

Das Prämenstruelle Syndrom

Eine Information für Betroffene und Angehörige

Häufigkeit und Definition

Etwa 75% aller Frauen im gebärfähigen Alter nehmen in der zweiten Zyklushälfte (der sogenannten Lutealphase) und besonders in den Tagen vor Beginn der Menstruation körperliche und/oder psychische Veränderungen wahr. Seit den 1930er Jahren gibt es eine rege Forschungstätigkeit auf diesem Gebiet, allerdings mit dem methodischen Problem, dass die angewandten Definitionen für ein Prämenstruelles Syndrom (PMS) ebenso unterschiedlich waren wie die angewandten Erfassungsinstrumente. Die ermittelte Häufigkeit des Prämenstruellen Syndroms schwankte entsprechend zwischen 20 und 50%. Mittlerweile gibt es allgemein anerkannte Diagnosekriterien im amerikanischen Diagnosesystem DSM-5 für das schwer ausgeprägte Prämenstruelle Syndrom, und zwar unter der Bezeichnung „**Prämenstruelle 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 ärztlichen Praxis und auch in der Öffentlichkeit wird allerdings das Prämenstruelle Syndrom noch nicht immer als behandlungsbedürftige Störung wahrgenommen. Daran wird sich wohl auch erst dann etwas ändern, wenn die PMDS nicht nur in den amerikanisch-psychiatrischen Forschungskriterien als eigene Kategorie erscheint, sondern auch in den in Deutschland verwendeten Kriterien der Weltgesundheitsorganisation, der ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen). Gerade ist eine Neufassung der aktuell gebräuchlichen Version der ICD-10 in Arbeit; es ist davon auszugehen, dass dann auch im deutschen Medizinsystem entsprechende Diagnosekriterien verfügbar sind.

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 PMS bzw. einer PMDS 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 Ängsten z.B. auch Belastungen in der aktuellen Lebenssituation, Stress und Ernährungsstil sein. Zumindest für die schwerer ausgeprägte PMDS-Symptomatik mit deutlicher Reizbarkeit oder Depressivität muss von mitverursachenden biologischen Faktoren ausgegangen werden, wie etwa Besonderheiten im Hirnstoffwechsel (Serotoninsystem).

Symptome und Kriterien

Die Symptomatik eines PMS kann hinsichtlich Zahl und Schwere der Symptome sehr unterschiedlich sein. Typische psychische Symptome sind Reizbarkeit und Anspannung, was nicht selten zu Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich führt. Bei der PMDS sind die Symptome sehr viel ausgeprägter, führen i.d.R. zu zwischenmenschlichen Konflikten (z.B. Streitigkeiten in der Partnerschaft oder am Arbeitsplatz, Kontrollverlust bis hin zu tätlichen Auseinandersetzungen mit dem Partner). Schwere depressive Verstimmungen bis hin zu regelmäßig wiederkehrenden lebensmüden Gedanken kommen vor.

Die typischen Symptome sind in der folgenden Auflistung aufgeführt. Von einer „**Prämenstruellen Dysphorischen Störung**“ (dysphorisch = gereizt, angespannt) spricht man, wenn die folgenden Symptome vorhanden sind:

Symptome

1. Depressive Verstimmung, Hoffnungslosigkeit, Selbsterabsetzende 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)
9. Schlafstörungen (erhöhtes Schlafbedürfnis, Schlaflosigkeit)
10. Gefühl des Überwältigtseins oder Gefühl, außer Kontrolle zu geraten
11. Körperliche Symptome (z.B. Brustempfindlichkeit oder -schwellung, Kopf-, Gelenk- / Muskelschmerzen, Gefühl des Aufgedunsenseins, Gewichtszunahme etc.

Für die Diagnosestellung gelten die folgenden Kriterien

- A. Während der Mehrzahl der Menstruationszyklen der vergangenen 12 Monate bestanden mindestens 5 der oben genannten Symptome in der Woche vor Beginn der Menstruation. Die Symptome klingen innerhalb weniger Tage nach ihrem Einsetzen ab. Mindestens eines der oben genannten Symptome 1, 2, 3, oder 4 war vorhanden.
- B. Es liegt eine deutliche Beeinflussung beruflicher Leistungen und sozialer bzw. familiärer Beziehungen vor (z.B. durch Konflikte als Folge der Reizbarkeit).
- C. Die Symptome sind nicht Ausdruck einer anderen Störung, z.B. einer depressiven Störung oder einer Angststörung.
- D. Eine tägliche Selbstbeobachtung über mindestens zwei Zyklen bestätigt die Störung.

Was hilft?

