię poznawczą, mającą na celu zidentyfikowanie i korektę błędów w myśleniu i dysfunkcyjnych schematów będących źródłem depresji [7, 16].

Terapia hormonalna (HT) służy uzupełnianiu brakujących hormonów w organizmie kobiety [17]. Dotychczasowe badania nie wykazały istotnego działania przeciwdepresyjnego ani szkodliwości tego rodzaju terapii. Okazuje się jednak, że w przypadku terapii długoterminowej może ona poprawiać funkcjonowanie psychiczne kobiety w okresie menopauzy, głównie poprzez usunięcie lub osłabienie objawów wypadowych [12, 18]. Terapia hormonalna jest nieskuteczna w przypadku leczenia depresji wywołanej trudnościami natury psychologicznej, jakie mogą pojawić się w okresie menopauzy [19].

## Cel pracy

Celem badań była ocena współwystępowania depresji i błędów w myśleniu z menopauzą oraz skuteczności stosowania wobec nich terapii hormonalnej. Sformułowano trzy pytania.

1. Czy są różnice w występowaniu i nasileniu objawów depresyjnych u kobiet poddawanych i niepoddawanych hormonalnej terapii zastępczej?
2. Czy występują zależności pomiędzy objawami menopauzalnymi a objawami depresyjnymi?
3. Czy występują zależności pomiędzy sposobem spostrzegania i oceniania własnej osoby, otaczającego świata, przewidywanej przyszłości a objawami depresyjnymi u badanych kobiet?

## Materiał i metody

Zbadano 60 kobiet (średnia wieku 56,5 roku), pacjentki Poradni Menopauzy Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Analizie zostały poddane wyniki 30 kobiet, które leczono hormonalnie. Grupę kontrolną stanowiło 30 kobiet niestosujących tego rodzaju terapii. U żadnej z badanych kobiet nie stwierdzono oznak zaburzeń i patologii, które mogłyby wpłynąć na wyniki mierzonych zmiennych.

Zastosowano następujące metody badawcze: *Skalę Greene'a*, kwestionariusz *Zdrowie kobiet* (WHQ) Hunter, *Kwestionariusz stylu poznawczego* (KSP) Wilkinsona i Blackburna, *Inwentarz depresji* (IDB) Becka.

*Skala Greene'a* i kwestionariusz *Zdrowie kobiet* Hunter służą do badania występowania objawów menopauzalnych oraz stopnia ich nasilenia. *Skala Greene'a* obejmuje 21 objawów, które są przyporządkowane skalom objawów psychologicznych, która może być dzielona na lęk i depresję; somatycznych, wazomotorycznych i zaburzeń seksualnych [19]. Rzetelność *Skali Greene'a* określono poprzez 2-krotne przebadanie 50 kobiet menopauzalnych w ciągu 2 tyg. Dla poszczególnych skal współczynnik rzetelności przyjął określone wartości: skala objawów psychologicznych – 0,87, skala objawów somatycznych – 0,84, skala objawów wazomotorycz-

nych – 0,83. Wyniki te są statystycznie istotne. Trafność skali sprawdzano metodą trafności diagnostycznej. Symptomy, które zostały potwierdzone przez inne badania, były statystycznie istotne i zostały umieszczone w ostatecznej wersji skali [20].

