

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

HOCHSTRASSER B

Psychische Veränderungen in den Wechseljahren

Journal für Menopause 2003; 10 (2) (Ausgabe für Schweiz), 19-23

Journal für Menopause 2003; 10 (2) (Ausgabe für Deutschland)

17-21

Journal für Menopause 2003; 10 (2) (Ausgabe für Österreich)

17-21

Homepage:

www.kup.at/menopause

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

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

Psychische Veränderungen in den Wechseljahren

B. Hochstrasser

Die heute vorhandenen epidemiologischen Daten legen einen Zusammenhang zwischen Hormon- und Stimmungsschwankungen während der Perimenopause nahe. Dieser Zusammenhang ist möglicherweise durch vasomotorische Symptome bedingt. Eine multifaktorielle Ätiologie der Stimmungsschwankungen ist allerdings wahrscheinlich. Eine positive Depressionsanamnese, Lebensereignisse und soziale Faktoren scheinen auch eine Rolle zu spielen. Hormonersatztherapie, besonders Estrogene, zeigen eine positive Wirkung auf depressive Symptome während der Perimenopause. In welchem Ausmaß sie auch bei Frauen mit einer depressiven Störung wirksam sind, muß geklärt werden.

Schlüsselwörter: Depression, Menopause, Perimenopause, Hormonersatztherapie, HRT

Psychological Changes in the Menopause: The current epidemiological evidence on the relationship of depressive symptomatology and menopausal status points to an association between the perimenopausal hormonal changes and mood symptoms. This association might be mediated through vasomotor symptoms, yet a multicausal aetiology of the variation in mood is likely. A positive depression history, life events and social factors appear to also play a role. Concordantly, hormone replacement therapy, especially estrogens, have shown to positively influence the depressive symptomatology in perimenopausal women. To which extent they are effective in women with a major depression needs to be clarified. *J Menopause* 2003; 10 (2): 17–21.

Key words: depression, menopause, peri-menopause, hormone replacement therapy, HRT

Klinisch bestehen seit langem Hinweise auf eine Wechselwirkung zwischen Stimmungs- und Hormonlage. Frauen zeigen eine erhöhte Depressionsrate im Vergleich zu Männern. Während der reproduktiven Phase und in der Perimenopause scheinen Frauen speziell anfällig für Depressionen, Stimmungsschwankungen können sich bei einzelnen Frauen als prämenstruelles Syndrom in Abhängigkeit vom Zyklus zeigen. Es stellt sich die Frage, welche Rolle die Veränderung der Hormonlage in der Verursachung von Stimmungsveränderungen bei Frauen spielt.

Unter den Wechseljahren wird hauptsächlich die Perimenopause, gelegentlich der Anfang der Menopause verstanden. Die Perimenopause umfaßt die Zeitspanne des Übergangs von regelmäßigen Menstruationsblutungen bis zum vollständigen Sistieren der Blutungen für mehr als 12 Monate. Die Menopause wird definiert als 12monatige Amenorrhoe ohne Schwangerschaft oder Laktation und mit gleichzeitig erhöhten FSH-Serumspiegeln [1]. Charakteristisch für das Klimakterium sind Zyklusunregelmäßigkeiten, Symptome wie Hitzewallungen, nächtliches Schwitzen, Schlafstörungen, Unruhe, Reizbarkeit, Schwindel und Arthralgien [2, 3]. Physiologisch läßt sich die Perimenopause durch einen erhöhten FSH-Serumspiegel am Anfang des Menstruationszyklus definieren [4]. Häufig werden auch depressive Verstimmungen während der Perimenopause beobachtet. Die Diskussion, inwiefern diese Stimmungsschwankungen und besonders die depressive Symptomatik direkt durch die Perimenopause ausgelöst werden und sich durch Hormontherapie verbessern lassen, ist nach wie vor kontrovers.

