

Dorn
Schwenkhausen
Rohde



PMDS

ALS HERAUSFORDERUNG

*DIE PRÄMENSTRUELLE
DYSPHORISCHE STÖRUNG
ALS SCHWERSTE FORM DES PMS*

Kohlhammer

Kohlhammer

Rat + Hilfe

Fundiertes Wissen für Betroffene, Eltern und Angehörige –
Medizinische und psychologische Ratgeber bei Kohlhammer

Eine Übersicht aller lieferbaren und im Buchhandel angekündigten
Ratgeber aus unserem Programm finden Sie unter:



<https://shop.kohlhammer.de/rat+hilfe>

Die Autorinnen

Dr. phil. Dipl.-Psych. Almut Dorn:

Psychologische Psychotherapeutin, Praxis für Gynäkologische Psycho-
somatik, Hamburg. www.almutdorn.de

Dr. med. Anneliese Schwenkhagen:

Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HORMONE
HAMBURG, Praxis für gynäkologische Endokrinologie, Dres. Schaudig
+ Schwenkhagen, Hamburg. www.hormone-hamburg.de

Prof. Dr. med. Anke Rohde:

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsprofessorin
für Gynäkologische Psychosomatik, Universität Bonn.
www.rohde-bonn.de

Gemeinsame Webseite der Autorinnen zum Thema PMDS:
www.pmds.team

Almut Dorn
Anneliese Schwenkhagen
Anke Rohde

PMDS als Herausforderung

Die Prämenstruelle Dysphorische Störung
als schwerste Form des PMS

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten verändern sich ständig. Verlag und Autoren tragen dafür Sorge, dass alle gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Haftung hierfür kann jedoch nicht übernommen werden. Es empfiehlt sich, die Angaben anhand des Beipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2022

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-040259-1

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-040260-7

epub: ISBN 978-3-17-040261-4

Inhalt

Ihr Wegweiser durch dieses Buch	13
Vorwort	15
1 Ein Blick zurück zu Beginn	19
Exkurs Historisches	20
Entwicklung der Forschung	21
Mythen und Frauenbilder	23
Rollenbilder und Emanzipation	26
Brauchen wir die Menstruationszyklen noch?	27
2 Die Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS)	29
Definition und Häufigkeit der PMDS	30
Abgrenzung zum Prämenstruellen Syndrom (PMS)	41
Zyklustagebuch als Diagnoseinstrument	42
PMDS über die Lebensspanne	44
3 Ursachen/Einflussfaktoren	45
Die Hormone im Menstruationszyklus	46
Befindlichkeitsveränderungen im Menstruationszyklus	51
Psychische und körperliche Erkrankungen im Menstruationszyklus	52
Die Rolle der Hormone bei der PMDS	53
Ist ein Progesteronmangel die Ursache?	54
Ein Exkurs für besonders Interessierte: Allopregnanolon und die Stressachse	55
Welche Rolle spielt das Serotoninsystem?	58

	Störung im Kontrollzentrum des Gehirns?	59
	Bio-psycho-soziales Entstehungsmodell	60
	Gibt es eine Veranlagung für PMDS?	61
	Bedeutung von Vorerfahrungen/anderen	
	Erkrankungen	62
	Einfluss der Persönlichkeit	63
	Einfluss der aktuellen Lebenssituation	63
	Schlussfolgerung Ursachen/Einflussfaktoren	64
4	Abgrenzung PMDS und Zykluseinflüsse	
	bei anderen Störungen	65
	Zykluseinflüsse auf körperliche Erkrankungen	66
	Zykluseinflüsse auf psychische Erkrankungen	66
	Abgrenzung PMDS von psychischen Störungen	67
	Abgrenzung PMDS und Depressionen	68
	Abgrenzung PMDS und Bipolare Störung	70
	Abgrenzung PMDS und Angststörungen	72
	Abgrenzung PMDS und emotional-instabile	
	Persönlichkeit/Impulskontrollstörung	74
	Abgrenzung PMDS und Posttraumatische	
	Belastungsstörung (PTBS)	75
	Abgrenzung PMDS und Essstörungen	76
	Abgrenzung PMDS und Psychosen	76
5	Therapiemöglichkeiten	78
	Vitamine, Mineralien, Pflanzliche Mittel & Co	80
	Vitamine und Mineralstoffe?	80
	Phytotherapeutika und Akupunktur?	81
	Melatonin?	82
	Cannabis?	82
	Hormonelle Therapiemöglichkeiten	83
	Die Pille als Lösung	84
	Die Pille im Langzyklus	86
	Die Wirksamkeit kombinierter hormonaler	
	Verhütungsmittel bei der PMDS	88