Kwestionariusz *Zdrowie kobiet* (WHQ) Hunter służy do pomiaru objawów emocjonalnych i fizycznych kobiet w wieku 45–65 lat. Poszczególne twierdzenia tworzą skale nastroju depresyjnego, symptomów somatycznych, pamięci/uwagi, objawów wypadowych, niepokoju, funkcjonowania seksualnego, zaburzeń snu, miesiączkowania, atrakcyjności. Kwestionariusz *Zdrowie kobiety* umożliwia obliczenie także wskaźnika całkowitego ZDR-G. Jest on sumą wszystkich uzyskanych punktów [21]. Metoda ta, podobnie jak *Skala Greene'a*, dostarcza klasyfikacji symptomów w grupy objawów somatycznych, wazomotorycznych i psychologicznych. Kwestionariusz *Zdrowie kobiety* umożliwia jednak bardziej dokładne określenie fizycznych i psychicznych dolegliwości, ponadto jest bogatszy o pytania dotyczące doświadczeń seksualnych i menstruacyjnych [21]. Współczynnik rzetelności  $\alpha$  Cronbacha dla tej metody mieści się w przedziale 0,69–0,96 [21]. Oceniając trafność kwestionariusza w zakresie badania depresji i złości, metodę tę porównano z 30 pytaniami GHQ – *General Health Questionnaire*. Współczynnik korelacji dla depresji wyniósł 0,81, a dla złości 0,46 [21].

*Kwestionariusz stylu poznawczego* (KSP) odnosi się do depresyjnej triady poznawczej. Bada wadliwe przetwarzanie informacji, najbardziej powszechne wśród chorych na depresję, błędy myślenia, a także depresyjny styl atrybucyjny. Zawiera krótkie opisy 30 sytuacji życiowych dotyczących spostrzegania i oceny własnej osoby, spostrzegania i oceny otaczającego świata, przewidywania i oceny przyszłości. Na ogólny wynik składają się sumy punktów otrzymane za odpowiedzi w trzech rodzajach sytuacji odnoszących się do poszczególnych składowych triady poznawczej ja, otaczający świat, przyszłość [22].

*Inwentarz depresji Becka* (BDI) służy do pomiaru aktualnie odczuwanych trudności związanych z depresją. Autorka niniejszej pracy w badaniach posłużyła się 21-objawową wersją tego narzędzia, która mierzy następujące objawy: smutek, pesymizm, poczucie niewydolności, utratę satysfakcji, poczucie winy, poczucie kary, brak akceptacji siebie, samooskarżanie, pragnienie śmierci, płaczliwość, drażliwość, wycofanie się ze związków społecznych, brak decyzji, zmiany w obrazie ciała, niezdolność do pracy, zaburzenie snu, zmęczenie, utratę łaknienia, zmniejszenie masy ciała, dolegliwości somatyczne, utratę zainteresowania płcią przeciwną. Pomiar rzetelności dotyczył określenia zgodności wewnętrznej BDI. Współczynnik rzetelności dla części inwentarza wyniósł 0,86, przy wskaźniku Spearmana i Browna wynoszącym 0,93. Podwójne badanie z udziałem pacjentów niepsychiatrycznych wykazało, iż rzetelność *Inwentarza depresji Becka* mieści się w przedziale 0,60–0,90. We

wstępnych badaniach Gastona-Johnsona i wsp., w których wzięli udział odbiorcy transplantacji szpiku kostnego, wskaźnik Cronbacha wyniósł 0,84. Trafność BDI przyjmuje wartości 0,61–0,66. Trafność teoretyczna została dowiedziona poprzez zbadanie korelacji z *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory* – podskalą depresji, która okazała się również wysoka i wynosiła 0,75 [23].

## Wyniki

### Objawy depresyjne u kobiet poddawanych i niepoddawanych terapii hormonalnej

W celu odpowiedzenia na pytanie, czy istnieją różnice w występowaniu i nasileniu objawów depresyjnych między kobietami stosującymi terapię hormonalną a kobietami niestosującymi tego rodzaju terapii, wykorzystano test t-Studenta. Porównując średnie ogólne wymiaru depresji oraz jej poszczególnych objawów w obu grupach, uzyskano wyniki, które przedstawiono w tab. I.

Ogólny wskaźnik depresji okazał się istotnie wyższy u kobiet nieleczonych w porównaniu z kobietami stosującymi terapię hormonalną. Jednocześnie nie wszystkie badane objawy depresji różnicują obie grupy kobiet. Okazało się, że istotne różnice dotyczą takich objawów, jak poczucie niewydolności, poczucie kary, samooskarżanie się, płaczliwość i wycofywanie się ze związków społecznych. Symptomy te nasilone są wyraźniej w grupie kobiet bez terapii hormonalnej. Należy wnioskować, że terapia hormonalna osłabia objawy depresji u kobiet.