Epidemiologische Studien haben wiederholt belegt, daß Frauen im Altersbereich der Perimenopause vermehrt Stimmungsschwankungen aufweisen [3, 5, 6]. Allerdings fallen in diese Zeitspanne häufig wichtige lebenszyklische psychosoziale Ereignisse, wie Rollenveränderungen durch Auszug der Kinder, Verlusterlebnisse im sozialen Netz, möglicherweise vermehrte somatische Krankheitsanfälligkeit. Andererseits fanden einige Studien keine erhöhte Depressivitätsrate bei Frauen im Alter der Menopause [7–9]. Hieraus ergibt sich die Frage, ob allgemein ein Zusammenhang zwischen der psychischen Befindlichkeit und hormonellen Veränderungen der Perimenopause besteht,

oder ob nur bestimmte Frauen besonders anfällig sind, während dieser Zeitspanne mit Stimmungsschwankungen und Depressivität zu reagieren. Dabei ist die Ausprägung der Stimmungsveränderung zu beachten, vor allem, ob tatsächlich eine Depression im klinischen Sinne oder eine subsyndromale depressive Symptomatik vorliegt.

Eine prospektive Untersuchung an einer Gruppe von prämenopausalen Frauen aus einer Bevölkerungsstichprobe zeigte einen Zusammenhang zwischen einer positiven Depressionsanamnese und einer früh eintretenden Perimenopause auf [10].

Um einen Zusammenhang zwischen Perimenopause und Stimmungsveränderungen zu erfassen, muß in der Untersuchung berücksichtigt werden, in welchem Stadium der Perimenopause sich eine Frau befindet. Querschnittsuntersuchungen sind hinsichtlich ihrer Interpretation dahingehend eingeschränkt, daß sie bloß das gleichzeitige Auftreten von Klimakterium und Stimmungsschwankungen innerhalb einer definierten Zeitspanne aufzeigen können. Prospektive Untersuchungen sind daher aufschlußreicher bezüglich eines potentiellen Zusammenhangs zwischen Perimenopause und depressiver Stimmungslage. Klinische Studien, die häufig einen Zusammenhang zwischen der Perimenopause und Stimmungsschwankungen belegen, reflektieren am besten den aktuellen Status einer Frau hinsichtlich der Menopause, sind aber mit Vorsicht zu interpretieren, da sie sich auf eine besonders symptomatische Stichprobe beziehen [11].

Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Stimmungsveränderungen und Perimenopausestatus

Die in der Folge dargestellten Untersuchungen zeichnen sich dadurch aus, daß sie sich einerseits auf eine Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung beziehen, andererseits der Perimenopausestatus der untersuchten Frauen operational definiert wurde. Die Erfassung psychologischer Symptome und der Depressivität erfolgte mit unterschiedlichen Instrumenten, die im allgemeinen depressive Symptome, nicht aber die klinische Diagnose einer Depression abbilden.

Aus der Privatklinik Meiringen, Schweiz

Korrespondenzadresse: Dr. med. Barbara Hochstrasser, M.P.H., Chefarztin, Privatklinik Meiringen, Postfach 612, CH-3860 Meiringen, Schweiz;

E-Mail: barbara.hochstrasser@pm-klinik.ch

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die relevanten Querschnittsuntersuchungen.

Jaszman und Mitarbeiter [2] untersuchten an einer Stichprobe von nahezu 3000 Frauen in den Niederlanden verschiedene Aspekte der Perimenopause, unter anderem auch Stimmungsschwankungen unter Benützung einer Checkliste. Die Frauen wurden in drei Gruppen in Abhängigkeit ihres Menstruationsmusters eingeteilt: prämenopausale, menopausale und postmenopausale Frauen. Sie fanden die typischen Symptome, wie Schweißausbrüche, Schwitzen, irritierende Empfindungen in den Extremitäten und Schmerzen in Muskeln und Gelenken, bei Frauen in der Perimenopause und am Anfang der Menopause. Stimmungsveränderungen, insbesondere Müdigkeit, Reizbarkeit, depressive Stimmung, psychisches Ungleichgewicht und Kopfschmerzen, fanden sich am häufigsten bei prämenopausalen Frauen. In einer weiteren Querschnittsuntersuchung an 638 Frauen im mittleren Alter fanden McKinley und Jeffreys [9] eine höhere Rate an depressiven Symptomen bei perimenopausalen Frauen als bei Frauen mit regelmäßigen Zyklen. Ballinger [5] berichtete über die höchste Rate an psychischen Problemen (erfaßt mit dem General Health Questionnaire) bei Frauen mit einer Amenorrhoe von 3 bis 12 Monaten, also im perimenopausalen Übergang. Interessant ist dabei, daß die Frauen mit psychischen Problemen signifikant häufiger vasomoto-

