

Menopozun psikiyatrik yönleri

Şenel TOT¹

ÖZET

Menopoz dönemi kadının uyum sağlamasını gerektiren fiziksel, ruhsal ve toplumsal değişiklikleri yaşadığı bir dönemdir. Bu dönemdeki ruhsal değişiklikler, kadının menopozu algılama biçimine, içinde bulunduğu kültüre, kişilik özelliklerine göre değişir. Menopoz dönemine özgü bir psikiyatrik bozukluk yoktur ve bu dönemde psikiyatrik bozukluk riskinin arttığı gösterilebilmiş değildir. Bununla birlikte, perimenopozal dönemde hafif şiddette ruhsal belirtilerin görülme riski artabilir. Hastada önceden geçirilmiş depresyon öyküsü, postpartum duygudurum bozukluğu ya da premenstruel disforik bozukluk öyküsü bulunması ve sosyal desteğin zayıf olması gibi etkenler bu dönemde psikiyatrik bozukluk görülme riskini artırır. Bu derleme, 1990 yılından günümüze kadar yayınlanmış olan konuyla ilgili yazıların gözden geçirilmesiyle hazırlanmıştır. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004; 5:114-119)

Anahtar sözcükler: Menopoz, psikiyatrik bozukluk, depresyon, anksiyete, kognitif bozukluk

Psychiatric aspects of menopause

ABSTRACT

Menopause is a period of life with physical, mental and social changes to which women should adjust. Mental changes during this period differ according to woman's perception of menopause, her cultural norms and her characteristics of personality. There is no psychiatric disorder specific to menopause and it is not clearly shown that the risk of psychiatric morbidity is increased in this period. However, the risk of having mild mental symptoms may be increased during peri-menopausal period. A history of prior depressive episodes, post-partum mood disorder or premenstrual dysphoric disorder and low social support increases the risk of having psychiatric disorders during menopausal period. This paper review articles which was published since 1990 until today. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2004; 5:114-119)

Key words: Menopause, psychiatric disorder, depression, anxiety, cognitive disorder

Menopozun Psikiyatrik Yönleri

Menopoz ovulasyonun kesilmesi ve adet kanamasının sona ermesidir. Oluşan östrojen eksikliği, sıcak basmaları, uyku bozuklukları, vajinal atrofi ve kuruluğa neden olur. Ayrıca kognitif bozukluk, affektif bozukluk, osteoporoz ve kardiyovasküler

hastalıklara yatkınlığa yol açabilir.^{1,2}

Bir kaç yüzyıl öncesine kadar, kadınların ortalama yaşam süreleri kısa olduğundan menopoz, ölümden hemen önceki döneme denk geliyordu. Yani menopoz ve ölüm neredeyse eş zamanlı olarak gerçekleşiyordu. Bu durum menopozla ilgili olumsuz

¹Yrd.Doç.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, MERSİN

Yazışma adresi: Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zeytinlibahçe Cad. 33070 MERSİN

E-posta: seneltot@mersin.edu.tr

Anatolian Journal of Psychiatry 2004; 5:114-119

çağrışımlara yol açıyordu. İnsan ömrünün uzamasıyla, kadınlar üreme kapasitelerinin sonlanmasından sonra da yaşamdaki güçlüklerle başa çıkmaya ve uyum sağlamaya devam etmek durumunda kaldılar. Günümüzde bu dönem, kadının yaşam süresinin 1/3'ünü kapsar.²