Verhütungsmittel, von denen keine Wirkung auf die PMDS zu erwarten ist	89
Verhütungsmittel, von denen möglicherweise eine Wirkung auf die PMDS zu erwarten ist	89
Hilft eine Hormonspirale?	90
Was ist mit einer Progesteron-Therapie?	92
Neue Therapieansätze	94
Letzte Rettung: Entfernung der Eierstöcke?	94
GnRH-Analoga als »vorletzter Weg«?	95
Sondersituation Wechseljahre	97
Wie machen wir es nun in der gynäkologischen Praxis?	99
Antidepressiva	101
Die PMDS-Therapie mit Antidepressiva (SSRI) ist gut erforscht	101
Kontinuierlich oder intermittierend – Durchgehend oder nur zeitweise?	103
Absetzversuch bzw. Therapiepause	107
Mögliche Dosierungen	108
Leider immer noch »off-Label-Behandlung« – es gibt keine Zulassung für die PMDS	111
Sind Beruhigungsmittel oder andere Psychopharmaka eine Alternative?	113
Psychotherapie	113
Psychoedukation	115
Entspannungstraining	116
Verhaltenstherapie und Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	116
Hypnotherapie	120
Körperorientierte Psychotherapie	121
Online-Psychotherapieprogramme	122
Lebensstil – Sport und Ernährung	123
Sport und gesunde Ernährung – unbedingt zu empfehlen!	123
Schlaf und Licht	124
Alkohol besser lassen!	125

6	Selbsthilfestrategien	127
	Selbsthilfestrategien als positive Bewältigungsmechanismen	128
	Bewältigungsstrategien bzw. Copingstrategien	129
	Die Bedeutung von Stress und Distress	130
	Die eigenen Ressourcen nutzen	132
	Strategien bei Affektlabilität (Stimmungsschwankungen, erhöhte Empfindlichkeit)	133
	Akzeptanz	134
	Achtsamkeit	135
	Atem-Meditation	136
	Strategien bei Reizbarkeit, Wut, Konflikten	137
	Was bewirkt Entspannung?	138
	Progressive Muskelentspannung (PME) zum gezielten Spannungsabbau	140
	Autogenes Training (AT) für einen guten Kontakt zu sich selbst	141
	Imaginationsverfahren/Fantasiereisen zum Abschalten	143
	Familienkonferenz gegen Konflikte	145
	Strategien bei depressiver Verstimmung, Hoffnungs- losigkeit, selbsterabsetzenden Gedanken	147
	Gedankenstopp	147
	Grübelstuhl und Grübelzeit	148
	Das Bild der Waage	149
	Bewegung, Sport, Luft und Licht	150
	Kontakt und Berührung	151
	Ablenkung/Zeitvertreib	153
	Selbstwirksamkeit stärken	154
	Strategien bei Angst, Anspannung, Überreizung, Nervosität	157
	Vertrauen in den Körper zurückgewinnen	158
	»Die Angst hereinbitten«	160
	Innerer Ort der Ruhe	161
	Alle fünf Sinne einsetzen	162
	Durchatmen mit 4–6–8	163
	Strategien bei verringertem Interesse an üblichen Aktivitäten	163

