



Interdisziplinäre psychiatrisch-gynäkologische Zusammenarbeit gefragt

Die prämenstruelle dysphorische Störung

Anke Rohde – Bonn, Almut Dorn, Anneliese Schwenkhagen – Hamburg

Die prämenstruelle dysphorische Störung ist die schwerste Form eines prämenstruellen Syndroms, die bei Betroffenen und Angehörigen einen erheblichen Leidensdruck auslöst. Betroffen sind etwa 3–8 % aller Frauen im gebärfähigen Alter. Behandlungsoptionen gibt es sowohl aus dem hormonellen als auch aus dem psychopharmakologischen Bereich. Insofern ist die PMDS ein Musterbeispiel für die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit.

Prämenstruelle Veränderungen reichen von einzelnen psychischen und körperlichen Symptomen bis zu schwerer PMDS mit erheblichem Leidensdruck.

Als prämenstruelles Syndrom (PMS) werden verschiedene Symptomkonstellationen von körperlichen und psychischen Veränderungen in der zweiten Hälfte des Menstruationszyklus (Lutealphase) und speziell in der prämenstruellen Woche bezeichnet.

Etwa 70–90 % aller Frauen erleben prämenstruell Veränderungen ihres körperlichen und/oder psychischen Befindens, womit aber nicht notwendigerweise eine relevante Beeinträchtigung der Lebensqualität verbunden ist. Eine ausgeprägtere Symptomatik wird als PMS bezeichnet. Bis zur Einführung erster Kriterien für eine prämenstruelle dysphorische Störung (PMDS), der schwersten Form prämenstrueller Veränderungen, gab es eine Vielzahl verschiedener Definitionen eines PMS, sodass die Angaben zu Häufigkeiten zwischen 20 % und 50 % lagen und kaum vergleichbar waren. Ein Forscher-

team um Jean A. Hamilton hat im Jahr 1984 zusammengetragen, dass in den Arbeiten zu diesem Thema bis zu 150 verschiedene Symptome in Zusammenhang mit einem prämenstruellen Syndrom gebracht wurden [1].

Abgrenzung PMS und PMDS

Mit Einführung der PMDS-Kriterien im DSM-III-R im Jahr 1987 gab es erstmals die Möglichkeit, seriöse Zahlen zur Häufigkeit zu ermitteln und Therapiestudien durchzuführen. Die Häufigkeitsangaben zur PMDS liegen seitdem zwischen 3 % und 8 % bei Frauen im reproduktiven Alter [2, 3].

Während die Symptomatik einer PMDS zu einem ausgeprägten Leidensdruck führt – das gehört zu den diagnostischen Kriterien –, kommen die meisten Frauen mit leichteren PMS-Symptomen in der

Regel gut damit zurecht oder sie profitieren von pflanzlichen Präparaten, die zum Beispiel besonders bei körperlichen Symptomen eingesetzt werden, so unter anderem Agnus Castus oder Nachtkerzenöl.

PMDS – Entwicklung einer Diagnose

Die nähere wissenschaftliche Betrachtung prämenstrueller Veränderungen, wie wir sie auch heute beschreiben, begann mit vielfältigen Diskussionen und auch Fallsammlungen, nachdem Robert T. Frank 1931 [4] den Begriff „premenstrual tension“ für prämenstruelle Spannungszustände geprägt hatte. Er beschrieb für diese Patientinnen unter anderem Symptome wie Unruhe, Anspannung und Reizbarkeit mit dem daraus resultierenden starken Leidensdruck, vor allem wegen ihres Verhaltens der Familie gegenüber. Innerhalb kurzer Zeit nach Beginn der Menstruation gingen die Symptome zurück. Es zeigt sich in seinen Beschreibungen eine große Ähnlichkeit zu den heutigen Kriterien der PMDS. In seiner Arbeit von 1931 diskutiert er unter anderem ovarielle beziehungsweise hormonelle Ursachen sowie Störungen des Wasserhaushalts in der Genese der Symptome.

Raymond Greene und Katharina Dalton, die im Jahr 1953 eine größere Fallserie von Frauen mit prämenstruellen Symptomen präsentierten [5], prägten den Begriff „premenstrual syndrome“, da ihnen „premenstrual tension“ zu eng erschien (das sei schließlich nur eines der Symptome). Etwa 40 % der untersuchten Frauen litten prämenstruell an einer Reihe beeinträchtigender Symptome. Auch diese Autoren diskutierten Störungen im Wasserhaushalt (Wasserretention) sowie Verschiebungen im Östrogen-Progesteron-Verhältnis als Ursache.

Ihre Beobachtungen resultierten in der Empfehlung einer Progesterontherapie, die bei einem Großteil der Frauen zur Symptommfreiheit geführt habe (eine Annahme, die sich in modernen Studien nicht bestätigte).

In den folgenden Jahrzehnten gab es immer wieder Arbeiten zum Thema, vor allem zu möglichen Behandlungsstrategien (Hormone, Vitamine, pflanzliche Präparate, verschiedene nicht medikamentöse Strategien), ohne dass aber klar definierte Diagnosekriterien für das PMS etabliert waren.

Aufnahme von Kriterien im Diagnosesystem DSM

Das änderte sich mit der Einführung der Kriterien für die „dysphorische Störung der späten Lutealphase“ im DSM-III-R (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen“, [6]), ab DSM-IV dann fast unverändert als „prämenstruelle dysphorische Störung“ bezeichnet. In beiden DSM-Varianten fanden sich die Kriterien in der Rubrik „Diagnosen, die weiterer Forschung bedürfen“. Es folgte eine Diskussion über eine mögliche „Medikalisierung“ im Sinne der Pathologisierung von normalen körperlichen Vorgängen bei Frauen, die aber

schließlich durch die Vielzahl von seriösen Studien zum Thema beendet wurde. Diese Studien zeigten, dass die betroffenen Frauen erheblich unter der komplexen PMDS-Symptomatik leiden. Die meisten dieser Studien waren doppelblinde, placebokontrollierte Therapiestudien mit serotonerg wirksamen Antidepressiva, vor allem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI). Im Lauf der Jahre wurde praktisch für jeden bekannten SSRI eine klare Wirksamkeit gezeigt, und zwar sowohl bei der kontinuierlichen als auch intermittierenden Gabe [z. B. 7, 8]. Schließlich wurde im Jahr 2000 von der FDA in den USA Fluoxetin als erstes Antidepressivum gegen die PMDS zugelassen, womit dann auch die Diskussion darüber, ob es nun eine behandlungsbedürftige Störung sei oder nicht, abgeschlossen wurde. In der DSM-5 erscheinen die PMDS-Kriterien als „reguläre“ Diagnose.

PMDS in der ICD

In der ICD-10 kann bisher die PMDS nur als Restkategorie „sonstige näher bezeichnete affektive

Mit der Einführung von Diagnosekriterien im DSM begann eine intensive Forschungstätigkeit, die zu klaren Behandlungsempfehlungen führte und zuletzt auch zur Aufnahme der Diagnose PMDS in die ICD-11.

