

Overgangsalderen - et undertematisert område i psykologisk praksis



Elisabeth Flo-Groeneboom

Institutt for klinisk og biologisk psykologi, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen
elisabeth.flo@uib.no

Una Ørvim Sølvik

Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Inger Haukenes

Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen



Elise Storsveen: *Hetebølgene* (Detalj), 2023

Foto Øystein Thorvaldsen © Elise Storsveen / BONO 2026

Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Overgangsalderen er en livssituasjon der psykologer kan gjøre en forskjell.

Overgangsalderen er porten inn i alderdommen for kvinner; utgangen av denne fasen er avgjørende for kvinnens helse inn i eldre år (Lobo et al., 2016; Nappi et al., 2022). I vestlig kultur er overgangsalderen omgitt av tabu og et helsevesen som historisk sett har vekslet mellom å ignorere og patologisere fenomenet (Bell, 1987). I artikkelen gir vi en presentasjon over hva vi tenker psykologer bør vite i møte med kvinner midt i livet: hva overgangsalderen innebærer biologisk, psykologisk og sosialt – og hvilke intervensjoner som har empirisk støtte. Vi baserer presentasjonen på litteraturoversikter, sentrale epidemiologiske og kliniske studier.

Mer enn en hormonell hendelse



Overgangsalderen representerer en uunngåelig og kompleks biologisk, psykologisk og sosial livsfase som berører millioner av kvinner globalt. I 2021 var anslagsvis 1,02 milliarder kvinner postmenopausale globalt (Duralde et al., 2023). Perioden kan for mange innebære så omfattende symptomer at det har implikasjoner for livskvalitet, mental helse, fysisk velvære, sosial fungering og arbeidskapasitet. Overgangsalderen er en universell biologisk livsfase, men hvordan den erfarer, er dypt individuell.

Menopausen refererer til kvinnens siste menstruasjon, og defineres retrospektivt etter at hun har vært uten menstruasjon i 12 påfølgende måneder (Davis et al., 2015). Begrepet overgangsalder omfatter imidlertid en lengre fase som inkluderer både perimenopausen og postmenopausen. Perimenopause, overgangen frem mot menopause, starter normalt fra 45-årsalderen (Davis et al., 2015). Noen kvinner opplever en tidlig start mellom 40 og 45 år, mens bortfall av eggstokkfunksjon før fylte 40 år betegnes som prematur ovarieell insuffisiens. Med en gjennomsnittsalder for menopause i Norge på 52–53 år (Gottschalk et al., 2020) befinner mange kvinner seg i denne fasen i sine mest produktive arbeidsår.

Om lag åtte av ti kvinner opplever symptomer i overgangsalderen, som kan variere fra mildt ubehag til betydelige plager med redusert livskvalitet og daglig fungering (Avis et al., 2015; Talaulikar, 2022). Vasomotoriske symptomer (som hetetokter og nattesvette), søvnforstyrrelser, vaginal tørrhet og muskel- og skjelettsmerter er direkte knyttet til de hormonelle endringene i overgangsalderen (Avis et al., 2015). Endringer i menstruasjonsmønster er vanligvis første tegn på at perimenopausen har startet, og kun ti prosent av kvinner har regelmessig menstruasjon helt frem til menopausen (Avis et al., 2015; Taffe & Dennerstein, 2002). I tillegg rapporterer mange kvinner fatigue, kognitive vansker og humørsvingninger (Brown et al., 2024). Omfanget og opplevelsene av plagene påvirkes av et komplekst samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Brown et al., 2024).

Forholdet mellom overgangsalder og psykisk helse er mer nyansert enn det som det offentlige ordskiftet gir inntrykk av. Hormonelle endringer, særlig svingninger i østrogen og progesteron, påvirker neurotransmittersystemer som er sentrale for humør- og emosjonsregulering (Joffe et al., 2020). Likevel fant en stor kunnskapsoppsummering publisert i *The Lancet* ingen universell økt risiko for psykiske lidelser hos kvinner i overgangsalderen (Brown et al., 2024). I tillegg spiller kulturelle og sosiale faktorer en viktig rolle. I mange vestlige samfunn preges overgangsalderen av stigma, negative stereotypier og tabu knyttet til aldring og kvinnelighet, noe som kan forsterke symptomopplevelsen og hindre kvinner i å søke hjelp (Wood et al., 2025).

