

# Zaburzenia snu oraz emocji u kobiet stosujących hormonalną terapię zastępczą

## *Sleeping and emotion disorders in women using hormonal replacement therapy*

Maciej Wilczak<sup>1</sup>, Dariusz Samulak<sup>2,3</sup>, Ewa Mojs<sup>4</sup>, Magdalena Monika Michalska<sup>5</sup>, Michał Ziarko<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Zakład Edukacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;  
kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Maciej Wilczak

<sup>2</sup>Katedra Zdrowia Matki i Dziecka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;  
kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Tomasz Opala

<sup>3</sup>Klinika Ginekologii Operacyjnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;  
kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Stefan Sajdak

<sup>4</sup>Zakład Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;  
kierownik Zakładu: dr Ewa Mojs

<sup>5</sup>Oddział Położniczo-Ginekologiczny Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kaliszu;  
kierownik Oddziału: dr Dariusz Samulak

<sup>6</sup>Instytut Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu;  
kierownik Instytutu: prof. dr hab. Jerzy Brzeziński

Przeгляд Menopauzalny 2011; 2: 147–152

### Streszczenie

Zaburzenia emocji oraz snu, szczególnie bezsenność oraz zakłócenia ciągłości snu, stanowią jedne z najczęstszych w grupie kobiet oraz znacząco wpływają na ich codzienne funkcjonowanie oraz jakość życia. Celem badań była ocena zależności pomiędzy występowaniem zaburzeń snu oraz emocji u kobiet w okresie okołomenopauzalnym stosujących hormonalną terapię zastępczą (HTZ). Grupę odniesienia stanowiła grupa kobiet dobrana pod względem wieku, a niestosująca HTZ. Grupę badanych stanowiło 90 kobiet hospitalizowanych w lecznicach z terenu Wielkopolski w wieku 15–80 lat ( $M = 49,81$ ;  $SD = 11,69$ ). W badaniach wykorzystano wystandardyzowane testy o ustalonej wysokiej rzetelności i trafności wewnętrznej: Skala Kontroli Emocji Courtauld (*Courtauld Emotional Control Scale – CECS*), Skala Senności Epworth (*Epworth Sleepiness Scale – ESS*), Ateńska Skala Bezsenności (ASB), Inwentarz Depresji Becka, Skala Satysfakcji z Życia, Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny. Wyniki wskazują na mniejsze nasilenie zaburzeń snu o charakterze bezsenności w grupie kobiet stosujących HTZ. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zakresie pozostałych parametrów zaburzeń snu. Samoocenę rozumiano jako zmienną wielowymiarową, w skład której wchodzi 11 parametrów. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w parametrze kompetencji – kobiety stosujące HTZ oceniały siebie jako osoby o wyższych zdolnościach w porównaniu z grupą badanych niestosujących HTZ.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia snu, zaburzenia emocji, depresja, zespół klimakteryczny, hormonalna terapia zastępcza.

### Summary

Sleeping and emotion disorders, especially insomnia and sleep continuity disorders, are most severely felt and determine women's everyday life. The research was aimed at assessing the dependence of the occurrence of sleeping and emotion disorders in women of perimenopausal age and the use of hormonal replacement therapy. Women of similar age not using hormonal replacement therapy constituted the reference group. 90 patients from gynaecological wards in the Wielkopolska region and hospital outpatient clinics participated in the research. The patients were between 15 and 80 years of age ( $M = 49.81$ ;  $SD = 11.69$ ). In the study standardized test methods of determined reliability and internal accuracy were used: Courtauld Emotional Control Scale (CECS), Epworth Sleepiness Scale, Athens Insomnia Scale, Stanford Sleepiness Scale, Beck Depression Inventory, Satisfaction

Adres do korespondencji:

Maciej Wilczak, Zakład Edukacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny, ul. Polna 33, 60-535 Poznań

With Life Scale, Multidimensional Self-Esteem Inventory. The results show lower intensity of insomnia in women using HRT than in women not using HRT. No statistically significant differences were observed between the two groups as far as two other insomnia indicators were concerned. Self-esteem was treated as a complex variable composed of eleven dimensions. Statistically significant differences were noted in respect of one dimension only, i.e. competences. Women using HRT notice that they have much more competences than women not using HRT.

