

Frauenspezifische psychische Erkrankungen

Prämenstruelles dysphorisches Syndrom

Sibil Tschudin, Johannes Bitzer

Abteilung für gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik der
Universitätsfrauenklinik Basel

Zusammenfassung

Beim prämenstruellen dysphorischen Syndrom (PMDD) handelt es sich um eine spezielle Form des prämenstruellen Syndroms (PMS). Das PMDD zeichnet sich durch vorwiegend psychische Symptome aus, zum Teil in Kombination mit somatischen Beschwerden, die zyklisch jeweils in der Lutealphase auftreten und nach Einsetzen der Menstruation wieder abklingen. Aufgrund der Diagnosekriterien, die im DSM-IV aufgestellt wurden, lässt sich das PMDD klarer von psychiatrischen und somatischen Erkrankungen mit ähnlicher Symptomatik abgrenzen, und es sind Angaben zur Prävalenz möglich: 3–8%. Die Frage nach der Ätiologie ist schon lange Grund für Kontroversen und auch heute ist sie noch nicht letztlich geklärt. Erwiesen sich weder Annahmen zu psychischen noch zu hormonellen Ursachen als konsistent, so sind neuere Erkenntnisse über eine zentrale Funktion der Neurotransmitter, speziell des Serotonins, viel versprechend und führten zur Entwicklung des folgenden Konzepts: Das PMDD ist das Endresultat eines komplexen, teils durch das Serotonin-System unterhaltenen Mechanismus, der getriggert wird durch die Ovulation und verstärkt wird durch externe Faktoren. Damit bieten sich therapeutisch die folgenden drei Interventionsebenen an: 1. Die zentrale Modulation der Serotonin-Aktivität, 2. die Unterdrückung der Ovulation sowie 3. supportiv-supplementative Massnahmen und kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen. Die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten sollten entsprechend einem Stufenkonzept zum Einsatz kommen, wobei eine dem jeweiligen Schweregrad des PMDD entsprechende Therapie gewählt werden sollte, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Patientin orientiert.

Einleitung

Die Menstruation ist seit je her von Mythen umwoben, und von Stimmungsschwankungen im Zusammenhang mit dem Zyklus wusste man bereits im Altertum. So schrieb beispielsweise Hippokrates: «Die Frauen sind schubweise auftretenden inneren Bewegungen unterworfen, die zur Folge haben, dass sich das rührige Blut vom Grund des Uterus seinen Weg zum Kopf bahnt [.....] Kälteschauer, Müdigkeit und eine Schwere im Kopf sind die Folge davon, und die Frau leidet unter einer getrüben Wahrnehmung bis zum Zeitpunkt, wo die Regelblutung einsetzt.» [Demytenaere, 1999]. Die meisten Frauen nehmen Veränderungen ihrer Befindlichkeit im Laufe des Menstruationszyklus wahr, bei einem kleinen Prozentsatz sind die prämenstruellen Beschwerden allerdings so ausgeprägt, dass sie tageweise invalidisierenden Charakter annehmen können. Über die Gründe für das prämenstruelle Syndrom waren die Ansichten schon immer kontrovers und weder Annahmen zu hormonellen noch zu psychischen Ursachen erwiesen sich als konsistent. Neuere Erkenntnisse über eine zentrale Funktion der Neurotransmitter, im Speziellen des Serotonins, scheinen allerdings viel versprechend.

Definition und Prävalenz

Die erste moderne Beschreibung des prämenstruellen Syndroms (PMS) wird Frank zugeschrieben, der 1931 eine Kombination von körperlichen und psychischen Symptomen sowie Verhaltensauffälligkeiten beschrieb, die bis zu zwei Wochen vor der Menstruation aufträte und nach Einsetzen derselben wieder abklinge [Jürgensen, 1999]. In den folgenden Jahrzehnten wuchs die Liste der dem PMS zugeordneten Symptome auf über 150. 1985 wurde im Rahmen der Revision des «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-III-R) eine eigenständige Bezeichnung für diese Sonderform des PMS, die hauptsächlich mit Stimmungsveränderungen einher geht, geschaffen: «late luteal phase dysphoric disorder» (LLPDD). Im «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4» (DSM-IV), erfolgte die heute gültige Klassifikation unter dem Begriff prämenstruelles dysphorisches Syndrom (PMDD), welches den «nicht näher bezeichneten depressiven Störungen» zugeordnet ist [American Psychiatric Association, 1994]. Wie die in Tabelle 1 aufgelisteten Kriterien zeigen, ist der zyklischen Wechsel von symp-

