

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

Gynäkologische und sexualmedizinische Aspekte der Depression

Bitzer J

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2008; 2 (1)

(Ausgabe für Schweiz), 33-35

Offizielles Organ der Österreichischen
IVF-Gesellschaft

Offizielles Organ der Österreichischen
Menopause-Gesellschaft

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

www.kup.at/gynaekologie

Member of the



Homepage:

www.kup.at/gynaekologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. h. b. GZ072037636M · Verlagspostamt: 3002 Parkersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Gynäkologische und sexualmedizinische Aspekte der Depression

J. Bitzer

Zusammenfassung

Gynäkologen und Gynäkologinnen sind bei Patientinnen in der vierten Lebensdekade häufig mit komplexen Beschwerdebildern konfrontiert, bei denen zahlreiche körperliche und psychische Symptome gleichzeitig geklagt werden. Oft besteht auch eine Beeinträchtigung des sexuellen Erlebens. Differentialdiagnostisch geht es dabei darum, das PMS, PMDD, das klimakterische Syndrom und die Somatisierungsstörung von einer atypischen depressiven Erkrankung mit somatischen Begleitsymptomen abzugrenzen. Beim PMS, PMDD ist die Zyklizität der Beschwerden das differenzierende Hauptmerkmal. Die Patientin muss mindestens 1 Woche im Monat relativ beschwerdefrei sein und/oder ein deutliches Abklingen ihrer Symptome bemerken. Das klimakterische Syndrom ist meist von einer Veränderung des Zyklusmusters begleitet, kann allerdings auch mit zeitlichen Schwankungen einhergehen, welche eine Zyklizität „imitieren“. Vasomotorische Symptome sind dabei das differenzierende Hauptmerkmal. Die Somatisierungsstörung ist ein komplexes Krankheitsbild, bei dem körperliche Symptome im Vordergrund stehen, die verschiedenen Organsystemen zuzuschreiben sind. Als differentialdiagnostisches Merkmal gilt hier die Vielfalt der physischen Symptomatik, wobei psychische Symptome nicht berichtet werden. Im klinischen Alltag gibt es nicht selten Überschneidungen dieser Krankheitsbilder bei ein und derselben Patientin. Wichtig ist dabei, dass es sich bei all diesen Syndromen um Störungen handelt, bei denen biologische, psychologische und soziale Faktoren interagieren. Deshalb müssen in der Diagnostik die biomedizinischen und die psychosozialen Befunde gleichzeitig erhoben werden und die Therapien schliessen oft endokrine, psychopharmakologische und psychotherapeutische Verfahren ein.

■ Einleitung

Frau A., eine 43-jährige OPOG, kommt zur Jahreskontrolle. „Es geht mir schlecht“, ist ihr einleitender Satz. „Ich vertrage überhaupt nichts mehr ... meine Hausärztin hat mich für eine Woche krank geschrieben ... ich bin am Ende ...“ Sie wirkt erschöpft, genervt, deprimiert, dem Weinen nah. Dann klagt sie über die folgenden Symptome: Unterleibschmerzen, vor allem rechts (Angst vor einer Zyste) mit aufgeblähtem Bauch, Schmerzen in den Brüsten (bekannte Zysten, regelmässige Kontrolle in der Mammaspreechunde wegen familiärem High-Risk), totale Erschöpfung, Überempfindlichkeit, grosse Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Spannungen mit dem Partner, weil sie keine Berührung mehr ertragen kann und keinerlei Lust auf Sex hat.

Bei dieser Patientin gibt es verschiedene komplexe Differentialdiagnosen und mögliche Therapien:

■ PMS, PMDD

Die Kriterien für das **PMS** nach der University of Southern California sind:

Mindestens eines der folgenden körperlichen und affektiven Symptome während fünf Tagen vor der Menstruation in drei aufeinanderfolgenden Zyklen:

Körperliche Symptome:

- Brustspannen
- Geblähtes Abdomen
- Kopfschmerzen
- Geschwollene Extremitäten

Affektive Symptome:

- Depression
- Wutausbrüche
- Reizbarkeit
- Verwirrung
- Sozialer Rückzug
- Fatigue

Die Symptome verschwinden innerhalb vier Tagen nach Beginn der Menstruation ohne Wiederauftreten mindestens bis zum Zyklustag 12. Die Symptome sind unabhängig von Medikamenten und Hormoneinnahme, Drogen oder Alkohol.

Häufigkeit der Symptome:

- Körperliche Symptome: am häufigsten „abdominal bloating“ (schmerzhafte Blähungen) in 90%; dann Brustspannen, Kopfschmerzen
- Psychische Symptome: Fatigue (mehr als 90%), Reizbarkeit (90%), Anspannung (90%), Stimmungsschwankungen (>80%), Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten (>50%)

Das **PMDD** wird im DSM IV folgendermassen definiert:

Kernsymptome:

1. Deutlich ausgeprägte depressive Stimmungslage, Gefühl der Hoffnungslosigkeit, Selbstentwertung
2. Ausgeprägte Angst, Spannung, Gefühl des Eingesperret-Seins, Überschnappen
3. Ausgeprägte Stimmungsschwankung
4. Persistierende, ausgeprägte Wut und Reizbarkeit mit häufigen interpersonellen Konflikten

Weitere diagnostische Kriterien:

5. Abnehmendes Interesse an üblichen Aktivitäten
6. Konzentrationsschwierigkeiten
7. Lethargie, leichte Ermüdbarkeit, Energiemangel
8. Deutliche Appetitveränderungen
9. Hypersomnie oder Insomnie
10. Subjektives Gefühl des Kontrollverlustes
11. Andere körperliche Symptome

Ausschlusskriterien:

- Keine Exazerbation einer anderen Störung oder Erkrankung
- Täglich Symptomdokumentation prospektiv für zwei Zyklen
- Fünf diagnostische Symptome
- Mindestens ein Kernsymptom

Weitere notwendige Merkmale:

- Tritt rezidivierend in der lutealen Phase auf
- Verschwindet bis zum Ende der Menstruation
- Führt zu deutlichen Beeinträchtigungen bei der Arbeit, in der Familie und Beziehung

Die Ätiopathogenese dieses Syndroms ist nicht bis in alle Einzelheiten geklärt. Es handelt sich wohl um eine **komplexe Wechselwirkung von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Grundlegend für das Syndrom ist jedoch das Vorhandensein der ovariellen Aktivität, also die Präsenz von ovariellen Steroiden. Ohne ovarielle Steroide findet sich kein PMS bzw. PMDD.**

Die Therapie von PMS/PMDD entspricht einem gestuften Vorgehen:

Basistherapie:

- Psychoedukation
- Gesundheitsberatung
- Lifestyle-Interventionen
- Kognitive Verhaltenstherapie

Phytotherapie:

- **Vitex agnus castus** („chaste tree“)
- Hypericum perforatum
- „Evening primrose oil“

Kombinierte orale Kontrazeptiva:

- **Drospirenonhaltiges Kontrazeptivum im 24-Tage-Regime**

SSRI (**Fluoxetin**):

- Overall-Response-Rate 60 bis 75 %
- Effektive Dosis 20 mg/day
- Mindert körperliche Symptome und verbessert Stimmungslage

GnRH-Analoga-Therapie:

- Wirksam bezüglich verschiedener Symptome
- Leuprolidacetat 3,75 mg/monatlich
- „Add-back“-Therapy
- 75 % Verbesserung in COPE-Scores bezüglich Verhaltenssymptomen ($P < 0,01$), körperlicher Symptome ($P < 0,05$) und Gesamtsymptomen ($P < 0,01$)

■ Das klimakterische Syndrom

Das klimakterische Syndrom ist ebenfalls gekennzeichnet durch das gleichzeitige Vorkommen von körperlichen und psychischen sowie somatovegetativen Symptomen.

Die Menopause-Rating-Scale beschreibt folgende Beschwerden:

- Hitzewallungen, Schwitzen
- Herzbeschwerden (Rhythmusstörungen, Palpitationen)
- Schlafstörungen (Einschlaf- und Durchschlafstörungen)

- Depressive Stimmung (sich traurig fühlen, antriebs- und energielos sein)
- Reizbarkeit (Nervosität, Gefühl von Stress und Anspannung)
- Angst (diffuse Angst- und Panikgefühle)
- Erschöpfung (Abnahme von Leistungsfähigkeit, Gedächtnis, Konzentration)
- Sexuelle Probleme (Libido, Aktivität, sexuelle Zufriedenheit)
- Blasenprobleme (Inkontinenz, Drang, Entleerungsstörung)
- Vaginale Trockenheit (Gefühle des Brennens, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr)
- Muskel und Gelenkschmerzen (Arthralgien, rheumatische Beschwerden)

Die Ätiopathogenese des klimakterischen Syndroms ist ebenfalls gekennzeichnet durch die Wechselwirkung somatischer, endokriner und psychosozialer Faktoren. Auch hier sind die Veränderungen der ovariellen Steroide ein zentraler pathogener Faktor.

Die Therapie kann ebenfalls gestuft und kombiniert erfolgen:

Basisberatung:

- Psychoedukation
- Gesundheitsberatung
- Lifestyle-Interventionen
- Kognitive Verhaltenstherapie

Phytotherapie:

- Phytoöstrogene
- Cimicifuga

Hormontherapie:

- Östrogen-Gestagen-Therapie bei vorhandenem Uterus
- Östrogentherapie bei Frauen nach Hysterektomie
- Ev. zusätzliche Androgentherapie

Nicht hormonelle, medikamentöse Therapien:

- SSRI und SNRI
- Gabapentin

■ Die Somatisierungsstörung

Die Hälfte der Patienten in der Grundversorgung, bei denen man schlussendlich eine psychiatrische Erkrankung findet, stellte sich primär mit ausschliesslich körperlichen Symptomen vor. 75 % der Patienten mit einer im diagnostischen Interview erfassten Depression und/oder Panikstörung suchten ihren Arzt ausschliesslich wegen körperlicher Symptome auf. Die häufigsten Diagnosen bei körperlichen Symptomen ohne Organbefund sind Depression, Angststörung, Medikamentenabusus. Körperliche Beschwerden ohne Organbefund sind deutlich häufiger durch eine Depression als eine somatoforme Störung bedingt.

Die Somatisierungsstörung nach DSM IV ist durch folgende Symptomkombination gekennzeichnet:

- Vier verschiedene Schmerzsymptome: z. B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Extremitäten oder Brustschmerzen

- Zwei gastrointestinale Symptome: z. B. Übelkeit, Blähungen, Diarrhö, Nahrungsintoleranz
- Ein sexuelles Symptom: z. B. menstruelle Symptome, Libidomangel, Erektionsstörung
- Ein pseudoneurologisches Symptom: z. B. Taubheit, Sehstörung, Klossgefühl im Hals, Paralyse

Auch bei den Somatisierungsstörungen ist die Ätiopathogenese komplex. Es gibt wohl zyklusabhängige Verstärkungen der Symptomatik.

Die Therapie muss den Prinzipien der ärztlichen supportiven Psychotherapie folgen:

- Stabile, verlässliche Arzt-Patientin-Beziehung
- Regelmässige Kontrollen mit körperlicher Untersuchung
- Vermeidung von unnötigen invasiven Interventionen
- Focus auf Krankheitsbewältigung
- Coping Counselling

■ Schlussfolgerung

Allen genannten Syndromen ist also gemeinsam, dass zahlreiche körperliche und psychische Symptome gleichzeitig vorliegen und in Diagnostik und Therapie ein biopsychosoziales Konzept zur Anwendung kommen sollte.

Weiterführende Literatur:

ACOG. Premenstrual syndrome. ACOG Practice Bulletin No. 15. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) 2000; 1–9.

Casper RF. Clinical manifestations and diagnosis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Uptodate online 2003; 13.3: 1–6.

Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K. The menopause and sexual functioning: a review of the population-based studies. *Annu Rev Sex Res* 2003; 14: 64–82.

Freeman EW, Sondheimer SJ, Rickels K. Gonadotropin-releasing hormone agonist

in the treatment of premenstrual symptoms with and without ongoing dysphoria: a controlled study. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33: 303–9.

Freeman EW. Evaluation of a unique oral contraceptive (Yasmin) in the management of premenstrual dysphoric disorder. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2002; 7 (Suppl 3): 27–34.

Girman A, Lee R, Kligler B. An integrative medicine approach to premenstrual syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188 (5 Suppl): S56–65.

Guthrie JR, Dennerstein L, Taffe JR, Lehert P, Burger HG. The menopausal transition: a 9-year prospective population-based study. The Melbourne Women's Midlife Health Project. *Climacteric* 2004; 7: 375–89.

Hammarback S, Damber JE, Backstrom T. Relationship between symptom severity and hormone changes in women with premenstrual syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 1989; 68: 125–30.

Hay AG, Bancroft J, Johnstone EC. Affective symptoms in women attending a menopause clinic. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 513–6.

Larson B, Collins A, Landgren BM. Urogenital and vasomotor symptoms in relation to menopausal status and the use of hormone replacement therapy (HRT) in healthy women during transition to menopause. *Maturitas* 1997; 28: 99–105.

Matthews KA, Bromberger JT. Does the menopausal transition affect health-related quality of life? *Am J Med* 2005; 118 (Suppl 12B): 25–36.

Mortola JF, Girton L, Yen SS. Depressive episodes in premenstrual syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 1682–7.

Novaes C, Almeida OP, de Melo NR. Mental health among perimenopausal women attending a menopause clinic; possible association with premenstrual syndrome? *Climacteric* 1998; 1: 264–7.

Novaes C, Almeida OP. Premenstrual syndrome and psychiatric morbidity at the menopause. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1999; 20: 56–7.

Pearlstein TB, Stone AB. Long-term fluoxetine treatment of late luteal phase dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 332–5.

Rapkin A. A review of treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28 (Suppl 3): 39–53.

Schellenberg R. Treatment for the premenstrual syndrome with agnus castus fruit extract: prospective, randomised, placebo controlled study. *BMJ* 2001; 322: 134–7.

Schmidt PJ, Roca CA, Bloch M, Rubinow DR. The perimenopause and affective disorders. *Semin Reprod Endocrinol* 1997; 15: 91–100.

Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36. *Climacteric* 2000; 3: 50–8.

Smith RN, Studd JW, Zamblera D, Holland EF. A randomised comparison over 8 months of 100 micrograms and 200 micrograms twice weekly doses of transdermal oestradiol in the treatment of severe premenstrual syndrome. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102: 475–84.

Steiner M, Steinberg S, Stewart D, Carter D, Berger C, Reid R et al. Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria. Canadian Fluoxetine/Premenstrual Dysphoria Collaborative Study Group. *N Engl J Med* 1995; 332: 1529–34.

Steiner M. Female-specific mood disorders. *Clin Obstet Gynecol* 1992; 35: 599–611.

Yonkers KA, Brown C, Pearlstein TB, Foegh M, Sampson-Landers C, Rapkin A. Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 492–501.

Zahradnik HP, Wetzka B, Schuth W. Zyklusabhängige Befindlichkeitsstörungen der Frau. *Gynäkologe* 2000; 33: 225–38.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Johannes Bitzer

Abteilungsleiter Gyn. Sozialmedizin und Psychosomatik
Frauenklinik

Universitätsspital Basel

CH-4031 Basel, Spitalstrasse 21

E-Mail: jbitzer@uhbs.ch

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)