**Key words:** sleeping disorders, emotion disorders, depression, climacteric syndrome, hormonal replacement therapy.

## Wstęp

Zmiany zaznaczające się w okresie okołomenopauzalnym mają duże znaczenie dla zdrowia i samopoczucia kobiet. Za najbardziej uciążliwe uznawane są objawy zespołu klimakterycznego: uderzenia gorąca, zlewne poty nocne, bóle głowy, parestezje, zaburzenia snu, spadek libido i depresja [1, 2].

Zaburzenia nastroju i snu, szczególnie bezsenność oraz zaburzenia ciągłości snu, odczuwane są najdotkliwiej i determinują codzienne życie kobiet. Za ich powstanie odpowiedzialne są zmiany w obrębie ośrodkowego układu nerwowego polegające na zmniejszeniu stężenia i aktywności neurotransmiterów odpowiedzialnych za nastrój i napęd (serotonina, katecholaminy) oraz brak pobudzenia receptorów estrogenowych zlokalizowanych głównie w obrębie układu limbicznego [3].

## Cel pracy

Celem zaprojektowanych badań była ocena występowania zaburzeń snu oraz emocji w grupie kobiet stosujących hormonalną terapię zastępczą (HTZ). Grupę odniesienia stanowiły kobiety dobrane pod względem wieku niestosujące HTZ.

## Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 90 pacjentek oddziałów ginekologicznych na terenie województwa wielkopolskiego oraz przyszpitalnych poradni. Przedział wieku dla badanych kobiet zawierał się pomiędzy 15. a 80. r.ż. ( $M = 49,81$ ;  $SD = 11,69$ ). Trzydzieści osiem (42,2%) z badanych kobiet było poddanych HTZ, 47 nie korzystało z tej formy leczenia. Pięć z badanych nie określiło sposobu leczenia. Czas stosowania HTZ wynosił 2–60 miesięcy ( $M = 15,58$ ;  $SD = 14,41$ ). Sześćdziesiąt osiem (75,6%) kobiet nie chorowało na żadną chorobę przewlekłą. Najwięcej kobiet było mężatkami (58; 64,4%), a najmniej było osób rozwiedzionych (5; 5,6%), 15 kobiet (16,7%) było wdowami, a 10 pannami, 2 z badanych nie określiły swojego stanu cywilnego. Dwadzieścia dwie (24,4%) spośród badanych kobiet nie posiadały dzieci, a 68 (75,6%) było matkami.

Respondentki samodzielnie wypełniły zestaw kwestionariuszy mierzący: poczucie zadowolenia z życia,

kontrolę emocji, bezsenność i zaburzenia snu, poziom depresji, poziom samooceny oraz metryczkę mierzącą podstawowe zmienne kliniczne i socjodemograficzne. Badania były dobrowolne i anonimowe.

W badaniach wykorzystano metody testowe wystandardyzowane, o ustalonej rzetelności i trafności wewnętrznej:

