



Foto: Fotolia/Smileus

BESCHWERDEN IN DEN WECHSELJAHREN

Nicht nur eine Frage der hormonellen Situation

Das Klimakterium ist nicht nur eine Zeit der hormonellen Umstellung, sondern auch der psychosozialen Adaptation mit Abschieden, neuen Herausforderungen und notwendiger Aktivierung von Ressourcen.

Sich über die Lebensspanne wiederholende Schwellensituationen mit bio-psycho-sozialen Adaptationsleistungen stellen für alle Menschen Herausforderungen dar. Auch die Wechseljahre beziehungsweise das Klimakterium als etwa zehnjährige Lebensphase vor und nach der Menopause – dem Zeitpunkt der letzten ovariell gesteuerten Menstruation – stellen eine solche Schwellensituation dar.

Während der Wechseljahre der Frau nimmt die Bildung der für den Zyklus wichtigen Geschlechtshormone Estrogen und Gestagen nach und nach ab. Durch negative Rückkopplung steigen die Gonadotropine Follikelstimulierendes und Luteinisierendes Hormon in dieser Lebensphase an.

Hormonverschiebungen können zu Symptomen im körperlichen einschließlich vegetativen sowie psychischen und mentalen Bereich führen. Sie sind jedoch nicht spezifisch für das Klimakterium, sondern treten auch in anderen Lebensphasen auf. Teilweise sind sie dem physiologischen Alterungsprozess zuzuordnen.

Klimakterische Symptome in anderen Kulturen unbekannt

Dennoch werden bestimmte Symptome in der Perimenopause unter das „Klimakterische Syndrom“ subsumiert und eine Hormontherapie empfohlen oder verordnet (1). Wiederholt wurde aufgezeigt, dass längst nicht alle Frauen im Klimakterium Beschwerden angeben und diese von psychosozialen Faktoren

beeinflusst sind (2, 3). In einigen anderen Kulturen sind klimakterische Symptome nahezu unbekannt (4, 5). Eine ausschließliche hormonelle Verursachung trifft für die meisten Beschwerden nicht zu. Das hat Auswirkungen auf die Hormonverordnung.

Die meisten der bisherigen Studien erfassten die mit den Wechseljahren assoziierten Symptome ausschließlich während des Zeitfensters des Klimakteriums. Für diesen Zeitraum wurde hinsichtlich der Prävalenz eine „Drittelung“ beschrieben:

- Ein Drittel der Frauen haben keine oder nur sehr geringe Beschwerden,
- ein Drittel geben schwere Beeinträchtigungen durch die Symptome an und

- ein Drittel bewegt sich dazwischen mit mäßigen Symptomen (6–8).

Mit einer Selbstbeurteilungsskala (Menopause Rating Scale II, MRS II) werden folgende Beschwerden erfasst und dem Klimakterium zugeordnet:

- **Körperliche Beschwerden** (Hitzewallungen und Schweißausbrüche sowie Nachtschweiß, Schlafstörungen, kardiale Beschwerden, Muskel- und Gelenkschmerzen);

- **Psychische Beschwerden** (zum Beispiel depressive Verstimmung, Reizbarkeit, Ängstlichkeit, körperliche und geistige Erschöpfung) und

- **Urogenitale Beschwerden** (zum Beispiel Harnwegsbeschwerden, trockene Scheide, Sexualprobleme) (9, 10).

Mit diesem Fragebogen werden **nicht erfasst** (1, 11): Störungen der Blutungsstärke und des Menstruationszyklus, veränderter Haarwuchs, veränderte Hautstruktur, Osteoporose, Gewichtsveränderungen oder Blutdruckschwankungen.

Unterschiedliche Verläufe über die Lebensspanne

Die ausschließliche Erfassung sogenannter klimakterischer Beschwerden während des Zeitfensters der Perimenopause stellt ein methodisches Bias dar. In Repräsentativbefragungen setzten wir die MRS II bei Frauen in Deutschland im Alter von 14 bis 95 Jahren – das heißt: über die gesamte Lebensspanne ein. Das Ergebnis zeigte, dass körperliche Beschwerden mit dem Alter stetig zunehmen.

