

# ASPECTE PSIHOSOCIALE ALE MENOPAUZEI

**Prof. Dr. I.B. Iamandescu**  
**Drd. Preparator Univ. Cuțov Mihaela**  
*Catedra de Psihologie Medicală, UMF „Carol Davila“*

Din punct de vedere **etimologic**, conceptul de menopauză își are originile în limba greacă (pauza = sfârșit, menos = hemoragie), desemnând finalul menstruației.

Sub aspectul **fiziologic**, menopauza se caracterizează printr-o deficiență permanentă și ireversibilă a secreției de hormoni estrogeni. După minim 12 luni de amenoree se poate pune diagnosticul de menopauză spontană.

Menopauza poate surveni în intervalul de vârstă cuprins între 40-55 ani, etatea medie fiind de 50 de ani. Ea se instalează prin ciclurile menstruale neregulate, care preced amenoreea definitivă. Din aceste considerente, diagnosticul menopauzei este unul retrospectiv.

Din cauza carenței definitive de hormoni estrogeni (acesta este substratul, baza biologică a menopauzei), femeia poate prezenta o serie de tulburări somatice și psihice, care la rândul lor generează anumite tulburări comportamentale, caracterizând „femeia la menopauză“ (irascibilitate, plâns facil, relații interpersonale dificile). Relația dintre aceste tulburări este relevată în tabelul de mai jos (Tabelul 1):

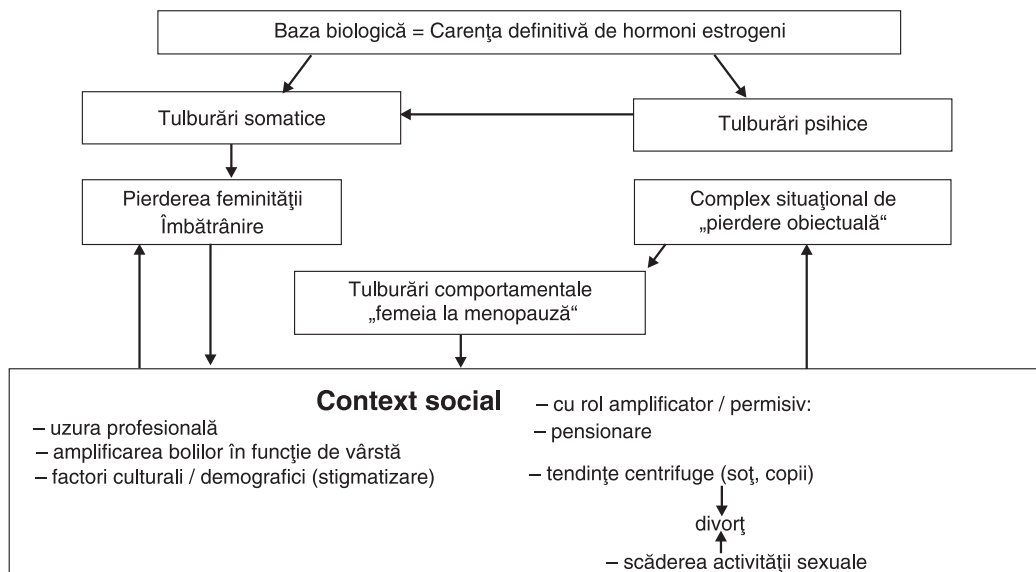
Este important să amintim tulburările somatice induse de modificările hormonale: transpirații nocturne, bufeuri, obezitate, scăderea libidoului, atrofie genitală, osteoporoză.

Schimbările hormonale, așa cum am amintit anterior, modifică starea psihică a femeii, producând o serie de tulburări psihice. Acestea pot fi clasificate în tulburări cognitive (modificări ale atenției, memoriei, scăderea capacității de decizie și autocontrol, complexe de inferioritate) și tulburări afective (anxietate, depresie, instabilitate emoțională - treceri bruște de la o stare emoțională la alta). În cadrul tulburărilor psihice mai putem exemplifica o serie de trăiri complexe cu caracter de pierdere (perceperea îmbătrânirii, a pierderii feminității), dar și o stare de nesiguranță, neliniște cauzată de manifestările fiziologice. Anumite manifestări psihosomatice pot accentua disconfortul fizic, cum ar fi insomnia, cefaleea.