- Skalę Kontroli Emocji Courtauld (*Courtauld Emotional Control Scale – CECS*). Składa się ona z 3 podskal (po 7 twierdzeń każda) służących do określania sposobu ujawniania gniewu, depresji i lęku w sytuacjach trudnych. Suma wyników na wszystkich podskalach wskazuje na ogólny poziom kontroli emocji. Osoby badane ustosunkowują się do podanych twierdzeń na 4-punktowej skali, której krańce opisane są: 1 – prawie nigdy, 4 – prawie zawsze.
- Skalę Senności Epworth (*Epworth Sleepiness Scale – ESS*). Jest jedną z najczęściej wykorzystywanych skal w medycynie snu. Jest ona rutynowo stosowana w badaniach przesiewowych oraz prowadzeniu leczenia u osób z nadmierną sennością. Jest to skala oceny własnej. Osoba badana jest proszona o ocenienie, w skali 0–3, prawdopodobieństwa zaśnięcia przez nią w ośmiu typowych sytuacjach z życia codziennego. Skala uwzględnia przy tym zarówno sytuacje bierne, promujące sen (np. leżenie i odpoczywanie po południu), jeśli okoliczności na to pozwalają, jak i sytuacje aktywne, niesprzyjające zasypianiu (np. w czasie rozmowy, siedząc). Z tego powodu ESS pozwala łatwo wstępnie różnicować prawidłową i zwiększoną senność.
- Ateńska Skala Bezsenności (ASB). Służy do pomiaru nasilenia objawów bezsenności.
- Stanfordska Skala Senności (SSS). Stosowana do oceny ogólnego poziomu senności, który jest stałą cechą badanego.
- Inwentarz Depresji Becka. Skala składa się z 21 zestawów po 4 stwierdzenia odnoszących się do wymiarów funkcjonowania w ciągu miesiąca od momentu pomiaru. Pierwsza odpowiedź jest neutralna, a kolejne związane są z coraz silniejszymi objawami depresji, np. „Mam poczucie, że wyglądam i okropnie, i odrażająco”. Wynik ogólny stanowi sumę udzielonych odpowiedzi [4].
- Skala Satysfakcji z Życia [5]. Składa się z 5 pozycji testowych zawierających świadome sądy ewaluacyjne

o własnym życiu. Punktem odniesienia dla oceny jest subiektywne przekonanie osoby odpowiadającej, np. „Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału”. Osoba badana odpowiada na skali 7-punktowej (1 – zupełnie się nie zgadzam; 8 – całkowicie się zgadzam).

- Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny (*Multi-dimensional Self-Esteem Inventory – MIES*). Autorami testu są E.J. O'Brien i S. Epstein [6].

## Wyniki

W tabeli I przedstawiono statystyki opisowe dla zmiennych uwzględnionych w badaniu.

Analiza wyników polegała na porównaniu kobiet stosujących HTZ i niestosujących jej pod względem: stopnia zadowolenia z życia, natężenia depresji i lęku, umiejętności kontroli emocji (ogólnej, gniewu, depresji oraz lęku), zaburzeń snu oraz poziomu samooceny (ogólna samoocena, kompetencje, bycie kochanym, popularność, zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja

moralna, atrakcyjność fizyczna, witalność, integracja tożsamości, obronne wzmacnianie siebie; tab. II).

Dodatkowo w grupie kobiet stosujących HTZ wyodrębniono podgrupę palącą papierosy i niepalącą. Podgrupy te porównano w zakresie tych samych zmiennych psychologicznych (tab. III). Porównań dokonano testem t-Studenta.

Poziom zdrowia mierzono za pomocą jednego wskaźnika pozytywnego (poziom zadowolenia z życia) i jednego wskaźnika negatywnego (natężenie depresji). Zaobserwowano różnice pomiędzy kobietami z obu grup w zakresie natężenia depresji. Kobiety stosujące HTZ charakteryzuje wyższe natężenie depresji w porównaniu z kobietami niestosującymi tej metody leczenia.

Nie zaobserwowano różnic pomiędzy tymi dwiema grupami w zakresie kontroli emocji (gniewu, depresji, lęku).

Kobiety stosujące HTZ charakteryzuje mniejsze natężenie bezsenności w porównaniu z kobietami niestosującymi HTZ. W przypadku dwóch pozostałych

Tab. I. Statystyki opisowe oraz współczynnik rzetelności skal ( $n = 90$ )

	Min.	Maks.	M	SD	Współczynnik rzetelności
<b>poziom zdrowia</b>					
poziom zadowolenia z życia	5,00	35,00	16,49	6,30	0,91
poziom depresji	0,00	34,00	16,08	10,98	0,96
<b>kontrola emocji</b>					
ogólna kontrola emocji	28,00	78,00	51,51	7,26	0,65
gniewu	9,00	27,00	16,76	3,72	0,56
depresji	9,00	28,00	17,46	3,27	0,45
lęku	10,00	25,00	17,29	2,80	0,18
<b>zaburzenia snu</b>					
bezsenność (ASB)	0,00	19,00	8,02	5,52	0,93
parasomnie (ESS)	0,00	19,00	8,52	4,41	0,72
zaburzenia snu (SSS)					
<b>samoocena</b>					
ogólna samoocena	15,00	38,00	30,06	3,92	0,62
kompetencje	13,00	38,00	24,95	4,97	0,79
bycie kochanym	17,00	39,00	30,99	3,55	0,61
popularność	14,00	41,00	30,97	4,67	0,71
zdolności przywódcze	15,00	43,00	26,49	5,08	0,79
samokontrola	16,00	43,00	30,57	4,52	0,65
samoakceptacja moralna	11,00	39,00	24,89	5,22	0,76
atrakcyjność fizyczna	12,00	35,00	26,85	4,31	0,67
witalność	15,00	43,00	29,25	4,86	0,76
integracja tożsamości	6,00	40,00	29,04	4,91	0,75
obronne wzmacnianie siebie	17,00	70,00	48,09	7,06	0,75