Als klimakteriumsspezifisch haben sich lediglich die Hitzewallungen/Schweißausbrüche herausgestellt. Die psychischen Symptome zeigen keine alterstypischen Zusammenhänge, auch nicht für die Zeit des Klimakteriums. Weder Depressivität noch Reizbarkeit, Ängstlichkeit oder Erschöpfung konnten den Wechseljahren zugeordnet werden (12).

In unserer Repräsentativbefragung zeigten klimakterische Beschwerden, die bisher klimakterisch kausalattribuiert wurden, über die gesamte Lebensspanne unterschiedliche Verläufe:

Allgemeine somatische Beschwerden mit kontinuierlichem Anstieg im Laufe des Lebens und Nachweis bereits bei 14-Jährigen, Maximum bei über 80-Jährigen. Lediglich Hitzewallungen zeigten einen typischen Gipfel in der Lebensphase des Klimakteriums. Ein Viertel der weiblichen 50- bis 59-jährigen Allgemeinbevölkerung litt in unserer Untersuchung unter Hitzewallungen.

Psychische Beschwerden mit oszillierendem Verteilungsmuster über die gesamte Lebensspanne und kontinuierlichem Anstieg der Symptombelastung jenseits des 59. Lebensjahres.

Progenitale Beschwerden mit einem diskontinuierlichen Verteilungsmuster über alle Lebensjahre ohne erkennbaren Altersgipfel in der klimakterischen Lebensphase und ansteigender Symptomschwere nach dem 59. Lebensjahr. Sieben bis 13 Prozent gaben urogenitale Beschwerden über die gesamte Lebensspanne an (12).

Die Scheidentrockenheit wurde im Health-Technology-Assessment-Bericht (Auswertung von 48 Publikationen basierend auf 14 Kohortenstudien) neben den Hitzewallungen ebenfalls klimakteriumsspezifisch gesehen (13), andere – insbesondere auch prospektive Studien – weisen in die Richtung unserer Ergebnisse mit Verstärkung der Scheidentrockenheit in der postmenopausalen Phase (14).

Damit zeigen unsere Ergebnisse in Übereinstimmung mit der evidenzbasierten Literatur, dass ausschließlich die Hitzewallungen und Schweißausbrüche eindeutig klimakteriumsspezifische Symptome und primär hormonell bedingt sind.

Wir fanden, dass Beschwerden, die in der Menopause-Rating-Scale II dem Klimakterium zugeordnet wurden, von zahlreichen soziodemografischen Einflussfaktoren abhängig waren: Frauen mit geringem Bildungsstand, im ländlichen Bereich wohnend, mit niedrigem Haushaltseinkommen und weniger im Haushalt lebenden Personen wiesen höhere Beschwerden auf. Diese gaben auch weitere unspezifische somatische Symptome an (zum Bei-

spiel Schwindel), fühlten sich insgesamt gestresster und erschöpft, waren depressiver und stärker psychisch belastet. Die Lebenszufriedenheit und die wahrgenommene soziale Unterstützung waren bei den Frauen mit stärkeren Beschwerden geringer ausgeprägt. Weitere soziodemografische Einflussfaktoren auf die wahrgenommene Symptominintensität waren Familienstand, Arbeitssituation und Migrationshintergrund (4, 12, 15, 16).

Keine Zunahme von Depressionen festgestellt

Als weitere psychosozialen Einflussfaktoren wurden biografische Bedingungen, Persönlichkeitsvariablen und frühe Lernerfahrungen, die eigene Einstellung zum Älterwerden, zum Körper und zur Sexualität, Einstellungen zu körperlichen Symptomen und Bewertung dieser, Realisierung der eigenen Kinderwunschplanung, Lebenszufriedenheit insbesondere Partnerschaft, Familie und Beruf identifiziert (4, 17–24).

Während unspezifische somatische Symptome deutlich mit Angst und Depressivität assoziiert waren, ist das bei vasomotorischen Symptomen nicht der Fall. Diese scheinen eher unabhängig von psychosozialen Einflussfaktoren und spezifisch für das Klimakterium zu sein (25). Eine Zunahme von Depressionen ist in der Perimenopause nicht festzustellen (15), dafür aber ein Zusammenhang zwischen Wohlbefinden/Lebenszufriedenheit und Beschwerden im Klimakterium; Lebenszufriedenheit könnte „immun“ machen gegen Beschwerden in dieser Lebensphase (16).

