

# Syndrom Gauguina u kobiet w okresie przejścia menopauzalnego

## *Gauguin syndrom in women in menopausal transition*

Sylwia Sobieszcańska<sup>1</sup>, Ireneusz Połać<sup>2</sup>, Tomasz Stetkiewicz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi; kierownik: prof. dr hab. med. Jolanta Rabe-Jabłońska

<sup>2</sup>Klinika Ginekologii i Chorób Menopauzy, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;

kierownik: prof. dr hab. med. Tomasz Pertyński

Przeгляд Menopauzalny 2009; 6: 324-326

### Streszczenie

Niniejszy artykuł poświęcony jest próbie analizy i opisu problemów związanych z rozwojowymi przemianami osobowości u kobiet w okresie przejścia menopauzalnego.

**Słowa kluczowe:** okres przejścia menopauzalnego, syndrom Gauguina

### Summary

This article is devoted the attempt of analysis and description of problems related to the changes of personality development in women in a period of menopausal transition.

**Key words:** menopausal transition, Gauguin syndrom

Niniejszy artykuł poświęcony jest próbie analizy i opisu problemów związanych z rozwojowymi przemianami osobowości u kobiet w okresie przejścia menopauzalnego. Problematykę zmiany sposobu spostrzegania siebie samego, świata i relacji z nim zapoczątkowały teorie i badania dotyczące mężczyzn [1, 2]. Powodem były zmiany, jakich na pewnym etapie życia dokonywali mężczyźni. Nieprzypadkowo zespół zmian nazwano imieniem sławnego artysty – Gauguina [3].

O tym, kiedy mogą pojawić się pewne zmiany osobowości, decyduje świadomość, że czasowy horyzont życia zaczyna się precyzować, a więc czas, który pozostał na samorealizację, jest ograniczony. W dzisiejszych czasach okres przejścia menopauzalnego nie jest jednak początkiem końca. Przeciwnie, stanowi on bramę do „drugiej dojrzałości”, a więc wieku, który dawniej kobiety osiągały rzadko. Średnia długość życia wynosi obecnie ok. 80 lat. Wynika z tego, że statystyczna pięćdziesięcioletnia kobieta ma przed sobą jeszcze ok. 30–35 lat życia.

Zmiana perspektywy czasowej z czasu już przeżytego na czas, jaki pozostał, stymuluje do rozliczeń strat i osiągnięć. Taki bilans często oznacza refleksję nad sensem życia i jego celem. Wejście w wiek menopauzalny

wymusza zmianę stylu życia i jego struktury. Kobieta musi nabrać dystansu wobec tego, co kiedyś było jej atrybutem. Często pojawia się lęk związany z utratą tak ważnych i oczywistych dla niektórych kobiet wartości, na których opierały swoją samoocenę, jak uroda, opieka nad dziećmi i perspektywa kariery. Ten egzystencjalny lęk może być często spustowym elementem do wystąpienia napadów paniki, lęku uogólnionego lub znacznego obniżenia nastroju. Może też jednak motywować do zmian w postaci stawiania sobie nowych wyzwań i realizacji nowych dążeń. Dzięki nim kobieta odzyskuje poczucie bezpieczeństwa i lepszą samoocenę. Okres przejścia menopauzalnego może być również okresem pożegnania z młodością na zasadzie próby zatrzymania upływającego czasu lub podejmowania działań, na które kobieta nie miała do tej pory odwagi. Stać się on może czasem odkrywania talentu i realizacji niespełnionych do tej pory marzeń [4–6]. W okresie przejścia menopauzalnego dochodzi często do zerwania długoletnich związków partnerskich w celu poszukiwania nowych doświadczeń, ale też w celu uwolnienia się od toksycznej relacji.

