

Temperament, osobowość i styl radzenia sobie ze stresem a częstość i intensywność objawów menopauzalnych

Frequency and intensity of menopausal symptoms in relation to temperament, personality and coping style

Eleonora Bielawska-Batorowicz

Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego; p.o. dyrektora: dr n. hum. Eleonora Bielawska-Batorowicz

Przeгляд Menopauzalny 2007; 2: 70–76

Streszczenie

Cel pracy: Konceptje psychologiczne wyjaśniające związek osobowości i zdrowia podkreślają rolę neurotyczności i temperamentalnych czynników ryzyka w występowaniu niektórych chorób, a także ich znaczenie do oceny stanu zdrowia. W prezentowanych badaniach podjęto próbę określenia znaczenia zmiennych psychologicznych jako moderatorów sposobu doświadczania przez kobiety objawów menopauzalnych. Rolę moderatorów pełniła osobowość oraz temperament i styl radzenia sobie ze stresem.

Materiał i metody: W dwóch programach badawczych uczestniczyło 306 kobiet w wieku 45–55 lat, z wykształceniem co najmniej średnim, mających męża/partnera i dzieci, które nie przeżyły leczenia prowadzącego do wystąpienia sztucznej menopauzy. Zastosowano w nich skalę *Moje samopoczucie* do oceny częstości i intensywności objawów menopauzalnych oraz narzędzia do pomiaru osobowości (inwentarz NEO-FFI), temperamentu (kwestionariusz FCZ-KT), stylu radzenia sobie ze stresem (kwestionariusz CISS) oraz kwestionariusz *Menopauza*, pozwalający określić przekonania związane z menopauzą.

Wyniki: Ocenę objawów menopauzalnych różnicowało stosowanie hormonalnej terapii zastępczej. Na podstawie analizy korelacji i regresji stwierdzono, że częstość i intensywność doznawanych objawów jest związana z wysokim poziomem neurotyczności, reaktywności emocjonalnej i stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na emocjach lub unikaniu. Powiązania te są niezależne od stosowania HTZ, choć kobiety poddane terapii hormonalnej relacjonują niższą częstość i intensywność objawów.

Wnioski: Zmienne psychologiczne mogą modyfikować relacje pacjentek o doznawanych objawach menopauzalnych i decyzje o stosowaniu HTZ.

Słowa kluczowe: menopauza, objawy menopauzalne, neurotyczność, temperament, różnice indywidualne

Summary

Objectives: Psychological theories explain the mechanisms which link personality and health. These theories point to neuroticism and some temperamental traits as risk factors for diseases and low subjective evaluation of health. The aim of the studies was to examine the role of personality, temperament and coping style as moderators of menopausal symptoms.

Design: The studies were designed as cross-sectional. All measures were taken at the same time.

Material and methods: Three hundred and six women aged 45-55 yrs participated in two research projects. Subjects had at least 12 years of education, were married with children, and were not affected by artificial menopause. The questionnaires administered included a scale to measure frequency and intensity of menopausal symptoms (*Moje samopoczucie*), NEO-FFI Inventory, a temperament questionnaire (FCZ-KT) and a scale to measure women's opinions on menopause.

Results: The evaluation of frequency and intensity of menopausal symptoms was linked to hormonal replacement therapy – those on HRT scored lower indicating less intense and less frequent symptoms. The correlation and regression analyses indicated the significant relations of symptoms' frequency and intensity with high neuroticism, reactivity, emotion-oriented and avoidance-oriented coping. These findings were irrespective of HRT.

Conclusions: Psychological factors may modify the presentation of menopausal symptoms and influence patients' decisions regarding hormonal treatment.

Key words: menopause, menopausal symptoms, neuroticism, temperament, individual differences

Adres do korespondencji:

dr n. hum. **Eleonora Bielawska-Batorowicz**, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki, ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź, e-mail: ebator@uni.lodz.pl

Wstęp

Analizowanie objawów menopauzy wymaga uwzględnienia zmian hormonalnych. Niemniej w modelach wieloczynnikowych – obok procesów biologicznych – umieszcza się również uwarunkowania kulturowe, społeczne i psychologiczne. Punktem wyjścia są zwykle procesy biologiczne, a procesom i zmiennym psychologicznym przypada rola czynnika moderującego percepcję doznań pochodzących z ciała lub podatność na negatywne następstwa zachodzących zmian fizjologicznych [1–3].