Toate aceste tulburări somatice și psihice concordă la apariția tulburărilor comportamentale, acestea fiind direct influențate de antecedentele personale de comportament, menopauza accentuând

**Tabelul 1**

*Corelația somato-psihică reflectată comportamental, din cadrul menopauzei, modulată de contextul social*



patternul comportamental deja existent. De exemplu, femeile care fac parte din categoria tipului comportamental A (TABP – Type A Behaviour Pattern), pot avea manifestări agresive, de iritabilitate și ostilitate (reunite sub denumirea „nucleului toxic“ – sindromul AHA) care le predispune la îmbolnăviri cardiovasculare, boli cronice degenerative și la relații interpersonale tensionate, dificile, caracterizate de competitivitate, nerăbdare și atitudine de „șef“. Menopauza, prin corolarul său de schimbări hormonale, somatice, psihice și comportamentale, intensifică patternul comportamental preexistent (femeia era deja iritabilă, ostilă, nerăbdătoare, menopauza îi va amplifica aceste trăsături, care vor genera relații interpersonale semnificativ mai tensionate).

De asemenea, riscul de boli cardiovasculare și boli cronice degenerative determinat de tipul psihocomportamental A, se va amplifica la menopauză din cauza modificărilor hormonale, psihice și comportamentale. Această predispoziție de îmbolnăvire la persoanele aparținând tipului comportamental A, este generată de secreția excesivă de catecolamine și cortizol ca răspuns fiziologic la o serie de stimuli psihici negativi, fiind veritabili „colecționari“ de stresuri psihice (Iamandescu, 2002, p.88).

Un rol important în amplitudinea manifestărilor menopauzei îl are și tipul de personalitate al femeii. Astfel, prezența unei trăsături anxioase de personalitate s-a corelat cu diminuarea apetitului sexual, simptomele vasomotorii și dispoziția negativă. Un studiu semnificativ în acest sens, este cel efectuat

de Collins, care a relevat corelația dintre simptomatologia menopauzei și tendința către stări anxioase și psihastenie (determinate pe scala Karolinska pentru personalitate.)

Influențele socio-profesionale se manifestă evident în cadrul simptomatologiei menopauzei. O femeie care are un statut profesional (este angajată) are o stare de sănătate mai bună decât o femeie casnică. Baruch G.B.(1984) a evidențiat faptul că îndeplinirea mai multor roluri sociale de către femeie este benefică, amplificându-i stima de sine, satisfacția profesională, încrederea în resursele sale psihice și fizice. Femeia care exercită doar rolul de casnică, din cauza percepției îmbătrânirii și a diminuării feminității prin procesul menopauzei, neavând satisfacții profesionale care i-ar fi putut compensa sentimentul inferiorității, va tinde să-i scadă autostima, să fie anxioasă, depresivă, iar simptomele menopauzei, pe acest fond de nemulțumiri și trăiri emoționale negative, se vor amplifica.

În acest context, este important sprijinul oferit de soț, copii, rude, prieteni, instituții spitalicești etc. Ne referim, mai ales, la suportul emoțional, informațional și material de care beneficiază o persoană aflată în acest „impas“ existențial important pentru orice femeie. Dacă ea va fi ajutată să integreze emoțional această schimbare în viața ei, va putea mult mai facil să se adapteze modificărilor somato-psihice din menopauză.

În tabelul următor (v. tabelul 2, preluat după Iamandescu și Ciortea) vom prezenta succint aspectele anterior menționate.

