

Postmenopozal Olgularda Psikiyatrik Depresyon, Anksiyete Envanterleri ile Hormon Seviyeleri Arasında İlişki Varlığı

THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHIATRIC DEPRESSION, ANXIETY SCALES AND HORMONE LEVELS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

Dr. Levent BAYAM,^a Dr. Mehmet Taşkın EĞİCİ,^b Dr. Fatma BAKKALOĞLU BAYAM,^c
Dr. Mustafa YENİĞÜN^b

^aTrafford General Hospital, Manchester, UK

^bKadın ve Doğum Kliniği, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

^cManchester Royal Infirmary, Manchester, UK

Özet

Amaç: Postmenopoz olgularında Hamilton Depresyon Skalası ve Spielberger Durum ve Süreklilik Anksiyete Envanterleri ile kanda FSH, LH, Estradiol hormonları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığı saptamak.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya bir eğitim hastanesine başvuran 50 postmenopoz olgusu alındı. Bu olguların 44'ü doğal menopoz, 6'sı cerrahi menopoz olgusu idi. Bu olgularda rutin menopoz incelemeleri ve depresyon-anksiyete skalaları uygulandı. Değerlendirmede EPI INFO 6.0 istatistik paket programı, Spearman korelasyon testi ve Student' s t testleri kullanıldı.

Bulgular: Olguların hormon düzeyleri (FSH, LH, E2) ile kullanılan skalaların sonuçları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ayrıca sosyodemografik ve jinekolojik öyküleri ile skalaların sonuçları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Depresyon ve anksiyete skala sonuçları arasında ise kuvvetli bir ilişki saptanmıştır. Aynı zamanda anksiyete skala sonuçları (Durum ve Süreklilik Anksiyete Envanterleri) kendi arasında kuvvetli bir ilişki göstermiştir.

Sonuç: Postmenopoz olgularında görülebilen psikiyatrik morbidite ile hormon seviyeleri arasında bir bağlantı görülmemiştir. Bu nedenle bu olgulardaki psikiyatrik özellikler ayrıca değerlendirilmelidir. Tedavi yaklaşımında bu sonuç göz önünde bulundurulmalıdır.

Abstract

Objective: To detect the presence of a meaningful relationship between FSH, LH, estradiol hormones and Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) and Spielberger State and Trait Anxiety Scales, which were used to determine the depression and anxiety status of cases, in postmenopausal women.

Material and Methods: In this prospective study, 50 cases were included who presented to Gynaecology outpatient clinic in a teaching hospital with menopause diagnosis. Forty-four of the them were natural menopausal cases and the rest, six patients, were surgical ones. They had menopause screening; blood tests, mammogram and also depression and anxiety scales applied to them. The findings were assessed by using EPI INFO 6.0 statistical programme, Spearman correlation test and Student' s t test.

Results: We were not able to find (or We did not find) any meaningful relationship between hormone levels (FSH, LH, estradiol) and psychiatric scales of the cases. In addition, there was not any meaningful relationship between socio-demographical - gynaecological histories and psychiatric scales. Whereas, there was a strong relationship between depression and anxiety scales and as well as between two anxiety scales (State and Trait) themselves.

Conclusion: Although menopause and depression are always thought to be related, our study did not reveal any relationship. This study shows the importance of assessing psychiatric problems separately from menopause itself and besides, this should be taken into account in management approach.

Anahtar Kelimeler: Postmenopoz; psikiyatri; hormonlar

Key Words: Postmenopause; psychiatry; hormones

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2007, 17:73-80

Geliş Tarihi/Received: 22.06.2006

Kabul Tarihi/Accepted: 20.11.2006

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Levent BAYAM
Trafford General Hospital,
Manchester, UK
levbayam@hotmail.co.uk

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

Menopoz bir kadın için, menarşdan sonraki en önemli yaşam dönemidir. Son yüzyılda gelişmiş ülkelerde, ortalama ömür uzamasına bağlı olarak menopoz sonrası kadınların oranı 3 misli artmış olup, halen bu grup

toplam kadınların 1/3'ünü oluşturmaktadır.¹ Ortalama yaş beklentisinin artmasıyla, normal bir kadının, hayatının üçte birini postmenopozal durumda geçirmesi beklenmektedir.² Bu yüzden üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Menopoz bir gelişim krizi olmakla beraber, tek başına bir psikiyatrik sebep değildir.