Źródło: opracowanie własne; ASB – Ateńska Skala Bezsenności; ESS – Skala Senności Epworth (Epworth Sleepiness Scale); SSS – Stanfordzka Skala Senności.

Tab. II. Różnice pomiędzy osobami stosującymi hormonalną terapię zastępczą i niestosującymi tej terapii w zakresie poziomu zadowolenia z życia, poziomu depresji, kontroli emocji, zaburzeń snu i samooceny

Zmienna	Leczenie za pomocą HTZ		Statystyki testu t			
	tak (n = 38)	nie (n = 47)	t	df	p	d
	M (SD)	M (SD)				
<b>poziom zdrowia</b>						
poziom zadowolenia z życia	15,38 (4,86)	17,10 (7,31)	-1,22	68,28	0,23	0,28
poziom depresji	20,50 (9,09)	13,28 (11,57)	3,20	81,81	< 0,01	0,70
<b>kontrola emocji</b>						
ogólna kontrola emocji	52,47 (6,11)	51,04 (8,18)	0,89	81	0,38	0,20
gniewu	17,21 (3,16)	16,71 (4,01)	0,62	81	0,54	0,14
depresji	17,66 (2,87)	17,27 (3,67)	0,53	81	0,60	0,12
lęku	17,60 (2,34)	17,07 (3,21)	0,88	79,44	0,38	0,19
<b>zaburzenia snu</b>						
bezsenność (ASB)	6,34 (5,42)	10,21 (5,19)	3,34	83	< 0,01	0,73
parasomnie (ESS)	9,00 (3,49)	8,43 (5,08)	0,60	79,22	0,55	0,13
zaburzenia snu (SSS)	3,60 (1,43)	3,50 (1,28)	0,26	48	0,80	0,07
<b>samoocena</b>						
ogólna samoocena	30,08 (3,47)	30,53 (3,77)	-0,57	81	0,57	0,12
kompetencje	23,68 (4,57)	26,09 (4,98)	-2,28	81	0,02	0,50
bycie kochanym	30,82 (3,45)	31,56 (3,14)	-1,02	81	0,31	0,22
popularność	31,05 (4,43)	31,20 (4,41)	-0,15	81	0,88	0,03
zdolności przywódcze	25,87 (4,82)	27,49 (5,22)	-1,46	81	0,15	0,32
samokontrola	31,13 (4,37)	30,49 (4,25)	0,68	81	0,50	0,15
samoakceptacja moralna	24,16 (4,81)	25,71 (5,33)	-1,38	81	0,17	0,31
atrakcyjność fizyczna	26,18 (3,90)	27,91 (4,07)	-1,96	81	0,05	0,43
witalność	28,79 (4,48)	29,91 (4,90)	-1,08	81	0,28	0,24
integracja tożsamości	28,89 (4,77)	29,78 (3,95)	-0,92	81	0,36	0,20
obronne wzmacnianie siebie	48,66 (4,89)	48,49 (7,28)	0,12	81	0,90	0,03

HTZ – hormonalna terapia zastępcza; ASB – Ateńska Skala Bezsenności; ESS – Skala Senności Epworth (Epworth Sleepiness Scale); SSS – Stanfordzka Skala Senności.

wskaźników bezsenności nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic pomiędzy porównywanymi grupami.