W koncepcjach opisujących związek właściwości psychologicznych i stanu zdrowia rola osobowości ujmowana jest rozmaicie. Osobowość może modyfikować ocenę wydarzeń życiowych oraz ocenę stanu zdrowia. Może również oddziaływać na spostrzeganie doznań pochodzących z ciała, co sprzyja *subiektywnemu rozpoznawaniu choroby*, a także podejmowaniu zachowań zdrowotnych, w tym korzystaniu z konsultacji medycznych [4, 5]. Wśród cech osobowości związanych ze stanem zdrowia szczególna rola przypada neurotyczności. Stwierdzono, że osoby z wysokim poziomem neurotyczności są bardziej wrażliwe na sygnały pochodzące z ciała, częściej przypisują je chorobie lub efektem leczenia, dostarczają bardziej rozbudowanych opisów doświadczanych objawów i niżej oceniają stan własnego zdrowia [4, 6]. Wskazywanie na niedostatki stanu zdrowia nie wynika jedynie z oceny subiektywnej. Wysoki poziom neurotyczności może być związany z zachowaniami, które nie sprzyjają dobremu zdrowiu, jak np. nadużywanie substancji, zaburzenia snu, silne reakcje stresowe w sytuacjach trudnych [6, 7].

Skoro stan zdrowia, a także opinie o nim, mogą być związane z cechami osobowości, to prawdopodobnym wydaje się również, że cechy te mogą oddziaływać na przebieg okresu menopauzalnego, a zwłaszcza na percepcję doświadczanych objawów. Naturalne procesy związane z menopauzą nie pociągają za sobą wyraźnych zmian w psychologicznej charakterystyce kobiet [8, 9]. Wyniki niektórych badań udokumentowały jednak związek zmiennych psychologicznych i objawów menopauzalnych. Wykazano np., że intensywne objawy są związane nie tyle ze statusem menopauzalnym i poziomem hormonów, ile z aktualną sytuacją życiową kobiet [10–13], doświadczanym stresem [14], stylem radzenia sobie [15] i poziomem lęku [16]. O związku neurotyczności i objawów menopauzalnych można wnioskować pośrednio, na podstawie wyników badań, w których stwierdzono, że kobiety z wysokim poziomem neurotyczności oceniają zmiany menopauzalne jako bardzo uciążliwe [17] oraz częściej decydują się na stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) [4]. Brak jest natomiast badań bezpośrednio oceniających związek natężenia objawów menopauzalnych i neurotyczności. Uwzględniając dostępne dane o roli neurotyczności w ocenie stanu własnego zdrowia można przypuszczać, że jej wysoki poziom będzie sprzyjał koncentrowaniu się na doświadczanych doznaniach, co może przyczynić się do częstszego zgłaszania

tych doznań jako objawów menopauzalnych i odbieraniu ich jako bardziej intensywne.

Zmienną silnie związaną z neurotycznością jest reaktywność emocjonalna, jedna z cech temperamentu. Znaczenie reaktywności emocjonalnej dla występowania niektórych chorób (np. choroby wieńcowej, nowotworów, depresji) analizowano w badaniach, w których uwzględniono koncepcję temperamentalnego czynnika ryzyka [18]. Ich rezultaty potwierdziły znaczenie cech temperamentu, a zwłaszcza reaktywności emocjonalnej, która w pośredni sposób może przyczyniać się do wstępowania schorzeń lub towarzyszyć im [19, 20]. Stwierdzono również, że osoby wysoko reaktywne ujawniają tendencję do poszukiwania informacji o źródłach doświadczanego stresu. Wydaje się więc, że wysoki poziom reaktywności może sprzyjać nie tylko kształtowaniu się właściwości niekorzystnych dla zdrowia, jak wykazały badania Zawadzkiego [21], ale także poszukiwaniu pomocy medycznej w przypadku problemów zdrowotnych oraz wzmożonemu koncentrowaniu się na doznaniach z ciała, co odzwierciedli się w spostrzeganym natężeniu objawów menopauzalnych. Objawy te mogą być przedstawiane jako szczególnie częste i intensywne zwłaszcza wówczas, gdy wysoka reaktywność współwystępuje z stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na emocjach.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie wyników dwóch programów badań, w których analizowano znaczenie zmiennych psychologicznych jako moderatorów sposobu doświadczania przez kobiety objawów menopauzalnych. W pierwszym z nich rolę moderatora pełniła osobowość, w drugim – temperament i styl radzenia sobie ze stresem.

