

Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar

Yunus Emre EVLİCE,¹ Lut TAMAM,² Gonca KARATAŞ³

ÖZET

Menopoz, kadınlarda bir yıldan uzun süren menstrüel kanamanın yokluğu ile tanımlanan tıbbi bir terimdir. Menopoz bir kadının yaşamında, menarşla birlikte görülen en önemli dönemlerden biridir. Genelde 45-55 yaşları arasında ortaya çıkan bu dönem, kadınları pek çok yönden etkileyecek hormonal değişimin yanı sıra, doğurganlığın ve gençliğin yitimi düşüncesi ile ruhsal problemlere neden olabilecek önemli bir sorun kaynağıdır. Menopoz döneminde anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozuklukların arttığını bildiren çalışmalara literatürde rastlanmaktadır. Dünyada yaşlı nüfusun artması ile menopoz sonrası dönem giderek uzamakta ve bu dönemde yaşanan ruhsal sorunlar önem kazanmakta ve daha çok ilgi çekmektedir. Bu makalede menopoz kavramı biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları ile değerlendirilmiş menopoz tedavi sürecinde artık rutin hale gelen hormon replasman tedavisinin ruhsal durumlar üzerine etkisi ve bu döneme özgü psikiyatrik yaklaşımlar gözden geçirilmiştir. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:108-112*)

Anahtar sözcükler: Menopoz, anksiyete, hormon replasman tedavisi, depresyon, antidepresan,

Psychiatric problems related with menopause and its treatment

ABSTRACT

Menopause is a medical term indicating the absence of menstrual bleeding for more than one year. Menopause, together with menarch is one of the most significant periods in a woman's life. This period, which usually starts between 45 and 55 years of age, influences women both physiologically and psychologically. Higher anxiety, depression and sexual function disorders have been reported during menopause period. Paralleling the increase in elder population in the world, problems related with menopausal period are gaining increased attention and importance. In this paper, biological, psychological, and social dimensions of menopause have been discussed and the effects of hormone replacement therapy -which becomes a standard in the pharmacological treatment of menopause-on mood and mental state of the cases and other psychiatric approaches specific to this period, have been reviewed. (*Anatolian Journal of Psychiatry 2002; 3:108-112*)

Key words: Menopause, anxiety, hormone replacement therapy, depression, antidepressants,

Giriş

Menopoz, belli bir yaşam döneminde kadınlarda bir yıldan uzun süren menstrüel kanamanın yokluğu ile tanımlanan tıbbi bir terimdir.¹ Genelde 45-55 yaşları arasında ortaya çıkar, bu dönemin başlangıcının ortalama yaşı 51.3'tür.² Bir kadın için menarştan sonraki en önemli yaşam dönemi olarak kabul edilmektedir.³ Bu dönemde kadını pek çok yönden etkileyecek hormonal değişimin yanı sıra, doğurganlığın ve gençliğin yitimi de oluşan ruhsal sorunlara neden olabilecek önemli bir kaynaktır.⁴ Menopoz döneminde başta anksiyete, depersyon, cinsel işlev bozuklukların arttığı biçiminde düşünceler sıkça dile getirilmektedir. Dünyada yaşlı nüfusun artması ile menopoz

sonrası dönem giderek uzamakta ve bu dönemde yaşanan ruhsal sorunlar önem kazanmakta ve daha çok ilgi çekmektedir. Menopoza girmiş kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda kadınların büyük bir kısmının (%42-55 arası) adetlerin sonlanması ile rahatladıklarını yaşamlarının daha iyiye gittiğini belirtirken, %2-20 arasında değişen oranlarda depresyon ya da kederli düşünceye sahip olmaya başladıkları saptanmıştır.⁵

Bu makalede menopoz ve menopoz tedavi sürecinde artık rutin hale gelen hormon replasman tedavisinin (HRT) ruhsal durumlar üzerine etkisi ve bu döneme özgü psikiyatrik yaklaşımlar gözden geçirilmiştir.