Psykisk helse i overgangsalderen

Et sårbarhetsvindu – men ikke for alle

Perimenopausen er forbundet med økt risiko for depressive symptomer. Store longitudinelle studier som SWAN (Study of Women's Health Across the Nation) dokumenterer at kvinner i perimenopause har 1,3–2,9 ganger økt risiko for depresjon sammenlignet med premenopausale kvinner (Bromberger et al., 2010), og at risikoen er særlig høy for dem med tidligere depresjonshistorikk (Cohen et al., 2006). Det er imidlertid grunn til å nyansere disse funnene. I en kunnskapsoppsummering av Brown og kolleger (2024) identifiserte de ingen universell økt risiko for angst, depresjon, bipolar lidelse eller psykose i overgangsalderen. Psykisk uhelse rammet primært kvinner med bestemte risikofaktorer: alvorlige søvnforstyrrelser, langvarig overgangsalder, høy nevrotisisme, tidligere psykiske lidelser og betydelig psykososialt stress (Brown et al., 2024). Denne kompleksiteten må vi ha med oss inn på

psykologkontoret: Overgangsalderen kan gi depressive symptomer som responderer på hormonterapi, men den kan også sammenfalle med livskriser, tap og akkumulert belastning som krever en annen terapeutisk tilnærming.



Unike symptomprofiler i overgangsalderen

Depresjon i perimenopausen kan fremtøne seg annerledes enn depresjon tidligere i livet. Gibbs et al. (2015) fant at perimenopausal depresjon kjennetegnes av mildere klassiske depresjonssymptomer og lavere angstnivå, men høyere grad av irritabilitet og fiendtlighet, økt fatigue og mer uttalte søvnforstyrrelser. Klinisk har dette blitt beskrevet som et «av-på-fenomen» med kortvarige episoder av tristhet eller irritabilitet. I en oversiktsartikkel reflekterer Willi og kolleger over hvorvidt perimenopausal depresjon kan betraktes som en selvstendig psykopatologisk tilstand, adskilt fra alvorlig depressiv lidelse. Uansett er denne distinkte profilen klinisk viktig: Psykologer som møter kvinner i 45–55-årsalderen, bør være oppmerksomme på at symptombildet kan være atypisk (Willi & Ehlert, 2020).

Søvnforstyrrelser er blant de mest belastende symptomene i overgangsalderen og rammer 40–48 prosent av peri- og postmenopausale kvinner sammenlignet med om lag en tredjedel av premenopausale kvinner (Lam et al., 2022). Nyere funn tyder på at langt flere er rammet, men at kvinnene selv ikke nødvendigvis kobler søvnvanskene til overgangsalderen. Årsaksbildet er sammensatt: Vasomotoriske symptomer forstyrrer søvnen direkte, mens bekymringer og aktivering opprettholder insomni over tid.

Biopsykososial forståelse og et livsløpsperspektiv

Psykisk helse i overgangsalderen forstås best i et biopsykososialt perspektiv der biologiske, psykologiske og sosiale faktorer virker sammen. Østrogenfall påvirker serotonin- og noradrenalinssystemet og kan dermed ha direkte innvirkning på humør og emosjonsregulering. Hormonelle endringer forklarer likevel ikke alene variasjonen i hvordan kvinner opplever overgangsalderen. Høyt stressnivå og traumatiske erfaringer øker risikoen for psykiske plager i overgangsalderen (Blackson et al., 2024). Dette er ikke unikt for denne livsfasen, men mønsteret er godt dokumentert også her (Bromberger et al., 2022; Brown et al., 2024). Overgangsalderen er med andre ord ikke startpunktet for psykisk sårbarhet, men kan snarere utløse eller forsterke etablerte mønstre.

— Validering og normalisering er gjerne særlig viktig

For mange kvinner sammenfaller overgangsalderen med en periode preget av andre betydelige livshendelser. Barn som flytter hjemmefra, foreldre med økende omsorgsbehov, karriereendringer og relasjonelle endringer kan representere overganger som hver for seg kan oppleves som krevende. Samtidig innebærer økende alder ved første fødsel at flere kvinner oftere kommer i en dobbelt omsorgssituasjon med ansvar for yngre barn som trenger like mye oppfølging som syke foreldre. Disse psykososiale belastningene, kombinert med søvnforstyrrelse og fysisk ubehag, kan skape en kumulativ byrde (Brown et al., 2024). I vestlige kulturer kan byrden forsterkes ytterligere av negative stereotypier og tabu rundt overgangsalderen, noe som kan bidra til at kvinner bagatelliserer egne plager eller unnlater å søke hjelp (The Lancet, 2024; Wood et al., 2025).

