

Die Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS): Eine neue Diagnose in der ICD-11

Sibel Nayman, Isabelle F. Schrickler & Christine Kühner

Zusammenfassung: Die Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS) zeichnet sich durch zyklusabhängige psychische und physische Symptome mit affektiver Leitsymptomatik aus und stellt eine eigene diagnostische Entität mit Krankheitswert dar, die einer multidisziplinären Betrachtung bedarf. Nicht selten führt eine bestehende Unkenntnis über die PMDS zu Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen. Mit der Aufnahme der PMDS in die ICD-11 als eigenständige Diagnose werden Fortschritte hinsichtlich der Behandlung betroffener Frauen und der gezielten Erforschung des Krankheitsbilds erwartet. In diesem Übersichtsartikel werden das Erscheinungsbild der PMDS, die Abgrenzung zu anderen zyklusbezogenen Erkrankungen sowie Daten zu Epidemiologie, Komorbiditäten und ätiologischen Aspekten der PMDS dargestellt. Zudem werden spezifische Diagnoseinstrumente vorgestellt und aktuelle medizinische sowie psychotherapeutische Behandlungsoptionen diskutiert.

Einleitung

Die Mehrzahl der Frauen im reproduktiven Alter nimmt psychische und körperliche Veränderungen vor Einsetzen der Menstruation wahr (Wittchen et al., 2002). Meist sind die Symptome leicht ausgeprägt, sodass sie kaum als einschränkend empfunden werden (Eisenlohr-Moul, 2019).¹ Anders verhält es sich bei einer Minderzahl von Frauen, die unter der Prämenstruellen Dysphorischen Störung (PMDS) leidet, die 2013 in das DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) und kürzlich auch in die ICD-11 (World Health Organization [WHO], 2019) als eigenständige Diagnose aufgenommen wurde. In den folgenden Kapiteln sollen ein Überblick über die Diagnosekriterien der PMDS nach der ICD-11 vorgestellt und Daten zur Differenzialdiagnose, Epidemiologie und Ätiologie zusammengefasst werden. Ausgehend von aktuellen Befunden werden mögliche Behandlungsoptionen diskutiert.

Diagnose

In der ICD-10 konnte die PMDS nur als Restkategorie „Sonstige näher bezeichnete affektive Störung“ (F38.8) mit der Zusatzkodierung „Prämenstruelle Beschwerden“ (N94.3) klassifiziert werden. Die ICD-11 ordnet sie dagegen als eigenständige Diagnose (GA34.41) primär den Gynäkologischen Störungen im Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus zu. Zusätzlich liegt im Kapitel der Depressiven Störungen ein Querverweis (ohne Kodierungsangabe) auf die PMDS vor. Das impliziert voraussichtlich, dass auch zukünftig behandelnde Psychotherapeut*innen die PMDS als eine unspezifische

affektive Störung („Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen“, 6A8Y) mit einer Zusatzkodierung der PMDS als Gynäkologische Erkrankung (GA34.41) kodieren müssen.

Mit der Aufnahme der PMDS in die ICD-11 erfolgt eine Anerkennung der Erkrankung in Übereinstimmung mit dem DSM-5. Im DSM-5 wird die PMDS jedoch primär im Kapitel „Depressive Störungen“ verortet; ein Querverweis auf eine Gynäkologische Störung findet sich hier nicht.

Diagnosekriterien

In Tabelle 1 sind die diagnostischen Kriterien der PMDS nach der ICD-11 und dem DSM-5 aufgeführt. Es liegt bislang keine offizielle deutschsprachige Übersetzung für die ICD-11-Kriterien vor, sodass die vorliegende Übersetzung als vorläufig finaler Wortlaut zu betrachten ist.

Nach der ICD-11 zeichnet sich die PMDS durch ihr zyklusabhängiges Symptommuster aus, das einige Tage vor Beginn der Menstruation (in der späten Lutealphase) auftritt, sich innerhalb weniger Tage nach Menstruationsbeginn (Follikelphase) bessert und etwa eine Woche nach Einsetzen der Menstruation nur noch minimal ausgeprägt oder remittiert ist (für die Beschreibung des Menstruationszyklus siehe Kasten 1 und Abb. 1). Bei einigen Betroffenen kann die Symptomatik bereits ab dem Zeitpunkt des Eisprungs beginnen und wäh-

¹ Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

rend der zweiwöchigen Lutealphase fortbestehen (Eisenlohr-Moul, 2019). Bei anovulatorischen Menstruationszyklen (z. B. während einer Schwangerschaft oder postmenopausal) zeigt sich keine PMDS-Symptomatik. Die hormonelle Unterdrückung des Eisprungs durch die Einnahme von Kontrazeptiva kann dagegen vorhandene PMDS-Symptome maskieren bzw. abmildern (und stellt daher auch eine Behandlungsoption dar; siehe Abschnitt „Medizinische Behandlungsoptionen“). Generell können hormonelle Kontrazeptiva jedoch auch affektive Symptome hervorrufen (Gingnell et al., 2013).

Zentral für die Diagnose einer PMDS nach der ICD-11 ist das Auftreten von mindestens einem (A) affektiven Symptom (Stimmungslabilität, Gereiztheit, depressive Verstimmung oder Angst) mit (B) weiteren somatischen und/oder kognitiven Symptomen (z. B. deutlicher Energieverlust, Gelenkschmerzen, Brustspannen, Hypersomnie, übermäßiges Essen, Konzentrationsschwierigkeiten) (WHO, 2022). Wesentlich sind dabei starker Leidensdruck oder Beeinträchtigungserleben im Alltag, insbesondere in sozialen, interaktionellen und arbeitsbezogenen Kontexten (Reed et al., 2019).

Im Gegensatz zum DSM-5 macht die ICD-11 keine Vorgabe über die konkrete Mindestanzahl von erforderlichen Symptomen für eine PMDS-Diagnose. Dagegen fordert das DSM-5 für eine PMDS-Diagnose mindestens fünf von elf Symptomen. Von verschiedenen Autor*innen wird dieser Cut-off allerdings als zu restriktiv gesehen – mit der Begründung, dass Frauen, welche die Mindestanzahl nicht erreichen, aber einen starken Leidensdruck aufweisen, von Behandlungsoptionen ausgeschlossen und in ihrem Leid nicht anerkannt werden (Alder & Urech, 2014).

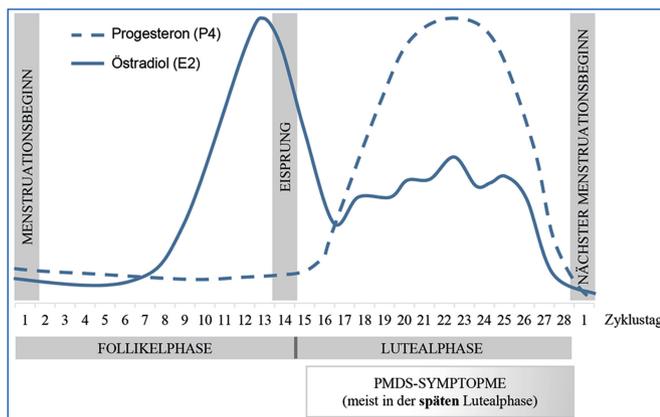


Abbildung 1: Der zeitliche Verlauf des weiblichen Menstruationszyklus (am Beispiel eines 28-tägigen Zyklus, in Anlehnung an Schmalenberger et al., 2021) und der zeitliche Bezug der PMDS-Symptomatik

Sowohl die ICD-11 als auch das DSM-5 erfordern idealerweise die Bestätigung der zyklischen PMDS-Symptomatik anhand von prospektiven Symptomtagebüchern während mindestens zweier symptomatischer Zyklen (Eisenlohr-Moul, 2019), um mögliche falsch-positive Diagnosen zu verhindern. Retrospektive Symptomerfassungen erlauben daher nur Ver-

dachtsdiagnosen, die als „vorläufig“ vermerkt werden sollen (Vorschlag des DSM-5: „Prämenstruelle Dysphorische Störung, vorläufig“). Dieses Vorgehen wird jedoch teilweise als eine weitere Belastung für Betroffene bei dadurch bedingter weiterer Verzögerung der Behandlung um mehrere Monate gesehen (Beddig & Kühner, 2017).