	Routinen entwickeln	164
	Sich mitziehen lassen	164
	Strategien bei Konzentrationsschwierigkeiten, Ermüdbarkeit, Energieverlust	164
	Reize reduzieren	165
	Delegieren können und Pausen organisieren	165
	Koffein & Co	166
	Strategien bei Appetitveränderungen, Heißhunger	167
	Kampf dem rosa Elefanten	167
	Meditation	168
	Strategien bei Schlafstörungen (Insomnie/Hypersomnie) ..	169
	Schlafhygiene	169
	Body-Scan für ein bewusstes Körpergefühl	170
	Pflanzliche Einschlafhilfen	171
	Keine Angst vor Schlaflosigkeit	172
	Strategien bei Kontrollverlust und dem Gefühl des Überwältigtseins	173
	Stresstoleranz	173
	Impulskontrolle	174
	Strategien bei körperlichen Symptomen	175
	Progressive Muskelentspannung	175
	Yoga statt Couch	175
	Selbsthypnose statt Medikamente	176
	Bedeutung Placeboeffekt und Noceboeffekt	177
	Selbsthypnose als Selbsthilfestrategie	178
7	Häufig gestellte Fragen	181
	Bedeutet PMDS, dass ich psychisch krank bin?	181
	Was ist, wenn meine Beschwerden keine klare Zyklusbindung haben?	182
	Gibt es ein bevorzugtes Alter für die PMDS?	182
	Warum jetzt, nach der Geburt eines Kindes?	183
	Warum nach Absetzen der Pille?	183
	Wieso tritt die Symptomatik nach der Sterilisation auf?	183
	Wie ist der Verlauf unbehandelt?	184

Hört es irgendwann von selbst auf?	184
Warum Antidepressiva vom SSRI-Typ?	184
Was mache ich, wenn ich die SSRI nicht gut vertrage?	185
Angeblich wirken Antidepressiva doch erst nach drei Wochen. Wieso kann die Einnahme nur in der 2. Zyklushälfte helfen?	185
Machen mich die Antidepressiva abhängig?	186
Ändern die Medikamente meine Persönlichkeit? ...	186
Muss ich die Medikamente lebenslang nehmen? ...	187
Was kann ich tun, wenn ich keinen Arzt/keine Ärztin finde, die sich mit der PMDS auskennt?	187
Macht eine Laboruntersuchung der Hormone Sinn?	188
Gefährde ich meine Chancen schwanger zu werden, wenn ich die Pille im Langzyklus nehme?	188
Sollte ich mit PMDS überhaupt Kinder bekommen?	189
Hilft es, wenn ich mir die Eierstöcke oder die Gebärmutter entfernen lasse?	189
Warum bringt die Paartherapie nichts mehr?	190
Sollte ich mich von meinem Partner trennen?	190
8 Erfahrungsberichte	192
Nach den Geburten wurde es immer schlimmer. Ich bin froh, dass ich die Medikamente an meine Symptome anpassen kann.	193
Erkennen und akzeptieren – wichtige Schritte zum gelassenen Umgang mit PMDS	196
Der Eisprung hat keinen Einfluss mehr auf mein Leben. Am Ende waren es die Antidepressiva, die die letzte Stabilität gegeben haben.	200
Was macht man, wenn man sich nicht selbst helfen kann? Ein kompetenter Ansprechpartner ist so wichtig.	206

Wutausbrüche und Nervenzusammenbrüche – Ich möchte das Vorurteil der hormongesteuerten Frau nicht bedienen.	210
Nicht immer genau prämenstruell. Frühere Belastungen treten in den Vordergrund. ...	214
Die Wechseljahre haben alles noch verschlimmert. Und Progesteron auch.	220
Die ganze Familie ist mit betroffen – Erfahrungen einer Mutter	222
Literatur	227

Ihr Wegweiser durch dieses Buch

Möglicherweise haben Sie als Betroffene, als Angehöriger oder auch als jemand, der aus beruflichen Gründen mit dem Thema zu tun hat, unterschiedliche Interessen, wenn Sie dieses Buch lesen. Die einzelnen Kapitel sollen deshalb auf die verschiedenen Bedürfnisse eingehen, ohne dass Sie beim Lesen eine bestimmte Reihenfolge einhalten müssen. Jedes Kapitel ist inhaltlich so angelegt, dass es für sich allein – und damit unabhängig von den weiteren Kapiteln – verständlich ist. Falls Begriffe verwendet werden, die in einem anderen Abschnitt genauer erklärt sind, wird darauf verwiesen.