Tab. 1. Kriterien für die Diagnose eines PMDD gemäss DSM-IV

-
- A. Die Symptome bestehen während der letzten Woche der Lutealphase und bilden sich innerhalb weniger Tage nach Einsetzen der Menstruation zurück. Fünf der folgenden Symptome müssen vorhanden sein, darunter mindestens eines der Symptome 1, 2, 3 oder 4:
- 1 Depressive Verstimmung, Hoffnungslosigkeit
 - 2 Angst, Spannung
 - 3 Affektlabilität
 - 4 Gereiztheit
 - 5 Vermindertes Interesse an üblichen Aktivitäten
 - 6 Konzentrationsschwierigkeiten
 - 7 Lethargie, Energieverlust
 - 8 Appetitveränderungen (Heißhunger)
 - 9 Hypersomnie oder Insomnie
 - 10 Gefühl des Überwältigtseins, Kontrollverlust
 - 11 Andere körperliche Symptome (Brustspannen, Gefühl des «Aufgedunsenseins»)
- B. deutliche Interferenz mit der Arbeits- oder Schulleistung oder gewöhnlichen sozialen Aktivitäten und Beziehungen
- C. Die Erscheinungen dürfen nicht Exazerbation einer anderen psychiatrischen Störung sein
- D. Die Kriterien A, B und C müssen prospektiv durch tägliche Einschätzungen während zwei aufeinanderfolgenden Zyklen bestätigt werden
-

Tab. 2. Prävalenz prämenstrueller Beschwerdebilder

% der Frauen	Symptomatik
3–8	schwer (PMDD)
30	mäßig ausgeprägt (PMS)
90	wenigstens ein prämenstruelles Symptom

tomatischen und symptomfreien Phasen entscheidend, wobei in Studien im allgemeinen eine Zunahme der selbsteingeschätzten Schwere der Symptomatik in der Lutealphase um mindestens 30% gefordert wird. Es ist zudem eine Abgrenzung vom PMS möglich, bei dem die körperlichen Beschwerden im Vordergrund stehen und die psychischen Symptome deutlich milder sind. PMDD-Kriterien erfüllen etwa 3–8% der Frauen im fertilen Alter, während ein PMS bei etwa 30% auftritt. Etwa 90% der Frauen geben wenigstens ein Symptom an, so dass nur etwa 10% keinerlei prämenstruelle Veränderungen wahrnehmen [Korzekwa und Steiner, 1997] (Tab. 2). Typischerweise tritt das Syndrom zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr in Erscheinung, um sich im Laufe des vierten Lebensjahrzehnts zum Vollbild zu entwickeln.

Differentialdiagnose

Unter den psychischen Erkrankungen, bei denen eine prämenstruelle Exazerbation möglich ist, sind in erster Linie die affektiven und die Angststörungen zu nennen, aber auch bei schizophrenen Psychosen, somatoformen Störungen, Bulimia nervosa, Substanzabhängigkeiten und Persönlichkeitsstörungen kann es zu einer prämenstruellen Verstärkung kommen (Tab. 3). Gleichfalls lässt sich dies zum Teil bei gewissen somatischen Erkrankungen, wie Migräne, Anfallsleiden, Asthma, sowie Schilddrüsen- und anderen endokrinen Störungen, beobachten (Tab. 4). Bei den affektiven Störungen besteht insofern ein weiterer Zusammenhang mit dem PMDD, dass die Major Depression, eine Postpartum-Depression, aber auch depressive Verstimmungen unter Ovulationshemmern und eine positive Familienanamnese für affektive Störungen als Risikofaktoren für die Entstehung eines PMDD gelten (Tab. 5).

Tab. 3. Prämenstruelle Exazerbation bei psychischen Erkrankungen

Affektive Störungen / Major Depression
Angststörungen
Schizophrene Psychosen
Somatoforme Störungen
Bulimia nervosa
Substanzabhängigkeiten
Persönlichkeitsstörungen

Tab. 4. Prämenstruelle Exazerbation bei somatischen Krankheiten

Migräne
Anfallsleiden
Allergien
Asthma
Schilddrüsen- oder andere endokrine Störungen

Tab. 5. Risikofaktoren für die Entwicklung eines PMDD

Affektive Störungen in der persönlichen und Familien-Anamnese
Postpartum-Depression
Depressive Verstimmung unter oralen Kontrazeptiva