Bu dönemde birey, fiziksel, ruhsal ve toplumsal değişiklikler yaşar. Orta yaş dönemiyle menopoza örtüşmektedir. Menopoz, uyum sağlanması gereken gelişimsel bir kriz olmasına karşın, normal bir süreç olarak görülmelidir. Gelişim psikologlarına göre orta yaş döneminde yaşlanma, ailevi ve sosyal değişikliklerle giden bir gelişimsel kriz görülür ve uyum için çabayı gerektirir.³ Menopoz döneminde görülen psikolojik değişiklikler, fizyolojik nedenler yanında bireysel, kültürel, sosyal ve yaşa özgü etkenlerle de ilgilidir. Menopozda östrojen azalması, FSH ve LH'da artma, prolaktin düzeylerinde azalma, tiroid ve paratiroid hormonlarında azalma gibi hormonal değişiklikler olur. Testosteron değişmez. Buna bağlı olarak vazomotor belirtiler, gece terlemeleri ve sıcak basmaları, osteoporoz, kardiyovasküler sistem hastalıkları, göğüs ve deride atrofi, senil vajinit görülür.⁴⁻⁶

Bu dönemde yaşlanmadan kaynaklanan, eşin ölümü, ebeveynlerin ölümü ya da bakımı ile ilgili sorumluluklar, emeklilik, destek gerektiren değişiklikleri de beraberinde getirir. Orta yaş döneminde ortaya çıkan bir diğer tablo da "boş yuva sendromu"dur. Bu tanımlı ilk kez Deykin ve arkadaşları 1966'da kullanmışlardır. Menopoz dönemindeki kadın, çocuklarının büyüüp evlenmesi ve evden ayrılmasıyla yıllar sonra evde eşyle baş başa kalmaktadır. Büyüyen çocukların giderek artan bağımsızlık istekleri kadınlarda anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir.^{3,5,7,8} Kuh ve arkadaşları, geçmişle ilgili etkenlerin orta yaş döneminde ortaya çıkan sıkıntı üzerinde etkili olduğunu gösterdiler.⁹ Önceden mental ya da fiziksel sağlık sorunları ve yetiyiminin bulunması, ideal vücut ağırlığına sahip olunmaması durumu ile orta yaş dönemi sıkıntıları arasında ilişki olduğunu ileri sürdüler. Ayrıca bu dönemde ergenlik çağında ya da daha küçük çocukları olan kadınlarda daha fazla ruhsal sıkıntı ortaya çıktığını buldular.⁹

Bazı toplumlarda gençlik, güzellik ve üretkenliğe çok önem verilir ve kadın yaşlanmayı "kayıp" olarak algılayabilir. Yaşlılığın ailede ve toplumda beraberinde saygınlığı, söz hakkı kazanmayı, özgürlüğü getirdiği toplumlarda ise menopoza sorunsuz bir

şekilde uyum sağlamak kolaylaşır. Geleneksel toplumlarda yaş ile birlikte kadının statüsü artar ve olgunluk kadına yeni bir güç verir. Oysa, batı toplumlarında doğurganlığa, güzelliğe ve gençliğe verilen önem nedeniyle menopoz dönemi daha zor bir hale gelmektedir. Bazı kadınlar ise, bu dönemde kendilerini daha iyi hissettiklerini belirtebilirler. Sorumlulukların azalması, çocukların yetişmesiyle gelen özgürleşme, kendine daha fazla zaman ayırabilme, evlilik kalitesinin artması, geçen zaman içinde hedeflerine ulaşmış olmanın keyfini sürme gibi olumlu yaşantılar olabilir. ABD'de 1998'de yapılan araştırmaya katılan postmenopozal dönemdeki kadınların yarısından fazlası yaşamlarının gençlik yıllarına göre daha doyurucu olduğunu ve cinsel ilişkilerinin değişmediğini belirtmişlerdir. Menopoz her insanda soruna yol açmayabilir. Menopozun algılanmasında kişinin bireysel farklılıkları yanı sıra, yaşadığı çağın ve kültürün de etkisi vardır. Yaşlılığın beraberinde saygınlığı, ailede ve toplumda söz hakkı kazanmayı getirdiği toplumlarda menopoza sorunsuz bir şekilde uyum sağlamak kolaylaşır. Maoz ve arkadaşlarının (1970) çalışmasında Arapların menopoza olumlu bakış açılarının olduğunu, çünkü daha fazla çocuk istemediklerini bulmuşlardır.^{2,8,10} İran'da yapılan bir çalışmada ise, kırsal kesimde yaşayan kadınların şehirli kadınlara göre menopoza ilgili daha olumsuz tutumlara sahip oldukları saptanmıştır.¹¹ Bu durum, kırsal kesim kadınlarının yaşamında doğurganlığın önemli olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Guetamalalı kadınlar ise, menopoza hoşnutsuzlukla karşılamaktadır, çünkü menopoza birlikte gebelik ve bebek bakımının yükünden kurtulmanın yanı sıra köy törenlerine dini etkinliklere, idari işlere daha fazla katılabilmektedirler.¹² Menopoz dönemindeki belirtiler ve tutumlar, beslenme, biyolojik, psikososyal, ekonomik, politik, coğrafik ve kültürel etkenler göz önünde bulundurularak değerlendirilmektedir. Değişik ırk ve kültürler arasındaki farklılıklar, tedavi yaklaşımlarını da etkileyebilmektedir. Çinli kadınlarla yapılan bir araştırma, HRT'nin menopoz döneminde yaşam kalitesi ve duygudurum üzerinde belirgin bir yarar sağlamadığını göstermiştir.¹³ Asya ülkelerinde menopozal belirtilerin beyaz ırka göre daha az görüldüğü bildirilmektedir. Yakın zamanlarda Singapur'da yapılan bir çalışma da bunu desteklemektedir.¹⁴