Das Buch beginnt mit einem historischen Exkurs sowie einem Blick auf Frauenbilder gestern und heute, es folgen Fakten zu Symptomen und Diagnose der PMDS, Ursachen und Einflussfaktoren sowie die Abgrenzung gegen andere Störungen. Anschließend werden Behandlungsmöglichkeiten erörtert und Selbsthilfestrategien dargestellt, bevor nach einem Kapitel mit häufig gestellten Fragen Erfahrungsberichte Betroffener vorgestellt werden. Die abschließenden Hinweise auf weitere Literatur und Internetlinks können verständlicherweise nicht vollständig sein, helfen Ihnen aber vielleicht bei weiteren Recherchen.

Da die verwendeten Fachbegriffe in den jeweiligen Kapiteln erklärt werden, wurde auf ein zusätzliches Glossar von Fachausdrücken verzichtet. Sollten Sie einen bestimmten Begriff suchen, schlagen Sie einfach im Inhaltsverzeichnis nach oder folgen Sie den entsprechenden Verweisen im Text.

Noch ein Wort zum »Gendern«: Wir haben uns entschlossen, auf Gendersternchen oder ähnliches zu verzichten und stattdessen die weiblichen und männlichen Berufsbezeichnungen parallel, d. h. durch einen Schrägstrich getrennt, zu verwenden. In Einzelfällen haben wir willkür-

lich nur die weibliche oder männliche Form gewählt, da sonst z. B. Aufzählungen verschiedener Personengruppen zu unübersichtlich geworden wären. Es versteht sich von selbst, dass in allen Fällen jeweils alle Geschlechter gemeint sind.

Das gleiche trifft übrigens für die Verwendung des Begriffes »Partner« zu. Wir sind uns darüber im Klaren, dass heute Regenbogenfamilien in vielen Konstellationen existieren, und wir wissen aus der praktischen Arbeit mit gleichgeschlechtlichen Paaren, dass diese im Zusammenhang mit Menstruationszyklus und PMDS unter den gleichen Problemen leiden können wie heterosexuelle Paare. Allerdings haben wir uns im Sinne der besseren Lesbarkeit dagegen entschieden, aus dem Partner (mit dem sowohl Ehe- als auch Lebenspartner gemeint ist) die Formulierung »der Partner/die Partnerin« zu machen. Aber selbstverständlich sind bei den entsprechenden Ausführungen immer auch Partnerinnen bzw. Ehefrauen gemeint.

Vorwort

Eine schöne Entwicklung in der Medizin und Psychotherapie ist die immer größer werdende Offenheit für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Behandlung von Störungen. Ich selbst hatte das Glück, seit Beginn meiner Berufstätigkeit immer in fachübergreifenden Teams arbeiten zu können. Vor allem meine zehnjährige Tätigkeit in der Gynäkologischen Psychosomatik an der Universitätsfrauenklinik Bonn unter der Leitung von Frau Professor Anke Rohde (Psychiaterin und Psychotherapeutin) im engen Austausch und Kontakt mit allen Disziplinen der Frauenheilkunde hat mich geprägt. Bereits in dieser Zeit lernte ich Dr. Anneliese Schwenkhagen auf Kongressen kennen, auf denen sie ihre große Expertise zu Hormonen, Psyche, Sexualität und neurologischen Themen mit Kollegen und Kolleginnen teilte, stets auf ihre mitreißende Art. Was für ein Glück, dass mich mein Weg nach Hamburg führte und wir somit weiter zusammenrücken konnten. Durch die gemeinsamen Themen hatten sich zu dem Zeitpunkt übrigens auch Anke Rohde und Anneliese Schwenkhagen bereits kennengelernt. Die enge Verbundenheit mit Anke Rohde hat sich auch über die Hamburger Jahre weiter intensiviert.

Ein Thema, zu dem wir uns mit unseren drei Fachrichtungen immer wieder austauschen, ist die PMDS. Über verschiedene Wege und Kanäle suchen Frauen unsere Hilfe mit deutlichen Symptomen, die der Prämenstruellen Dysphorischen Störung zuzuordnen sind. Häufig haben diese Frauen bereits lange Leidenswege hinter sich, haben selbst recherchiert und sich »schlau gemacht«, wie ihre Beschwerden einzuordnen sind. Sie haben schon vieles ausprobiert, um Linderung zu erfahren – und sind immer noch auf der Suche nach professioneller Hilfe.

Die Häufigkeit der PMDS wird in Studien mit 3–5 %, manchmal auch höher angegeben; dabei sind nur Frauen mit dem Vollbild der

PMDS berücksichtigt. Bei ca. 15 Millionen Frauen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren ist also selbst bei vorsichtiger Schätzung von etwa einer halben Million Frauen in Deutschland auszugehen, die monatlich oder zumindest in vielen Monaten unter ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen in der 2. Zyklushälfte leiden. Dabei liegt die Dauer der Symptome zwischen wenigen Tagen prämenstruell bis zur kompletten 2. Zyklushälfte. Nicht selten führen die Beschwerden zur zeitweisen Arbeitsunfähigkeit. Vor allem durch die sehr typischen Symptome, wie starke Reizbarkeit, Ärger und Wut, geraten viele Frauen in dieser Zeit in erhebliche Konflikte – vor allem mit ihrem Partner bzw. ihrer Familie, was ganz häufig zu ausgeprägten Schuldgefühlen bei ihnen führt. Depressive Symptome gehen bis hin zur Suizidalität.

»Ja, ich kenne das, ich fühle mich vor meiner Periode wie Dr. Jekyll und Ms. Hyde, aber ich weiß nicht, wie ich mit meiner Wut umgehen soll« ist eine typische Äußerung. Durch die fehlenden Kriterien in unserem derzeit gängigen medizinischen Diagnosesystem ICD-10 fühlen sich weder Psychiater noch Frauenärztinnen wirklich zuständig für die Problematik. Von Psychiatern werden die Symptome nicht selten anderen Störungen zugeordnet, Frauenärztinnen stufen prämenstruelle Veränderungen schnell als »normal« ein, und auch im aktuellen Ausbildungskatalog der Psychotherapeutinnen kommt die frauenspezifische Psychosomatik nicht vor. Somit ist unsere Ratgeber-Idee ein Stück weit aus dieser Not der Betroffenen geboren, die wir fast täglich durch Terminanfragen und E-Mails spüren.

Wir möchten unser Wissen und unsere klinische Erfahrung mit den betroffenen Frauen teilen. Aber auch Kolleginnen und Kollegen unserer drei Fachdisziplinen möchten wir erreichen – nicht zuletzt durch die Erfahrungen der betroffenen und belesenen Frauen selbst, die sich bereit erklärt haben, darüber zu berichten.

Unser Ratgeber soll den Frauen die Möglichkeit geben, ihre Symptome selbst einschätzen und einordnen zu können. Hilfe zur Selbsthilfe ist ein Bestandteil der Eigenbewältigung, der uns in allen therapeutischen Zusammenhängen immer sehr wichtig ist, denn wir sind große Verfechterinnen der Idee der Patientinnen-Autonomie. Deshalb ist auch eines unser Anliegen, betroffene Frauen zu »Expertinnen für ihre Störung« zu machen.

Die Beschreibung der Problematik soll helfen, die Grenze zwischen »Beschwerden« bzw. »Befindlichkeitsstörungen«, die man mit verschiedenen Selbsthilfestrategien oder pflanzlichen Mitteln bewältigen kann, zur »therapiebedürftigen Störung« im engeren Sinne zu erkennen, bei der möglicherweise zusätzlich eine medikamentöse Behandlung angezeigt ist.

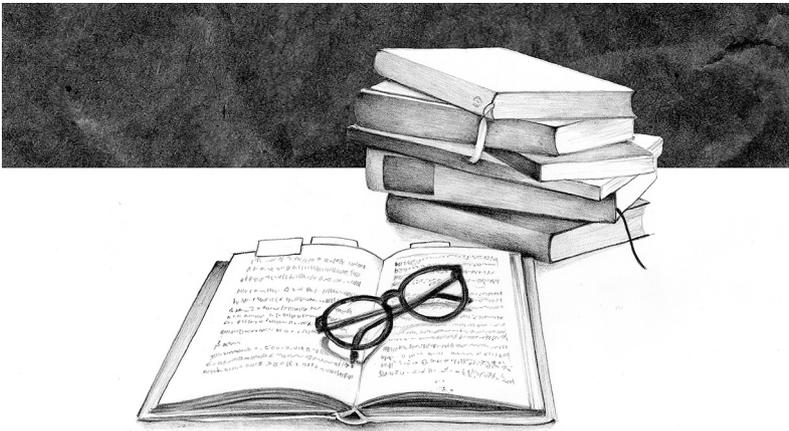
Um zu verstehen, wie alle diese Symptome einzuordnen sind, werden die aktuellen Entstehungstheorien zu PMS und PMDS vermittelt sowie die Bandbreite der Symptomatik und deren Ausprägungen dargelegt. Die Therapieoptionen aus Sicht der Psychotherapie, der Frauenheilkunde und der Psychiatrie möchten wir verständlich vermitteln. Wie schon erwähnt, ist es uns auch wichtig, die betroffenen Frauen durch Zitate, Fragen und Erfahrungsberichte zu Wort kommen zu lassen, denn durch unsere Patientinnen haben wir sehr viel über die PMDS gelernt.

Die Illustrationen von Frau Fides Velten strukturieren mit feinen Linien die Kapitel und runden in ihrer bildlichen Darstellung unser Thema ab.

Für die Autorinnen
Almut Dorn

Hamburg, Frühjahr 2022

1 Ein Blick zurück zu Beginn



In aller Kürze

- Zyklusabhängige Stimmungsschwankungen sind schon seit der Antike überliefert.
- Ab dem 19. Jahrhundert fanden vor allem »Erregungszustände« im Zusammenhang mit der Menstruation bzw. mit der Funktion der Eierstöcke das Interesse von gynäkologischen und psychiatrischen Forschern.
- Rund um die Menstruation und den Hormonzyklus der Frauen ranken sich bis heute viele Mythen.
- In die Bewertung von Symptomen rund um den Zyklus fließen Frauen- und Rollenbilder mit ein, die sich über die Zeit ändern.



Exkurs Historisches

Bereits in der Antike gab es Beobachtungen über Stimmungs- und Verhaltensänderungen von Frauen im Zusammenhang mit der Menstruation. Der griechische Arzt und Gelehrte Hippokrates beschrieb vor etwa 2.500 Jahren zyklusabhängige Stimmungsveränderungen, die er als Folge eines verhinderten Abflusses des Menstruationsblutes interpretierte. Das sei gefolgt von Fieber, Ängsten, sprachlichen und tätlichen aggressiven Impulsen gegen andere bis hin zu Sinnestäuschungen und Suizidgedanken.

Bei den Betrachtungen der prämenstruellen Veränderungen standen im 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts die besonders auffälligen Symptome im Vordergrund, wie man sie auch bei Psychosen kennt (z. B. Fremdheitsgefühle oder Erregungszustände, die wir heute als Impulsdurchbrüche bzw. »Ausraster« bezeichnen würden). Der deutsch-österreichische Psychiater Richard von Krafft-Ebing sprach Ende des 19. Jahrhunderts vom »Menstrualen Irresein«, wobei seine Beschreibung sehr unseren heutigen PMDS-Kriterien ähnelt. Der in der gleichen Zeit tätige deutsche Psychiater Eugen Bleuler beschrieb als »Menstruationspsychose« bzw. »Menstruelles Irresein« ebenfalls alle Facetten zyklusabhängig vorkommender psychischer Störungen: manisch-depressive Zustände ebenso wie Psychosen, wobei er u. a. auch die impulsiven Handlungen erwähnte. Er machte aber gleichzeitig deutlich, dass die Zyklusvorgänge dabei neben einer bereits bestehenden Störung bzw. der Neigung nur ein Teil der Ursache sind.

Die systematische Erforschung begann, nachdem Robert T. Frank 1931 den Begriff »Premenstrual tension« für die prämenstruellen Spannungszustände eingeführt hatte. Er beschrieb 14 Fälle von Frauen, bei denen es vor der Menstruation zu einer Zunahme von epileptischen Anfällen oder anderen medizinischen Problemen sowie von Stimmungsschwankungen und/oder gesteigerter Libido gekommen war und bei denen alle diese Symptome in der 1. Zyklushälfte wieder völlig verschwanden.

Der Begriff »Prämenstruelles Syndrom« (PMS) wurde 1953 von Raymond Greene und Katharina Dalton eingeführt. Ein Problem in den

folgenden Jahrzehnten der Erforschung des PMS war allerdings, dass in den verschiedenen Studien unterschiedliche Definitionen verwendet wurden, wodurch die Vergleichbarkeit der Studien hinsichtlich Häufigkeit und Therapieerfolg nur bedingt gegeben war. Ein Forscherteam um J.A. Hamilton hat 1984 zusammengetragen, dass in den Arbeiten zu diesem Thema bis zu 150 verschiedene Symptome in Zusammenhang mit einem prämenstruellen Syndrom gebracht wurden.

Entwicklung der Forschung

Eine richtungsweisende Veränderung in der Forschung zu Diagnostik und Behandlung der prämenstruellen Beschwerden war die Aufnahme der Kategorie »Dysphorische Störung der späten Lutealphase« 1987 in das DSM-III-R (Deutsche Fassung 1989). DSM ist die Abkürzung für »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders« (= »Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen«), wie das Diagnosesystem der »American Psychiatric Association« (APA) heißt. Es wird hauptsächlich für Forschung eingesetzt. Im Gegensatz dazu findet im klinischen Alltag weltweit die ICD (»Internationale Klassifikation von Störungen«), das System der Weltgesundheitsorganisation Anwendung.

Die Kriterien der »Dysphorischen Störung der späten Lutealphase« waren im Wesentlichen die gleichen wie die heutigen im DSM-5, allerdings wurde der anfangs sehr sperrige Name bereits in der vierten Fassung des DSM (DSM-IV) aufgegeben zugunsten der Bezeichnung »Premenstrual Dysphoric Disorder, PMDD« (»Prämenstruelle Dysphorische Störung, PMDS«). Das Wort »Dysphorie« repräsentiert dabei eines der wesentlichen Kernsymptome der PMDS, nämlich die Missstimmung, worunter man auch Gereiztheit, Stimmungsschwankungen etc. einordnen kann. Allerdings gab es 1987 noch eine große Diskussion, ob es sich bei dem Beschwerdebild überhaupt um eine abgrenzbare psychische Störung handelt, weshalb die Kriterien im Anhang A angesiedelt waren (»Vorschläge für diagnostische Kategorien, die weiterer Forschung be-

dürfen«). Auch im DSM-IV verblieben die Kriterien der Prämenstruellen Dysphorischen Störung (PMDS) noch im Anhang.