Ätiologie

Was die Erforschung der Ursachen des PMS anbelangt, so sind die neueren Erkenntnisse in der Neuroendokrinologie sehr viel versprechend. Doch auch wenn die Resultate auf diesem Gebiet überzeugen, scheinen sie dennoch nicht auszureichen, um das Phänomen PMS zu erfassen. Warum hat das PMDD einen ganz anderen Bekanntheitsgrad im angloamerikanischen Sprachraum und findet dort deutlich mehr Beachtung in den Medien als beispielsweise in den mitteleuropäischen Ländern, in denen den betroffenen Frauen oft lange nicht bewusst wird, dass ein Zusammenhang besteht zwischen den psychischen Problemen und dem Zyklus? Dieses unterschiedliche Problembewusstsein macht deutlich, dass das Ausmaß der Wahrnehmung und die Art des Umgangs mit einem Phänomen sehr stark vom gesellschaftlichen Kontext geprägt sind und wirft Fragen auf über soziologische und psychologische Aspekte des prämenstruellen Syndroms.

Das PMS aus soziologischer Sicht

Eine Bereicherung des Diskurses über das Phänomen bieten die Ausführungen der Soziologin M. Rodin in ihrer Arbeit «The Social Construction of Premenstrual Syndrome». Sie legt die historische Entwicklung der gesellschaftlichen Konzeption von zwei spezifisch weiblichen psychischen Erkrankungen, der Hysterie und dem PMS, dar, und kommt zu folgendem Schluss: Auch wenn sich die Ansichten über deren Ursache im Laufe der Zeit wandelten, so war und ist die psychische Gesundheit der Frau stets verknüpft damit, dass sie ihre reproduktive Funktion und die daraus resultierende soziale Rolle wahrnimmt. Das PMS wurde und wird demzufolge von der Gesellschaft als Ausdruck eines inneren Konfliktes mit dieser Rolle interpretiert. Im Übrigen weist Rodin auch darauf hin, dass das PMS zwar bei Verbrechen als strafmindernder Faktor dienen könne, gleichzeitig aber auch zur Diskriminierung der Frau, wenn deren Urteilskraft in dieser Zyklusphase angezweifelt werde [Rodin, 1992].

Das PMS aus psychoanalytischer Sicht

Aus psychoanalytischer Sicht ist, gemäß Frick-Bruder [1988], die prämenstruelle Phase eine sehr konflikthafte. Frick-Bruder legt dar, dass mit dem

Wunsch nach einem Kind gleichzeitig auch die Angst davor mobilisiert wird. Es würden sowohl Gefühle von Potenz und Stärke wach, aber auch von Abhängigkeit und Ohnmacht. In den als Beschwerden erlebten Veränderungen seien nicht nur Geschwächtheit und Schwäche erkennbar, sondern auch Stärke, Aggressivität und Laune. Die Phase, während der die Menstruation erwartet wird, scheint aus psychoanalytischer Sicht am ehesten dann zum seelischen Ausnahmezustand zu werden, wenn die sexuelle Identität sehr unsicher und das Selbstgefühl schwankend ist. Dann sei der Wunsch um so gehemmter und der Affekt von unbewusster Wut und Enttäuschung über seine Nichterfüllung um so grösser. Frick-Bruder interpretiert das PMS demzufolge als eine aus diesem Konflikt resultierende spezifisch weibliche Erlebnisform [Frick-Bruder, 1988].

Von ihrer früheren Aussage, dass das PMS als Krankheit *erlebt* werde, distanziert sich die Psychoanalytikerin Ortrun Jürgensen heute und deklariert aufgrund der neueren Befunde im Bereich der Neuroendokrinologie, dass das prämenstruelle dysphorische Syndrom eine Krankheit *ist* [Jürgensen, 1998].

