

Hormongesteuert – Der Wechseljahre-Podcast

Montag, 14.10.2024

Thema: Wechseljahre verdoppeln das Risiko für Depressionen

Katrin Simonsen, Moderatorin

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

Dr. Katrin Schaudig, Expertin

Frauenärztin, Buchautorin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser, Gast

Oberärztin der Gerontopsychiatrie in Göppingen, Neurologin, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Links zur Sendung

In dieser Folge wird auch das Thema Suizid erwähnt. Wenn es Euch schlecht geht oder Ihr gar Suizidgedanken haben solltet: Es gibt es Hilfe!

Depressionshilfe Tel.: 0800 3344533

Telefonseelsorge Tel.: 0800 1110111

Podcast-Tipp: *Wendehausen – Heimat im Todesstreifen* <https://1.ard.de/wendehausen>

Website zum Podcast Nachlesen:

<https://www.mdr.de/nachrichten/podcast/wechseljahre/index.html>

Katrin Simonsen

Herzlich willkommen bei *Hormongesteuert* – der Podcast rund um die Wechseljahre! Wir sprechen hier ohne Vorbehalte über alle Themen rund um die Wechseljahre, wollen mit Tabus aufräumen, eure Fragen beantworten und euch zu Expertinnen eures eigenen Körpers machen. Mein Name ist Katrin Simonsen, ich bin Moderatorin, Redakteurin bei MDR aktuell. Und die Expertin an meiner Seite wie immer Dr. Katrin Schaudig, Frauenärztin, Hormonexpertin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft. Ich grüße Sie, Frau Schaudig und freue mich, dass Sie wieder dabei sind!

Dr. Katrin Schaudig:

Ja, Hallo Frau Simonsen! Ich freue mich auch sehr.

Katrin Simonsen:

Heute haben wir ja wirklich ein spannendes Thema, finde ich zumindest: das Thema Depressionen und Angststörungen in den Wechseljahren. Wieso sind gerade Frauen in dieser Lebensphase mehr gefährdet? Wie kann ich erkennen, dass es mit den Wechseljahren zusammenhängt? Und wie kann mir geholfen werden? Diesen Fragen wollen wir heute nachgehen.

Und dazu haben wir uns auch wieder eine Expertin eingeladen. Unser Gast ist heute Dr. Katrin Markgräfe-Weisser. Sie ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Sie ist auch Neurologin und arbeitet als Oberärztin in der Gerontopsychiatrie, also in der Psychiatrie für Ältere, in einer Klinik in Göppingen. Und seit einiger Zeit befasst sie sich auch in der Arbeitsmedizin mit dem Thema „mentale Gesundheit bei Mitarbeitern“ und berät im Raum Stuttgart größere und kleinere Firmen und dabei taucht doch immer wieder das Thema „Wechseljahre“ auf. Schön, dass Sie sich heute Zeit genommen haben!

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Ja, vielen Dank, ich freue mich sehr!

Katrin Simonsen:

Wir wollen ja heute auch mal mit einem Mythos aufräumen, der noch immer weit verbreitet ist. Und zwar heißt es ja, dass die Wechseljahre die Frauen nur körperlich in Mitleidenschaft ziehen. Tatsächlich ist es aber so, dass Frauen physische und psychische Veränderungen erleben. Frau Markgräfe-Weisser, was genau passiert da in unserem Hirn in den Wechseljahren?

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Ja, ich denke, es ist ganz wichtig zu wissen, dass die Rezeptoren für die Hormone auch im Gehirn zu finden sind, also nicht nur im Körper, sondern auch im Gehirn, und dass es deswegen zusätzlich zu den körperlichen Symptomen eben auch zu seelischen oder psychischen Symptomen kommen kann. Und gerade, dass die Schwankungen der Hormone, wie beispielsweise in der Perimenopause, sich einfach

auf das Gehirn auswirken und da zum Beispiel die Art der Informationsvermittlung eben verändert, also eine andere Informationsvermittlung stattfindet. Und wenn man dann die Bereiche im Gehirn anschaut, die kann man etwas unterteilen.

Und wenn man dann genauer hinschaut, kann man eben sehen, dass Bereiche für den Affekt, also für die Stimmung, wie beispielsweise die Amygdala – so heißt es auf Deutsch auch der Mandelkern, oder eben der Hippocampus – das ist ein Bereich im Gehirn, der für das Denken, für die Merkfähigkeit zuständig ist, wenn da eben Veränderungen stattfinden, dann kann es auch zu Symptomen kommen, wie beispielsweise Stimmungsschwankungen, Angstsymptome oder auch die Konzentrationsstörungen, die ja immer wieder beschrieben werden.

Katrin Simonsen:

Frau Schaudig, Sie haben ja schon mal in einer ganz frühen Folge erzählt, dass wir dann einfach nicht mehr adäquat reagieren auf Situationen.

Dr. Katrin Schaudig:

Ja, das ist so diese, ich nenne es auch die Dünnhäutigkeit, und dann begegnet der Patientin irgendeine Stresssituation, und mein Lieblingszitat ist ja von einer Patientin – dass ich wirklich viele, viele Jahre her – die sagte: „Gestern bin ich beim Bäcker in Tränen ausgebrochen, weil mein Lieblingsbrot ausverkauft war.“ Die war dann selber völlig verblüfft darüber und das und ähnliche Zitate höre ich immer wieder. Das heißt, man hat plötzlich irgendeine Situation, die nicht schön ist, mit der man aber normalerweise ganz leicht umgehen könnte und das klappt plötzlich nicht mehr. Also, das ist natürlich das, was auch Frau Markgräfe-Weisser gerade gesagt hat, dass viele Bereiche unseres Hirns in Mitleidenschaft gezogen sind.

Das Spannende ist eigentlich, und das finde ich jetzt schon noch mal auch von der körperlichen Grundlage interessant, also auch wenn wir sagen: „Es ist die Psyche“, aber auch die

Psyche unterliegt ja organischen Veränderungen im Bereich des Gehirns. Frau Markgräfe-Weisser, bitte korrigieren Sie mich, wenn ich jetzt Unsinn erzähle, aber so würde ich es mal grob sagen. Sie haben gerade die Mandelkerne, den Hippocampus angesprochen. Was genau es ist, auf was das Gehirn da reagiert, das wissen wir ja eigentlich nicht so genau.

Und interessant ist, dass offenbar besonders die Perimenopause die Phase zu sein scheint, wo Frauen da besonders sensibel reagieren. Da frage ich mich immer: „Da haben wir ja noch eigentlich nicht unbedingt einen Hormonmangel. Wir haben nur große Schwankungen der Hormone, das mag, glaub ich, unser Gehirn nicht. Ich frag mich trotzdem immer, was die Steuerungshormone letztlich auslösen, also die Hormone, die von der Hirnanhangsdrüse ausgeschüttet werden, um den Zyklus in Gang zu halten. Und die werden ja in der Perimenopause bereits phasenweise vermehrt ausgeschüttet. Ob das die eigentlichen Trigger sind? Ich muss Ihnen sagen ich weiß es nicht, und ich glaube, es weiß noch keiner so richtig. Wir wissen nur, dass das, was Sie geschildert haben, an Einschränkungen psychischer Art in dieser Perimenopause besonders ausgeprägt ist.“

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Also damit stimme ich Ihnen bei Allem vollkommen zu. Und ich glaube auch, dass wirklich das noch nicht ganz verstanden ist, was genau passiert? Das Gehirn mag ja, wie Sie schon gesagt haben, wenn einfach alles gleichläuft. Also das Gehirn mag ja nicht gerne diese wahnsinnigen Schwankungen. Jetzt haben wir uns als Frauen im Laufe des Lebens natürlich an gewisse Schwankungen gewöhnt.

Aber in der Perimenopause – da dürfen Sie mich dann natürlich gleich korrigieren – sind die Schwankung ja noch um einiges exorbitanter nach oben und nach unten. Und das beschreiben ja meistens dann auch die Patientinnen, dass einfach Stimmungsschwankungen auftreten können, als Beispiel jetzt, die aber nicht die ganze Zeit anhalten, wie beispielsweise bei einer Depression, wo wirklich eine

kontinuierliche Stimmungsverschlechterung vorliegt, wo man nicht genau sagen kann, das schwankt hoch oder runter. Und dann ist es auch mal wieder besser. Der Alltag ist ja meistens ganz gut noch machbar bei den Patienten. Beziehungsweise es gibt nur einzelne Tage, wo die Patientinnen sagen: „Ah, da läuft es dann vielleicht mal nicht so gut.“ Aber es gibt ja durchaus auch wieder gute Tage. Und da könnte ich mir schon wirklich vorstellen, dass es eben diese wahnsinnigen Hormonschwankungen sind, die da zu Irritationen führen.

Katrin Simonsen:

Wir haben jetzt gerade von diesen Stimmungsschwankungen gesprochen. Bei manchen Frauen bleibt es ja dann nicht dabei. Dann kommen Depressionen dazu oder auf einmal Ängste, die man vorher nicht hatte, und da steigt tatsächlich das Risiko in dieser Phase der hormonellen Umstellung. Gibt es eigentlich Zahlen, wie viele der Frauen in diesem mittleren Alter dann davon betroffen sind?

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Also man sagt ja im Vergleich, wenn man vorher die reproduktive Zeit nimmt, also die normale reproduktive Zeit versus die Perimenopause, da differieren die Zahlen schon auch, aber zumindest zwei bis dreimal höhere Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von affektiven oder Angstsymptomen, davon geht man schon aus, also bei nicht vorbelasteten Gehirnen. Ich meine jetzt „vorbelastetes Gehirn“, wenn jemand schon mal seit seinem dreißigsten Lebensjahr beispielsweise an einer depressiven Störung leidet, dann ist es ein sensibleres Gehirn und reagiert dann natürlich noch mal ein bisschen anders drauf. Also da denke ich, ist noch mehr Vorsicht geboten, wenn die Patienten in die Wechseljahre kommen. Aber nehmen wir jetzt mal Frauen, die keine relevanten psychischen Vorerkrankungen haben. Auch da kann das Risiko eben schon auch erhöht sein um das Zwei- bis Dreifache.

Katrin Simonsen:

Ich fand wirklich interessant, jetzt im Vorhinein hatte ich ein bisschen gelesen, dass wirklich Frauen ein doppelt so hohes Risiko haben, an

Depressionen zu erkranken und dass es immer diese Phasen sind der hormonellen Umstellung, wo das sozusagen auftreten kann, also Pubertät, dann, wenn man die Kinder bekommt, und dann in den Wechseljahren. Heißt, es muss ja einen Zusammenhang geben mit diesen hormonellen Schwankungen?