rische Symptome (Wallungen und Schwitzen) aufwiesen als Frauen ohne psychische Symptome. Frauen mit psychischen Auffälligkeiten gaben auch häufiger Probleme in der Familie und mit ihren Kindern an, als solche ohne psychische Symptome. Collins und Landgren untersuchten insgesamt 1324 Frauen einer bevölkerungsbezogenen Stichprobe hinsichtlich Symptomen in der Perimenopause [12]. In einer Faktorenanalyse identifizierten sie vier Faktoren: negative Stimmung, vasomotorische Symptome, verminderte Libido und positives Wohlbefinden. Sie fanden, daß prämenopausale Frauen am seltensten negative Stimmung, verminderte Libido und vasomotorische Veränderungen beschrieb, während Frauen mit Hormontherapie dies häufiger taten. Die Häufigkeit dieser Symptome war bei den prämenopausalen Frauen höher als bei den postmenopausalen. In einer multiplen Regressionsanalyse zeigte sich, daß negative Stimmung mit vasomotorischen Symptomen, prämenstruellem Syndrom, Dysmenorrhoe, Fehlen regelmäßiger sportlicher Betätigung, früheren Problemen mit Infertilität und alleinstehender Lebensform verknüpft war. Von Mühlhagen et al. [13] fanden in einer weiteren Querschnittsuntersuchung, daß Frauen, die erst seit kurzem menopausal waren, mehr depressive Symptome aufwiesen als solche, die sich schon längere Zeit in der Menopause befanden. Matthews et al. [14], auf der anderen Seite, fanden keinen Unterschied in der depressiven

Tabelle 1: Querschnittsuntersuchungen zu Menopause und Stimmungsschwankungen

Studie	Design	Definition der Perimenopause	Definition der Menopause	Evaluation der Depressivität	n	Resultate	Besonderheiten
Jaszmann, 1969 [2]	Querschnitt	Veränderung im Menstruationsmuster	Keine Menses während 12 Monaten	Symptom-Checkliste	2962	Nichtsignifikanter Anstieg depressiver Symptome bei Frauen in der Perimenopause	
McKinley und Jeffreys, 1974 [9]	Querschnitt	Letzte Menstruation in den letzten 3–12 Monaten		Postalische Befragung	638	Vermehrte Depressivität bei Frauen in der Perimenopause	
Ballinger, 1975 [5]	Querschnitt	Amenorrhoe während 3–12 Monaten	Amenorrhoe länger als 12 Monate	General Health Questionnaire	502	Größere Rate an depressiven Symptomen bei perimenopausalen Frauen	Erhöhte Depressionsrate bei Frauen mit Problemen mit ihren Kindern
Matthews et al., 1990, HRT [14]	Querschnitt		Amenorrhoe während 12 Monaten	Beck Depression Inventory	170	Kein Unterschied in depressiver Symptomatologie bei Frauen vor oder nach Menopause	
Collins und Landgren, 1994 [12]	Querschnitt	Amenorrhoe während weniger als 6 Monaten	Amenorrhoe während mindestens 6 Monaten	Modified Menopause Symptom Questionnaire	1324	Vermehrte negative Stimmung bei Frauen in der Menopause, verglichen mit Frauen vor der Menopause	Negative Stimmung am höchsten bei Frauen, die eine HRT* erhalten
von Mühlhagen et al., 1995 [13]	Querschnitt	Zeit seit letzter Menses		Woman's Health Surgery, Checkliste	589	Frauen mit kürzerer Zeitspanne seit letzter Menses hatten mehr depressive Symptome als solche mit längerer Zeitspanne	
Bosworth et al., 2001 [15]	Querschnitt	Menstruationsmuster	Menstruationsmuster	CES-D	581	Nichtsignifikanter Trend: Frauen gerade vor oder während der Perimenopause zeigten vermehrte Depressivität	Vermehrte klimakterische Beschwerden mit Depressivität assoziiert

* HRT = Hormonersatztherapie

Symptomatologie bei Frauen vor oder nach der Menopause. Die neuste Untersuchung zu diesem Thema von Bosworth et al. [15] kam zum Schluß, daß nicht der Perimenopausestatus, sondern das Vorliegen von vasomotorischen Symptomen mit depressiver Verstimmung assoziiert ist.

Zusammenfassend ergeben die Querschnittsuntersuchungen in der Mehrzahl eine Assoziation vor allem von Perimenopause und Stimmungsveränderungen, wobei häufig vasomotorische Symptome mitassoziert sind. Es läßt sich also nicht ableiten, wodurch diese Stimmungsveränderungen ausgelöst werden. Auch familiäre Belastungen zeigen eine deutliche Verknüpfung mit Depressivität.

Tabelle 2 bietet einen Überblick über die aktuellen Langzeituntersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Perimenopausestatus und Stimmungsschwankungen.

Hällström und Samuelsson interviewten 899 Frauen aus einer städtischen Bevölkerungsstichprobe innerhalb von sechs Jahren zweimal mittels eines semistrukturierten Interviews [16]. Dabei identifizierten sie vier Gruppen von Frauen: prämenopausale, perimenopausale (unregelmäßige Blutungen), solche in der frühen (Amenorrhoe für 12–32 Monate) und solche in der späten Menopause (Amenorrhoe länger als 35 Monate). Sie konnten keine erhöhte Prävalenz von psychischen Störungen (Depressivität, Angststörungen, Phobie, Neurasthenie, Zwangsstörungen, Psychosen, Alkoholismus) im Klimakterium finden, wohl aber bei Frauen nach der Menopause. Frauen mit einer erhöhten Rate von belastenden Lebensereignissen zeigten eine erhöhte Prävalenz. Hunter [6] beobachtete 36 Frauen,

welche aus einer größeren bevölkerungsbezogenen Querschnittsuntersuchung rekrutiert wurden, während drei Jahren hinsichtlich der Entwicklung der Menopause und des Auftretens verschiedener perimenopauserelevanter Symptome. Sie fand signifikant höhere Depressionsraten, Schlafstörungen und vasomotorische Symptome bei Frauen in der Peri- oder Postmenopause im Vergleich zu Frauen vor der Menopause. Weitere mit depressiver Stimmung assoziierte Variablen waren: Sich in der Zeitspanne vor der Menopause gestreßt fühlen, hypochondrische Ängste, Fehlen sportlicher Betätigung und stereotype negative Vorstellungen zur Menopause. In einer multiplen Regression ergaben sich das Vorhandensein früherer Depressionen, negative stereotype Vorstellungen zur Menopause, Arbeitslosigkeit und Sozialstatus als beste Prädiktoren zum Vorhandensein einer depressiven Stimmung.

Zu einem anderen Befund kamen Matthews et al. in einer über drei Jahre dauernden prospektiven Beobachtung von 541 ursprünglich prämenopausalen Frauen, die sie in einem Case control-Design nach Eintreten einer Amenorrhoe von 12 Monaten mit prämenopausalen Frauen mit anderweitig gleichen Charakteristika verglichen [14]. Sie konnten bei Frauen, die die Menopause erreicht hatten, im Vergleich zu prämenopausalen Frauen keine erhöhte Depressivität beobachten. Frauen mit einer Hormontherapie aber hatten höhere Depressivitätsraten. Postmenopausale Frauen unterschieden sich von den prämenopausalen dahingehend, daß sie weniger Streß und weniger Selbstbewußtsein ausdrückten.

Die umfassendste Untersuchung stellt diejenige von Avis und McKinlay dar [17]. Sie beobachteten insgesamt 2565 Frauen im Alter zwischen 45 und 55 Jahren, die bei

Tabelle 2: Longitudinale Untersuchungen zu Menopause und Stimmungsschwankungen

Studie	Design	Follow-up-Jahre	n	Definition der Perimenopause	Evaluation der Depressivität	Resultate	Besonderheiten
Avis und Mc Kinlay, 1994 [17]	Prospektiv	5	2565	Unregelmäßige Blutungen während der letzten 12 Monate	CES-D	Übergang von Prä- in Perimenopause mit Depressivität assoziiert	Frühere Depression mit Depressivität assoziiert
Hällström und Samuelsson, 1985 [16]	Prospektiv	6	899	Unregelmäßige Blutungen	Halbstrukturiertes Interview	Keine erhöhte Prävalenz psychischer Störungen im Klimakterium. Frauen in der Menopause zeigten eine erhöhte Rate von psychischen Störungen	Frauen mit Lebensereignissen zeigten eine höhere Prävalenz von psychischen Störungen
Hunter, 1990 [6]	Prospektiv	3	36	Unregelmäßige Blutungen während der letzten 12 Monate	Woman's Health Questionnaire	Erhöhte Depressivität, vermehrt gestörter Schlaf, vermehrte vasomotorische Symptome bei Frauen, die die Perimenopause erreichten	Bester Prädiktor für perimenopausale Depressionen sind frühere Depressionen
Kaufert et al., 1992 [19]		3	369	Amenorrhoe während 6 Monaten	CES-D	Keine Veränderung der Depressivität in Abhängigkeit von der Menopause	Probleme mit Beziehungen, Kindern, Ehemann. Einschätzung der Gesundheit als schlecht, Hypertension, Alter und Schilddrüsenprobleme als Prädiktoren für erhöhte Depressivität
Matthews et al. 1990 [14]	Prospektiv, Case Control	3	541	Abbruch der Blutungen für 12 Monate	Beck Depressions Skala	Keine erhöhte Depressivität bei Frauen, die die Menopause erreicht hatten	Frauen mit HRT* zeigten erhöhte Depressivität

* HRT = Hormonersatztherapie

Studienbeginn in den letzten drei Monaten menstruiert hatten, während fünf Jahren in regelmäßigen Intervallen von 9 Monaten. Die Frauen wurden mittels eines halbstündigen Telefoninterviews befragt. Depression wurde mittels des CES-D, einer Skala zur Untersuchung der Depressivität, die hinsichtlich Validität, Reliabilität und Praktikabilität gut etabliert ist, erfaßt. Die Skalenwerte bewegen sich zwischen 0 und 60; bei einem Wert von 16 besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer klinischen Depression [7, 18]. Die Frauen wurden in eine prämenopausale, perimenopausale und postmenopausale Gruppe eingeteilt. Es wurde der Zusammenhang zwischen Depressivität und der Veränderung vom prä- zum perimenopausalen Status und vom peri- zum postmenopausalen Status untersucht. Es zeigte sich, daß die höchste Depressivitätsrate diejenigen Frauen aufweisen, die von der Prä- in die Perimenopause oder von der Peri- in die Postmenopause rückten. Frauen, die vor dem Übergang schon depressiv waren, hatten in allen Gruppen die höchste Depressivität. Zudem zeigte sich, daß die erhöhte Depressivität an den Übergängen des Menopausestatus vorübergehend war: In dem Ausmaß, in dem Frauen in die Postmenopause rückten, verminderte sich die Depressivität, unabhängig von der prämenopausalen Depressionsrate. In einer logistischen Regression ergab sich zudem, daß der Übergang im Menopausestatus bei Berücksichtigung der menopausalen Symptome nicht mehr signifikant mit Depressivität assoziiert war. Das heißt mit anderen Worten, daß Depressivität und vasomotorische Symptome zusammen variieren.

Kaufert et al. [19], auf der anderen Seite, fanden in einer Stichprobe von 477 Frauen in einer longitudinalen Untersuchung von 3 Jahren keine Verknüpfung zwischen Depressivität und Perimenopausestatus, wohl aber einen Zusammenhang von erhöhter Depressivität und Problemen in der Familie sowie mit der Gesundheit.

Zusammenfassend hat es den Anschein, daß vor allem der Übergang im Hormonstatus einer Frau oder die Wechselhaftigkeit desselben zu depressiver Symptomatik führen könnten. Es ist aber auch möglich, daß Depressivität und andere Stimmungsschwankungen eher als Folge der vasomotorischen Symptome, die als Folge der Perimenopause auftreten, in Erscheinung treten. Zudem ist eine multi-kasale Verursachung der Stimmungsschwankungen anzunehmen: Frühere Depressionen, schwerwiegende Lebensereignisse, Probleme in der Familie und andere gesundheitliche Probleme spielen in der Perimenopause ebenso eine Rolle, wie sie dies in anderen Lebensphasen tun können. Relevant ist zudem, die vorübergehende Natur der depressiven Symptomatik in Abhängigkeit von der Perimenopause zu beachten.

Effekt der Hormonersatztherapie auf Stimmungsschwankungen und Depressivität in der Perimenopause

Besondere Bedeutung in diesem Zusammenhang kommt der Frage zu, inwiefern eine Hormonersatztherapie Stimmungsschwankungen und depressive Symptome in der Perimenopause behandelt. Im folgenden sollen einige relevante Studien zu diesem Thema kurz dargestellt werden.

In einer doppelblinden Crossover-Studie untersuchten Dennerstein et al. [20] 49 Frauen nach einer Hysterektomie und bilateralen Oophorektomie unter Therapie mit entweder Ethinylestradiol 50 µg/Tag, Levonorgestrel 250 µg/Tag, einer Kombination beider Substanzen oder Placebo für je drei Monate. Die meisten Frauen waren während der Studie nicht klinisch depressiv. Es zeigte sich aber, daß die niedrigsten Depressivitätsscores (Hamilton-Depressions-

skala) bei Frauen auftraten, die mit Ethinylestradiol allein behandelt wurden, gefolgt von der Gruppe, die mit der Kombination beider Substanzen behandelt wurde, gefolgt von Patientinnen unter Levonorgestrel. Die höchsten Scores traten bei Frauen, die mit Placebo behandelt wurden, auf. Die meisten Probleme, die die symptomatischen Frauen angaben, umfaßten Schlafstörungen, Ängstlichkeit, hypochondrische Beschwerden und körperliche Symptome. Sherwin [21] fand ähnliche Resultate in einer Gruppe von Frauen mit chirurgisch induzierter Menopause, die entweder während zwei Jahren mittels Injektionen nur Estrogen, eine Estrogen-Gestagen-Kombination oder keine Hormonersatztherapie erhalten hatten. Sie wurden bezüglich Alter, Sozialstatus, Gewicht, Größe und Jahren seit der Operation parallelisiert; Frauen mit psychischen Störungen wurden ausgeschlossen. Nach einer achtwöchigen Hormonkarenz erhielten die Frauen erneut ihre Hormonersatztherapie. Sie wurden vor der Therapie sowie 2, 4, 8, 15, 21 und 28 Tage nach der Injektion hinsichtlich des Serumestrogens, des Serumtestosterons und verschiedener psychologischer Parameter untersucht. Es fand sich, daß sowohl Frauen, die mit Estrogen allein, als auch solche, die mit einer Hormonkombination behandelt wurden, in den drei Wochen nach der Injektion eine deutlich positivere Stimmung aufwiesen als solche, die keine Therapie erhalten hatten (weniger Ängstlichkeit, weniger deprimiert, weniger müde, weniger verunsichert). Gleichzeitig zeigte sich eine positive Korrelation zwischen Serumestrogenspiegel und Testosteronspiegel und verschiedenen psychologischen Variablen in den beiden hormonbehandelten Gruppen, aber nicht bei den nichtbehandelten Frauen. Iatrakis und Mitarbeiter [22], auf der anderen Seite, konnten in einer sechsmonatigen Studie an 118 postmenopausalen Frauen keine Unterschiede in den Symptomen Ängstlichkeit und Depressivität zwischen Probandinnen, die Estrogentherapie erhielten, und Probandinnen ohne Therapie finden, wohl aber zeigten Frauen unter Estrogen deutlich weniger Hitzewallungen, Nachtschweiß und Libidoverlust. Myers et al. [23] kamen in einer zehnwöchigen prospektiven Studie ebenfalls zum Schluß, daß die Verabreichung einer Hormonersatztherapie keinen Einfluß auf die Stimmung von 40 Frauen mit natürlicher Menopause zeigte. Palinkas und Barret-Connor [24] berichteten sogar aus einer Querschnittsuntersuchung über eine erhöhte Rate depressiver Symptome bei Frauen im Alter von 50–59 Jahren mit einer Estrogentherapie im Vergleich zu Frauen, die nie Hormone eingenommen hatten. Eine zusätzliche Stichprobe von Frauen älter als 60 Jahre schien allerdings von der Estrogentherapie hinsichtlich Stimmung profitiert zu haben. Die Autoren stellten sich die Frage, ob besonders diejenigen Frauen, die hinsichtlich Stimmungsschwankungen empfindlicher sind, eine Hormonersatztherapie anstreben. Zum gegenteiligen Schluß kamen Whooley et al. [25] anhand von 6602 Frauen im Alter von über 70 Jahren, die sie in einer Querschnittsstudie untersuchten: Frauen, die eine Therapie mit Estrogen erhalten hatten, zeigten weniger Depressivität als solche ohne Hormonersatztherapie, wenn für die Faktoren soziales Netz, körperliche Betätigung, allgemeine Gesundheit, alleinstehend, Gebrauch von Antidepressiva und bilaterale Oophorektomie kontrolliert wurde. Allerdings zeigte sich keine Veränderung der Depressivität bei Frauen, die sowohl Estrogene als auch Gestagene einnahmen im Vergleich zu Frauen, die keine Hormonersatztherapie benutzten. Girdler und Mitarbeiter [26] gingen der Frage nach, inwiefern die Gabe von Estrogen allein oder in Kombination mit Progesteron einen Einfluß auf die Stimmungslage hat. Sie untersuchten 54 Frauen in der Postmenopause

(mittels Serumhormonspiegel bestätigt), die vorgängig keine depressiven Symptome, keine Hitzewallungen und keine Blutungen aufgewiesen hatten. Die Frauen wurden randomisiert und placebokontrolliert entweder mit Estrogen, Estrogen und Medroxyprogesteronacetat oder mit Placebo behandelt und 30 Tage vor Behandlung sowie in den letzten 30 Tagen einer sechsmonatigen Behandlung mittels eines umfassenden Fragebogens hinsichtlich psychischer und menopausaler Beschwerden untersucht. Es zeigten sich erhöhte Werte für Depressivität, Ängstlichkeit, Krämpfe und Mastodynie bei den Frauen mit der kombinierten Hormonersatztherapie in den ersten sechs Tagen der Therapie. Frauen, die nur mit Estrogen behandelt wurden, beschrieben nur Mastodynie. Die Placebogruppe beschrieb in der ersten und letzten Woche des beobachteten Monats unter Therapie eine Verminderung der Reizbarkeit. Der Vergleich der Gruppen untereinander im ganzen zeigte keine Unterschiede hinsichtlich Depressivität, Ängstlichkeit oder Reizbarkeit. Es bleibt allerdings zu beachten, daß diese Frauen eine vorgängig völlig asymptomatische Stichprobe darstellten. Hlatky et al. [27] beobachteten gesamthaft 2763 Frauen mit koronarer Herzkrankheit während 36 Monaten, die entweder eine Kombinationstherapie von Estrogen und Gestagen erhielten oder Placebo. Dabei zeigte sich, daß Frauen, die auch Hitzewallungen beschrieben hatten, von der Hormonersatztherapie auch hinsichtlich Depressivität profitieren konnten. Diejenigen, die keine Hitzewallungen beschrieben hatten, zeigten keine unterschiedlichen Depressivitätsscores, ob mit oder ohne Hormonersatztherapie.

Zusammenfassend scheint die Hormonersatztherapie, besonders die Therapie mit Estrogen, bei Frauen mit menopausalen Beschwerden, insbesondere vasomotorischen Störungen, einen positiven Effekt zu haben. Erneut finden wir einen Zusammenhang zwischen vasomotorischen Störungen und Stimmungsveränderungen. Es bleibt zu klären, inwiefern tatsächlich die aktuelle Hormonlage oder nicht doch eher eine wechselnde Hormonlage für die Stimmungsveränderung und ihre Beeinflussbarkeit durch Hormontherapie verantwortlich ist. Zudem ist die Rolle der Gestagene bezüglich der Beeinflussung der Stimmungslage näher zu untersuchen. Ebenfalls bleibt die Frage offen, zu welchem Zeitpunkt die Hormonersatztherapie am effektivsten ist.

Klinisch relevant erscheint vor allem die Tatsache, daß Frauen mit vorherigen depressiven Störungen (Depression, prämenstruelles Syndrom) vermehrt für Stimmungsschwankungen in der Perimenopause anfällig sind. Stimmungsveränderungen in dieser Zeit scheinen aber auch bei nicht vorbelasteten Frauen vorzukommen, sind mit vasomotorischen Symptomen assoziiert und vorübergehender Natur. Die Rolle der Hormontherapie bei menopausalen Frauen ist unter Berücksichtigung des Vorhandenseins vasomoto-

rischer Symptome zu beurteilen. Inwiefern sie auch bei Frauen mit vorgängiger Depression effektiv ist, ist heute noch ungeklärt.