¹ Prof.Dr., ² Yrd.Doç.Dr., ³ Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ADANA
Yazışma Adresi: Dr. Lut TAMAM, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı 01330 Balcalı/ADANA
e-posta: Ltamam@mail.cu.edu.tr

Menopozun klinik özellikleri

Menopozdaki temel olay, overlerde depo edilmiş oositlerin belli bir sayının altına inmesi ile folliküllerin gelişmemesi ve oositlerin dışarıya atılmamasıdır.⁶ Premenopozal dönemde yaşanan overlerde FSH ve LH ile uyarılmaya karşı duyarlılık giderek azalır. Ovulasyon aralıktır ve gonadal hormonlar değişmeye başlar. Menstrüel kanamanın süresi ve karakteri değişir ve fertilité belirgin ölçüde azalmıştır.¹ Çağdaş psikiyatri insanı biyopsikososyal bir varlık olarak tanımlar. Bu yüzden menopoz konusunu da biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları ile ele almak gerekmektedir.³

1. Biyolojik yönden menopoz: Menopoz döneminde görülen klinik belirtilerin bir çoğu daha çok östrojen azalmasına bağlı olarak ortaya çıkan fizyolojik kökenli yakınmalardan oluşmaktadır.⁶ Hormonal dengesizliğe bağlı olarak %85-90 kadında vazomotor instabilitenin yaygın semptomu olan sıcak basması ve gece terlemesi görülür.¹ Ayrıca çarpıntı, kan basıncında oynama gibi vazomotor belirtiler; kilo artışı, cilt-meme atrofi, osteoporoz, hirsutizm ve senil vajinit gibi endokrin ve metabolik değişiklikler; migreni taklit eden ağrılar, yaygın vücut ağrıları; cinsel organlarda daha fazla olmak üzere lokalize kaşıntılar; el ve kollarda uyuşma hazımsızlık, mide ekşimesi, kabızlık gibi belirtiler görülebilir.⁶

2. Psikolojik yönden menopoz: Menopoz bir gelişim krizi olmakla birlikte, tek başına bir psikiyatrik hastalık sebebi değildir.³ Menopoz döneminde anksiyete, gerginlik, emosyonel labilite, depresyon, baş dönmesi, uykusuzluk, libido kaybı gibi birçok belirtinin gözlemlendiği, özgüven kaybı ve yaşamdan zevk almada azalma olduğu öne sürülmüştür.⁷

Menopozdaki psikiyatrik belirtiler ile östrojen azalması gibi hormonal değişimler arasında doğrudan bir ilişki kurulamamıştır.⁶ Hipotalamik-hipofizer eksen işlevleri ve döngüsünde bozulma ve tiroid işlevlerinde değişimin bu ilişkideki katkısı daha anlamlı görünmektedir.³

Kadının menopoz döneminde yaşayacağı değişikliklere hazırlıklı olması yaşam kalitesi açısından önem kazanmaktadır. Menopoz çoğu kadın için beklenen ve hazırlık yapılan bir dönem olmakla birlikte, cerrahi gereklilik sonucu menopoza giren kadınlar için durum farklılık göstermektedir.⁴ Cerrahi menopoz sonrası görülen psikiyatrik hastalıkların asıl belirleyicisinin ameliyat öncesi dönemdeki psikopatoloji olduğuna dikkat çekilmiştir.⁸ Cerrahi menopoz grubunda tek başına ameliyatın depresyon düzeyini arttırmadığı bildirilmiştir.⁵ Bu bulgulara karşın ülkemizde Aydemir ve arkadaşlarının 22 doğal ve 25 cerrahi menopoz hastasında yaptıkları bir çalışmada hem anksiyete hem de depresyon puanları açısından anlamlı istatistiksel bir fark saptanamamıştır.⁴

