

Gynäkologische Endokrinologie
<https://doi.org/10.1007/s10304-024-00604-y>
 Angenommen: 6. Dezember 2024

© The Author(s), under exclusive licence to
 Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2025

Redaktion

Brigitte Leeners, Zürich
 Sibil Tschudin, Basel



Zyklusabhängige Exazerbation psychischer Erkrankungen – Differenzialdiagnose und Behandlungsstrategien

Anke Rohde¹ · Almut Dorn² · Anneliese Schwenkhagen³

¹ Gynäkologische Psychosomatik, Universität Bonn, Bonn, Deutschland

² Praxis für Gynäkologische Psychosomatik, Hamburg, Deutschland

³ HORMONE HAMBURG, Praxis für Gynäkologische Endokrinologie, Hamburg, Deutschland

In diesem Beitrag

- Psychische Erkrankungen und Menstruationszyklus
- Echte Komorbidität oder Verschlechterung durch hormonelle Vulnerabilität?
- Sondersituation Perimenopause
- Pragmatische Diagnostik im frauenärztlichen Alltag
- Warum ist das Wissen um zyklusabhängige Symptomschwankungen wichtig?
- Behandlungsansätze bei PME oder komorbidem PMS bzw. komorbider PMDS

Zusammenfassung

Während zyklusgebundene Symptome eines prämenstruellen Syndroms (PMS) zu den frauenärztlichen Routinefragestellungen gehören, sind zyklusabhängige Symptomschwankungen bzw. prämenstruelle Exazerbationen (PME) bei psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Psychosen seltener ein Behandlungsanlass in der frauenärztlichen Praxis. Bei Schwankungen der psychischen Symptome im Laufe des Menstruationszyklus ist differenzialdiagnostisch die Symptomatik eines PMS bzw. einer prämenstruellen dysphorischen Störung (PMDS) von einer PME der Grunderkrankung abzugrenzen. Im vorliegenden Beitrag wird erläutert, wie differenzialdiagnostisch vorgegangen werden kann, zudem werden interdisziplinäre Therapieoptionen diskutiert. Zyklusgebundene bzw. prämenstruelle Exazerbationen bei psychischen Erkrankungen erfordern ein anderes Vorgehen als ein typisches PMS bzw. eine PMDS. Eine enge Kooperation zwischen Frauenärztin/Frauenarzt und behandelnder Psychiaterin/behandelndem Psychiater ist erforderlich, um für die einzelne Patientin das optimale Vorgehen festzulegen, das in einer zyklusmodulierten Psychopharmakotherapie bestehen kann oder in der adjuvanten Zugabe eines Hormonpräparats.

Schlüsselwörter

Psychische Erkrankungen/prämenstruelle Exazerbation · Depression · Bipolare Störung · Manie · Psychosen

In der Frauenheilkunde ist es Alltag, dass Frauen über körperliche und psychische Symptome berichten, die auf die hormonellen Schwankungen im Verlauf des Zyklus zurückzuführen sind. Ein ausführlicher Beitrag von Dorn et al. [1] in dieser Ausgabe beschäftigt sich mit der prämenstruellen dysphorischen Störung (PMDS) als schwerster Form eines prämenstruellen Syndroms (PMS).

Psychiatern ist bekannt, dass auch psychische Erkrankungen wie etwa Depressionen oder Psychosen bisweilen prämenstruell exazerbieren oder aggravieren. Auch in anderen Fachdisziplinen wird beobachtet, dass sich Erkrankun-

gen wie Migräne, multiple Sklerose oder Epilepsie bei Frauen zyklusabhängig verändern können. Zur menstruellen Migräne findet sich ebenfalls ein Beitrag in dieser Ausgabe (Höhne u. Raffaelli [2]).

» Die Abgrenzung zwischen zyklusgebundener Exazerbation und komorbider PMDS ist nicht immer einfach

Besonders bei den psychischen Störungen ist die Abgrenzung zwischen zyklusgebundener Exazerbation und komorbider PMDS nicht immer einfach, da sich die Symptomatik teils überschneidet,



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

so etwa bei der rezidivierenden Depression mit verschiedenen depressiven PMS-Symptomen oder bei der Manie mit Anspannung, Reizbarkeit und Wut. Die Therapieplanung erfolgt in solchen Fällen optimalerweise interdisziplinär in Zusammenarbeit zwischen den Behandlern aus Psychiatrie und Frauenheilkunde, da die bewährten Therapiestrategien bei PMS bzw. PMDS (siehe Dorn et al. [1] in dieser Ausgabe) nicht einfach übertragen werden können. Mögliche psychotrope Wirkungen von Hormonen oder die Triggerung einer manischen Symptomatik durch selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) müssen dabei berücksichtigt werden.