Obwohl auch in den folgenden Jahren weiterhin die Frage diskutiert wurde, ob es sich tatsächlich um ein diagnostisch und therapeutisch wichtiges Störungsbild handelt oder *nur* um eine Ansammlung von Symptomen ohne Krankheitswert, setzten die neuen Kriterien eine umfassende Forschungstätigkeit in Gang. Es wurde eine Vielzahl von systematischen Studien durchgeführt, vor allem zur Behandlung der PMDS, deren positive Ergebnisse letzten Endes mit dazu beigetragen haben, dass nach langer Diskussion im Jahr 2000 die PMDS als Störungsbild anerkannt und durch die Food and Drug Administration (FDA) in den USA ein Medikament für die Behandlung zugelassen wurde, nämlich der SSRI Fluoxetin; später folgten Sertralin und Paroxetin.

Vor allem in den ersten Jahren wurden diese Studien von der Kritik begleitet, mit den Kriterien und den Behandlungsstrategien würden »natürliche weibliche Vorgänge« erst »medikalisiert«, d. h. zu einem medizinischen Problem gemacht.



Unsere Meinung

Es ist uns wichtig, deutlich zu machen, dass wir nicht jede leichte Stimmungsschwankung, Gereiztheit oder Niedergeschlagenheit als krankheitswertige und zu behandelnde Störung betrachten und dass es nicht für jedes körperliche Zipperlein ein Medikament geben muss. Und wann immer es möglich ist, mit anderen Strategien zurechtzukommen, würden wir von der Empfehlung hormoneller und antidepressiver Behandlungsansätze, wie sie in Kapitel 5 beschrieben sind, absehen. Allerdings hat jede von uns Autorinnen mittlerweile viele hunderte von Frauen beraten bzw. behandelt, die unter einem erheblichen Leidensdruck standen, weil sie mit ihren »Dämonen« in der 2. Zyklushälfte nicht zurechtkamen und weil manches Mal der ganze Familienzusammenhalt bzw. die Partnerschaft auf der Kippe standen.

Wenn Sie selbst zu dieser letztgenannten Gruppe gehören: Lassen Sie sich von niemandem einreden, dass »wir Frauen da alle jeden

Monat durchmüssen« und dass Hormone oder Psychopharmaka »Teufelszeug« sind. Viel mehr möchten wir Ihnen dabei helfen, selbst die Expertin für den Umgang mit »Ihrer« PMDS zu werden, um dann die für Sie richtige Entscheidung treffen zu können.

Mythen und Frauenbilder

Das fehlende Wissen über die reproduktiven Vorgänge im Körper der Frau ließ in der Menschheitsgeschichte viel Spielraum für Mythen und Volksglauben, die sich rund um die Menstruation und das Menstruationsblut ranken konnten. Daraus entstanden aber auch Ideologien und Frauenbilder, die sich erst mit der zunehmenden Aufklärung korrigieren ließen.

Hier soll nur ein kurzer Überblick über die Einstellungen zur Menstruation und zu prämenstruellen Veränderungen über die Zeit gegeben werden. Die Expertinnen Sabine Hering und Gudrun Maierhof haben 2002 diese spannende Geschichte systematisch aufgearbeitet. Auf sie wollen wir gerne verweisen, und auf ihren Ausführungen basieren die meisten der Angaben in diesem Kapitel.

Frühe Frauenbilder waren zum Teil geprägt von Mythen zu sogenannten Erdgöttinnen oder auch Fruchtbarkeitsgöttinnen, die sich in ur- und frühgeschichtlichen Kulturen finden. Diese Göttinnen galten bezogen auf die Fruchtbarkeit von Pflanzen und Tieren als mächtig und als Schutzgöttinnen für Schwangere und Gebärende. Neben dem vielleicht starken und positiven Frauenbild, das man hieraus ableiten kann, galten diese Göttinnen aber auch als furchteinflößend und herrisch.

Von diesen frühen Bildern abgesehen wurde den wiederkehrenden mysteriösen Blutungen der Frauen, deren Bedeutung man noch nicht kannte, eher skeptisch und mit Ablehnung begegnet. Die wiederkehrende Menstruation wurde in manchen Kulturen und Völkern als eine Art Dämon angesehen, der von den Frauen Besitz ergreift und durch ver-