Forschungsergebnisse auf dem Gebiet der Neuroendokrinologie

Ausgangspunkt aller endokrinologischen Hypothesen war die Erkenntnis, dass es kein PMS gibt ohne Ovarialfunktion. Für die naheliegende Folgerung, dass die Ursache in einem Defizit oder Überangebot an gonadalen Hormonen liegen könnte, ergab sich aber keine Evidenz, auch wenn gewisse körperliche Symptome z. T. durch Gestagen- oder Östrogengabe gemildert werden können. Der Fokus richtete sich in der Folge auf das Neuroendokrinium. Es wurde eine veränderte Regulation der endogenen Opiate postuliert und bei Patientinnen mit PMS tatsächlich z. T. prämenstruell ein niedrigerer β -Endorphin-Spiegel gemessen [Backström, 1992]. Überzeugender sind die Resultate auf dem Gebiet des serotonergen Systems. Die Serotonin-Konzentration im Blut erwies sich als niedriger und die Serotonin-Aufnahme in die Thrombozyten als geringer bei Patientinnen mit PMDD. Aufgrund von Provokationstests mit L-Tryptophan und Buspiron scheint eine Subsensitivität des Serotonin-5-Hydroxytryptophan- 1_A -Rezeptors vorzuliegen [Korzekwa und Steiner, 1997]. Abweichungen im serotonergen System bei PMDD-Patientinnen sind teilweise konstant, teilweise nur in der symptomatischen Phase nachzuweisen, d. h. es liegen sowohl «Trait-» als auch «State-» Veränderungen vor [Kouri et al., 1997]. Die Reaktionsfähigkeit des serotonergen Systems scheint

insgesamt zyklusabhängig zu sein und dem Einfluss der gonadalen Hormone zu unterliegen. Auch bei der γ -Amino-Buttersäure (GABA) wird eine ursächliche Verknüpfung mit dem PMDD diskutiert. Eine Beteiligung dieses Neurotransmitters an der Entstehung des PMDD würde den therapeutischen Nutzen von Alprazolam, einem GABA-Agonisten erklären [Korzekwa et al., 1997]. Bei PMDD-Patientinnen ließ sich überdies eine Veränderung im zirkadianen Rhythmus des Melatonins mit mangelhafter Adaptation auf Lichtexposition feststellen [Parry et al., 1997]. Eine Studie, die allerdings nur eine kleine Anzahl Probandinnen untersuchte, prüfte kardiovaskuläre und neuroendokrine Stress-Reaktionen bei PMDD-Patientinnen. Frauen mit PMDD hatten ein signifikant kleineres Schlagvolumen und einen geringeren «Cardiac Output» bei gleichzeitig erhöhtem peripherem Widerstand. Der Kortison-Spiegel war niedriger und das Norepinephrin erhöht im Vergleich zu gesunden Frauen. Diese Unterschiede waren in beiden Zyklushälften nachweisbar. Mit den Probandinnen wurden zudem Interviews durchgeführt, die ergaben, dass die Frauen mit PMDD ihren Alltag als stressreicher erleben als Frauen ohne PMDD. Die Dysregulation der Stress-Antwort könnte somit bei gewissen PMDD-Patientinnen Resultat einer chronischen Stress-Exposition sein [Girdler et al., 1998]. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das prämenstruelle dysphorische Syndrom Endresultat eines komplexen, teils durch das Serotonin-System unterhaltenen Mechanismus ist, der getriggert wird durch die Ovulation und durch externale Faktoren verstärkt wird.

Screening und Diagnostik

Dem Zeitpunkt, zu dem sich eine Frau mit prämenstruellen Beschwerden an ihre Ärztin oder ihren Arzt wendet, geht oft eine lange Leidenszeit voraus. Dennoch scheint eine sorgfältige Diagnostik, die das prospektive Aufzeichnen der Beschwerden einschließt, sinnvoll und wichtig. Nicht zuletzt deshalb, weil fast bei der Hälfte der Patientinnen nicht ein eigentliches PMDD vorliegt, sondern eine andere Ursache für die zyklischen oder vermeintlich mit dem Zyklus in Zusammenhang stehenden Beschwerden. Dementsprechend ist es wichtig, auszuschließen, dass die Symptomatik eventuell durch die Einnahme eines Ovulationshemmers oder eines anderen Medikamentes zustande gekommen ist. Gleichzeitig müssen psychiatrische und medizinische Erkrankungen, die eine ähnliche Symptomatik verursachen oder bei denen man eine