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Also von der psychiatrisch-psychotherapeutischen Seite spricht man ja auch mal schon von „Veränderungskrisen“. Man unterscheidet ja schon Krisen, die einfach wirklich einmalig stattfinden, also beispielsweise der Tod eines nahen Angehörigen, das ist noch einmal eine andere Krise als diese Veränderungskrisen. Und Veränderungskrisen sind, wie Sie gerade schon gesagt hat, Frau Simonsen, also im Prinzip die Pubertät, ein Kind bekommen, die Wechseljahre, also wo es einfach zu hormonellen Veränderungen kommt. Und da muss sich einfach der Körper, das Gehirn auch peu à peu anpassen. Das sind schon vulnerablerere Phasen im Leben einer Frau.

Dr. Katrin Schaudig:

Ja, ich würde vielleicht auch noch mal dazu sagen, was Sie gerade ansprachen, Frau Simonsen, mit Schwangerschaften. Also, wir haben ja tatsächlich dieses Thema des „Postpartum-Blues“ oder die „Wochenbett-Depression“. Und das wissen wir auch, dass Frauen, die das hatten, und das ist tatsächlich ein Absturz der Hormone und in der Phase nach der Geburt sind die Östrogenspiegel anders als in der Schwangerschaft sehr, sehr viel niedriger. Und da haben wir Frauen eben das erhöhte Risiko, dass sie da mit einer Depression auch mit Psychosen reagieren können.

Und wir gucken schon in einer Anamnese inzwischen, weil es eben bekannt ist, dass was Frau Markgräfe-Weisser gerade sagte, dass die gerade in den Übergangsphasen gefährdeter sind, wir gucken inzwischen – also mit „wir“ meine ich „wir in der Praxis“: Gibt es irgendwelche Phasen im Leben, wo die Patientin eine psychische Einschränkung hatte, zum Beispiel auch eine Essstörung?

Auch Frauen, die stark unter diesem „Prämenstruellen-Dysphorischen-Syndrom“ leiden, also das heißt Depressionen, depressive Verstimmung in der zweiten Zyklushälfte, also auch nicht nur die depressive Episode oder die sagt mir: „Ich habe mal einen Burn-out gehabt“, „Ich habe mal eine Angststörung schon mal vor 20 Jahren gehabt“, also die Frauen haben offensichtlich eine besondere Gefährdung und es gibt eine ganz neue Studie aus England, die bestätigt, was wir auch schon aus einer vorigen Studie aus Nordamerika gesehen haben, dass Frauen in dieser Phase auch mehr bipolare Störungen entwickeln. Wie das funktioniert, weiß ich nicht, da frage ich gern die Psychiaterin.

Aber dass es ganz klar ist, mehr Depressionen manifester Art und bipolare Störungen. Interessanterweise haben die auch geguckt nach schizoaffektiven Störungen, also Schizophrenieformen, das ist nicht vermehrt, fand ich auch interessant. Aber Depression und bipolare Störung ist offensichtlich deutlich vermehrt.

10:53

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Sehr spannend. Also eine konkrete Antwort habe ich tatsächlich darauf nicht. Ich kann es mir nur vorstellen, dass im Prinzip durch diese wirklichen Schwankungen, wieder da auch von den Hormonen, das hat ja einfach diesen Einfluss ... nehmen wir jetzt mal diesen Mandelkern Amygdala, da ist die Furchtregulation, also das Thema „Angst“ kann da verhaftet werden und auch die affektiven Symptome, also die gedrückte Stimmung oder auch ein Zuviel an Stimmung. Also affektiv bedeutet ja nicht nur, dass man eine Depression hat, sondern kann auch in das Gegenteil, einer manischen Symptomatik, umschlagen. Also von daher denke ich, dass da ja auch die Rezeptoren sind und wenn da eben starke Schwankungen sind, könnte ich mir wirklich gut vorstellen, dass aufgrund dieser Schwankung, da es eben in die eine und auch in die andere Richtung kommen kann.

Katrin Simonsen:

Was mich jetzt interessiert, Frau Schaudig sagt: „Wir schauen da schon danach.“ Wie ist das eigentlich bei den Psychiatern so? Haben die das schon so auf dem Schirm, dass, wenn da eine Frau mit 40 kommt und sagt, sie hat irgendwie depressive Phasen, dass die auch mal an die Wechseljahre denken?

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Ich denke, das kommt mehr. Also für meinen Teil muss ich sagen, spreche ich jede in diesem Alter darauf an, ob eine regelmäßige gynäkologische Vorstellung erfolgt und weise auch darauf hin und gucke natürlich nach den Symptomen, mache eine Anamnese und frage: „Wie treten denn diese Symptome auf?“

Häufig habe ich die Patienten auch in der Notfallsituation, sprich am Wochenende. Die kommen dann mit einer plötzlichen Panikattacke, einer Symptomatik, die sie so gar nicht kennen. Und dann sagen sie im Nachhinein: „Das schwankt jetzt schon die ganze Zeit und ich bin manchmal so antriebschwach. Manchmal komme ich überhaupt gar nicht aus dem Bett. Dann habe ich noch so ein Ohrrauschen“, und da ist es dann schon so, dass ich immer sage: „Wie sieht es denn dann aus, könnte das ein Thema für Sie sein, dass Sie da einmal nach mit Ihrem Gynäkologen gucken oder zu ihrem Gynäkologen gehen und das Thema mal ansprechen?“ Natürlich jetzt mit dem Interesse meinerseits ist das vermehrt gekommen. Ich glaube aber auch, dass generell das Thema Menopause vermehrt aufgenommen wird in die psychiatrische Fachwelt.

Katrin Simonsen:

Frau Schaudig, Sie haben ja schon so ein bisschen genannt, welche Frauen vielleicht besonders gefährdet sind. Sie haben dann das PMDS genannt, die „prämenstruelle dysphorische Störung“, das ist ja die schwerste Form der PMS – PMS kennt fast jede Frau. Ist das auch bei den PMS-Frauen so? Also wer das stark hat, sozusagen direkt vor der Regel Stimmungsschwankungen, immer in ein Tief rein sinkt, weinen muss ohne wirklich einen Grund, sind die da auch ein bisschen mehr gefährdet?

Dr. Katrin Schaudig:

Also was wir erleben, und das finde ich interessant, ich kenne aber keine gute Studie dazu, dass ich den Eindruck habe, dass die Frauen so jenseits der 40 dieses PMS oder PMDS – das sind ja fließende Übergänge, also man kann das jetzt nicht so streng trennen – dass die Frauen das stärker erleben, dass sie sagen: „Ich habe das immer schon gemerkt, dass ich anders drauf bin in der zweiten Zyklushälfte, aber jetzt nimmt es an Fahrt auf.“ Also fand ich ganz gut, Frau Markgräfe-Weisser, was Sie gesagt haben, die Affektion ist ja nicht nur die Depression, sondern auch die Aggression. Also: „Ich schreie meinen Mann an, schreie die Kinder an und mein Mann freut sich schon immer, wenn der erste Regeltag ist.“ Das ist ja so das PMDS, höre ich O-Ton so von Patienten.

Aber ich habe den Eindruck, dass diese Stimmungseinschränkung, also die dysphorische Störung, tatsächlich mit zunehmendem Alter mehr wird. Und da kann dann aus einem leichten PMS, dass die sagen: „Bisschen schlechter drauf“, dann sich doch deutlicher entwickeln. Und ich kann Ihnen nicht sagen, woran es liegt und es sind nicht Frauen, also es ist bitte kein Progesteronmangel, ganz im Gegenteil. Also wenn ich dann da messe, die haben genügend Progesteron.

Es gibt ja die Hypothese, dass das PMDS tatsächlich eine individuelle Verstoffwechslung im Gehirn ist für Progesteron beziehungsweise für dessen Stoffwechselprodukte und dass manche Frauen eben nicht gut auf ihr eigenes Progesteron reagieren und dass das sogar der Auslöser für dieses PMDS ist. Also der Reflex von Vielen ist dann immer: „Ich gebe mal Progesteron“, aber das ist möglicherweise genau das Falsche, darf man auf keinen Fall machen. Und warum die plötzlich da empfindlicher sind? Ich kann es Ihnen nicht sagen. Ich glaube, dass da noch andere Botenstoffe im Gehirn eine Rolle spielen, weil wir inzwischen wissen, dass bestimmte Botenstoffe im Gehirn auch die Hitzewallungen auslösen. Und es ist nicht direkt der Östrogenmangel, sondern das geht über den Umweg von bestimmten Neuronen,

ich sage jetzt mal das Wort, die „Candy-Neurone“ (KNDy-Neurone).

Und wir sind inzwischen in der Lage, genau das gezielt mit Medikamenten zu antagonisieren und vielleicht gelingt uns das irgendwann im Bereich der Depression auch. Es ist natürlich ein frommer Wunsch, aber ich frage mich, ob nicht da noch Vorgänge sind, die wir alle noch nicht richtig durchschaut haben. Also der Hormonmangel ist es in der Phase nicht. Und es ist wirklich interessant, dass diese Gefährdung, eine Depression zu entwickeln, vor allen Dingen in der Übergangsphase besteht. Nach der letzten Regelblutung, also wenn dieses Auf und Ab vorbei ist, dann sind zwar immer noch manche Frauen deutlich eingeschränkt in ihrer Stimmung, aber nicht so dramatisch. Und es ist so meine Erfahrung. Auch das Angststörungsthema taucht vor allen Dingen in der Perimenopause auf. Also so als O-Ton, Patienten sagen mir dann plötzlich: „Ich kann nicht mehr durch den Elbtunnel fahren“ und es ist neu, das hatten die vielleicht noch nie. Also: „Ich bin da, kriege eine Panikattacke und das kann ich nicht mehr“ oder „Ich kann nicht mehr Auto fahren“.

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Also ich finde es mit dem Elbtunnel jetzt ... da musste ich jetzt auch ein bisschen schmunzeln. Weil wenn ich in Hamburg wohnen würde, wäre das wahrscheinlich eine Patientin, die sich typischerweise vorstellen würde in der Notfallambulanz die: „Was hab ich denn hier? Ich habe das noch nie gehabt.“ So eine Panikattacke ist total unangenehm in einer Situation. Eigentlich ist es eine normale Angstreaktion, die da, wo man Angst haben soll – also sprich, wenn man jetzt auf einem Zebrastreifen ist und das Auto kommt angerauscht, dann soll man Angst haben, damit man bitte in Wallungen kommt und da von der Straße springt, dass nichts passiert. Da merkt man auch nicht die Angstsymptome. Aber wenn man jetzt in der Ruhe ist, also wenn man entspannt in den Elbtunnel reinfahren kann oder entspannt im Kino sitzt oder im Theater sitzt oder in einer Besprechung sitzt und plötzlich kriegt man da so eine

Panikattacke, eine Hitzewallung, da kann man schon Angst bekommen. Und das ist wirklich klassisch, dass die Patienten sich dann auch notfallmäßig mal in der psychiatrischen Ambulanz vorstellen und sagen: „Ich weiß nicht, was das ist. Ich glaube, ich kriege einen Herzinfarkt und ich denke, ich muss sterben.“

Katrin Simonsen:

Wie ist es eigentlich bei Frauen, die eh schon immer, sozusagen schon seit der Jugend vielleicht, mit Depressionen, Angststörungen zu tun haben und da vielleicht ganz gut eingestellt sind? Wird sich das bei denen vielleicht dann in der Perimenopause verschlechtern?