Sebebe göre sınıflandırıldığında iki tip menopoz vardır: doğal ve artifisiyel. Doğal menopoz iki şekilde ortaya çıkar: ilk olarak gonadotropinlere yanıt verecek olan oositler kaybolmuştur. İkinci olarak kalan birkaç oosit de gonadotropinlere cevap verecek kalitede değildir. Postmenopozal overlerde çok dikkatli histolojik incelemeyle birkaç folikül bulunabilir. Ama yüksek gonadotropin düzeylerine rağmen bu foliküllerde gelişme görülmemesi foliküllerin kalitesiz oluşuna bağlanmıştır. Artifisiyel menopoz ise over fonksiyonunun, overlerin cerrahi olarak çıkarılması veya radyoterapi nedeniyle kaybı olarak tanımlanır. Artifisiyel menopoz endometriozisde ve östrojene bağlı meme veya endometriyum kanserlerinde tedavi amacıyla uygulanır. Ancak günümüzde daha sık olarak görülen sebep, overlerin intraabdominal bir patolojiden dolayı (enfeksiyon, neoplazi) çıkarılmasıdır.³⁻⁵

Klimakterik dönemde östrojen azlığına bağlı çeşitli belirti ve bulgular ortaya çıkar. Ancak bu dönemde görülen psikolojik belirtiler fizyolojik sebepler yanında, bireysel, ailesel, kültürel, sosyal ve yaşa özgü faktörlerle de ilgilidir. En yaygın yakınma vazomotor semptomlar, otonom sinir sistemi yakınmaları, gece terlemeleri ve sıcak basmaları olup, en belirgin somatik değişiklikler osteoporoz ve kardiovasküler sisteme ilişkindir. Tüm bu değişiklikler ise östrojen azlığına bağlıdır. Göğüs ve deride atrofi, senil vajinit diğer değişikliklerdir.^{6,7}

Bu döneme ilişkin kaydedilen başlıca emosyonel ve psikolojik semptomlar, huzursuzluk, duygu ve mizaç değişiklikleri, yorgunluk, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, libido azalması, uykusuzluk, baş ağrısıdır.⁸

Aslında menopozdaki birçok kadın gerek endokrinolojik, gerek psikişik değişikliklere uyum sağlar. Cerrahi menopozda, doğal menopoza kıyasla psikiyatrik morbidite ve özellikle depresyonun daha fazla olduğu kaydedilmiştir.^{9,10}

Bu çalışmada amaç, postmenopoz olgularında, mental morbiditede, depresyon ve anksiyete durumunu tespit etmede kullanılan Hamilton Depresyon Skalası ve Spielberger Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Envanterleri ile follikül-stimüle edici hormon (FSH), luteinizan hormone (LH), estradiol (E2) hormonları arasında ilişki olup olmadığının araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntemler

Bu prospektif çalışma, 1998-1999'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde yürütülen ve Hamilton Depresyon Skalası ve Spielberger Anksiyete Envanterleri ile kan FSH, LH ve estradiol seviyelerinin karşılaştırılmasını amaçlayan bir çalışma olup 50 olgudan oluşmaktadır. Çalışmamıza, Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne postmenopoz şikayetleri (amenore, ateş basması, terleme, uykusuzluk, huzursuzluk vs.) ile başvurmuş, son 1 yıldır adet görmediğini söyleyen postmenopozal dönemde olduğu düşünülen olgular ile histerektomi ve bilateral salpingooferektomi geçirmiş ve operasyonun üzerinden en az 3 ay geçmiş olgular dahil edilmiştir.

Ayrıca olguların çalışmaya katılmasında diğer kriterler olarak, daha önce herhangi bir hormon replasman tedavisi (HRT) almamış olmaları, hormon replasman tedavisi almasında herhangi bir sakınca olmaması, doğal menopoz olgularında herhangi başka bir patoloji bulunmaması, cerrahi menopoz olgularında da operasyon sebebinin selim jinekolojik hastalık olması, son adetinin üzerinden 5 yıldan fazla zaman geçmemiş olması kriter olarak belirlenmiştir. Ayrıca ağır organik bir sistem rahatsızlığı veya psikotik özellikli hastalığı olanlar da çalışma kapsamına alınmamıştır.

Tüm olguların anamnezinde, menopozda genel olgu yaklaşımının gereği olarak, semptomları, menopoza girme yaşları, obstetrik öyküleri, jinekolojik ve sistemik hastalıkları sorgulanmıştır. Her olgu genel sistemik muayene, meme muayenesi (gereğinde cerrahi konsültasyonu istenmiştir) ve jinekolojik muayeneden geçirilmiştir. Ağır depresyonda olduğu düşünülen olgulara psikiyatrist başvurusu önerilmiştir.

Ayrıca menopoza girenlerin rutin olarak istenen tam kan sayımı, tam idrar tahlili, kan biyokimyası, kan lipid profili, hormon seviyeleri, servikal smear tetkikleri yapılmıştır. Mamografi (gereğinde meme USG), jinekolojik USG yapılmış, patoloji saptananlar çalışmaya alınmamıştır.