Materiał i metody

Uczestniczkami obu prezentowanych badań¹ były kobiety w wieku 45–55 lat, z wykształceniem co najmniej średnim, mające męża/partnera i dzieci, które nie przebyły leczenia prowadzącego do wystąpienia sztucznej menopauzy. Badane znajdowały się w późnym okresie perimenopauzalnym albo we wczesnym okresie pomenopauzalnym (klasyfikacja STRAW, [22]).

W badaniu I wzięło udział 211 kobiet, których średni wiek wynosił 49,4 ($\pm 2,5$) lat. Hormonalną terapię zastępczą (HTZ) stosowało 51 kobiet (23,6%). W badaniu II uczestniczyło 95 kobiet, z których 14 (14,7%) stosowało HTZ. Średni wiek tej grupy wynosił 49,9 ($\pm 3,5$) lat.

W obu programach badawczych do oceny objawów menopauzalnych zastosowano kwestionariusz *Moje samopoczucie* [23], który składa się z 25 twierdzeń, tworzących 3 skale – objawów psychicznych (9 twierdzeń), wazomotorycznych (9 twierdzeń) i somatycznych (7 twierdzeń). Każdy z objawów oceniany jest na skali od 0 (nigdy/nie dotyczy) do 5 (prawie zawsze/bardzo intensywne dozna-

nie), a dokonywana ocena dotyczy odrębnie częstości oraz intensywności doznawanych objawów. W kwestionariuszu można zatem uzyskać wskaźniki dotyczące częstości i intensywności objawów uwzględnionych w każdej z 3 skal oraz wskaźniki całkowite (suma wyników surowych w skalach) dotyczące częstości (C) i intensywności (I) wszystkich objawów. W przedstawianych w artykule badaniach posługiwano się wskaźnikami całkowitymi C i I oraz wskaźnikami dla częstości i intensywności każdej kategorii objawów (wyniki w stenach). Rzetelność kwestionariusza *Moje samopoczucie* jest wysoka – wartość współczynnika α Cronbacha wynosi 0,856 dla częstości oraz 0,848 dla intensywności objawów. Ocena objawów po kilku miesiącach stosowania HTZ ujawniła istotne statystycznie zmiany wyników w kwestionariuszu, co świadczy o jego zadowalającej trafności [23].

W obu programach zastosowano również kwestionariusz *Menopauza* K. Lih-Mei Liao i M.S. Hunter we własnej adaptacji, który służy do oceny przekonań związanych z menopauzą. Składa się on z 10 twierdzeń dotyczących pozytywnych i negatywnych aspektów menopauzy, które oceniane są na 5-punktowej skali. Wyższy wynik oznacza podzielenie bardziej pozytywne przekonań o menopauzie. Rzetelność kwestionariusza jest zadowalająca. Współczynnik rzetelności szacowanej metodą powtórnego pomiaru wynosi 0,84, a współczynnik α Cronbacha wynosi 0,71.

W badaniu I zastosowano polską adaptację *Inwentarza osobowości NEO-FFI* P.T. Costy i R.R. McCre'a [24], który pozwala mierzyć 5 wymiarów osobowości: neurotyczność (NEU), ekstrawersję (EKS), otwartość na doświadczenie (OTW), ugodowość (UGO), sumienność (SUM). Inwentarz ma wysokie współczynniki rzetelności i trafności.

W badaniu II zastosowano dwa narzędzia. Jednym z nich był kwestionariusz *Formalna charakterystyka zachowania – kwestionariusz temperamentu (FCZ-KT)* B. Zawadzkiego i J. Strelaua [25], który pozwala na ocenę 6 składników temperamentu, związanych z czasową (żwawość, perseweratywność) i energetyczną charakterystyką zachowania (wrażliwość sensoryczna, reaktywność emocjonalna, wytrzymałość i aktywność). Parametry psychometryczne kwestionariusza FCZ-KT, potwierdzone w licznych badaniach, są satysfakcjonujące (Strelau, 2006). Drugim narzędziem był *Inwentarz radzenia sobie w sytuacjach stresowych (CISS)* N.S. Endlera i J.D.A. Parkera do pomiaru stylu radzenia sobie ze stresem w polskiej adaptacji [26]. Kwestionariusz, który składa się z 48 twierdzeń dotyczących zachowań podejmowanych w sytuacjach stresowych ocenianych na skali 1–5, pozwala na określenie stylu radzenia sobie ze stresem: skoncentrowanego na zadaniu (SSZ), skoncentrowanego na emocjach (SSE), skoncentrowanego na unikaniu (SSU). Wyższe wyniki wskazują na częstsze stosowanie danego stylu radzenia sobie. Parametry psychometryczne polskiej wersji CISS wskazują na wysoką rzetelność i trafność kwestionariusza.