### Objawy menopauzalne a depresja

Wyniki badań własnych wskazują na współwystępowanie objawów menopauzalnych z depresyjnymi. Miary współzależności i siły związku badanych zmiennych, określone przy zastosowaniu współczynnika korelacji r Pearsona, przedstawiono w tab. II, III.

U kobiet stosujących terapię hormonalną występują istotne zależności między depresją a objawami menopauzalnymi (mierzonymi kwestionariuszem *Zdrowie kobiet*), takimi jak obniżony nastrój, symptomy somatyczne, mniejsze możliwości pamięci i uwagi, objawy wypadowe, niepokój, zaburzenia snu i miesiączkowania oraz poczucie niskiej atrakcyjności. W mniejszym stopniu, ale równie istotna, okazała się zależność między depresją a funkcjonowaniem seksualnym w tej grupie kobiet.

U kobiet niestosujących terapii hormonalnej również stwierdzono istotne zależności między depresją a objawami menopauzalnymi – obniżony nastrój, niepokój i zaburzenia snu. W tej grupie kobiet dominują zależności na niższym poziomie istotności między depresją a symptomami somatycznymi, problemami

Tab. I. Występowanie i nasilenie objawów depresyjnych u kobiet z menopauzą poddawanych i niepoddawanych terapii hormonalnej

	Kobiety leczone terapią hormonalną n=30		Kobiety bez terapii hormonalnej n=30		t	p
	średnia (M)	odchylenie standardowe	średnia (M)	odchylenie standardowe		
BDI	9,53	7,21	15	11,19	-2,24	-0,02
smutek	0,53	0,62	0,6	0,67	-0,39	NS
pesymizm	0,77	0,56	0,87	0,68	-0,61	NS
poczucie niewydolności	0,37	0,66	0,8	0,88	-2,13	0,03
utrata satysfakcji	0,57	0,77	0,7	0,91	-0,6	NS
poczucie winy	0,57	0,62	0,7	0,79	-0,72	NS
poczucie kary	0,17	0,37	0,57	0,89	-2,24	0,02
brak akceptacji siebie	0,3	0,53	0,57	0,56	-1,87	0,06
samooskarżenie	0,23	0,56	0,63	0,8	-2,21	0,03
pragnienie śmierci	0,07	0,25	0,17	0,37	-1,2	NS
płaczliwość	0,27	0,45	0,87	1,19	-2,57	0,01
drażliwość	0,57	0,85	1	1,08	-1,71	0,09
wycofanie ze związków społecznych	0,33	0,6	0,7	0,83	-1,94	0,05
brak decyzji	0,6	0,67	0,97	0,8	-1,9	0,06
zmiany w obrazie ciała	0,63	0,8	0,6	0,85	0,15	NS
niezdolność do pracy	0,4	0,67	0,6	0,72	-1,1	NS
zaburzenia snu	0,63	0,61	0,9	0,8	-1,44	NS
zmęczenie	0,63	0,49	0,73	0,52	-0,76	NS
utrata tężnienia	0,23	0,5	0,53	0,81	-1,7	0,09
zmniejszenie masy ciała	0,37	0,49	0,63	0,8	-1,54	NS
dolegliwości somatyczne	0,6	0,81	0,73	0,86	-0,61	NS
utrata zainteresowania płcią przeciwną	0,8	0,84	1,13	1,07	-1,33	NS

BDI – wskaźnik catkowitzy depresji

t – wartość t-Studenta

p – poziom istotności

z pamięcią i uwagą, funkcjonowaniem seksualnym, miesiączkowaniem oraz obniżonym poczuciem atrakcyjności.