Bütün bu yaklaşımın sonucunda, bu çalışmaya dahil edilen her olguya, Hamilton Depresyon Skalası ve Spielberger Durum ve Süreklilik Anksiyete Envanterleri ile semptom sorgulamalarını içeren anketler uygulanmıştır. Yapılan bu anketler hakkında öncesinde bilgi verilmiş ve kişilerin kendi istekleri ile bu formlar doldurulmuştur. Hastanenin normal menopoza giren yaklaşımına ilaveten uygulanan tek çalışma, bu anketler olmuştur. Bunun dışında herhangi bir ek tetkik veya tedavi uygulanmamıştır.

Veriler EPI INFO 6.0 istatistik paket programına girilerek değerlendirildi. Karşılaştırmalarda Spearman korelasyon testi ve Student's t testleri kullanıldı. $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Temel Kan Değerleri (Tablo 1-5)

Çalışmaya aldığımız 50 olgunun yaş ortalaması 47.27 ± 3.16 idi. 44 kişi doğal menopoza girmişti (%88), 6 kişi ise cerrahi menopoza grubunda (%12) idi. Cerrahi menopoza girenleri hariç bırakıl-

Tablo 1. Olguların kan biyokimya değerleri.

Parametre	Ortalama \pm Standart Sapma(SS)	En küçük	En büyük
BUN	13.74 3.73	7.00	25.00
AST	21.25 6.67	11.00	34.00
ALT	21.76 10.57	5.00	42.00
AKŞ	106.69 44.95	70.00	338.00
LDH	204.78 91.59	108.00	378.00
ALP	107.31 57.67	30.00	227.00

Tablo 2. Olguların kan protein değerleri.

Parametre	Ortalama \pm SS	En küçük	En büyük
TPROT	73.20 5.01	62.00	83.00
ALB	42.30 4.97	30.00	51.00

Tablo 3. Olguların hemogram değerleri.

Parametre	Ortalama \pm SS	En küçük	En büyük
HgB	133.29 8.83	116.00	154.00
HCT	387.32 30.66	326.00	450.00
WBC	6632.14 1520.73	3400.00	9700.00
PLT	245.33 54.87	142.00	360.00

Tablo 4. Olguların kan lipid profilleri.

Parametre	Ortalama \pm SS	En küçük	En büyük
KOL	198.64 42.45	130.00	286.00
LDL	129.59 40.18	68.00	232.00
HDL	40.88 11.91	22.00	75.00
VLDL	31.09 12.35	13.00	56.00
TRG	151.42 64.67	51.00	298.00

Tablo 5. Hastaların kan hormon düzeyleri.

Parametre	Ortalama \pm SS	En küçük	En büyük
Estradiol	27.75 17.52	<20.0	117.00
LH	31.83 16.74	5.50	79.40
FSH	56.29 33.44	7.00	141.00
PGN	.74 .28	.27	1.00
PRL	7.84 4.46	2.30	13.20

Tablo 6. Hastaların demografik ve jinekolojik öyküleri.

Parametre	Ortalama \pm SS	En küçük	En büyük
Yaş (yıl)	47.27 3.16	39.00	52.00
Düşük (n)	.52 .91	.00	3.00
Evlilik süresi (yıl)	27.03 6.21	12.00	38.00
Son gebelik(yıl)	15.65 6.61	4.00	31.00
Son adet tarihi (ay)	16.28 16.89	3.00	54.00
Dilatasyon ve küretaj (D&C) (n)	1.94 1.97	.00	8.00
Gebelik (n)	5.97 2.97	2.00	12.00

dığında, menopoza girenlerin yaş ortalaması 46.01 ± 3.38 bulundu. Evli olmayan 6 kişi idi (Tablo 6).

Hamilton Depresyon Skalasında ortalama puanlama 12.85 ± 5.89 idi. En küçük puan 0 en büyük puan ise 24.00 bulundu. Spielberger Durum Envanteri (TX1) ortalama değeri 44.94 ± 10.47 ,

Spielberger Süreklilik Envanteri (TX2) için ise ortalama değer 66.91 ± 9.25 idi (Tablo 7). Hamilton skalasının değerlendirmesinde 8 kişide depresyon olmadığı, 15 kişide hafif depresyon, 15 kişide orta derecede, 12 kişide ise major depresyon bulunduğu anlaşıldı (Tablo 8).

Hormon düzeyleri ile uyguladığımız Hamilton Depresyon ve Spielberger Skalaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Fakat Hamilton skalası sonuçları ile Spielberger Durum Anksiyete Envanteri ve Süreklilik Anksiyete Envanteri bulguları arasında kuvvetli bir ilişki saptandı ($r= 0.50$ ve $r= 0.69$). Ayrıca Durum ve Süreklilik Anksiyete Envanterleri sonuçları arasında da kuvvetli bir ilişki tespit edildi ($r= 0.67$) (Tablo 9).

Yapılan çalışmada olguların demografik ve jinekolojik ykuları (yaş, düşük, evlilik süresi, son gebelik zamanı, kürtaj sayısı ve gebelik sayısı) ile

Tablo 7. Depresyon ve anksiyete skala puanları.

Parametre	Ortalama \pm SS	En küçük	En büyük
Hamilton	12.85 5.89	.00	24.00
TX1-ilk 20 soru	44.94 10.47	24.00	68.00
TX2-21-40. Sorular	66.91 9.25	52.00	81.00

TX1: Spielberger durum envanteri.

TX2: Spielberger süreklilik envanteri.

Tablo 8. Hamilton depresyon değerlendirme.

Gösterge	Vaka sayısı	Puan-lama	Ağırlık değeri
Depresyon yok	.00	8	15.2
Hafif	1.00	15	30.3
Orta	2.00	15	30.3
Major	3.00	12	24.2
			100.0

Tablo 9. Hormon düzeyleri ile skala puanlarının ilişkisi.

	Estradiol	FSH	LH	Hamilton	TX1
FSH	-0.35				
LH	-0.40	0.19			
Hamilton	0.15	0.08	-0.12		
TX1	-0.18	-0.09	-0.07	0.50	
TX2	0.05	0.03	-0.13	0.69	0.67

Tablo 10. Olguların demografik ve jinekolojik öyküleri ile skalaların sonuçlarının ilişkileri.

Parametre	Hamilton	TX1	TX2
D&C (n)	-0.18	-0.14	-0.15
Düşük (n)	0.21	0.08	0.07
Evl.suresi (yıl)	-0.01	0.04	0.11
Gebelik (n)	-0.07	-0.06	-0.04
Songebelik (yıl)	0.16	-0.03	0.15
Yaş (yıl)	0.16	-0.19	0.01

skalaların sonuçları arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 10).

Tablo 11'deki semptomlarla ilgili verilere baktığımda, menopoz olgularının şikayetleri en fazla sıcak basması, sıkıntı ve terleme idi (33 kişi, %94). Şikayet olarak ilk başvuruda belirtme ve sonradan anketle semptomları sorgulamayı gösteren bu ilginç tablo, kişilerin kendilerini ifade etmekte bazı zorlukları olduğuna ilişkin ipuçları vermektedir.

Tartışma

Menopozla ilgili hem yaklaşım hem de tedavi açısından birçok çalışma yapılmıştır. Menopoz sonrası yaşam süresinin uzaması sonucunda kadınlarda bu dönem daha da önem kazanmaya başlamaktadır. Günümüz toplumunda sosyal yaşamın içinde katılımcılığı gittikçe artan kadında bu konuyu her yönüyle incelemek, Kişisel, ailesel ve toplumsal boyutlar üzerine eğilmek gerekmektedir. Bu nedenle olayı sadece bazı fizyolojik değişiklikler olarak ele almak yanlış olacaktır.

Dünya Sağlık Teşkilatının (WHO) 1981 yılında bu konu üzerine yayınladığı uzmanlar raporunda, menopozla ilgili tarif yeni baştan yapılmıştır. Buna göre "menopoz devamlı olarak adetten kesilmedir" ve "menopoz denilebilmesi için minimum bir sene adetsiz dönem geçmesi gerekir".¹¹

Başlıca hormonal değişiklikler, östrojen azalması, FSH ve LH seviyeleri yükselmesidir. Ovaryum fonksiyonunun azalmasının ilk belirtisi, FSH'nin artması, LH'nin normal seviyelerde kalmasıdır. Ovaryumun folikül maturasyonu yeteneğini yitirdiği ikinci dönemde FSH tekrar yükselir, bunu

Tablo 11. Başvuruda bildirilen ve anketde belirtilen semptomların karşılaştırması.

Semptomlar	Başvuruda bildirilen şikayet (olgu sayısı)	Anket sorularıyla şikayet ekleyen olgu sayısı	Toplam	%
Baş dönmesi	3	+23	26	52
Çarpıntı	6	+23	29	58
Disparoni	0	+10	10	20
Sıcak basması	33	+14	47	94
Sıkıntı	33	+14	47	94
Terleme	29	+18	47	94
Uyku düzensizliği	6	+22	28	56
Vaginal kuruluk	0	+20	20	40

LH yükselmesi takip eder ve bu yüksek seviyeler kişi hayatı boyunca devam eder.¹²⁻¹⁴ Östrojen miktarı azalmış olmakla beraber kanda östrojen vardır ve bunun periferik etkileri sürmektedir. Baird ve Guavara'ya göre postmenopozda serum östron konsantrasyonu, estradiolden fazladır ve östron/estradiol oranı iki katına çıkmıştır.¹⁵ Grodin, yaş ve obesite artan oranda, plazma androstenedion-larının, periferde östrona çevrildiğini söylemiştir.¹⁶ Adrenal korteksinden veya ovaryumdan östron veya estradiol salgılanması, postmenopozal östrojenlere büyük ölçüde katkıda bulunmaz.^{12,17-19}

Menopozun Anglosakson ülkelerindeki yaş ortalaması 51'dir.¹¹ Bu, yaşam süresinin uzaması, beslenme ve iyi yaşam koşullarına bağlanmıştır. Geri kalmış ülkelerde menopozun ortalama yaşı 40-45 civarındadır.²⁰ Bizim yaptığımız çalışmada ise cerrahi menopoz olguları hariç bırakıldığında, menopoz yaşı ortalama 46.01 ± 3.38 bulundu.

Postmenopoz sendromunun belirtileri genel olarak 3'e ayrılmaktadır. Bunlar 1) Hipotalamik 2) Psikojenik 3) Metabolik belirtilerdir. 1) Sıcak basması, terleme, globus histerikus, çarpıntı, gastrointestinal spazmlar, karıncalaşma ve parestezidir.^{11,21-23} 2) Depresyon, uykusuzluk, sinirlilik, baş ağrısı, seksüel davranış sapması, melankoli, ağlama krizleri ve libido azalması veya artmasıdır.²¹⁻²⁴ 3) Demineralizasyon, miyalji, artralji, cilt atrofisi, senil vaginit, hiperlipidemi, hipertrigliseridemi ve hiperkolesterinemidir.^{21,22,25-27}

Postmenopozdaki FSH ile LH yüksekliği ve östrojen yetmezliğinin, niçin sıcak basmalarına sebebiyet verdiği konusu, henüz kesinlik kazan-

mamıştır. Bu durumda sıcak basmasında rol oynayan en önemli merkezin hipotalamus olduğu, yıllarca östrojen salımını düzenli bir şekilde ayarlayan hipotalamusun, postmenopozda, ovaryumun yaşlanması sonucu oluşan mevcut duruma alışmaması ve bundan da termoregülasyon merkezinin etkilenmesi şeklinde izahı mümkün olabilir.²⁸ Menopozdan 17 yıl sonra bile, hiç bir hormonal tedavi almamış kadınların %15'i hala terleme ve sıcak basması epizodları yaşadıklarını ifade etmişlerdir.²⁹ Bizim yaptığımız çalışmada her iki semptom da, olguların %94'ünde tespit edilmiştir.

Disparoni acıma, yanma hissi veya kaşıntı ile karakterizedir ve genellikle somatik bir nedene bağlıdır. Postmenopozal dönemde vagina duvarının atrofisi disparoninin muhtemel nedenlerinden biridir. Ayrıca vaginanın yetersiz transüstasyonu, bakteri veya mantar enfeksiyonları da disparoniye yol açabilir. Postmenopozda oldukça sık görülen semptomlardan biri olan bu şikayet, Belçika'da yapılan bir araştırmaya göre perimenopoz döneminde %7, postmenopozda ise %15.3 oranında gözlenmiştir.^{24,30} Biz bunu %20 oranında tespit ettik.

Uykusuzluk, Kupperman'ın orjinal menopoz indeksinde yer almıştır ve menopozal sendromun bir parçası olarak listelenmiştir. Thompson ve ark. da uykusuzluğu postmenopozal kadındaki en yaygın şikayetlerden biri olarak değerlendirmişlerdir fakat gece terlemeleri ile ilişkili bulmuşlardır.^{31,32}

Vagina duvarını örten epitelin yapısı ve kalınlığı, hormonların özellikle östrojen ve bir ölçüde de progesteron varlığı ile ve bunların serum konsantrasyonlarından direkt olarak etkilenir.^{24,33}

Menopozun rahatsızlık belirtisi verip vermesinde değişik faktörler de rol oynayabilir. Bu faktörler arasında en önemli olanları aile terbiyesi, eğitim, kişilerin yetiştirilme şekli, gelenek ve görenekler sayılabilir. Toplumumuzda bazı semptomların ortaya çıkışı, Anglosakson toplumu ile karşılaştırıldığında, çok az olmaktadır. Aslında bu semptomlar, iki toplum arasında bir fark göstermemektedir. Toplumumuzun gelenek ve görenek özellikleri nedeniyle, bu semptomlar doktora şikayet olarak gelmemektedir. Bahsedilen bu semptomlar, dispareni ve vagina kuruluğudur. Bizim yaptığımız çalışmada da bu semptomların bulunduğu olguların hiçbiri, başvuru şikayeti olarak bunları belirtmedi (Tablo 11). Oysa gelenek ve göreneklere göre açıklanmasında mahzur görülmeyen semptomlar (sıcak basması, terleme gibi), cinsellikle direkt ilgili olmadığından, sosyo-kültürel algılamalara bağlı olarak çok fazla farklılık göstermemektedir.³⁴

Menopozda Hormon ve Psikiyatrik Morbidite İlişkisi

Bu dönemde, hormonal faaliyetlerdeki değişiklik ile psikiyatrik morbidite arasında doğrudan ilişki kabul edilmemektedir. Hipotalamik-hipofizer eksen işlevleri ve döngüsünde bozulma ve tiroid işlevlerindeki değişme, daha anlamlı gözükmektedir. Huerta ve ark.nın yaptığı bir çalışmada, serum FSH, beden kitle indeksi, karın/kalça oranı depresyon ile bağlantılı bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarına göre 1) seksüaliteye yönelik davranışlar, semptomlar için başlıca geriletici faktör olarak bulunmuştur. 2) Aile fonksiyonu bazı semptomlarla ilgilidir. 3) FSH seviyeleri obeze menopozal olgularda düşük, depresyon veya anksiyetesi olan olgularda yüksek olabilir.³⁵ Sachar ve ark.nın yaptığı bir çalışmaya göre ise postmenopozal deprese kadınlar, normal postmenopozal kadınlara göre daha az LH salgırlar.³⁶ Bizim yaptığımız çalışma ise, böyle bir ilişki varlığını göstermemiştir (Tablo 9). Hollanda`da yapılan geniş bir anketin sonuçlarına göre mental imbalans, yorgunluk, depresyon, irritabilite, halen adet gören ancak adetleri düzensizleşmiş premenopozal olgu grubunda yaygın idi ve pik yapmıştı.³⁷

Bu çalışmanın olgu grubuna, psikiyatrist ve jinekologların bakışları arasında önemli bir fark vardır. Psikiyatristler, psikiyatrik rahatsızlıkları olan birçok kadın görürler. Ancak bunların az bir kısmı menopozdadır. Oysa jinekologlar birçok menopozda olgu görürler ve bunların büyük bir kısmında psikiyatrik semptomlar vardır. Menopoz semptomları bulunan genel populasyona bakıldığında, kliniğe müracaatlarıyla ilgili önyargılardan kaçınılabilmeli ve menopozla spesifik olarak bağlantılı semptomlarda daha dengeli bir değerlendirme yapılmalıdır.³¹

Thompson ve McKinlay&Jeffery'nin yaptığı iki ayrı çalışmada menopozal durum ile uykusuzluk, yorgunluk ve depresyon gibi semptomlar arasında direkt bir ilişki bulunamadı. Bununla beraber her iki çalışmada, menopozdaki olgularda sıcak basmaları ve gece terlemelerinde anlamlı bir artış görüldü.^{32,38}

Bazı araştırmalar azalmış iyilik halinin vazomotor semptomlarla ilgili olduğunu düşündürmektedir. Menopozdaki düşük mizaç durumu ile ilgili faktörler arasında önceki depresyon, önceden var olan premenstrual sendrom (PMS), histerektomi, psikososyal stresörler, menopoza karşı negatif yönelimler, bozuk sağlık şartları, sigara kullanımı ve egzersiz eksikliği gibi düşük hayat stili değişkenleri sıklıkla sayılabilir.³¹

Walaszek ve ark. tarafından yakın zamanda yayınlanan (2005) başka bir çalışma da, bizim yaptığımız çalışmaya benzer sonuçlar ortaya konmuştur. Yüksek Beck ve Hamilton skalaları, hormonal seviyelerle ilişkili bulunmamış, fakat psikososyal durumun kötüleşmesi ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir.³⁹

Östrojen tedavisi ile fizyolojik yakınmalar büyük ölçüde düzelir. Östrojen hafif ölçüde antidepressif (MAOI) etkilidir. Kano ve ark.nın yaptığı bir çalışmada kan FSH seviyesinin, sıcak basması, terlemesi, depresyonu, boğazında düğümlenme hissi ve cinsel isteğinde azalma olan olgularda daha yüksek olduğu, fakat LH seviyesinin, sıcak basması ve terlemesi olan olgularda daha yüksek olduğu bulunmuştu. Konjuge östrojen tedavisi alan olgularda, tedavi sonrasında E2 artmış, FSH ve LH azalmıştı. Sıcak basması, üşüme hissi,

uykusuzluk ve eksitabilitede yüksek oranda düzelme görülmüştü.⁴⁰ Östrojen, vajinal atrofi ile ilişkili olan dispareni için spesifik bir tedavidir. Ancak cinsel isteğin azalmasının tedavisinde belirgin bir rolü yoktur. Bunun yanı sıra hafıza üzerinde terapötik etkisi olması, henüz ikna edici olmaktan uzaktır.³¹

Her ne kadar olguların HRT'den psikolojik olarak faydalandıkları klinik olarak ifade edilmişse de sadece cerrahi menopoza gidenlerin psikolojik semptomlarının (kognitif fonksiyonu dahil) düzeldiğine ilişkin kesin kanıt vardır.⁴¹ Eğer psikolojik semptomlar HRT'ye yanıt vermezlerse veya vazomotor semptomlarla ilgili değilse veya klinik olarak ağrırsa, antidepresan tedavi başta düşünülmeli veya HRT'ye ilave edilmelidir.⁴² Menopozal kadındaki mental hastalıkların etyolojisinde sosyokültürel ve ailesel faktörler, fizyolojik değişikliklerden daha önemlidir. Böyle kadınlarda anksiyete ve depresyon östrojen tedavisine yanıt vermez. Bu gibi ruhsal bozuklarda ise psikiyatrik tedaviler uygulanmalıdır.³¹ Bununla ilgili Ping Liu ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada HRT'ye ilaveten verilen fluoksetin menopozal depresyonun tedavisinde etkili sonuçlar sağlamıştır.⁴³

Bu çalışmada FSH, LH ve Estradiol'un kan değerleriyle ve sosyodemografik ve jinekolojik öykü özellikleri ile Hamilton Depresyon Skalası ve Spielberger Durum ve Süreklilik Envanterleri sonuçları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ayrıca olguların sosyodemografik özellikleri ve jinekolojik öyküleri ile skala sonuçları arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak depresyon ve anksiyete skala puanları arasında kuvvetli bir ilişki bulunmuştur. Yani deprese özellikler arttıkça anksiyete durumu da artmaktadır.

Bu sonuçlar, menopoz olgularına bakış ve uygulanacak tedavi yaklaşımı açısından oldukça anlamlıdır. Olgulara jinekolojik değerlendirme dışında, daha genel bir değerlendirme gerekliliğini göstermektedir. Bireysel, sosyal, ailesel, kültürel ve yaşa özgü faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olgularda psikiyatrik morbidite ayrı bir antite olarak ele alınmalı ve tedavisi de bu kapsamda değerlendirilmelidir. Tedavi açısından HRT uygulanmasının yanı sıra psikiyatrik morbiditesi olduğu düşünülen

olgulara antidepresanlar ve diğer psikiyatrik ilaçlar, uygun disiplinler tarafından planlanmalıdır.

Teşekkür

Bu çalışmanın plan aşamasındaki katkılarından dolayı, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Geropsikiyatri Bölümü'nden Dr.Turan Ertan'a teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Brody JA, Grant MD, Frateschi LJ, Miller SC, Zhang H. Reproductive longevity and increased life expectancy. Age and ageing 2000;29:75-8.
2. M I Whitehead. Menopause. In: Edmonds DK. Dewhurst's Textbook of Obstetrics and Gynaecology for Postgraduates, 6th ed. Blackwell Science; 1999;37:p. 441.
3. Gallicchio L, Whiteman MK, Tomic D, et al. Type of menopause, patterns of hormone therapy use, and hot flashes. Fertility and sterility 2006;8:1432-40.
4. Berkow R, Fletcher AJ, et al. Gynecology and Obstetrics. In: the Merck Manual of Diagnosis and therapy, 6th ed. 1992. p.1793.
5. Reich H. Issues surrounding surgical menopause: Indications and procedures. Journal of reproductive medicine 2001;46:297-306
6. Discigil G, Gemalmaz A, Tekin L, Basak O. Profile of menopausal women in west Anatolian rural region sample. Maturitas 2006;55:247-54.
7. Amore M, Di Donato P, Berti A, et al. Sexual and psychological symptoms in the climacteric years. Maturitas 2007;56:303-11.
8. Rees M. The menopause. In: Shaw RW, Soutter WP, Stanton SL. Gynaecology. Churchill Livingstone: Elsevier Science Limited; 2003.p.416-7.
9. Dennerstein L, Gutrie JR, Clark M, et al. A population-based study of depressed mood in middle-aged, Australian-born women. Menopause 2004;11:563-8.
10. Taylor M. Psychological consequences of surgical menopause. The Journal of reproductive medicine 2001;46:317-24.
11. WHO Scientific Research Group: Research on Menopause. WHO Research Report Series 670, WHO Publications, Geneva: 1981. p.8.
12. Cavanagh D, Comas MR. The Menopause (in) Obstetrics Gynecology. In: Danforth DN, ed. 3rd ed. Harper and Row Publ. Hagerstown: 1977. p.170.
13. Greenbaltt RB, Colle ML, Mahesh VB. Ovarian and adrenal steroid production in the postmenopausal woman. Obstet Gynecol 1976;47:383.
14. Lauritzen C, Van Keep PA. The hypothalamic anterior pituitary sistem in the climacteric age period. Estrogens in the postmenopause. 3 Front Hormone Res. In: Karger S, ed. Bessel: 1975. p.20.
15. Baird DT, Guevara A. Concentration of unconjugated estrone and estradiol in peripheral plasma in nonpregnant women throughout the menstrual cycle, castrate and postmenopausal women and men. J Clin Endocrinol Metab. 1969; 29:149-56.

16. Grodin JM, Siiteri PK, MacDonald PC. Source of estrogen production in postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab.* 1973;36:207-214
17. Greenbalt RB, Bryner JR: Estrodiol pellet implantation in the management of menopause. *J Reproduct Med* 1977;18:307.
18. Mattingly RF, Huang WY. Steroidogenesis of the menopausal and postmenopausal ovary. *Am J Obstet Gynecol* 1969;103:679.
19. Peters H, Van Keep PV, Serr DM, Greenbalt RB. The ageing ovary. Female and male climacteric. *Current Opinion* 1978 (ed). MTP Press Ltd. Lancaster England: 1979. p.69.
20. Aksu MF. Cerrahi menopoz sendromu tedavisi ve tedavide zamanlamanın önemi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 1979;3:115.
21. Greenbalt RB, Emperaire JC. Changing concepts in the management of the menopause. *Med Times* 1970;98:153.
22. Greenbalt RB, Pria SD. Hormonal management of the menopause. *Panminerva Med* 1972;14:342.
23. Kupperman HS, Wetchler BB, Blatt MHG. Contemporary therapy of the menopausal syndrome. *JAMA* 1959;171:1627.
24. Van Keep PA, Haspels AA. Oestrogen therapy during the climacteric and after wards. *Excerpta Medica, Amsterdam:* 1980. p.9.
25. Blatt MH, Wiesbader H, Kupperman HS. Vitamin E and climacteric syndrome failure of effective control as measured by menopausal index. *Arch Intern Med* 1953;915:792.
26. Greenbalt RB. Estrogen therapy for postmenopausal females. *New Engl J Med* 1965;272:305.
27. Wallach S, Henneman PH: Prolonged estrogen therapy in postmenopausal women. *JAMA* 1959;171:1637.
28. Buvat J, Buvat-Herbaut M. Physiopathology of menopausal sudden flushes. *Obstet Gynecol* 1981;76:661.
29. Proudler AJ, Felton CV. Ageing and the response of plasma insuline, glucose and C-peptide concentration in postmenopausal women. *N Engl J Med* 1993;328:460.
30. Hutton JD, Murray MAF, Jacobs HS, James VHT. Relation between plasma oestrone and oestradiol and climacteric symptoms. *Lancet* 1978;1:678
31. Ballinger CB. Psychiatric aspects of the menopause *Br J Psychiatry* 1990;156:773-87.
32. Thompson J, Oswald I. Hormones and Sleep. *Current Research and Opinion* 1977;4:67-72
33. Van Keep PA, Lauritzen C. Estrogens in the postmenopause. 3 *Front. Hormone Res S Karger.* Basel: 1975.
34. Eker E. Menopozda psikiyatrik semptomlar ve cinsellik. In: Ertunçalp E, Seyisoglu H. *Menopoz ve Osteoporoz.* Istanbul.2000;5: p.38-41
35. Huerta R, Mena A, Malacara JM, Diaz de Leon J. Symptoms at perimenopausal period. *Psychoneuroendocrinology* 1995;20:135-48.
36. Sachar EJ, Roffwarg HP, Gruen PH, Altman N, Sassin J. Neuroendocrine studies of depressive illness. *Pharmakopsyhiatr Neuropsychopharmakol* 1976;9:11-7.
37. Jaszmann L, Van Lith ND, Zaat JCA. The perimenopausal symptoms:statistical analysis of a survey. *Medical Gynaecology and Sociology* 1969;4:268-77
38. McKinlay SM, Jefferys M. The Menopausal Syndrome. *British Journal of Preventative and Social Medicine* 1974;28:108-115
39. Walaszek P, Mazur P, Plachta Z, et al. Are the hormonal status or psychosocial conditions the major cause of female depressive disorders after menopause?. *Ginekol Pol* 2005;76:788-98.
40. Kano T, Nishikawa K. Blood levels of estrodiol, FSH and LH in women with climacteric syndrome-conjugated estrogen therapy. *Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi* 1984;36:189-94
41. Pearce MJ, Hawton K. Psychological and sexual aspects of the menopause and HRT. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1996;10:385-99.
42. Pearlstein T, Rosen K, Stone AB. Mood disorders and menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1997;26:279-94.
43. Ping L, Fang Fang H, Wen pei B, et al. Menopausal depression: comparison of hormone replacement therapy and hormone replacement therapy plus fluoxetine. *Chin Med J* 2004;117:189-94.