W analizie statystycznej prowadzonej z wykorzystaniem pakietu SPSS 12.0 zastosowano parametryczne te-

sty istotności dla dwóch średnich, analizę korelacji oraz analizę regresji wielokrotnej. We wszystkich analizach przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

Wyniki

Częstość i intensywność objawów menopauzalnych a stosowanie hormonalnej terapii zastępczej

Częstość i intensywność objawów menopauzalnych w okresie perimenopauzalnym i pomenopauzalnym analizowano odrębnie dla kobiet uczestniczących w badaniu I i II. W żadnym z porównań nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic pomiędzy kobietami w okresie perimenopauzalnym i pomenopauzalnym. Nie stwierdzono także istotnych statystycznie różnic częstości i intensywności objawów porównując wskaźniki uzyskane przez uczestniczki I i II badania. Powtórzono więc analizę dla kobiet uczestniczących w obu programach badawczych ($n=306$). Ani wskaźniki całkowite C oraz I, ani wskaźniki częstości i intensywności poszczególnych kategorii objawów nie różniły się istotnie u kobiet w okresie perimenopauzalnym i pomenopauzalnym.

Istotne różnice w zakresie objawów menopauzalnych stwierdzono natomiast, gdy uwzględniono stosowanie lub niestosowanie HTZ. Wyniki porównań przedstawia tab. I. Wszystkie wskaźniki są wyższe w grupie kobiet niestosujących HTZ, co wskazuje na częstsze pojawianie się i intensywniejsze nasilenie objawów menopauzalnych. W przypadku objawów wazomotorycznych różnice nie osiągnęły istotności statystycznej. Być może okres stosowania HTZ był zbyt krótki, by uczestniczki badań zaobserwowały wyraźne zmiany. Biorąc pod uwagę powyższe zróżnicowanie objawów w dalszych analizach kontrolowano stosowanie hormonalnej terapii zastępczej.

Ocena menopauzy

Uczestniczące w badaniach kobiety prezentowały swoje przekonania dotyczące okresu menopauzy. Podzielenie pozytywnych przekonań było związane z niektórymi z analizowanych zmiennych osobowościowych i temperamentalnych. Spośród cech osobowości pozytywnej ocenie menopauzy sprzyjała wysoka otwartość ($r=0,222$; $p=0,043$), a spośród cech temperamentalnych wysoka aktywność ($r=0,310$; $p=0,002$) i niska reaktywność emocjonalna ($r=-0,349$; $p=0,001$). Pozytywnej ocenie menopauzy sprzyjała mała preferencja stylu skoncentrowanego na emocjach ($r=-0,312$; $p=0,002$), a także mniej częste występowanie objawów menopauzalnych ($r=-0,235$; $p=0,022$).

Osobowość a częstość i intensywność objawów menopauzalnych

W tab. II przedstawiono wartości współczynników korelacji r Pearsona ilustrujących związek wymiarów

Tab. I. Częstość i intensywność objawów menopauzalnych na podstawie wyników kwestionariusza *Moje samopoczucie* a stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) – średnie (odchylenia standardowe) (n=306)

	Kobiety niestosujące HTZ (n=241)	Kobiety stosujące HTZ (n=65)	t (df=304)	p
częstość objawów				
objawy wazomotoryczne	6,80 (1,96)	6,18 (2,05)	1,62	0,106
objawy somatyczne	6,93 (2,03)	5,81 (1,70)	2,79	0,006
objawy psychiczne	6,23 (2,20)	4,66 (1,63)	3,84	0,001
wskaźnik całkowity C	74,58 (34,75)	54,18 (24,29)	3,19	0,002
intensywność objawów				
objawy wazomotoryczne	6,80 (2,01)	6,27 (1,99)	1,38	0,169
objawy somatyczne	6,65 (1,97)	5,87 (1,62)	2,09	0,038
objawy psychiczne	6,14 (2,310)	4,93 (1,67)	2,81	0,005
wskaźnik całkowity I	73,14 (34,97)	58,06 (24,33)	2,35	0,020