Analiza wyników wskazuje, że występują istotne korelacje między objawami menopauzalnymi (mierzonymi *Skalą Greene'a*) a depresją dla obu grup kobiet.

W grupie kobiet leczonych zależności istotne statystycznie występują między depresją a objawami psychologicznymi, wazomotorycznymi i obniżonym nastrojem. Korelacje na niższym poziomie istotności

dotyczą depresji i objawów somatycznych, złości oraz dysfunkcji seksualnych.

W grupie kobiet nieleczonych wyraźne zależności występują między depresją a objawami psychologicznymi, złością, obniżonym nastrojem. Między depresją a objawami somatycznymi oraz dysfunkcjami seksualnymi stwierdzono korelacje na niższym poziomie istotności.

Wyniki, uzyskane zarówno w kwestionariuszu *Zdrowie kobiet*, jak i w *Skali Greene'a*, pozwalają wnioskować, iż wzrost objawów menopauzalnych sprzyja wzrostowi

**Tab. II.** Zależność między objawami menopauzalnymi (mierzonymi kwestionariuszem *Zdrowie kobiet* Hunter) a objawami depresyjnymi u kobiet leczonych i nieleczonych hormonalnie

	BDI			
	kobiety leczone terapią hormonalną n=30		kobiety bez terapii hormonalnej n=30	
ZDR-G	r=0,85**	p=0,001	r=0,63**	p=0,001
nastrój depresyjny	r=0,56**	p=0,001	r=0,70**	p=0,001
symptomy somatyczne	r=0,51**	p=0,004	r=0,44*	p=0,01
pamięć/uwaga	r=0,71**	p=0,001	r=0,41*	p=0,02
objawy wypadowe	r=0,65**	p=0,001	r=0,17	p=0,36
niepokój	r=0,49**	p=0,006	r=0,57**	p=0,001
funkcjonowanie seksualne	r=0,44*	p=0,01	r=0,39*	p=0,03
zaburzenia snu	r=0,71**	p=0,001	r=0,51	p=0,004
miesiączkowanie	r=0,51**	p=0,004	r=0,43*	p=0,01
atrakcyjność	r=0,63**	p=0,001	r=0,38*	p=0,03

\*korelacja istotna na poziomie 0,05

\*\*korelacja istotna na poziomie 0,01

BDI – wskaźnik całkowity depresji

ZDR-G – wskaźnik całkowity objawów menopauzalnych

r – wartość korelacji Pearsona

p – poziom istotności

**Tab. III.** Zależność pomiędzy występowaniem objawów menopauzalnych (mierzonych *Skalą Greene'a*) a depresją

	BDI			
	kobiety leczone terapią hormonalną n=30		kobiety bez terapii hormonalnej n=30	
GCS	r=0,6**	p=0,001	r=0,66**	p=0,001
skala objawów psychologicznych	r=0,54**	p=0,002	r=0,77**	p=0,001
skala objawów somatycznych	r=0,36*	p=0,04	r=0,39*	p=0,02
skala objawów wazomotorycznych	r=0,58**	p=0,001	r=0,26	p=0,16
złość	r=0,46*	p=0,01	r=0,76**	p=0,001
depresja	r=0,57**	p=0,001	r=0,68**	p=0,001
dysfunkcje seksualne	r=0,41*	p=0,02	r=0,45*	p=0,01