T1 Kriterien der prämenstruellen dysphorischen Störung nach DSM-5 (mod. nach [11, 12])

Symptomatik

Während der Mehrzahl der Menstruationszyklen treten in der letzten Woche vor Beginn der Periode *mindestens 5* der genannten Symptome auf, die sich innerhalb weniger Tage nach Beginn der Periode bessern und sich in der Woche nach der Periode nahezu oder gänzlich auflösen.

Eines (oder mehrere) der *Kernsymptome* 1., 2., 3. oder 4.

Zusätzlich eines (oder mehrere) der Symptome 5. bis 11.; insgesamt *mindestens 5* Symptome:

1. **deutliche Affektlabilität** (z. B. Stimmungsschwankungen, sich plötzlich traurig fühlen, weinen, gesteigerte Empfindlichkeit gegen Zurückweisung)
2. **deutliche Reizbarkeit oder Wut** oder vermehrte zwischenmenschliche Konflikte
3. **deutliche depressive Verstimmung**, Gefühle der Hoffnungslosigkeit oder selbstherabsetzende Gedanken
4. **deutliche Angst, Anspannung** und/oder Gefühle der Gereiztheit und Nervosität
5. verringertes Interesse an üblichen Aktivitäten (z. B. Arbeit, Schule, Freunde, Hobbies)
6. Gefühl, sich nicht konzentrieren zu können
7. Lethargie, leichte Ermüdbarkeit oder deutlicher Energieverlust
8. deutliche Veränderungen des Appetits, Überessen oder Verlangen nach bestimmten Lebensmitteln
9. Insomnie oder Hypersomnie (Schlafstörungen oder erhöhtes Schlafbedürfnis)
10. Gefühl des Überwältigtseins oder von Kontrollverlust
11. körperliche Symptome wie Brustempfindlichkeit oder -schwellung, Gelenk- oder Muskelschmerzen, sich „aufgedunsen“ fühlen, Gewichtszunahme

Auswirkungen

Es besteht ein starkes Leiden oder eine Beeinträchtigung der Arbeits- oder Schulleistung oder gewöhnlicher sozialer Aktivitäten und Beziehungen zu anderen.

Abgrenzung zu anderen Diagnosen

Die Symptome sind nicht nur Ausdruck einer anderen Störung, z. B. einer depressiven Störung, einer Angststörung oder einer Persönlichkeitsstörung (obwohl es mit jeder der genannten Störungen gleichzeitig auftreten kann).

Die Symptome sind nicht verursacht durch Substanzen/Medikamente oder eine körperliche Erkrankung (wie etwa eine Schilddrüsenfunktionsstörung).

Diagnosebestätigung

Die Symptome müssen während der meisten Menstruationszyklen des vorangegangenen Jahres aufgetreten sein. Die Symptome werden durch das Führen eines Zyklustagebuches mit täglichen Einschätzungen während mindestens zwei symptomatischer Zyklen bestätigt.

Kasuistik

Leidensdruck wegen Kontrollverlust

Eine 38-jährige Patientin berichtet über eine lange Geschichte prämenstrueller Symptome. Diese hätten bereits im jungen Erwachsenenalter begonnen, in den letzten Jahren aber ständig zugenommen. Besonders schlimm sei es geworden, nachdem sie sich nach der Geburt des zweiten Kindes hat sterilisieren lassen, weil sie nicht mehr hormonell verhüten wollte.

Von der im Vordergrund stehenden Reizbarkeit, Stimmungs labilität und Aggressivität sind vor allem der Ehemann und die Kinder betroffen. Die Patientin erkennt in den entsprechenden Situationen sehr gut, dass sie überreagiert, und möchte anders handeln. Es gelingt ihr aber in der prämenstruellen Situation nicht – selbst nachdem sie eine Verhaltenstherapie mit diesem Fokus absolviert hat. Vor allem den Kindern gegenüber hat sie enorme Schuldgefühle wegen ihrer Kontrollverluste (Anschreien oder sogar handgreiflich werden). Auch am Arbeitsplatz, mit den Kollegen oder im Kontakt mit Behörden etc. hat sie enorme Mühe, ihre Reizbarkeit zu kontrollieren. Als Folge legt sie wichtige Termine und Telefonate möglichst in die erste Zyklushälfte und zieht sich zunehmend sozial zurück.

Es bestehen alle typischen PMDS-Symptome, darunter Reizbarkeit, Anspannung, depressive Verstimmung, Schlafstörungen mit erhöhtem Schlafbedürfnis, Appetitverände-

rungen mit Kohlenhydrat-Craving, Konzentrationsstörungen sowie verschiedene körperliche Symptome.

Verschiedene Therapieversuche (Psychotherapie, Entspannungstraining, Vitamine etc.) haben keine wesentliche Veränderung gebracht. Nach Einschätzung der Frauenärztin gibt es bei dem regelmäßigen Zyklus der Patientin keine Notwendigkeit einer Hormonanalyse.

Nachdem die Patientin die Sterilisation hat durchführen lassen, möchte sie nicht auf eine hormonelle Therapie zurückkommen. Sie entscheidet sich für eine Therapie mit einem SSRI. Wegen der ausgeprägten Symptomatik erfolgt die Behandlung mit Fluoxetin zunächst in kontinuierlicher Form, also während des gesamten Zyklus, beginnend mit einer niedrigen Dosierung.

Bereits im ersten Behandlungszyklus erlebt die Patientin die Symptomatik deutlich schwächer. In den folgenden Monaten stabilisiert sich die Situation; insbesondere die familiäre Situation entspannt sich. Weil die Patientin möglichst nicht dauerhaft Psychopharmaka einnehmen möchte und ein Libidoverlust als Nebenwirkung vorliegt, erfolgt die Umstellung auf eine intermittierende Gabe nur in der zweiten Zyklushälfte. Einige Monate später geht sie dazu über, mit der Einnahme erst dann zu beginnen, wenn sie die ersten Symptome verspürt.

Die Auswirkungen von Reizbarkeit, Wut etc. sind insbesondere in der Familie oftmals sehr ausgeprägt und führen zu enormen Schuldgefühlen bei den betroffenen Frauen.

Störung“ (F38.8) mit der gynäkologischen Zusatzkodierung „prämenstruelle Beschwerden“ (N94.3) klassifiziert werden [9]. In der ICD-11 gibt es erstmals „echte“ diagnostische Kriterien [10], die fast identisch sind mit den DSM-5-Kriterien [11]. Anders als dort allerdings nicht als psychiatrische Diagnose, sondern mit der Kodierung GA34.41 im Abschnitt „gynäkologische Störungen im Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus“.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich

Das hat zwar den Vorteil, dass sich betroffene Frauen weniger stigmatisiert fühlen dürften (weil ihnen keine „psychische“ Störung attestiert wird), andererseits hat es aber den Nachteil, dass die Frage der erwiesenermaßen sehr wirksamen Behandlung mit Antidepressiva vom SSRI-Typ nur unzureichend geregelt ist. Erfahrungsgemäß tun sich Frauenärztinnen und -ärzte schwer damit, Antidepressiva zu verordnen, andererseits müssen Psychiaterinnen und Psychiater einen Weg finden, sich für eine primär gynäkologische Diagnose (mit) zuständig zu fühlen und ein Psychopharmakon zu verordnen. Das sollten sie nach Möglichkeit nicht allein den gynäkologischen oder allgemeinmedizinischen Kolleginnen und Kollegen überlassen, da insbesondere die Abgrenzung gegenüber anderen psychi-

schen Störungen eine wesentliche psychiatrische Aufgabe ist.