Der Menstruationszyklus ist typischerweise circa 28 (21 bis 35) Tage lang (siehe Abb. 1). Die Follikelphase beginnt mit der Menstruation und dauert bis zum Eisprung an. Sie ist durch einen niedrigen Progesteron-(P4) und einen steigenden Östrogenspiegel (E2) gekennzeichnet, der seinen ersten Höhepunkt kurz vor dem Eisprung erreicht und nach dem Eisprung rapide abfällt. Die Lutealphase beginnt mit dem Eisprung und dauert bis zur nächsten Menstruation an. Während der Lutealphase steigen Progesteron und Östrogen allmählich an, sodass Progesteron einen ersten und Östrogen einen zweiten Höchstpunkt in der Phasenmitte erreichen. Ihre Konzentrationen fallen anschließend in der Woche vor der nächsten Menstruation (späte Lutealphase) wieder ab (Schmalenberger et al., 2021).

Kasten 1: Beschreibung des Menstruationszyklus

Differenzialdiagnose

Prämenstruelles Syndrom (PMS): Das Symptombild des PMS zeigt ähnlich wie die PMDS ein zyklisch wiederkehrendes Symptommuster in der Lutealphase, unterscheidet sich jedoch von der PMDS hinsichtlich der Anzahl der Symptome und symptomatischer Zyklen sowie der Symptomschwere. Im Gegensatz zur PMDS liegen für das PMS keine klaren Kriterien und kein Cut-off vor und es zeichnet sich durch mildere Symptome aus. Darüber hinaus erfordert eine PMS-Diagnose nicht obligatorisch das Vorhandensein affektiver Kernsymptome. Diese eher unspezifischen Diagnosekriterien des PMS spiegeln sich auch in höheren Prävalenzraten im Vergleich zur PMDS wider (APA, 2013).

Dysmenorrhoe: Die Dysmenorrhoe ist gekennzeichnet durch zyklische Schmerzen im Becken- und Unterleibsbebereich bei Menstruationsbeginn. Die Schmerzen können kurz vor Einsetzen der Menstruation beginnen und erreichen überwiegend am ersten Tag der Menstruation ihren Höhepunkt (WHO, 2022). Im Gegensatz zur PMDS ist die Dysmenorrhoe nicht mit affektiven Symptomen assoziiert.

Prämenstruelle Exazerbation: Bei zahlreichen psychischen (z. B. Depressiven oder Bipolaren Störungen, Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung etc.) und somatischen Störungen können prämenstruelle Symptomverschlechterungen auftreten (cf. Kuehner & Nayman, 2021; Mattina & Steiner, 2020). Während die PMDS-Symptomatik lediglich in der Lutealphase vorliegt und sich in der Follikelphase vollständig zurückbildet, leiden Frauen mit einer Prämenstruellen Exazerbation (PME) einer zugrundeliegenden Störung an einer zyklischen Verschlechterung der Symptomatik, die jedoch auch postmenstruell, wenn auch in geringerer Ausprägung, fortbesteht (Kuehner & Nayman, 2021). Eine PMDS-Diagnose darf

Prämenstruelle Dysphorische Störung (ICD-11)	Prämenstruelle Dysphorische Störung (DSM-5)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Während der Mehrzahl der Menstruationszyklen im vergangenen Jahr ist ein Muster von affektiven, somatischen oder kognitiven Symptomen vorhanden, das einige Tage vor dem Einsetzen der Menses beginnt, sich innerhalb weniger Tage nach dem Einsetzen der Menses verbessert und innerhalb von etwa einer Woche nach Einsetzen der Menses nahezu oder gänzlich remittiert. ■ Der zeitliche Zusammenhang der Symptome mit der Luteal- und Menstruationsphase sollte idealerweise durch ein prospektives Symptomtagebuch während mindestens zwei symptomatischer Zyklen bestätigt werden. ■ Die Symptome beinhalten: <ul style="list-style-type: none"> – Mindestens ein affektives Symptom wie Stimmungslabilität, Gereiztheit, depressive Verstimmung oder Angst – Zusätzliche somatische oder kognitive Symptome wie Lethargie, Gelenkschmerzen, Überessen, Hypersomnie, Brustspannen, Schwellung der Extremitäten, Konzentrationsschwierigkeiten oder Vergesslichkeit ■ Die Symptome sind nicht besser erklärbar durch eine andere psychische Störung (z. B. affektive Störung, Angststörung). ■ Die Symptome sind keine Manifestation einer medizinischen Erkrankung (z. B. Endometriose, Polyzystisches Ovarialsyndrom, Erkrankungen des Nebennierensystems, Hyperprolaktinämie) und sind weder substanz- oder medikamenteninduziert (z. B. durch Hormonbehandlung, Alkohol) noch rückführbar auf Entzugserscheinungen (z. B. durch Stimulanzien). ■ Die Symptome führen zu erheblichem Leidensdruck oder deutlichen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. 	<ul style="list-style-type: none"> A. Während der Mehrzahl der Menstruationszyklen treten in der letzten Woche vor Beginn der Menses (letzte Woche der Lutealphase) mindestens fünf Symptome (aus B und C) auf, die sich innerhalb weniger Tage nach Beginn der Menses (Follikelphase) bessern und in der Woche nach der Menses nahezu oder gänzlich remittieren. B. Eines (oder mehrere) der folgenden Symptome sind vorhanden: <ol style="list-style-type: none"> 1. Deutliche Affektlabilität (z. B. Stimmungsschwankungen, sich plötzlich traurig fühlen, weinen, gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung) 2. Deutliche Reizbarkeit oder Wut oder vermehrte zwischenmenschliche Konflikte 3. Deutliche depressive Verstimmung, Gefühl der Hoffnungslosigkeit oder selbsttherabsetzende Gedanken 4. Deutliche Angst, Anspannung und/oder Gefühle der Gereiztheit und Nervosität C. Zusätzlich sind eines (oder mehrere) der folgenden Symptome vorhanden. In Kombination mit Symptomen aus Kriterium B müssen insgesamt fünf Symptome vorliegen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verringerteres Interesse an üblichen Aktivitäten (z. B. Arbeit, Schule, Freunde, Hobbys) 2. Gefühl, sich nicht konzentrieren zu können 3. Lethargie, leichte Ermüdbarkeit oder deutlicher Energieverlust 4. Deutliche Veränderungen des Appetits, Überessen oder ein Verlangen nach bestimmten Lebensmitteln 5. Insomnie oder Hypersomnie 6. Gefühl des Überwältigtseins oder von Kontrollverlust 7. Körperliche Symptome wie Brustempfindlichkeit oder -schwellung, Gelenk- oder Muskelschmerzen, sich „aufgedunsen“ fühlen, Gewichtszunahme <p>Beachte: Die Symptome der Kriterien A bis C müssen während der meisten Menstruationszyklen des vorangegangenen Jahres aufgetreten sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> D. Die Symptome gehen mit klinisch relevantem Leiden oder Beeinträchtigung der Arbeits- oder Schulleistung oder gewöhnlichen sozialen Aktivitäten und Beziehungen zu anderen einher. E. Das Störungsbild stellt nicht nur eine Exazerbation der Symptome einer anderen Störung dar, wie z. B. einer Major Depression, Panikstörung, Dysthymen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung (obwohl es mit jeder der genannten Störungen gleichzeitig auftreten kann). F. Kriterium A muss durch prospektive tägliche Einschätzungen während mindestens zwei symptomatischer Zyklen bestätigt werden. (Beachte: Die Diagnose kann als vorläufige Verdachtsdiagnose vor Bestätigung durch die Aufzeichnungen gestellt werden.) G. Die Symptome sind nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Substanz mit Missbrauchspotenzial, Medikament, andere Behandlung) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hyperthyreose).