Overgangsalderen bærer et kulturelt meningsinnhold som for mange truer vesentlige aspekter ved ens identitet og relasjoner. I vestlig kultur betraktes den aldrende kvinnekroppen ofte som

usynlig og sosialt uønsket. Den menopausale eller aldrende kvinnen fremstilles ofte som aseksuell og uattraktiv eller desperat etter å bevare en ungdom hun ikke lenger har (The Lancet, 2022; Vincent et al., 2025). Er hun seksuelt aktiv og attraktiv, blir hun en kuriositet og gjerne latterliggjort som en «cougar» (Ussher et al., 2015). Gynekologen Robert Wilson pekes (velfortjent) på som en viktig pådriver til ideen om menopausal aseksualitet og svikt som en allmenn sannhet. I sin innflytelsesrike bok *Feminine Forever* fra 1966 beskriver Wilson sikre tegn på kvinnens seksuelle tilbakegang: «No woman can escape the horror of this living decay. (...) The breasts become flabby and shrink, and the vagina becomes stiff and unyielding (...)» (Wilson, 1966). Selv om populærkulturen de siste 30 årene i økende grad har begynt å anerkjenne kvinners seksualitet senere i livet, møtes fortsatt synet av en seksuelt aktiv eldre kvinne ofte med hån eller avsky. Da er det nærmest å føye spott til skade at seksuelle vansker er svært vanlige i overgangsalderen, med forekomster på mellom 43 til 82 prosent (Green et al., 2025). For mange kan hormonell behandling avhjelpe symptomer, men kvinners navigering i den kulturelle og personlige konteksten er uunngåelig relatert til deres seksuell lyst.



Evidensbasert psykologisk behandling

Behandlingsalternativer for symptomer i overgangsalderen har tradisjonelt vært dominert av farmakologiske intervensjoner, særlig hormonterapi (HT). HT er dokumentert som den mest effektive behandlingen for vasomotoriske symptomer som hetetokter og nattesvette, men behandlingsvalget må individualiseres basert på alder, menopausal fase og individuelle risikofaktorer (The North American Menopause Society, 2022). Lenge preget restriktiv bruk feltet, begrunnet med økt risiko for tromboembolisme og brystkreft. I dag er det økt anerkjennelse av at HT er et trygt og effektivt alternativ for mange kvinner når det brukes riktig. Risiko bør likevel ikke underkommuniseres. En norsk registerstudie (2025) fant økt brystkreftrisiko ved HT-bruk, med variasjon på tvers av preparattype. Forfatterne understreker at HT-brukere trolig har mer plager enn ikke-brukere, og at generalisering krever varsomhet (Støer et al., 2025). Samtidig kan ikke alle kvinner motta HT, og det virker ulikt avhengig av hvilke symptomer som dominerer. Derfor representerer psykoterapi et viktig alternativ og supplement til medikamenter.

Psykoedukasjon og validering

Kvinner trekker frem at manglende kunnskap og feilattribusjon av symptomer representerer viktige barrierer for å søke hjelp (Barber & Charles, 2023). Et av de viktigste bidragene en psykolog kan gi kvinner i overgangsalderen, er å identifisere og normalisere det som skjer. Validering og normalisering er gjerne særlig viktig i møte med kvinner som har «lidd i stillhet» på grunn av stigma eller fordi plagene ikke har blitt tatt på alvor i helsevesenet (Barber & Charles, 2023).

Psykoedukasjon om overgangsalderens faser, vanlige symptomer og samspillet mellom biologi, psykologi og livssituasjon kan i seg selv ha terapeutisk verdi. I en systematisk oversiktsartikkel fra 2014 fant Toral og kolleger at intervensjoner som baserer seg på psykoedukasjon, økte kunnskap, reduserte negative holdninger til overgangsalderen og økte evnen til selvivaretagelse.