Özellikle daha önceki yaşamında hedeflediği amaçlara erişememiş, üretken olamamış ya da geride kalı-

cı bir şeyler bırakamamış kişilerde bu dönem daha sorunlu ve korkutucu olmaktadır.⁶ Dış çevreyle ilişkileri kısıtlı olan, ev yaşamı dışında başka bir etkinliğe katılmayan kadınlarda bu dönem daha sıkıntılı yaşanmaktadır.⁶

Menopoz ve depresif duygu durum arasında ilişkiyi araştıran çalışma sonuçları çelişkilidir.¹ Weismann,⁹ Anderson ve arkadaşlarının,¹⁰ Hunter ve arkadaşlarının,¹¹ Smith ve Studd'un¹² çalışmalarında menopoz ve depresyon arasında ilişki olduğu bildirilirken; Hallstrom ve Samuilsen¹³ ile McKinlay ve arkadaşlarının¹⁴ çalışmalarında menopozla depresyon arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir. 1982-1987 yılları arasında 45-55 yaşları arasında 2565 kadının izlendiği bir çalışmada menopozla ilişkili olarak artmadığı bulunmuş ve depresyon öyküsünün varlığının postmenopozal dönemde depresyon gelişiminin en önemli göstergelerinden biri olduğu belirtilmiştir.¹⁵

Psikodinamik açıdan menopoz dönemi, üretkenlik ve kadınlığın kaybı olarak ele alınmış ve bu dönemde görülen depresyon gibi psikiyatrik durumlar açıklanmaya çalışılmıştır.⁶ Freud psikanalitik kuramlar çerçevesinde üretkenlik kaybı, yas, elem tepkisi ve melan-koli arasında bağlantı kurar ve menopozal depresyonun psikogeneziinde feminite kaybının esas olduğunu belirtir.³

Bu dönemdeki libido azlığı, ya da cinsel istek azlığının daha çok östrojen azlığına bağlı gelişen ağrı ve vajinal atrofiye bağlı olduğu bildirilmiştir.³ Danacı ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada cinsiyet hormonları (FSH, LH) düzeyleri ile depresyon ve anksiyete düzeylerinin ölçen psikometrik testlerden alınan puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.¹⁶

Menopozda görülen uyku bozukluğu da daha çok depresyona değil, ateş basmaları vs. gibi fizyolojik sorunlara ikincil kabul edilmektedir.³

3. Sosyal yönden menopoz: Pek çok toplumda kadınlıkla doğurganlık özdeş tutulmakta ve menopoz kadınlığın da sona ermesi olarak algılanmaktadır.⁶ Menopoz sonrası kadınların toplumdaki saygınlığı, özgürlüğü, değeri, rolü ve kabul edilebilirliklerinin arttığı toplumlarda menopoza ilişkin sorunlar daha azdır.³ Geleneksel toplumlarda yaş ile birlikte kadının statüsü yükselir ve olgunluk kadına yeni bir güç verir. Oysa, batı toplumlarında doğurganlığa, güzelliğe ve gençliğe verilen önem nedeni ile menopoz dönemi daha zor bir hale gelmektedir.⁴

Menopozdaki psikolojik yakınmalarda ve menopozal depresyonda, biyolojik ve psikolojik etkenlerin yanında kuşkusuz kültürel, toplumsal ailesel etkenler de söz konusudur. Ballinger aile yapısı, anne rolü, çocuklarla ilişki, sosyal etkinliklerde ve çevrenin algısındaki değişiklikler, geleceğe ilişkin yatırım ve rollerdeki değişikliklerin ruh sağlığı üzerinde fizyolojik belirtilerden daha fazla rol aldığını belirtmektedir. Emeklilik, sosyal geri çekilme, çocukların evlenip aile-

den ayrılmaları gibi etmenler menopozda depresyon gelişiminde dikkate alınması gereken diğer durumlardır.³