Klare diagnostische Kriterien und Verifizierung durch Zyklusdokumentation

Da die ICD-11 in der ärztlichen Praxis in Deutschland noch nicht eingeführt ist und andererseits die vorhandenen Studien zu Häufigkeit und Therapie auf den DSM-Kriterien basieren, beruhen auch die weiteren Ausführungen darauf (►Tab. 1). Das scheint uns auch insofern unproblematisch, als es kaum Unterschiede zwischen DSM-5 und ICD-11 gibt. Sowohl die Symptomatik und differenzialdiagnostische Abgrenzung gegenüber anderen psychischen Störungen als auch der geforderte Leidensdruck bei den Betroffenen sind in beiden Diagnosesystemen gleich.

Für in der Psychiatrie und Psychotherapie erfahrene Kolleginnen und Kollegen ist die Identifizierung der typischen PMDS-Symptome keine Herausforderung, sodass hier auf die einzelnen Symptome nicht weiter eingegangen wird. Hinweisen möchten wir nur auf unsere praktische Erfahrung, dass in der Regel Reizbarkeit und Wut führend sind, dass aber Depressivität und im Zusammenhang damit dann Suizidalität nicht selten sind (letztere kann ebenso wie andere Verhaltensweisen Betroffener ausgesprochen „destruktiv“ sein).

Auf jeden Fall näher zu eruieren sind die sozialen und familiären Auswirkungen der PMDS-Symptomatik. Nicht nur weil es zu den Diagnosekriterien gehört (starkes Leiden oder Beeinträchtigung der Arbeits- oder Schulleistung oder gewöhnlicher sozialer Aktivitäten und Beziehungen zu anderen), sondern weil es auch für die Betreuung der Patientin von großer Bedeutung sein kann. Eine Frau, die im Extremfall fast regelmäßig jeden Monat „ausrastet“, ihre Kinder anschreit oder sogar schlägt und mit ihrem Partner in lautstarke Auseinandersetzungen gerät, ihn vielleicht sogar körperlich attackiert, leidet in der Regel unter ausgeprägten Schuldgefühlen. Nicht selten drohen die Familien, daran zu zerbrechen. Insofern hilft es Betroffenen enorm, wenn sie einerseits hören, dass sie nicht die einzigen sind, bei denen es so eskaliert. Und wenn sie andererseits dann darüber auch mit den betroffenen Familienmitgliedern ins konstruktive Gespräch kommen, kann dies bereits enorm entlastend sein, vor allem, wenn sich erste Therapieerfolge zeigen.

Die Zyklusdokumentation zur Diagnosesicherung

Eine weitere relevante Gemeinsamkeit der DSM- und der ICD-Kriterien ist die Diagnosesicherung mittels Zyklusdokumentation. Ein Beispiel aus der Praxis ist in ►Abb. 1 dargestellt. Eine Vorlage für das

Zyklustagebuch ist als Download verfügbar unter www.pmds.team.

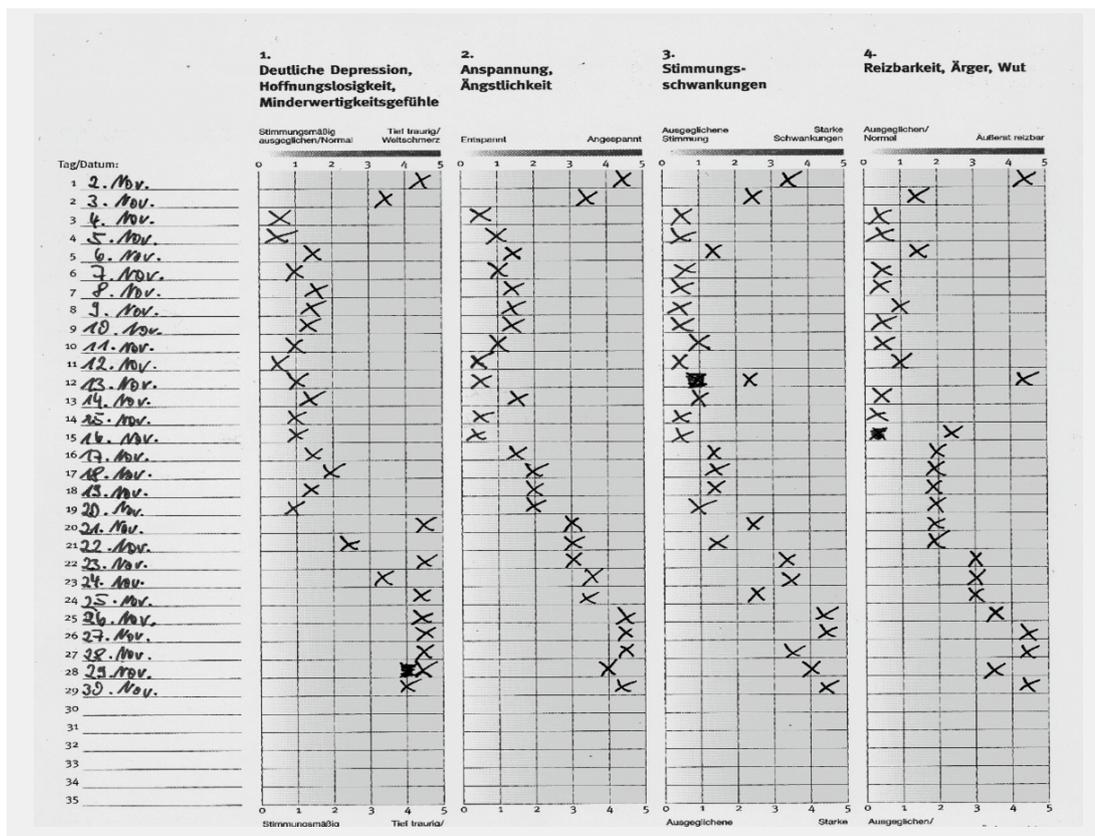
In der Regel sollten zwei Menstruationszyklen dokumentiert sein, bevor die Behandlung begonnen wird. Empfehlenswert ist die Fortführung des Zyklustagebuches auch während der Behandlung, um den Therapieerfolg beurteilen zu können. Hilfreich ist ein Zyklustagebuch auch bei anderen psychischen Störungen, bei denen möglicherweise eine PMDS komorbid vorliegt (z. B. bei bipolarer Störung; etwa jede zweite bipolare Frau hat Symptome, die einem PMS bzw. einer PMDS zuzuordnen sind [14]) oder zur weiteren Abklärung unklarer Schwankungen bei psychischen Erkrankungen. Nicht selten wird mit entsprechender Dokumentation deutlich, dass es zur Verschlechterung der Symptomatik (z. B. einer Psychose) in den prämenstruellen Tagen kommt. Ohne darauf hier näher eingehen zu können, sei nur der kurze Hinweis gegeben: In solchen Fällen könnte zum Beispiel eine Dosisanpassung der primären Psychopharmakotherapie hilfreich sein oder aber die Ausschaltung der Hormonschwankungen im Zyklus durch die Gabe eines Kontrazeptivums im Langzyklus (siehe unten).