\*korelacja istotna na poziomie 0,05

\*\*korelacja istotna na poziomie 0,01

BDI – wskaźnik całkowity depresji

GCS – wskaźnik całkowity Skali Greene'a

r – wartość korelacji Pearsona

p – poziom istotności

objawów depresyjnych, co dotyczy zarówno kobiet stosujących i niestosujących terapii hormonalnej. Stwierdzono jednocześnie, co również zgodnie ujawniają wyniki uzyskane przy stosowaniu obu metod, brak zależności jedynie między depresją a objawami wazomotorycznymi u kobiet niestosujących terapii hormonalnej. Terapia hormonalna służy przede wszystkim redukowaniu tego typu objawów, a mimo to w tej grupie kobiet nie stanowią one o depresji. Należy sądzić, iż określone nasilenie objawów wazomotorycznych może nie stwarzać problemów w codziennym funkcjonowaniu albo bywa, że kobiety godzą się z nimi, traktując jako typowe dla tego okresu życia, co jednocześnie powstrzymuje je przed podjęciem leczenia hormonalnego. Potwierdzają to również badania Bielawskiej-Batorowicz, która podkreśla, że kobiety, które traktują klimakterium jako kolejny, normalny etap w ich życiu, są skutecznie chronione przed depresją [14].

### Styl poznawczy a objawy depresyjne u badanych kobiet

Badania własne nie ujawniły istotnych różnic między stylem poznawczym u kobiet stosujących i niestosujących terapii hormonalnej.

Wyniki dotyczące wzajemnej zależności między sposobem postrzegania siebie, otoczenia i przyszłości a depresją u kobiet w wieku menopauzalnym przedstawiono w tab. IV.

Dla kobiet niepoddawanych terapii istnieją istotne korelacje między ogólnym wskaźnikiem depresji a stylem poznawczym, sposobem postrzegania i oceny własnej osoby, przewidywaniem i oceną przyszłości. Okazuje się, że wzrost negatywnego postrzegania siebie i przyszłości wiąże się ze wzrostem objawów depresji.

U kobiet, które stosują terapię hormonalną w okresie klimakterium, nie stwierdzono istotnych zależności między stylem poznawczym a występowaniem objawów depresji. Wykazano u nich wcześniej niskie nasilenie objawów depresyjnych oraz negatywnych stylów poznawczych, co konsekwentnie ujawnia brak zależności między tymi zmiennymi.

### Podsumowanie i dyskusja

Uzyskane wyniki wskazują na różnice między kobietami stosującymi i niestosującymi terapii hormonalnej dotyczące występowania i nasilenia objawów depresyjnych. Kobiety niepoddawane terapii hormonalnej w większym stopniu są narażone na poczucie niewydolności, kary, samooskarżanie, płacizliwość i wycofanie ze związków społecznych. Ogólny wskaźnik depresji okazał się u nich także istotnie wyższy. Należy wnioskować, iż terapia hormonalna, łagodząc objawy menopauzalne może poprawiać nastrój – chronić przed depresją. Estrogeny uzupełniane przez terapię hormonalną (HT) mają

wpływ na pracę układów w mózgu, odpowiedzialnych m.in. za stan emocjonalny. Terapia hormonalna odciąża także organizm kobiety od dolegliwości związanych z przekwitaniem, co wpływa pozytywnie na jej samopoczucie i ułatwia codzienne funkcjonowanie. Dodatkowo HT może poprawić nastrój, pozornie oddalając problem menopauzy traktowany niejednokrotnie jako przejaw starzenia się i przemijania [4].

Stwierdzono również, że nasilenie objawów menopauzalnych wiąże się z występowaniem objawów depresyjnych, co dotyczy obu badanych grup. Zależności między depresją a takimi objawami menopauzalnymi, jak obniżony nastrój, symptomy somatyczne, psychologiczne, złość, mniejsze możliwości pamięci i uwagi, niepokój, zaburzenia snu i miesiączkowania, poczucie niskiej atrakcyjności oraz dysfunkcje seksualne okazały się istotne statystycznie. Różnice dotyczą jedynie objawów wazomotorycznych, które istotnie korelują z depresją u kobiet poddawanych terapii hormonalnej, natomiast nie stwierdzono tego rodzaju zależności u kobiet niestosujących tego rodzaju terapii. Potwierdziły to wyniki mierzone zarówno kwestionariuszem *Zdrowie kobiet*, jak i *Skalą Greene'a*.