Hormon replasman tedavisi (HRT) ve duygudurum üzerine olan etkileri

Menopozda ortaya çıkan cinsel organlardaki atrofi, osteoporoz, sıcak basmaları ve ateroskleroza bağlı değişiklikler HRT'ye iyi yanıt verirler.¹⁷ HRT'nin menopoz döneminde gelişebilen psikiyatrik belirtileri nasıl etkilediği konusunda yapılan çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Östrojen ve progesteronun bir çok farklı mekanizma ile Santral Sinir Sisteminde (SSS) etki yaptığı bilinmektedir. SSS'nde östrojenin uyarıcı etkisi gösterilmişken, progesteron uyarılabilirliği azaltır. Beyindeki nöroregülatör sistemlerde östrojen hem serotonerjik, hem kolinerjik etki gösterir. Östrojen MAO-A enzimini inhibe ederek etki gösterir.¹⁸ Norepinefrin ve endorfinler üzerine karmaşık etkileri varken, dopamin reseptörlerini ise azaltır. GABA aktivitesini artırıcı etkisi vardır.¹ Progesteronun östrojene zıt etkisi östrodiol reseptörlerinde progesteron bağımlı azalma aracılığı ile olur. Progesteronun uyarılabilirlik üzerine olan etkisi MAO-A'nın etkisini artırmasındandır.¹⁸

1940 yılında yayınlanmış bir olgu serisinde östrojenin hafif depresif belirtilerin sağaltımında, depresif bozukluk sağaltımından daha etkili olduğunun bulunmasının ardından bu konuda bir çok çalışma yapılmıştır.¹⁹ Palinkas ve Barret-Conner'in yaptıkları bir çalışmada 50-59 yaşları arasındaki 1190 kadında HRT ile (Östrojen+Testosteron+ Progesteron) depresyon skorlarında düzelme gözlenmezken, 60 yaşından sonra HRT alan kadınlarda daha düşük depresif semptom skorları bulunmuşlardır.²⁰ Montgomery ve arkadaşlarının çalışmasında ise perimenopozal ve postmenopozal kadınlarda östrojen, östrojen+testosteron ve plasebo karşılaştırılmış, ikinci ayın sonunda perimenopozal tedavi alan grupta depresyon ve anksiyete skorlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada dördüncü ayın sonunda ise bu gruplarla plasebo arasında önemli bir fark görülmemiş; postmenopozal gruplarda ise her iki grupta da 3 tedavi yöntemi arasında anlamlı fark bulunmamıştır.²¹ Sherwin ve Surayni-Cadotte yüksek östrojen ve testosteron oranları ile düşük depresyon skorları arasında tesadüfi ilişki göstermişlerdir. Sherwin daha sonra yaptığı bir çalışmada cerrahi menopozlu kadınlarda östrojen ve östrojen+androjen kombinasyonu alanların; tedavi almayan kontrol grubundan daha fazla pozitif duyguduruma sahip olduğunu göstererek bu görüşü desteklemiştir.²²

1979 yılında bir çalışmada konvansiyonel dozda östrojen tedavisine cevap vermeyen depresif hastalarda 5-25 mg/gün dozda 3 aylık östrojen tedavisi ile kadınların %90'ında depresyon oranlarında belirgin azalma görülmüştür.²³ Schneider ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada klinik olarak depresif olan ile depresif olmayan 2 grupta 0.3-0.625 mg/gün dozda

östrojen tedavisinin ardından bir yıl sonunda depresif grupta belirgin bir düzelme olmadığı, depresif olmayan gruptakilerin ise kendilerini daha iyi hissettikleri ve depresyon skorlarının düştüğü görülmüştür.²⁴