Seksuelle vansker er svært vanlige i overgangsalderen, men tas sjelden opp av kvinner eller behandlere (Green et al., 2025). En meta-analyse viste at psykologiske intervensjoner hadde god effekt på seksuell funksjon, og at rådgivning og strukturerte psykoedukasjonsprogrammer som direkte adresserte seksualitet, var mest effektivt (Green et al., 2025). Kognitiv atferdsterapi (KAT) og mindfulnessbaserte terapier ble primært testet som sekundærutfall og viste beskjeden effekt.

Imidlertid gjenspeiler dette sannsynligvis mangelen på studier som retter intervensjonen spesifikt mot seksuelle vansker.

Som en konsekvens av disse funnene bør psykologer aktivt spørre kvinner i 45–55-årsalderen om menstruasjonsstatus, symptomer og seksuell helse fremfor å vente på at temaet tas opp. Et slikt initiativ signaliserer at dette er legitime kliniske tema.



Kognitiv atferdsterapi

Det er et voksende empirisk grunnlag som støtter bruken av KAT for både psykiske og somatiske plager i overgangsalderen. Psykologer er dermed i en unik posisjon til å hjelpe kvinner med hele symptombildet. KAT anbefales blant annet av NICE for vasomotoriske symptomer, søvnvansker og affektive symptomer (NICE, 2024).

Vasomotoriske symptomer som hetetokter og nattsvette er blant de symptomene med best dokumenterte effekter av KAT. Forskning viser at KAT kan redusere både symptomenes hyppighet og hvor plagsomme de oppleves. Interessant nok trekkes gruppebasert KAT frem som noe mer effektivt enn selvhjelpsbaserte formater (Mollaahmadi et al., 2019).

Søvnplager utgjør et annet sentralt behandlingsmål i overgangsalderen. KAT for insomni (KAT-I) kombinerer søvnrestriksjon, stimuluskontroll, søvnhygiene og kognitiv restrukturering og anbefales som førstelinjebehandling for kronisk insomni. En metaanalyse basert på 16 randomiserte kontrollerte studier viste at KAT har en signifikant positiv effekt på søvnutfall hos peri- og postmenopausale kvinner (Lam et al., 2022). Ved søvnvansker i overgangsalderen er det relevant å utforske hva som gir dårlig søvn, og hvilke (u)vaner som er etablert i et forsøk på å håndtere plagene. Hvis søvnvanskene skyldes eller forsterkes av nattsvette, bør en sammen med kvinnen diskutere hvorvidt hormonterapier er ønsket å prøve ut først, eller som et supplement til KAT. Det er samtidig viktig å ikke overse andre søvnlidelser, særlig restless legs og søvnapné. Risikoen for søvnapné øker etter menopausen, blant annet som følge av økning i kroppsvekt og hormonelle endringer (Jehan et al., 2016). Søvnapné bør derfor vurderes før eller parallelt med oppstart av KAT-I.

Nyere metaanalyser har vist statistisk signifikant effekt av KAT på depresjonssymptomer (Kim & Yu, 2024), og, igjen, gruppebasert KAT fremstår som særlig effektivt for symptomer som depresjon, angst, irritabilitet og nedstemthet (Mollaahmadi et al., 2019). Resultatene kommer med et forbehold: Det er enn så lenge et begrenset antall studier med varierende kvalitet. Green et al. (2015) identifiserte kun to studier som undersøkte KAT direkte mot depresjon hos kvinner i overgangsalderen, og Kim og Yu (2024) fant at kun to av ni inkluderte RCT-er hadde tilstrekkelig data til å inngå i metaanalysen for depresjon (Green et al., 2015; Kim & Yu, 2024). Metodiske svakheter som lave utvalgsstørrelser, manglende bruk av STRAW (Stages of Reproductive aging Workshop)-kriterier for menopausal status og uklare depresjonskriterier gjør det vanskelig å trekke sikre konklusjoner om effekten ved moderat til alvorlig depresjon. Det er likevel verdt å merke seg at det å la kvinner i overgangsalderen møte andre og dele erfaringer kan være en viktig del av en terapeutisk tilnærming.