Tabelle 1: Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien der Prämenstruellen Dysphorischen Störung nach der ICD-11 (WHO, 2022) und dem DSM-5 (APA, 2013)

nicht gestellt werden, wenn die prämenstruellen Symptome ausschließlich eine Exazerbation einer anderen Störung abbilden (APA, 2013).

Geschichte der Diagnose und wissenschaftlicher Diskurs

Die Anerkennung der PMDS als behandlungsbedürftiges Krankheitsbild basiert auf langjähriger Erforschung der Epidemiologie, Phänomenologie, Pathogenese und Behandlung prämenstrueller Symptomatik (Epperson et al., 2012). Bereits im Jahr 1931 beschrieb Frank prämenstruelle Spannungs-

zustände als ein klinisches Phänomen, und 22 Jahre später führten Greene und Dalton (1953) die Bezeichnung „Prämenstruelles Syndrom“ ein. Die PMDS fand erstmals 1987 im Anhang des DSM-III-R (APA, 1987) Platz als Forschungsdiagnose und wurde als „Dysphorische Störung der späten Lutealphase“ bezeichnet. In diesem Zuge wurden auch erstmals einheitliche Forschungskriterien für die Erkrankung aufgeführt. Im Jahr 1994 wurde sie weiterhin als Forschungsdiagnose im Anhang B des DSM-IV (APA, 1994) in „Prämenstruelle Dysphorische Störung“ umbenannt und den affektiven Störungen („nicht näher bezeichnete affektive Störung“) zugeordnet. Die Aufnahme der PMDS in die Forschungsanhänge des DSM-III-R und DSM-IV war ein Anstoß für zahlreiche

Forschungsarbeiten, welche die Reliabilität und Validität der PMDS empirisch untermauern konnten, was schließlich zu ihrer Anerkennung und Aufnahme als eigenständige Diagnose in das Kapitel „Depressive Störungen“ des DSM-5 führte (Epperson et al., 2012). Im Gegensatz zum DSM-5 zeigt die ICD-11 eher eine medizinische Annäherung an die PMDS und ordnet sie den Gynäkologischen Erkrankungen mit einem Querverweis in der Sektion der Depressiven Störungen zu. Die verschiedenen Klassifikationen der PMDS sowohl als psychische (DSM-5) als auch medizinische Erkrankung (ICD-11) spiegeln die Komplexität und multifaktorielle Ätiologie der Erkrankung wider.

Die Anerkennung der PMDS als behandlungsbedürftige psychische Erkrankung stieß jedoch auch auf Skepsis und Besorgnis, unter anderem wegen einer möglichen Pathologisierung von natürlichen körperlichen Prozessen bei Frauen, der Stigmatisierung einer Großzahl von Frauen als psychisch krank und der dadurch möglichen Benachteiligung von Frauen im Arbeitskontext (Beddig & Kühner, 2017; Hartlage et al., 2014). Eine Vielzahl von Studien legt jedoch nahe, dass es sich bei der PMDS um eine eigene diagnostische Entität mit Krankheitswert handelt (Epperson et al., 2012; Hartlage et al., 2014) und die Vorteile einer Diagnosenzuschreibung die Bedenken überwiegen. Die Anerkennung der PMDS als eigenständige psychische Erkrankung ist nicht nur essenziell für die klinische Versorgung sowie für die Weiterentwicklung und Förderung störungsspezifischer Forschung, sondern auch für die Validierung des Leidensdrucks der betroffenen Frauen (Epperson et al., 2012).

Epidemiologie

Bisherige Studien zeigen, dass etwa 70–90 % der Frauen im reproduktiven Alter leichte körperliche oder psychische Veränderungen in der späten Lutealphase erleben (zsf. Alder & Urech, 2014; Dorsch, 2018). Während bei etwa 20–30 % der Frauen (12-Monats-Prävalenz) diese Veränderungen eine subklinische Form mit mildem Beeinträchtigungserleben annehmen und als „Prämenstruelles Syndrom“ klassifiziert werden (Mattina & Steiner, 2020), ist das Vollbild der PMDS dagegen bei 1,8–5,8 % (12-Monats-Prävalenz) der Frauen im reproduktiven Alter ausgeprägt (APA, 2013). Laut APA (2013) werden die Prävalenzraten höher geschätzt, wenn sie auf retrospektive Symptomeinschätzungen beruhen. Im Konsens mit anderen Längsschnittstudien (zsf. Eisenlohr-Moul, 2019) schätzt eine in Deutschland durchgeführte epidemiologische Studie mit 1.251 Frauen im Alter von 14–24 Jahren retrospektiv die 12-Monats-Prävalenz einer PMDS-Diagnose auf 5,8 % (Wittchen et al., 2002).

Zum klinischen Verlauf der PMDS liegen bislang wenige Studien vor. Die Erkrankung kann in jedem Alter zwischen Menarche und Menopause auftreten und bildet sich mit Abnahme der Ovarienaktivität in der Menopause zurück (Mattina & Steiner, 2020). Nicht selten werden nach einer Entbindung

oder einem Absetzen hormoneller Kontrazeptiva die ersten prämenstruellen Symptome oder eine Verschlechterung bereits bestehender prämenstrueller Symptomatik beobachtet (Dorsch & Rohde, 2017). Auch kann eine Hormonersatztherapie während der Menopause das Wiederauftreten der Symptome verursachen (APA, 2013).

Eine Spontanerholung und Remission ohne Behandlung ist eher unwahrscheinlich: Unbehandelt verläuft die PMDS meist chronisch. Sie verschlechtert sich in der Regel mit zunehmendem Alter und geht mit erhöhter Suizidalität einher (Alder & Urech, 2014; APA, 2013; Osborn et al., 2021; Owens & Eisenlohr-Moul, 2018). Die Beeinträchtigungen, die aus der PMDS resultieren, können sich auf alle Lebensbereiche erstrecken, mit dem größten Einfluss auf interpersonelle Situationen (z. B. Partnerschaft, Erziehung) und Arbeitsproduktivität (Gao et al., 2022). Dabei ist das Beeinträchtigungserleben während der Lutealphase vergleichbar mit anderen chronischen psychischen Störungen und die erhöhte Suizidalität unabhängig von psychiatrischen Komorbiditäten (Osborn et al., 2021). Einer qualitativen Studie zufolge erhalten betroffene Frauen häufig Fehldiagnosen oder die eindeutige Diagnose wird erst nach längerer Verzögerung gestellt (Osborn et al., 2020).

