

Schwankungen der Sexualhormone prägen die weiblichen Lebens- und Zyklusphasen

Hormonelles Chaos

Sibil Tschudin

Universitätsspital Basel, Abteilung Gynäkologische Sozialmedizin/Psychosomatik

Hormonelles Chaos kann entstehen, wenn die Hormone selbst aus dem Gleichgewicht geraten sind, aber auch, wenn die Betroffenen eine Hormonwirkung als chaotisch erleben oder diese von ärztlicher Seite so eingestuft wird. Dieser Artikel lotet dies aus der Perspektive einer psychosomatisch orientierten Frauenärztin für die weiblichen Sexualhormone aus.

Chaos der weiblichen Sexualhormone

Den Eindruck, dass die weiblichen Sexualhormone gelegentlich durcheinander geraten, haben einige Frauen und mit ihnen ihre Partner, die Familie, BerufskollegInnen und möglicherweise auch wir ÄrztInnen. Typischerweise sind Übergangsphasen von Änderungen der Blutspiegel der Sexualhormone gekennzeichnet. Dies sind natürlich die Pubertät und die Menopause, also der Beginn und das Ende der reproduktiven Phase, aber auch andere Lebensabschnitte, die hormonellen Veränderungen unterworfen sind, wie die Schwangerschaft. Darüber hinaus ist die Frau monatlich den Hormonspiegelschwankungen des ovariellen Zyklus ausgesetzt. Der vorliegende Artikel fokussiert auf die Phänomene, die typischerweise durch einen Hormonabfall – in erster Linie einen Abfall des Östrogenspiegels – zustande kommen. Dies ist einerseits in der Lutealphase jedes Menstruationszyklus der Fall, andererseits nach der Entbindung, d.h. in der Postpartalphase, und auch in der Perimenopause. In all diesen Phasen besteht ein erhöhtes Risiko für depressive Störungen. In Anbetracht der Tatsache, dass die Sexualhormone, allen voran das Östrogen, die Neurotransmitter modulieren und dem Östrogen zudem eine neuroprotektive Rolle zugeschrieben wird, ist dies nicht erstaunlich [1]. Gleichzeitig sind über endogene, hormonelle Faktoren hinaus immer auch noch Persönlichkeits- und psychosoziale Faktoren dafür massgebend, ob sich eine Depression entwickelt.

Prämenstruelles Syndrom

Ätiologisch scheinen die Auswirkungen der hormonellen Schwankungen auf den Serotoninstoffwechsel bei den betroffenen Frauen massgebend zu sein. Unter Berücksichtigung zusätzlicher psychosozialer Faktoren ist die heute am weitesten unterstützte These: Das prämenstruelle Syndrom ist das Endresultat eines komplexen, teilweise durch das Serotoninsystem unterhaltenen Mechanismus, der durch die Ovulation

getriggert und durch externale Faktoren verstärkt wird [2].

Vorwiegend aus dem angloamerikanischen Raum stammende epidemiologische Studien haben ergeben, dass von 100 Frauen:

- 90 wenigstens ein prämenstruelles Symptom haben;
- 30 unter einem PMS (prämenstruelles Syndrom) mit mässig ausgeprägter Symptomatik leiden;
- 3–8 ein eigentliches PMDS (prämenstruelles dysphorisches Syndrom) haben mit ausgeprägten, hauptsächlich psychischen Symptomen.

Im europäischen Raum scheint das PMDS seltener zu sein. Unter Verwendung eines mittlerweile validierten Screening-Instruments wiesen von 3522 Teilnehmerinnen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung im Jahr 2007 90% mindestens ein Symptom auf, 10,3% hatten ein PMS, und 3,1% erfüllten die Kriterien für ein PMDS [3]. Die Tatsache, dass das prämenstruelle Syndrom nicht überall gleich häufig anzutreffen ist, zieht die Frage nach sich, ob es effektiv unterschiedlich häufig vorkommt oder ob nur die Wahrnehmung regional verschieden ist. Auch dafür gab es Anhaltspunkte in der erwähnten Befragung.

Perimenopausale Depression

Depressionen kommen bei Frauen häufiger vor als bei Männern. Wiederum gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 waren depressive Störungen bei Frauen mindestens doppelt so häufig, und die Prävalenz war bei den 45–55-jährigen (perimenopausalen) Frauen am höchsten (Abb. 1).