Menopoza Psikodinamik Yaklaşımlar

Freud (1917), menopoz döneminde görülen depres-

depresyonun temelinde feminite kaybının temel olduğunu belirtir. Üretkenlik kaybı, yas-elem tepkisi ile melankoli arasında bağlantı kurar. Deutsch (1945) da menopozu üretkenlik ve feminite kaybı olarak ele alır ve kayıp tepkisi, yaşamın amaçsızlığı düşüncesinin geliştiğini belirtir. Fessler (1950), menopozun penis kıskançlığına verilen önemin artmış olması nedeniyle kadın mental sağlığı için kötü bir dönem olduğunu ileri sürer. Düzenli menstruasyonların olduğu dönemde, penis kıskançlığının üreme potansiyelinin varlığı nedeniyle hafiflediğini, menopozla bu kayb olduğunda ise, kadınların infantil tutumlarına tekrar geri döndüğünü söyler. Hoskins (1944), üreme potansiyeli kaybının benliği tehdit etmesinden kaynaklanan anksiyeteden söz eder. Achte (1970), önemli etkenler olarak benlik saygısı kaybı ile feminite kaybı ve yaşlanma korkusundan bahseder. Prados (1967) ve Benedek (1950) ise, postmenopozal yıllarla ilgili iyimser görüşlere sahiptirler. Dönemin durağanlık ve doyum sağlanan bir evre olabileceğini ileri sürer ve intrapersonel yeniden yapılanma için olası avantajlarını vurgularlar. Menopoz, bireysel değişikliklerin yanı sıra kişide kadınlık, cinsellik, estetik kaygıları gündeme getirir. Kadın menopoz dönemini üretebilme, yaratabilme yeteneğinin sona ermesi olarak algılsa sorun yaşayabilir. Birçok kültürde kadınlık ve doğurganlık eş anlamlı olarak düşünülür. Bu bakış açısıyla doğurganlığın kaybı kaygı ve korkulara yol açabilir. Arietti'ye göre, menopozun doğal bir süreç olduğunu kabul edemeyen bazı kadınlar bu dönemde daha fazla sorun yaşarlar. Menopoz dönemini üretebilme ve yaratabilme yeteneğinin ve gücünün sona erdiği bir dönem olarak yaşarlar. Bir anlamda, kadın doğurganlığının ortadan kalkması ile üretme ve yaratma gibi onun başka işlevlerinin de ortadan kalktığı duygusu içine girmektedir. Başka bir deyişle kadın kendisinde normal periyodik kanamaların olmasını simgesel anlamda yaratma olarak değerlendirmektedir. Bu nedenle bir kadının dünyasında bu sembolik anlamın yükü ne kadar fazlaysa, bu anlamın kaynağını oluşturan uterusun işlev kaybı da o derecede derin etki oluşturmakta ve menopozla ilgili sorunların ortaya çıkmasında etkili olmaktadır. Üreme işlevinin kadının üretkenlik imajıyla, kendini algılamasıyla ve kişiliğinin bütünüyle yakın ilişkisi vardır. Özellikle kadın üretme ve yaratmayı yaşamının sadece biyolojik alanına tutsak etmiş ise yaşamın iş, sanat gibi başka alanlarında gösterememişse, menopoz döneminde belirgin bir bunalım ortaya çıkmaktadır. Kendini bir