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Ich würde sagen, das kann man sich sehr gut vorstellen. Also ich denke, dass man bei solchen Patienten auf jeden Fall genauer gucken sollte. Meistens sind die Patienten ja in einem längerfristigen Therapieverlauf, sei es jetzt psychiatrisch oder psychotherapeutisch. Und ich würde die Patienten in so einer Phase immer ein bisschen genauer beobachten und einfach auch konkret danach fragen.

Also ganz häufig sind die ja auch entlastet, wenn die Patienten merken: „Ah, mein Therapeut, mein Arzt, der guckt schon auch nach mir und fragt und hat das auf dem Schirm. Und wenn ich merke, mir geht es nicht gut, dann kann ich mich dahin wenden.“ Das kann schon auch eine Entlastung sein. Und ich denke, das ist wichtig, dass man bei eben sensibilisierten oder vorbelasteten Patienten eben einfach ein bisschen genauer guckt in solchen Phasen.

Katrin Simonsen:

Wir wollen mal ein paar Begriffe klären, weil vielleicht die eine oder andere, die uns jetzt zuhört, sagt: „Stimmungsschwankungen kenne ich. Manchmal bin ich auch irgendwie schlecht drauf, würde eigentlich lieber im Bett liegen bleiben als zur Arbeit zu gehen.“ Wie unterscheide ich eigentlich Stimmungsschwankungen, depressive Episode und eine Depression?

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Von den Fachbegriffen, das ist so, also man kann rein theoretisch einmal eine einmalige

depressive Episode haben. Das kann ein einmaliges Ereignis sein. Das muss auch nie wieder vorkommen. Dann würde man dann noch unterscheiden, dass es eine rezidivierende depressive Störung gibt. Es heißt, es tritt irgendwann auf und immer mal wieder kommt es eben zu depressiven Phasen. Und da gibt es genaue Kriterien.

Also die Vergabe der Diagnose einer Depression, da fußt es auf den speziellen Kriterien. Es gibt sogenannte Haupt- und Nebenkriterien. Es gibt drei Hauptkriterien, das ist zum einen eine gedrückte, eine depressive Stimmung, dann der Interessensverlust unter Antriebsmangel. Und dann spricht man noch von sogenannten Nebenkriterien, darunter kann man Konzentrationsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen nennen, verminderter Selbstwert oder vermindertes Selbstvertrauen, zum Teil Schuldgefühle, sich wertlos fühlen, gesteigerter Appetit, meistens aber eher ein verminderter Appetit, Schlafstörungen bis hin dann auch zu Suizidgedanken.

Und man teilt das ganz genau ein. Also man spricht von einer Depression, wenn eben zwei Haupt- und zwei Nebenkriterien erfüllt sind und das mindestens für zwei Wochen. Wobei man da auch immer sagen musste, jetzt klingt „zwei Wochen“ – das ist ein relativ kurzer Zeitraum, das wird immer wieder diskutiert. Man guckt schon auch als Psychiater, als Facharzt: „Wie ist der Stand jetzt und wie war das vorher?“ Meistens kommen die Patienten ja zu uns und sagen: „Mir geht es schon seit zwei, drei Monaten richtig schlecht, wenn nicht noch länger.“ Also viele Patienten halten es ja sehr, sehr lange aus. Von daher ist es dann meistens ein bisschen einfacher für uns, wir müssen jetzt nicht warten: „Okay, jetzt fehlt noch ein Tag für die zwei Wochen“, sondern meistens kommen die eigentlich schon und sagen: „Eigentlich komme ich gar nicht mehr so richtig aus dem Tief heraus.“

Und wenn man sagt, man hat zwei Haupt- und zwei Nebenkriterien erfüllt, das wäre dann eine leichte depressive Episode, dann kann man noch von einer mittelgradigen und einer

schweren depressiven Episode sprechen. Wo bei man dann wirklich auch bei mittelgradig, da müssen zwei Haupt- und drei bis vier Nebenkriterien erfüllt sein und bei einer schweren depressiven Episode müssen alle drei Hauptkriterien und mindestens vier Nebenkriterien erfüllt werden.

Katrin Simonsen:

Weil wir uns die vielleicht jetzt alle nicht gemerkt haben, die Kriterien, bei dieser schweren Depression, was müsste da alles erfüllt sein?

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Also alle drei Hauptkriterien, also eine gedrückte depressive Verstimmung, der Interessesverlust und der Antriebsmangel. Das sind die drei Hauptkriterien und dann von den Nebenkriterien eben noch vier. Sei es beispielsweise eine Appetitveränderung, Appetitverlust, eine Schlafstörung, Konzentrationsstörung, Suizidgedanken, dass man wirklich nicht mehr genau weiß, wie man weiterkommt. Libidoverlust kann auch dazu kommen. Genau, das wäre dann eine schwere depressive Episode und die gehört auf jeden Fall dann auch medikamentös behandelt.

Katrin Simonsen:

Und jetzt viel hier gleich zweimal das Wort Suizidgedanken, damit ist nicht zu spaßen. Solltet ihr solche Gedanken haben, holt euch dringend Hilfe, wendet euch an euren Arzt oder eure Ärztin oder ruft die Hotline der deutschen Depressionshilfe an oder auch die Telefonseelsorge. Die Nummern findet ihr bei uns in den Shownotes.

Aber wie finde ich heraus, ob das wirklich jetzt mit den Wechseljahren zu tun hat oder ob ich eben „einfach so“ eine Depression bekommen habe?

22:11

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Das ist eine ganz berechtigte Frage. Manchmal kann man das, wenn der Patient das erste Mal kommt, nicht immer ganz sicher trennen. Wenn jetzt eine Frau im Alter von Anfang 40,

Mitte 40 zu mir kommt und schildert mir wirklich: „Ich habe das seit drei Monaten, konstant durchgängig fühle ich mich... – alle Kriterien erfüllt.“ Dann würde ich zumindest erst mal von einer depressiven Episode ausgehen. Und die sagt: „Da sind keine relativen Schwankungen dabei“, sodass ich da dann anfangen würde, mit ihr zu besprechen, wie machen wir weiter: Machen wir das psychotherapeutisch und oder medikamentös?

Wenn die Patientin aber jetzt berichtet: „Naja, also es schwankt schon im Verlauf immer mal wieder. Ich habe auch wirklich gute Tage. Ich kriege mein Alltag im Großen und Ganzen hin. Dann gibt es wieder einzelne Tage, wo ich schon in gedrückter Stimmung bin, der Antrieb ist schwierig.“ Und dann fängt es eben an, dass man da abgrenzen muss und das muss man dann auch schon über den Verlauf sehen. Also bei einer Erstvorstellung das dann genau rauszuarbeiten, das versucht man natürlich. Aber dass es immer gelingt, das ist manchmal wirklich schwierig.

Dr. Katrin Schaudig:

Da muss ich noch mal einhaken. Die Übergänge sind ja fließend. Wir haben ja vorhin gesagt, in den Wechseljahren besteht das hohe Risiko für eine manifeste Depression, das heißt die Frauen, die auch eine entsprechende Vorgeschichte haben, aber auch ehrlich gesagt manche, die das nicht haben, das fängt vielleicht an mit so nicht gut drauf sein, antriebsarm und dann entwickelt sich eine manifeste Depression. Das ist auch für uns als Gynäkologen extrem wichtig. Aber wir können mal sagen: „Na ja, das liegt jetzt an den Wechseljahren.“ Aber wir dürfen den Zeitpunkt nicht verpassen, wo wir unbedingt den Psychiater oder die Psychiaterin mit ins Boot holen müssen und dann ist es ja ein dualer Behandlungsansatz.

Also es gibt eine Arbeit, glaube ich, weiß nicht, ob es ein oder zwei sind, die gezeigt haben, dass die Kombination aus Hormontherapie und Antidepressiva, und das ist ja dann die Domäne der Psychiater, dass die Kombination dann doch am besten sogar hilft. Also das finde ich jetzt auch spannend. Also das heißt, man muss

das gar nicht unbedingt trennen. Man darf nur nicht verpassen, dass es jetzt wirklich ganz schlimm wird. Ich glaube, das ist für uns Gynäkologen die absolute Herausforderung, dass wir rechtzeitig sagen: „Jetzt muss ein Psychiater ins Boot!“

Katrin Simonsen:

Frau Schaudig, was machen Sie denn da für Erfahrungen mit der Hormontherapie? Also was hilft da ganz gut, wenn jetzt Patientinnen zu Ihnen kommen, die sagen: „Irgendwie mit meiner Stimmung, das wird immer schlimmer. Und es ist nicht nur sozusagen zyklisch, sondern eigentlich jetzt dauerhaft.“

Dr. Katrin Schaudig:

Also der Punkt ist, ich gucke natürlich auf das, was auch Frau Markgräfe-Weisser gerade sagte, ich gucke mir mal an, kann das jetzt auch ein Wechseljahresthema sein? Und wenn die zwischen 40 und 50 ist, denke ich natürlich da dran. Dann haben wir ja schon ein paar Mal gesagt, da kommt man mit dieser bioidentischen Hormontherapie nicht wirklich weiter, weil die Schwankungen gehen einfach weiter so und nur auf höherem Niveau.

Ich erlebe es auch immer wieder, dass die Frauen mir erzählen: „Ja, ich habe jetzt mal Progesteron genommen und da habe ich zwar ein bisschen besser geschlafen, aber das andere ist nicht besser geworden.“ Das heißt, das ist eigentlich die Phase, wo wir dann den Frauen zum Beispiel eine östrogenfreie Pille geben, um quasi die Schwankungen des Eierstocks rauszunehmen. Was wir damit auch unterdrücken, sind die Steuerungshormone und ich habe ja vorhin gesagt, was die eigentlich in dieser ganzen Geschichte für eine Rolle spielen, das wissen wir ja gar nicht genau, aber die holen wir runter.

Katrin Simonsen:

Um es noch mal zu erklären, die Steuerungshormone, das ist zum Beispiel dieses FSH, „follikel-simulierendes Hormon“?

