

Wpływ czynników biologicznych i psychospołecznych na psychiczne aspekty okresu okołomenopauzalnego

Biological and psychosocial factors influence on psychical issues of perimenopause

Agata Lipińska-Szałek¹, Anna Sobczuk², Tomasz Pertyński², Tomasz Stetkiewicz², Wiesław Szymczak³

Niniejsze badanie jest próbą przybliżenia odpowiedzi na pytanie, czy zmiany w funkcjonowaniu psychicznym w okresie okołomenopauzalnym zdeterminowane są biologicznie, czy też odpowiadają za to uwarunkowania psychospołeczne. Badaniem objęto 104 pacjentki Poradni Chorób Menopauzy przy Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki. Stwierdzono, że samopoczucie psychiczne kobiet w okresie okołomenopauzalnym mocniej różnicuje stres życiowy niż poziom hormonów. Świadczy to o silniejszym wpływie czynników psychospołecznych niż biologicznych na zmiany w funkcjonowaniu psychicznym, które towarzyszą okresowi okołomenopauzalnemu.

Poziom estrogenów wywiera wpływ na niektóre aspekty samopoczucia, w tym na ogólny nastrój. Wpływ ten ma charakter wielokierunkowy; wymaga dalszej analizy statystycznej.

Słowa kluczowe: menopauza, aspekty psychiczne, czynniki biologiczne, czynniki psychospołeczne

(Przegląd Menopauzalny 2003; 6: 55–61)

Wstęp

Uznaje się, że okres okołomenopauzalny sprzyja powstawaniu, bądź intensyfikowaniu wcześniej istniejących zakłóceń w równowadze psychicznej. Do najczęściej wymienianych objawów należą napięcie, zmęczenie, zaburzenia snu, labilność nastroju, drażliwość, obniżenie sprawności koncentracji uwagi, lęk, zmniejszona satysfakcja z życia seksualnego. Wśród specjalistów trwa dyskusja, czy za pojawiające się zaburzenia odpowiedzialne są procesy hormonalne związane z menopau-

zą, czy też większy wpływ wywierają indywidualne predyspozycje psychiczne i uwarunkowania środowiskowe.

Przełom zachodzący u kobiet w okresie okołomenopauzalnym wynika z pojawienia się lub nasilenia występujących wcześniej objawów fizycznych, jak również dotyczących życia psychicznego. O ile wśród badaczy nie ma większych rozbieżności co do roli estrogenów, którego spadek odpowiada za powstawanie symptomów wazomotorycznych (uderzenia gorąca, nocne poty), o tyle wciąż nierozstrzygniętym pozostaje spór o przyczyny zaburzeń życia psychicznego. Nadal niejasne jest to, czy

¹ Poradnia Zdrowia Psychicznego Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi; kierownik dr n. med. Piotr Woźniak

² Klinika Ginekologii i Chorób Menopauzy Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi; kierownik prof. dr hab. n. med. Tomasz Pertyński

³ Zakład Epidemiologii Środowiskowej, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi



przygnębienie, napięcie, zakłócenia w skupieniu uwagi związane są ze zmianami w gospodarce hormonalnej, czy też wynikają z konfiguracji czynników psychospołecznych, występujących w tym okresie [1].

Pytanie o etiologię jest ważne, ze względu na rozpowszechnienie zaburzeń w funkcjonowaniu psychicznym u kobiet w tym okresie, istotny jest również wybór modelu opieki nad pacjentkami okołomenopauzalnymi. Jeżeli przyjmujemy, że zmiany pojawiające się w czasie menopauzy uwarunkowane są głównie zmianami w poziomie estrogenu, wówczas konsekwencją będzie zawężenie pomocy do ustalenia odpowiedniej procedury postępowania medycznego. Inny punkt widzenia, uwzględniający tło psychospołeczne i kulturowe, spostrzega zmiany w funkcjonowaniu psychicznym i zaburzenia somatyczne, związane z menopauzą jako wynik zmian w życiu kobiety, zachodzących w okresie późnej dorosłości i starzenia się. Założenie, że położenie życiowe kobiety, oraz jej indywidualny rys psychologiczny determinuje rodzaj i nasilenie objawów implikuje model opieki medycznej uwzględniający, a nawet akcentujący szeroko rozumianą pomoc medyczną [2, 3].