Mindfulness og avspenning

Mindfulness-baserte intervensjoner som er undersøkt, omfatter primært Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) og Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), typisk levert som 8-ukers gruppeprogrammer. Mindfulness-baserte intervensjoner som MBSR og MBCT viser lovende resultater for depressive symptomer, angst og søvnvansker i overgangsalderen (Green et al., 2015; Lam et al., 2022). En særlig styrke ved mindfulness-baserte intervensjoner i en slik kontekst er at det kan styrke toleransen for ubehagelige somatiske opplevelser som hetetokter, fremfor å forsterke unngåelse

og katastrofetanker. Avspenningstrening som progressiv muskelavspenning og pusteøvelser gir moderate effekter på vasomotoriske symptomer og søvn, og kan fungere som et nyttig supplement eller lavterskelalternativ for kvinner som ikke behøver mer målrettet psykoterapi (Vélez Toral et al., 2014). Samtidig er forskningen på mindfulness-baserte tilnærminger og avspenning av nyere tid, og flere kunnskapshull bør adresseres.

Det omfattende virkningsfeltet for psykologiske intervensjoner tilsier at psykologer som arbeider med kvinner i overgangsalderen, bør ha kjennskap til hele symptombildet inklusive vasomotoriske symptomer, søvnforstyrrelser, seksuelle vansker og somatiske plager. Et bredt handlingsrom for tilpasset behandling er i tråd med det sammensatte og individuelle symptombildet, og særlig viktig der hormonbehandling enten er kontraindisert, ikke ønsket eller ikke tilstrekkelig alene. Kunnskapsgrunnlaget er lovende, men det er behov for større kontrollerte studier med protokoller som er tilpasset kvinner i overgangsalderens særlige utfordringer.

Hva psykologer bør huske på i klinisk praksis

Vi vil påstå at overgangsalderen er undertematisert i klinisk praksis (NOU 2023: 5). Mange kvinner som sliter med irritabilitet, søvnvansker, konsentrasjonsproblemer eller nedstemthet i 45–55-årsalderen, kobler ikke selv plagene sammen med perimenopausen og blir heller ikke spurt om det av behandleren. Psykologer er derfor i en unik posisjon til å stille spørsmålene som ikke blir stilt, og til å løfte overgangsalderen inn i den kliniske samtalen. Vi kan alle ha med oss en huskeliste, neste gang vi møter kvinner midt i livet i terapirommet (se tekstboks).

RÅD TIL PSYKOLOGEN

Spør aktivt. Menstruasjonsstatus og overgangsalder-symptomer bør inngå i den kliniske anamnesen hos kvinner i aktuell alder, på samme måte som søvn, fysisk aktivitet og sosial støtte. Et enkelt spørsmål som «Har du merket endringer i menstruasjon eller symptomer som hetetokter, søvnvansker eller humørsvingninger?» kan åpne opp for viktige samtaler.

Kjenn symptombildet. Perimenopausal depresjon kan fremstå annerledes enn klassisk depresjon: Irritabilitet og sinne er fremtredende, fatigue og skiftende stemningsleie. Psykologer bør inkludere overgangsalderen som kontekst når symptombildet ikke passer helt inn i kjente diagnostiske mønstre.

Ikke over-attribuer. Selv om det på en side er viktig å ha med seg overgangsalderen som kontekst, er det like viktig å advare mot å anta at all psykisk uhelse hos kvinner i aldersgruppen skyldes overgangsalder. Forskning viser tydelig at sårbarhet, livshendelser og psykososialt stress er vel så viktige forklaringsfaktorer som hormoner.

Ha med det biopsykososiale perspektivet: En helhetlig forståelse som tar inn biologi, psykologi, livshistorie, identitet og sosial kontekst, er nødvendig for å unngå både over- og underdiagnostisering, og for å gi behandling som treffer.

Samarbeid tverrfaglig. Psykologens rolle er ikke å utelukke biologisk komponent, men å samarbeide med fastlege eller gynekolog der det er aktuelt. For noen kvinner vil kombinasjon av hormonterapi og psykologisk behandling gi bedre effekt enn hvert tiltak alene. Psykologen bør kjenne til at hormonterapi er et trygt og effektivt alternativ for mange, men at risikobildet er individuelt og bør vurderes medisinsk.

Ta opp seksualitet. Seksuelle bekymringer er svært vanlige, men sjelden pasientens åpnings spørsmål. Psykologen bør normalisere temaet og etterspørre det eksplisitt som en del av en helhetlig vurdering av livskvalitet i overgangsalderen.

Møt hele livsfasen. Overgangsalderen sammenfaller ofte med andre betydelige belastninger. Psykologen bør hjelpe pasienten å skille mellom det som er hormonrelatert, og det som er livssituasjonsrelatert, for en målrettet intervensjon.