**Tabelul 2. Tulburările psihosomatice la menopauză**

Simptome psihice	Cauze somatice Încetarea secreției hormonilor sexuali	Cauze psihosociale Probleme legate de senescență
1. Anxietate	Disconfort somatic	Pensionare
2. Depresie	Bufeuri	Etichetări peiorative
3. Insomnie	Transpirații	Tendințe centrifuge
4. Cefalee	Obezitate	Probleme familiale
5. Irascibilitate	Atrofia organelor genitale	Scăderea atractivității
6. Tulburări de identitate sexuală	Scăderea lubrefierii vaginale	
7. Tendințe ipohondre sau paranoide	Scăderea activității sexuale	

Un factor negativ care poate surveni în peri- și postmenopauză este cel al depresiei. Am relevat în paragrafele anterioare implicarea depresiei în manifestările menopauzei. Din cauza sentimentului diminuării feminității, al stimei de sine care poate să descrească pe fondul unui statut socio-economic scăzut, dar și a intervenției modificărilor hormonale, a factorilor endogeni predispozanți, poate să se instaleze depresia.

Ea poate fi declanșată de o serie variată de factori, și anume:

- factori endogeni predispoziționali;
- factori hormonal (modulare „corticală“);
- factori conjuncturali;
- factori exogeni de context social (indicate de „life-events“).

Schmidt et al. (2000), au făcut un studiu la care au participat 28 de femei la menopauză, cărora li s-au administrat doze mici de estrogeni. S-a constatat că manifestările depresive s-au redus prin acest tratament.

Tratamentul optim al depresiei la menopauză constă în utilizarea dozelor mici de estrogeni, combinate și cu antidepresive. Se poate identifica o analogie cu tratamentul depresiei în hipertiroidie.

Menopauza poate fi generată de factori fiziologici normali (fiind un proces natural, care se manifestă la toate femeile) dar și de factori patologici (de exemplu, neoplazii), care necesită o intervenție chirurgicală (histerectomie) pentru diminuarea, rezolvarea acestei patologii. În al doilea caz, este vorba de menopauză chirurgicală (posthisterectomie).

O caracteristică principală a menopauzei chirurgicale este instalarea bruscă (fără tranziție); femeia nu are timpul fizic necesar mobilizării resurselor sale somatice și psihice și a utilizării mecanismelor adaptative.

De asemenea, contextul instalării menopauzei chirurgicale este negativ din punct de vedere emoțional. Avem în vedere trauma chirurgicală la care este supusă pacienta, amenințarea riscului metastatic (în caz de neoplazii) și a infertilității care poate avea o conotație negativă pentru femeile care își mai doresc copii. De asemenea pierderea feminității, poate constitui o sursă de disconfort psihic și stres.

Având în vedere aceste aspecte delicate pentru pacientă, este importantă instituirea unei relații terapeutice pozitive cu personalul sanitar care abordează cazul respectiv; suportul psihologic este indicat să se acorde atât preoperator, cât și postoperator. Bineînțeles că susținerea psihologică va fi armonios combinată cu intervențiile medicale necesare pentru optimizarea rezultatelor.

Însă nu în toate cazurile histerectomia are o conotație negativă pentru femeie, uneori apare ca

o modalitate pozitivă de creștere a calității vieții (de exemplu în endometrioza, metroragii netratabile, durere pelviană cronică).

Este important să luăm în considerație tulburările psihice premorbide care pot influența demersul terapeutic. Anxietatea și depresia pot fi consecințe emoționale față de îndelungata simptomatologie din sfera ginecologică, sau sunt trăsături accentuate de personalitate. Tratamentul indicat în aceste cazuri vizează și ameliorarea aspectelor psihice care pot interfera negativ cu planul terapiei. Histerectomia poate accentua anxietatea sau depresia; din acest motiv, se indică instaurarea tratamentului acestor manifestări psihice.

În cazul pacientelor echilibrate emoțional, instalarea depresiei posthisterectomie are o probabilitate scăzută.

Modificările somatice și psihologice posthisterectomie sunt cele specifice menopauzei fiziologice, dacă nu se instalează terapie de substituit.