Dr. Katrin Schaudig:

Hm genau (*stimmt zu*), das FSH. Und die Hypophyse, also die Anhangsdrüse, da wird das FSH und LH ausgeschüttet. FSH lässt den Follikel reifen, das steht für „follikelreifendes Hormon“ oder „-stimulierendes Hormon“. Und das LH ist das Hormon, was dann den Eisprung auslöst. Wir brauchen beide und die Hirnanhangsdrüse spielt so ein bisschen verrückt, weil die das Gefühl hat: „Oh mein Gott, die Frau ovuliert ja gar nicht mehr. Die hat ja gar keinen Eisprung mehr da, da müssen wir sofort etwas unternehmen“, dann wird ganz viel FSH ausgeschüttet. Das wiederum wird aber noch mal von einer Etage weiter oben im Zwischenhirn gesteuert. Also da sind schon viele Player mit unterwegs.

Unsere Erfahrung, weil das war, was Sie hören wollten, ist, wir geben gerne eine östrogenfreie Pille, fahren die ganze Steuerung damit runter. Dann müssen wir allerdings gerade in dieser Lebensphase, wo der Eierstock eh nicht mehr so perfekt arbeitet, oft ein bisschen Östrogen dazugeben. Das ist so ein bisschen Fingerspitzengefühl. Wieviel braucht die? Da ist auch jede Frau unterschiedlich. Aber mit dieser Methode haben wir tatsächlich schon seit vielen Jahren echt gute Erfolge in dieser Phase.

Katrin Simonsen:

Und jetzt ist natürlich die Frage, die sich viele Frauen stellen: „Wann muss ich denn dann ein Antidepressivum doch noch dazu nehmen?“

Dr. Katrin Schaudig:

Jetzt, Frau Markgräfe-Weisser, Ihr Auftritt!

(alle lachen)

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Also wenn die Kriterien für eine schwere depressive Episode erfüllt sind, dann sollte man auf jeden Fall eine medikamentöse Therapie beginnen. Bei einer leichtgradigen depressiven Episode würde man mit einer psychotherapeutischen Begleitung anfangen. Bei mittelgradig depressiven Episoden kann man diskutieren. Also kann man sowohl beides machen, also psychotherapeutisch als auch Antidepressiva.

Aber der Zeitpunkt bei einer, wenn die Kriterien für eine schwere depressive Episode erfüllt sind, dann würde ich antidepressiv auf jeden Fall behandeln.

Katrin Simonsen:

Ich komme jetzt mal zu unserer ersten Hörerinnenmail. Unsere Hörerin ist 52 Jahre alt und hat seit einem Jahr Schlafstörungen, Hitzewallungen, innere Unruhe und depressive Verstimmungen. Die Ärzte sind sich jetzt uneinig, ob die Symptome mit den Wechseljahren zusammenhängen oder ein psychisches Symptom sind. Ein Antidepressivum musste sie absetzen, weil es ihre Prolaktin-Werte, das ist das Hormon der Hirnanhangdrüse, erhöht hat. Die Hörerin hatte vor 23 Jahren mal ein Prolaktinom. Ihr Endokrinologe verschrieb ihr dann einen Hub Gynokadin, abends 200 mg Progesteron. Alle ein bis zwei Monate kommen aber Unruhe und depressive Verstimmungen zurück. Das dauert dann mehrere Tage bis zu einer Woche. Wo könnte man hier ansetzen? Ist das etwas, was mit den Wechseljahren zusammenhängt?

Dr. Katrin Schaudig:

Naja, die Patientin ist 52, hat Schlafstörungen, Hitzewallung, jetzt wäre noch die Frage, hat sie jetzt, glaube ich, nicht gesagt, ob sie noch blutet oder nicht. Aber meine Fantasie wäre: Das Progesteron hat ja durchaus einen gewissen sedierenden Effekt und verbessert auch den Schlaf, was dann indirekt schon auch depressive Verstimmung verbessern kann.

Aber dass die dann immer mal so Anfälle kriegt, wo es deutlich schlechter wird, da habe ich immer die Fantasie: „Aha, jetzt spielt der Eierstock mal wieder verrückt und die Steuerungshormone.“ Also bei so einer Situation würde ich lieber dieses Thema mit östrogenfreier Pille versuchen. Das hängt aber davon ab, ob die jetzt sagt: „Ich habe schon vor vier Jahren die letzte Regelblutung gehabt.“ Dann würde ich sagen, nee, dann würde ich das nicht mehr machen. Also es kommt schon auf den Fall an. Und ich muss noch mal sagen, es gibt ja auch Antidepressiva, die nicht zu einer Prolaktinwert-Erhöhung führen.

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Und die Frage wäre natürlich auch, hat denn das Antidepressivum geholfen? Also das hat sie jetzt gar nicht geschrieben.

Katrin Simonsen:

Nein, das hat sie nicht geschrieben.

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Weil das wäre ja dann mal Frage. Ich weiß nicht, wie lange sie es genommen hat und ob sie es in einer Dosierung genommen hat, die jetzt auch adäquat antidepressiv wirkt. Man muss ja Antidepressiva einschleichen, aber das wäre ja vielleicht auch noch einmal eine Frage, ob sie einen Effekt gehabt hat, ob das etwas geholfen hat.

Katrin Simonsen:

Also ist sozusagen Frau Schaudigs Überlegung, wenn sie noch blutet, mit so einer Gestagen-Pille zu arbeiten. Und vielleicht ein anderes Antidepressivum doch noch mal zu probieren.

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Genau. Und die Frage ... Wenn ich es jetzt noch richtig weiß, also sie hat ja maximal einige Tage bis eine Woche diese Symptome, glaub ich. Also formal, wenn man streng ist, sind es jetzt die Kriterien für eine Depression nicht. Eine Dysthymie könnte es schon sein, das ist ja so eine anhaltende depressive Störung, die über mehrere Jahre hinweggeht. Da sind die Kriterien für eine depressive Episode nicht im Vollbild erfüllt. Das kann man Differentialdiagnostik ja noch mal in den Raum werfen einfach. Aber im Prinzip kann man auch ein anderes Antidepressivum versuchen und einfach auch mal fragen, ob sie dann einen Effekt hatte von dem Antidepressivum.

Katrin Simonsen:

Ich lese Ihnen noch eine andere Hörerinnenmail vor. Da ist tatsächlich diese Frage: „Woher weiß ich denn, woran es liegt?“ Die Hörerin ist 46, wird seit drei Jahren, also seit sie 43 ist, wegen Depressionen behandelt. Allerdings nimmt sie keine Medikamente. Nun sind Depressionen, Stimmungsschwankungen, Konzentrationsprobleme, Schlafstörungen aber so stark geworden, dass sie ihren Beruf aufgeben

musste. Ihr Therapeut meint: „Das hat alles nichts mit den Hormonen zu tun.“ Sie selbst glaubt aber, dass es an den Hormonen liegen könnte. Ihre Blutungen sind unregelmäßig und sie hat starke Hitzewallungen.

31:26

Dr. Katrin Schaudig:

Aus mir bricht es förmlich heraus. Also es macht mich unglaublich wütend, dass der Therapeut einfach so sagt: „Es hat nichts mit den Hormonen zu tun“, denn ich finde alles, was da gesagt wird, spricht leider dafür, dass es sehr wohl was mit Hormonen zu tun hat.

Und nochmal, es ist tatsächlich diese Perimenopause, wo das Gehirn besonders vulnerabel ist. Und es geht vielleicht schon los, wenn überhaupt noch niemand an Wechseljahre denkt und ich sehe immer wieder Patienten, die mir erstens erzählen: „Ja, vor drei Jahren war der Zyklus mal vielleicht ein bisschen unregelmäßig“, das nehmen, die oft gar nicht war. „Und dann hatte ich die erste Panikattacke.“ Dann fängt sich das vielleicht wieder ein. Aber dann kommen sie ein, zwei, drei Jahre später und ich habe schon immer die Fantasie, diese Nummer da vor drei Jahren mit der Panikattacke, die war bereits das erste Anzeichen. Ähnlich ist, dass die dann in Burn-out rutschen und so weiter. Und die musste den Beruf aufgeben, das ist doch ein Drama! Ja, das können wir uns doch auch als Gesellschaft gar nicht erlauben. Und es macht mich wirklich wütend, Entschuldigung, wenn ich das sage, dass der Therapeut einfach so sagt: „Es hat nichts mit Hormonen zu tun.“

Ich sehe umgekehrt gelegentlich Frauen, die sind 30, und die werden mir vom Therapeuten geschickt: „Können Sie mal gucken, ob hormonell alles in Ordnung ist?“ Da finde ich dann wirklich in der Tat ganz oft gar nichts. Aber gerade bei jemandem, der 46 ist, der sonst alle Kriterien für Wechseljahre erfüllt oder für beginnende, da muss ich gestehen, die würde ich – ich muss es wieder wiederholen – wieder mit so einer Suppressions-Therapie behandeln.

Also sprich Zyklus runterfahren, ordentlich Östrogen dazu. Das ist vielleicht noch einmal ein wichtiger Punkt. Man muss dann auch Östrogene dazugeben, weil das fehlt denen sonst und das auch nicht gut für die Stimmung. Also, ich würde sagen: „Hormone unbedingt!“

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Ich wundere mich so ein bisschen, dass sie kein Medikament bekommen hat, weil gerade auch bei Schlafstörungen und so ... Ich weiß, einige Antidepressiva haben ja auch so eine schlaffördernde Wirkung, wenn man die ganz minimal dosiert?

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Genau, also ich kann auch Frau Schaudig nur zustimmen. Ich kann das auch nicht ganz nachvollziehen. Also ich habe mich auch gefragt, wenn die drei Jahre lang wegen einer Depression in Behandlung ist, wahrscheinlich ja dann psychotherapeutisch, also rein psychotherapeutisch, wenn sie keine Medikamente nimmt, und jetzt wird das Ganze im Verlauf eigentlich schlimmer, dann muss man ja irgendwie reagieren. Also die Patientin hat ja einen Leidensdruck, zumindest so, wie sie das schildert. Und ich würde es genauso sehen. Ich würde als Therapeut sagen: „Bitte erst mal eine gynäkologische Vorstellung!“ Und wenn sie dann selber sagt, sie steht den Antidepressiva etwas kritisch gegenüber, dann macht es vielleicht sogar noch doppelt Sinn, erst mal gynäkologisch zu gucken und dann mit ihr Vor- und Nachteile einer antidepressiven Therapie, wenn die dann überhaupt noch nötig ist, zu besprechen.