Samoocenę potraktowano jako złożoną zmienną składającą się z 11 wymiarów. Istotnie statystycznie różnice zaobserwowano w przypadku jednego wymiaru, tzn. kompetencji. Kobiety niestosujące HTZ spostrzegają, że posiadają znacząco więcej kompetencji niż osoby stosujące HTZ.

Kobiety stosujące HTZ i palące papierosy charakteryzuje większe natężenie depresji w porównaniu z kobietami stosującymi HTZ i niepalącymi tytoniu. Nie zaobserwowano różnic w poziomie zadowolenia z życia pomiędzy porównywanymi grupami.

Zaobserwowano różnice w kontroli emocji pomiędzy kobietami stosującymi HTZ palącymi i niepalącymi. Kobiety stosujące HTZ i palące charakteryzuje silniejsza ogólna kontrola emocji oraz silniejsza kontrola gniewu. Na poziomie trendu zaobserwowano różnice w kontroli depresji. Palące kobiety stosujące HTZ charakteryzu-

je silniejsza kontrola depresji. Nie stwierdzono różnic w zakresie kontroli lęku.

Nie zaobserwowano różnic pomiędzy kobietami stosującymi HTZ i palącymi papierosy a kobietami stosującymi HTZ i niepalącymi papierosów w zakresie zaburzeń snu oraz w natężeniu samooceny w żadnym z jej 11 wymiarów.

## Dyskusja

Zaburzenia depresyjne występują u 50% pacjentek poradni menopauzy. Największe ich nasilenie występuje 2–3 lata przed menopauzą, a klinicznie objawiają się: brakiem zahamowania myślenia i woli, dużym natężeniem lęku, tendencjami samobójczymi u 25% pacjentek, a próbami samobójczymi u 2%. Choroba trwa długi czas (średnio od roku do 2 lat), ale istnieje małe prawdopodobieństwo jej nawrotu [3, 7, 8].

**Tab. III.** Różnice pomiędzy palącymi i niepalącymi kobietami stosującymi hormonalną terapię zastępczą w zakresie poziomu zadowolenia z życia, poziomu depresji, kontroli emocji, zaburzeń snu i samooceny

Zmienna	Leczenie za pomocą HTZ		Statystyki testu t			
	tak (n = 25)	nie (n = 11)	t	df	p	d
	M (SD)	M (SD)				
<b>poziom zdrowia</b>						
poziom zadowolenia z życia	15,48 (5,56)	15,45 (3,11)	0,01	34	0,99	0,01
poziom depresji	22,38 (8,27)	15,45 (9,67)	2,22	35	0,03	0,77
<b>kontrola emocji</b>						
ogólna kontrola emocji	53,92 (6,18)	48,81 (4,66)	2,45	35	0,02	0,94
gniewu	17,92 (3,21)	15,45 (2,54)	2,26	35	0,03	0,86
depresji	18,19 (2,68)	16,27 (3,10)	1,90	35	0,07	0,66
lęku	17,81 (2,42)	17,09 (2,30)	0,84	35	0,41	0,31
<b>zaburzenia snu</b>						
bezsennaść (ASB)	11,15 (5,20)	8,27 (4,94)	1,56	35	0,13	0,57
parasomnie (ESS)	9,32 (3,06)	8,54 (4,46)	0,61	34	0,55	0,21
zaburzenia snu (SSS)	3,31 (1,44)	4,14 (1,34)	-1,27	18	0,22	0,60
<b>samoocena</b>						
ogólna samoocena	30,31 (3,41)	29,82 (3,76)	0,39	35	0,70	0,14
kompetencje	23,85 (4,57)	23,36 (4,98)	0,29	35	0,78	0,10
bycie kochanym	30,69 (3,68)	31,36 (3,01)	-0,53	35	0,60	0,20
popularność	31,11 (3,54)	31,00 (6,42)	0,07	35	0,94	0,02
zdolności przywódcze	26,23 (4,70)	25,18 (5,42)	0,59	35	0,56	0,21
samokontrola	31,04 (4,91)	31,64 (3,04)	-0,37	35	0,71	0,15
samoakceptacja moralna	24,42 (4,79)	23,54 (5,24)	0,49	35	0,62	0,17
atrakcyjność fizyczna	26,65 (3,79)	25,36 (4,22)	0,91	35	0,37	0,32
witalność	29,42 (4,27)	27,82 (4,83)	1,00	35	0,32	0,35
integracja tożsamości	29,58 (4,70)	27,64 (4,96)	1,13	35	0,27	0,40
obronne wzmacnianie siebie	48,69 (5,13)	49,09 (4,41)	-0,22	35	0,82	0,08