Cerrahi menopozlu kadınlarda tedavinin başlangıç dönemlerinde yüksek doz östrojen tedavisi ile duygu durumunda daha belirgin düzelme gösterilmiştir.¹ Zweifel ve O'Brien'in 38 çalışmayı gözden geçirdikleri bir meta-analizde, hormon replasman tedavisinin depresif duygu durumunun düzeltilmesinde etkili olduğu bulunmuştur. Östrojen tek başına duygudurum düzeltilmesinde etkili iken, progesteron ilavesi bu etkiyi azaltmıştır.²⁵

Tek başına östrojen kullanımının endometrial hiperplazi ve endometrial kanser ile olan ilişkisinden dolayı uterusu olan kadınlarda östrojenle birlikte progesteron tedavisi önerilir.¹ Progesteronun beyin uyarılabilirliğini azalttığı bilinmektedir. Magos ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, bir progesteron türevi olan noretisteronun östrojen ve testosteron tedavisine 2.5-5 mg/gün eklendiği 7 gün boyunca depresyonda artış, konsantrasyonda azalma, ağrı, davranış değişiklikleri ve su retansiyonu gibi doza bağımlı etkilere neden olduğu saptanmıştır.²⁶ Yapılan bir çalışmada kombinasyon (Ö+P) yönteminin yalnız östrojen tedavisine göre vasomotor semptomlar üzerine daha etkili olduğu, buna karşılık duygudurum ve kendini iyi hissetme üzerine belirgin ölçüde negatif etkisinin olduğu bildirilmiştir.²⁷ Sherwin'in progesteronun psikolojik semptomlar üzerine olan etkisinin östrojen/progesteron oranına bağlı olduğu görüşünden sonra yapılan çalışmada progesteron ve östrojenin duygudurum üzerine olan etkisinin göreceli doz oranlarına bağlı olduğu bulunmuştur.²⁸

Androjenlerin duygudurumu yükseltici özellikleri açıktır, ayrıca gonadal supresyon tedavisi gören erkeklerde sıcak basmasını da azaltır. Kadınlarda veriler açık değildir. Östrojen+androjen tedavisi ile libido artışı, göğüs hassasiyetinde ve migrende azalma bildirilmiştir.¹

Sonuç olarak ABD'de Besin ve İlaç Dairesi (FDA), östrojen tedavisinin vasomotor semptomların giderilmesinde ve osteoporozun önlenmesinde kullanımını onaylarken, psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanımına henüz onay vermemiştir. Yine de, östrojen, progesteron, androjen ve diğer bazı bileşiklerin perimenopozal duygudurum bozukluğu ve libidonun iyileştirilmesinde; depresyon, anksiyete ve psikoz gibi psikiyatrik bozukluklarda ikincil bir tedavi yöntemi olarak kullanımı yaygındır.¹

Selektif östrojen reseptör modülatörleri (SERM)

Selektif östrojen reseptör modülatörleri (SERM) farklı dokularda agonist ve antagonist etki gösterebilen sentetik östrojen grubudur. İdeal bir SERM, osteoporoz ve kardiyovasküler bozukluklardan korumalı,

duygudurumu ve bilişsel yetileri düzeltmeli, endometrium ve göğüs kanserine yol açmamalıdır. Günümüzde kullanılan SERM'ler uyku bozukluğu ve sıcak basmalarına karşı etkisizdir. Duygudurum ve bilişsel yetiler üzerine etkileri ise henüz bilinmemektedir.¹

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri

Bu yöntemlerin dışında fitoöstrojen ve ginseng gibi kimyasal olarak östrojene benzeyen bazı maddeler ve E vitamini perimenopozal dönemde yaygın olarak kullanılmaktadır. Egzersizin hem duygudurum, hem de kemik kitlesi üzerine olumlu etkileri olduğu halde sıcak basması üzerine etkisi yoktur. B6 vitamininin premenstrüel disforideki etkisi ise karmaşıktır.¹