Katrin Simonsen:

Wie ist es eigentlich mit diesen Antidepressiva? Viele Frauen haben da so ein bisschen Hemmungen, die zu nehmen, weil sie denken: „Oh, die werde ich dann nicht mehr los.“ Aber wie ist denn das, kann man auch sagen: „Wir nehmen das eben mal eine Weile und dann ist es wieder gut, dann können Sie die absetzen“ oder bleibt man dann drauf hängen eigentlich?

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Nein, also leitliniengemäß muss ... also man

sollte immer diskutieren, ob das Medikament, was man angesetzt hat, noch indiziert ist. Wenn man jetzt eine einmalige depressive Episode hat und Medikamente bekommt, dann wird gesagt, dass man eigentlich sechs bis neun Monate das Medikament nehmen soll, das Antidepressivum, um einfach eine Stabilisierung zu erreichen und dann das langsam wieder auszuschleichen, zumindest auch mit der Patientin zu diskutieren. Und das auch nicht abrupt absetzen, sondern langsam ausschleichen und gucken, wie es der Patientin geht.

Wenn es jetzt eine Patientin ist, die seit 20 Jahren immer wieder Depressionen hat, also quasi eine rezidivierende depressive Störung hat, dann wäre ich sehr vorsichtig, das Medikament abzusetzen. Aber auch da kommt jetzt wieder mein gerontopsychiatrischer Aspekt: Also die Medikamente, die ich vor 20 Jahren angesetzt habe, alles im Körper wird ja älter, die Leber wird älter, die Niere wird älter, alles braucht es dann vielleicht auch gar nicht mehr in der Dosierung. Und da muss man dann schon klinisch gucken: Wie geht es der Patientin? Verträgt sie dieses Antidepressivum in der Dosierung noch? Also es ist eigentlich ein kontinuierlicher Verlauf bei Patienten, die eine chronische Erkrankung haben, um zu gucken, ist das Medikament jetzt noch so indiziert oder nicht?

Katrin Simonsen:

Aber man muss da per se keine Angst vor haben? Es ist tatsächlich üblich, dass auch Frauen in dieser Phase, also wenn es gerade besonders schlimm wird sozusagen, dass man sie vielleicht nicht nur mit einer Hormontherapie unterstützt, sondern ihnen auch mal eine Weile ein Antidepressivum gibt?

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Also das wäre mir sehr recht, wenn wir wirklich klarstellen, dass Antidepressiva, dass man davor keine Angst haben muss. Es ist immer ratlos, wenn die Antidepressiva, also man bekommt die ja auch gar nicht frei verkäuflich, das sollte unter ärztlicher Kontrolle sein und man dosiert die ein, man dosiert die ab, man fragt auch den Patienten: „Wie geht es ihr?“

Man macht Scores, man kann wirklich gucken, ist da jetzt eine Verbesserung? Also das kann man dann schon auch wirklich schriftlich machen, meistens haben die Patienten auch eine psychotherapeutische Begleitung. Und dann, wenn das wirklich fachgerecht eingesetzt ist, muss man keine Sorge haben vor Antidepressiva.

Katrin Simonsen:

Frau Schaudig, dürfen Sie die eigentlich auch verschreiben, als Frauenärztin?

Dr. Katrin Schaudig:

Jein. Also ich mache das persönlich, sagen wir mal so, nicht so gerne, also dass ich es einleite, weil ich finde, da möchte ich wirklich die Expertise vom Facharzt für Psychiatrie und Neurologie haben. Wir geben ganz manchmal beim „Prämenstruellen dysphorischen Syndrom“, wenn es gute Daten gibt – wenn die Patienten keine Hormone nehmen wollen, denn auch das behandeln wir mit Unterdrückung des Eisprungs – dann geben wir manchmal diese Serotonin-Wiederaufnahmehemmer. Streng genommen müssen wir das schwierig rechtfertigen. Aber ich glaube, wenn es da jetzt ein Problem gäbe, könnte man es machen. Aber ich versuche es lieber in Kooperation mit einem Neurologen zu machen oder beim Psychiater und dann wäre ich aber vorsichtig, also grundsätzlich dürfen wir es eigentlich nicht.

Katrin Simonsen:

Steffi hat uns geschrieben, die ist 48 und fragt sich, inwieweit ihre Depression mit den Wechseljahren zu tun haben. Das Ganze begann mit Mitte 40 und ihre depressiven Symptome decken sich mit den Wechseljahresbeschwerden: Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, schnell wütend, Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, Konzentrationsprobleme. Die Diagnose Depression hat sie erst mal nicht angezweifelt, das war wohl auch eine sehr schwierige Zeit in ihrer Familie, im Alltag. Nun nimmt sie seit zwei Jahren Antidepressiva und fragt sich, ob sie die vielleicht reduzieren könnte, wenn sie auch mit einer Hormonersatztherapie beginnt.

Dr. Katrin Schaudig:

Also ich muss jetzt mal dazu noch einmal sagen, der Punkt ist natürlich ist so, jetzt gibt es die boshafte Menschen, die sagen würden: „Jetzt muss ich mich zwischen Pest und Cholera entscheiden.“ Also es gibt Leute, wenn die ein Antidepressivum sehen, dann kriegen die sofort: „Nee, mach ich gar nicht“, weil, da bin ich auch ganz bei Ihnen, Frau Markgräfe-Weisser, die Ansicht über Antidepressiva ist ja in weiten Teilen der Bevölkerung wirklich so: „Oh mein Gott, jetzt kann ich ja gleich in die Klappsmühle“, so ungefähr, was ein ganz falscher Ansatz ist. Also ich gebe Antibiotika gegen eine Entzündung und Antidepressiva gegen die Depression, die muss ich natürlich länger nehmen.

Also ich glaube so ein bisschen, zum einen muss man sich fragen, Antidepressiva helfen. Aber es gibt ja auch die Gruppe, die sagt: „Auf gar keinen Fall Hormone nehmen.“ Also das ist so ein bisschen: „Ja, was mache ich denn jetzt eigentlich?“ Ich bin Hormonexperte und ich glaube, alle, die diesen Podcast gehört haben, wissen, ich habe jetzt nicht so eine große Scheu vor Hormonanwendung. Wobei es gibt natürlich auch Patienten, die dürfen sie nicht nehmen. Und wenn jemand sagt, partout: „Ich will das nicht“, dann ist auch das Antidepressivum eine gute Variante.

Und noch mal, ich habe es vorhin ja schon gesagt, bei manchen Patienten ist sogar beides ideal. Damit braucht man weniger Antidepressivum und kann es mit Hormonen unterstützen, also beides ist möglich. Aber ich würde hier auf jeden Fall auch einen Hormonversuch machen, weil ich glaube, dass man mit den Hormonen nochmal ein Teil der Symptome noch besser hinkriegt als mit einem Antidepressivum.

Katrin Simonsen:

Welchen Teil?

Dr. Katrin Schaudig:

Zum Beispiel Hitzewallungen, wobei ich glaube, die Patientin hatte jetzt gar nicht so Hitzewallungen. Aber die Hitzewallungen kriegt man

weg, vielleicht hilft es auch besser gegen die Schlafstörungen. Das kommt so ein bisschen darauf an, welches Antidepressivum ich einsetze. Bitte korrigieren Sie mich, Frau Markgräfe-Weisser, aber zum Beispiel die SSRIs, also die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer sind jetzt nicht so der Bringer, was Schlafstörungen angeht.

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Genau, gar nicht, genau. Also man unterscheidet zwischen Antidepressiva, die eher antriebssteigernd sind und Antidepressiva, die eben etwas antriebsreduzierend sind. Und meistens haben die dann ja eben auch diese schlafanstoßende oder schlafunterstützende Wirkung. Also im Prinzip bei der Patientin, sie spielt ja mit dem Gedanken, mit einer Hormontherapie zu beginnen. Und das eine schließt das andere ja nicht aus. Und wenn die Patientin einfach wirklich dann in gynäkologischer und psychiatrischer Behandlung ist, im besten Fall kommunizieren die beiden Kollegen miteinander und dann kann man ja wirklich gucken: „Wie geht es der Patientin, wenn man es eindosiert hat?“ Und wenn man dann vorsichtig die antidepressive Medikation abdosiert, also das finde ich, ist eigentlich fast immer der gängigste Weg.

Also ich glaube, jeder Arzt würde am liebsten die Therapie seinen Patienten angedeihen lassen, wo er weiß: „Okay, das hilft auf jeden Fall.“ Manchmal weiß man das ja im Vorfeld nicht und dann muss man einfach ganz offen mit dem Patienten besprechen. „Ich denke jetzt, das wäre der richtige Weg. Ich möchte Ihnen das empfehlen, es gibt den und den anderen Weg. Mein Vorschlag wäre, wir können aber jederzeit, wenn Sie sich mit der Therapie nicht wohlfühlen, einen anderen Weg gehen.“

41:14

Katrin Simonsen:

Na ich stelle mir auch so Patientinnen vor, die vielleicht schon seit vielen Jahren Antidepressiva nehmen und dann werden die Symptome schlimmer. Und dann müsste man die vielleicht nicht aufstocken, wenn sie eine Hormontherapie macht.

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Also man kann das auf jeden Fall diskutieren oder man sollte das sogar auch diskutieren. Der Weg also „wer heilt, hat recht“, das ist so ein ganz blöder Spruch eigentlich, aber da ist viel dran.

Katrin Simonsen:

Den hören wir oft hier in dem Podcast.

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Also ich meine, dass, wenn wir es denn wüssten, würden wir es ja alle genauso machen, dass es dem Patienten gleich sehr gut geht. Und manchmal braucht es einfach ein paar Umwege. Ich mache die Erfahrung, wenn man mit dem Patienten offen kommuniziert, warum man was wie jetzt macht und wie lange, vielleicht aber auch sagt: „Ja, wir machen das jetzt drei Monate und wenn das nicht funktioniert, dann gehen wir den anderen Weg.“ Das muss man dann natürlich auch einhalten.

Dr. Katrin Schaudig:

Es gibt diese eine Studie, die ich vorhin zitiert habe, dass es tatsächlich so ist, dass die Kombi von Antidepressivum plus Hormonen bei den Frauen mit einer manifesten Depression in den Wechseljahren besser ist als nur eins von beiden.

Das Problem ist natürlich so ein bisschen, dieses ganze Thema ist schwer zu untersuchen in Studien. Und Sie haben vorhin mal gefragt, Frau Simonsen, wie häufig das alles eigentlich ist. Ich glaube einfach, dass gerade der Beginn der Wechseljahre oder Beginn der Perimenopause, der aus meiner Sicht eindeutig einhergeht mit mehr Auftreten von psychischen Symptomen, dass der aber gar nicht so als solches wahrgenommen wird. Das heißt, die Patienten fallen schon mal alle raus aus den Studien. Die ganzen Studien zu Peri- und Postmenopause beziehen sich auf die Frauen, die entweder gar keine Regel mehr haben, also in der Postmenopause sind, oder auf die, wo es schon wirklich starke Zyklusstörungen sind. Also wo man sagt: „Ja, die ist eindeutig perimenopausal“, also wo der Zyklus mal einen

Monat aussetzt oder so. Aber es geht ja eigentlich um die Frauen, die gerade so an der Schwelle stehen, die fallen bei den Studien durch die Maschen. Weil es gibt keinen Parameter, auch nicht im Blut oder irgendetwas, woran ich das dingfest machen kann.