Literatur

- Schmidt PJ, Rubinow DR. Menopause related affective disorders: A justification for further study. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 844–52.
- Jazmann L, Van Lith ND, Zaat JCA. The perimenopausal symptoms: the statistical analysis of a survey. *Med Gynecol Sociol* 1969; 4: 268–77.
- Bungay GT, Vessey MP, McPherson CK. Study of symptoms in middle life with special references to the menopause. *BMJ* 1980; 281: 181–3.
- Burt VK, Altshuler LL, Rasgon N. Depressive symptoms in the perimenopause: Prevalence, assessment and guidelines for treatment. *Harv Rev Psychiatry* 1998; 6: 121–32.
- Ballinger CB. Psychiatric morbidity and the menopause. Screening of a general population sample. *BMJ* 1975; 3: 344–6.
- Hunter MS. Psychological and somatic experience of the menopause. A prospective study. *Psychosom Med* 1990; 52: 357–67.
- Weissmann MM, Myers JK. Rates and risks of depressive symptoms in a United States urban community. *Acta Psychiatr Scand* 1978; 57: 219–31.
- Holte A, Mikkelsen A. Psychosocial determinants of climacteric complaints. *Maturitas* 1991; 13: 205–15.
- McKinlay SM, Jeffreys M. The menopausal syndrome. *Br J Prev Soc Med* 1974; 28: 108–15.
- Harlow BL, Wise LA, Otto MW, Soares CN, Cohen LS. The Harvard study of moods and cycles. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 29–36.
- Pearlstein T, Rosen K, Stone AB. Mood disorders and menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1997; 26: 279–94.
- Collins A, Landgren BM. Reproductive health, use of estrogen and experience of symptoms in perimenopausal women. A population-based study. *Maturitas* 1994; 20: 101–11.
- Von Mühlhelen DG. A community-based study of menopause symptoms and estrogen replacement in older women. *Maturitas* 1995; 22: 71–8.
- Matthews KA, Wing PR, Kuller LH, Meilahn EN, Kelsey SF, Costello EJ, Caggiula AW. Influences of natural menopause on psychological characteristics and symptoms of middle-aged healthy women. *J Consult Clin Psych* 1990; 58: 345–51.
- Bosworth HB. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *Psychosom Med* 2001; 63: 603–8.
- Hällström T, Samuelsson S. Mental health in the climacteric. The longitudinal study of women in Gotheburg. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985; 130 (Suppl): 13–8.
- 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.
- Radloff L. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1: 385–401.
- Kaufert PA, Gilbert P, Tate R. The Manitoba Project. A re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas* 1992; 14: 143–55.
- Dennerstein L, Burrows GD, Hyman GJ, Sharpe K. Hormone therapy and affect. *Maturitas* 1979; 1: 247–59.
- Sherwin BB. Affective changes with estrogen and androgen replacement therapy in surgically menopausal women. *J Affect Disord* 1988; 14: 177–87.
- Iatrakis G, Haronis N, Sakellarapoulos G, Kourkoubas A, Gallos M. Psychosomatic symptoms of post-menopausal women with or without hormonal treatment. *Psychother Psychosom* 1986; 46: 116–21.
- Myers LS, Dixen J, Morrissette D, Carmichael M, Davidson JM. Effects of estrogen, androgen, and progestin on sexual psychophysiology and behavior in postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 1990; 70: 1124–31.
- Palinkas LA, Barrett-Connor E. Estrogen use and depressive symptoms in menopausal women. *Obstet Gynecol* 1992; 80: 30–6.
- Whooley MA. Postmenopausal estrogen therapy and depressive symptoms in older women. *J General Int Med* 2000; 15: 535–41.
- Girdler SS. A comparison of the effect of estrogen with or without progesterone on mood and physical symptoms in postmenopausal women. *J Women's Health & Gender-Based Med* 1999; 8: 637–46.
- Hlatky M. Quality-of-life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone therapy. *JAMA* 2002; 287: 591–7.

Dr. med. Barbara Hochstrasser, M.P.H.

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Diplomate of the American Board of Psychiatry and Neurology, Master of Public Health, Harvard University.

Schwerpunkte: Depression, Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, psychiatrische Epidemiologie.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD 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](#)