Obniżony poziom estrogenów w organizmie, charakterystyczny dla okresu menopauzalnego może bezpośrednio lub pośrednio wpływać na psychikę kobiet; bezpośrednio na neuroprzebieżniki regulujące pracę układu limbicznego i hipokampa; pośrednio – wywołując objawy menopauzalne, takie jak uderzenia gorąca, pocenie się, które z kolei mogą powodować bezsenność, labilność emocjonalną, niepokój, lęk, drażliwość, trudności z koncentracją uwagi i zapamiętywaniem. Zaburzenia te na pewno nie są przyczyną depresji, ale mogą stanowić jeden z czynników ją wywołujących [18]. Terapia hormonalna, uzupełniając poziom estrogenów w organizmie, powinna łagodzić objawy wazomotoryczne i zmniejszać predyspozycje do depresji, czego nie potwierdziły wyniki badań. Jedynie wśród kobiet niepoddawanych terapii hormonalnej stwierdzono brak istotnej zależności pomiędzy objawami wazomotorycznymi a depresją. Być może symptomy te nie są dla nich zbyt uciążliwe lub potrafią one sobie z nimi dobrze radzić bez pomocy medycznej, a tym samym nie są na tyle silne, by wywoływać depresje. Dotychczas prowadzone badania również dowodzą, że menopauza, podobnie jak depresja, łączy się z niedoborem snu, wyczerpaniem, irytacją i innymi objawami wpływającymi na zmianę nastroju [13].

Zebrany materiał empiryczny oraz jego analiza wskazują na istnienie zależności pomiędzy sposobem spostrzegania i oceniania własnej osoby oraz przewidywanej przyszłości a objawami depresyjnymi u kobiet w okresie menopauzy. Im więcej błędów w myśleniu, tym więcej objawów depresyjnych i większe ich nasilenie. Okazało się, że negatywny styl poznawczy współwystępuje z objawami depresji jedynie u kobiet niepoddawanych leczeniu hormonalnemu. Należy podkreślić, że okres meno-

pauzy to również okres zmian w życiu kobiety, które niejednokrotnie związane są z nawarstwianiem sytuacji trudnych. Okazuje się, że pesymizm i dysfunkcyjne przeświadczenia wraz z negatywnymi wydarzeniami mogą powodować depresję [6]. Badania podłużne Brombergera i Matthesa, przeprowadzone z udziałem 460 kobiet w wieku 42–50 lat, wykazały istotny związek nasilenia depresji z natężeniem stresu i poziomem pesymizmu. Im kobieta bardziej negatywnie ocenia swoje obecne doświadczenia i znajduje się w szczególnie trudnej sytuacji przez dłuższy czas, tym silniej odczuwa depresję [4, 14]. Kobiety w okresie menopauzy często zmieniają stosunek do własnej osoby. Poddają w wątpliwość własną kobiecość, atrakcyjność, pożyteczność, związaną z utratą zdolności wydawania na świat potomstwa. Dodatkowo traktują menopauzę jako przejaw starzenia się, oczekują negatywnych zdarzeń w przyszłości jako wyniku gorszego zdrowia, samopoczucia i wyglądu. Należy jednak pamiętać, że błędy w myśleniu mogą przyczyniać się do wystąpienia depresji, jak również stanowić jeden z jej objawów. Terapia hormonalna wiąże się z pozytywnym stylem poznawczym i chroni przed depresją. Terapia hormonalna, łagodząc objawy menopauzalne, powoduje lepsze samopoczucie kobiet i tym samym ułatwia im zachowanie optymizmu. Leczenie daje kobietom także poczucie kontroli nad często niepożądanymi zmianami związanymi z menopauzą.

Wyniki badań wskazują na zasadność stosowania HT. Nie tłumaczy to rutynowego używania estrogenów do leczenia kobiet w okresie menopauzy, które mają objawy depresji. Dowiedziono, że kobiety, u których rozpoczęto terapię hormonalną, powinny być monitorowane, ponieważ estrogeny mogą wywoływać również częste zmiany nastroju [13]. Istnieje też opinia, że terapia hormonalna nie powinna być stosowana w leczeniu depresji menopauzalnej. Nie jest ona bowiem bardziej skuteczna od tradycyjnej farmakoterapii stosowanej w depresji. Jakkolwiek poprawa w postaci osłabienia objawów powinna być traktowana jako skutek uboczny HT [14].