Die Führung eines Zyklustagebuches gehört zu den diagnostischen Kriterien und hilft, den Therapieerfolg zu beurteilen.

Download unter: www.pmds.team

Differenzialdiagnose psychische Erkrankung oder Hormonstörung

Wie in ►Tab. 1 dargestellt, gehört die Abgrenzung von anderen psychischen Erkrankungen zu den



1 Zyklustagebuch [13]

T2 Entstehungsmechanismen einer PMDS (mod. nach [12, 15])

Hormonschwankungen im Zyklus	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ovulatorische Zyklen sind die Voraussetzung für die Entwicklung einer PMDS. ▶ Am ehesten werden die PMDS-Symptome bei vorhandener Vulnerabilität durch die mit der Ovulation verbundenen hormonellen Schwankungen getriggert. ▶ Dafür spricht auch: Frauen mit PMDS haben ein erhöhtes Risiko, an affektiven Störungen zu erkranken (z. B. postpartale Depression) und umgekehrt.
Progesteron	<ul style="list-style-type: none"> ▶ In den durchgeführten Studien finden sich keine Unterschiede bei den im Blut bestimmten Progesteronspiegeln in der Lutealphase zwischen Frauen mit einer PMDS und gesunden Frauen. ▶ Die zusätzliche Gabe von Progesteron in der Lutealphase bessert eine PMDS in der Regel nicht, verschlimmert sie im ungünstigsten Fall sogar [16].
Serotoninsystem	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Einige Studien weisen auf eine Störung im Serotoninsystem bei der PMDS in der Lutealphase hin, worauf auch die klinische Wirksamkeit der verschiedenen serotonergen Substanzen schließen lässt. Unter anderem wurde postovulatorisch eine erhöhte Serotonintransporterdichte im Mittelhirn gezeigt. Die vorhandenen Daten lassen vermuten, dass ein Serotoninverlust im synaptischen Spalt einer der der Erkrankung zugrunde liegenden neurobiologischen Mechanismen ist [17].
Allopregnanolon/ GABA-Rezeptor	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Neuere Studien weisen auf eine gestörte Interaktion zwischen Allopregnanolon, einem der Hauptmetaboliten von Progesteron, und einem dysfunktionalen GABA-Rezeptor hin. ▶ Normalerweise hat Allopregnanolon über seine Wirkung am GABA-Rezeptor eine beruhigende, angstlösende, sedierende und schlafanstoßende Wirkung. Bei Frauen mit einer PMDS scheinen sich diese Effekte in das Gegenteil umzukehren [18].
Plastizität des Gehirns	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es gibt erste Hinweise aus Neuroimaging-Studien, dass die hormonellen Schwankungen im Zyklusverlauf Einfluss auf die Plastizität beziehungsweise die Struktur des Gehirns haben. ▶ Veränderungen der neuronalen Vernetzung, die unter anderem für die Kontrolle von Emotionen und negative Stimmungssymptome verantwortlich sind [19], spielen möglicherweise eine Rolle.

Typischerweise verschlimmert sich die PMDS-Symptomatik mit zunehmendem Alter. Auch ein Übergang in eine perimenopausale Depression ist möglich.

diagnostischen Kriterien. Die betroffenen Frauen schildern in der Regel bereits den Zusammenhang mit ihrer Menstruation. Liegt eine Zyklusdokumentation vor, ist es meist recht einfach zu beurteilen, ob es tatsächlich klare zyklusabhängige Schwankungen gibt (wie bei der PMDS) oder ob es ein „auf und ab“ im Laufe des Zyklus ist. Dafür ist dann möglicherweise eine andere psychische Störung verantwortlich, wie eine leichte, in der Ausprägung schwankende Depression oder eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung.

Hat eine Frau einen regelmäßigen 28-tägigen Zyklus, sind hormonelle Störungen wenig wahrscheinlich. Die Diagnosestellung einer PMDS ist in solchen Fällen aufgrund der Symptomatik und Zyklusdokumentation problemlos ohne Einschränkungen möglich. Auf eine weiterreichende Laboranalytik kann dann in der Regel verzichtet werden.

Anders stellt sich die Situation jedoch dar, sollten Blutungsanomalien oder andere klinische Zeichen vorliegen, die an eine endokrinologische Störung

denken lassen, beispielsweise eine Schilddrüsenfunktionsstörung. In diesem Zusammenhang muss auch bedacht werden, dass die Perimenopause für Frauen eine Zeit mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten psychiatrischer Erkrankungen ist. In dieser Lebensphase kann es zur Überlappung von psychiatrischen und gynäkologischen Problemen kommen. Im klinischen Alltag erleben wir oft, dass sich die Symptomatik der prämenstruellen dysphorischen Störung durch die hormonellen Schwankungen des perimenopausalen Übergangs verändern beziehungsweise verschlimmern kann und zum Beispiel in eine perimenopausale Depression übergeht. In solchen Fällen ist eine interdisziplinäre Betreuung der Patientin unabdingbar, sowohl was die (laboranalytische) Diagnostik als auch das weitere therapeutische Vorgehen angeht.

Wissenswertes zu Ätiologie und Entstehungsmechanismen

Für die Entstehung einer PMDS sind nach heutigem Verständnis eine Vielzahl verschiedener Faktoren verantwortlich, die sich gegenseitig beeinflussen können. Neben biologischen Faktoren spielen psychologische und soziale Faktoren eine Rolle – das klassische Beispiel einer bio-psycho-sozialen Entstehung. Die relevanten Erkenntnisse zu den Entstehungsmechanismen einer PMDS sind stichwortartig in ▶Tab. 2 zusammengefasst [12, 15].

Behandlungsoptionen

In einem ersten Schritt beziehungsweise bei leichter prämenstrueller Symptomatik lohnt sich durchaus ein Versuch mit Phytotherapeutika wie etwa Nachtkerzenöl (über eine frauenärztliche Verordnung). Im Folgenden werden die gut untersuchten Behandlungsoptionen für die PMDS dargestellt.