Komorbiditäten

Für die PMDS werden hohe Komorbiditätsraten mit anderen psychischen Störungen, insbesondere mit affektiven und Angststörungen, berichtet (Mattina & Steiner, 2020). In einer deutschen Stichprobe wurde die 12-Monats-Komorbiditätsrate der PMDS mit Angststörungen auf 47,4 % geschätzt, gefolgt von Nikotinabhängigkeit (36,8 %) sowie affektiven (29,8 %) und somatoformen Störungen (28,4 %) (Wittchen et al., 2002). In einer neueren Studie berichten Kepple et al. (2016) höhere Lifetime-Komorbiditätsraten für die Major Depression (31,2 %) im Vergleich zu Angststörungen (15,3 %). Unter den Angststörungen wird insbesondere eine Komorbidität der PMDS mit der Generalisierten Angststörung (14 %) beobachtet (Yen et al., 2020). Auch eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) tritt oft gemeinsam mit der PMDS auf (Pilver et al., 2011; Wittchen et al., 2002). Interessant ist zudem die hohe Komorbidität der PMDS mit anderen zyklischen affektiven Störungen, nämlich den saisonalen affektiven (46 %) und der Bipolaren Störung (15–27 %) (Beddig & Kühner, 2017; Sepede et al., 2020).

Darüber hinaus kann die PMDS einen Risikofaktor für spätere depressive Episoden darstellen (Mattina & Steiner, 2020). Auch wird eine Assoziation zwischen der PMDS und postpartalen sowie perimenopausalen Depressionen beobachtet (Alder & Urech, 2014; Kuehner, 2017; Pereira et al., 2021). Darüber hinaus kann eine Komorbidität der PMDS und der PME einer anderen psychischen Erkrankung bestehen. Nach einer konservativen Definition (Hartlage & Gehlert, 2001) liegt eine Komorbidität der beiden Störungen vor, wenn die PME einer sonstigen Störung (z. B. Depression) von mindestens fünf

nicht-überlappenden PMDS-Symptomen (z. B. Stimmungsschwankungen, Wut, Reizbarkeit und körperliche Symptome) begleitet wird und diese ausschließlich in der prämenstruellen Phase auftreten. Verlässliche Schätzungen zu Komorbiditätsraten zwischen der PMDS und der PME anderer Störungen liegen bislang nicht vor (Kuehner & Nayman, 2021).

Ätiologie und Risikofaktoren

Insgesamt ist die Ätiologie der PMDS noch unzureichend erforscht. Bisherige Studien liefern Hinweise auf eine multifaktorielle Ätiologie, die biologische, psychologische und soziale Einflussfaktoren umfasst (Beddig & Kühner, 2017; Eisenlohr-Moul, 2019).

Hormonelle Faktoren

Der zeitliche Zusammenhang des Auftretens der PMDS-Symptomatik mit dem Menstruationszyklus impliziert eine ätiologische und aufrechterhaltende Rolle von Geschlechtshormonen (Östrogen, Progesteron). In Zyklen ohne Eisprung, während der Schwangerschaft und nach der Menopause treten die Symptome nicht auf. Entgegen früherer Erwartungen zeigen Frauen mit PMDS keine Abweichungen in der absoluten Höhe der Hormonlevel in der Lutealphase gegenüber gesunden Frauen. Jedoch wird von einer erhöhten Sensitivität gegenüber normalen Schwankungen dieser Geschlechtshormone und ihrer Metaboliten, insbesondere dem Progesteron-Metaboliten Allopregnanolon (ALLO), ausgegangen (Schweizer-Schubert et al., 2021).

— Die Anerkennung der PMDS als eigenständige psychische Erkrankung ist nicht nur essenziell für die klinische Versorgung sowie für die Weiterentwicklung und Förderung störungsspezifischer Forschung, sondern auch für die Validierung des Leidensdrucks der betroffenen Frauen.

Die genauen Mechanismen dieser erhöhten Empfindlichkeit sind jedoch noch nicht hinreichend geklärt. Ausgehend von der modulierenden Wirkung von Geschlechtshormonen auf verschiedene Gehirnsysteme wird zudem ein Zusammenhang mit möglichen Dysfunktionen des serotonergen und GABAergen Systems sowie der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse (HHN-Achse) angenommen. Diese Faktoren stehen wahrscheinlich in komplexer Interaktion miteinander und tragen so zur PMDS-Symptomatik bei (Hantsoo & Epperson, 2015; Schweizer-Schubert et al., 2021).

Insbesondere Östradiol fördert die Serotoninsynthese und -verfügbarkeit und potenziert die serotonerge Transmission in limbischen Hirnregionen. Vor dem Hintergrund der stimmungsstabilisierenden Wirkung von Östradiol wird angenom-

men, dass Schwankungen des Östrogenspiegels über den Zyklus und seine Wechselwirkungen mit dem serotonergen System auch eine Rolle bei der PMDS spielen (Kuehner & Nayman, 2021). Die Rolle des serotonergen Systems wird zudem durch die Wirksamkeit von Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) in der PMDS-Behandlung gestützt. Dabei scheinen SSRIs neben antidepressiven Effekten weitere PMDS-spezifische Wirkmechanismen (z. B. im GABAergen System) zu haben, was mit ihrer höheren Wirksamkeit im Vergleich zu trizyklischen und noradranergen Antidepressiva deutlich wird (Beddig & Kühner, 2017).

Auch das Progesteron und sein Metabolit ALLO spielen wahrscheinlich eine wichtige Rolle in der Ätiologie der PMDS. Ihre Konzentrationen steigen nach dem Eisprung in der Lutealphase stark an, erreichen ihren Höhepunkt in der Mitte der Lutealphase und fallen dann in der späten Lutealphase um die Menstruation rapide ab. Insbesondere ALLO potenziert die GABA-Transmission und zeigt im Allgemeinen beruhigende, anxiolytische und antiepileptische Wirkungen. Es wird angenommen, dass Frauen mit PMDS eine erhöhte Sensitivität auf Fluktuationen von ALLO zeigen bzw. auf diese paradox reagieren, und aufgrund der defizitären GABA-Kontrolle über die HHN-Achse eine erhöhte objektive und subjektive Stresssensitivität besteht (Beddig & Kühner, 2017; Kuehner & Nayman, 2021).

Obwohl die Studienlage zur möglichen Dysregulation der HHN-Achse bei der PMDS noch spärlich ist, liegen Hinweise auf einen Zusammenhang der PMDS mit niedriger basaler

Cortisolaktivität vor (zsf. Owens & Eisenlohr-Moul, 2018) – vergleichbar mit anderen stressbezogenen psychischen Erkrankungen (vgl. Adam et al., 2017; Ehlert et al., 2001). Experimentelle Studien deuten auf eine gedämpfte Cortisol-Reaktivität gegenüber Stressoren bei Frauen mit prämenstruellen psychischen Beschwerden hin (Huang et al., 2015). Eine

aktuellere Studie von Beddig et al. (2019) zeigte bei Frauen mit PMDS eine verzögerte Cortisol-Aufwachreaktion sowie einen flacheren Cortisolabfall über den Tag.