Tab. 6. Diagnostik beim PMDD

Familienanamnese	PMS / PMDD, affektive Störungen
Persönliche Anamnese	endokrine Störungen, vor allem Schilddrüsenerkrankungen internistische Leiden, wie Migräne, Anfallsleiden, Allergien, Asthma, «Chronic Fatigue Syndrome» Gynäkologische Erkrankungen, wie Endometriose, Mastopathie
Aktuelle Anamnese	Psychische Erkrankungen, vor allem affektive Störungen Symptomatik, inkl. Beginn, Dauer, Zyklizität, beeinflussende Faktoren, bisherige Therapieversuche und -erfolge
Medikamente	Ausschluss psychischer Nebenwirkungen von Medikamenten wie z. B. Antihypertensiva, Bronchodilatoren, Antazida, Kortikosteroide, Anal- getika, Sedativa
Ernährungsgewohnheiten	Konsum von Kaffee, Salz und Alkohol, Ausschluss von ernährungsbe- dingten Defiziten (Vitamin B ₆ , Kalzium, Magnesium)
Labor	Blutbild, Blutchemie mit Glukose, evtl. Magnesium und Kalzium, TSH

prämenstruelle Exazerbation kennt, ausgeschlossen werden. Andererseits muss nach dem Vorhandensein von Risikofaktoren und gefahndet werden sowie nach Lebensgewohnheiten, die die prämenstruellen Beschwerden verstärken könnten [Burt und Hendrick, 1997] (Tab. 6). Die erste Konsultation sollte somit neben einer ausführlichen Anamnese mit speziellem Fokus auf die erwähnten Aspekte, einer gynäkologischen Untersuchung bei Bedarf und eventuellen Laboruntersuchungen vor allem exakte Instruktionen über das prospektive Aufzeichnen der Beschwerden beinhalten [Gardner und Sanders, 1998] (Abb. 1). Anlässlich der zweiten Konsultation, die nach der über zwei ganze Zyklen erfolgten Tagebuchführung stattfindet, kann die Diagnose widerlegt oder bestätigt und ein Therapieplan aufgestellt werden [Johnson, 1992] (Abb. 2).

Therapie

Entsprechend den heute gültigen ätiologischen Erkenntnissen ergeben sich drei Interventionsebenen. Es sind dies 1. die zentrale Modulation der Neurotransmitter-Aktivität, 2. die Unterdrückung der Ovulation und 3. die Beeinflussung des Verhaltens und externaler Faktoren. Sinnvollerweise sollten diese – unter Berücksichtigung des Leidensdrucks und der Wünsche der Patientin – nach einem Stufenkonzept zum Einsatz kommen.

Zyklustagebuch

Anleitung:

Tragen Sie täglich im Zyklustagebuch ein, wie Sie sich fühlen. Sofern Sie Beschwerden haben, verwenden Sie die dafür vorgesehenen Buchstaben.

D = Depression, Hoffnungslosigkeit	Ag = Aufgedunsensein	Sch = Schlafstörungen
A = Angst, Anspannung	Ü = Übelkeit	B = Brustspannen
G = Gereiztheit	S = verändertes sexuelles Interesse	K = Kopfschmerzen
M = Müdigkeit	H = Appetitveränderungen	Sz = Periodenschmerz
		X = Periodenblutung

Monat	Kalendertag																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
März (Beispiel)																D	D	D	D	D	D	M											
April (Beispiel)													M	M	M	G	G	G	G	M													
													B	S	Ü	Ü	Ü	Ü	Sz	X	X	X	X										

Abb. 1. Zyklustagebuch einer Patientin mit PMDD. Die über 2 Monate vorgenommenen Aufzeichnungen zeigen in typischer Weise prämenstruell auftretende Beschwerden.

Supportive und supplementative Maßnahmen

Bei der Therapieplanung ist es angezeigt, zuerst allgemein-supportive Maßnahmen zu empfehlen, wie Sport, Stress-Reduktion, Relaxationstechniken und diätetische Maßnahmen. Was die Mineralien- und Vitamin-Supplementation anbelangt, haben sich Kalzium und Magnesium in einigen Studien als effektiv erwiesen. Für die Wirkung von Pyridoxin besteht hingegen keine Evidenz und für Nachtkerzenöl ist sie zumindest nicht eindeutig gegeben [Steiner und Yonkers, 1998]. Mönchspfeffer (*Vitex agnus castus*) scheint eher bei körperlichen Beschwerden eine gewisse Wirkung zu zeigen. Bei den Studienresultaten zu dieser Medikamentengruppe aber auch bei denen zu den nachfolgend aufgeführten Psychopharmaka ist zu bedenken, dass der Placeboeffekt beim PMDD recht ausgeprägt sein kann [Korzekwa und Steiner, 1997].