Zmiany, jakie podejmują kobiety, ich nowy program samorealizacji to wynik nie tylko przemyśleń, ale rów-

Adres do korespondencji:

dr med. **Sylwia Sobieszcańska**, I Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Czechostowicka 8/10, 92-216 Łódź

niez proces przemian emocjonalnych w tym okresie. Kobiety próbują wywalczyć większą autonomię, być stanowcze, dominujące i asertywne. Chcą więc posiadać cechy postrzegane stereotypowo jako męskie [7]. Zjawisko to Miluska [6] nazywa „inwazją tożsamościową” kobiet. Polega ona na podejmowaniu nowych życiowych wyborów oraz wzbogacaniu tożsamości o nowe obszary [3]. Podłożem tych procesów są zmiany hormonalne [8, 9], które współgrają ze zmianami w zakresie życiowych ról [8].

Kobietom, dla których życie rodzinne i wychowywanie dzieci było najważniejsze, czas przejścia menopauzalnego przynosi pytanie o ich obecną tożsamość. Muszą więc zmagać się z problemem zmiany roli życiowej i z problemami osób bliskich – dzieci.

Jednym z przykładów specyficznych strat psychologicznych okresu przejścia menopauzalnego w kulturze europejskiej jest współwystępowanie klinicznych objawów depresji z zakończeniem procesu wychowywania dzieci i ich odejściem z domu, nazwany zespołem pustego gniazda. Matki, które z trudem akceptowały dorastanie dzieci, nie potrafią pogodzić się z ich ostateczną materialną separacją. Zespół opuszczonego gniazda przejawia się ogarniającym wówczas uczuciem pustki, osamotnienia, narastającym poczuciem bycia niepotrzebnym, a nawet zdradzonym. Taka reakcja wynika nie tylko z faktu separacji, lecz także z braku innych celów. W hierarchii wartości życiowych macierzyństwo ma bardzo wysoką pozycję, dlatego elastyczne przeformułowanie tej struktury w postaci postawienia sobie nowych celów i przesunięcia akcentów bywa trudne. Wykazano, że odejście dzieci z domu jest największym urazem dla matek, gdy małżonkowie nie doznawali wzajemnej satysfakcji i spełnienia potrzeb emocjonalnych.

Problemy wynikające z okresu przejścia menopauzalnego często nasila zbliżony w czasie kryzys wieku średniego u mężczyzny – małżonka lub partnera życiowego, który niekiedy ucieka się do radykalnych posunięć, np. zmiany pracy, stylu życia, a czasem rozwodu. Kobiety w takich sytuacjach muszą sprostać dodatkowym obowiązkom, a ich stan emocjonalny cechuje obawa o przyszłość i lęk przed samotnością. Często też spada ich samoocena i obwiniają się o rozpad związku [10, 11]. U kobiet przechodzących w tym samym czasie rozwód i okres przejścia menopauzalnego istnieje bardzo duże ryzyko wystąpienia objawów lęku, niepokoju i/lub depresji.

Innym ważnym problemem małżeństw w średnim wieku są choroby somatyczne dotykające małżonków, szczególnie mężczyzn. U mężczyzn następuje wówczas często reakcja nadmiernej koncentracji na stanie somatycznym, agravacja objawów. Stres związany z obawami o zdrowie męża i przyszłość może przyczynić się do pogorszenia stanu psychicznego kobiety [12].

Coraz częściej zgłaszanym przez kobiety problemem jest stres związany z obawą utraty pracy. Jedną z przy-

czyn to poczucie mniejszej sprawności intelektualnej, gorszej pamięci i osłabionej zdolności skupienia uwagi. Równocześnie wielkim obciążeniem jest świadomość małej szansy na znalezienie nowej pracy [13].

Wśród czynników sprzyjających pojawieniu się zespołów depresyjnych w okresie przejścia menopauzalnego należy też wymienić śmierć bliskich osób. Śmierć bliskiej osoby sprzyja ujawnianiu lęku przed własną śmiercią. Reakcje lękowe są w tym przypadku nierzadko wzmacniane poprzez pojawianie się nowych objawów somatycznych związanych z przekwitaniem lub coraz częstszymi w tym okresie życia chorobami towarzyszącymi. Aktualne straty jako przyczyna depresji są od dawna podkreślane przez badaczy o orientacji psychodynamicznej.