Psychische Erkrankungen und Menstruationszyklus

Die frühen Betrachtungen prämenstrueller Befindlichkeitsveränderungen wurden von Psychiatern im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhundert publiziert. Beschrieben wurden dabei beispielsweise Symptome, wie man sie auch bei Psychosen kennt, unter anderem Fremdheitsgefühle oder Erregungszustände, die wir heute als Impulsdurchbrüche bzw. „Ausraster“ bezeichnen würden. Der deutsch-österreichische Psychiater Richard von Krafft-Ebing sprach Ende des 19. Jahrhunderts vom „Menstrualen Irresein“ [3], wobei seine Beschreibung sehr unseren heutigen PMDS-Kriterien ähnelt. Der etwa zur gleichen Zeit tätige schweizer Psychiater Eugen Bleuler beschrieb als „Menstruationspsychose“ bzw. „Menstruelles Irresein“ ebenfalls alle Facetten zyklusabhängig vorkommender psychischer Störungen, dazu aber auch manisch-depressive Zustände sowie psychotische Symptome, wobei er unter anderem auch die impulsiven Handlungen erwähnte [4]. Bleuler machte aber gleichzeitig deutlich, dass die Zyklusvorgänge dabei neben einer bereits bestehenden Störung bzw. der Neigung im Sinne einer Vulnerabilität für psychische Erkrankungen nur ein Teil der Ursache sind.

In der Folgezeit wurde das Thema prämenstruelle Veränderungen hauptsächlich aus gynäkologischer Perspektive bearbeitet bzw. mit dem Fokus auf eventuellen hormonellen Ursachen und Behandlungsmethoden (siehe Dorn et al. [1] in dieser Ausgabe). Wesentliche Schritte in

Richtung einer suffizienten Behandlung betroffener Frauen waren die Aufnahme von PMDS-Diagnosekriterien ab Ende der 1980er-Jahre in das amerikanische psychiatrische Forschungsmanual Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) und in der Folge eine Reihe von Therapiestudien, vor allem mit Antidepressiva vom SSRI-Typ. Ausführlich wird darauf im Beitrag von Dorn et al. [1] in dieser Ausgabe eingegangen. Auch die ausführlichen Diagnosekriterien einer PMDS sind dort wiedergegeben.

Echte Komorbidität oder Verschlechterung durch hormonelle Vulnerabilität?

Psychische Störungen, wie Depressionen, bipolare Erkrankungen, Angststörungen oder Psychosen, können auf hormonelle Veränderungen reagieren. Dies ist letzten Endes dadurch zu erklären, dass es Wechselwirkungen zwischen Östrogenen, Progesteron sowie deren Stoffwechselprodukten einerseits und den für bestimmte Störungen mitverantwortlichen Botenstoffen Dopamin, Serotonin und Glutamat im Gehirn andererseits gibt [5]. Vor allem zwischen Östrogenstoffwechsel und Serotoninstoffwechsel gibt es klare Wechselwirkungen mit positiver Beeinflussung der Stimmung durch Östrogene [6].

» Bei Depressionen und Angststörungen sind prämenstruelle Verschlechterungen typisch

Dass bei psychischen Erkrankungen *komorbid prämenstruelle Beschwerden* bis hin zu PMS und PMDS auftreten können, zeigte eine frühere eigene Studie zum Thema. Es wurden prämenstruelle Befindlichkeitsveränderungen bei gynäkologischen und psychiatrischen Patientinnen erfasst. Psychiatrische Patientinnen verschiedenster Diagnosegruppen berichteten zu 88% über prämenstruelle Befindlichkeitsveränderungen, gynäkologische Patientinnen zu 87% [7]. Diese Zahlen liegen in einem Größenbereich, der allgemein erwartet werden kann (siehe Dorn et al. [1] in dieser Ausgabe). Allerdings waren die Symptomkriterien einer PMDS bei psychiatrischen Patientinnen etwa doppelt

so häufig erfüllt wie bei gynäkologischen Patientinnen (7,4% vs. 3,3%).

Frauen, die von psychischen Störungen betroffen sind, erleben allerdings auch nicht selten *deutliche Schwankungen ihrer Grunderkrankung* im Laufe des Menstruationszyklus. Typisch sind prämenstruelle Verschlechterungen bei *Depressionen und Angststörungen* [8]. So berichteten in einer von Kornstein et al. [9] durchgeführten Studie etwa zwei Drittel der befragten Patientinnen mit Major-Depression über eine prämenstruelle Verschlechterung ihrer Depression. Eine Konsensusgruppe von Spezialisten auf dem Gebiet prämenstrueller Störungen bezeichnet diese Konstellation bezogen auf psychische Erkrankungen insgesamt als prämenstruelle Exazerbation (PME) in Abgrenzung von PMS und PMDS [10].