Ich werde ja von den Patienten auch immer wieder gefragt: „Hilft ein Hormonstatus?“ Nein, er hilft leider gar nicht, weil das alles noch relativ normal ist, was übrigens dafür spricht, dass es noch einmal Botenstoffe im Gehirn sind, die wir gar nicht messen können, die eigentlich zu diesem Durcheinander führen. Also das ist, glaube ich, das Problem da dran. Und deswegen wird es auch schwer sein, eine gute Studie zu machen, wo Sie genau das nachweisen könnten.

Katrin Simonsen:

Ich will noch mal zu diesen Vorurteilen gegen Antidepressiva zurückkommen. Ich glaube, der Hintergrund ist auch, dass man so denkt: „Dann werde ich abhängig, da komme ich nicht mehr weg davon.“ Und Nicole hat uns geschrieben, sie nimmt seit der Geburt ihrer zweiten Tochter Citalopram, das ist ein Antidepressivum, und konnte es über vier Jahre nicht absetzen. Sie hatte immer starke Entzugssymptome. Jetzt ist sie auf Tropfen umgestiegen und kann jetzt langsam reduzieren.

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Ich würde gerne die Entzugssymptome ein bisschen umdeuten. Also ich denke, sind Absetzphänomene, die sie dann beschreibt. Also die Medikamente, die man gibt, die sollen ja aufs Gehirn wirken. Die Problematik, die depressive Verstimmung, das ist ja ein Problem, also eine Erkrankung im Gehirn und das Gehirn reagiert empfindlich. Das heißt, wir dosieren ja die Medikamente ein, um einfach Nebenwirkungen zu vermeiden, dass sich das Gehirn langsam daran gewöhnt. Wenn man das Medikament jetzt schlagartig absetzen würde, dann findet das Gehirn das auch nicht so gut und zeigt eben sogenannte Absetzphänomene oder vielleicht auch einen Rebound. Das bedeutet eben, dass es zu einem Rückfall kommt in eine Depression.

Aber eine Abhängigkeit, da hat man andere Kriterien. Man hat, wenn man sagt, man ist abhängig von einer Substanz, dann hat man wirklich den Wunsch oder den Zwang, dieses Medikament oder diese Droge und Alkohol, was auch immer, zu konsumieren. Die wenigsten Patienten, die Antidepressiva haben, möchten unbedingt dieses Antidepressivum nehmen, sonst passiert was: Kontrollverlust oder eine Toleranzentwicklung. Das bedeutet, dass man immer höhere Dosierungen geben muss, um den gleichen Effekt zu erreichen, das ist ja bei weitem auch nicht so. Sondern man pegelt sich dann ja ein und von daher, finde ich, das Wort „abhängig“ ist da in dem Sinne nicht richtig. Wenn man ein Medikamenten-Antidepressivum schnell absetzt, kann man unangenehme Missempfindungen haben, also sogenannte Absetzphänomene. Das ist aber nicht ein Entzugssymptom, was man jetzt beispielsweise hat, wenn man von Drogen oder Alkohol entzieht.

Katrin Simonsen:

Aber es ist schon offenbar doch nicht ganz so einfach für manche.

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Also deswegen für die Nicole, hieß sie glaube ich, ist es eine gute Sache, dass sie auf Tropfen umgestiegen ist, weil man das feiner dosieren kann. Und wenn ich es richtig rausgelesen habe, ich glaube, das kann sie jetzt ja langsam reduzieren. Jeder ist da auch ein bisschen anders. Manche merken gar nichts, wenn sie Medikamente absetzen. Manche sind wirklich ganz empfindlich, sodass die Variante des langsam Runterreduzierens eine gute Alternative ist. Und ja, so sollte man es eigentlich auch machen und dann klappt das auch.

Katrin Simonsen:

Nicole hat außerdem auch geschrieben, sie würde eigentlich gern mit der Gestagen-Pille beginnen und dürfte sie das Östradiol-Gel nehmen, obwohl Mutter und Tante mit über 50 Brustkrebs hatten? Allerdings war der wohl nicht hormonpositiv, schreibt sie.

Dr. Katrin Schaudig:

Also wenn es viele Brustkrebsfälle in der Familie gibt, insbesondere in jungen Jahren, okay die waren jetzt über 50, da müsste man noch mal genau fragen, war das 51 oder war es 61. Also wenn ich viele Fälle habe, dann rate ich immer zu einer humangenetischen Untersuchung. Was mir dabei auffällt, ist, dass insbesondere die genetisch bedingten Brustkrebsformen, dass die eben häufig nicht hormonabhängig sind. Deswegen hat bei mir da mal so ein bisschen die Alarmglocke geklingelt. Das muss man mal mit ihr diskutieren, ob sie sich da mal einer genetischen Untersuchung unterzieht. Ich würde auf keinen Fall sagen, dass sie keine Hormone nehmen darf. Also wir wissen ja, dass das durch Hormontherapie der Brustkrebs nicht entsteht, sondern dass er allenfalls gedüngt wird. Man muss natürlich bei ihr, wenn die mit Hormon anfängt, das würde ich dringend machen, unbedingt eine aktuelle Brustdiagnostik machen und dann muss man die Brust unter Therapie immer überwachen.

Aber die Frage ist auch, wenn die zum Beispiel noch eigene Hormone hat, dann ist es der Brust eigentlich „wurscht“, wo die Hormone herkommen, ob das eigene sind oder die zugeführten. Also solange es noch der eigene Zyklus ist, muss ich sagen, sehe ich dieses Risiko durch eine Hormoneinnahme sehr entspannt. Okay, das muss ich wirklich sagen. Aber man kann nicht global sagen: „Weil es da zwei Brustkrebsfälle in der Familie gibt, darf die keine Hormone nehmen.“ Das sage ich eigentlich nie, sondern ich diskutiere dann mit den Patienten, wie hoch ist der Leidensdruck? Was müssen wir für Voruntersuchungen machen? Das muss man tatsächlich sehr individuell machen. Und ein absolutes „Nein“ zu Hormonen würde ich in dem Fall auf gar keinen Fall geben.

Katrin Simonsen:

Wir haben jetzt viel ja schon wieder über diese Mono-Gestagen-Pille gesprochen, in den Beipackzetteln zu den Gestagenen steht auch als Nebenwirkung „kann Depressionen machen oder Depressionen verstärken“.

Dr. Katrin Schaudig:

Ich glaube, das ist noch mal eine Frage an mich. Das wird ja bei allen Antibabypillen diskutiert. Und es ist natürlich schon so, dass bei diesen Zulassungsstudien es eben immer mal Frauen gab, die depressive Verstimmungen angegeben haben. Ob das tatsächlich eine kausale Verbindung ist oder ob das Zufall ist oder ob es dadurch kommt, dass die dann in Östrogenmangel rutschen, das kann man ja nie sagen. Und Letzteres, was ich gerade schon mehrfach gesagt habe, das ist, glaube ich, wirklich die Krux: Man darf die dann nicht so lange alleine laufen lassen, sondern muss immer mal gucken, braucht die ein Östrogen dazu? Das braucht sie vielleicht nicht unbedingt und auch nicht von Anfang an. Aber meine klinische Erfahrung ist, je länger die das nehmen, dann brauchen die eben doch zusätzlich ein Östrogen. Das wird oft nicht gemacht, ist auch so ein bisschen *sophisticated* und speziell. Also da muss man dann schon mal genau hingucken, es ist also nicht so eine Standardnummer. Aber ich würde auf keinen Fall sagen, dass die Gestagen-Monopillen jetzt ein besonderes Risiko für Depressionen haben.

Grundsätzlich muss man bei jeder Form der Kontrazeption, auch bei der Antibabypille, das mit der Patientin thematisieren, dass es in Einzelfällen sich auf die Stimmung auswirken kann. Es wurde ja mal diskutiert, dass die Antibabypille zum Beispiel mit gehäuften Suiziden einhergeht. Aber da muss ich dann immer sagen, die Kontrollgruppe, gegen die das kontrolliert wurde, waren Frauen, die nicht hormonell verhüteten. Vielleicht haben die überhaupt nicht verhüten müssen, weil sie keine Beziehung haben und die Beziehung ist ja nun schon etwas, das mal depressiv machen kann. Ja ist so. Insofern kann ich diese Studie nicht ernst nehmen.

50:38

Katrin Simonsen:

Manche Frauen haben uns auch geschrieben, dass sie geschlucktes Progesteron nicht vertragen und berichten dann auch von depressiven Verstimmungen. Frau Schaudig, wir haben ja

schon von Schwindel erzählt, dass manche Frauen von geschlucktem Progesteron so Schwindel bekommen oder sich abgeschlagen fühlen. Depressive Verstimmungen?

Dr. Katrin Schaudig:

Naja also für die Frage bin ich ganz doll dankbar. Also das steht sogar im Beipackzettel vor dem Progesteron drin, dass es eine depressive Verstimmung als Nebenwirkung machen kann. Und jetzt erinnern Sie sich, wir haben auch vorhin schon darüber gesprochen, dass diese prämenstruelle depressive Verstimmung oder Dysphoria-Verstimmung, die ist ja in der Phase, wo wir Progesteron bilden, nach dem Eisprung. Und es gibt eben Frauen, die offensichtlich das Progesteron so verstoffwechseln oder da die Stoffwechselprodukte so am GABA-Rezeptor im Gehirn wirken, dass es eine Depression oder auch eine Aggression auslösen kann.

Und genau das Gleiche passiert, wenn ich Progesteron schlucke. Das wird in einen Stoff umgewandelt, der heißt Allopregnanolon, und der geht an den GABA-Rezeptor. Und bei Frauen, die dafür empfindlich sind, kann es genau das auslösen, eine depressive Verstimmung, übrigens auch den Schwindel und übrigens auch Kopfschmerzen. Das ist ein Phänomen, was ich nicht selten sehe, dass Frauen von geschluckten Progesteron Kopfschmerzen kriegen. Von manchen Therapeuten wird dann gesagt: „Dann nehmen Sie einfach weniger“, und da werde ich dann ganz nervös, weil dann der Endometrium-Schutz, also der Schutz der Gebärmutter Schleimhaut, nicht mehr sicher ist. Also man braucht genügend Progesteron. Aber wenn eine Frau auf die geschluckte Gabe negativ reagiert, kann man versuchen, es vaginal zu nehmen, dann ist diese Verstoffwechslung geringer. Oder man muss ein anderes Gestagen nehmen, dann ist zum Beispiel das Dydrogesteron, was dem sehr ähnlich ist, eine gute Alternative. Das macht diese zentralnervösen Nebenwirkungen nicht oder aber wenn die Frau noch eine Restfunktion hat, wird man ja eh nicht mehr östrogenfreie Pille nehmen.

Katrin Simonsen:

Hm, da passt ganz gut die Mail von der Anja

dazu. Die leidet seit 30 Jahren an einer Depression. Nun ist sie in den Wechseljahren angekommen und ihre Frauenärztin hat ihr erstmal orales Progesteron verschrieben. Sie hat jetzt Sorge, dass das die Depression fördern könnte. Wenn ich Sie jetzt richtig interpretiere, ist die Sorge nicht ganz unberechtigt, oder?

Dr. Katrin Schaudig:

Ja also ich muss sagen, dass ich bei den Frauen, wenn ich mit denen bespreche: „Was nehmen wir jetzt zur Hormonersatztherapie?“ Und okay, warum wollen alle Progesteron? Weil es quasi bioidentisch ist. Es ist natürlich auch und ein schönes Label. Ich frage immer: „Haben Sie früher unter PMDS gelitten oder PMS?“ Und wenn die „Ja“ sagt, „in der zweiten Zyklushälfte habe ich immer geheult“, dann fällt bei mir das Progesteron schon gleich raus, das nehme ich dann gar nicht erst. Jetzt muss man aber gucken bei Anja: Warum will die Frauenärztin ihr Progesteron geben? Will sie den Zyklus regulieren? Will sie den Schlaf fördern?

Also es ist ja nicht so, dass jede Frau auf das Progesteron mit Depressionen reagiert. Ich würde eher sagen ein kleiner Teil, aber das kann man schwer vorhersehen. Wenn die schon seit 30 Jahren eine Depression hat, ist deren Depression vielleicht auf einer ganz anderen Grundlage entstanden. Und deswegen kann man nicht grundsätzlich sagen: „Das Progesteron ist schlecht“, aber man muss das auf dem Schirm haben. Es kann es schlechter machen.

Es hat natürlich auf der anderen Seite den positiven Effekt, dass es so schön müde macht und die Frauen schön schlafen. Und es hat tatsächlich auch einen angstlösenden Effekt, es fährt die Frauen runter und sediert so ein bisschen. Das ist ja bei vielen Frauen ein toller Effekt, aber eben nicht bei allen. Und deswegen, jede Frau ist anders und man muss individuell entscheiden.

Katrin Simonsen:

Eine andere Hörerin hat uns geschrieben, 47 Jahre alt, hat seit einigen Monaten starke Wechseljahressymptome: Hitzewallungen,

Nachtschweiß, Schlafstörungen, in der Woche vor der Regel starke Kopfschmerzen. Seit 20 Jahren leidet sie zudem unter einer immer wiederkehrenden Depression und es wird schwerer, diese in den Griff zu bekommen. Sie hat nun eine Pille bekommen, die *Drovelis*. Da wurden die Symptome besser, aber die Depression wurde schlimmer. Nun versucht sie es mit niedrig dosiertem Östrogengel und Progesteron. Das tut ihr körperlich gut, aber die Depression wird auch stärker.

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Also wenn die Patientin seit 20 Jahren unter einer rezidivierenden depressiven Störung leidet, dann hat sie auf jeden Fall wahrscheinlich schon Erfahrungen mit ihren Medikamenten. Beziehungsweise vielleicht lohnt es sich an der Stelle dann auch mal, den Medikamentenspiegel zu bestimmen. Also das ist ja auch manchmal die Frage. Das machen die niedergelassenen Psychiater nicht unbedingt immer ganz so gerne, weil es sehr umständlich ist. Aber wenn man andere Medikamente, Hormone, was auch immer, noch zusätzlich dazu nimmt, ist auch die Frage, ob sie sonst noch was nimmt... Ich weiß nicht, die Dame ist jetzt, glaube ich, auch Ende 40 oder so?

Katrin Simonsen:

47.

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Da ist ja dann einfach auch nochmal die Frage: Ist denn mit dem Medikamentenspiegel auch alles in Ordnung? Ist die überhaupt noch im therapeutischen Bereich? Und was es sonst noch los bei ihr? Also wir sind immer so relativ viel dann auch immer klar bei den Medikamenten. Aber gerade, sage ich mal so, in einem Alter von Ende 40, die Frage ist: Was spielt da sonst noch Rolle gerade bei der Patientin? Was könnte die Depression oder die depressiven Symptome stärker machen? In was für einer Situation ist die Patientin sonst so?

Katrin Simonsen:

Also es könnte sein, dass sozusagen von ihren Medikamenten nicht mehr so viel ankommt bei ihr?

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Naja es ist ja so, alle Medikamente, egal welche man nimmt, werden natürlich verstoffwechselt in irgendeiner Art und Weise durch den Körper, also sei es über die Nieren oder über die Leber abgebaut. Und es kann natürlich dann schon auch, wenn man die Medikamente häufiger wechselt, einfach zu Schwankungen im Spiegel von den Antidepressiva kommen, einfach, weil ein neues Medikament dazu kommt. Der Körper muss sich erst wieder einregulieren und dadurch kann es, wenn die Medikamentenspiegel schwanken, weil man spricht dann vom therapeutischen Bereich, in dem man eigentlich die Patienten immer ganz gerne hat, also zu viel ist schlecht, zu wenig ist ein Punkt, das sollte man auch nicht machen, dass sie unterhalb des therapeutischen Bereiches sind, also am besten sind die Patienten im Mittel. Und wenn sie da einfach immer wieder regelmäßig rausrutschen würde, das ist einfach nur ein Punkt, den man vielleicht mit bedenken sollte, dass man da einfach vielleicht die Medikation entsprechend anpassen müsste.

Katrin Simonsen:

Das wäre das zu dem Thema „Wir bekommen es schlechter in den Griff.“ Frau Schaudig, jetzt wurde ihr die *Drovelis* gegeben. Ich weiß jetzt nicht, was das für eine Pille ist.

Dr. Katrin Schaudig:

Die *Drovelis* ist eine relativ neue Pille, die sich dadurch auszeichnet, dass da ein Östrogen drin ist, was wir bisher gar nicht hatten auf dem Markt. Und wir haben ja schon besprochen, die Östrogene sind so nach Nummern E1, E2, E3 bezeichnet. Das, was wir in der Regel nehmen, ist E2 und in den klassischen alten Antibabypillen ist noch mal ein anderes Östrogen drin, das „Ethinylestradiol“. In der *Drovelis* ist eins drin, das heißt „Estetrol“ und es wird so ein bisschen auch gelobt als ein natürliches Östrogen. Es kommt im Körper der Frau nur, beziehungsweise es kommt überhaupt nur in der Leber des Fötus vor und mit Mitte Schwangerschaftsende wird das nicht mehr gebildet. Aber man hat sich halt überlegt: „Okay, das ist vielleicht auch ein eher neutrales Östrogen.“

Ich glaube nicht, dass ihr das Depressionen macht, das kann ich mir nicht so richtig vorstellen, wobei es auch nicht ausschließen kann.

Aber vielleicht liegt es bei ihr daran, dass sie auch das Gestagen, was in der *Drovelis* drin ist, das ist das Drospirenon, was auch in der *Slinda* drin ist, also reines Gestagen, vielleicht verträgt sie das auch nicht. Und man muss vielleicht doch noch mal an der Stelle sagen – alle Gestagene, die wir haben, können sich an der Psyche bemerkbar machen. Und das ist leider individuell unterschiedlich. Man muss vorsichtig sein, dass man sagt: „Alle Gestagene machen bei Frauen Depressionen oder machen Psychoprobleme.“ Aber man muss ernst nehmen, wenn die Frau sagt: „Das ist jetzt nicht so richtig gut und mir geht es schlechter damit. Ich werde aggro, depri, whatever.“ Da muss man umstellen. Dann würde ich bei der ein anderes Gestagen probieren.

Katrin Simonsen:

Und lieber dann auch die Gestagen-Monopille?

Dr. Katrin Schaudig:

Ich würde dann nicht die Gestagen-Monopille nehmen, die eben das Drospirenon enthält, was in *Drovelis* drin ist. Dann würde ich tatsächlich die andere nehmen, die Desogestrel enthält. Man kann dann auch normal das *Dienogest* Mono probieren, was eigentlich nur bei Endometriose zugelassen ist, aber das geht auch. Also wir haben schon noch so ein paar Schätzchen im Portfolio, die wir dann ausprobieren können.

Katrin Simonsen:

Weil diese bioidentische Variante, das scheint ja auch nicht so wirklich zu funktionieren bei ihr.

Dr. Katrin Schaudig:

Weil ich habe auch da den Eindruck, wissen Sie, die hat geschrieben, dass sie vor der Regel Kopfschmerzen hat. Mit anderen Worten, sie hat die Regel noch. Damit war eigentlich die Idee, dass man ihr die Pille gibt, eine gute Idee, denn alles andere ist besser geworden, nur die Depression nicht. Also muss man sich überlegen, entweder hat die Depression gar nichts

mit der Pille zu tun, könnt ja auch sein, und auch nichts mit den Wechseljahren. Vielleicht hat die einfach eine Depression. Oder Frau Markgräfe-Weisser?

1:00:10

Katrin Simonsen:

Naja sie hat das ja, hat sie ja geschrieben: „Kommt immer wieder seit 20 Jahren.“ Nur sie kann es jetzt schlechter einpegeln, vorher haben die Medikamente besser geholfen.

Dr. Katrin Schaudig:

Ja und ich würde dann die Gestagene ausprobieren. Etwas Anderes kann man eigentlich nicht machen, man muss es tatsächlich ausprobieren.

Katrin Simonsen:

Bei den Frauen, wo die Wechseljahre die Depression verstärkt haben oder auch erst ausgelöst haben, wird es dann besser in der Postmenopause, beruhigt sich das wieder?

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Ich denke, wenn sich das dann wieder einreguliert hat mit den Hormonschwankungen, dann besteht doch eine Hoffnung, dass sowohl die Konzentrationsstörungen, die vielleicht mal vorgelegen haben, und auch die depressiven oder die affektiven Symptome sich auch einregulieren, oder Frau Schaudig?