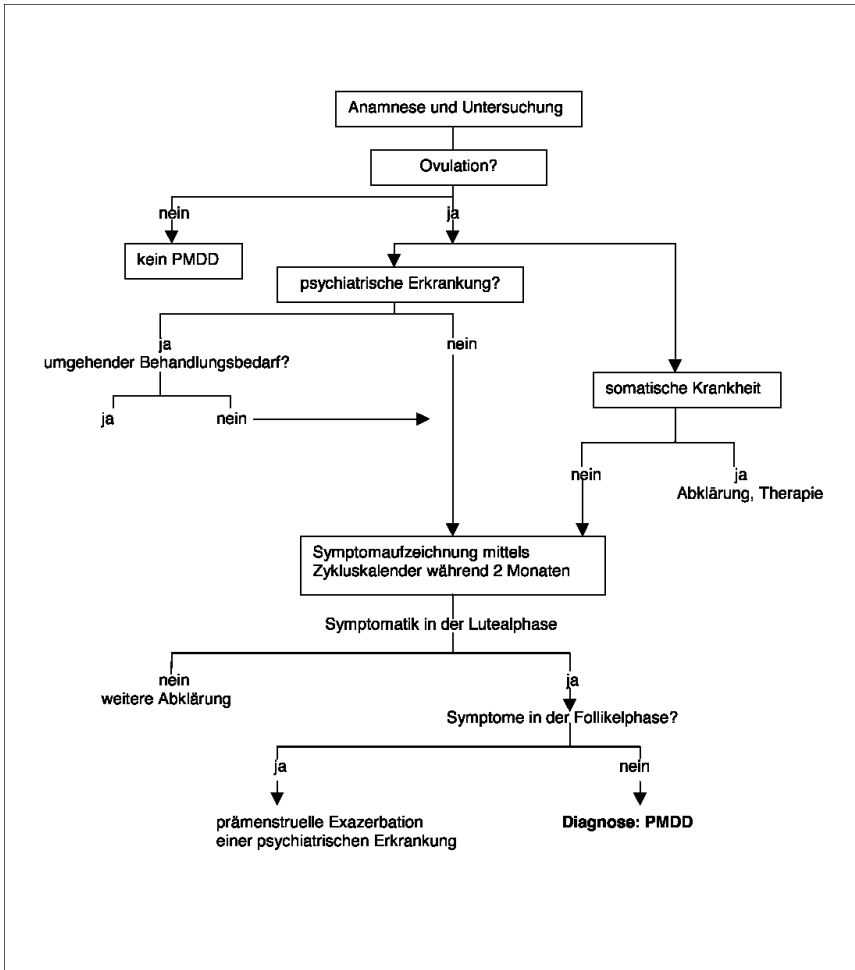


Abb. 2. Abklärungsgang beim PMDD.

Zentrale Modulation der Neurotransmitter

Bei der zentralen Modulation kommen vor allem die selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) zum Einsatz. Neben Paroxetin und Sertalin wird hauptsächlich Fluoxetin verwendet, wobei nach anfänglich kontinuierlicher nun vermehrt die zyklische Verabreichung ausschließlich während der

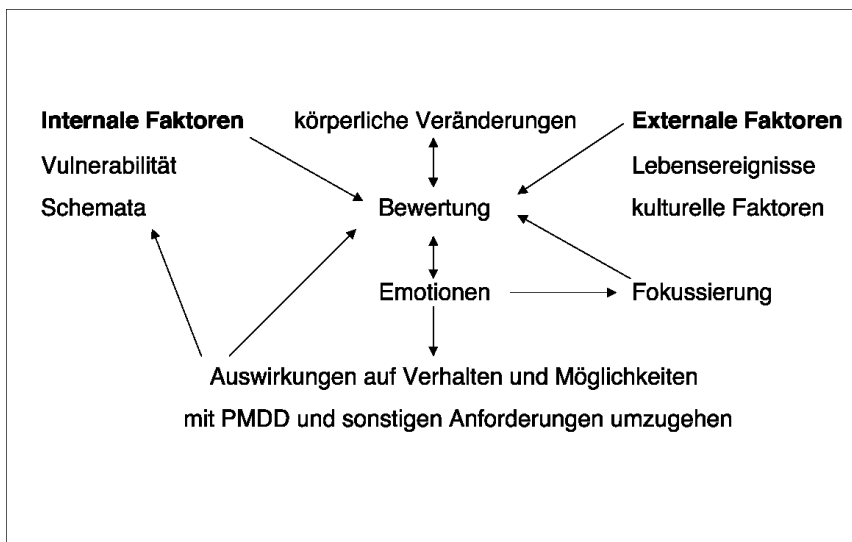


Abb. 3. Kognitives Modell des PMDD.