Menopozda psikiyatrik yaklaşım

Psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar, menopoz öncesi premenstrüel sendrom tanımlayanlar, eş desteğinden yoksun olanlar ve duygusal yönden yetersiz olanlarda bu dönem daha güçtür.³ Kişinin yakınmaları sistematik olarak değerlendirilmelidir. Kişilik yapısı, daha önce yaşadığı stres yaratıcı durumlarla başa çıkma biçimi, sosyal desteklerinin varlığı, çevre ile olan ilişkileri araştırılmalı, yakınmalarının biyolojik temeli varsa uygun tedaviler uygulanmalı ve hasta bu dönem ile ilgili bilgilendirilmelidir.⁶

Eğer hastada yaygın ve sürekli ruhsal çöküntü, zevk duygusu yitimi (anhedoni), libido kaybı, yaygın ilgi kaybı, ölüm düşünceleri, yetersizlik ve suçluluk düşünceleri, dikkat ve zihinsel işlevlerde yavaşlama, kilo, iştah ve uyku bozuklukları, enerji yoksunluğu,

karar verme güçlüğü gibi belirti ve bulgular varsa depresyon düşünülmesi ve psikiyatrist ile işbirliğine girilmelidir.³

Belirgin vazomotor belirtilerin eşlik ettiği hafif depresyon olgularında, ilk adım olarak östrojen tedavisine başlanabilir. Göğüs kanseri olan az sayıda kadın hastayı kapsayan bir açık çalışmada, düşük doz venlafaksin tedavisi sıcak basmalarının giderilmesinde plasebodan üstün bulunmuştur.²⁹

Depresif tablonun eşlik ettiği durumlarda antidepresan sağaltıma başlanmalıdır.³ Gerekirse bireysel psikoterapiler, kendi kendine yardım grupları, kognitif psikoterapiler, aile terapileri uygulanabilir.⁶

Östrojenin bazı antidepresanların etkisini güçlendirdiği gösterilmiştir. Bu yüzden major depresif bozukluğu olan menopozal dönemdeki kadınlarda tedaviye östrojen eklendiği zaman daha düşük antidepresan dozları ile yanıt alınabilmektedir.³⁰ Dirençli depresyonda östrojen tedaviye eklenebilir.¹

Sonuç

Menopoz kadınlar için en önemli yaşam dönemlerinden biridir ve bu dönemde çeşitli psikiyatrik durumlar ortaya çıkabilir. Ruhsal bozuklukların menopoz döneminde sıklıklarının artıp artmadığı ve HRT'nin bu bozukluklar üzerindeki etkisi konusundaki veriler çelişkilidir. Menopozda gözlenen ruhsal durumlarla ilgili olarak hasta biyopsikososyal bir bütünlük içinde ele alınmalı ve uygulanacak tedavi yöntemlerinin etkinliği yakından izlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Dell DL, Stewart DE: Menopause and mood: is depression linked with hormone changes? *Postgrad Med* 2000; 108:34-43.
2. McKinlay SM, Brambilla DJ, Posner JG: The normal menopause transition. *Maturitas* 1992; 14:103-115.
3. Özkan S: Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. Birinci baskı, İstanbul, Roche, 1993.
4. Aydemir Ö, Yağcı E, Gülseren L, Kültür S: Menopoz döneminde anksiyete ve depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10:268-274.
5. Avis NE, McKinlay SM: A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: result from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas* 1991; 13:65-79.
6. Işık E: Psikiyatrik yönden menopoz. S Özkan, M Özkan (Eds): Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi 1996-1997'de, birinci baskı, İstanbul, 1997, s.54-57.
7. Kaplan HI, Sadock BJ: Synopsis of Psychiatry. Sekizinci baskı, Baltimore, Williams&Wilkins, 1998, s.797-828.
8. Charney AD, Stewart ED: Psychiatric aspects. DE Stewart, GE Robinson (Eds): A Clinician's Guide to Menopause. Washington DC, American Psychiatric Press, 1997, s.9-27.
9. Weissmann MM: The myth of involutional melancholia. *JAMA* 1979; 242:742-744.
10. Anderson E, Hamburger S, Liu JG, Rebar RW: Characteristics of menopausal women seeking assistance. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156:428-433.
11. Hunter M, Battersby R, Whitehead M: Relationships between psychological symptoms, somatic complaints, and menopausal status. *Maturitas* 1986; 8:217-228.
12. Smith RNJ, Studd JWW: Estrogens and depression in women. RA Lobo (ed): Treatment of the Postmenopausal Woman: Basic and Clinical Aspects. New York, Raven Press, 1994, s.129-136.
13. Hallstrom T, Samuëlsson S: Mental health in the climacteric: the longitudinal study of women in Gothenburg. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985; 130:13-18.
14. McKinlay JB, McKinlay SM, Brambilla DJ: Health status and utilization behavior associated with menopause. *Am J Epidemiol* 1987; 125:110-121.
15. Avis NE, Brambilla D, McKinlay SM: A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. *Ann Epidemiol* 1994; 4:214-220.