Psychologische und soziale Einflussfaktoren

Die PMDS steht im Zusammenhang mit stressbezogenen Faktoren. So sind frühe Traumata (< 18 J.) bei Frauen mit PMDS häufiger als bei gesunden Frauen (Beddig et al., 2019; Girdler et al., 2007) bzw. als in der Allgemeinbevölkerung (Kulkarni et al., 2022). Auch zeigte sich, dass der Zusammenhang zwischen zyklischen Schwankungen von Östradiol und Progesteron mit PMDS-Symptomen bei Frauen mit einer Missbrauchsgeschichte stärker ausgeprägt ist (Eisenlohr-Moul et al., 2016). Möglicherweise führt früher

Missbrauch bei diesen Frauen zu einer Sensibilisierung des Stresssystems, die eine erhöhte Sensitivität gegenüber den zyklischen Fluktuationen der Geschlechtshormone und ihrer Metaboliten zur Folge hat, wodurch im Sinne eines Teufelskreises wiederum die normale physiologische Stressreaktion beeinträchtigt wird (Eisenlohr-Moul et al., 2016). Nicht nur frühe Traumata, sondern auch ein erhöhtes aktuelles wahrgenommenes Stressniveau und externale Stressfaktoren wie belastende Lebensereignisse und hoher Arbeitsstress gehen mit einer stärkeren prämenstruellen Symptomatik einher (Beddig et al., 2019; Eisenlohr-Moul, 2019; Schweizer-Schubert et al., 2021).

Vor dem Hintergrund der hohen Komorbidität der PMDS mit affektiven Störungen werden zudem Defizite in der Emotionsregulation mit stärkeren prämenstruellen Symptomen in Verbindung gebracht. Frauen mit PMDS weisen höhere Neurotizismuswerte auf als gesunde Frauen (Gao et al., 2021; Miller et al., 2010; Nayman et al., under review). Sie berichten auch eine stärkere Tendenz zu behavioraler Impulsivität (Petersen et al., 2016) und zur Verschlechterung ihrer emotionalen Anpassungsfähigkeit in der Lutealphase (Yen et al., 2018). Dysfunktionale psychologische Faktoren wie Vermeidung, erhöhte Selbstaufmerksamkeit und vor allem ruminatives Grübeln stellen weitere potenzielle Risikofaktoren dar (Beddig et al., 2019; Beddig & Kühner, 2017; Craner et al., 2016). Die Neigung zu Selbstaufmerksamkeit und Rumination scheint dabei bei Frauen mit PMDS insbesondere gegen Ende des Zyklus zuzunehmen (Craner et al., 2016). Sowohl habituelle Ruminationstendenzen (Dawson et al., 2018) als auch momentane Rumination im Alltag (Beddig et al., 2020) gehen bei Frauen mit PMDS mit stärkerer prämenstrueller Stimmungsver-schlechterung einher.

Jedoch sind psychologische Risikofaktoren der PMDS insgesamt nur unzureichend erforscht, wobei bisherige Befunde vorwiegend aus retrospektiven Studien im Querschnittsdesign stammen. Interessanterweise legen unsere neusten Längsschnittuntersuchungen nahe, dass günstige Ausprägungen in habituellen kognitiven Emotionsregulationsstrategien (Achtsamkeit, Neubewertung, niedrige Ruminationstendenz) bei Frauen mit PMDS insgesamt mit besserer Stimmung im Alltag einhergehen, diese jedoch nicht vor einer Stimmungsver-schlechterung in der späten Lutealphase zu schützen vermögen (Nayman et al., under review). Dies entspricht auch den subjektiven Erfahrungen betroffener Frauen, die berichten, dass sie in der späten Lutealphase trotz Bemühungen ein Gefühl von Kontrollverlust über sich selbst und ihr Verhalten haben und sich anders erleben als in den übrigen Zyklusphasen. Wir gehen hierbei von phasenspezifischen Problemen bei der Umsetzung adaptiver Emotionsregulationsstrategien aus (Nayman et al., under review).

Sonstige Einflussfaktoren

Ergebnisse aus Familien- und Zwillingsstudien liefern gemischte Befunde zur Heritabilität der PMDS. Eine größere Zwillingsstudie im Längsschnitt schätzte prämenstruelle Symptomheritabilität auf 35–56 % (Kendler et al., 1992, 1998). Aktueller Tabakkonsum sowie ein hoher Body-Mass-Index stehen ebenso in engem Zusammenhang mit PMDS (Mattina & Steiner, 2020). Ein hoher Bildungsstand stellt dagegen einen möglichen Schutzfaktor dar (Beddig & Kühner, 2017).

Ausgehend von der bisherigen Befundlage kann insgesamt ein durch den Menstruationszyklus ausgelöster Kreislauf von

	Anzahl Items	Wie wird die PMDS erfasst?	Selbst-/Fremdrating	Deutsche Version verfügbar?
Strukturierte Klinische Interviews				
SCID-PMDD (Accortt et al., 2011)		DSM-IV-/DSM-5-Algorithmus	Fremd	✓
Composite International Diagnostic Interview for Women (CIDI-V; Martini et al., 2009)		Mittels PSST (DSM-IV-Algorithmus) und ergänzenden Fragen	Fremd	✓
Retrospektive Symptomskalen				
Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST; Steiner et al., 2003; deutsch: Bentz et al., 2012)	19	DSM-IV-/DSM-5-Algorithmus	Selbst	✓
PMS im Allgemeinen (PMS-iA; Ditzen et al., 2011)	30	DSM-IV-/DSM-5-Algorithmus	Selbst	✓
Prospektive Symptomtagebücher				
Symptomtagebuch (Janda et al., 2017)	30	DSM-IV-/DSM-5-Algorithmus	Selbst	✓
Daily Record of Severity of Problems (DRSP; Endicott et al., 2006)	24	Beschwerdezunahme um $\geq 75\%$ (prä- gegenüber postmenstruell)	Selbst	✓ ^a
Zyklustagebücher (verfügbar im Internet)			Selbst	✓

Tabelle 2: Diagnoseinstrumente zur Erfassung prämenstrueller Symptomatik (modifiziert nach Beddig & Kühner, 2017)

^a Eine deutsche Übersetzung ist erhältlich über die Autor*innen der englischen Originalversion (Endicott et al., 2006).

Dysregulationen biologischer Systeme angenommen werden, die mit psychologischen und sozialen Mechanismen interagieren und sich gegenseitig verstärken. Die empirische Untersuchung solcher komplexen Mechanismen steht jedoch noch weitgehend aus.

Diagnostik

Die Diagnosestellung der PMDS kann durch verschiedene Verfahren unterstützt werden. Diese umfassen strukturierte klinische Interviews (Accortt et al., 2011; Martini et al., 2009), retrospektive Symptomskalen (Bentz et al., 2012; Ditzen et al., 2011; Steiner et al., 2003) sowie prospektive Instrumente bzw. Symptomtagebücher (Endicott et al., 2006; Janda et al., 2017; Dorsch, 2018; für einen Überblick ausgewählter Instrumente siehe Tabelle 2).

Strukturierte klinische Interviews

SCID-PMDD: Das *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Premenstrual Dysphoric Disorder* (SCID-PMDD; Accortt et al., 2011) kann mit einer hohen Interrater-Reliabilität ($\kappa = 0.96$) für eine vorläufige Diagnosestellung nach DSM-5 verwendet werden (Beddig et al., 2019). Es erfragt die 11 PMDS Symptome hinsichtlich des Auftrittszeitpunkts, der Symptombdauer und -häufigkeit in den vergangenen 12 Monaten sowie das Beeinträchtigungserleben und den klinischen Leidensdruck. Ergibt sich eine Verdachtsdiagnose der PMDS, sollte zusätzlich ein Symptomtagebuch über mindestens zwei Zyklen eingesetzt werden (Accortt et al., 2011).