Lutealphase zur Anwendung kommt. Mögliche Nebenwirkungen, wie Nausea, Diarrhö, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit/Müdigkeit, Mundtrockenheit, Ängstlichkeit, Nervosität und sexuelle Dysfunktion scheinen bei dieser Applikationsform weniger häufig aufzutreten und sind überdies auch dosisabhängig. In zahlreichen randomisierten plazebokontrollierten Studien erwiesen sich die verschiedenen SSRI in ihrem Effekt dem Plazebo eindeutig überlegen [Steiner und Yonkers, 1998]. Aufgrund des – im Vergleich mit dem Einsatz bei der Depression – ungleich rascheren Wirkungseintritts, wird postuliert, dass der Einfluss der SSRI auf psychoaktive Neurosteroiden für den therapeutischen Nutzen dieser Medikamentengruppe beim PMDD zusätzlich eine Rolle spielt [Uzunov et al., 1996]. Auch der GABA-Agonist Alprazolam erwies sich in einigen Studien als erfolgreich, wobei das Abhängigkeitspotenzial den Einsatz dieses Anxiolytikums limitiert [Korzekwa und Steiner, 1997]. Der partielle 5-Hydroxytryptophan-_{1A}-Agonist Buspiron war in einer Studie, bei der das Medikament während der letzten zwölf Zyklustage verabreicht wurde, ebenfalls effektiv [Steiner und Yonkers, 1998].

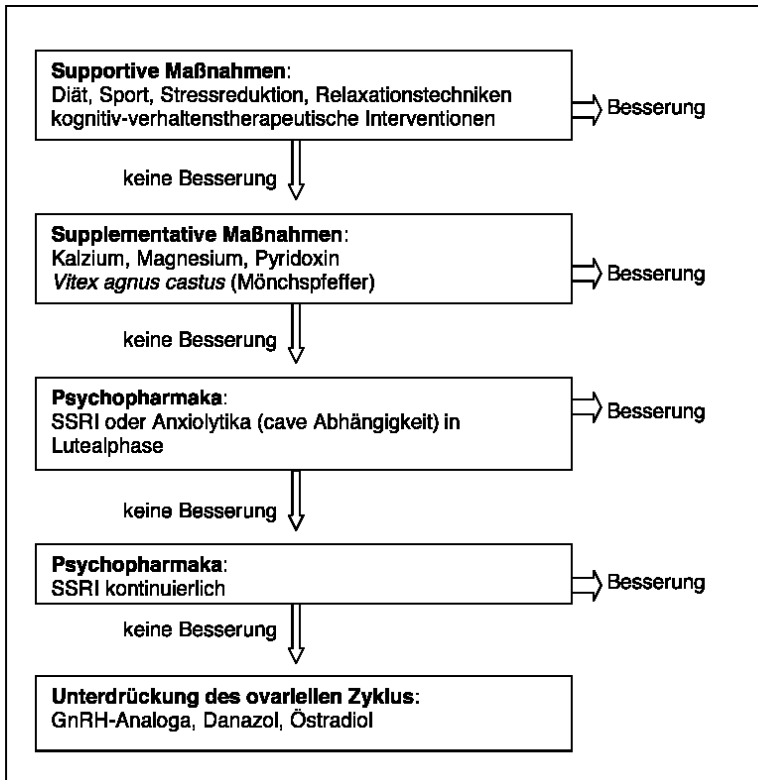


Abb. 4. Therapeutisches Stufenkonzept beim PMDD.

Unterdrückung der Ovulation

Die Unterdrückung der Ovulation hatte früher weitere Verbreitung und kommt heute noch bei ausgewählten Indikationen zum Einsatz. So zum Beispiel wenn die Behandlung mit anderen Medikamenten keinen Erfolg zeigt oder die Symptome so unerträglich werden, dass eine sofortige Wirkung der therapeutischen Maßnahme gefordert ist. Die medikamentösen Möglichkeiten mit Gonadotropin-releasing-Hormon-Analoga (GnRH-Analoga) und Danazol sind jedoch nebenwirkungsreich und die operative Maßnahme der beidseitigen Oophorektomie sehr invasiv und nur als Ultima ratio zu verstehen.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen

Der interaktive Ansatz, der den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen zugrunde liegt, stellt in jedem Fall eine gute Behandlungsgrundlage dar. Therapieziele sind, die Coping-Strategien zu verbessern und der Patientin zu helfen, den Regelkreismechanismus, der die Symptome unterhält und verstärkt zu erkennen und zu durchbrechen. Dazu dienen Psychoedukation, Selbstbeobachtung und kognitive Interventionen, wie z. B. das Identifizieren und Einüben hilfreicher Gedanken [Anthony, 1992] (Abb. 3).