Acestea sunt variabile în funcție de terenul psihic preoperator și de condițiile socio-economice (Kierulff, 1988), așa cum sunt prezentate în continuare:

a. Fără antecedente psihiatrice (depresie, în special) și venit mai mare de 35.000 de dolari; în această situație, crește activismul sexual, orgasmul, libidoul și scad durerile post operatorii, dispareunimie, uscăciunea vaginală.

b. Cu probleme psihologice (depresie crescută), venit redus și dureri pelviene cronice ca indicație operatorie; consecințele în planul sănătății sunt negative, intervine scăderea calității vieții (orgasm, activitate sexuală etc.).

Intervenția terapeutică este holistică, ea vizează atât planul somatic prin administrarea medicației de substituit și de antidepresive (dacă este necesar), cât și psihicul femeii prin susținerea psihologică (acordată prin intermediul informării, consilierii, psihoterapiei).

Vom detalia mai jos modalitățile terapeutice de abordare a menopauzei.

1. Terapia cu estrogeni (plasturi transdermici cu estradiol 17  $\beta$  100 mg pentru 12 săptămâni).

Efectele pozitive sunt:

- scăderea atrofiei și a uscăciunii vaginale,
- diminuarea tulburărilor vasomotorii (bufeuri, etc.).
- creșterea dispoziției, are efect antidepresiv (receptorii pentru estrogeni din sistemul limbic integrează emoția în procesele psihosomatice). Efecte negative care pot apărea:
- tulburări cognitive ușoare/demență/stroke;

2. Asociere facultativă cu Fluoxetină în cazul prezenței depresiei marcate și cu antipsihotice, dacă în comorbiditate este prezentă schizofrenia.

3. Psihoterapie și consiliere psihologică centrată pe:

- criza de viață la menopauză;
- stres psihic cronic din peri- și postmenopauză;
- depresie (putem asocia și administrarea de anti-depresive, în funcție de intensitatea depresiei).

Sprijinul psihologic poate fi oferit de către medicul curant prin intermediul psihoterapiei suportive simple care constă într-o „perpetuă încurajare a bolnavului, în paralel cu favorizarea unei descărcări emoționale“ (Iamandescu, 2002, p. 375). Efectul acestei intervenții constă în scăderea anxietății și crearea unei bune alianțe terapeutice, crescând astfel și condițiile unui răspuns pozitiv la tratamentul medicamentos.

De asemenea, psihoterapia și consilierea psihologică a femeii la menopauză este o abordare oferită de specialiștii din domeniul psihologiei, care prin intermediul diferitelor forme de psihoterapie și consiliere psihologică, reușesc să diminueze impasul psihic în care se află pacientul. Din multitudinea de școli și abordări psihoterapeutice, ne vom axa, în acest context, pe terapia cognitiv-comportamentală. „Alegerea“ nu este aleatorie, deoarece multiple experimente clinice făcute au atestat eficacitatea acestei terapii în depresie (Dobson, 2002, p.136). Studiile au evidențiat că terapia cognitivă este eficientă în tratamentul variatelor tipuri de depresie, cum este depresia unipolară, majoră, minoră și acută (Gitlin, 1995; Billings și Moos, 1984, citați de Dobson, 2002, p.137). Rezultate pozitive au fost obținute în eșantioane de pacienți cu depresie endogenă, care este dificil de tratat prin intermediul altor psihoterapii (Simons și Thase, 1992, citați de Dobson, 2002, p.137). De asemenea, psihoterapia cognitiv-comportamentală individuală sau de grup diminuează simptomatologia depresiei și anxietății, crescând și asertivitatea persoanelor (Scogin, Hamblin și Beutler, 1987; Steuer și col. 1984;

Schaffer, Shapiro, Sark și Coghlan, 1981, citat de Dobson, 2002, p.136,137). Un studiu condus de Ogles, Sawyer și Lambert (1995), menționat de Dobson (2002, p.137), pentru Institutul Național de Sănătate Mentală, evidențiază faptul că numeroși pacienți care au terminat tratamentul cognitiv pentru depresie, demonstau o schimbare semnificativ pozitivă a stării psihice.