W Poradni Menopauzy Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi podjęto próbę poznania subiektywnej hierarchii ważności problemów odczuwanych przez pacjentki w okresie przekwitania. W badaniach samooceny kobiety najmocniej odczuwały trudności w relacjach z mężem oraz poczucie osamotnienia (mimo posiadanej rodziny), następnie problemy związane z pracą. Dolegliwości fizyczne, a więc najczęstsza przyczyna zgłoszenia się do poradni, znalazły się dopiero na czwartej pozycji [14].

Okres przejścia menopauzalnego działa w mniejszym lub większym stopniu jako stres, który może spowodować lub przyspieszyć u predysponowanej kobiety wystąpienie jakiegoś zaburzenia psychicznego. Jednym z najpoważniejszych powikłań jest depresja.

Współcześnie nikt nie neguje pewnych odrębności obrazu klinicznego i przebiegu części depresji okresu przejścia okołomenopauzalnego. Takie objawy, jak niepokój, pobudzenie psychoruchowe i utrudnione leczenie ze względu na choroby towarzyszące, są częściej spotykane w zespołach depresyjnych okresu przekwitania niż w innych okresach życia.

Większość zaburzeń depresyjnych pojawiających się w okresie przejścia okołomenopauzalnego, według kryteriów ICD-10, można zaklasyfikować w ramach kategorii mieszczących się w rozdziale zaburzenia nastroju (afektywne), opisywanych w historii choroby jako zespół depresyjny lub dystymia. Szczególnie użyteczna w opisie zaburzeń nastroju występujących u kobiet w tym okresie jest kategoria: zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane, ze względu na bardzo częste współistnienie podobnie nasilonych objawów zarówno lękowych, jak i depresyjnych.

Okres przejścia menopauzalnego tradycyjnie postrzegany jest jako trudny dla kobiety i jej otoczenia. W badaniach przeprowadzonych w Kanadzie i Anglii wykazano, że kobiety w tej fazie życia są bardziej depresyjne i drażliwe [10]. Dotyczy to ok. 90% populacji badanych kobiet. W niektórych badaniach samoocenowych 51% kobiet uważało się za depresyjne, a 40% uznawało ten okres za trudny emocjonalnie i niosący ze sobą ryzy-

ko chorób somatycznych. Objawy psychiczne stwarzające problemy (rozdrażnienie, depresja, lęk, problemy z pamięcią, niezaradność) zgłosiło 20–30% respondentek badań – kobiet w wieku 45–54 lat – przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii wśród 6000 kobiet [13].

Badania populacji ogólnej pozostają w kontraście z doświadczeniem klinicznym, które pokazuje, że 33–45% kobiet w okresie menopauzalnym, szukających pomocy medycznej, cierpi na depresję. Wśród kobiet zgłaszających się do klinik w okresie menopauzy aż 30% miało pierwszy epizod depresji w ciągu 4 lat przed ostatnią menstruacją. Z niektórych badań wynika także, że częstość zaburzeń depresyjnych jest wyższa w grupie kobiet przechodzących menopauzę pooperacyjną, w porównaniu z kobietami wchodzącymi w ten okres naturalnie. Takie cechy osobowości, jak nadpobudliwość, podatność na stres czy niska samoocena, sprzyjają wszelkim stanom przygnębienia [3]. Depresja okresu przekwitania może być trudna do zdiagnozowania, m.in. z powodu lekceważenia jej objawów zarówno przez kobietę, jak i lekarza. Poza tym część wczesnych objawów niedoboru estrogenów przypomina objawy depresji. Są to m.in.: bezsenność, zmiany nastroju, niepokój, nadmierna drażliwość, utrata koncentracji, zaburzenia pamięci i utrata libido. To sprawia, że depresję, szczególnie o lekkim i umiarkowanym nasileniu (a jest ich w praktyce ambulatoryjnej najwięcej), pozostają nierozpoznane.

Im bardziej wyrażone są kulturowe uprzedzenia wobec zaburzeń psychicznych, tym częściej zamiast nich pacjenci zgłaszają dolegliwości somatyczne. Nawet w tak otwartym społeczeństwie jak amerykańskie, zaledwie jedna spośród dwudziestu osób z objawami depresyjnymi zgłasza depresję jako podstawowy powód wizyty u lekarza. Dzieje się tak szczególnie wtedy, gdy objawy somatyczne nasilają się w związku z częstszym występowaniem chorób towarzyszących, co ma miejsce w okresie przekwitania.

W grupie kobiet ze znaczącymi klinicznie objawami depresyjnymi, które zgłosiły się do poradni menopauzy w ICZMP, najczęstszym objawem, podawanym jako podstawowy powód wizyty, były bóle stawów i kości. Tę kategorię skarg zgłaszało aż 31,58% respondentek. Poza tym kobiety skarżyły się na dręczący je lęk, niepokój czy rozdrażnienie (16,84%), problemy z miesiączkowaniem (14,21%) i depresję (11,05%). Wymienione zjawiska składają się na tzw. klimakteryczną maskę depresji [14].

Okresowi przejścia okołomenopauzalnego często towarzyszą objawy związane z zaburzeniem aktywności seksualnej kobiet. Głównymi przyczynami zaburzeń seksualnych są: spadek zainteresowania współżyciem, odczucie obniżenia własnej atrakcyjności oraz dyspareunia [15].

Reasumując, jeżeli kobieta postrzega siebie przez pryzmat klasycznej w zachodniej cywilizacji roli żony i matki i nie dba o swoją duchowość, będzie później trudniej znosić okres przejścia menopauzalnego. Jeżeli

natomiast kobieta pracuje nad rozwojem swojego wnętrza, to okres ten będzie dla niej fazą rozpoczynającą nowy czas w jej życiu.

## Piśmiennictwo

1. Jaques E. Heath and the mid-life crisis. *Int J Psychoanal* 1965; 46: 502-514.
2. Levinson DJ, Darrow C, Klein E, et al. *The seasons of men's life*. Knopf, New York 1978.
3. Oleś P, Baranowska M. Przełom połowy życia u kobiet. W: Meder J (red.). *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 2003; s. 151-160.
4. Lifton RJ. *The broken connection*. Simon and Schuster, New York 1979.
5. Cooper KL, Gutmann DL. Gender identity and ego mastery style in middle aged, pre- and post-empty nest women. *Gerontologist* 1987; 27: 347-352.
6. Chirboga DA. Stress and loss in middle age. W: Kalish RA. *Midlife loss: Coping strategies*. Sage Publications, Newbury Park 1989; s. 42-88.
7. Wink P. Transition from the early 40s to the early 50s in self-directed women. *J Pers* 1996; 64: 49-69.
8. Julian TW, McKenry PC. Relationship of testosterone to men's family functioning at mid-life: a research note. *Aggress Behav* 1989; 15: 281-289.
9. Bentz LT. Seasoned reflections on midlife transition. *A Quadrant review with Aryeh Maidenbaum and Daniel Levinson*. *Quadrant* 1992; 25: 9-19.
10. Gutmann D. *Reclaimed powers*. Basic Books, New York 1987.
11. Miluska J. *Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1996.
12. Sęk H. Kryzys wieku średniego a funkcjonowanie w społecznych rolach rodzinnych. W: Tyszkowa M. *Rodzina a rozwój jednostki*. CPBP, Poznań 1990.
13. Roberts P, Newton PM. Levinsonian studium of women's adult development. *Psychol Aging* 1987; 2: 154-163.
14. Krogulski S, Lipińska-Szałek A. Depresje menopauzalne – nietypowy obraz kliniczny, leczenie. *Prz Menopauz* 2004; 3: 31-38.
15. Marks NF, Lambert JD. Marital status continuity and change among young and midlife adults. *Psychol Aging* 1993; 8: 221-230.