doğal sürece hazırlayan kadınlar üreme ve yaratma işlevlerini çalışma ve sanat gibi diğer alanlara kaydırarak biyolojik açıdan üretme yokluğunu gidermektedir. Burada ruhsal savunma düzenekleri olan yerine koyma ve yüceltme, bireyin bu dönemi önemli bir sarsıntı olmadan geçirmesinde etkili olmaktadır. Kadın menopoz döneminde bu savunmalarını yeterince kullanamazsa, üretme işlevinin ruhsal simgesel anlamının yanı sıra kadınsal kimliğinin bir parçasını da kaybediyor olmanın derin bunalımını yaşar. Aslında yaşamın kendisi kayıplar ve kazançlardan oluşmaktadır. Yaşamda birey ne hep kaybeder, ne de hep kazanır. Herhangi bir şeyi kaybetmeden yeni bir şey kazanmak olanaksızdır. Bu nedenle bireyin kayıp gibi yaşadığı işlevler bir kayıptan çok metamorfoz, dönüşüm ya da transformasyon olarak değerlendirilmelidir. Bu tür bir anlayış kaybın değerini daha gerçekçi yapacaktır, dolayısıyla kayıp sonucu oluşan yeni durumun değeri de daha iyi anlaşılabilir olacaktır. Böylece madalyonun iki yüzünü görme fırsatı elde edilmiş olur. Benlik saygısı ve yaşam doyumunu düşük olan kadın, menopozu olumsuz algılar. Sağlıklı kişilerde ise uyum, daha kolay sağlanır. Kadın yaşamdan beklediği amaçlarına ulaşamamışsa, kalıcı eser bırakamamışsa menopozu daha sorunlu yaşar ve kaygılı algılar.^{4,5,7,8,10}

Östrojen azlığına bağlı genital atrofi, vajinit, sekresyon azalması ve sonuçta ağrılı cinsel ilişki menopozdaki kadının eşiyle ilişkisinin bozulmasına neden olabilir. bu durum anksiyeteye, benlik saygısında düşmeye ve depresyona yol açabilir.⁵

Menopozal sorunları için tıbbi yardım arayışına giren ve menopoz kliniklerine başvuran menopoz dönemindeki kadınların, başvurmayanlara göre daha fazla psikolojik ve fiziksel belirti bildirdikleri, yaşam kalitelerinin azalmış olduğu ve bu kadınların nörotisizm düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bu kadınların geçmişte depresyon, premenstruel disforik bozukluk, postpartum depresyon ve antidepresan tedavi öyküsü oranlarının yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da vardır. Bu görüşe göre, bu kadınlar zaten yaşamlarının herhangi bir döneminde kriz olduğunda benzer belirtiler yaşayacaklardır.^{8,15-17}

Menopoza uyum sağlamanın, gebelik ve ergenlik gibi dönemlere uyum sorununa benzediği ileri sürülmektedir. Menopozdaki belirtiler zedelenebilme modeline göre açıklanmaktadır. Bu modele

göre, menopozdaki psikiyatrik belirtiler özgün bir psikiyatrik bozukluğu göstermez ve bu belirtiler daha çok biyolojik ve psikolojik etkenler nedeniyle zedelenebilir kadınlarda olur.^{5,8,18}