Oppsummering

Overgangsalderen er en livssituasjon der psykologer kan utgjøre en stor forskjell. Eksisterende evidens for KAT, psykoedukasjon, mindfulness-basert terapi og søvnbehandling er lovende. Det er samtidig et uttalt behov for mer forskning, særlig tilpasset norsk/skandinavisk kontekst.

Men vi trenger ikke vente på et fullstendig evidensgrunnlag. Det kan ha en stor verdi og krever lite å spørre, normalisere og se sammenhengen mellom kropp, livshistorie og livssituasjon. Psykologer har kompetansen til å tilby en helhetlig forståelse der hele kvinnen, ikke bare hormonene, får plass.

Overgangsalderen har en naturlig plass i psykologisk utdanning og praksis.

Referanser

- Avis, N. E., Crawford, S. L., Greendale, G., Bromberger, J. T., Everson-Rose, S. A., Gold, E. B., Hess, R., Joffe, H., Kravitz, H. M., Tepper, P. G., Thurston, R. C. & Nation, f. t. S. o. W. s. H. A. t. (2015). Duration of Menopausal Vasomotor Symptoms Over the Menopause Transition. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 531–539. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.8063>
- Barber, K. & Charles, A. (2023). Barriers to Accessing Effective Treatment and Support for Menopausal Symptoms: A Qualitative Study Capturing the Behaviours, Beliefs and Experiences of Key Stakeholders. *Patient Prefer Adherence*, 17, 2971–2980. <https://doi.org/10.2147/ppa.S430203>
- Bell, S. E. (1987). Changing ideas: the medicalization of menopause. *Social Science & Medicine*, 24(6), 535–542. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(87\)90343-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(87)90343-1)
- Blackson, E. A., McCarthy, C., Bell, C., Ramirez, S. & Bazzano, A. N. (2024). Experiences of menopausal transition among populations exposed to chronic psychosocial stress in the United States: a scoping review. *BMC Women's Health*, 24(1), 487. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03329-z>
- Bromberger, J. T., Chang, Y., Colvin, A. B., Kravitz, H. M. & Matthews, K. A. (2022). Does childhood maltreatment or current stress contribute to increased risk for major depression during the menopause transition? *Psychological Medicine*, 52(13), 2570–2577. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004456>
- Bromberger, J. T., Schott, L. L., Kravitz, H. M., Sowers, M., Avis, N. E., Gold, E. B., Randolph jr., J. F. & Matthews, K. A. (2010). Longitudinal Change in Reproductive Hormones and Depressive Symptoms Across the Menopausal Transition: Results From the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Archives of General Psychiatry*, 67(6), 598–607. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.55>
- Brown, L., Hunter, M. S., Chen, R., Crandall, C. J., Gordon, J. L., Mishra, G. D., Rother, V., Joffe, H. & Hickey, M. (2024). Promoting good mental health over the menopause transition. *The Lancet*, 403(10 430), 969–983. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02801-5](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02801-5)