## Piśmiennictwo

1. Duxbury L, Higgins Ch. Work-life balance in new millennium: Where are we? Where do we need go? Work Network. Canadian Policy Research Networks, Ottawa 2001.
2. Puzyński S. Definicja depresji. W: Korzeniowski L, Puzyński S (red.). Encyklopedyczny słownik psychiatrii. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986.
3. Bielawska-Batorowicz E. Koncepcje menopauzy. Część I – ujęcie demograficzne i kulturowe. *Prz Menopauz* 2005; 2: 10-8.
4. Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty prokreacji. Wydawnictwo Śląsk, Katowice 2006.
5. Seligman M, Walker E, Rosenhan D. Psychopatologia. Zysk i S-ka, Gdańsk 2003.
6. Carson RC, Butcher JN, Mineka S. Psychologia zaburzeń. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
7. Hufleit-Łukasik M. Psychoterapia pacjentów depresyjnych. W: Psychoterapia. Praktyka. Grzesiuk L (red.). Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2006.

8. Hufleit-Łukasik M. Nurty teoretyczne w psychoterapii. W: Psychoterapia. Zjawiska, techniki, specyficzne problemy. Grzebiuk L (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994.
9. Jakubowska U. Podejście poznawczo-behawioralne. W: Grzebiuk L (red.). Psychoterapia. Zjawiska, techniki, specyficzne problemy. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994.
10. Beck A. Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce. Gdańsk, GWP 2005.
11. Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
12. Kogulski S, Lipińska-Szałek A. Depresje menopauzalne – nietypowy obraz kliniczny, leczenie. *Prz Menopauz* 2004; 3: 31-8.
13. McGrath E, Puryear KG, Strickland BR, Russo NF. Women and depression: Risk factors and treatment issues: Final report of the American Psychological Association's National Task Force on Women and Depression. Washington DC, US: American Psychological Association 1990.
14. Bielawska-Batorowicz E. Koncepcje menopauzy. Część III – ujęcie psychopatologiczne. *Prz Menopauz* 2005; 5: 24-31.
15. Bielawska-Batorowicz E. Stres, objawy i przekonania dotyczące menopauzy, a obniżony nastrój u kobiet w wieku 45–55 lat. Próba weryfikacji zmodyfikowanego psychospołecznego modelu depresji w okresie okołomenopauzalnym. *Prz Menopauz* 2006; 2: 68-74.
16. Czabała JC, Meder J, Sawicka M. Podstawowe zaburzenia psychiczne. W: Psychologia. Strelau J (red.). Tom 3. GWP Gdańsk 2001; 583-662.
17. Raport WHO – Światowej Organizacji Zdrowia Badania nad menopauzą w latach 90., Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera Łódź 2001.
18. Kogulski S, Lipińska-Szałek A. Zaburzenia psychiczne związane z okresem przekwitania u kobiet. W: Menopauza bez tajemnic. Lewiński A (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
19. Tomborini A. Kobieta intymna. Wydawnictwo WAB, Warszawa 1996.
20. Greene JG. Guide to the Greene Climacteric Scale. University of Glasgow 1991.
21. Hunter M. The woman's health questionnaire: a measure of mind-aged woman's perceptions of their emotional and psychical health. *Psychology and Health* 1992; 7: 45-54.
22. Stach R. Uzależnienia od alkoholu a depresja. Możliwość stosowania psychoterapii poznawczej w leczeniu uzależnień. Uniwersytet Jagielloński, Rozprawy Habilitacyjne, Kraków 1991, nr 221.
23. Gaston-Johansson F, Lachica EM, Fall-Dickson JM, Kennedy MJ. Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncol Nurs Forum* 2004; 31: 1161-9.