Cerrahi Menopoz

Menopoz çoğu kadın için beklenen ve hazırlık yapılan bir dönem olmakla birlikte, cerrahi gereklilik sonucu menopoza giren kadınlar için durum farklılık göstermektedir. Bedensel sağlıklarının yitiminin yanı sıra, beklenmedik zamanda işlevselliklerini de yitirmek bu kadınlar için temel rahatsızlık kaynağı olmaktadır. Buna koşut olarak, cerrahi menopoz depresyon yönünden bir risk etkeni olarak belirtilmektedir. Geçmişte histerektomi geçirmiş olmakla depresif belirtilerin fazlalığı arasında ilişki olduğunu ileri süren çalışmalar olmasına karşın, bu tartışmalı bir konudur.^{2,19}

Doğal menopozda overler sağlam kalır ve androjenleri salgılamayı sürdürürler. Testosteron ve androstenedionu içeren bu androjenler zayıf bir östrojen olan östrona dönüşebilirler. Cerrahi menopoz, overlerden androjenler, östrojenler ve progesteronun salgılanmasının tamamen sona ermesine yol açar. Bu durumda östrojen replasman tedavisi endikedir. Eğer ooferektomi kararına hastayla beraber tüm yarar ve riskleri gözden geçirilmeden varılmışsa, hastanın tedaviye uyumu güçleşebilir, ambivalans ve erken kayıp duygusu gelişebilir.²

Menopozla Başa Çıkma Ana Noktalar

1. Kadına ve aileye menopoz hakkında eğitim durumuna uygun şekilde gerekli bilgilerin verilmesi,
2. Menopozla ilgili bakış açılarının tartışılması, aşırı kötümser fikirlerin gözden geçirilmesi,
3. Diyet, egzersiz, sigara gibi konularda öneriler, osteoporoz gelişimi ve genel sağlıkla ilgili bilgi verilmesi,
4. Stresle başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesinin teşvik edilmesi,
5. Orta yaş kadını etkileyen kişisel, sağlık ve sosyal konuların grupça tartışılması,
6. Düzenli egzersiz programları, duygudurumda yükselmeyi ve somatik ve vazomotor belirtilerde azalmayı sağlayabilir.

Ayrıca menopozdaki kadının değerlendirilmesinde

çocukluk yaşantıları, kişilik özellikleri, yakın çevresi, kişiler arası ilişkileri, sosyal desteğin varlığı gözden geçirilmelidir.^{5,9,19}

Menopozda Görülen Psikiyatrik Bozukluklar

Çok eski zamanlardan beri, menopoz dönemine özgü bir psikiyatrik bozukluk olup olmadığı sorusuna cevap aranmaktadır. Menopoz döneminde ruhsal belirti prevalansında artış olduğuna dair yayınların uzun bir geçmişi vardır. Yirminci yüzyıl başlarında depresif duygudurum, gerginlik, uykusuzluk gibi yakınmalarla giden "menopoz sendromu" tanımlanmıştı.⁴

Geçmiş yıllarda menopozla depresyon arasında bir bağlantı olduğu düşünülmüştür. 1906'da Kraepelin, "Envolusyonel Melankoli" adında bir klinik depresyon öne sürmüş ve ajitasyon, hipokondri, mikromanik sanrıları tablonun önde gelen belirtileri olarak tanımlamıştır. Daha sonraları ise, bu tablonun menopoza özgü ayrı bir antite morbid olmadığını, affektif hastalığın bir uzantısı olduğunu söylemiştir.⁸

Daha sonraki yıllarda yapılan birkaç çalışmada menopoz döneminde depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik sendromların yaygınlığının arttığı bildirilmiş olmasına karşın, büyük örneklem gruplarını kapsayan birçok çalışmada karşıt sonuçlar elde edilmiştir. Psikiyatrik belirtilerin kendiliğinden menopozun bir parçası olarak görülemeyeceği belirtilmektedir. Yani psikiyatrik açıdan menopoz dönemine özgü bir tablo yoktur. Ballinger, çalışması sonucunda "menopozal yıllarla ilgili bir affektif bozukluğun olup olmadığı net değildir" sonucuna varmıştır.^{8,19,20}

Schmidt ve Rubinow, menopozda majör depresyon riskinin arttığı yönünde kanıtlar olmadığını belirtmelerine karşın, perimenopozal dönemde hafif şiddette belirtilerin olduğu bir psikolojik sendrom olabileceğini ileri sürmektedirler.²¹

Menopozal dönemde depresyon, anksiyete, iritabilite, yorgunluk, uykusuzluk, unutkanlık, kendine güvende azalma ve azalmış libido gibi belirti ve bulgulara rastlanmaktadır. Azalmış libido, uykusuzluk ve yorgunluk perimenopozal dönemde olan vazomotor belirtiler olarak da kabul edilebilir. Stuart ve arkadaşları "psikolojik belirtiler varsa, menslerin kesilmesinden sonra değil de öncesinde daha çok olur" sonucuna varmışlardır. Duygudurum bozukluğu öyküsü olanlarda menopoz depresif

epizod oluşumu için bir risk faktörü olabilir. Bununla birlikte, toplum genelini kapsayan çalışmalarda menopoz döneminde depresyon oranının arttığı gösterilememiştir. Hafif şiddette duygudurum bozukluğu varsa, genelde menslerin tamamen kesilmesinden önceki 3-4 yılda daha çok oluşmaktadır. Perimenopozal yıllar denen bu yılların öncelikle başlarında hafif depresif belirtilerin sık görüldüğü bildirilmektedir. Ayrıca, bir çalışmada menopoz dönemindeki kadınlarda bipolar bozukluk başlangıcında bir "zirve değer" olduğu gözlenmiştir. Bir başka çalışmada ise, kadınlarda menopoz döneminde hızlı döngülü duygudurum bozukluğunun indüklendiği bildirilmektedir. Ama bu verileri destekleyen başka çalışma yoktur.^{2,8,17,21}

Menopozla birlikte panik bozukluğunun ortaya çıkabildiği, varsa kötüleşebildiği bildirilmektedir.²²

Tüm araştırmaların sonuçları değerlendirildiğinde psikiyatrik belirtilerin menopoza özgü olmadığı sonucuna ulaşılabilmektedir. Kadınların %20'sinden fazlası perimenopozal dönemde psikiyatriste başvurmaktadır. Fakat bu durum envolüsyonel depresyon nedeniyle değil çevre, sosyoekonomik durum, yaş gibi etkenlerin sonucu olarak gerçekleşmektedir.^{20,23}

Menopoza özgü bir psikiyatrik bozukluk olmasa da, menopozda duygudurum bozukluğu, özellikle depresyon olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Hastada önceden geçirilmiş bir depresyon öyküsü, postpartum duygudurum bozukluğu ya da premenstruel disforik bozukluk öyküsü bulunması, sosyal desteğin zayıf olması menopoz döneminde psikiyatrik bozukluklar için risk etkenidir. Ayrıca histerektomi, psikososyal stresörlerin varlığı, menopoza olumsuz bakış açısı, sağlık durumunun kötü olması, sigara içme ve egzersiz azlığı gibi etkenler de menopozda duygudurum azalması ile ilişkilidir.^{4,17,20}

Menopoz döneminde kognitif değişiklikler ile ilgili çeşitli çalışmalar bulunmakla birlikte konunun genişliği nedeniyle ayrı bir makalede gözden geçirilmesi uygun olacaktır.

Tedavi

Üreme hormonlarının psikiyatrik bozukluklarda rol alan nörotransmitter sistemler üzerinde önemli etkileri vardır. Belirgin depresif semptomatoloji göstermeyen kadınlarda, östrojen replasman tedavisi ile duygudurumun yükseldiği ve iyilik duygu-

sunun arttığı saptanmıştır. Yazıcı ve arkadaşları menopoz dönemindeki kadınlarda 17 beta-estradiol içeren hormon replasman tedavisinin ve tibolonun anksiyete ve depresyonu düzelttiğini saptamışlardır.²¹ Depresyonu olmayan kadınlarda östrojen replasmanı duygudurumu düzeltmede ve yaşam kalitesini artırmada yararlı olabilir.²⁴ İtalya'da yapılan geniş bir örneklemli bir çalışmada HRT'nin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri gösterilmiştir.²⁵ Son zamanlarda yapılan bir çalışmada düşük doz HRT (17 β estradiol 1mg/gün ve norethisteron acetate 0.5 mg/gün) ile menopozal belirtilerin düzeldiği, fiziksel ve psikolojik iyilik durumunun arttığı ve hormon kullanımı ile ilgili yan etkilerin azaldığı belirtilmiştir.²⁶ Perimenopozal kadında depresif yakınmalar hafifse, intihar düşüncesi yoksa, vazomotor belirtiler belirginse, psikiyatrik bozukluk öyküsü yoksa, tek başına hormon replasman tedavisi (HRT) ilk seçenek olarak kullanılabilir. Bu tedavi ile düzelmezse, anti-depresan eklenebilir. Majör depresyonu olan hastaların tedavisinde ilk seçenek antidepresanlar olmalıdır. Selektif serotonin reuptake inhibitörlerine (SSRI), östrojen eklenmesi ögmenstasyonu sağlayabilir. Antidepresan tedaviye yanıt vermeyen perimenopozal dönemdeki kadınlarda bu ögmenstasyon stratejisi düşünülmelidir.^{6,17,27}

Perimenopozal dönemdeki fiziksel ve ruhsal belirtilerin giderilmesi için soya kullanımının yararlı olduğuna ilişkin kanıtlar ileri sürülmektedir. Ayrıca akupunktur, relaksasyon ve refleksoloji gibi alternatif tıp yöntemlerinin de etkili olabildiği iddia edilmektedir.²⁸

Son yıllarda yapılan dört yeni çalışmada halen veya geçmişte HRT kullanan kadınlarda depresif belirtilerde artma olduğu bildirilmektedir. Depresif belirtilerin HRT'nin mi etkisi olduğu, yoksa depresif belirtileri olan kadınların bir tedavi arayışına girerek mi HRT'i kullanmaya başladıkları açıklığa kavuşmuş değildir.²⁷

Östrojenin nörotransmisyonu kolaylaştırdığı, serebral kan akımını artırdığı ve Alzheimer Hastalığı'nda rol oynayan bir protein olan Apo E'nin gen regülasyonunda rol oynadığı belirtilerek bu özellikleri ile kognitif işlevleri etkileyebileceği ileri sürülmektedir. Östrojen replasman tedavisinin Alzheimer Hastalığı'nın başlangıç yaşını geciktirdiği ve ilerlemesini yavaşlattığı ileri sürülmüştür; fakat bunun tersini gösteren çalışmalar da vardır ve bu konu henüz açıklığa kavuşmuş değildir.^{5,6}