- Cohen, L. S., Soares, C. N., Vitonis, A. F., Otto, M. W. & Harlow, B. L. (2006). Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 385–390. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.385>
- Davis, S. R., Lambrinoudaki, I., Lumsden, M., Mishra, G. D., Pal, L., Rees, M., Santoro, N. & Simoncini, T. (2015). Menopause. *Nat Rev Dis Primers*, 1, 15 004. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.4>
- Duralde, E. R., Sobel, T. H. & Manson, J. E. (2023). Management of perimenopausal and menopausal symptoms. *BMJ*, 382, e072 612. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072612>
- Gottschalk, M. S., Eskild, A., Hofvind, S., Gran, J. M. & Bjelland, E. K. (2020). Temporal trends in age at menarche and age at menopause: a population study of 312 656 women in Norway. *Human Reproduction*, 35(2), 464–471. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez288>
- Green, S. M., Furtado, M., Peak, J. & Babiy, Z. (2025). Psychological treatments for sexual concerns in perimenopausal and postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Menopause*. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000002698>
- Green, S. M., Key, B. L. & McCabe, R. E. (2015). Cognitive-behavioral, behavioral, and mindfulness-based therapies for menopausal depression: A review. *Maturitas*, 80, 37–47. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.10.004>
- Jehan, S., Auguste, E., Zizi, F., Pandi-Perumal, S. R., Gupta, R., Attarian, H., Jean-Louis, G. & McFarlane, S. I. (2016). Obstructive Sleep Apnea: Women's Perspective. *Journal of Sleep Medicine and Disorders*, 3(6).
- Joffe, H., de Wit, A., Coborn, J., Crawford, S., Freeman, M., Wiley, A., Athappilly, G., Kim, S., Sullivan, K. A., Cohen, L. S. & Hall, J. E. (2020). Impact of Estradiol Variability and Progesterone on Mood in Perimenopausal Women With Depressive Symptoms. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(3), e642–650. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgz181>
- Kim, J. H. & Yu, H. J. (2024). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Sleep Problems for Climacteric Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 13(2), 11. <https://doi.org/10.3390/jcm13020412>
- Lam, C. M., Hernandez-Galan, L., Mbuagbaw, L., Ewusie, J. E., Thabane, L. & Shea, A. K. (2022). Behavioral interventions for improving sleep outcomes in menopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Menopause*, 29(10), 1210–1221. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000002051>
- Lobo, R. A., Pickar, J. H., Stevenson, J. C., Mack, W. J. & Hodis, H. N. (2016). Back to the future: Hormone replacement therapy as part of a prevention strategy for women at the onset of menopause. *Atherosclerosis*, 254, 282–290. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2016.10.005>
- Mollaahmadi, L., Keramat, A., Changizi, N., Yazdkhasti, M. & Afshar, B. (2019). Evaluation and comparison of the effects of various cognitive-behavioral therapy methods on climacteric symptoms: A systematic review study. *Journal of the Turkishgerman Gynecological Association*, 20(3), 178–195. <https://doi.org/10.4274/jtggg.galenos.2019.2018.0170>
- Nappi, R. E., Chedraui, P., Lambrinoudaki, I. & Simoncini, T. (2022). Menopause: a cardiometabolic transition. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 10(6), 442–456. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(22\)00076-6](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(22)00076-6)
- NICE. (2024). *Menopause: identification and management (NICE guideline NG23)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>

- NOU 2023: 5. (2023). Den store forskjellen: Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse. *Helse- og omsorgsdepartementet*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/>
- The North American Menopause Society. (2022). The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, 29(7), 767–794. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000002028>
- Støer, N. C., Vangen, S., Singh, D., Fortner, R. T., Hofvind, S., Ursin, G. & Botteri, E. (2025). Correction: Menopausal hormone therapy and breast cancer risk: a population-based cohort study of 1.3 million women in Norway. *British Journal of Cancer*, 133(6), 910–911. <https://doi.org/10.1038/s41416-025-03038-w>
- Taffe, J. R. & Dennerstein, L. (2002). Menstrual patterns leading to the final menstrual period. *Menopause*, 9(1), 32–40. <https://doi.org/10.1097/00042192-200201000-00006>
- Talaulikar, V. (2022). Menopause transition: Physiology and symptoms. *est Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 81, 3–7. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2022.03.003>
- The, Lancet. (2022). Attitudes towards menopause: time for change. *The Lancet*, 399(10 343), 2243. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01099-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01099-6)
- The, Lancet. (2024). Time for a balanced conversation about menopause. *Lancet*, 403(10 430), 877. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(24\)00462-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)00462-8)
- Ussher, J. M., Perz, J. & Parton, C. (2015). Sex and the menopausal woman: A critical review and analysis. *Feminism & Psychology*, 25(4), 449–468. <https://doi.org/10.1177/0959353515579735>
- Vincent, C., Ménard, A. & Giroux, I. (2025). Cultural Determinants of Body Image: What About the Menopausal Transition? *Healthcare (Basel)*, 13(1). <https://doi.org/10.3390/healthcare13010076>
- Willi, J. & Ehlert, U. (2020). Symptoms assessed in studies on perimenopausal depression: A narrative review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 26, 100–559. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100559>
- Wilson, R. A. (1966). *Feminine Forever - A New Life: The Quest and the Key*. Evans and company & Lippincott.
- Wood, K., McCarthy, S., Pitt, H., Randle, M. & Thomas, S. L. (2025). Women's experiences and expectations during the menopause transition: a systematic qualitative narrative review. *Health Promotion International*, 40(1), daaf005. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaf005>