Einsatz von Hormonen

Wissenschaftlich gut gesichert ist die Wirksamkeit einer Ovulationsunterdrückung. Dadurch nivellieren sich die zyklischen Hormonveränderungen deutlich, vor allem beim Einsatz von hormonellen Kontrazeptiva im sogenannten Langzyklus, also ohne hormonfreies Intervall. Der Einsatz entsprechender Präparate erfolgt durch die behandelnde Frauenärztin oder den Frauenarzt. Häufig wird es so sein, dass die Patientin bereits entsprechende Therapieversuche hinter sich hat, wenn sie in psychiatrische Behandlung kommt oder dass diese aufgrund von Kontraindikationen nicht in Frage kommen. In ▶Tab. 3 sind die gängigen hormonellen Behandlungsstrategien im Überblick aufgeführt.

Einsatz von Antidepressiva (kontinuierlich oder intermittierend)

Seit der Einführung der ersten PMDS-Kriterien 1987 konnte in einer Vielzahl von placebokontrollierten Studien gezeigt werden, dass SSRI zur Behandlung der PMDS wirksam sind [7]. Zum Ein-

satz können zum Beispiel die SSRI Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Paroxetin und Sertralin kommen. Aber auch der breiter wirksame Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) Venlafaxin hilft gegen die PMDS-typischen Symptome [20, 21]. Die Wirksamkeit zeigte sich sowohl bei kontinuierlicher als auch bei intermittierender Gabe, bei der kontinuierlichen Einnahme war der Effekt jedoch deutlicher [22].

In der Praxis kann die intermittierende Gabe zum Beispiel ein bis zwei Tage vor der Ovulation beginnen [7] oder auch erst mit Auftreten der Beschwerden [23]. Möglich ist zudem eine niedrige Dosierung in der ersten Zyklushälfte und Erhöhung in der zweiten als symptomorientierte Behandlung. Allerdings empfiehlt sich aus unserer Sicht zunächst die durchgehende Gabe, um die Fokussierung auf den Zyklus zu reduzieren und eine gute Wirkung zu erzielen. Eine intermittierende Behandlung bietet sich auch an, wenn durch den SSRI Nebenwirkungen wie sexuelle Unlust auftreten (siehe unten).

Der Beginn mit einer möglichst niedrigen Dosierung trägt der allgemeinen Erfahrung Rechnung, dass Frauen vor allem zu Beginn der Behandlung empfindlich reagieren können. In diesen Fällen können sie die Dosis individuell anpassen. Bewährt hat es sich, der Patientin selbst einen gewissen Spielraum zu geben, was auch die Compliance erhöht. Für das Ziel einer niedrigstmöglichen Dosierung steht bei einigen Substanzen auch die Tropfenform zur Verfügung (Escitalopram, Paroxetin).

Als zyklusmodulierte Dosierung beziehungsweise individuelle Dosierung bezeichnen wir in der Praxis die Strategie, in der ersten Zyklushälfte beziehungsweise bis zum Beginn der Symptome eine ganz niedrige Dosis mit Steigerung prämenstruell bis zum Wirkungseintritt einzusetzen. Nach unserer Erfahrung zeigt sich die beste Wirksamkeit, wenn die Patientin aufgrund ihrer eigenen Beobachtungen selbst die Dosierung in einem vorgegebenen Rahmen bestimmen kann. Dazu kann auch gehören, dass sie in relativ beschwerdefreien Zyklen prämenstruell gar keine Erhöhung vornehmen muss.

Auf die möglichen anfänglichen Nebenwirkungen (wie Übelkeit, Unruhe, Kopfschmerzen) sollte unbedingt hingewiesen werden, da diese nach wenigen Tagen abklingen, aber ohne entsprechende Aufklärung zum Absetzen führen können. Das gilt vor allem für Venlafaxin retard. Erfahrungsgemäß lassen sich diese aber durch eine zu Beginn niedrige/sehr niedrige Dosis vermeiden.

Ein Hinweis darauf, dass sexuelle Unlust als Nebenwirkung auftreten kann, ist ebenfalls sinnvoll. Nach unserer Erfahrung spielt dieses Thema allerdings erst im Lauf der Behandlung eine Rolle. Zu Beginn steht nur der dringende Wunsch im Vordergrund, die Symptome wie Reizbarkeit, Verlust der Impulskontrolle oder Depressivität etc. zu reduzieren. Gehen diese Symptome zurück, wird ein eventuell aufgetretener Libidoverlust eher relevant. Für

T3 Hormonelle Behandlungsstrategien bei der PMDS (mod. nach [12, 15])

Kombiniertes monophasisches Kontrazeptivum	<ul style="list-style-type: none"> ▶ bietet sich am ehesten an, wenn die Patientin sowieso eine Verhütung wünscht ▶ Einsatz, sofern keine Kontraindikationen vorliegen ▶ Es gibt keine gesicherten Unterschiede zwischen verschiedenen Kombinationspräparaten bezüglich der Wirksamkeit. Die Auswahl erfolgt also nach frauenärztlichen Kriterien.
Kombiniertes Kontrazeptivum im Langzyklus (das heißt ohne hormonfreies Intervall)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ reduziert gegebenenfalls auftretende Symptome im hormonfreien Intervall ▶ reduziert eventuell auch körperliche Symptome, die begleitend zur Menstruation auftreten, wie Dysmenorrhö, Bauchschmerzen oder Migräne
Östrogenfreier Ovulationshemmer (synthetisches Gestagen oral)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ unterbindet die Ovulation und stellt damit eine Alternative für Frauen dar, die keine kombinierten hormonalen Kontrazeptiva einnehmen wollen oder aufgrund von Kontraindikationen dürfen ▶ Anwendung bevorzugt im Langzyklus ohne hormonfreies Intervall ▶ Wirksamkeit in Studien im Hinblick auf die PMDS-Symptomatik nicht gezielt untersucht, im klinischen Alltag aber erfolgreich einsetzbar
Einsatz von Progesteron	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Wirksamkeit hinsichtlich PMDS-Symptomatik in Studien nicht nachgewiesen ▶ nicht selten Zunahme der Beschwerden ▶ allenfalls bei prämenstruellen körperlichen Symptomen in der Lutealphase (Brustspannen,-Wassereinlagerungen etc.)
Ausschaltung des gesamten Zyklus durch Ovariectomie oder GnRH-Analoga	<ul style="list-style-type: none"> ▶ heute keine Behandlungsoption mehr!

manche Betroffene ist diese Beeinträchtigung vor allem deshalb negativ, weil sie die Erfahrung gemacht haben, dass sexuelle Begegnungen auch in der prämenstruellen Zeit noch gut funktioniert haben – manchmal sogar die Partnerschaft zusammengehalten haben – und dass sie sie in der prämenstruellen Zeit in einer aktiven Rolle besonders gut genießen konnten. Schon früh kann der Hinweis auf die Möglichkeit einer intermittierenden beziehungsweise symptomorientierten Gabe für den Fall einer Störung der Sexualität hilfreich sein. Vielen Betroffenen ist es nach einigen Monaten deutlicher Symptombesserung oder -freiheit sogar möglich, eine Zeitlang ganz auf den SSRI zu verzichten. Auch der Wechsel auf ein anderes SSRI-Präparat schafft manchmal Abhilfe (nach unserer Erfahrung verursacht Fluoxetin bei sehr guter Wirksamkeit eher selten einen Libidoverlust). Werden SSRI gar nicht vertragen, sollte erneut über eine hormonelle Behandlung nachgedacht werden.