Tab. II. Osobowość a częstość i intensywność objawów menopauzalnych – współczynniki korelacji *r* Pearsona (dane z badania I)

	NEU	EKS	OTW	UGO	SUM
częstość objawów					
wskaźnik całkowity C w grupie stosującej HTZ (n=14)	0,319** 0,238	0,069 0,319	0,109 0,453	-0,031 -0,299	-0,172 0,343
intensywność objawów					
wskaźnik całkowity I w grupie stosującej HTZ (n=14)	0,341** 0,344	0,076 0,239	0,076 0,410	-0,027 -0,329	-0,125 0,236

** $p < 0,01$; NEU – neurotyczność, EKS – ekstrawersja, OTW – otwartość na doświadczenie, UGO – ugodowość, SUM – sumienność

Tab. III. Temperament a częstość i intensywność objawów menopauzalnych – współczynniki korelacji *r* Pearsona (dane z badania II)

	ŻW	PER	WSEN	REM	WYT	AKT
częstość objawów						
wskaźnik całkowity C w grupie stosującej HTZ (n=14)	-0,144 -0,386	0,249* 0,183	-0,080 -0,197	0,347** 0,521*	-0,294** -0,167	-0,035 -0,443
intensywność objawów						
wskaźnik całkowity I w grupie stosującej HTZ (n=14)	-0,067 -0,121	0,195 0,326	-0,022 -0,282	0,359** 0,456*	-0,311** -0,020	0,001 -0,290

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ŻW – żywawość, PER – perseweratywność, WSEN – wrażliwość sensoryczna, REM – reaktywność emocjonalna, WYT – wytrzymałość, AKT – aktywność

osobowości i objawów menopauzalnych. W grupie kobiet niestosujących HTZ wysoki poziom neurotyczności był związany zarówno z większą częstością, jak i większą intensywnością objawów. W grupie stosującej HTZ współczynniki *r* nie osiągnęły istotności statystycznej, mimo że ich znak wskazuje na podobny kierunek zależności. W przypadku pozostałych wymiarów osobowości nie stwierdzono istotnej zależności z częstością i intensywnością objawów menopauzalnych.

Temperament i styl radzenia sobie a częstość i intensywność objawów menopauzalnych

Dane dotyczące związku temperamentu i stylu radzenia sobie ze stresem z objawami menopauzalnymi prezentują tab. III i IV. Jedną z cech temperamentu – reaktywność emocjonalna – koreluje dodatnio z częstością i intensywnością objawów zarówno u kobiet stosujących, jak i niestosujących HTZ (tab. III). Pozostałe istotne statystycznie związki cech temperamentu i objawów dotyczą grupy

Tab. IV. Styl radzenia sobie ze stresem a częstość i intensywność objawów menopauzalnych – współczynniki korelacji r Pearsona (dane z badania II)

	SSZ	SSE	SSU
częstość objawów			
wskaźnik całkowity C	0,037	0,441**	0,261*
w grupie stosującej HTZ (n=14)	0,172	0,462	0,241
intensywność objawów			
wskaźnik całkowity I	0,103	0,441**	0,310**
w grupie stosującej HTZ (n=14)	0,183	0,512*	0,052

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu, SSE – styl skoncentrowany na emocjach, SSU – styl skoncentrowany na unikaniu

Tab. V. Temperament, styl radzenia sobie ze stresem i stosowanie hormonalnej terapii zastępczej a częstość objawów menopauzalnych – wyniki analizy regresji wielokrotnej (dane z badania II)

Model/zmienne w modelu	B	SE B	Beta	p	R	R ² skorygowane
model wyjściowy						
ŻW	-0,335	2,069	-0,020	0,872	0,556	0,209
WYT	-2,140	2,560	-0,107	0,406		
WSEN	0,003	2,034	0,000	0,999		
AKT	0,479	2,542	0,025	0,851		
PER	0,500	2,283	0,026	0,827		
REM	1,835	2,908	0,099	0,530		
HTZ	-6,459	10,772	-0,066	0,550		
SSZ	1,38	32,669	0,005	0,966		
SSE	69,252	27,224	0,297	0,013		
SSU	50,455	27,153	0,203	0,067		
OCENA	-0,684	0,702	-0,101	0,333		
model końcowy						
REM	3,850	1,906	0,207	0,046	0,537	0,264
SSE	77,162	24,004	0,331	0,002		
SSU	57,293	22,08	0,231	0,011		