HTZ – hormonalna terapia zastępcza; ASB – Ateńska Skala Bezsenności; ESS – Skala Senności Epworth (Epworth Sleepiness Scale); SSS – Stanfordzka Skala Senności.

U pacjentek, u których rozpoznaje się depresję, a z wywiadu wiadomo, że występowały u nich: dobry nastrój w czasie ciąży, depresja po porodzie, cykliczne obniżenie nastroju oraz bóle głowy w czasie miesiączki, można spodziewać się, że jest to depresja podatna na leczenie estrogenami [9–11].

Za przyczynę powstawania depresji klimakterycznej uznaje się: zmniejszenie stężenia noradrenaliny, zmniejszenie stężenia serotoniny, zmniejszenie aktywności dopaminy, zmniejszenie stężenia melatoniny, zaburzenia dobowego rytmu wydzielania melatoniny, aktywację układu cholinergicznego, zwiększenie stężenia kortyzolu oraz wzrost aktywności układu endogennych opioidów i beta-endorfiny [9, 12].

Estrogeny znalazły zastosowanie w leczeniu depresji klimakterycznej, ponieważ wywołują zwiększenie stężenia noradrenaliny (zmniejszenie stężenia monoaminoooksydazy – MAO), co wiąże się ze zwiększeniem napędu, zwiększają stężenie serotoniny (zmniejszenie stężenia wolnego tryptofanu), co łagodzi objawy depre-

sji, działają pośrednio przez znoszenie objawów zespołu klimakterycznego, dając tzw. efekt domina, oraz bezpośrednio działają na psychikę [10–12]. W badaniach wykazano wyższe wskaźniki depresji u kobiet stosujących HTZ. Stanowi to wskazanie do prowadzenia dalszych badań, jak leczenie HTZ wpływa na parametry w zakresie funkcjonowania emocjonalnego. Wyniki takich badań stanowią odrębne doniesienie autorów.

Wpływ estrogenów na samopoczucie kobiet i znoszenie objawów depresji jest możliwy dzięki licznym receptorom estrogenowym, które znajdują się w obszarze przedwzrokowym, podwzgórzu, ciele migdałowatym, hipokampie, mózdzku i układzie limbicznym [9, 12, 13].

Zaburzenia snu występujące w okresie klimakterium objawiają się spadkiem wydajności snu, wzrostem częstości budzenia się w nocy, wydłużeniem czasu zasypiania, zmniejszeniem częstości wolnych fali snu, wzrostem częstości występowania zespołu bezdechu sennego [14, 15].

W etiologii zaburzeń snu podkreśla się zmniejszenie stężenia serotoniny w jądrze podkorowym szwu, co

powoduje zaburzenia snu głębokiego oraz zmniejszenie stężenia noradrenaliny w jądrze miejsca sinawego, co powoduje zaburzenia fazy REM [16, 17]. Ponadto na obniżenie jakości snu w okresie klimakterium mają wpływ objawy zespołu klimakterycznego, tj. uderzenia gorąca, nocne poty, parestezje, które powodują większą ilość wybudzeń i tym samym zakłócają sen [18]. W badaniach własnych potwierdzono występowanie zaburzeń snu i emocji – obniżenie nastroju i depresję. U wszystkich badanych kobiet poziom depresji był podwyższony, nieznacznie silniej w grupie stosującej HTZ.

Joffe i wsp. zauważyli jednak zdecydowanie bardziej nasilone zaburzenia snu u kobiet cierpiących na depresję i z objawami zespołu klimakterycznego niż u kobiet bez depresji z objawami zespołu klimakterycznego [18]. Ponadto stwierdzili, że typ nieprawidłowości podczas snu u pacjentek z depresją niezależną od objawów zespołu klimakterycznego był inny niż ten u pacjentek z depresją wywołaną przez objawy klimakteryczne.