Therapeutisches Stufenkonzept

Der abgebildete Algorhythmus gibt das Stufenkonzept wieder, nach dem die verschiedenen Therapien sinnvollerweise zum Einsatz kommen: von Lebensstiländerungen über Supplementationen hin zum Einsatz von Psychopharmaka und schließlich zur Suppression des ovariellen Zyklus [Steiner et al., 1998] (Abb. 4). So kann eine dem Schweregrad des PMDD entsprechende Therapie gewählt werden, die sich nicht an den gesellschaftlichen Normvorstellungen orientiert, sondern an den individuellen Bedürfnissen der Patientin.

Literatur

- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, ed 4. Washington, American Psychiatric Association, 1994.
- Anthony ER: Cognitive model of premenstrual syndrome. *Clin Obstet Gynecol* 1992;35:693–700.
- Backström T: Neuroendocrinology of premenstrual syndrome. *Clin Obstet Gynecol* 1992;35:612–628.
- Burt VK, Hendrick VC: Premenstrual Dysphoric Disorder. *Concise Guide to Women's Mental Health*. Washington, American Psychiatric Press, 1997, pp 11–24.
- Demyttenaere K: Syndrome prémenstruel dysphorique; in Mimoun S (ed): *Traité de Gynécologie-Obstétrique Psychosomatique*. Paris, Medecin-Sciences/Flammarion, 1999, pp 85–88.
- Dittmar FW, Böhnert KJ, Peeters M, Albrecht M, Lamertz M, Schmidt U: Prämenstruelles Syndrom. Behandlung mit einem Phytopharmakon. *TW Gynäkologie* 1992;5:1–8.
- Frick-Bruder V: Das prämenstruelle Syndrom – eine weibliche Erlebnisform?; in Prill HJ, Stauber M, Teichmann A (Hrsg): *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe*. Berlin, Springer, 1988, pp 196–204.
- Gardner K, Sanders D: Premenstrual Syndrome; in McPherson A, Waller D (eds): *Women's Health*, ed 4. Oxford General Practice Series 39, 1998, pp 280–302.
- Girdler S, Pedersen CA, Straneva PA, Leserman J, Stanwyck CL, Benjamin S, Light KC: Dysregulation of cardiovascular and neuroendocrine responses to stress in premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatry Res* 1998;81:163–178.
- Johnson SR: Clinical approach to the diagnosis and management of premenstrual syndrome. *Clin Obstet Gynecol* 1992;35:637–657.

- Jürgensen O: Das Prämenstruelle Syndrom im Grenzbereich zwischen Psychiatrie und Gynäkologie; in Hawighorst-Knapstein S, Schönefuss G, Knapstein PG, Kantenich H (Hrsg): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 1998. Psychosozialverlag, 1999, pp 271–282.
- Korzekwa MI, Steiner M: Premenstrual syndromes. Clin Obstet Gynecol 1997;40:564–576.
- Kouri EM, Halbreich U: State and trait serotonergic abnormalities in women with dysphoric premenstrual syndromes. Psychopharmacol Bull 1997;33:767–770.
- Parry BL, Udell C, Elliott JA, Berga SL, Klauber MR, Mostofi N, LeVeau B, Gillin JC: Blunted phase-shift responses to morning bright light in premenstrual dysphoric disorder. J Biol Rhythms 1997;12:443–456.
- Rodin M: The social construction of premenstrual syndrome. Soc Sci Med 1992;35:49–56.
- Steiner M, Yonkers K: Depression in Women / Mood Disorders Associated with Reproductive Cyclicity. London, Martin Dunitz, 1998, pp 2–25.
- Uzunov DP, Cooper TB, Costa E, Guidott A: Fluoxetine-elicited changes in brain neurosteroid content measured by negative ion mass fragmentography. Proc Natl Acad Sci USA 1996;93,12599–12604.

Korrespondenzanschrift

Dr. med. Sibil Tschudin
Abteilung für gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik
Universitätsfrauenklinik Basel
Schanzenstrasse 46
CH-4031 Basel (Schweiz)
Tel. +41 61 325 90-43, Fax -35
E-mail stschudin@uhbs.ch