Das bloße Wahrnehmen körperlicher und/oder psychischer Symptome in der zweiten Hälfte des Zyklus muss noch nicht unbedingt zur medikamentösen Behandlung führen. Bei leichteren Formen des PMS sind Veränderungen des Lebens- und Ernährungsstils, Sport oder auch der Einsatz pflanzlicher Präparate zur Beseitigung der körperlichen Begleitsymptome (z.B. bei Brustspannen, Kopfschmerzen etc.) ausreichend. Ruhephasen und Stressreduktion können sich ebenfalls positiv auswirken. Oftmals klingen die Symptome bei Einnahme eines Kontrazeptivums („Pille“) deutlich ab.

Der Einsatz psychotherapeutischer Strategien kann hilfreich sein, wenn Umgebungs- und Verhaltensfaktoren zur Verstärkung der Symptome beitragen. Das Erlernen von Entspannungsverfahren, Stressreduktion und ein bewusster Umgang mit der Problematik können entlastend wirken. Bei der PMDS, bei der die psychische Symptomatik mit Reizbarkeit, Anspannung oder Depressivität im Vordergrund steht und zu den oben beschriebenen Schwierigkeiten führt, sollte eine medikamentöse Behandlung mit einem Antidepressivum in Erwägung gezogen werden. Eingesetzt werden **Antidepressiva**, die auf den Serotoninstoffwechsel einwirken, sogenannte Serotoninwiederaufnahme-Hemmer (nach der englischen Bezeichnung abgekürzt als SSRI). Für alle Substanzen dieser Gruppe gibt es placebokontrollierte Studien, die die Wirksamkeit belegt haben (so etwa für die Substanzen Fluoxetin, Paroxetin, Citalopram, Escitalopram, Sertralin, Venlafaxin). Dabei sind diese Substanzen sowohl bei **kontinuierlicher** (durchgehender) Einnahme während des gesamten Zyklus, als auch bei der sogenannten **intermittierenden** Gabe, also Einnahme nur in der zweiten Zyklushälfte, wirksam. Die eigene Praxis hat gezeigt, dass zu Beginn die durchgehende Gabe sinnvoll ist, beginnend mit niedrigen Dosierungen und Steigerung bei Bedarf (evtl. auch nur in den Tagen vor der Periode). Außerdem lässt sich bei vielen Frauen die PMDS-Symptomatik durch die Einnahme eines Kontrazeptivums (**Pille**) positiv beeinflussen, am effektivsten im sogenannten Langzyklus, d.h. ohne Pillenpause. In schweren Fällen kann auch die Kombination von Pille und Antidepressivum sinnvoll sein. Wie den Kriterien oben zu entnehmen ist, ist die **Zyklusdokumentation** über 2 Monate Teil der Diagnostik. Hilfreich für die behandelnde Ärztin / den Arzt ist es, wenn Sie ein solches Zyklustagebuch schon geführt haben und dies zum Termin mitbringen. Auch für Sie selbst wird dadurch vielleicht klarer, wie Ihre Beschwerden mit Ihrer Menstruation oder auch anderen Einflussfaktoren zusammenhängen. Spezielle Zyklustagebücher gibt es inzwischen als App für Smartphones, aber auch hier finden Sie ein sehr übersichtliches Exemplar: <http://almutdorn.de/wp-content/uploads/2012/03/PMS-Tagebuch.pdf>.

Wer hilft?

Wie oben ausgeführt, ist es nicht immer einfach, eine effektive Behandlung für eine PMDS zu erhalten, da die Verschreibung von Antidepressiva eher Psychiatern und Allgemeinmedizinern vorbehalten ist und die Gynäkologin/der Gynäkologe sich damit eventuell nicht so gut auskennt. Ein Zusatzproblem liegt darin, dass es keine speziell für diese Problematik zugelassenen Medikamente gibt, da ja bisher die Diagnosekriterien in Deutschland nicht überall bekannt und anerkannt sind. Besprechen Sie dennoch zunächst mit Ihrer Gynäkologin/Ihrem Gynäkologen die Problematik; vielleicht hat sie/er schon Erfahrung mit der Behandlung oder ist bereit, diese zu sammeln. Für die leichteren Formen des PMS, wobei auch pflanzliche Präparate helfen können, ist sie/er sowieso Ihr Ansprechpartner. Alternativ wird sie/er Ihnen vielleicht zunächst die Pille im Langzyklus verordnen.

Verlauf

Beginnen kann ein Prämenstruelles Syndrom in jedem Alter nach Einsatz der ersten Periode; die ausgeprägte PMDS-Symptomatik beginnt oft später. In Behandlung kommen vor allem Betroffene zwischen 30 und 40 Jahren. Die Verschlimmerung mit zunehmendem Alter oder nach einer Entbindung ist nicht ungewöhnlich; möglicherweise spielen dabei die geringeren Rückzugsmöglichkeiten bzw. erhöhte Belastungen durch die familiäre und berufliche Situation eine Rolle. Die Symptome verschwinden gewöhnlich mit dem 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 eingenommen werden müssen. Nach einer ausreichend langen Behandlungszeit (mindestens ½ Jahr) kann ein langsamer Absetzversuch unternommen werden.