SCID-5-CV: Das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-5®-Störungen – Klinische Version* (SCID-5-CV, Beesdo-Baum et al., 2018) enthält lediglich im Modul I „Screening für andere aktuelle Störungen“ Screening-Fragen für die PMDS; die ausführlichen Diagnosekriterien werden jedoch nicht erhoben.

CIDI-V: Das *World Health Composite International Diagnostic Interview* (WHO-CIDI) wurde um frauenspezifische Zusatzmodule (CIDI-V; Martini et al., 2009) ergänzt und erlaubt somit unter anderem eine standardisierte Anamnese von prämenstruellen Beschwerden. Die Fragen zur Erhebung prämenstrueller Symptome bauen dabei auf dem retrospektiven Fragebogen *Premenstrual Symptoms Screening Tool* (PSST; Steiner et al., 2003) auf.

Retrospektive Symptomskalen

Für Screenings und Vorselektion können auch retrospektive Fragebögen herangezogen werden. Diese sollen jedoch lediglich ergänzend zu Symptomtagebüchern eingesetzt werden.

PSST: Ein kurzes, effizientes Screening-Instrument mit 19 Items ist der *Premenstrual Symptoms Screening Tool* (PSST; Steiner et al., 2003). Das Instrument wurde in Anlehnung

an die DSM-IV-Kriterien konstruiert und ist auch in einer deutschsprachigen Version verfügbar (Bentz et al., 2012). Ursprünglich wurde das Instrument zur kategorialen Einteilung des Schweregrads und der Erfassung des Beeinträchtigungsgrads in verschiedenen Lebensbereichen entwickelt. Wir empfehlen in Übereinstimmung mit Eisenlohr-Moul (2019), das Instrument lediglich zur Vorselektion einzusetzen, da es zwar eine gute Sensitivität, jedoch eine unzureichende Spezifität aufweist und somit ein hohes Risiko für falsch-positive Ergebnisse birgt.

PMS-Fragebogen: Im deutschsprachigen Raum kann zudem der *PMS-Fragebogen* (Ditzen et al., 2011), bestehend aus 30 Items, eingesetzt werden. Das Instrument erlaubt einerseits eine retrospektive Erfassung prämenstrueller Beschwerden im Allgemeinen (PMS-iA). Andererseits kann es durch die Anpassung der Instruktion („...im Moment...“) auch zur prospektiven Symptomerfassung im Rahmen eines Zyklustagebuchs eingesetzt werden (PMS-iM).

Prospektive Instrumente bzw. Symptomtagebücher

Die Besonderheit der PMDS, die sie von anderen psychischen Erkrankungen unterscheidet, ist die Beschränkung der Symptomatik auf die späte Lutealphase, die über prospektive Symptomeinschätzungen bestätigt werden muss. Dabei liefert das prospektive Erfassen von Symptomen nicht nur Hinweise darauf, ob diese im zeitlichen Zusammenhang mit der Lutealphase des Menstruationszyklus stehen. Es kann auch individuelle Symptomverläufe abbilden, individualisierte Behandlungsoptionen anregen, und für Betroffene Klarheit über ihr Symptombild und mögliche Einflussfaktoren schaffen. Auch kann es im Rahmen des Behandlungsprozesses fortgeführt werden, um dessen Wirksamkeit im Verlauf zu verfolgen (Rohde, 2019).

Symptomtagebuch: Janda et al. (2017) präsentieren ein Symptomtagebuch in Anlehnung an die prospektive Version des deutschsprachigen PMS-Fragebogens PMS-iM (Ditzen et al., 2011; siehe oben). Das Symptomtagebuch baut auf den DSM-5 Kriterien auf und erlaubt die Berechnung von Scores für die Symptomschwere und den Beeinträchtigungsgrad.

Daily Record of Severity of Problems (DRSP): Ein weiteres validiertes und vor allem im englischsprachigen Raum und Forschungskontext weitverbreitetes Symptomtagebuch stellt der *Daily Record of Severity of Problems* (DRSP; Endicott et al., 2006) dar. Er erfasst anhand von 24 Items Symptomschwere und Beeinträchtigungserleben im Alltag. Ein standardisiertes Auswertungsverfahren zur Operationalisierung der DSM-5-Diagnose der PMDS über zwei Zyklen wird dabei durch das *Carolina Premenstrual Assessment Scoring System* (C-PASS; Eisenlohr-Moul et al., 2017) gewährleistet. Für die Diagnosestellung der PMDS soll eine prämenstruelle Symptomzunahme um mindestens 30 % zusammen mit klarer postmenstrueller Symptomremission vorliegen. Ein Pa-

pierbogen, Excel-Makro und SAS-Makro für das C-PASS sind auf der folgenden Website verfügbar (www.cycledx.com). Eine publizierte deutsche Fassung des Auswertungssystems C-PASS liegt bislang nicht vor.

Zyklustagebücher (verfügbar im Internet): Für die klinische Anwendung im deutschsprachigen Raum haben sich Zyklustagebücher in Papier- und Stiftform bewährt. Ein solches Tagebuch steht z. B. kostenlos auf der folgenden Webseite zum Download zur Verfügung: <https://pmds.team/#zyklustagebuch>.

Ein Großteil aktuell verfügbarer Zyklus-Apps inkludiert auch Funktionen zur prospektiven Aufzeichnung von zyklusbezogenen Symptomen. Jedoch liegen unseres Wissens derzeit keine zertifizierten digitalen Gesundheitsapps mit integrierten Zyklustagebüchern zur gezielten Diagnosestellung der PMDS vor.

Medizinische Abklärung. Bei starken körperlichen Beschwerden sollte in der medizinischen Abklärung ein zusätzliches Augenmerk auf mit Schmerzen verbundene Erkrankungen wie Endometriose oder Dysmenorrhoe gelegt werden, um deren möglichen psychischen Auswirkungen differenzialdiagnostisch einzuordnen. Es gilt jedoch zu beachten, dass eine PMDS auch komorbid zu diesen körperlichen Erkrankungen auftreten kann.

Behandlung der PMDS

Aufgrund der Komplexität der PMDS gibt es keine einheitliche Behandlungsstrategie, die für alle betroffenen Frauen gleichermaßen effektiv ist. Da Interventionen im Rahmen der PMDS sowohl für die medizinische als auch die psychologische Forschung ein relativ neues Forschungsfeld darstellen, ist die Anzahl randomisiert kontrollierter Studien aktuell noch limitiert. Jedoch haben einige Behandlungsansätze Wirksamkeitsnachweise erbracht, die im Folgenden erörtert werden.

Medizinische Behandlungsoptionen

Gegenwärtig stellt der Einsatz von SSRIs (Fluoxetin, Sertralin, Paroxetin, Citalopram, Escitalopram) nach verschiedenen internationalen Leitlinien die Erstlinienbehandlung für die PMDS dar (*Hantsoo & Riddle, 2021*). SSRIs haben sich bei ca. 60 % der betroffenen Frauen als wirksam erwiesen und können sowohl kontinuierlich als auch intermittierend (auf die gesamte Lutealphase oder ab Beginn der Symptomatik beschränkt) eingesetzt werden (*Eisenlohr-Moul, 2019; Hantsoo & Riddle, 2021*). Interessanterweise wirken sie bei der PMDS rasch innerhalb von 12–36 Stunden und bereits bei niedrigerer Dosierung als bei der Depressionsbehandlung (für genauere Dosierungsvorschläge siehe: *Hantsoo & Riddle, 2021; Rohde et al., 2017*). Dies impliziert differenzielle Mechanismen von SSRIs bei der Behandlung der PMDS im Vergleich zu anderen affektiven Störungen z. B. bezüglich ihrer Wirkung

auf die ALLO-Biosynthese und das GABAerge System (*Hantsoo & Riddle, 2021; Kuehner & Nayman, 2021*). Unter anderem in den USA sind SSRIs für die PMDS-Behandlung bereits zugelassen, während sie in Deutschland derzeit nur off-label verordnet werden können.