Leider ist in Deutschland bisher kein SSRI/SNRI für die Indikation PMDS zugelassen (anders als in den USA), sodass es sich streng genommen um eine Off-label-Verordnung im Rahmen eines individuellen Heilversuchs handelt. Dies spricht aber nicht gegen den Einsatz von Antidepressiva – zumal in der Regel auch deutliche depressive Symptome vorhanden sind.

In ▶Tab. 4 sind die Dosierungsempfehlungen für SSRI/SNRI basierend auf den Erfahrungen der Autorinnen zusammengefasst [24, 15].

T4 Dosierungsempfehlungen SSRI/SNRI (modifiziert nach [24, 15], basierend auf den Erfahrungen der Autorinnen)

Fluoxetin	▶ initial 10-mg-Tablette, bei guter Verträglichkeit bis 20 mg ▶ bei sehr empfindlichen Patientinnen mit 5 mg beginnen ▶ bei schwerer Symptomatik prämenstruell steigern bis auf maximal 60 mg, in der Follikelphase weniger
Citalopram	▶ initial 10-mg-Tablette, bei guter Verträglichkeit 20 mg ▶ bei schwerer Symptomatik prämenstruell steigern bis zu 40 mg
Escitalopram*	▶ initial 5-mg-Tablette, bei guter Verträglichkeit 10 mg ▶ prämenstruell bis 20 mg
Sertralin	▶ initial 50-mg-Tablette, eindosieren mit einer halben Tablette ▶ bei guter Verträglichkeit auf 75 mg erhöhen ▶ prämenstruell bis zu 150 mg
Paroxetin*	▶ initial 10-mg-Tablette, bei guter Verträglichkeit 20 mg ▶ prämenstruell bis zu 40 mg
Venlafaxin retard	▶ initial 37,5-mg-Tablette, bei guter Verträglichkeit bis zu 75 mg ▶ prämenstruell bis 150 mg

*steht auch in Tropfenform zur Verfügung

Kognitive Verhaltenstherapie

In Studien hat sich die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei der PMDS als besonders wirksam erwiesen. Die Verbesserungen stellen sich etwas langsamer ein als mit Antidepressiva. Eine aktuelle Studie mit internetbasierter KVT (iKVT) [25] zeigt ebenfalls eine gute Wirkung bei der PMDS, jedoch sind uns im deutschsprachigen Raum keine Programme speziell für das Störungsbild PMDS bekannt. Die Themen Copingstrategien und Stressmanagement erwiesen sich als besonders effektiv bei der Minderung der Symptome. Insofern können eventuell auch „nicht spezielle“ Programme mit dieser Zielsetzung hilfreich sein. Es ist davon auszugehen, dass mit der Zunahme von Onlinetherapien und der Einführung der PMDS-Diagnose in der ICD-11 entsprechende Programme entstehen werden.

Unsere klinische Erfahrung zeigt, dass Psychoedukation, Stressreduktion und das Fokussieren auf zusätzliche Belastungsfaktoren von besonderer Bedeutung sind. Ein gutes Symptomverständnis zu vermitteln, aber auch die Validierung von persönlichen Eigenschaften (z. B. hohe Sensibilität, hohe Auffassungsgabe), die hilfreich, aber im PMDS-Kontext auch hinderlich sein können (Reizüberflutung), fördern die Compliance. Vorurteile gegen medikamentöse Strategien abzubauen kann dann nächste Therapieschritte ermöglichen.

Die Thematisierung der Folgen einer PMDS, insbesondere der ausgeprägten Schuldgefühle bezogen auf die Familie und das Gefühl der Ohnmacht der Symptomatik gegenüber, wirkt entlastend.

Einschränkend zur Psychotherapie ist zu sagen, dass Betroffene uns immer wieder berichten, dass sie trotz langjähriger Psychotherapie in der Symptomphase keinen Zugriff mehr auf die erlernten Strategien haben, dass sie sich „wie eine andere Person“ in dieser Zeit erleben. Immer wieder gibt es den Vergleich mit der literarischen Figur Dr. Jekyll/Mr. Hyde [26]. „Ich weiß genau, wie ich mich verhalten

sollte, und will das auch, aber ich kann es nicht umsetzen“ – so oder so ähnlich beschreiben es die Betroffenen.

Ernährung? Vitamine? Lebensstil?

Nur der Vollständigkeit halber soll erwähnt werden, dass im Internet und den sozialen Medien unzählige Substanzen zur Therapie einer PMDS diskutiert und angeboten werden. Eine solide wissenschaftliche Basis fehlt meist ebenso wie ein Wirknachweis. Eine „echte“ Wirkung auf die hier besprochene PMDS-Symptomatik über einen Placeboeffekt hinaus ist nicht zu erwarten.

Unsere Erfahrung mit einer Vielzahl von betroffenen Patientinnen hat im Übrigen gezeigt, dass Empfehlungen wie eine „gesunde“ Lebensweise, gute Ernährung, Verzicht auf Koffein, Sport oder auch die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln oder Vitaminen zwar bei leichten Symptomen im Bereich eines PMS helfen können. Besteht tatsächlich die Symptomatik einer PMDS, funktionieren diese Maßnahmen allenfalls als Unterstützung. Vor allem der Vorsatz, sich „gesund“ und kohlenhydratarm zu ernähren, kann in der Akutphase einer PMDS häufig nicht umgesetzt werden, da gerade die „Essattacken“ mit Kohlenhydrat-Craving zu den Symptomen gehören.

Fazit für die Praxis

Die Prämenstruelle dysphorische Störung ist ein hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten sehr gut erforschtes Störungsbild im gynäkologisch-psychiatrischen Grenzgebiet, das zu einem erheblichen Leidensdruck bei Betroffenen und ihren Familien führt. Im Vordergrund stehen affektive Symptome (vor allem Reizbarkeit, Anspannung, depressive Symptome) sowie die Tendenz zum Verlust der Impulskontrolle. Die Tatsache, dass mit Einführung der ICD-11 auch in der deutschsprachigen, nicht wissenschaftlichen Medizin klare diagnostische Kriterien für die PMDS verfügbar sein werden, wird voraussichtlich zu einer weiteren Zunahme von Behandlungersuchen auch in der psychiatrischen Praxis führen. Und das nicht nur, wenn die frauenärztlichen Behandlungsbemühungen, vor allem mit hormonellen Strategien, keine Linderung bringen. Mit den Antidepressiva vom SSRI-Typ stehen uns dafür wirksame und gut verträgliche Medikamente zur Verfügung.

