

Das Prämenstruelle Syndrom

- Eine Information für Betroffene und Angehörige -

Die Mehrzahl aller menstruierenden Frauen nimmt in der 2. Hälfte des Menstruationszyklus psychische und / oder körperliche Symptome wahr. Ein behandlungsbedürftiges Prämenstruelles Syndrom ist dagegen viel seltener (20 - 50 % je nach angewandten Kriterien). Eine Prämenstruelle Dysphorische Störung (dysphorisch = gereizt, angespannt), die zu einem ausgeprägten Leidensdruck führen kann und mit Medikamenten (z.B. bestimmten Antidepressiva) gut behandelbar ist, findet sich bei max. 5 % aller Frauen.

Häufigkeit / Definition

Etwa 75 % aller Frauen im gebärfähigen Alter nehmen in der zweiten Zyklushälfte (Lutealphase) und besonders in den Tagen vor Beginn der Menstruation körperliche und / oder psychische Veränderungen wahr. Seit den 30er Jahren gibt es eine rege Forschungstätigkeit auf diesem Gebiet, allerdings mit dem methodischen Problem, dass die angewandten Definitionen für ein "prämenstruelles Syndrom" ebenso unterschiedlich waren wie die angewandten Erfassungsinstrumente. Die ermittelte Häufigkeit des prämenstruellen Syndroms schwankt entsprechend zwischen 20 und 50 %. Bei einem schwer ausgeprägten prämenstruellen Syndrom mit bestimmten Symptomen (s.unten) spricht man von einer „Prämenstruellen Dysphorische Störung“ (PMDS). Bei Anwendung der entsprechend eng definierten Kriterien ergibt sich eine Häufigkeit der PMDS bei etwa 2 bis 5 % aller Frauen. In der klinischen bzw. ärztlichen Praxis und auch in der Öffentlichkeit wird allerdings das prämenstruelle Syndrom noch nicht immer als behandlungsbedürftige Störung wahrgenommen.

Entstehung

Die im Menstruationszyklus auftretenden hormonellen Veränderungen mit Schwankungen der verschiedenen Hormone (z.B. Östradiol und Progesteron) stellen wahrscheinlich nur einen Faktor einer sogenannten multifaktoriellen Genese bei einem ausgeprägten Prämenstruellen Syndrom bzw. einer Prämenstruellen dysphorischen Störung dar – mit „multifaktoriell“ ist eine Verursachung durch verschiedene zusammenwirkende Mechanismen gemeint. Möglicherweise beteiligte Faktoren können neben einer familiären Belastung mit psychischen Erkrankungen oder einer eigenen Vorgeschichte mit Depressionen oder einer Angsterkrankung z.B. die aktuelle psychosoziale Situation, Stress und Lebens- bzw. Ernährungsstil sein. Zumindest für die schwerer ausgeprägte Symptomatik mit ausgeprägter Reizbarkeit oder Depressivität ergeben sich Hinweise darauf, dass auch verschiedene biologische Aspekte von Bedeutung sind, wie etwa Besonderheiten im Hirnstoffwechsel (Serotonin-System).

Symptomatik / Kriterien

Die Symptomatik eines Prämenstruellen Syndroms kann hinsichtlich Zahl und Schwere der Symptome sehr unterschiedlich sein. Typische psychische Symptome sind allerdings Reizbarkeit und Anspannung, was nicht selten zu Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich führt (z.B. Streitigkeiten in der Partnerschaft, Kontrollverlust gegenüber Kindern bis hin zu Tätlichkeiten oder auch Schwierigkeiten am Arbeitsplatz). Auch schwere depressive Verstimmungen bis hin zu regelmäßig wiederkehrenden lebensmüden Gedanken kommen vor. Die typischen körperlichen Symptome sind in der folgenden Tabelle aufgeführt. Von einer „Prämenstruellen dysphorischen Störung“ (dysphorisch = gereizt, angespannt) spricht man in der psychiatrischen Klassifikation (z.B. DSM-IV), wenn die unten aufgeführten Kriterien erfüllt sind.

Häufigste Symptome eines prämenstruellen Syndroms

1. Depressive Verstimmung, Hoffnungslosigkeit, Selbstherabsetzende Gedanken
2. Ängstlichkeit / Anspannung
3. Deutliche Stimmungsschwankungen (plötzliche Traurigkeit, Weinen, Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisungen)
4. Andauernde Reizbarkeit oder Wut, als Folge vermehrte zwischenmenschliche Konflikte
5. Interesselosigkeit für übliche Aktivitäten
6. Konzentrationsschwierigkeiten
7. Leichte Ermüdbarkeit, Energieverlust
8. Appetitveränderungen (z.B. Heißhungerattacken, Verlangen nach bestimmten Lebensmitteln, wie etwa Süßigkeiten)

- | |
|--|
| <p>9. Schlafstörungen (erhöhtes Schlafbedürfnis, Schlaflosigkeit)</p> <p>10. Gefühl des Überwältigtseins oder Gefühl, außer Kontrolle zu geraten</p> <p>11. Körperliche Symptome (z.B. Brustempfindlichkeit oder -schwellung, Kopf-, Gelenk- / Muskelschmerzen, Gefühl des Aufgedunsenseins, Gewichtszunahme etc.)</p> |
|--|

