

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

ZAPOTOCZKY HG
Menopause und Depression

Journal für Menopause 1998; 5 (1) (Ausgabe für Deutschland)
18-21

Journal für Menopause 1998; 5 (1) (Ausgabe für Österreich)
23-28

Homepage:

www.kup.at/menopause

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



MENOPAUSE UND DEPRESSION

Summary

The rate of depressive disorders of climacteric women is the same like in other agegroups, refrain from women who were suffering from depressive disorders already before or were characterised by a longer perimenopause.

Probably these female patients represent a group which needs special treatment with anti-depressants. Oestrogens are effective in respect of falling asleep, duration of sleep, flashes, but don't influence disturbances of drive or mood-disorders.

Climacteric can be seen as a phase of new adaptation in the life of a woman. It should considered from various aspects: psychosocial factors like loss of habits and duties, which have organised the daily life until now, social isolation, unemployment etc.

The biological view only represents one fragment. The gynaecologist as first address should refer to that altered situation of the woman with the intention, to reinforce the structures of ego and the self-awareness of climacteric women.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Anteil von depressiven Störungen bei Frauen in der Postmenopause liegt nicht höher als in anderen Altersgruppen, wenn man von Frauen absieht, die bereits vor dem Klimakterium mehrere depressive Phasen durchgemacht haben bzw. bei denen eine längere Perimenopause besteht.

Bei diesen Patienten muß die Abgabe von Antidepressiva erwogen werden. Von Östrogenen ist bekannt, daß sie auf die Einschlafzeit, auf Schlafdauer und Durchschlafzeit sowie auf Hitze-wallungen einen Einfluß haben, jedoch nicht auf einzelne depressive Symptome wie Antriebsstörungen und Befindlichkeitsbeeinträchtigungen.

Das Klimakterium stellt eine Neu-Adaptierungsphase im Leben einer Frau dar. Diese ist verschiedenen Aspekten – psychosozialen

Faktoren (Wegfall von zeitgebenden Strukturen, Isolierung, Wegfall von bisherigen Aufgaben, Arbeitslosigkeit etc.) – unterworfen, der biologische Blickpunkt ist lediglich einer unter vielen. Auf diese geänderte Situation der Frau sollte der Gynäkologe als erster Ansprechpartner eingehen können mit dem Ziel, die Ichstrukturen dieser bedrohten Frauen wiederum zu stärken.

KLINISCHE SYMPTOMATIK

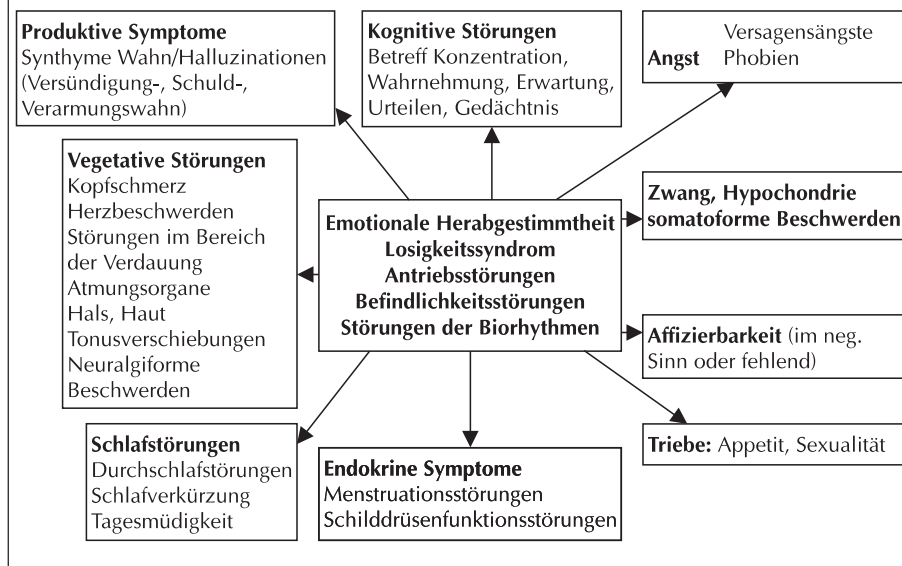
Der Terminus postmenopausale und klimakterische Depression bezieht sich lediglich auf einen zeitlichen Zusammenhang, d. h. er will ausdrücken, daß es zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben einer Frau zu einer umschrieben psychischen Störung kommen kann.