112 Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar

16. Danacı AE, Oruç S, Adıgüzel H, Yıldırım Y, Aydemir Ö: Menopoz döneminde cinsel, psikolojik ve hormonal değişkenlerin ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11:293-299.
17. Kişnişçi H, Gökşin E, Durukan T: Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, Güneş Kitabevi, 1996.
18. Richardson TA, Robinson RD: Menopause and depression: a review of psychologic function and sex steroid neurobiology during the menopause. *Prim Care Update Ob/Gyns* 2000; 7:215-223.
19. Ripley HS, Shorr E, Papanicolaou GN: The effect of treatment of depression in the menopause with estrogen hormone. *Am J Psychiatry* 1940; 96:905-915.
20. Palinkas LA, Barret-Conner E: Estrogen use and depressive symptoms in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 1992; 80:30-36.
21. Montgomery JC, Appleby L, Brincat M, Tapp A, Versi E ve ark: Effect of estrogen and testosterone implants on psychological disorders in the climacteric. *Lancet* 1987; 7:297-299.
22. Sherwin BB: Affective changes with estrogen and androgen replacement therapy in surgically menopausal women. *J Affect Dis* 1988; 14:177-187.
23. Klaiber EL, Broverman DM, Vogel W, Kobayashi Y: Estrogen therapy for severe persistent depression in women. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36:550-554.
24. Schneider MA, Brotherton PL, Hailes J: The effect of exogenous estrogens on depression in menopausal women. *Med J Austr* 1977; 2:162-170.
25. Zweifel JE, O'Brien WH: A meta-analysis of the effect of hormone replacement therapy upon depressed mood. *Psychoneuroendocrinol* 1997; 22:764-775.
26. Magos AL, Brewster E, Singh R, O'Dowd T, Bruncat M ve ark: Studd JWW: The effects of norethisterone in menopausal women on oestrogen replacement therapy: A model for the premenstrual syndrome. *Br J Obstet Gynecol* 1986; 93:1290-1296.
27. Holst J, Backstrom T, Hammerbach S, Von Schoultz B: Progestogen addition during oestrogen replacement therapy-effects on vasomotor symptoms and mood. *Maturitas* 1989; 11:13-19.
28. Sherwin BB: The impact of different doses of estrogen and progestin on mood and sexual behavior in postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 1991; 72:336-343.
29. Loprinzi CL, Pisansky TM, Fonseca R, Sloan JA, Zahasky KM ve ark: Pilot evaluation of venlafaxine hydrochloride for the therapy of hot flashes in cancer survivors. *J Clin Oncol* 1998; 16:2377-2381.
30. Sherwin BB: Impact of the changing hormonal milieu on psychological functioning. RA Lobo (ed.): *Treatment of the Postmenopausal Woman: Basic and Clinical Aspects*. New York, Raven Press, 1994, s.119-127.