Literatur

- Hamilton JA et al. Premenstrual mood changes: a guide to evaluation and treatment. *Psychiatric Annals*. 1984;14:426-35
- Dennerstein L, Lehert P, Heinemann K. Epidemiology of premenstrual symptoms and disorders. *Menopause Int*. 2012;18:48-51
- Rapkin AJ, Lewis EI. Treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Womens Health (Lond)*. 2013;9:537-56
- Frank RT. The hormonal causes of premenstrual tension. *Arch Neurol Psych*. 1931;26:1053-7

5. Green R, Dalton KD. The Premenstrual Syndrome. *BMJ*. 1953;4818:1007-14
6. Wittchen HU et al. Diagnostisches und Statistisches Manuel Psychischer Störungen – DSM-III-R. Weinheim: Beltz; 1989
7. Marjoribanks J et al. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;6:CD001396
8. Brown J et al. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;15:CD001396
9. Dilling H, Martin W, Schmidt H. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostischer Leitlinien. 10. Aufl. Bern: Huber; 2015
10. ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung. BfArM. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html (Abruf 21.8.24)
11. APA (American Psychiatric Association). Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Deutsche Ausgabe. Herausgegeben von Falkai P, Wittchen HU u. a. 2. korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe; 2020
12. Dorn A, Schwenkhagen A, Rohde A. PMDS als Herausforderung. Die prämenstruelle dysphorische Störung als schwerste Störung des PMS. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer; 2023
13. Rohde A, Dorn A, Hocke A. Psychosomatik in der Gynäkologie. Kompaktes Wissen – Konkretes Handeln. Stuttgart: Schattauer; 2017
14. Slyepchenko A, Minuzzi L, Frey BN. Comorbid premenstrual dysphoric disorder and bipolar disorder: A review. *Front Psychiatry*. 2021;12:719241
15. Schwenkhagen A et al. Serie Hormonsprechstunde: Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS). *Frauenarzt*. 2022;328-33
16. Ford O et al. Progesterone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 2012: CD003415
17. Sacher J et al. Increase in serotonin transporter binding in patients with premenstrual dysphoric disorder across the menstrual cycle: A case-control longitudinal neuroreceptor ligand positron emission tomography imaging study. *Biol Psychiatry*. 2023;93:1081-8
18. Hantsoo L, Epperson CN. Allopregnanolone in premenstrual dysphoric disorder (PMDD): Evidence for dysregulated sensitivity to GABA-A receptor modulating neuroactive steroids across the menstrual cycle. *Neurobiol Stress*. 2020;12:100213; doi: 10.1016/j.ynstr.2020.100213
19. Dubol M et al. Neuroimaging the menstrual cycle: A multi-modal systematic review. *Front Neuroendocrinol*. 2021;60:100878
20. Freeman EW et al. Venlafaxine in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol*. 2001;98:73744
21. Cohen LS et al. Efficacy and tolerability of premenstrual use of venlafaxine (flexible dose) in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2004;24:540-3
22. Jespersen C et al. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;8:CD001396
23. Yonkers KA et al. Symptom-onset dosing of sertraline for the treatment of premenstrual dysphoric disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2015;72:1037-44
24. Rohde A. PMS und PMDS – Behandlungsmöglichkeiten in der Frauenarztpraxis, wenn die psychischen Symptome im Vordergrund stehen. *Gyne*. 2019;30-6
25. Weise C et al. Internet-based cognitive-behavioural intervention for women with premenstrual dysphoric disorder: A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2019;88:16-29
26. Rohde A. Dr Jekyll and Ms Hyde: a case study of premenstrual dysphoric disorder. *Gynaecology Forum*. 2008;13: 29-32

Interessenkonflikt

Die Autorinnen erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. Sie legen folgende potenzielle Interessenkonflikte offen: keine.

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags durch zwei unabhängige Gutachten bestätigt wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung.

Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.



Univ.-Prof. Dr. med. Anke Rohde

Gynäkologische Psychosomatik
Universitätsklinikum Bonn
Venusberg-Campus 1, Geb. 31
53127 Bonn
arohde@uni-bonn.de
www.rohde-bonn.de



Dr. med. Anneliese Schwenkhagen

HORMONE HAMBURG, Praxis für Gynäkologische Endokrinologie, Altonaer Str. 59, 20357 Hamburg
schwenkhagen@hormone-hamburg.de
www.hormone-hamburg.de



Dr. phil. Dipl.-Psych. Almut Dorn (PP)

Praxis für Gynäkologische Psychosomatik
Am Klingenberg 2, 22587 Hamburg
praxis@almutdorn.de
www.almutdorn.de

Die prämenstruelle dysphorische Störung

FIN gültig bis 11.11.2024:

IN241Nzb

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent*in von SpringerMedizin.de
- als registrierte*r Abonnent*in dieser Fachzeitschrift
- als Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN.



Dieser CME-Kurs ist auf [SpringerMedizin.de/CME](https://www.springermedizin.de/CME) zwölf Monate verfügbar. Sie finden ihn, wenn Sie die FIN oder den Titel in das Suchfeld eingeben. Alternativ können Sie auch mit der Option „Kurse nach Zeitschriften“ zum Ziel navigieren oder den QR-Code links scannen.

? Welche Aussage zum Begriff „prämenstruelle dysphorische Störung“ trifft zu?

- Der Begriff wurde schon in der psychiatrischen Literatur des 19. Jahrhunderts geprägt.
- Die Bezeichnung ist gleichzusetzen mit „premenstrual tension“.
- Der Begriff kann für jede prämenstruelle Stimmungsveränderung genutzt werden.
- Darunter wird die depressiv-suizidale Symptomatik in der zweiten Zyklus-hälfte verstanden.
- Seit Einführung des DSM-5 ist das eine etablierte Diagnosekategorie.

? Welche Aussage zur Ätiologie der prämenstruellen dysphorischen Störung (PMDS) trifft *nicht* zu?

- Neuere Studien weisen auf eine gestörte Interaktion zwischen Allopregnanolon, einem der Hauptmetaboliten von Progesteron, und einem dysfunktionalen GABA-Rezeptor hin.
- Ovulatorische Zyklen sind die Voraussetzung für die Entwicklung einer PMDS.
- Es finden sich große Unterschiede bei den im Blut bestimmten Progesteronspiegeln in der Lutealphase zwischen Frauen mit PMDS und Gesunden.
- Neuroimaging-Studien zeigen, dass die hormonellen Schwankungen im Zyklusverlauf Einfluss auf die Plastizität beziehungsweise die Hirnstruktur haben.
- Frauen mit PMDS haben ein erhöhtes

Risiko, an affektiven Störungen zu erkranken.

? Wodurch lässt sich eine PMDS-Symptomatik klinisch am besten verifizieren?

- Anamnese
- Serotoninspiegel
- Hormonanalyse
- Zyklustagebuch über zwei Zyklen
- körperliche Untersuchung

? Welche Kernsymptomatik gehört nach DSM-5 zur prämenstruellen dysphorischen Störung (PMDS)?

- Konzentrationsstörungen, Grübeln, paranoide Gedanken
- Affektlabilität, Reizbarkeit und Wut, depressive Verstimmung, Angst und Anspannung
- Schlafstörungen, Appetenzstörungen, innere Unruhe und Anspannung
- Ich-Störungen, Impulskontrollstörungen, selbstverletzendes Verhalten, Suchtdruck
- Niedergeschlagenheit, Zwänge, Ängste, Veränderungen im Appetit

? Welche Aussage zur Diagnosestellung einer prämenstruellen dysphorischen Störung (PMDS) nach DSM-5 trifft *nicht* zu?

- Zur Diagnosestellung ist die Verifizierung der Zyklusabhängigkeit mittels Zyklusdokumentation erforderlich.
- Zu den Diagnosekriterien gehört ein „erheblicher Leidensdruck“ durch die Symptomatik.

- Bei der Differenzialdiagnostik müssen andere psychische Erkrankungen als Ursache der Symptomschwankungen ausgeschlossen werden.
- Für die Diagnosestellung müssen typische menstruationsbedingte körperliche Beschwerden dokumentiert sein.
- Es muss mindestens eins der affektiven Kernsymptome vorhanden sein.

? Welche Aussage zur prämenstruellen dysphorischen Störung (PMDS) in der ICD trifft zu?

- In der ICD-10 findet sich die PMDS als psychiatrische Kategorie bei den affektiven Störungen.
- Schon in der ICD-9 wurde eine entsprechende Kategorie aufgenommen, woran sich die DSM-5-Kriterien orientiert haben.
- In der ICD-11 gibt es erstmals eine Diagnose „PMDS“, und zwar als Subkategorie depressiver Störungen.
- In der ICD-11 gibt es erstmals eine Diagnose „PMDS“, und zwar im gynäkologischen Teil.
- In der ICD-11 gibt es keine Diagnose PMDS.

? Was trifft *nicht* auf die Therapie einer prämenstruellen dysphorischen Störung (PMDS) mit SSRI zu?

- Seit Einführung der ersten Diagnosekategorie „dysphorische Störung der späten Lutealphase“ im DSM (später als PMDS bezeichnet) wurde deren

Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I (tutoriel unterstützte Online-Maßnahme) zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit zutreffend. Bitte beachten Sie, dass Fragen wie auch Antwortoptionen online abweichend vom Heft in zufälliger Reihenfolge ausgespielt werden.

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf SpringerMedizin.de/CME tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

- Wirksamkeit in doppelblinden, placebo-kontrollierten Wirksamkeitsstudien belegt.
- Die Wirksamkeit ist sowohl für die kontinuierliche als auch die intermittierende Gabe belegt.
 - Die intermittierende Gabe (nur in der zweiten Zyklushälfte) ist besser wirksam als die kontinuierliche.
 - Da Frauen oftmals empfindlich reagieren, empfiehlt sich die langsame Eindosierung.
 - Bei besonders empfindlichen Frauen kann auch die Tropfenform von bestimmten Substanzen verwendet werden.
- ? Welche Aussage zur medikamentösen Behandlung der prämenstruellen dysphorischen Störung (PMDS) mit Hormonen trifft zu?**
- Da es sich um eine gynäkologische Diagnose handelt, sollte die Behandlung immer zunächst mit Hormonen erfolgen.
 - Die Hormone müssen die Ovarfunktion gut unterdrücken, damit möglichst wenig Schwankungen im Zyklus auftreten. Dazu trägt die Gabe im Langzyklus bei.
 - Die Entfernung der Eierstöcke oder eine Behandlung mit einem GnRH-Analogon ist heute die Therapie der ersten Wahl.
 - Die zusätzliche Gabe von Progesteron in der Lutealphase lindert die Beschwerden einer PMDS.
 - Hormone sollten nur in Ausnahmefällen zur Therapie der PMDS eingesetzt werden.
- ? Welche Aussage zu Ernährung und Nahrungsergänzungsmitteln bei prämenstrueller dysphorischer Störung (PMDS) trifft zu?**
- Der Verzicht auf Kaffee und kohlenhydratreiche Lebensmittel ist erwiesenermaßen wirksam bei der PMDS.
 - Pflanzliche Präparate können bei leichten Formen eines prämenstruellen Syndroms hilfreich sein.
 - Pflanzliche Präparate sind bei schwerer PMDS-Symptomatik auf jeden Fall den Antidepressiva vom SSRI-Typ vorzuziehen.
 - Vitamine und Mineralien sind oftmals ausreichend für die Behandlung der PMDS.
 - PMDS-Betroffene machen gute Erfahrungen mit einer kohlenhydratarmen Ernährung. Dadurch kann häufig auf Antidepressiva verzichtet werden.
- ? Welche Psychotherapieform hat sich bei der prämenstruellen dysphorischen Störung in Studien als besonders wirksam herausgestellt?**
- kognitive Verhaltenstherapie
 - systemische Therapie
 - tiefenpsychologische Ansätze
 - Körpertherapie
 - Gestalttherapie

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

► Psychische Erkrankung und Schwangerschaft

aus: InFo Neurologie + Psychiatrie 9/2024
 von: A. Rohde, S Kittel-Schneider
 zertifiziert bis: 21.9.2025
 CME-Punkte: 2

► Therapieresistente psychische Erkrankungen: Tiefe Hirnstimulation als Chance

aus: InFo Neurologie + Psychiatrie 7–8/2024
 von: J. Kuhn, D. Huys, JC Baldermann
 zertifiziert bis: 20.8.2025
 CME-Punkte: 2

► Diagnostik und Therapie von Verhaltensabhängigkeiten

InFo Neurologie + Psychiatrie 6/2024
 von: P. Bach, M. Stenger
 zertifiziert bis: 19.6.2025
 CME-Punkte: 2

Diese Fortbildungskurse finden Sie, indem Sie den Titel in das Suchfeld auf SpringerMedizin.de/CME eingeben. Zur Teilnahme benötigen Sie ein Zeitschriften- oder ein e.Med-Abo.

Effizient fortbilden, gezielt recherchieren, schnell und aktuell informieren – ein e.Med-Abo bietet Ihnen alles, was Sie für Ihren Praxis- oder Klinikalltag brauchen: Sie erhalten Zugriff auf die Premiuminhalte von SpringerMedizin.de, darunter die Archive von 99 deutschen Fachzeitschriften. Darüber hinaus ist im Abo eine Springer-Medizin-Fachzeitschrift Ihrer Wahl enthalten, die Ihnen regelmäßig per Post zugesandt wird.

Als e.Med-Abonnent*in steht Ihnen außerdem das CME-Kursangebot von SpringerMedizin.de zur Verfügung: Hier finden Sie aktuell über 550 CME-zertifizierte Fortbildungskurse aus allen medizinischen Fachrichtungen!

Unter www.springermedizin.de/eMed können Sie ein e.Med-Abo Ihrer Wahl und unser CME-Angebot 14 Tage lang kostenlos und unverbindlich testen.