Patientinnen mit *bipolarer Störung*, bei der manische bzw. hypomanische Episoden im Vordergrund stehen, gegebenenfalls im Wechsel mit depressiven Episoden, sind nach einer systematischen Übersichtsarbeit von Teatero et al. [11] zu 65% von relevanten Stimmungsveränderungen im Zyklus betroffen, wobei ein heterogenes Bild sowohl von depressiv-gereizten als auch von hypomanischen und manischen Schwankungen in der prämenstruellen Zyklusphase beschrieben wird. Der weit überwiegende Teil (70%) der untersuchten Frauen mit bipolarer Störung war von einem PMS betroffen, darunter 15–25% in der Ausprägung vom Schweregrad einer PMDS, also mehr als doppelt so häufig wie in einem allgemeinen Kollektiv.

Auch bei *Psychosen* werden immer wieder Zusammenhänge zwischen Menstruationszyklus und Symptomatik beobachtet. So gehört es für in der Psychiatrie Tätige zur Alltagserfahrung, dass Frauen gerade ihre Menstruation haben, wenn sie mit einer akuten psychotischen Symptomatik in der Klinik aufgenommen werden. Einzelne Studien zeigten in den letzten Jahrzehnten immer wieder Zusammenhänge zwischen Östrogenen und dem Verlauf psychotischer, insbesondere schizophrener Erkrankungen auf (beispielsweise [12]), unter anderem mit Hinweis auf einen zweiten Peak von Erstmanifestationen bei Frauen im Menopausenalter. Unter der Annahme einer gewissen antipsychotischen Wirkung von

Östrogenen wurden auch einzelne kleinere Therapiestudien mit Add-on-Gabe von Östrogenen bei therapieresistenten Psychosen durchgeführt [13]. Allerdings wurden die positiven Wirkungen dieser Behandlungsoptionen bisher nicht in größeren Studien verifiziert.

Sondersituation Perimenopause

Ein besonderes Problem im gynäkologischen Alltag stellt die Betreuung von Frauen im perimenopausalen Übergang dar, die zuvor unter zyklusgebundenen Symptomschwankungen ihrer psychischen Erkrankung gelitten haben. Die hypophysär-ovarielle Achse unterliegt in dieser Phase der Wechseljahre nicht mehr den Gesetzmäßigkeiten der reproduktiven Phase. Die Folge sind Zyklusunregelmäßigkeiten, aber auch Symptome, die auf den ersten Blick – insbesondere von den Patientinnen – möglicherweise als Teil der psychischen Grunderkrankung gewertet werden. Hierzu gehören unter anderem Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen und Konzentrationsschwierigkeiten.

» Der perimenopausale Übergang scheint ein „window of vulnerability“ für depressive Symptome zu sein

Im Vordergrund dieser Phase des Klimakteriums steht nicht der Östrogenmangel, von Bedeutung sind vielmehr die starken Schwankungen des Östradiolspiegels mit zum Teil exzessiv hohen Östradiolspiegeln, Östrogenmangelphasen und Phasen einer Dysbalance zwischen Östradiol und Progesteron. Diese Dysregulation der ovariellen Funktion kann zu einer Verschlechterung oder Veränderung vorbestehender zyklusgebundener Erkrankungen führen. Der perimenopausale Übergang scheint ein „window of vulnerability“ für die Entwicklung depressiver Symptome sowie einer manifesten Depression zu sein. Neuen Daten zufolge ist auch das Risiko für das Auftreten einer Manie erhöht [14]. Insofern ist die *Beeinflussung einer psychischen Grunderkrankung in dieser Lebensphase* fast zu erwarten.

Pragmatische Diagnostik im frauenärztlichen Alltag

Alle Frauenärztinnen und Frauenärzte kennen aus dem täglichen Praxisalltag Patientinnen, die unter der Einnahme von Hormonen – beispielsweise als Kontrazeptivum – depressive Symptome entwickeln. Der umgekehrte Fall, dass nämlich eine Patientin von sich aus ohne konkreten Anlass bzw. in anderen Zusammenhängen über ihre Depression oder eine andere psychische Grunderkrankung berichtet, ist eher selten, obwohl das möglicherweise wichtig ist für die Planung einer hormonellen Therapie. Und Betroffene selbst stellen nicht immer einen Zusammenhang mit ihrem Menstruationszyklus her, selbst dann nicht, wenn sie nicht nachvollziehbare Schwankungen in ihrer Grunderkrankung beobachten. Möglicherweise werden sie den Zusammenhang in Zukunft häufiger erkennen, wenn sich das Wissen um die prämenstruelle Störung vergrößert – nicht zuletzt durch die Aufnahme einer entsprechenden Diagnosekategorie PMDS in die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11; siehe auch Dorn et al. [1] in dieser Ausgabe), zu deren Kriterien auch der differenzialdiagnostische Ausschluss anderer psychischer Störungen gehört. Frauen stellen dann möglicherweise die Frage, ob sie zusätzlich zu ihrer Depression oder einer anderen psychischen Erkrankung vielleicht an einer PMDS leiden – so etwa, wenn sie prämenstruell abhängige Schwankungen in ihrer Symptomatik beobachten. Auch die Frage, ob nicht ihre Depression „eigentlich nur“ eine PMDS ist, kann aufkommen.

Besonders schwierig wird es, wenn *prämenstruell Symptome exazerbieren*, die sowohl zur Grunderkrankung gehören können (wie etwa Depressivität, Ängste, Suizidalität bei Depressionen und Angsterkrankungen oder Anspannung, Reizbarkeit und Impulsivität bei bipolaren Erkrankungen oder Psychosen) als auch zur Symptomatik eines PMS bzw. einer PMDS. In diesen Fällen ist die Führung eines *Zyklustagebuches* von besonderer Bedeutung, ebenso wie die Abstimmung mit der behandelnden Psychiaterin.

Aufgabe des Frauenarztes ist in diesem Setting zum einen die Veranlassung der

Führung eines *Zyklustagebuches* (siehe Dorn et al. [1], <https://www.pmds.team>), zum anderen bei deutlichen Zyklusunregelmäßigkeiten gegebenenfalls eine *Hormonanalyse* (insbesondere zum Ausschluss einer perimenopausalen Hormonsituation), um dann passend zur Grunderkrankung und zum Verursachungsmodell Überlegungen zur möglichen Hormontherapie anzustellen – im besten Falle gemeinsam mit der behandelnden Psychiaterin.

Die *Abgrenzung* zwischen PMS/PMDS und der zyklusabhängigen Exazerbation einer bestehenden psychischen Störung (PME) oder sogar die Erkennung einer bisher unerkannten psychischen Störung kann herausfordernd sein. Eher unkompliziert ist die Diagnostik einer komorbiden PMS- bzw. PMDS-Symptomatik bei einer *gut eingestellten und stabilen psychischen Grunderkrankung*, beispielsweise einer remittierten Depression. Als Basiswerte wird man bei den verschiedenen Skalen des *Zyklustagebuches* dann in der ersten Zyklushälfte am ehesten Werte von 0 oder 1 sehen (so wie auch bei gesunden Patientinnen) und den entsprechenden Peak in der Lutealphase.

Schwieriger wird es bei einer *floriden bzw. akuten Symptomatik*, also während einer manischen, depressiven oder psychotischen Episode. Lohnend ist das *Zyklustagebuch* trotzdem, um die subjektive Wahrnehmung der Patientin, dass eine Zyklusabhängigkeit besteht, bestätigen oder entkräften zu können. In ersterem Fall müsste die prämenstruelle Symptomverstärkung deutlich zu erkennen sein. Eine Möglichkeit für den praktischen Einsatz des *Zyklustagebuches* könnte sein, dass die Patientin bei hohen Grundwerten den Range der Werte in den relevanten Skalen erweitert, beispielsweise bis 10. Bei der von uns angebotenen Paper-and-pencil-Version (<https://www.pmds.team>) sollte das kein Problem sein. Selbst wenn dann in der Basis depressive Symptome oder Unruhe, Aggressivität und Anspannung schon deutlich sind und vielleicht bei 3 oder 4 liegen, würden diese sich in der prämenstruellen Zeit noch deutlich erhöhen und beispielsweise Werte von 7 oder 8 erreichen. Gerade in solchen Fällen profitiert die Diagnostik von einer gewissen Kreativität bzw. Flexibilität.

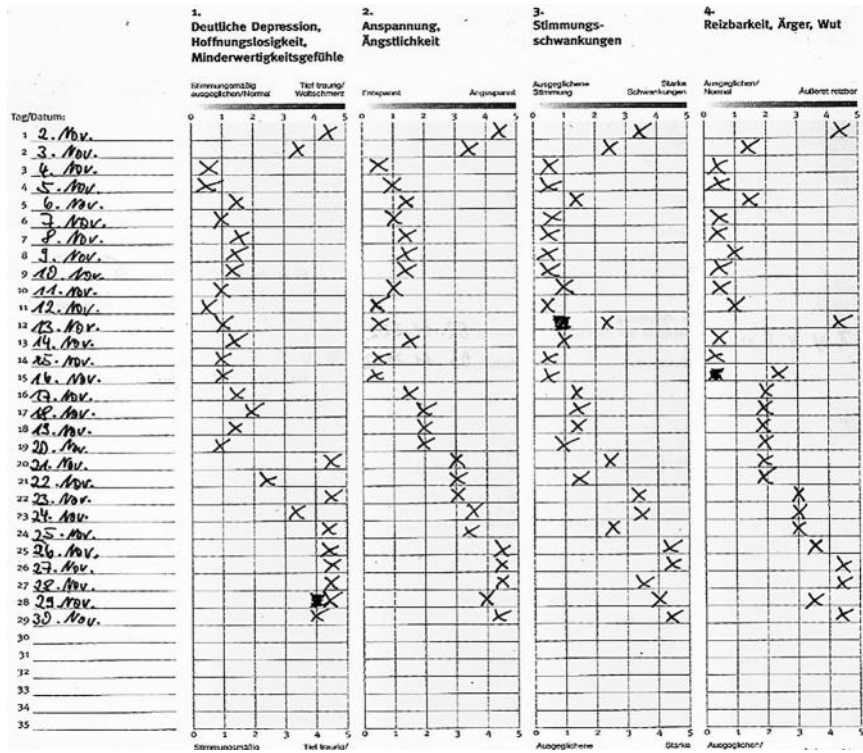


Abb. 1 ▲ Zyklustagebuch (Ausschnitt), prämenstruelle dysphorische Störung bestätigt

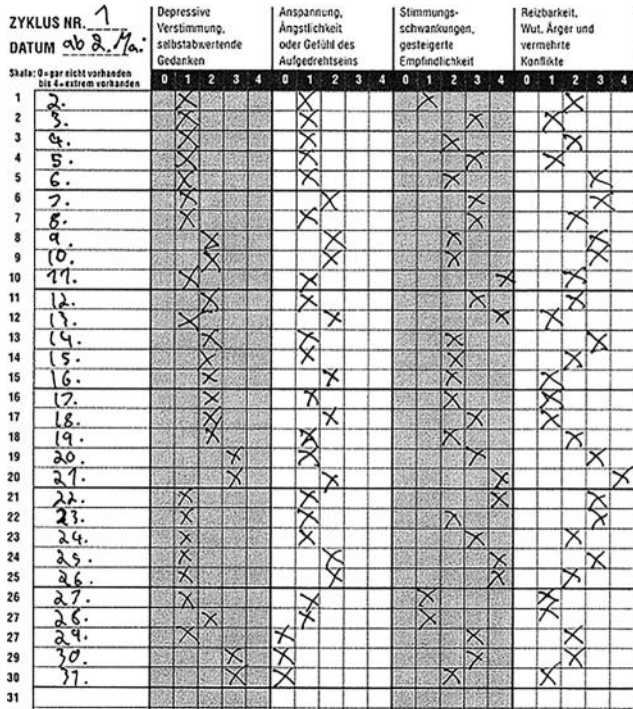


Abb. 2 ◀ Zyklustagebuch (Ausschnitt), prämenstruelle dysphorische Störung nicht bestätigt, Verdacht auf psychische Störung

depressive Symptome) ohne den charakteristischen prämenstruellen Anstieg zeigen oder „ein wildes Durcheinander von Symptomen“, d. h. eine Kombination mehrerer Symptome in unterschiedlicher Ausprägung ohne erkennbares Muster. Solche Zyklusdokumentationen weisen darauf hin, dass in diesem Fall eine differenzierte Diagnostik erfolgen sollte, sinnvollerweise durch einen Psychiater oder eine Psychotherapeutin.

» Besonders geeignet für ein erstes psychologisches Screening ist der Fragebogen PHQ-D

Eine erste Screeninguntersuchung ist aber auch in der frauenärztlichen Praxis möglich und sinnvoll, etwa durch den Einsatz einfacher Testinstrumente, die leicht angewendet und ausgewertet werden können (übrigens nicht nur im Kontext prämenstrueller Symptome). Besonders geeignet ist hierfür der Patient Health Questionnaire PHQ-D. Die Kurzform des PHQ-D [16] erfasst depressive Störungen, weitere Module sind unter anderem für Angststörungen und somatische Symptome verfügbar (Download unter [17] oder auch in verschiedenen Sprachen unter [18]). Patientinnen benötigen für die Bearbeitung der einseitigen Kurzversion mit 9 Fragen zu Depressionen nur wenige Minuten; die Auswertung erfolgt durch einfache Addition der Punktwerte und gibt einen ersten Hinweis auf die Schwere der Symptomatik.

In Abb. 1 und 2 sind zwei der genannten Konstellationen gegenübergestellt: Abb. 1 bestätigt die Diagnose prämenstruelle Störung (auch wenn hier nur der erste Teil des Zyklustagebuchs dargestellt ist), während in Abb. 2 die durchgehende Grunddepressivität deutlich wird und der prämenstruelle Peak fehlt. Es könnte sich beispielsweise um eine Depression handeln, oder aber – wegen der gleichzeitig deutlich werdenden Stimmungsschwankungen und Zustände von Reizbarkeit im gesamten Zyklus – um eine emotional instabile Persönlichkeit (= Borderline-Persönlichkeit). Die weitere Differenzierung kann im Rahmen einer Psychodiagnostik erfolgen.

Schließlich kann es auch vorkommen, dass sich eine Patientin mit einer bis dahin unerkannten bzw. nichtdiagnostizierten psychischen Störung vorstellt. Epidemiologische Studien zeigen, dass eine erhebliche Zahl von Betroffenen nicht in Be-

handlung ist (bis zu 40%, [15]). Bei Frauen ist das am ehesten der Fall, wenn Depressionen oder Angststörungen vorliegen. In diesem Fall werden sich im Zyklustagebuch entweder durchgehend erhöhte Werte bei bestimmten Symptomen (wie etwa

Tab. 1 Mögliche Behandlungsstrategien bei prämenstruellen Exazerbationen psychischer Erkrankungen. (Nach [1, 8] und nach praktischen Erfahrungen der Autorinnen)

| Diagnose | Diagnosesicherung | Behandlungsansatz |
|--|--|---|
| Komorbides PMS | Durch Zyklustagebuch gesicherte, unabhängig von der Grunderkrankung auftretende PMS-Symptomatik, vor allem körperliche Symptome | <i>Symptomorientiert</i> |
| | | Beispielsweise pflanzliche Wirkstoffe (<i>Agnus castus</i>) |
| Komorbide PMDS | Durch Zyklustagebuch gesicherte, unabhängig von der Grunderkrankung auftretende PMDS-Symptomatik, wobei eindeutig andere Symptome auftreten als bei der Grunderkrankung (wird eher selten der Fall sein) | <i>Hormonelle Therapie prüfen</i> (z. B. Kontrazeptivum im Langzyklus) |
| | | <i>Gabe eines SSRI prüfen</i> (cave: nicht bei bipolarer Störung, da es dadurch evtl. zu einer weiteren Exazerbation der manischen Symptome kommen kann [19]) |
| PME bei Depression und Angsterkrankungen | Eindeutige prämenstruelle Exazerbation der depressiven Symptome | <i>Zyklusmodulierte antidepressive Medikation</i> |
| | | <i>Einsatz eines SSRI prüfen</i> |
| | | <i>Kombination mit hormoneller Therapie prüfen</i> , dabei eher östrogenlastig (wegen positiver psychotroper Wirkung der Östrogene und möglicher depressiogener Wirkung von Gestagenen [6]) |
| PME bei bipolarer Erkrankung | Klare Zunahme der hypomanischen bzw. manischen Symptomatik (z. B. Reizbarkeit, Spannung, Aggressivität) prämenstruell | <i>Zyklusmodulierte antipsychotische Medikation</i> |
| | | Zusätzlich Gabe von <i>Lamotrigin</i> als Stimmungsstabilisator prüfen [8, 20] |
| | | <i>Kombination mit hormoneller Therapie prüfen</i> [s. Dorn et al. selbes Heft], cave: Östrogene, da dadurch evtl. weitere Triggerung der manischen Stimmung (Benvenuti et al. [19]) |
| PME bei Psychosen | Eindeutige prämenstruelle Zunahme der psychotischen Symptome (z. B. kognitive Symptome, Misstrauen bis hin zu Wahn und Halluzinationen) | <i>Zyklusmodulierte Medikation prüfen</i> (z. B. Erhöhung der Antipsychotika prämenstruell) |
| | | <i>Kombination mit hormoneller Therapie prüfen</i> (s. Dorn et al., selbes Heft), dabei eher östrogenlastig (wegen positiver psychotroper Wirkung der Östrogene; [5, 13]) |

PMDS prämenstruelle dysphorische Störung, *PME* prämenstruelle Exazerbation, *PMS* prämenstruelles Syndrom, *SSRI* selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer

Warum ist das Wissen um zyklusabhängige Symptomschwankungen wichtig?

Diese Frage stellt sich möglicherweise, wenn man weiß, dass die psychische Grunderkrankung lege artis behandelt wird. Das Wissen ist von Bedeutung, weil „unerklärliche“ Schwankungen durch die Hormonabhängigkeit der Symptomatik die pharmakologische Behandlung erheblich komplizieren können. Im Hinblick auf den Verlauf bzw. die Prognose einer psychischen Erkrankung gibt es Hinweise, dass die PME bzw. Zyklusabhängigkeit zur Verschlechterung beitragen kann [8].

Nicht zu unterschätzen sind die *negativen Auswirkungen auf das Befinden der betroffenen Frau*, wenn wegen einer instabilen Situation mit immer wieder auftretenden „Einbrüchen“, also kurzzeitiger Verschlechterung der Symptomatik, die Medikation über den gesamten Zyklus pauschal erhöht wird. Möglicherweise führt das in der vulnerablen Phase, beispielsweise prämenstruell, zur Verbesserung, dafür treten aber in anderen Phasen vermehrt Neben-

wirkungen auf, weil die Dosis in dieser Zeit zu hoch ist.

Von einer *zyklusmodulierten Medikation* profitieren betroffene Frauen dabei auf jeden Fall. Zusätzlich wird sich die Frage ergeben, ob eine *zusätzliche Hormontherapie* hilfreich sein könnte, wie etwa die Verordnung eines Ovulationshemmers im Langzyklus, also ohne hormonfreies Intervall. Da aber vor allem bei den psychischen Störungsbildern immer von einer *hormonsensiblen Grundsituation* bei der betroffenen Frau auszugehen ist, sollte die Wahl dieses Therapieansatzes in Absprache mit dem Psychiater erfolgen. Möglicherweise präferiert dieser eine Anpassung der Grundmedikation in bestimmten Zyklusphasen, wie etwa des Antidepressivums bei einer Depression oder Angsterkrankung oder der antipsychotischen Medikation bei bipolarer Störung oder Psychose.

Behandlungsansätze bei PME oder komorbidem PMS bzw. komorbider PMDS

Gibt es schon wenig Literatur zum Thema Komorbidität mit prämenstruellen Störungen

(PMS/PMDS) bzw. zur Abgrenzung einer PME bei psychischen Erkrankungen, dann wird diese noch spärlicher, wenn es um Behandlungsstrategien geht. Diese leiten sich letzten Endes ab von der *Verursachungstheorie* bei den verschiedenen Krankheitsbildern, beispielsweise Einfluss von Östrogenentzug bzw. Östrogenfluktuation. In **Tab. 1** geben wir einen Überblick über mögliche Therapiestrategien, die von diesen Überlegungen (siehe auch [1, 8]) und von den praktischen Erfahrungen der Autorinnen abgeleitet sind.

Andere Therapiestrategien, wie etwa die adjuvante Gabe *selektiver Östrogenrezeptormodulatoren* (SERM) zur Reduktion manischer Symptome oder zur Verbesserung der kognitiven Symptome bei Schizophrenie, scheinen vielversprechend. Auf den ersten Blick mag die Gabe von beispielsweise Tamoxifen [5] oder Raloxifen [21] sinnvoll sein. Vergessen werden darf aber nicht, dass die Behandlung mit SERM auf der gynäkologisch-endokrinologischen Seite ein erhebliches Risiko unerwünschter Wirkungen mit sich bringen kann. Bevor diese Therapieansätze in den klinischen Behandlungsalltag aufge-

nommen werden können, muss auf jeden Fall ihre weitere differenzierte Erforschung erfolgen unter Berücksichtigung sowohl der zyklusgebundenen psychopathologischen als auch der hormonellen Veränderungen.

Fazit für die Praxis

- Die Gynäkologin ist häufig die erste Ansprechpartnerin für Frauen, die eine Zyklusabhängigkeit ihrer Beschwerden vermuten oder festgestellt haben. Jegliche Symptomatik dem prämenstruellen Syndrom (PMS) zuzuordnen, wäre aber zu kurz gefasst.
- Bei bestehender psychischer Grunderkrankung ist eine sorgfältige Zyklusdokumentation erforderlich, um die komorbide Symptomatik eines PMS bzw. einer prämenstruellen dysphorischen Störung (PMDS) von einer prämenstruellen Exazerbation (PME) abzugrenzen.
- In jedem Fall ist die zugrunde liegende Hormonvulnerabilität der betroffenen Frau bei der Planung der Behandlung zu berücksichtigen. Infrage kommen eine Zyklusmodulation der Grundmedikation (beispielsweise Antidepressivum oder Antipsychotikum) sowie eine adjuvante Hormontherapie. Die Kooperation mit dem behandelnden Psychiater ist dabei unabdingbar.

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. med. Anke Rohde

Gynäkologische Psychosomatik, Universität Bonn
Venusberg-Campus 1, Gebäude 31,
53127 Bonn, Deutschland
arohde@uni-bonn.de

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

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

Dr. med. Anneliese Schwenkhagen

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

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Rohde, A. Dorn und A. Schwenkhagen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Menstrual cycle-dependent exacerbation of mental diseases—Differential diagnosis and treatment strategies

Menstrual cycle-linked symptoms of a premenstrual syndrome (PMS) are routine gynecological problems, whereas cycle-dependent symptom fluctuations or premenstrual exacerbations (PME) in mental diseases, such as depression or psychotic disorders, are less frequent reasons for treatment in gynecological practices. In cases of fluctuations of the mental symptoms during the menstrual cycle the differential diagnostics of a PMS or premenstrual dysphoric disorder (PMDD) must be demarcated from a PME of the underlying disease. This article explains the differential diagnostic approach and interdisciplinary treatment options are discussed. Menstrual cycle-linked and premenstrual exacerbations in mental diseases necessitate a different approach than a typical PMS or PMDD. A close cooperation between gynecologists and treating psychiatrists is necessary to establish the optimal approach for each individual patient, which can consist of a cycle-modulated psychopharmacotherapy or the adjuvant administration of a hormone preparation.

Keywords

Mental disorders/premenstrual exacerbation · Depression · Bipolar disorder · Mania · Psychotic disorders

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Dorn A, Schwenkhagen A, Rohde A (2023) PMDS als Herausforderung. Die prämenstruelle dysphorische Störung als schwerste Störung des PMS, 2. Aufl. Kohlhammer Stuttgart
2. Höhne, C., Raffaelli, B. (2024) Menstruelle Migräne – Herausforderungen und Therapieansätze. Gynäkologische Endokrinologie. <https://doi.org/10.1007/s10304-024-00602-0>
3. Krafft-Ebing R v (1878) Untersuchungen über Irresein zur Zeit der Menstruation. Arch Psychiatr 8:65–107
4. Bleuler E (1930) Lehrbuch der Psychiatrie Bd. 5. Springer-Verlag Berlin, S 140 (Stark umgearbeitete Auflage)
5. Hwang WJ, Lee TY, Kim NS, Kwon JS (2021) The Role of Estrogen Receptors and Their Signaling across Psychiatric Disorders. Int J Mol Sci 22:373. <https://doi.org/10.3390/ijms22010373>
6. Larsen SV, Mikkelsen A, Ozenne B et al (2024) Association Between Intrauterine System Hormone Dosage and Depression Risk. Am J Psychiatry 181:834–841
7. Rohde A, Klemme A (2002) Die Prämenstruelle Dysphorische Störung als schwerste Form des prämenstruellen Syndroms. Geburtsh Frauenheilk 62:17–26
8. Lin J, Nunez C, Susser L, Gershengoren L (2024) Understanding premenstrual exacerbation: navigating the intersection of the menstrual cycle and psychiatric illnesses. Front Psychiatry 15:1410813. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1410813>
9. Kornstein SG, Harvey AT, Rush AJ et al (2005) Self-reported premenstrual exacerbation of depressive symptoms in patients seeking treatment for major depression. Psychol Med 35(5):683–692. <https://doi.org/10.1017/s0033291704004106>
10. O'Brien PM, Bäckström T, Brown C, Dennerstein L, Endicott J, Epperson CN et al (2011) Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders: the ISPMDD Montreal consensus. Arch Womens Ment Health 14:13–21. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0201-3>
11. Teatero ML, Mazmanian D, Sharma V (2014) Effects of the menstrual cycle on bipolar disorder. Bipolar Disord 16(1):22–36
12. Riecher-Rössler A, Häfner H, Dütsch-Strobel A, Stumbaum M (1998) Gonadal function and its influence on psychopathology—a comparison of schizophrenic and non-schizophrenic female inpatients. Arch Womens Ment Health 1:15–26
13. Kulkarni J, de Castella A, Fitzgerald PB, Gurvich CT et al (2008) Estrogen in severe mental illness: a potential new treatment approach. Arch Gen Psychiatry 65:955–960. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.8.955>
14. Shitomi-Jones LM, Dolman C, Jones I et al (2024) Exploration of first onsets of mania, schizophrenia spectrum disorders and major depressive disorder in perimenopause. Nat Ment Health 2:1161–1168. <https://doi.org/10.1038/s44220-024-00292-4>
15. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit. Nervenarzt 85:77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
16. Löwe B, Zipfel S, Herzog W Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999) Deutsche Übersetzung des „Patient Health Questionnaire (PHQ-9)“. <https://kompetenzzentrum-allgemeinmedizin-mv.de/wp-content/uploads/2018/07/PHQ9-Depressionsfragebogen-2018.pdf>
17. PHQ-DzumDownload. <https://kompetenzzentrum-allgemeinmedizin-mv.de/wp-content/uploads/2018/07/PHQ9-Depressionsfragebogen-2018.pdf>
18. Patient health questionnaire (PHQ) Screeners. <https://www.phqscreeners.com/select-screener>

19. Benvenuti A, Rucci P, Miniati et al (2008) Bipolar Disord 10(6):726–732. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00613.x>
20. Lasiuk GC, Hegadoren KM (2007) The effects of estradiol on central serotonergic systems and its relationship to mood in women. Biol Res Nurs 9(2):147–160. <https://doi.org/10.1177/1099800407305600>
21. Khan MM (2018) Translational Significance of Selective Estrogen Receptor Modulators in Psychiatric Disorders. Int J Endocrinology. <https://doi.org/10.1155/2018/9516592> (Article ID 9516592)

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.