Postnatale Depression

Dass viele Frauen in den Tagen unmittelbar nach der Geburt unter dem «Babyblues» leiden, ist ein seit langem bekanntes Phänomen. Der Tatsache aber, dass sich im weiteren Verlauf des Wochenbetts dann zum Teil eine Depression mit deutlichem Krankheitswert entwickeln kann, wird weiterhin zu wenig Beachtung

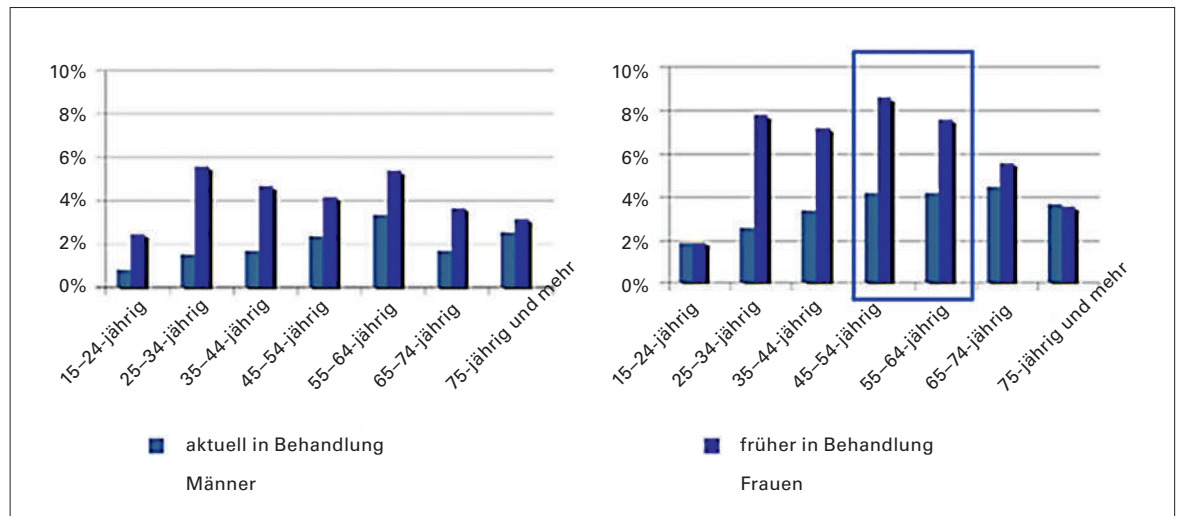


Abbildung 1: Ärztliche Behandlung einer Depression nach Geschlecht und Alter in % der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (Quelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007).

geschenkt. Vielfach treten depressive Symptome zudem nicht erst im Wochenbett auf, sondern bereits während der Schwangerschaft. Gemäss den zur Verfügung stehenden Studien beträgt die Prävalenz der Depression bei Schwangeren 10–12%, und eine bevölkerungsbezogene prospektive longitudinale Studie aus England, die 8323 Schwangere einschloss, zeigte sogar eine höhere Prävalenz während der Schwangerschaft als postpartal [4]. Dementsprechend spricht man heutzutage vorzugsweise von der peri- statt von der postnatalen Depression.

Zusammenhänge zwischen prämenstruellem Syndrom und Depression

Wenn wir davon ausgehen, dass bei Betroffenen eine gewisse erhöhte Sensibilität für Hormonspiegelschwankungen und -abfälle massgeblich sein könnte, so stellt sich natürlich die Frage nach Zusammenhängen zwischen den genannten drei depressiven Störungsbildern. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung wurden mittels validierter Instrumente Daten zum PMS/PMDS und auch zur Depression erhoben, so dass sich Rückschlüsse in Bezug auf Komorbidität ziehen liessen [5]. Das Vorliegen einer Major Depression war bei Frauen mit PMDS tatsächlich viermal häufiger als bei Frauen ohne prämenstruelles Syndrom (24,6 vs. 6,2%). Frauen, bei denen sowohl ein PMDS als auch eine Depression vorlagen, fühlten sich in ihrer Befindlichkeit generell stark beeinträchtigt und schienen unter beträchtlichem psychischem Stress zu stehen.

Es gibt auch Hinweise für Zusammenhänge zwischen dem prämenstruellen Syndrom und der perinatalen Depression. Eine bevölkerungsbezogene schwedische Kohortenstudie ergab, dass ein vorgängiges prämen-

struelles Syndrom assoziiert war mit einer selbst-deklarierten Depression fünf Tage, sechs Wochen und sechs Monate postpartal [6]. Die Assoziation zwischen prämenstruellem Syndrom und postnataler Depression war fünf Tage postpartal, also zum Zeitpunkt des raschen Absinkens des Östrogen- und Progesteronspiegels, stärker als zu den späteren Messzeitpunkten, was einen gemeinsamen pathophysiologischen Mechanismus in diesen Fällen naheliegend erscheinen lässt. Es spricht also einiges dafür, dass Zusammenhänge bestehen. Dies schlägt sich auch nieder in den Überschneidungen der Risikofaktoren (Tab. 1 und 2) [3, 7].