ŻW – żywawość, PER – perseweratywność, WSEN – wrażliwość sensoryczna, REM – reaktywność emocjonalna, WYT – wytrzymałość, AKT – aktywność, SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu, SSE – styl skoncentrowany na emocjach, SSU – styl skoncentrowany na unikaniu, HTZ – hormonalna terapia zastępcza, OCENA – opinie o menopauzie

niestosującej HTZ. W tym przypadku częstsze i bardziej intensywne objawy są charakterystyczne dla kobiet o niskiej wytrzymałości, zaś kobiety o dużej perseweratywności podkreślają częstsze występowanie objawów.

Częstość i intensywność objawów menopauzalnych jest również związana z preferowanym stylem radzenia sobie ze stresem (tab. IV). U kobiet niestosujących HTZ dotyczy to stylu skoncentrowanego na emocjach i stylu skoncentrowanego na unikaniu – w obu przypadkach

mamy do czynienia z większym natężeniem objawów. U kobiet stosujących HTZ istotna zależność dotyczy tylko stylu skoncentrowanego na emocjach. Kobiety preferujące ten styl opisują swoje objawy jako bardziej intensywne, ujawniają również tendencję do podkreślania ich częstszego występowania.

Związek cech temperamentu, stylów radzenia sobie ze stresem, stosowania hormonalnej terapii zastępczej i objawów menopauzalnych analizowano za pomocą re-

gresji wielokrotnej, optymalizując model metodą eliminacji wstecznej. Do równania wprowadzono również jako zmienną niezależną ocenę menopauzy ze względu na jej związek z częstością objawów. Wyniki analizy regresji dla częstości objawów przedstawiono w tab. V. Wysoka reaktywność emocjonalna oraz style radzenie sobie ze stresem skoncentrowane na emocjach i unikaniu wyjaśniają 26,4% wariancji wyników w zakresie relacjonowanej przez badane częstości objawów. Podobne rezultaty uzyskano w analizie prowadzonej dla intensywności objawów. Predyktorami wysokiej intensywności objawów były te same zmienne (reaktywność emocjonalna, styl skoncentrowany na unikaniu i na emocjach), znaki współczynników B wskazały na taki sam kierunek zależności, a współczynniki R i R² wynosiły odpowiednio 0,544 i 0,273.

Omówienie

Uzyskane rezultaty wskazują, że natężenie zgłaszanych przez kobiety objawów menopauzalnych jest związane nie tylko ze stosowaniem przez nie hormonalnej terapii zastępczej, ale także z wymiarami osobowości i cechami temperamentu – neurotycznością i reaktywnością. Co prawda badane korzystające z HTZ relacjonowały mniejszą częstość i intensywność objawów, niemniej ich natężenie było również moderowane przez zmienne psychologiczne. Co więcej, związek ten miał taki sam charakter – niezależnie od HTZ kobiety z wysokim poziomem reaktywności doświadczały objawów menopauzalnych częściej i z większą intensywnością, zaś wyższy poziom neurotyczności sprzyjał większej częstości i nasileniu objawów, choć zależność ta nie zawsze osiągała istotność statystyczną. W przypadku kobiet niestosujących terapii hormonalnej również inne cechy temperamentu współwystępowały z wysoką częstością objawów. Dotyczyło to perseweratywności i wytrzymałości. Tak więc osoby charakteryzujące się intensywnym reagowaniem na bodźce, zwłaszcza wywołujące emocje, tendencją do utrzymywania się stanów emocjonalnych po zakończeniu działania bodźców oraz mające niską zdolność do adekwatnego reagowania w warunkach silnej stymulacji, częściej zgłaszały występowanie objawów menopauzalnych. Wydaje się, że takie właściwości indywidualne sprzyjają koncentrowaniu się na doznaniach płynących z ciała, zwłaszcza jeśli doznania te stanowią źródło dyskomfortu i mogą utrudniać codzienne funkcjonowanie. W relacjonowanych badaniach wskazują na to również korelaty pozytywnych opinii o menopauzie, a zwłaszcza niska reaktywność emocjonalna.