Geringere Bildung, eine negative Einstellung zum Klimakterium, negative Beziehungen zum Partner/den Kindern korrelieren mit psychosozialen und körperlichen sowie sexuellen Beschwerden (22). Sexuelle Beschwerden der Frauen hängen nicht nur von der Partnerbeziehung sondern auch von der sexuellen Gesundheit des Partners ab (26).

Beschwerden, die im Klimakterium auftreten, dürfen entsprechend der wissenschaftlichen Literatur nicht vorschnell allein hor-

monellen Ursachen zugeschrieben werden. Das Klimakterium ist nicht nur eine Zeit der hormonellen Umstellung, sondern auch der psychosozialen Adaptation mit Abschieden, neuen Herausforderungen und notwendiger Aktivierung von Ressourcen.

Die 80er/90er Jahre waren durch eine eher unkritische und überschätzte Hormontherapie (HT) gekennzeichnet. Die HT wurde von der Pharmaindustrie aktiv beworben und zielte auch – wenn nicht vor allem – auf die Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen.

Durch die WHI-Studie (Women's Health Initiative) wurde 2002 gezeigt, dass die HT negative Auswirkungen auf die kardiovaskuläre Gesundheit der Frauen hat und das Brustkrebsrisiko erhöht: sowohl der Studienarm der kombinierten Östrogen-Gestagen-Therapie (> 16 000 Frauen) als auch der Östrogenmonotherapie (> 10 000 hysterektomierte Frauen) wurde wegen der überwiegend negativen Effekte der Therapie auf die kardiovaskuläre Gesundheit abgebrochen (27–29).

Erhöhtes Risiko für Schlaganfälle bleibt bestehen

Auch wenn spätere Auswertungen zeigten, dass die Östrogenmonotherapie das Risiko für kardiale Ereignisse nicht so negativ beeinflusst wie anfangs angenommen, bleibt das erhöhte Risiko für Schlaganfälle bestehen. Die 2015 vorgestellten Ergebnisse einer Metaanalyse der

Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer deuten zusätzlich auf einen Anstieg von Ovarialkarzinomen nach Hormontherapie (30).

Interessanterweise zeigte sich, dass Frauen mit beeinträchtigter seelischer Gesundheit häufiger Hormone erhalten, diese zeigen hier aber schlechtere Effekte (31).

Erwägungen für eine Hormontherapie

Empfehlungen für eine HT können entsprechend der wissenschaftlichen Literatur folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Erwägungen zur HT sollten erst nach sorgfältiger Anamnese und Erfassung aller unspezifischen aktuellen und biografischen Symptome sowie Erfassung psychosozialer Einflussfaktoren erfolgen (12, 28). Die HT sollte zeitlich begrenzt, in so geringer Dosierung wie möglich und symptomspezifisch erfolgen.

- Eine unkritische und generelle HT bei unspezifischen körperlichen einschließlich vegetativen und urogenitalen sowie psychischen Symptomen in den Wechseljahren ist abzulehnen (32, 33).

- Eine HT (kombinierte HT; Östrogenmonotherapie nur bei hysterektomierten Frauen) ist bei Hitzewallungen, Schweißausbrüchen und Nachtschweiß (der auch sekundär zu Schlafstörungen führen kann) die wirksamste Behandlung. Die Indikation ist abhängig vom

Leidensdruck der Frauen. Die Therapie ist in so geringer Dosierung wie möglich und zeitlich begrenzt sinnvoll (32, 34).

- Bei Scheidentrockenheit mit Leidensdruck sowie rezidivierenden Harnwegsinfekten ist eine lokale Hormontherapie die effektivste Methode. Eine individualisierte Auswahl ist zu treffen (35).

- Bei psychischen Symptomen ist eine HT als alleinige Therapie nicht zu empfehlen. Erst nach Erfassung aller Einflussfaktoren und Einleitung entsprechend psychotherapeutischer/psychopharmakologischer Therapien kann eine HT als zusätzliche Therapie verstanden werden.

- Eine positive Wirkung auf kognitive Fähigkeiten konnte nicht nachgewiesen werden (32).

- Ebenfalls konnten keine positiven Wirkungen auf Hautalterung sowie Androgenisierungserscheinungen durch HT nachgewiesen werden (32).

Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass viele Symptome mit den Wechseljahren in Zusammenhang gebracht werden. Studien zeigen aber, dass viele dieser Beschwerden über die gesamte Lebensspanne nachweisbar sind. Tatsächlich gibt es nur wenige Zeichen, die als hormonell bedingt gelten können, dazu gehören Hitzewallungen und Schweißausbrüche. Körperliche, seelische und soziale Faktoren beeinflussen auch das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit in den Wechseljahren. Der Einsatz von Hormonen ist sinnvoll, wenn die spezifischen klimakterischen Beschwerden mit Leidensdruck verbunden sind. Es müssen aber andere Ursachen ausgeschlossen sein und die Zeit und Dosis der Anwendung begrenzt werden. ■

*Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner
Dr. med. Maria Beckermann
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie
und Psychosomatik, Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus an der Technischen
Universität Dresden*

*Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Mechthild Neises
Psychotherapiepraxis Aachen*

FRÜHE WECHSELJAHRE STEIGERN KHK-RISIKO

Das Durchschnittsalter der Menopause liegt in den westlichen Ländern bei 51 Jahren. Bei etwa einem Zehntel der Frauen setzt die Menstruation bereits im Alter von 45 Jahren oder früher aus. Diese haben ein um 50 Prozent erhöhtes Risiko auf eine koronare Herzkrankheit (relatives Risiko 1,50; 95-Prozent-Konfidenzintervall 1,28–1,76), das Risiko auf einen tödlichen Herzinfarkt war um 11 Prozent erhöht (relatives Risiko 1,11 und 1,03–1,20), wie eine Metaanalyse aus 32 Studien mit mehr als 300 000 Frauen ergeben hat (JAMA Cardiology 2016; doi: 10.1001/jamacardio.2016.2415).

Auch ein Anstieg der kardiovaskulären Mortalität (relatives Risiko 1,19; 1,08–1,31) und der Gesamtsterblichkeit (relatives Risiko 1,12; 1,03–1,21) war nachweisbar. Das Schlaganfallrisiko war dagegen nicht signifikant erhöht (relatives Risiko 1,23; 0,98–1,53).

Frauen, deren Menopause erst im Alter von 50 bis 54 Jahren einsetzt, scheinen dagegen einen gewissen Schutz vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu haben. Die späte Menopause war mit einem leichten Rückgang tödlicher Herzinfarkte um 13 Prozent verbunden (relatives Risiko 0,87; 0,80–0,96).

rme

 Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit4616

BESCHWERDEN IN DEN WECHSELJAHREN

Nicht nur eine Frage der hormonellen Situation

Das Klimakterium ist nicht nur eine Zeit der hormonellen Umstellung, sondern auch der psychosozialen Adaptation mit Abschieden, neuen Herausforderungen und notwendiger Aktivierung von Ressourcen.