Ärztliche Herangehensweise

Gemäss den bisherigen Ausführungen scheint den als chaotisch erlebten hormonellen Schwankungen und ihren Auswirkungen also durchaus ein ordnendes Prinzip zugrunde zu liegen, und es fragt sich nun, wie

Tabelle 1: Risikofaktoren für perinatale Depression (nach Yonkers K, et al. 2011 [7]).

Anamnese

Affektive Störungen in der persönlichen Anamnese
Sexuelle Gewalterfahrung in eigener Kindheit
Positive Familienanamnese

Soziodemographische Faktoren

Junges Alter
Geringe Bildung
Multiparität

Chronische Stressoren

Partnerschaftskonflikt
Sozioökonomische Probleme
Wohnungsprobleme
Mangel an sozialer Unterstützung

Tabelle 2: Risikofaktoren für prämenstruelles Syndrom (nach Tschudin S, et al. 2010 [3]).

Anamnese

Affektive Störungen
 Postpartale Depression
 Depressive Verstimmung unter kombinierten hormonellen Kontrazeptiva
 Positive Familienanamnese für affektive Störungen

Soziodemographische Faktoren

Fortgeschrittenes reproduktives Alter
 Zivilstand (ledig)
 Ethnizität

Chronische Stressoren

Psychische Belastung
 Schlechter Gesundheitszustand

wir als Ärztinnen unsererseits ordnend und hilfreich einwirken können.

Vielen Frauen fällt es auch heute noch schwer, sich und ihrer Umwelt einzugestehen, dass sie während der Schwangerschaft oder im Wochenbett depressive Symptome bei sich wahrnehmen, und der Zusammenhang zwischen dem Menstruationszyklus und psychischen Beschwerden, wie diese beim PMDS charakteristisch sind, bleibt vielen Betroffenen oft längere Zeit verborgen. Auch dass perimenopausale Frauen, die neben klimakterischen Beschwerden einen Libidoverlust beklagen, vielleicht an einer Depression leiden könnten, wird zum Teil von ärztlicher Seite zu wenig berücksichtigt. Entsprechend wichtig ist es, dass Ärzte mit diesen Aspekten vertraut sind und für Anzeichen und Hinweise ein offenes Auge und Ohr haben.

Screening

Da die beschriebenen depressiven Störungen relativ häufig vorkommen und zum Teil längere Zeit unerkannt bleiben, stellt sich die Frage, ob es nicht sinnvoll wäre, im eigentlichen Sinn ein Screening durchzuführen. Für die perinatale Depression hat sich ein Screening etabliert, das wir auch an unserer Frauenklinik eingeführt haben: Bei den von uns betreuten Schwangeren werden in der Regel im zweiten Trimenon oder, wenn es zu diesem Zeitpunkt nicht möglich war, im weiteren Verlauf der Schwangerschaft und des Wochenbetts folgende zwei Screeningfragen gestellt:

- 1 Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
- 2 Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Wenn mindestens eine der beiden Fragen mit Ja beantwortet wird, kommt die auch auf Deutsch validierte Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) zum Einsatz [8, 9]. Bei einem Score von ≥ 10 besteht Verdacht auf eine Depression, und es sollten Abklärung und bei

Bedarf Unterstützung und Behandlung angeboten werden.

Für das prämenstruelle Syndrom gäbe es grundsätzlich auch einen auf Deutsch validierten Screening-Fragebogen, der aber bis jetzt mehr für Studienzwecke als im klinischen Alltag zum Einsatz kam. Somit steht im Zusammenhang mit dem prämenstruellen Syndrom und auch der perimenopausalen Depression die grosszügige Nachfrage durch die betreuenden Haus- und Frauenärztinnen an erster Stelle.

Diagnostik

Bei der Diagnostik aller depressiven Störungen steht die Anamnese absolut im Vordergrund. Wichtig ist es, das Vorliegen von Risikofaktoren zu eruieren (Tab. 1 und 2). Da es sich gezeigt hat, dass sich die Hormonspiegel bei den Patientinnen nicht von jenen bei Nichtbetroffenen unterscheiden, bringen Hormonanalysen in der Regel nichts. Allenfalls kann mittels TSH-Bestimmung nach einer Hypothyreose gefahndet werden. Beim prämenstruellen Syndrom ist hingegen die prospektive Symptomerfassung mittels Zyklustagebuch (Abb. 2) wichtig, um dieses Beschwerdebild von einer allenfalls zugrundeliegenden Depression abzugrenzen.

Therapie

Was die therapeutischen Möglichkeiten anbelangt, so stellt sich bei allen drei Störungsbildern die Frage, welcher Stellenwert unterstützende Massnahmen einerseits und Medikamente (Antidepressiva aus der Gruppe der SSRI und Hormone) andererseits haben. Eine Synopsis dazu liefert die Tabelle 3. Zu beachten ist, dass die Hormone eine untergeordnete Rolle haben. Sie kommen beim prämenstruellen Syndrom nur in Ausnahmefällen zum Einsatz, sind bei der postpartalen Depression heutzutage eigentlich obsolet und sollten bei der perimenopausalen Depression nur in Kombination mit anderen therapeutischen Massnahmen und beim Vorliegen von behandlungsbedürftigen klimakterischen Beschwerden zum Einsatz kommen.

In Anbetracht dessen, dass es sich weiterhin um tabu-behaftete Störungsbilder handelt, denen in der Regel zu wenig Beachtung geschenkt wird, ist es um so wichtiger, bei der Betreuung die folgenden Grundsätze zu beachten:

- empathische, wertschätzende Herangehensweise;
- Hilfe zur Selbsthilfe;
- Kontinuität in der Betreuung.

Darüber hinaus ist es ganz entscheidend, dass sich die Betreuenden vernetzen, um optimal Hilfe leisten und gleichzeitig auch die eigenen Grenzen wahrnehmen und beachten zu können.

Anleitung:
Tragen Sie täglich im Zyklustagebuch ein, wie Sie sich fühlen. Sofern Sie Beschwerden haben, verwenden Sie die dafür vorgesehenen Buchstaben.

D = Depression, Hoffnungslosigkeit
A = Angst, Angespanntheit
G = Gereiztheit
M = Müdigkeit

Ag = Aufgedunsensein
Ü = Übelkeit
S = verändertes sexuelles Interesse
H = Appetitveränderungen

Sch = Schlafstörungen
B = Brustspannen
K = Kopfschmerzen
Sz = Periodenschmerz
X = Periodenblutung

		Kalendertag																															
Monat		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Abbildung 2: Zyklustagebuch.

Tabelle 3: Übersicht über die therapeutischen Optionen bei prämenstruellem Syndrom, perinataler und perimenopausaler Depression.

	Unterstützende Massnahmen	SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer)	Hormone
PMS/PMDS	Lebensstiländerungen (Sport, Diät) Entspannungstechniken Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen	Zyklisch, evtl. kontinuierlich Niedrigdosiert «Titriert» (in Tropfenform)	Suppression des ovariellen Zyklus (GnRH-Analoga, Östradiol, Danazol)
Perinatale Depression	Soziale Entlastungsmassnahmen Entspannungstechniken Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen Lichttherapie	Keine erhöhte Fehlbildungsrate Vorzugsweise Sertralin oder Citalopram	Östrogene hochdosiert
Perimenopausale Depression	Lebensstiländerungen Entspannungstechniken Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen	Kontinuierlich	HRT (Hormonersatzbehandlung)

Fazit für die Praxis

- Veränderungen und Schwankungen der weiblichen Sexualhormone prägen die Lebens- und Zyklusphasen der Frau und können bei entsprechend prädisponierten Frauen depressive Störungen auslösen oder mitverursachen. Im Vordergrund stehen das prämenstruelle Syndrom, die perinatale und die (perimenopausale) Depression.
- In Anbetracht dessen, dass es sich weiterhin um tabu-behaftete Störungsbilder handelt und die Prävalenz beträchtlich ist, sollten Frauen- und HausärztInnen ein spezielles Augenmerk darauf haben.
- Einerseits gibt es Screening-Möglichkeiten, wie für die perinatale Depression, andererseits stehen verschiedene Therapie-Optionen zur Verfügung.
- Das frühzeitige Erkennen und Behandeln kann einer Chronifizierung vorbeugen.

Disclosure statement

Die Autorin hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Herbert K. Was macht Frauen krank? Ursachen und Riskofaktoren, in Frauengesundheit – Ein Leitfaden für die ärztliche und psycho-

therapeutische Praxis, B.J. Riecher-Rössler A, Editor. München: Elsevier, 2005.

- 2 Tschudin S. Die Frau mit prämenstruellem Syndrom, in Frauengesundheit – Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis, B.J. Riecher-Rössler A, Editor. München: Elsevier, 2005.
- 3 Tschudin S, Berteau PC, Zemp E. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. Arch Womens Ment Health. 2010;13(6):485–94.
- 4 Heron J, et al. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. J Affect Dis. 2004;80(1):65–73.
- 5 Forrester-Knauss C, et al. The interrelation between premenstrual syndrome and major depression: results from a population-based sample. BMC Public Health. 2011;11:795.
- 6 Sylven SM, et al. Premenstrual syndrome and dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013;92(2):178–84.
- 7 Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. Obstet Gynecol. 2011;117(4):961–77.
- 8 Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 1987;150:782–6.
- 9 Whooley MA, et al. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 1997;12(7):439–45.

Korrespondenz:
PD Dr. med. Sibil Tschudin
Universitätsspital Basel
Abteilung Gyn. Sozial-
medizin/ Psychosomatik
Spitalstrasse 21
CH-4031 Basel
sibil.tschudin[at]usb.ch