Wieloczynnikowe koncepcje menopauzy [2, 27] uwzględniają moderującą rolę zmiennych psychologicznych w odbieraniu bodźców i doznań oraz interpretowaniu ich jako objawy menopauzalne. Również szersze koncepcje wyjaśniające mechanizmy łączące osobowość i stan zdrowia, których przeglądu dokonali Wiebe i Fortenberry [5], podkreślają znaczenie indywidualnych

cech jednostki tak w odbieraniu i interpretowaniu doznań płynących z ciała, jak i w moderowaniu ich intensywności. Prezentowane w artykule wyniki badań wskazują, że tak neurotyczność, jak i reaktywność emocjonalna, intensyfikują doznania związane z okresem menopauzy. Niekorzystnym wydaje się zwłaszcza połączenie wysokiej reaktywności z niektórymi stylami radzenia sobie ze stresem. Okres okołomenopauzalny może być traktowany jako czas wielu zmian, stanowiących dla kobiet źródło stresu. Intensywne i częste objawy menopauzalne, związane z wysoką reaktywnością, mogą intensyfikować reakcje stresowe, co w połączeniu z mniej efektywnymi strategiami radzenia sobie (np. skoncentrowanymi na emocjach), sprzyja nie tylko utrzymywaniu się stanu stresu, ale także intensyfikacji objawów. Związek poziomu odczuwanego stresu z natężeniem objawów wykazano we wcześniejszych badaniach [10, 11, 28], a prezentowane tu rezultaty wskazują także na znaczenie radzenia sobie ze stresem. Są przy tym zgodne z badaniami Nedstrand i wsp. [15], w których stwierdzono wyższe natężenie objawów u kobiet gorzej radzących sobie ze stresem. Rezultaty wskazujące na związek neurotyczności i objawów są również zgodne z badaniami Bosworth i wsp. [17], w których wykazano, że kobiety z wysokim poziomem neurotyczności oceniają zmiany okołomenopauzalne jako źródło stresu.

Uzyskane rezultaty mogą być również interpretowane z perspektywy zachowań zdrowotnych. Jeśli właściwości temperamentu i osobowości sprzyjają większemu natężeniu objawów, a silniejsze odbieranie objawów sprzyja częstszemu korzystaniu z konsultacji medycznych [5], to prawdopodobnym jest, że wśród kobiet zgłaszających się do poradni menopauzalnych *nadreprezentowane* będą osoby z wysokim poziomem neurotyczności i/lub reaktywności. Terapia hormonalna będzie w ich przypadku pomagać w łagodzeniu rzeczywistych skutków spadku estrogenu, ale także będzie sposobem na kontrolowanie intensywności doznań, co może sprzyjać dokładniejszemu przestrzeganiu zaleceń lekarskich. Kobiety o niskiej neurotyczności i/lub reaktywności, a więc o mniej intensywnych objawach, mogą rzadziej korzystać z konsultacji lekarskich i rzadziej wybierać HTZ. Wyniki dostępnych badań potwierdzają słuszność tego rozumowania – kobiety z wysoką neurotycznością częściej poszukują terapii hormonalnej, ale też oceniają jej efekty mniej pozytywnie niż lekarze [15], a niekiedy mogą również reagować zaburzeniami nastroju na wdrożone leczenie [29]. Uwzględnienie psychologicznej charakterystyki pacjentek może więc wyjaśnić ich postępowanie w przebiegu leczenia, a także być pomocne przy kwalifikowaniu do terapii hormonalnej.

Wnioski

1. Częstość i intensywność doznawanych objawów menopauzalnych jest związana z indywidualnymi cechami kobiet – wysoką reaktywnością i neurotycznością.

2. Połączenie wysokiej reaktywności ze stylami radzenia sobie ze stresem skoncentrowanymi na emocjach i unikaniu sprzyja spostrzeganiu większej częstości i intensywności objawów menopauzalnych.

¹ Autorka dziękuje za pomoc w przeprowadzeniu części badań paniom Monice Taladze i Dorocie Czarnieckiej.