Von den pathognomonischen Symptomen her entspricht die Depression im Klimakterium jener in früheren Lebensaltern.

Kennzeichnend sind nach dem ICD 10 gedrückte Stimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs. Die reduzierte Energie geht mit erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung einher. Kleinere Anstrengungen bewirken oft schon stärkere Müdigkeit. Als zusätzliche Symptome werden angeführt: Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, vermindertes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Gefühl von Wertlosigkeit, negative pessimistische Zukunftsperspektiven, Selbstverletzungs-ideen, Suizidhandlungen, Schlafstörungen und verminderter Appetit. Diese Symptomatik kann charakteristische Tagesschwankungen aufweisen. Bisweilen imponieren Angst, Gequält-sein und motorische Unruhe mehr als die herabgeminderte Befindlichkeit. Die Stimmungsänderung kann von zusätzlichen Symptomen wie Reizbarkeit, histrionisches Verhalten, Verstärkung von phobischen und/oder zwanghaften Beschwerden, auch von exzessivem Alkoholkonsum begleitet werden. Als besondere pathognomonische Symptome sind Schlafstörungen (Etappenschlaf, frühmorgendliches Erwachen im Sinne der Schlafverkürzung), Morgentief, Appetitverlust und Gewichtsabnahme hervorzuheben. In Abbildung 1 sind die Auswirkungen depressiver Störungen in bestimmten körperlichen und psychischen Bereichen dargestellt.

Nach dem ICD 10 wird zur Diagnosestellung einer depressiven Episode eine Dauer der Symptomatik von mindestens zwei Wochen verlangt. Von klinischen Gesichtspunkten aus

Abbildung 1: Auswirkungen depressiver Störungen



trachtungen ein enger Zusammenhang besteht. Die depressiven Störungen können oft nur vorübergehend sein und umfassen nicht immer das oben geschilderte Vollbild einer Depression. Daraus können methodische Schwierigkeiten resultieren, die epidemiologische Erhebungen erschweren.

ZUR THERAPIE

Die therapeutischen Möglichkeiten, über die heute verfügt werden kann, reichen von medikamentösen, über biologisch orientierte bis hin zu psychotherapeutischen Verfahren. Antidepressiv wirkende Substanzen betreffen fünf Substanzgruppen:

Trizyklische Antidepressiva, nicht trizyklische Antidepressiva reversible selektive MAOA-Hemmer Serotonin Reuptake Hemmer (Blocker) und die sowohl noradrenerg wie serotonerg wirkenden NaSSA (Tabelle 1).

Im Vergleich zu den trizyklischen Antidepressiva weisen die übrigen heute zur Verfügung stehenden Antidepressiva wesentlich weniger Nebenerscheinungen auf und begünstigen durch ihre optimale Einzeldosierung die Compliance der Patienten [2].

Als biologisch orientierte Therapiemöglichkeiten stehen heute Schlafentzugstherapie, Lichttherapie, Bewegungstherapie und Elektroheilkampf zur Verfügung. Als psychotherapeutische Verfahren haben sich Ich-stärkende Methoden wie kognitive Verhaltenstherapie, individualpsycho-

erhält die depressive Episode in der Menopause eine besondere Färbung: Versagensängste und Unruhe können alle anderen Symptome in den Schatten drängen. Die Patientinnen lassen sich von starken Rationalisierungen leiten, sie führen als Begründung ihrer Beschwerden Ängste und die berufliche Situation an, beklagen ihre abnehmende physische Attraktivität, ihre zunehmende Einsamkeit, seitdem die Kinder das Haus verlassen haben, befürchten den Partner zu verlieren, wobei sie ihre Beeinträchtigung mit echten Sorgen etikettieren, die ihnen niemand abnehmen könne. Nicht selten wird Zuflucht in den Alkohol gesucht.

Diagnostisch ist vordringlich eine Abgrenzung gegenüber hormonellen Störungen (Schilddrüse, Ovar, Hypophyse) sowie gegen andere körperliche Erkrankungen (auch präsenile Demenzzeichen) vorzunehmen.

Es gibt wenige Studien, die über Häufigkeit und andere epidemiologische Daten aufklären. Avis, Brambilla et al. haben 1994 [1] eine Studie vorgelegt, die 2565 Frauen im Alter von 45 bis 55 Jahren (zum Ausgangszeitpunkt) fünf Jahre lang prospektiv begleitet hat. Zum Zeitpunkt des Studienbeginns hatten alle Frauen in den letzten drei Monaten die Menses, Uterus und ein Ovar waren intakt. Der Beginn einer natürlichen Menopause war nicht verbunden mit einer Zunahme des Risikos für eine Depression. Eine längere perimenstruale Periode (zumindest 27 Monate) ging mit einem erhöhten Depressionsrisiko einher. Der stärkste prädikative Faktor für eine klimakterische Depression bestand in vorangegangenen depressiven Phasen. Außerdem erstellten die Autoren einen soliden Beweis, daß zwischen einer langen Perimenopause (besonders menopausalen Symptomen) und depressiven Beein-

logische Einzeltherapie, Gesprächstherapie (einzeln oder in Gruppen) sowie Logotherapie bewährt.

Der Wirkungseintritt von Antidepressiva ist nicht vor dem 10. bis 15. bis 18. Tag zu erwarten. Deshalb kann es sich als notwendig erweisen, zunächst und vorübergehend Tranquilizer oder mild sedierende Neuroleptika (Esucos, Dominal, Buronil) zu verabreichen. Auch Psychotherapie wird nicht gleich zu nachhaltigen Effekten führen. Bei Patienten mit massiven depressiven Beeinträchtigungen wird die Überweisung an einen Fachmann günstig sein, der die notwendigen Einzelmaßnahmen vornimmt [2].

Der Mehrzahl der in der Menopause vereinzelte depressive Symptome aufweisenden Patientinnen kann durch ein nicht trizyklisches Antidepressivum in Kombination mit mehreren Gesprächen, die auf die aktuelle Situation der Patientin abzielen, durchgeführt durch einen auch darin ausgebildeten Gynäkologen, geholfen werden.

ZUR WECHSELWIRKUNG VON ANTIDEPRESSIVA UND ÖSTROGENEN BZW. PROGESTERON

Die Ansatzpunkte von Östrogenen, Progesteron, luteinisierenden Hormonen, FSH und Prolaktin sowie der von Noradrenalin, Serotonin und Dopamin werden in der Hypothalamus-Hypophysenachse angenommen. Hormone einerseits und Katecholamine andererseits stehen miteinander in Wechselwirkung.

Tabelle 1: Antidepressiv wirkende Substanzen

Trizyklische Antidepressiva			
Substanz	Dosierung	Nebenerscheinungen	
Trofranil	75–150 mg	Mundtrockenheit	} peripher anticholinerge Nebenerscheinungen
Anafranil	75–150 mg	Obstipation	
Saroten	75–150 mg	Harnverhalten	
Tryptizol	75–150 mg	Tachykardie	
Sinequan	50–150 mg	Hyperhidrosis	
		Sexuelle Funktionsstörung	
Pertofran	50–100 mg	Akkommodationsstörungen	} Zentrale anticholinerge Nebenerscheinungen
Nortrilen	75–150 mg	Verwirrheitszustände	
		Sedierung α -Rezeptorblockade und	
		H1-Antagonismus	
Noveril	120–480 mg	Kognitive Störungen	} Zerebraler Krampfanfall
		Zerebraler Krampfanfall	
		Hypotonie (α -adrenerge Rezeptor-Blockade)	
		Erregungsleitungsstörung	
	Substanz	Dosierung	Nebenerscheinungen
Nicht-trizyklische Antidepressiva	Tolvon	30–60–90 mg	Anticholinerge Wirkung nur gering ausgeprägt
	Ludiomil	75–100–150 mg	
Reversible selektive MAO-A-Hemmer	Insidon	50–200 mg	Müdigkeit Mundtrockenheit Schwindel, Müdigkeit, Schlaflosigkeit
	Aurorix	100–300–600 mg	
Serotonin-Reuptake-Hemmer	Floxyfral	100–200 mg	Keine anticholinergen Nebenerscheinungen, Magenbeschwerden, Übelkeit
	Fluctine	20–40 mg	
	Mutan	20–40 mg	
	Seropram	20–40 mg	
	Seroxat	20–40 mg	
	Sertralin	50–100 mg	
Serotonin-Reuptake-Blocker	Trittico	100–300 mg	Hypotonie, Ventrikuläre Extrasystolen
NaSSA	Remergil Remeron	30–60 mg	Müdigkeit

Die meisten Befunde stammen aus tierexperimentellen Studien [3]. Dabei scheint der Nucleus suprachiasmaticus eine große Rolle zu spielen. Bei weiblichen Ratten konnte erhoben werden, daß spezifische Rezeptoren im Nucleus suprachiasmaticus hohe Konzentrationen von Östrogenen an sich binden können, wodurch sich das Aktivitätsniveau im Verhalten der

Tiere steigert. Bekannt ist ferner die Konzentrationsverminderung von Dopa im Gehirn älterer Mäuse, Monoaminoxidase und COMT, Fermente, die den Katecholaminabbau forcieren, sind im Alter in erhöhter Konzentration vorhanden.

Befunde, die an Tieren experimentell gewonnen wurden, lassen sich nicht ohne weiteres

Univ.-Prof. Dr. Hans Georg Zapotoczky

Geboren 1932 in Linz, Promotion zum Doktor der Medizin 1958 an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien, 1961 Eintritt in die Univ.-Klinik für Psychiatrie und Neurologie in Wien unter Prof. Dr. Hans Hoff, 1966 Facharzt für Psychiatrie und Neurologie.

Auslandsaufenthalte an der Psychiatrischen Univ.-Klinik Zürich-Burghölzli unter Prof. Dr. Manfred Bleuler; in London (Institute of Psychiatry), unter Prof. Dr. Isaac Marks, sowie bei Prof. Dr. Vic Meyer (Middlesex-Hospital). 1982 Verleihung des Titels des a. o. Professors an der Psychiatrischen Univ.-Klinik in Wien, mit Wirksamkeit vom 1. Mai 1991 o. Univ.-Professor an der Medizinischen Fakultät der Karl-Franzens-Universität Graz.

1994 Präsident der Österreichischen Van Swieten-Gesellschaft, 1993–95 Präsident der Wissenschaftlichen Gesellschaft der Ärzte in der Steiermark, 1990–94 Präsident der Österreichischen Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. Membre correspondant de la Société médico-psychologique de Paris, Korrespondierendes Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, Korrespondierendes Mitglied der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Der gegenwärtige Arbeitsschwerpunkt zentriert sich auf Entstehung und Behandlung von Angststörungen sowie auf Verläufe von Depressionen.

Bisher 274 wissenschaftliche Arbeiten, 3 Bücher, Herausgeber von 13 Publikationen in Buchform.

Korrespondenzadresse:

o. Univ.-Prof. Dr. Hans Georg Zapotoczky
Universitätsklinik für Psychiatrie
A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 22



auf Menschen übertragen [3]. Bei menopausalen Frauen haben placebokontrollierte Doppelblindstudien ergeben, daß Östrogene die Einschlafzeit verkürzen und die Schlafdauer erhöhen, es kommt unter ihrem Einfluß zu weniger Aufwachphasen und zur Zunahme des REM-Schlafanteils. Die Verabreichung von Östrogenen in der Postmenopause hat einen Einfluß auf Schlafstörungen und Hitzewallungen, jedoch keinen Effekt auf depressive Symptome [3].

Literatur

1. Avis NE, Brambilla D, McKinlay SM, Vass K. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Ann Epidemiol* 1994; 4: 214–20.
2. Pöldinger W, Zapotoczky HG. Der depressive Patient. In: Pöldinger W. und Zapotoczky H. G. (Herausg.). *Der Erstkontakt mit dem psychisch kranken Menschen*. Springer Wien New York 1997; 1–9.
3. Hönig D, Mahner FA, Zapotoczky HG. Ausgewählte Symptome im Klimakterium und deren mögliche Korrelate im Neuroendokrinium. *J Menopause* 1995; 2: 17–20.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)