LITERATUR

1. Bastian LA, Smith CM, Nanda K: Is this woman perimenopausal? *JAMA* 2003; 289: 895–902.
2. Blümel JE, Cano A, Mezones-Holguin E, et al.: A multinational study of sleep disorders during female mid-life. *Maturitas* 2012; 72: 359–66.
3. Bryant C, Judd FK, Hickey M: Anxiety during the menopausal transition: a systematic review. *J Affect Disord* 2012; 139: 141–8.
4. Schoenaker DA, Jackson CA, Rowlands JV, Mishra GD: Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analysis of studies across six continents. *Int J Epidemiol* 2014; 43: 1542–62.
5. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, et al.: Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40–55 years of age. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 463–73.
6. Jokinen K, Rautava P, Mäkinen J, Ojanlatva A, Sundell J, Helenius H: Experience of climacteric symptoms among 42–46 and 52–56-year-old women. *Maturitas* 2003; 46: 199–205.
7. Schultz-Zehden B: Das Klimakterium als Herausforderung: Zeit des Wandels und der persönlichen Neuorientierung. *Psychotherapeut* 2004; 49: 350–6.
8. Sievert LL, Obermeyer CM: Symptom clusters at midlife: a four-country comparison of checklist and qualitative responses. *Menopause* 2012; 19: 133–44.
9. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, et al.: The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 45.
10. Heinemann LA, DoMinh T, Strelow F, Gerbsch S, Schnitker J, Schneider HP: The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 67.
11. Beutel M, Weidner K, Schwarz R, Brähler E: Age-related complaints in women and their determinants based on a representative community study – evidence for the female climacteric? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 117: 204–12.
12. Weidner K, Richter J, Bittner A, Stöbel-Richter Y, Brähler E: Klimakterische Beschwerden über die Lebensspanne? Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage in der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychother Psychosom Med* 2012; 62: 266–75.
13. Nelson HD, Haney E, Humphrey L, et al.: Management of menopause-related symptoms. Evidence report/technology assessment no. 120. (Prepared by the Oregon Evidence-based Practice Center, under contract no. 290–02–0024) AHRQ publication no. 05-E016–2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005.
14. Dennerstein L, Dudley E, Burger H: Are changes in sexual functioning during mid-life due to aging or menopause? *Fertil Steril* 2001; 76: 456–60.
15. Judd FK, Hickey M, Bryant C: Depression and midlife: are we overpathologising the menopause? *J Affect Disord* 2012; 136: 199–211.
16. Brown L, Bryant C, Judd FK: Positive well-being during the menopausal transition: a systematic review. *Climacteric* 2015; 18: 456–69.
17. Beutel ME, Wiltink J, Hauck EW, et al.: Correlations between hormones, physical, and affective parameters in aging urologic outpatients. *Eur Urol* 2005; 47: 749–55.
18. O'Bryant SE, Palav A, McCaffrey RJ: A review of symptoms commonly associated with menopause: implications for clinical neuropsychologists and other health care providers. *Neuropsychol Rev* 2003; 13: 145–52.
19. von Gruchalla B, Hahlweg-Widmoser B, Gugger B, Teschner A, Debus G: Peri- und Postmenopause – Körperlichkeit, Sexualität und Selbstbild der älteren Frau. *Zentralbl Gynakol* 2003; 125: 202–8.
20. Soares CN, Maki PM: Menopausal transition, mood, and cognition: an integrated view to close the gaps. *Menopause* 2010; 17: 812–4.
21. Chedraui P, Pérez-López FR, Mezones-Holguin E, San Miguel G, Avila C: Assessing predictors of sexual function in mid-aged sexually active women. *Maturitas* 2011; 68: 387–90.
22. Yanikkerem E, Koltan SO, Tamay AG, Di-kayak S: Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric* 2012; 15: 552–62.
23. Kim MJ, Cho J, Ahn Y, Yim G, Park HY: Association between physical activity and menopausal symptoms in perimenopausal women. *BMC Women's Health* 2014; 14: 122.
24. Weidner K, Brähler E: Körperliche Symptome und Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung bei Frauen in Ost- und Westdeutschland. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2004; 64: 140–6.
25. Terauchi M, Hiramitsu S, Akiyoshi M, et al.: Associations among depression, anxiety and somatic symptoms in peri- and postmenopausal women. *J Obstet Gynaecol Res* 2013; 39: 1007–13.
26. Chedraui P, Pérez-López FR, Mendoza M, et al.: Severe menopausal symptoms in middle-aged women are associated to female and male factors. *Arch Gynecol Obstet* 2010; 281: 879–85.
27. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators: Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 321–33.
28. Beckermann MJ: Postmenopausale Therapie mit und ohne Hormone: was in der Praxis heute zählt. *Dtsch Arztebl* 2012; 109 (33–34): A-1700–3.
29. Boardman HM, Hartley L, Eisinga A, et al.: Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 3: CD002229.
30. Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer: Menopausal hormone use and ovarian cancer risk: individual participant meta-analysis of 52 epidemiological studies. *Lancet* 2015; 385: 1835–42.

31. Toffol E, Heikinheimo O, Partonen T: Associations between psychological well-being, mental health, and hormone therapy in perimenopausal and postmenopausal women: results of two population-based studies. *Menopause* 2013; 20: 667–76.
32. de Villiers TJ, Pines A, Panay N, et al.: Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric* 2013; 16: 316–37.
33. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe: S3-Leitlinie „Hormontherapie (HT) in der Peri- und Postmenopause“. AWMF-Nr. 015/062, 2009. <http://d.aerzteblatt.de/DY42>
34. Stute P, Kiesel L: Klimakterium und Hormontherapie. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2006; 66: R1–28.
35. Ortmann O, Lattrich C: Therapie von Beschwerden in den Wechseljahren. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109 (17): 316–24.