Terapia cognitivă are o valoare pozitivă dacă o comparăm cu tratamentul medicamentos. Cercetarea a comparat terapia cognitivă (CT) cu farmacoterapia și majoritatea studiilor publicate au pus în evidență că terapia cognitivă e cel puțin egală și adeseori superioară farmacoterapiei (Blackburn și col., 1996; Blackburn, Jones și Lewin, 1986-citați Dobson, 2002, p.137). Intrând în detalii, rezultatele au demonstrat că CT e la fel de eficace sau chiar mai bună decât medicamentele antidepressive standard (Beck și col., 1985) și tinde să aibă o probabilitate mai scăzută de recăderi (Hollon, 1996), autori menționați de Dobson, 2002, p.137.

Toate aceste studii ne oferă posibilitatea de a recomanda terapia cognitiv-comportamentală ca fiind eficientă pentru diminuarea și tratarea corespunzătoare a simptomelor menopauzei. O descriere concisă a tehnicilor utilizate de această terapie este necesară pentru o comprehensiune mai bună. În cadrul acestei terapii are loc o restructurare cognitivă care va genera ameliorarea stărilor emoționale și a comportamentelor. Terapia postulează ideea conform căreia există o legătură intrinsecă între modul propriu de a gândi și emoțiile, comportamentele noastre, gândurile distorsionate, negative producând disfuncții la nivel emoțional și comportamental.

Așadar, prin intermediul abordării holistice a femeii aflate la menopauză (armonizarea tratamentului medicamentos cu cel psihologic), putem să obținem rezultate pozitive, stabile, iar calitatea vieții să fie semnificativ optimizată.

## BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. **Baruch G.B.** – Women in midlife, *Plenum Press*, New York, 1984; 161-180.
2. **Collins A.** – A psychological approach in the management of menopause. In: *Progress in the Management of Menopause. The Proceedings of The 8th International Congress on the Menopause*, Sydney, Australia, Nov. 1996. Wren B.G., *The Parthenon Publishing Group*, 1997; 94-98
3. **Collins A., Hanson U., Eneroth P.** – Post-menopausal symptoms and response to hormonal replacement therapy: influence of psychological factors, *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 1983; 227-233
4. **Dobson K.** – *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, 2/e, 2002, The Guilford Press.
5. **Heuff G.** – Gerontopsychosomatik, In *Psychotherapeutische Medizin*, Walter de Gruyter, Berlin-New York, 2000, pp.244-280
6. **Iamandescu I.B., Ciortea M.** – Evaluarea indicilor de calitate a vieții la bolnavele hysterectomizate, Conferința Națională de Endocrinologie, București, 2002
7. **Ionescu G.** – Tulburările personalității, Ed. Asklepios, București, 1997; 69-74
8. **Luban-Plozza B., Iamandescu I.B.**, – Dimensiunea psihosocială a Practicii Medicale, Ed. InfoMedica, București, 2002; 197-203
9. **Kierulff, S.** – *Professional Psychology: Research and Practice*, 19 (4), 1988.
10. **Kierulff, S.** – "Sheep in the Midst of Wolves: Personal-responsibility Therapy with Criminal Personalities." *Professional Psychology: Research and Practice*, 19 (4), 1988.
11. **Krastger G., Studd J.W.W., Catalan J.**, – The Psychological outcome of hysterectomy. *Endocrinol.* 2000; 14: 132-141.
12. **Paveliu F.** – Menopauza este un proces fiziologic. Trebuie el tratat? Ed. InfoMedica, București, 2000.
13. **Paveliu F.** – Menopauza și tratamentul ei sau cum pot amâna femeile inevitabilul. Ed. InfoMedica, București, 2001.
14. **Rosenbaum H.** – La menopause: question de femmes. Edition EKSA, 1997, 109-115.
15. **Studd J., Krastger G.**, – Hormone replacement therapy after hysterectomy. In: *The management of menopause. Annual review 1998.* The Parthenon Publishing Group, New York, London, 1998; 257-270