KAYNAKLAR

1. Nelson B, Watts: Osteoporosis. *Endocrinol Metab Clin North Amer* 1998; 27:489-492.
2. Berga SL, Parry BL: Psychiatry and reproductive medicine. BJ Sadock, VA Sadock (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*'de, Yedinci baskı, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2000, s.1950-1952.
3. Cüceloğlu D: İnsan ve Davranışı. Dokuzuncu baskı, İstanbul, Remzi Kitabevi, 1999, s.395-400.
4. Özkan S: Psikiyatrik Tıp. İstanbul, Roche Yayınları, 1993, s.214-216.
5. Kaplan HI, Sadock BJ: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Sekizinci baskı, Giza, Mass Publishing Co., 1998, s.809.
6. Steiner M, Yonkers K: Depression in women. Mood Disorders Associated with the Menopause. London, Martin Dunitz, 1999, s.48-59.
7. Çevik A: Menopozla birlikte ortaya çıkan sorunlar. *Psycho Med* 1996; 2:99-101.
8. Ballinger CB: Psychiatric aspects of the menopause. *Br J Psychiatry* 1990; 156:773-787.
9. Kuh D, Hardy R, Rodgers B, Wadsworth MEJ: Lifetime risk factors for women's psychological distress in midlife. *Soc Sci Med* 2002; 55:1957-1973.
10. Coleman PM: Depression during the female climacteric period. *J Adv Nurs* 1993; 18:1540-1546.
11. Khademi S, Cooke MS: Comparing the attitudes of urban and rural Iranian women toward menopause. *Maturitas* 2003; 46:113-121.
12. Stewart DE: Menopause in highland Guatemala Mayan women. *Maturitas* 2003; 44:293-297.
13. Haines CJ, Yim S F, Chung THK, Lam CWK, Lau EWC ve ark: A prospective, randomized, placebo-controlled study of the dose effect of oral oestradiol on menopausal symptoms, psychological well-being, and quality of life in postmenopausal Chinese women. *Maturitas* 2003; 44:207-214.
14. Chim H, Tan BHI, Ang CC, Chew EMP, Chong YS ve ark: The prevalance of menopausal symptoms in a community in Singapore. *Maturitas* 2002; 41:275-282.
15. Hunter MS: Predictors of menopausal symptoms. Psychosocial aspects. *Baillieres-Clin-Endocrinol-Metab* 1993; 7:33-45 (abstract).
16. Hay AG, Bancroft J, Johnstone EC: Affective symptoms in women attending a menopause clinic. *Br J Psychiatry* 1994; 164:513-516.
17. Pearlstein T, Rosen K, Stone AB: Mood disorders and menopause. *Endocrinol Metab Clin North Amer* 1997; 26:279-293.
18. Stewart DE, Boydell KM: Psychologic distress during menopause: associations across the reproductive life cycle. *Int'l J Psychiatry in Medicine* 1993; 23:157-162.
19. Slaven L, Lee C: Mood and symptom reporting among middle-aged women: the relationship between menopausal status, hormone replacement therapy, and exercise participation. *Health Psychol* 1997; 16:203-208.
20. Öncüoğlu HE, Öncüoğlu C: Kadınlara özgü psikiyatrik bozukluklar. *Depresyon Dergisi* 1997; 2:43-49.
21. Yazıcı K, Pata O, Yazıcı A, Aktaş A, Tot S ve ark: The effects of hormone replacement therapy in menopause on symptoms of anxiety and depression. *Türk Psikiyatri Derg* 2003; 14:101-105.
22. Paccierotti C, Castrogiovanni A, Cavicchioli C, Stefano L, Morgante G ve ark: Panic disorder in menopause: a case control study. *Maturitas* 2003 (article in press, available online at www.sciencedirect.com).
23. Hunter M: Depression and the menopause. *BMJ* 1997; 314:977-978.
24. Greene R, Dixon W: The role of reproductive hormones in maintaining cognition. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2002; 29:437-453.
25. Progetto Dona Qualita della Vita Working Group, Genazzi AR, Nicolucci A, Campagnoli C, Crosignani P, Nappi C ve ark: Assessment of the QOL in the Italian menopausal women: comparison between HRT users and non-users. *Maturitas* 2002; 42:267-280.
26. Gambacciani M, Ciapponi M, Cappagli B, Monteleone P, Benussi C, Bevilacqua G ve ark: Effects of low-dose, continuous combined estradiol and noretisterone acetate on menopausal quality of life in early postmenopausal women. *Maturitas* 2003; 44:157-163.
27. Brady K: Depression treatment in postmenopausal women. *American Psychiatric Association 153^d Annual Meeting Day 4, May 17, 2000.*
28. Huntley AI, Ernst E: Soy for the treatment of perimenopausal symptoms-a systematic review. *Maturitas* 2004; 47:1-9.