Dr. Katrin Schaudig:

Ja, sehe ich auch so. Für die Konzentrations-schwierigkeiten gibt es tatsächlich sogar Daten, dass die wieder nachlassen in dem Moment, wo der Spuk vorüber ist, hätte ich fast gesagt. Bei den depressiven Verstimmungen, da muss man so ein bisschen trennen. Ich habe eine Patientin, die mal gesagt hat, da war die schon fast 60: „Ohne das Östrogen-Gel wird alles ganz finster.“ Also es ist schon so, dass Östrogene durchaus einen positiven aufhellenden Effekt haben können. Aber grundsätzlich kann man sagen, diese starke Einschränkung auf Stimmung und Kognition, die lässt ziemlich sicher nach. Was die Schlafstörung anbelangt, gibt's bei manchen Patienten, dass es besser wird. Aber da ist mein Eindruck, dass das auch

in einer Postmenopause anhält. Da sind vielleicht nochmal andere Mechanismen unterwegs.

Katrin Simonsen:

Wir wollen zum Schluss noch einmal auf das Thema „Burn-out“ kommen. Frau Schaudig, Sie haben ja, ich weiß nicht, war es die erste Folge, mal zu mir gesagt, Sie möchten gern mal Zahlen haben, wie viele Frauen in den Burn-out-Kliniken eigentlich mit den Wechseljahren zu tun haben. Und bei Burn-out gibt es ja auch immer so, da ist ja meist auch irgendwie eine Depression so ein bisschen dabei. Man kann sich nicht mehr aufraffen, ist ein bisschen depressiv, hat keine Kraft mehr und bleibt dann meist auch längere Zeit zu Hause. Wo kann man da eigentlich so eine saubere Abgrenzung machen?

Dr. Katrin Schaudig:

Da haben wir jetzt auch wieder das Problem, dass, glaube ich, bei dieser Situation viele erstmal gar nicht daran denken: „Das könnten Wechseljahre sein.“ Ich sehe relativ viele Patientinnen, die mir sowas berichten. Das habe ich ja vorhin schon gesagt – die sagen: „Vor drei Jahren hatte ich das erste Mal eine Panikattacke“, oder die berichten: „Vor drei Jahren war ich mal völlig erschöpft und ich konnte einfach gar nicht mehr und dann bin ich in eine psychosomatische Klinik für Burn-out gegangen.“ Und meine Fantasie an der Stelle ist immer: „Ah ja, das war die erste Zuckung der Wechseljahre, aber es hat niemand daran gedacht.“

Ich hatte neulich eine Patientin, die war nun wirklich in der Perimenopause, die war in einer psychosomatischen Klinik mit Burn-out und dann hat ihr dort die eine Psychiaterin gesagt: „Nein, das kann nichts mit den Wechseljahren zu tun haben, die dauern auch nur zwei Jahre.“ Ich meine, ich sage da jetzt nichts dazu. Dann ist sie aber zur Chefärztin gegangen und die nickte dann mit dem Kopf und hatte mehr Verständnis. Ich glaube, Frau Markgräfe-Weisser, wenn sie bei Ihnen gewesen wäre, wäre Sie auch auf mehr Verständnis gestoßen.

Und vielleicht können wir aus diesem Podcast, Sie und ich, ein Forschungsprojekt mitnehmen, dass wir mal irgendeinen Doktoranden in die klassischen Burn-out-Kliniken schicken und die machen mal eine Anamnese bei den Frauen: Wie ist denn der Zyklus? Wann ging das denn los? Wie alt sind sie? Weil ich bin mir sicher, dass wir da fündig werden würden.

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Das glaube ich auch, also das machen wir. Und Frau Simonsen, Sie hatten es ja auch gerade gesagt, das ist ja schon ein fließender Übergang zum Teil dann auch. Und Burn-out kann ja auch der quasi der Anfang sein, was dann in einer Depression mündet. Man sagt ja eigentlich, dass der Burn-Out einfach ein andauernder Erschöpfungszustand ist, in Folge anhaltender Überlastung. Welcher Belastung? Eigentlich ist es ja bis jetzt zumindest immer eher beruflich gesehen, aber man darf das private ja nicht außer Acht lassen.

Wenn man dann weiß, was Frauen in dem Alter manchmal noch so auf der Agenda haben mit Kindern, je nachdem, wann man die bekommen hat, ob es noch kleine Kinder sind, die bisschen mehr brauchen, oder pubertierende Kinder, die vielleicht auch anstrengend sind, oder die Partnerschaft oder auch die älter werdenden Eltern oder was auch immer. Also da gibt es ja einige Punkte, weshalb man einfach andauernd auch überlastet sein kann. Und dann sind es ja die drei Merkmale – emotionale Erschöpfung, eine vermehrte Reizbarkeit und dass die eigene Leistungsfähigkeit einfach schlecht eingeschätzt wird. Und letztendlich in welche Richtung es dann geht, ob es dann in der Depression mündet, das ist ja auch immer nicht ganz klar, der Weg. Wenn die Patientinnen dann aber schon mal merken: „Irgendetwas ist mir hier zu viel, ich brauche hier mal einen Cut und gehe in so eine Klinik.“ Das ist ja schon mal gut, da hat die Patientin ja schon mal gemerkt, dass hier Grenzen überschritten werden und sie muss eben was tun.

Katrin Simonsen:

Ja, aber vielleicht hätte sie zu ihrer Frauenärztin gehen sollen und nicht in die Klinik.

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Auf jeden Fall! Also letztendlich ist ja auch die Frage ... meistens ist der Hausarzt das Tor in die weitere medizinische Versorgung, wenn die Patientin nicht regelmäßig irgendwo ist. Es gibt ja Patientinnen, die gehen gar nicht regelmäßig zu irgendwelchen Ärzten. Also ich glaube, sensibilisieren sollte man da alle Ärztegruppen, die eben mit Patientinnen in dem Alter arbeiten. Und ich denke auf jeden Fall, also Psychiater sollten da aufmerksam sein, was das Thema Wechseljahre angeht. Und ich glaube bei den Gynäkologen, die sind ja schon viel, viel weiter, was das Thema Psyche und Menopause angeht.

Dr. Katrin Schaudig:

Ich würde eins nochmal ergänzen, Frau Markgräfe-Weisser, Sie haben auch erwähnt, dass die ja manchmal sehr belastet sind und dass ein Burn-out in einer besonderen Belastungssituation entsteht – also kann beruflich, familiär und so weiter sein. Was mich immer dann wundert, und das sage ich den Frauen auch, die haben immer so ein Kausalitätsbedürfnis, also die wollen das immer erklären. „Also mir geht es ganz schlecht, weil ich habe gerade so viel Stress.“ Ich glaube, dass zum Beispiel junge Frauen, die Kinder gekriegt haben und berufstätig sind, die sind in einem Megastress und trotzdem wuppen sie es irgendwie.

Und jetzt sind die Frauen Mitte 40 und die Belastung, das frage ich die Frauen dann manchmal: „Hatten Sie nicht schon mal vorher in ihrem Leben ähnliche Stressbelastungssituationen und Sie sind trotzdem nicht in Burn-out gerutscht?“ Man kann natürlich auch immer sagen: „Na gut, das hat auch etwas mit dem alten Älterwerden zu tun. Aber ich glaube tatsächlich, dass man Stresssituation schlechter bewältigen kann als vor zehn Jahren, dass das etwas mit den Wechseljahren zu tun haben kann.“

Katrin Simonsen:

Dann nehme ich das mal als Schlusswort. Dann sind wir am Ende dieser Folge. Ich bedanke mich ganz herzlich bei meinen sympathischen Gesprächspartnerinnen Dr. Schaudig, Dr.

Markgräfe-Weisser. Ich freue mich, dass wir dieses schöne Gespräch geführt haben. Herzlichen Dank!

Dr. Katrin Markgräfe-Weisser:

Vielen Dank.

Dr. Katrin Schaudig:

Danke auch!

Katrin Simonsen:

Und bevor ich euch gleich erzähle, was euch in der nächsten Folge unseres Podcasts erwartet, habe ich noch einen Hör Tipp für euch. Einen Podcast, den ich euch gern ans Herz legen möchte:

Einspieler: Podcastempfehlung – Grenzerfahrung Wendehausen

„Man hat überhaupt keine Freiheiten mehr, überall waren Zäune.“ Die innerdeutsche Grenze. Jeder denkt an Berlin – die Mauer. Aber die Grenze zwischen Ost und West war ein 1400km langes Sperrgebiet. Das Dorf Wendehausen lag genau an der Grenze im Sperrgebiet. „Ich weiß auf jeden Fall, dass meine Oma und mein Opa damals nicht oben auf der anderen Seite in den Wald rein durften, weil sie da sehr viel geschossen haben.“ In diesem Podcast geht es um das Leben an der Grenze. Geschichten von Heimat, Vertreibung, Flucht und zerstörten Existenzen waren in der DDR, ganz besonders aber im Sperrgebiet, Alltag. „Das war eigentlich ein gebrochener Mann und er hat sich dann selbst auch das Leben genommen.“ Was hat die Grenze mit den Menschen gemacht? Und vor allem welche Schlüsse ziehen wir aus unserer deutschen Geschichte? „Du hast da deinen Dienst gemacht und es war eben so.“ „Grenzerfahrung Wendehausen – Heimat im Todesstreifen“ vier Folgen ab jetzt in der ARD Audiothek und überall, wo es Podcasts gibt.

Katrin Simonsen:

Und wir bei *Hormongesteuert* gehen in zwei Wochen in die Frauensauna. Die Frauensauna, das ist eine ARD-Dokuserie über vier Frauen in den Wechseljahren. Sie treffen sich regelmäßig, sprechen darüber, wie es ihnen in den Wechseljahren ergeht, wie sie damit umgehen

und wo sie Hilfe finden. Wir werden eine der Frauen in der kommenden Folge dann zu Gast haben.

Außerdem wollen wir natürlich auch wieder eure Fragen beantworten. Ihr wisst ja, ihr könnt uns schreiben unter hormongesteuert@mdraktuell.de. *Hormongesteuert* hört ihr in der ARD Mediathek und überall, wo man Podcasts hören kann. Wir freuen uns, wenn ihr uns abonniert oder auch eine Bewertung da lasst. Und empfiehlt uns unbedingt weiter an eure Freundinnen, Schwestern, Kolleginnen, Partnerinnen und Partner.

Und übrigens gibt es unsere Podcast-Folgen jetzt auch zum Nachlesen. Die PDF zur Folge findet ihr auf der MDR-Internetseite, den Link packen wir euch auch in die Shownotes.

Hormongesteuert – der Wechseljahrepodcast mit Dr. Katrin Schaudig

Diese Transkription ist ein Service der MDR Redaktion Barrierefreiheit. Mehr barrierefreie Angebote finden Sie hier: <https://www.mdr.de/barrierefreiheit/index.html>