Piśmiennictwo

1. Ussher JM. Managing the Monstrous Feminine. Regulating the Reproductive Body, Routledge, London 2006.
2. Veeninga AT, Kraaijmaat FW. A multifactorial approach to complaints during the climacteric. *J Reprod Infant Psychol* 1995; 13: 69-77.
3. Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty prokreacji. Śląsk Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2006.
4. Loekkegaard E, Eplow LF, Koster A. Description of women's personality traits and psychological vulnerability prior to choosing hormone replacement therapy. *Arch Womens Ment Health* 2002; 5: 23-31.
5. Wiebe DJ, Fortenberry KT. Mechanism relating personality and health. In: Vollrath ME (ed.). *Handbook of Personality and Health*. John Wiley & Sons Ltd, Chichester 2006; 158-73.
6. Williams PgG. Personality and illness behavior. In: Vollrath ME (ed.). *Handbook of Personality and Health* John Wiley & Sons Ltd, Chichester 2006; 137-56.
7. *Handbook of Personality and Health*. Vollrath ME (ed.). John Wiley & Sons Ltd, Chichester 2006.
8. Matthews KA, Wing RR, Kuller LH, et al. Influences of natural menopause on psychological characteristics and symptoms of middle-aged healthy women. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58: 345-51.
9. Helson R, Wink P. Personality change in women from the early 40s to the early 50s. *Psychol Aging* 1992; 7: 46-55.
10. Dennerstein L, Lehert P, Burger H, et al. Mood and the menopausal transition. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 685-91.
11. Lipińska-Szałek A, Sobczuk A, Pertyński T. Wpływ czynników biologicznych i psychospołecznych na psychiczne aspekty okresu okołomenopauzalnego. *Prz Menopauz* 2003; 6: 55-61.
12. Hardy R, Kuh D. Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause. *Soc Sci Med* 2002; 55: 1975-1988.
13. Binfa L, Castelo-Branco C, Blümel JE, et al. Influence of psycho-social factors on climacteric symptoms. *Maturitas* 2004; 48: 425-31.
14. Blümel JEM, Castelo-Branco C, Canelo MJ, et al. Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric. *Maturitas* 2004; 49: 205-10.
15. Nedstrand E, Wijma K, Lindgren M, et al. The relationship between stress-coping and vasomotor symptoms in postmenopausal women. *Maturitas* 1998; 31: 29-34.
16. Becker D, Lomranz J, Pines A, et al. Psychological distress around menopause. *Psychosomatics* 2001; 42: 252-7.
17. Bosworth HB, Bastian LA, Rimer BK. Coping styles and personality domains related to menopausal stress. *Womens Health Issues* 2003; 13: 32-8.
18. Strelau J. *Psychologia temperamentu*. Wyd. 2. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
19. Strelau J. Temperament jako regulator zachowania z perspektywy półwiecza badań. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
20. Habrat E, Wójcik M. Reaktywność i zapotrzebowanie na stymulację w zespołach depresyjnych. *Psych Pol* 1995; 29: 111-20.
21. Zawadzki B. Temperamentalny czynnik ryzyka chorób somatycznych – raka płuca i zawału serca. W: Ciarkowska W, Matczak A (red.). *Różnice indywidualne. Wybrane badania inspirowane Regulacyjną Teorią Temperamentu Profesora Jana Strelaua*. Uniwersytet Warszawski ICGZ, Warszawa 2001; 27-52.
22. Baranowski W. Przemiany hormonalne wieku menopauzalnego. W: Pertyński T. (red.). *Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004; 1-10.
23. Bielawska-Batorowicz E. Moje samopoczucie – polska adaptacja kwestionariusza Menopause Symptom List Janette M. Perz. *Acta Univ Lodz* 2004; 8: 45-54.
24. Zawadzki B, Strelau J, Szczepaniak P i wsp. Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 1998.
25. Zawadzki B, Strelau J. Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu (FCZ-KT). Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 1997.
26. Szczepaniak P, Strelau J, Wrześniewski K. Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera. *Prz Psych* 1996; 39: 187-210.
27. Bowles C. The menopausal experience. Sociocultural influences and theoretical models. In: Formanek R (ed.). *The Meanings of Menopause. Historical, Medical and Clinical Perspectives*. The Atlantic Press, Hillsdale 1990; 157-75.
28. 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.
29. Björn I, Bäckström T, Lalos A, et al. Adverse mood effects during postmenopausal hormone treatment in relation to personality traits. *Climacteric* 2006; 9: 290-7.