Bezüglich der Wirksamkeit oraler Kontrazeptiva ist die Befundlage gemischt. Eine Metaanalyse zeigte, dass das drospirenonhaltige orale Kontrazeptivum „Yaz“ (in verschiedenen Ländern zur PMDS-Behandlung freigegeben, in Deutschland jedoch nur off-label einsetzbar) schwere PMDS-Symptomatik signifikant reduziert (*Lopez et al., 2012*). Eine kombinierte Hormontherapie (progesteron- und östrogenhaltig) scheint grundsätzlich besser wirksam als hormonelle Monotherapie. Andere Hormonapplikationen (Pflaster, Vaginalringe etc.) haben keine nachgewiesene Wirkung (*Hantsoo & Riddle, 2021*).

Aufgrund erheblicher Nachteile sollen Gonadotropin-Releasing-Hormon-(GnRH-)Agonisten nur als Ultima Ratio eingesetzt werden (vgl. *Rohde et al., 2017*), welche die ovarielle Hormonproduktion unterdrücken und eine künstliche Menopause induzieren. In diesem Fall ist bei längerem Einsatz eine zusätzliche hormonelle Ersatztherapie (Zugabe von Östradiol und Progesteron) notwendig, um etwaige Nebenwirkungen (z. B. Osteoporose) zu kompensieren. Eine letzte Behandlungsoption für eine schwere PMDS, die zwar nicht auf multiple andere Behandlungen, jedoch auf GnRH-Agonisten anspricht, ist die Hysterektomie (Gebärmutterentfernung) mit zweiseitiger Oophorektomie (Eierstockentfernung) (*Eisenlohr-Moul, 2019; Hantsoo & Riddle, 2021*). Auch diese Behandlungsoption soll nur als Ultima Ratio in Erwägung gezogen werden. Während hier die zweiseitige Eierstockentfernung das entscheidende Element in der operativen PMDS-Behandlung darstellt, soll mit einer zusätzlichen Hysterektomie eine postoperative Ersatzbehandlung mit Progesteron vermieden werden, die ein Wiederauftreten von PMDS-Symptomen verursachen kann (*Reid & Soares, 2017*). Wenn auch gezeigt wurde, dass dieser Eingriff die PMDS-Symptomatik bessern kann, gilt es jedoch, mögliche gravierende Nachteile durch die dadurch induzierte vorzeitige Menopause (Osteoporose, kardiovaskuläre Erkrankungen etc.) dagegen abzuwägen.

Die genannten medizinischen Strategien beinhalten, wie erwähnt, Nebenwirkungen in unterschiedlichem Ausmaß und interferieren möglicherweise auch mit einem Kinderwunsch, was zusätzlich zu einer schlechten Behandlungsadhärenz oder einem Behandlungsabbruch führen kann (*Lundin et al., 2017; Segebladh et al., 2009*).

Neuere pharmakologische Behandlungsansätze, die derzeit geprüft werden, fokussieren auf Neurosteroiden, die spezifischer auf die Pathophysiologie der PMDS abzielen als SSRIs. Hierzu zählen Substanzen wie das GABA-A-rezeptor-modulierende Steroid Sepranolon, das hemmend auf den Progesteron-Metaboliten ALLO wirkt (vgl. *Bäckström et al., 2021*) oder der Progesteron-Antagonist Ulipristalacetat (*Comasco et al., 2021*). Erste Studien zeigen positive Effekte dieser Substan-

zen auf die PMDS-Symptomatik; jedoch ist hier noch weitere Forschung notwendig.

Psychotherapeutische Behandlungsoptionen

Psychotherapeutische Behandlungsansätze für die PMDS beinhalten häufig Selbstbeobachtung, kognitive Umstrukturierung sowie behaviorale Bewältigungs- und Stressreduktionsstrategien. Trotz der noch knapperen Studienlage zu psychotherapeutischen Behandlungsoptionen liegen auch hier erste Wirksamkeitsnachweise vor (z. B. Busse et al., 2009; Kleinstäuber et al., 2012; Weise et al., 2019). Inzwischen wird Psychotherapie bei der PMDS international ebenfalls als Erstlinientherapie empfohlen (Hantsoo & Riddle, 2021).

Frühere randomisierte Kontrollstudien ergaben kleine bis mittlere Effektstärken für zeitlich begrenzte (im Durchschnitt ca. sechs Sitzungen) kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (Kleinstäuber et al., 2012; $n = 22$ Studien). Sie bewirken dabei vor allem eine Reduktion der PMDS-bedingten Funktionsbeeinträchtigungen. Eine frühere Metaanalyse berichtet eine konsistente Wirkung von KVT auf die Reduktion von Depressions- und Angstsymptomen und positive Effekte auf Verhaltensänderungen und Alltagseinschränkungen (Busse et al., 2009; $n = 9$ Studien). Eine aktuellere Übersichtsarbeit (Han et al., 2019) zeigt, dass sich insbesondere das Erlernen aktiver behavioraler Bewältigungsstrategien als hilfreich für prämenstruelle Symptomreduktion erwies. Kritisch anzumerken sind jedoch einige methodische Einschränkungen und die fehlende Differenzierung zwischen der PMDS und dem weniger schwerwiegenden PMS in den untersuchten Studien.

Eine Studie, die speziell an Frauen mit PMDS durchgeführt wurde und KVT, das SSRI Fluoxetin und die kombinierte Behandlung aus KVT und Fluoxetin verglich, zeigte, dass die KVT vor allem kognitive und behaviorale Bewältigungsstrategien verbesserte und langfristig im 1-Jahres-Follow-up stabilere Effekte als Fluoxetin aufwies (Hunter et al., 2002). Insbesondere die erlernten behavioralen – nicht aber die kognitiven – Bewältigungsstrategien am Ende einer KVT sagten ein gutes klinisches Behandlungsergebnis ein Jahr später vorher. Eine kürzlich durchgeführte achtwöchige internetbasierte KVT-Studie an Frauen mit PMDS, die aus Psychoedukation sowie kognitiven und behavioralen Bewältigungsstrategien bestand, zeigte hohe Effektstärken für die Symptomreduktion und verbesserte die psychosoziale Funktionsfähigkeit der betroffenen Frauen (Weise et al., 2019). Diese Effekte blieben bis zum 6-Monats-Follow-up stabil. Während die Auswirkungen spezifischer Strategien aus dieser multimodalen Intervention nicht extrahiert werden können, zeigten die Autor*innen, dass vor allem dispositionelle aktive Bewältigungstendenzen prämenstrueller Symptome bessere Behandlungsergebnisse vorhersagten. Somit weisen diese Ergebnisse insgesamt auf mögliche bessere Effekte von behavioralen gegenüber kognitiven Strategien in der PMDS-Behandlung hin. Zudem könnten achtsamkeitsbasierte Interventionen erfolgsverspre-

chend sein. Eine kleine Pilotstudie ($n = 21$) untersuchte die Auswirkungen achtsamkeitsbasierter Stressreduktion (8 Wochen) bei Frauen mit PMDS (Bluth et al., 2015), bei der sich eine signifikante Reduktion prämenstrueller Symptomatik zeigte. Hier fehlen jedoch noch größere randomisierte Studien.