Graziottin i wsp. zauważyli, że do leczenia depresji okresu okołomenopauzalnego nie wystarczą leki przeciwdepresyjne, ale konieczne jest również stosowanie HTZ [10]. Frey i wsp. stwierdzili, że najlepszym schematem do leczenia depresji i objawów zespołu klimakterycznego są przezskórny estrogen oraz serotoninergiczne i noradrenergiczne leki przeciwdepresyjne [11].

## Wnioski

Badając wpływ HTZ na zaburzenia snu i emocji, stwierdzono, że zarówno złożona, jak i estrogenowa HTZ wywierają zdecydowanie pozytywny efekt, poprawiając jakość snu, a także zmniejszając objawy depresji [19]. W badaniach własnych potwierdzono mniejsze natężenie zaburzeń snu w grupie kobiet stosujących HTZ. Dalszych badań wymaga jednak ocena długofalowego stosowania HTZ i jej wpływu na funkcjonowanie emocjonalne i zaburzenia snu.

## Piśmiennictwo

1. World Health Organization. WHO Technical Report Series. Research on the Menopause in the 1990s. Geneva, Switzerland 1996.
2. Kumari M, Stafford M, Marmot M. The menopausal transition was associated in a prospective study with decreased health functioning in women who report menopausal symptoms. *J Clin Epidemiol* 2005; 58: 719-27.
3. Słopień R, Warenik-Szymankiewicz A. Przekwitanie. W: Bręborowicz GH (red.). Późnictwo i ginekologia. T. 2. PZWL, Warszawa 2005; 716-25.
4. Parnowski T, Jernajczyk. Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatr Pol* 1977; 11: 417-21.
5. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
6. Fecenec D. Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2008.
7. Pużyński S. Zaburzenia afektywne – interdyscyplinarne zagadnienie kliniczne i społeczne. *Lęk i Depresja* 1996; 1: 3-9.
8. Pużyński S. Depresje. Wyd. 2., PZWL, Warszawa 1988.
9. Clayton AH, Ninan PT. Depression or menopause? Presentation and management of major depressive disorder in perimenopausal and postmenopausal women. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2010; 12: PCC.08r00747.
10. Graziottin A, Serafini A. Depression and the menopause: why antidepressants are not enough? *Menopause Int* 2009; 15: 76-81.
11. Frey BN, Lord C, Soares CN. Depression during menopausal transition: a review of treatment strategies and pathophysiological correlates. *Menopause Int* 2008; 14: 123-8.
12. Morrison JH, Brinton RD, Schmidt PJ, Gore AC. Estrogen, menopause, and the aging brain: how basic neuroscience can inform hormone therapy in women. *J Neurosci* 2006; 26: 10332-48.
13. Vadakkadath Meethal S, Atwood CS. The role of hypothalamic-pituitary-gonadal hormones in the normal structure and functioning of the brain. *Cell Mol Life Sci* 2005; 62: 257-70.
14. Moline ML, Broch L, Zak R. Sleep in women across the life cycle from adulthood through menopause. *Med Clin North Am* 2004; 88: 705-36.
15. Shahar E, Redline S, Young T, et al. Hormone replacement therapy and sleep-disordered breathing. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167: 1186-92.
16. Deuschle M, Schredl M, Schilling C, et al. Association between a serotonin transporter length polymorphism and primary insomnia. *Sleep* 2010; 33: 343-7.
17. Leu-Semenescu S, Arnulf I, Decaix C, et al. Sleep and rhythm consequences of a genetically induced loss of serotonin. *Sleep* 2010; 33: 307-14.
18. Joffe H, Soares CN, Thurston RC, et al. Depression is associated with worse objectively and subjectively measured sleep, but not more frequent awakenings, in women with vasomotor symptoms. *Menopause* 2009; 16: 671-9.
19. Kornstein SG, Young EA, Harvey AT, et al. The influence of menopause status and postmenopausal use of hormone therapy on presentation of major depression in women. *Menopause* 2010; 17: 828-39.