<p>Wissenschaftliche Kriterien einer Prämenstruellen Dysphorischen Störung (nach DSM-IV)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Während der meisten Menstruationszyklen des vergangenen Jahres bestanden mindestens 5 der oben genannten Symptome über die meiste Zeit während der letzten Woche vor Beginn der Menstruation mit Rückbildung innerhalb weniger Tage nach ihrem Einsetzen. Mindestens eines der Symptome (1), (2), (3), oder (4) war vorhanden. • Deutliche Beeinflussung beruflicher Leistungen und sozialer bzw. familiärer Beziehungen (z.B. durch Konflikte als Folge der Reizbarkeit) • Die Symptome sind nicht nur Ausdruck der einer anderen Störung, z.B. einer depressiven Störung oder einer Angststörung • Die Störung wird durch eine tägliche Selbstbeobachtung über mindestens zwei Zyklen bestätigt.

Therapie

Das bloße Wahrnehmen körperlicher und / oder psychischer Symptome in der zweiten Hälfte des Zyklus muss noch nicht unbedingt zur medikamentösen Behandlung führen. Oftmals sind Aufklärung, Veränderungen des Lebens- und Ernährungsstils, Sport oder auch der Einsatz pflanzlicher Präparate zur Beseitigung der körperlichen Begleitsymptome (z.B. bei Brustspannen, Kopfschmerzen etc.) ausreichend. Manchmal wird die Symptomatik auch deutlich besser nach Gabe eines Kontrazeptivums („Pille“). Bei einer schweren Symptomatik, (z.B. bei der Prämenstruellen dysphorischen Störung), wobei die psychische Symptomatik (Reizbarkeit, Anspannung, Depressivität) im Vordergrund steht und zu den oben beschriebenen Schwierigkeiten führt, ist nach dem aktuellen Stand der Forschung eine medikamentöse Behandlung mit einem Antidepressivum, das auf den Serotoninstoffwechsel einwirkt, empfehlenswert. Wirksamkeitsnachweise wurden für verschiedene Substanzen vorgelegt (z.B. für die Substanzen Fluoxetin, Paroxetin, Citalopram, Sertralin, Venlafaxin). Dabei scheinen diese Substanzen sowohl mit einer durchgehenden Gabe (= kontinuierliche Gabe) während des gesamten Zyklus als auch mit einer Gabe nur in der zweiten Zyklushälfte (= intermittierende Gabe) wirksam zu sein.

Wenn der Verdacht auf das Vorliegen eines prämenstruellen Syndroms im weiteren Sinne oder einer Prämenstruellen dysphorischen Störung im engeren Sinne besteht (diese Patientinnen leiden in der Regel ganz besonders unter der Reizbarkeit oder Depressivität) sollte zunächst ein Kontakt zum Gynäkologen erfolgen. Dieser kann ausschließen, dass eine hormonelle Störung Ursache der Beschwerden ist und auch hinsichtlich des Einsatzes einer „Pille“ beraten. Möglicherweise könnte es auch sinnvoll sein, eine Pille im so genannten „Lang-Zyklus“ zu nehmen, das heißt ohne Pillenpause. Falls der Einsatz von Hormonen nicht erfolgreich ist bzw. bei sehr schwer ausgeprägter Symptomatik sollte ein Psychiater konsultiert werden, um mit ihm die Möglichkeit einer Antidepressiva-Therapie (s. oben) zu besprechen.

Hilfreich für den behandelnden Arzt ist es, wenn Sie bereits während ein oder zwei Menstruationszyklen täglich Ihre Beschwerden protokolliert haben. Auch für Sie selbst wird dann vielleicht der Zusammenhang mit der Periode oder aber auch mit anderen Einflussfaktoren klarer.

Verlauf

Beginnen kann ein Prämenstruelles Syndrom in jedem Alter nach Einsatz der ersten Periode, der Häufigkeitsgipfel liegt im 2. bis 3. Lebensjahrzehnt. In Behandlung kommen am ehesten Betroffene zwischen 30 und 40 Jahren, eine Verschlimmerung mit zunehmendem Alter oder nach einer Entbindung ist nicht ungewöhnlich. Die Symptome verschwinden gewöhnlich mit Einsetzen der Wechseljahre. Die Symptomatik kann in verschiedenen Zyklen variieren.

Wenn eine medikamentöse Therapie erfolgreich ist, heißt das nicht automatisch, dass die Medikamente über viele Jahre genommen werden müssen. Nach einer ausreichend langen Behandlungszeit (mindestens ½ bis ein ¾ Jahr) kann ein langsamer Absetzversuch vorgenommen werden.

© Prof. Dr. med. Anke Rohde, Gynäkologische Psychosomatik
 Universitätsklinikum Bonn, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn
 Tel 0228/287 14737 Fax 0228/287 14738 e-mail: anke.rohde@ukb.uni-bonn.de
 Internet: www.femina.uni-bonn.de