Spadek poziomu estrogenu przyczynia się do pojawiania się symptomów wazomotorycznych (uderzenia gorąca, nocne poty), które ujemnie wpływają na jakość życia, w rezultacie dając przerywany sen, a co za tym idzie zmęczenie, drażliwość, gorszą zdolność skupienia uwagi [4].

Sprzeczne wyniki przynoszą badania, dotyczące wpływu poziomu estrogenu na funkcje poznawcze ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Istnieją doniesienia potwierdzające brak zależności pomiędzy hormonami a sprawnością pamięci słownej, wzrokowej, szybkością procesów poznawczych, wiążące spadek poziomu tychże sprawności z wiekiem kobiet [5]. Inny jest rezultat badań Kampena i Sherwina nad zmianami w funkcjonowaniu OUN w trakcie menopauzy. Zauważają oni wpływ poziomu estrogenu na sprawność pamięci werbalnej, nie potwierdzają jednak wpływu na koncentrację uwagi [6]. Istnienie zależności między poziomem estrogenu a pamięcią słowną podkreśla również Henderson [7]. Związek pomiędzy okresem okołomenopauzalnym a sprawnością funkcji mnesticznych zauważają również Woods i Mitchell, których badania ujawniają pogorszenie sprawności pamięci świeżej wśród kobiet w okresie perimenopauzy w porównaniu z grupą postmenopauzalną. Jednocześnie wykazują, że spostrzeganie własnej pamięci jako gorzej funkcjonującej jest ściślej związane raczej z obniżeniem nastroju, niż z faktem znajdowania się w trakcie perimenopauzy [8].

Nie ma również jasności co do relacji pomiędzy zaburzeniami depresyjnymi a klimakterium. Zdaniem jednych badaczy okres okołomenopauzalny sprzyja pojawieniu się depresji jedynie u kobiet predysponowanych, u których występowały wcześniejsze epizody depresyjne [9]. Rezultaty innych badań wskazują na wpływ obniżonego poziomu estrogenu na pojawianie się objawów depresji.

Dotyczy to jednak tylko kobiet we wcześniejszych fazach menopauzy; depresja w okresie postmenopauzalnym wydaje się mieć inną etiologię [6]. Wyniki 5-letnich badań podłużnych przeprowadzonych w Massachusetts sugerują wzrost ryzyka pojawienia się zaburzeń depresyjnych, nie tyle w związku z obniżonym poziomem estrogenów w ogóle, lecz w momencie nagłego spadku tegoż poziomu [10]. Wyjaśniałoby to brak zależności między niskim poziomem estrogenu u kobiet w okresie postmenopauzalnym a występowaniem depresji. Należy także wspomnieć o teorii *domina*, zgodnie z którą zaburzenia funkcji psychicznych, takie jak drażliwość, znużenie, czy pogorszenie sprawności funkcji poznawczych uwarunkowane są uderzeniami gorąca, przerywanym snem, a więc symptomami wynikającymi z niedoboru estrogenu [11].

Z drugiej strony szereg teorii i badań wskazuje na znaczący spadek jakości życia i szerokie występowanie depresji w trakcie klimakterium. Istnieją dane wskazujące na przynajmniej raz stwierdzoną depresję w czasie menopauzy w 51% badanych, a u 26% więcej niż 2-krotnie [11]. Dane wskazujące na szerokie rozpowszechnienie zaburzeń życia psychicznego częściej szukają ich genezy w społecznym kontekście, ogólnym stanie zdrowia, niż jako spowodowanych menopauzą i zmianami hormonalnymi z nią związanymi [12]. Mówiąc o psychospołecznej sytuacji kobiety w omawianym okresie życia zwraca się szczególną uwagę na zmieniający się charakter jej relacji z dorastającymi i opuszczającymi dom dziećmi, częste w tym czasie kryzysy w więzi małżeńskiej, konieczność sprawowania opieki nad starzejącymi się rodzicami, śmierć bliskich osób [11, 13]. Niewątpliwie czynniki środowiskowe związane z okresem życia, na jaki przypada menopauza w dużym stopniu ważą na funkcjonowaniu psychicznym kobiety. Wymienione źródła stresu, charakterystyczne dla tego okresu, przyczyniają się do obniżenia samooceny, pojawienia się poczucia osamotnienia, przygnębienia i apatii.

Wśród zmiennych indywidualnych, wpływających na sposób przechodzenia menopauzy wymienia się optymizm i poczucie koherencji, których wyższy poziom pomaga kobiecie przystosować się do zmian związanych z przekwitaniem, zmniejszając odczuwanie fizycznych i psychicznych dolegliwości [14]. Istotny wpływ na adaptację do przemiany związanej z menopauzą mają strategie radzenia sobie ze stresem i przekonania na temat tego okresu; ich rodzaj może znacznie zmniejszać dokuczliwość większości objawów.

Wydaje się, że wyjaśnieniem powyższych rozbieżności w ocenie omawianego zjawiska są odmienne strategie metodologiczne, lecz także często wycinkowe ujęcie zagadnienia. Wynika to z przyjmowanego przez badaczy określonego modelu teoretycznego i weryfikowaniu hipotez w oparciu o podejście biologiczne, bądź socjopsychologiczne. Celem niniejszego badania jest próba oceny udziału uwarunkowań biologicznych i psychospołecznych w powstawaniu zakłóceń funkcjonowania psychicznego u kobiet w okresie okołomenopauzalnym.



Tab. I. Ocena samopoczucia psychicznego w zależności od poziomu stresu życiowego

Samopoczucie psychiczne	Parametry statystyczne	Poziom stresu życiowego		P
		<Me (n=541)	>Me (n=563)	
gniew	średnia±odch. stand. min.±maks.	16,34±6,35 0,0±35,0	18,6±6,89 2,0±54,0	<0,00005
napięcie	średnia±odch. stand. min.±maks.	13,32±5,80 0,0±36,0	15,49±6,13 0,0±33,0	<0,00005
depresja	średnia±odch. stand. min.±maks.	16,50±9,21 0,0±48,0	20,39±9,85 2,0±51,0	<0,00005
wigor	średnia±odch. stand. min.±maks.	12,63±3,62 0,0±25,0	13,28±3,62 4,0±27,0	0,0030
zakłopotanie	średnia±odch. stand. min.±maks.	12,48±3,15 4,0±37,0	13,59±3,10 4,0±34,0	<0,00005
znużenie	średnia±odch. stand. min.±maks.	8,56±4,18 0,0±28,0	10,07±4,55 2,0±27,0	<0,00005
życzliwość	średnia±odch. stand. min.±maks.	15,69±3,50 0,0±47,0	15,57±2,76 6,0±24,0	0,535
afekt	średnia±odch. stand. min.±maks.	38,87±23,36 -13,0±110,0	49,07±24,99 -8,0±122,0	<0,00005
lęk – stan	średnia±odch. stand. min.±maks.	45,60±8,08 25,0±69,0	48,71±8,24 8,0±86,0	<0,00005
lęk – cecha	średnia±odch. stand. min.±maks.	41,99±10,55 20,0±95,0	44,43±10,77 20,0±77,0	0,0002

Dla efektywnej pomocy w zakresie dysfunkcji psychicznych wydaje się konieczna ocena wpływu zmian hormonalnych na występowanie szeroko rozumianych zaburzeń w funkcjonowaniu psychicznym.

Cel pracy

Niniejsze badanie jest próbą przybliżenia odpowiedzi na pytanie, czy zmiany w funkcjonowaniu psychicznym zdeterminowane są biologicznie, czy też odpowiadają za to uwarunkowania psychospołeczne.

Metodyka

Badaniem objęto 1 104 pierwszorazowe pacjentki Poradni Chorób Menopauzy przy Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki. Wiek badanych kobiet mieścił się w przedziale 39,4–60,1 lat, średnio 51,9±3,3 lat. Zakwalifikowane do badania pacjentki zgłaszały zaburzenia miesiączkowania trwające minimum 6 mies., lub nie miesiączkowały wcale, maksymalnie od 5 lat. Do grupy badanej nie włączano pacjentek, u których menopauza została wywołana sztucznie.

Kobiety zakwalifikowane do grupy badanej uczestniczyły w programie badawczym finansowanym przez KBN, którego przedmiotem było określenie zależności

między stresem a przebiegiem menopauzy. U pacjentek przeprowadzono wszechstronne medyczne badania diagnostyczne, pozwalające ocenić stan zdrowia i ewentualnie zaplanować możliwość włączenia HRT. Uzyskane dane pochodzące z badań medycznych i kwestionariuszowych poddano analizie statystycznej, zmierzającej do określenia związków pomiędzy poziomem estrogenów, a nasileniem symptomów w poszczególnych obszarach funkcjonowania psychicznego.

W celu oddzielenia wpływów uwarunkowań psychospołecznych od biologicznych zróżnicowano badaną grupę ze względu na poziom stresu życiowego. Wykorzystano w tym celu *listę wydarzeń życiowych*, za pomocą której wyłoniono pacjentki o niskim poziomie stresu życiowego, a więc takie, u których w ostatnich 10 latach nie występowały obciążenia losowe, oraz grupę pacjentek z wysokim poziomem stresu życiowego, narażonych na sytuacje stresogenne. Podziału dokonano w oparciu o medianę łącznej miary wydarzeń życiowych.

Następnie badane grupy podzielono ze względu na poziomy hormonów, przyjmując jako poziom różnicujący $E_2 > 30$ pg/ml i $FSH < 30$ mIU/ml, tworząc trzy podgrupy z wysokimi, średnimi i niskimi poziomami hormonów.

Kolejnym krokiem była analiza samopoczucia psychicznego w oparciu o skalę *profilu nastroju* (POMS) i *kwestionariusz samooceny Spielberga*. Skala POMS



Tab. II. Ocena samopoczucia psychicznego w zależności od poziomu hormonów

Samopoczucie psychiczne	Parametry statystyczne	Poziomy hormonów*			P
		E ₂ >30 i FSH<30 (n=375)	E ₂ >30 i FSH>30 albo E ₂ <30 i FSH<30 (n=396)	E ₂ <30 i FSH>30 (n=363)	
gniew	średnia±odch. stand. min.±maks.	17,81±6,52 4,0±35,0	17,52±7,04 0,0±54,0	17,06±6,57 2,0±39,0	0,317
napięcie	średnia±odch. stand. min.±maks.	14,78±5,80 0,0±32,0	14,62±6,37 1,0±48,0	13,91±6,22 0,0±36,0	0,125
depresja	średnia±odch. stand. min.±maks.	18,95±9,71 0,0±48,0	18,98±9,84 0,0±1,0	17,41±9,51 1,0±46,0	0,042
wigor	średnia±odch. stand. min.±maks.	12,79±3,45 3,0±22,0	12,95±3,70 0,0±27,0	12,99±3,82 0,0±26,0	0,739
zakłopotanie	średnia±odch. stand. min.±maks.	13,17±3,32 6,0±37,0	13,02±3,19 4,0±22,0	12,57±2,95 4,0±21,0	0,029
znużenie	średnia±odch. stand. min.±maks.	9,40±4,42 1,0±24,0	9,55±4,44 0,0±25,0	8,95±4,45 0,0±28,0	0,158
życliwość	średnia±odch. stand. min.±maks.	15,67±3,49 5,0±47,0	15,53±2,93 0,0±24,0	15,66±3,40 1,0±44,0	0,816
afekt	średnia±odch. stand. min.±maks.	45,65±24,36 -7,0±110,0	45,21±25,39 -3,0±122,0	41,26±24,00 -13,0±113,0	0,028
lęk – stan	średnia±odch. stand. min.±maks.	44,05±11,14 20,0±95,0	43,32±11,00 20,0±77,0	42,30±9,98 20,0±73,0	0,084
lęk – cecha	średnia±odch. stand. min.±maks.	47,58±8,14 24,0±69,0	47,41±8,17 8,0±68,0	46,34±8,53 25,0±86,0	0,088

*FSH – poziomy w mIU/ml
E₂ – poziomy w pg/ml

pozwala na porównanie w badanych grupach 6 czynników składających się na nastrój. Skala Spielberga posłużyła do oceny różnic między wyróżnionymi grupami w poziomie lęku traktowanego jako cecha i jako stan.

Wyniki badań scharakteryzowano poprzez pokazanie w tabelach wartości średnich, odchyłeń standardowych oraz wartości minimalnych i maksymalnych, określających zakres zmienności. Natomiast w analizie statystycznej wyników, w celu porównania średnich trzech grup jednocześnie zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji z testem porównań wielokrotnych Tukey'a (*one-way analysis of variance with multiple comparisons test*) [15].

Wyniki

Tab. I prezentuje zróżnicowanie poszczególnych parametrów nastroju i lęku w zależności od natężenia doświadczonego stresu życiowego. Istnieje wyraźny wpływ poziomu przeżytego stresu na niemal wszystkie badane zmienne. Co ciekawe, kierunek tej zależności nie zależy od

znaku danej cechy. W grupie z wyższym poziomem stresu życiowego występuje większe nasilenie takich stanów, jak napięcie, gniew, czy lęk, lecz również w tej grupie wyższy jest poziom wigoru, oraz ogólnego nastroju (afektu).

Tab. II przedstawia te same zmienne, badane w trzech grupach o różnych poziomach hormonów. Poziom estrogenów różnicuje te grupy jedynie w zakresie natężenia odczuwania depresji i zakłopotania, oraz nastroju ogólnego (afektu). Kobiety z niskimi wartościami estrogenów uzyskiwały niższy wskaźnik nastroju ogólnego, niż w pozostałych grupach. W grupie tej nasilenie depresji i zakłopotania było jednak również niższe niż u badanych ze średnimi i wysokimi poziomami hormonów.

Omówienie

W świetle powyższych wyników można powiedzieć, że stres życiowy jest zmienną wpływającą na więcej czynników kształtujących samopoczucie psychiczne, niż



zmiany hormonalne pojawiające się w okresie okołomenopauzalnym. Zarówno lęk (rozumiany i jako stan w chwili badania, i jako trwała predyspozycja do reagowania lękowego), jak i prawie wszystkie składowe kształtujące nastrój pozostają w związku z natężeniem doświadczanego stresu. Jedynie życzliwość jest cechą niezależną od wpływu wydarzeń życiowych, co może wynikać z bardziej osobowościowego niż sytuacyjnego uwarunkowania tejże cechy.

Analizując kolejne czynniki okazuje się, że kobiety, które silniej przeżyły wydarzenia stresogenne, mają wyższe wyniki w skalach mierzących gniew, napięcie, depresję, znużenie, oraz lęk. Mogłoby to stanowić potwierdzenie dla tezy o negatywnym wpływie warunków psychospołecznych, wynikających z danego okresu życia związanego z czasem menopauzy na funkcjonowanie psychiczne. Jednoznaczna odpowiedź uniemożliwiają wyniki dotyczące wigtu, również wyższe w grupie z wyższym poziomem stresu. Uzyskane wyniki wydają się być wewnętrznie sprzeczne; dokładniejsza analiza statystyczna określająca wzajemne związki poszczególnych czynników w obydwu grupach badanych może przybliżyć uzasadnienie takiego rozkładu. Możliwą interpretacją jest przyjęcie założenia, iż osoby, które przeżywają negatywne emocje, takie jak gniew, czy lęk mogą w zadaniowy sposób podchodzić do prób przezwyciężania frustrujących stanów psychicznych. To z kolei może podnosić poziom energetyczny odzwierciedlany skalą wigtu.

Obniżony poziom estrogenu wywiera wpływ na odczuwanie depresji i zakłopotania, przy czym zaskakujące jest, że w tej grupie badanej znalazły się najniższe

wartości tych czynników. I tu wydaje się wskazana kontynuacja analizy statystycznej, dookreślająca zależności między badanymi grupami, co może wyjaśnić nieoczekiwany kierunek ustalonych związków.

Istotny jest też fakt, że poziom estrogenu nie różnicuje badanych kobiet pod względem takich cech samopoczucia, które są związane ze stanem menopauzy. Niestwierdzony wpływ estrogenu na napięcie, znużenie, czy lęk podważa interpretowanie tych stanów jako zdeterminowanych w tym okresie jedynie biologicznie.

Konsekwencją przyjęcia wniosku o silnym wpływie uwarunkowań psychospołecznych nawet na takie aspekty stanu psychicznego, które były w literaturze medycznej traktowane jako skutek zmian w gospodarce estrogenowej [6], jest poszerzenie modelu opieki o pomoc wykraczającą poza suplementację hormonalną. Wydaje się konieczne rozpatrzenie możliwości włączenia psychologicznych form pomocy, jako odpowiedzi na psycho- i socjogenne charakter zakłóceń w funkcjonowaniu psychicznym.

Wnioski

- Samopoczucie psychiczne kobiet w okresie okołomenopauzalnym mocniej różnicuje stres życiowy niż poziom hormonów. Świadczy to o silniejszym wpływie czynników psychospołecznych niż biologicznych na zmiany w funkcjonowaniu psychicznym, które towarzyszą okresowi okołomenopauzalnemu.
- Poziom estrogenu wywiera wpływ na niektóre aspekty samopoczucia, w tym na ogólny nastrój.
- Wpływ ten ma charakter wielokierunkowy; wymaga dalszej analizy statystycznej

Summary

The aim of this study is answering the question if psychic functions changes are determined by biological factors or psychosocial factors. 1104 women – patients of Menopausal Diseases Outpatient Clinic in Polish Mother's Memorial Hospital – Research Institute were included into study. We observed that psychic well-being in perimenopausal women is more determined by stress than by hormones levels. It is proof that psychosocial factors have stronger influence on psychic functions changes in perimenopause period than biological factors. Estrogens levels influence only on some issues of well-being including general mood. This influence is complex and requires further statistical analysis.

Key words: menopause, psychic issues, biological factors, psychosocial factors

Piśmiennictwo

1. Collins A, Landgren BM. *Experience of symptoms during transition to menopause: a population-based longitudinal study*. In: Red. Berg G, Hammar M. *The Modern Management of the Menopause* The Parthenon Publishing Group London 1994.
2. Makhlof Obermeyer C. *Menopause Across Cultures: A Review of the Evidence*. Menopause 2000; Vol. 7, No. 3: 23-7.
3. Landgren BM, Collins A. *Work, social life and health in women during transition to menopause*. In: Red. Berg G, Hammar M. *The Modern Management of the Menopause*. The Parthenon Publishing Group London 1994.
4. Bachmann GA. *Vasomotor flushes in menopausal women*. Am J Obstet Gynecol 1999; 180 (3Pt2): S312-6.
5. Portin R, Polo-Kanttola P, Polo O, Koskinen T. *Serum estrogen level, attention, memory and other cognitive functions in middle-aged women*. Climacteric 1999; 2 (2): 115-23.
6. Panay N, Studd JWW. *Menopause and the Central Nervous System*. European Menopause Journal 1996; Vol. 3, No. 3: 116-23.
7. Henderson VW. *Does estrogen therapy enhance memory?* Climacteric 1999; 2 (3): 162-3.
8. Woods NF, Mitchell ES. *Memory Functioning Among Midlife Women: Observations From the Seattle Midlife Women's Health Study*. Menopause 2000; No. 4.



9. Pearlstein TB. *Hormones and depression: What are the facts about premenstrual syndrome, menopause, and hormone replacement therapy?* Am J Obstet Gynecol 1995; 173 (2): 646-53.
10. Dennerstein L. *Well-being, symptoms and the menopausal transition.* Maturitas 1996; 23 (2): 147-57.
11. Greendale GA, Judd HL. *Menopauza.* Medycyna Praktyczna 1994; 4: 12-7.
12. Kaufert PA. *Menopause and depression: a sociological perspective.* The Modern Management of the Menopause pod red. Berg G, Hammar M. The Parthenon Publishing Group London 1994.
13. Lipińska-Szałek A, Krogulski S. *Psychologiczne aspekty menopauzy.* Nowa Medycyna 1998; 15: 3-7.
14. Caltabiano ML, Holzheimer M. *Dispositional factors, coping and adaptation during menopause.* Climacteric 1999; 2 (1): 21-8.
15. Fisher LD, van Belle G. *Biostatistics. A methodology for the health sciences.* Wiley & Sons, Inc., New York 1993.

Adres do korespondencji

dr n. med. **Anna Sobczuk**
Klinika Ginekologii i Chorób Menopauzy
Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki
ul. Rzgowska 281/289
93-338 Łódź
e-mail: kgcm@interia.pl