Die mögliche Überlegenheit behavioraler gegenüber kognitiven Strategien steht im Einklang mit unseren oben erwähnten Befunden (siehe „Psychologische und soziale Einflussfaktoren“), die auf mögliche Probleme in der Umsetzung funktionaler Emotionsregulationsstrategien speziell in der Lutealphase hinweisen (Nayman et al., under review). Ausgehend von diesen Ergebnissen könnten zukünftige Interventionsstudien neben prospektiven Selbstbeobachtungsprotokollen zur Identifizierung individueller stressbezogener Einflussfaktoren die Effektivität lutealphasenspezifischer Trainings individueller behavioraler Bewältigungsstrategien (z. B. Skillstrainings zur Stressreduktion, Akzeptanz etc.) prüfen. Vor dem Hintergrund erhöhter Suizidalität bei der PMDS wird bereits in der Literatur die Notwendigkeit evidenzbasierter Therapien diskutiert, die auf behaviorale Bewältigungsstrategien und Skills abzielen, wie die Dialektisch-Behaviorale Therapie, die für die PMDS jedoch noch nicht evaluiert sind (Eisenlohr-Moul, 2019). Zusätzlich empfehlen Rohde et al. (2017) das systematische Einüben von Strategien zum Umgang mit interpersonellen Konflikten und die Einbeziehung der Partner*in die Psychotherapie.

Unseres Wissens liegen derzeit keine Studien zur Psychotherapie von PMDS aus anderen Therapierichtungen vor.

Fazit und Ausblick

Die Aufnahme der PMDS in die ICD-11 und das DSM-5 ist eine Bestätigung für das wachsende Bewusstsein und den wissenschaftlichen Konsens darüber, dass es sich bei der PMDS um eine eigene diagnostische Entität mit Krankheitswert handelt. Dies war ein notwendiger Schritt, um dem Leidensdruck der betroffenen Frauen gerecht zu werden und ihre Versorgung optimieren zu können. Damit erwarten wir auch eine weitere Förderung der Grundlagen- und Interventionsforschung zur PMDS mit klarer Differenzierung zwischen der PMDS und anderen prämenstruellen Störungen. Neben der weiteren Erforschung spezifischer pharmakologischer Behandlungsansätze erscheint vor allem die Untersuchung psychotherapeutischer Interventionen, wie z. B. phasenspezifischer Trainings behavioraler Bewältigungsstrategien und akzeptanzbasierter Verfahren, sinnvoll. Im Kontext der PMDS-Diagnostik ist zudem ein einheitliches diagnostisches Vorgehen erforderlich (Beddig & Kühner, 2017). Zukünftig wären hier auch elektronische Tagebücher mit mehrmaliger Echtzeit-Abfrage von Symptomen, Kognitionen und Verhalten pro Tag denkbar, um die Diagnosestellung weiter zu spezifizieren und gezielte Ansatzpunkte für die Psychotherapie zu identifizieren.

Wir gehen davon aus, dass insbesondere aus Unkenntnis über die PMDS Fehldiagnosen und unzureichende bzw. Fehlbehandlungen resultieren, welche die Chronizität der Erkrankung begünstigen. Die bisherigen Hinweise auf die biopsychosoziale Ätiologie der PMDS und die Platzierung der PMDS in Kapiteln der Gynäkologischen und der Depressiven Störungen in der ICD-11 unterstreicht die Notwendigkeit der multidisziplinären Zusammenarbeit zwischen Gynäkolog*innen, Psychiater*innen und Psychologischen Psychotherapeut*innen in der PMDS-Behandlung. Deshalb sollte die PMDS auch einen festen Platz in den entsprechenden Ausbildungs- und Weiterbildungscurricula dieser Berufsgruppen erhalten.



Sibel Nayman (M.Sc.)

AG Verlaufs- und Interventionsforschung
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5
68159 Mannheim
sibel.nayman@zi-mannheim.de

Sibel Nayman (M.Sc.) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe „Verlaufs- und Interventionsforschung“ am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. In ihrem Promotionsprojekt forscht sie zu menstruationszyklusbezogenen Variationen von psychologischen und endokrino-logischen Prozessen bei Frauen mit und ohne Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS). Sie ist zudem in fortgeschrittener Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin am Zentrum für Psychologische Psychotherapie in Mannheim (ZPP).



Isabelle F. Schricker (M.Sc.)

AG Verlaufs- und Interventionsforschung
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5
68159 Mannheim
isabelle.schricker@zi-mannheim.de

Isabelle F. Schricker (M.Sc.) arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe „Verlaufs- und Interventionsforschung“ am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Sie untersucht Zusammenhänge zwischen exekutiven Kontrollfunktionen mit kognitiven, affektiven und stressbezogenen endokrino-logischen Prozessen im Alltag bei Patient*innen mit rezidivierender Depression.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fifth edition). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Beddig, T. & Kühner, C. (2017). Aktuelle Aspekte zur Prämenstruellen Dysphorischen Störung – Ein Überblick. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 67 (12), 504–513.

Eisenlohr-Moul, T. (2019). Premenstrual disorders: a primer and research agenda for psychologists. *The Clinical Psychologist*, 72 (1), 5–17.

Hantsoo, L. & Riddle, J. (2021). Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD): Advances and Challenges. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*, 1 (1), 91–106.

Janda, C., Kues, J.N., Andersson, G., Kleinstäuber, M. & Weise, C. (2017). A symptom diary to assess severe premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Women & Health*, 57 (7), 837–854.

Kuehner, C. & Nayman, S. (2021). Premenstrual exacerbations of mood disorders: Findings and knowledge gaps. *Current Psychiatry Reports*, 23, 78.

Reed, G.M., First, M.B., Kogan, C.S., Hyman, S.E., Gureje, O., Gaebel, W. et al. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18 (1), 3–19.

Rohde, A., Dorn, A. & Hocke, A. (2017). *Psychosomatik in der Gynäkologie. Kompaktes Wissen – Konkretes Handeln*. Stuttgart: Schattauer.

Weise, C., Kaiser, G., Janda, C., Kues, J.N., Andersson, G., Strahler, J. et al. (2019). Internet-based cognitive-behavioural intervention for women with premenstrual dysphoric disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88 (1), 16–29.

World Health Organization (WHO). (2022). GA34.41 Premenstrual dysphoric disorder. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). Verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (24.02.2022).



Prof. Dr. Christine Kühner

AG Verlaufs- und Interventionsforschung
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5
68159 Mannheim
christine.kuehner@zi-mannheim.de

Prof. Dr. Christine Kühner (Dipl.-Psych.) ist außerplanmäßige Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg und Psychologische Psychotherapeutin (VT). Am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim leitet sie die Arbeitsgruppe „Verlaufs- und Interventionsforschung“. Ihre Forschungsschwerpunkte sind kognitive, psychobiologische und soziale Risikofaktoren und Interventionsmöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen, insbesondere Depressionen, Ambulantes Assessment von psychischen Prozessen im Alltag und die Entwicklung und Evaluation psychodiagnostischer Verfahren. Sie ist Autorin zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen und Mitglied der Leitliniengruppe für die Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression.