

Bestaat het premenstrueel syndroom?

I.L.M.A. BAART

Het premenstrueel syndroom was en is nog steeds een omstreden ziektebeeld. Medische, psychologische en psychosociale theorieën betwisten elkaar het recht op een beschrijving en verklaring van de verschijnselen. Als gevolg van deze controversen leeft er bij hulpverleners nogal wat verwarring over het hoe en wat van PMS. Toch bestaat er de laatste jaren bij wetenschappers wel degelijk overeenstemming over een aantal zaken betreffende definitie, etiologie en behandeling.

Baart I.L.M.A. Bestaat het premenstrueel syndroom? *Huisarts Wet* 1991; 34(10): 466-71.

Drs. I.L.M.A. Baart, psycholoog, Aletta, Centrum voor Vrouwegezondheidszorg, Maliesingel 46, 3581 BM Utrecht; telefoon 030-332304.

Deze publikatie kon tot stand komen dankzij subsidies van het Ministerie van Sociale Zaken (DCE) en het Praeventiefonds.

Inleiding

Sinds de Amerikaanse gynaecoloog *Frank* in 1931 voor het eerst sprak over 'premenstruele spanningen' (PMS) en deze toeschreef aan een 'teveel aan vrouwelijk hormoon',¹ hebben talloze definities van PMS en theorieën over de etiologie en behandeling ervan de ronde gedaan. In de jaren vijftig en zestig leek het er even op of de Engelse gynaecologe *Dalton* het raadsel van het PMS had opgelost. Een relatief tekort aan progesteron zou de boosdoener zijn en een behandeling met natuurlijk progesteron zou uitkomst bieden.²

De jaren zeventig lieten een exponentiële groei zien van het aantal onderzoeken naar het PMS. Biomedische, psychologische en psychosociale theorieën betwisten elkaar het recht op een beschrijving en verklaring van de symptomen. Meer dan 150 symptomen werden toegeschreven aan het PMS en 80 tot 100 procent van de vrouwen zou aan het syndroom lijden. Een commissie in de Verenigde Staten besloot vanwege de enormiteit van deze cijfers en de tegenstrijdige wetenschappelijke resultaten het onderzoek niet meer te subsidiëren; het zou om een niet bestaand syndroom gaan. Maar tegelijkertijd werd er in een krant beweerd dat Margaret Thatcher de Falklandoorlog was begonnen in haar premenstruele dagen, prees de farmaceutische industrie hormonale medicatie aan, publiceerden damesbladen over het PMS en eisten vrouwen het recht op erkenning en een goede behandeling van hun klachten op.³

De vraag dient zich aan wat dat PMS nu eigenlijk is. Niet meer en niet minder dan de premenstruele verschijnselen die nu eenmaal bij 'het leven' horen, gemedicaliseerd door een bemoeizuchtige geneeskunde? Of in sommige gevallen misschien toch een echte ziekte?

Wie zich verdiept in het wetenschappelijk onderzoek naar het PMS van de laatste jaren, ziet dat zich, ondanks alle controversen, wel degelijk een aantal lijnen zijn gaan aftekenen waaruit conclusies getrokken kunnen worden over definitie, etiologie, prevalentie en behandeling van PMS. In dit artikel schets ik deze algemene conclusies

en de ontwikkelingen van het wetenschappelijk onderzoek die ertoe hebben geleid.

Literatuur

De gegevens voor dit artikel zijn ontleend aan een literatuurstudie die werd uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken (Emancipatie) met als doel een medisch-sociologische analyse van het premenstrueel syndroom, en een verdere literatuurstudie ten behoeve van een lopend onderzoek, gefinancierd door het Praeventiefonds, naar de behandeling van premenstruele klachten in de huisartspraktijk.*

Ongeveer driehonderd artikelen (oorspronkelijk onderzoek en reviews) zijn geraadpleegd. Het zoeken gebeurde zowel door middel van citaties als met behulp van een computersearch (Medline, premenstrual syndrome). Zowel tijdschriften uit de psychologie, als uit de geneeskunde (inclusief psychiatrie) zijn in het onderzoek betrokken.

In dit literatuuroverzicht wordt alleen verwezen naar de meest geciteerde of op een bepaald onderwerp toegespitste artikelen, of naar goede reviews. Een gedetailleerde bespreking van alle literatuur (naar schatting duizend titels) zou een heel boek vereisen, zoals het werk van *Severino & Moline* laat zien.⁴

Bestaat het PMS? Hoe vaak komt het voor?

In 1968 publiceerde de psycholoog *Moos* zijn onderzoek: 'The development of a Menstrual Distress Questionnaire'.⁵ *Moos* zag het als zijn taak om eenheid en duidelijkheid te brengen in het veld van menstruatiacyclus-onderzoek door een goede vragenlijst te ontwerpen waarmee de symptomen die écht bij de premenstruele en menstruele fase van de cyclus van vrouwen horen, wetenschappelijk in plaats van klinisch vastgesteld zouden kunnen worden. Vervolgens zou, aldus *Moos*, pas goed on-

* Dit onderzoek wordt voor het grootste gedeelte uitgevoerd door Mw. drs. E. Bransen. Van haar interne publikatie bij Aletta, 'Protocol Premenstruele Klachten', heb ik hier dankbaar gebruik gemaakt.

derzocht kunnen worden met welke hormonale en psychosociale factoren deze symptomen correleren. Hij nam deze retrospectieve vragenlijst af bij een kleine duizend vrouwen en vond dat zo'n 30 tot 50 procent van hen last had van cyclisch terugkerende clusters van symptomen in de premenstruele en menstruele fase, zoals krampen, rugpijn, hoofdpijn, geïrriteerdheid, stemmingswisselingen, spanning en/of depressie.

Naar aanleiding van Moos' onderzoek ontbrandde een hevige controverse over de kwestie van de symptoombeleving en -rapportage van vrouwen: hadden vrouwen nu wel of geen menstruatiecyclus-symptomen? Daarmee samenhangend werd sterk betwijfeld of er eigenlijk wel sprake was van een premenstrueel syndroom. En daarbij aansluitend rezen weer allerlei vragen over de mate van vóórkomen van 'het syndroom'.

De conclusie van Moos dat 30 tot 50 procent van alle vrouwen lijdt aan min of meer heftige gedrags- en stemmingswisselingen als gevolg van hun menstruatiecyclus, was een aantal feministische wetenschappers (bijna allen psychologen) een doorn in het oog. Zouden die gedrags- en stemmingswisselingen wel goed gemeten zijn? Of zouden Moos en andere onderzoekers naar de menstruatiecyclus misschien werken vanuit vooroordelen over vrouwen? Ook andere psychologen hadden vragen over het bestaan van aan de menstruatiecyclus gebonden symptomen. Zou Moos' meetinstrument PMS meten of eigenlijk 'slechte psychische gezondheid', zodat het dus om een psychisch probleem zou gaan? Weer anderen benadrukten dat symptomen niet los te zien zijn van sociale factoren, laat staan dat symptomen uniform en causaal zouden voortvloeien uit biologische toestanden zoals 'hormonale factoren'.

Enkele – vaak tegenstrijdige – uitkomsten van de vele onderzoeken die vanuit bovenstaande preoccupaties werden uitgevoerd in de jaren zeventig en het begin van de jaren tachtig, worden hieronder kort samengevat:

- De resultaten van experimenten worden beïnvloed door de voorkennis van de proefpersonen met betrekking tot het doel van

het onderzoek (het meten van symptomen die premenstrueel en menstrueel voorkomen): meestal rapporteren proefpersonen die niet weten dat het om een menstruatieonderzoek gaat, minder symptomen dan vrouwen die dat wel weten.^{6 7} Markum vond echter geen verschil en Chernovetz vond precies het tegenovergestelde.^{8 9}

- Ook het gehanteerde instrument blijkt van invloed op de gemeten symptomen. Wanneer men bijvoorbeeld proefpersonen tijdens de cyclus dagelijks symptomen laat scoren (de prospectieve methode), valt de score aanmerkelijk lager uit dan wanneer men achteraf vragen over een cyclus stelt (de retrospectieve methode).^{10 11} Rossi et al. en May vermelden hoe hevigheid en negativiteit van symptomen alleen maar worden verondersteld en niet wordt nagevraagd. Gebeurt dat wel, dan scoren de meeste vrouwen hun symptomen van licht tot matig.^{12 13} Van den Boogaard & Bijleveld namen in hun bewerking van de Moos Menstrual Distress Questionnaire ook positieve affectieve verschijnselen op; zij vonden dat deze naast negatieve affectieve verschijnselen kunnen voorkomen.¹⁴

- Vrouwen geven zelf vaak cyclische gedrags- en stemmingswisselingen aan als hen daar in een vragenlijst naar wordt gevraagd. Maar Sommer vond dat de prestaties van deze vrouwen op cognitieve taken in een laboratoriumsituatie niet afhankelijk zijn van de fase van hun menstruatiecyclus.¹⁵

- In de meeste onderzoeken naar het vóórkomen van symptomen tijdens de menstruatiecyclus, werden geen controlegroepen gebruikt. Ook werd er geen 'normaal' niveau van symptomen ('baseline') vastgesteld. Sommige onderzoekers hebben in hun experimenten gebruik gemaakt van mannelijke controlegroepen, die eveneens cyclische gedrags- en stemmingswisselingen bleken te rapporteren.^{16 14}

- In de meeste experimenten wordt geen rekening gehouden met andere factoren die mogelijk verantwoordelijk zijn voor iemands gedrag of stemming. Wilcoxon et al. gebruikten een controlevariabele in hun onderzoek. Een examen dat voor de deur stond, bleek van grotere invloed op gedrag en stemming van de proefpersonen dan de fase van de menstruatiecyclus.¹⁶

- Onderzoekers die het verloop van de individuele symptoomscores van vrouwen bestudeerden, vonden dat de hoogte van iemands score absoluut niet kon voorspellen in welke fase van haar cyclus zij was. (Blijkbaar was de absolute score niet van belang, maar ging het om een vergelijking ten opzichte van een persoonlijke baseline.) Ook bleek dat symptomen die hoog scoorden, dat vaak tijdens de hele cyclus deden.^{17 18}

- Uit een aantal onderzoeken kwam naar voren dat het PMS misschien niet bestond als een op zichzelf staande ziekte, maar eerder als een uitvergroete vorm van neurotische of psychiatrische klachten.^{19 20} Halbreich & Endicott lieten zien hoe de prevalentie van premenstruele symptomen varieert met de bestudeerde populatie. Wanneer proefpersonen niet goed werden gescreend op de aanwezigheid van andere aandoeningen en medicijngebruik, bleek het onmogelijk te onderscheiden of de gerapporteerde symptomen samenhangen met de menstruatiecyclus dan wel met de algehele gezondheidstoestand of het medicijngebruik.¹¹

- Biomedische onderzoekers richtten zich als vanouds op de gepostuleerde relatie tussen symptomen en hormonale factoren. Tegenover elk onderzoek waarin een bewijs gevonden werd voor een verantwoordelijke stof, stond wel een ander onderzoek dat dit resultaat tegensprak.^{21 22}

- Biomedische onderzoekers richtten zich als vanouds op de gepostuleerde relatie tussen symptomen en hormonale factoren. Tegenover elk onderzoek waarin een bewijs gevonden werd voor een verantwoordelijke stof, stond wel een ander onderzoek dat dit resultaat tegensprak.^{21 22}

Definitie, prevalentie en etiologie

In de tweede helft van de jaren tachtig is de methodologie van het PMS-onderzoek aanzienlijk verbeterd. Symptomen werden meestal alleen nog prospectief vastgesteld, groepen proefpersonen worden gescreend op psychiatrische en lichamelijke gezondheid, en er werden betere statistische methoden toegepast. Dat heeft een aantal resultaten opgeleverd waarover alle onderzoekers, ongeacht allerlei andere controverse, het nu wel eens kunnen zijn.

Prospectief bevestigde en onbevestigde symptomen

In onderzoek naar het PMS wordt tegenwoordig gewerkt met een geselecteerde

groep vrouwen, die dagelijks, gedurende minstens drie maanden, scoren welke symptomen zij hebben. Over het algemeen spreekt men pas van PMS wanneer tijdens elke (ovulatoire) cyclus in de week vóór de menstruatie een verergering optreedt van ten minste 30 procent in een combinatie van psychische en lichamelijke symptomen.^{23 10 24} Deze definitie wordt in de USA gehanteerd door het NMHI, maar is nog steeds onderwerp van discussie. Om welke symptomen het nu precies gaat en welke periode nu precies de premenstruele periode genoemd moet worden, staat niet vast. Zo nemen onderzoekers meestal minstens vijf symptomen, maar dat lijkt vrij arbitrair, evenals de 30 procent die gehanteerd wordt voor de verergering. De meest voorkomende symptomen zijn: opgeblazen gevoel, pijnlijke borsten, rug- en buikpijn, moeheid, eetbuien en snoepzin, migraine, hoofdpijn, onhandigheid, impulsiviteit, toe- of juist afgenomen libido, en stemmingsklachten zoals neerslachtigheid, angst, labiliteit, uitputting, spanning en prikkelbaarheid.^{4 25} Veel onderzoekers stellen alleen de psychische symptomen vast, omdat zij die het belangwekkendst vinden voor verder onderzoek.²⁶ Over het algemeen worden vijf tot negen dagen vóór de menstruatie gerekend als premenstruele periode.²⁶

Of men premenstruele symptomen alleen vast kan stellen als er sprake is van een ovulatoire menstruatiecycclus, staat eveneens ter discussie. Pilgebruiksters rapporteren immers ook premenstruele symptomen.²⁷ En *Metcalf et al.* lieten zien dat zelfs na hysterectomie prospectief symptomen worden gerapporteerd.²⁸

Onderzoek naar de prevalentie van het PMS dat voldoet aan bovenstaande criteria, laat zien dat zo'n 2 à 5 procent van de vrouwen van een gescreende onderzoeksgroep last heeft van een prospectief bevestigd premenstrueel syndroom.²⁹ Prospectief onderzoek naar het vóórkomen van symptomen in de vrouwelijke bevolking als geheel heeft niet plaatsgevonden. Wel zijn er, meestal retrospectieve, studies verricht naar de prevalentie bij verschillende groepen. *Janinger et al.* en *Hasin et al.* vonden cross-culturele verschillen in het soort symptomen waar vrouwen last van heb-

ben.^{30 31} Volgens een mededeling van K. van der Velden Nivel, gebaseerd op de 'Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk', zou 1,6 per 1000 spreekuurbezoekers 'premenstrual tension' vertonen. 'Premenstrual tension' werd genoteerd wanneer een vrouw daarover klaagde en ook wanneer de diagnose werd gesteld.

In 1987 is in het aanhangsel van de herziene versie van de DSM-III-R het begrip 'late luteal phase disorder' opgenomen (in het Nederlands DELF, dysforie tijdens het einde van de luteale fase). *Nicolai et al.* beweren dat DELF een vervanging is voor het aloude PMS.³² *Severino & Moline* laten echter zien dat DELF niet hetzelfde is als PMS, maar een 'zware' vorm ervan; de diagnose kan alleen toegepast worden als een vrouw al een jaar lang, vooral psychische, klachten heeft (die bovendien twee maanden lang prospectief bevestigd zijn) en wanneer die klachten haar in ernstige mate belemmeren in de dagelijkse activiteiten. Niet iedereen is gelukkig met deze toeëigening van een vorm van PMS door psychiaters en het begrip staat nog zeer ter discussie.⁴

Onderzoekers spreken van een prospectief onbevestigd PMS wanneer een vrouw van zichzelf – dus retrospectief – vindt dat ze PMS (of premenstruele symptomen) heeft, terwijl bij onderzoek met de prospectieve methode blijkt dat ze in de premenstruele fase niet meer symptomen rapporteert dan in de andere fasen van haar cyclus. Ook wanneer een vrouw van zichzelf vindt dat ze PMS heeft en in de week voor haar menstruatie wél meer symptomen aangeeft, spreekt men van onbevestigd PMS, als die symptomen niet zeer hevig zijn. In feite is de term PMS hier dus niet op zijn plaats om de klachten te benoemen.

Onbevestigd PMS

Hoe wordt nu het verschil verklaard tussen de prevalentiecijfers die zijn verkregen met respectievelijk de prospectieve en de retrospectieve methode? En daarmee samenhangend: hoe is te verklaren dat vrouwen van zichzelf denken dat ze PMS hebben, terwijl dat niet overeenkomt met de symptomen die ze prospectief aangeven?

• Het is mogelijk dat retrospectieve methoden om symptomen vast te stellen, leiden tot een weergave van de culturele stereotypering van de menstruatie als een periode waarin vrouwen labiel zijn. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat vrouwen lichamelijke en psychische klachten die zij in de loop van de menstruatie ervaren, toeschrijven aan de dagen vlak voor de menstruatie.³³⁻³⁵

• Sommige vrouwen die de hele menstruatiecycclus door psychische problemen ervaren, beleven deze in de dagen vlak voor de menstruatie sterker dan anders.^{36 37}

• Verder zijn er vrouwen die vinden dat de menstruatie 'vrouwen verzwakt'. In het onderzoek van *Brooks-Gunn & Ruble* naar de relatie tussen attitude ten opzichte van de menstruatie en klachten, rapporteren juist deze vrouwen retrospectief veel klachten.³⁸

• Ongeveer de helft van de vrouwen die van zichzelf vinden dat ze lijden aan het PMS, heeft, gemeten volgens de prospectieve methode, geen PMS. Een groot aantal van deze vrouwen heeft een geschiedenis van terugkerende psychiatrische problematiek.^{39 36 40} In het onderzoek van *Keye et al.* bleek een aantal vrouwen een niet onderkende ziekte te hebben; ook speelde bij een aantal vrouwen een duidelijke psychosociale problematiek.⁴¹

• Stressfactoren lijken een rol te spelen bij het rapporteren van premenstruele symptomen. Stress (in onderzoeken verschillend geoperationaliseerd als dagelijkse stress, onwelzijn of grote levensgebeurtenissen) kan interacteren met premenstruele en menstruele problemen, deze zwaarder maken, en zo aanleiding geven tot het rapporteren van premenstruele symptomen, terwijl deze prospectief toch niet bevestigd worden.⁴²

Bevestigd PMS

Bestaat er, nu men het min of meer eens is over de manier waarop PMS vastgesteld dient te worden, overeenstemming over de etiologie van het PMS?

• Om te beginnen bestaat er discussie over de vraag of er wel sprake is van één syndroom. *Halbreich & Endicott* onderscheiden verschillende premenstruele syndromen: syndromen die meer van lichamelijke, van depressieve of van angstige aard

zijn. De onderzoekers uiten het vermoeden dat daaraan een verschillende fysiologische basis ten grondslag ligt, maar meer dan een vermoeden is dat niet.⁴³

- Het onderzoek van *Metcalfe et al.* laat zien dat vrouwen met een bevestigd PMS heel verschillend reageren wanneer ze een placebo toegediend krijgen. Bij sommige vrouwen nemen de psychische klachten af, bij andere niet.⁴⁴ Ook zijn er vrouwen bij wie de klachten verminderen wanneer ze gedurende langere tijd een klachtenlijst bijhouden. Herhaaldelijk wordt dit resultaat beschreven als een 'bijwerking' van de prospectieve methode.⁴⁵

- Onderzoek naar verschillen in hormoonspiegels heeft tot nu toe geen eenduidige resultaten opgeleverd. De oorspronkelijke hypothesen dat een tekort aan progesteron of een teveel aan oestrogeen verantwoordelijk zou zijn voor het optreden van PMS, lijkt verworpen te moeten worden. Ook prolactinespiegels, androgenen, mineraal-corticoïden en glucocorticoïden lijken geen rol te spelen in het ontstaan van premenstruele symptomen. De laatste jaren richt men zich in het onderzoek naar biologische factoren op de rol van neurotransmitters, waarvan vermoed wordt dat zij ook een rol spelen in het ontstaan van depressies. Tot nu toe heeft ook dit onderzoek nog geen eensluidende resultaten opgeleverd.^{21 22 4}

- Van onderzoek naar psychologische factoren die het ontstaan van PMS beïnvloeden, kan ook niet gezegd worden dat het eensluidende resultaten oplevert. Er zijn weliswaar in de afgelopen tientallen jaren veel onderzoeken gedaan waarbij psychologische factoren gemeten zijn, maar slechts zelden werd het PMS daarin prospectief bevestigd. Wel lijken stressfactoren een rol te spelen wanneer de premenstruele symptomen prospectief bevestigd worden. Of stress er nu toe leidt dat vrouwen premenstruele symptomen als ondraaglijker ervaren, of andersom, dat symptomen er toe leiden dat het leven ondraaglijker wordt, is niet duidelijk. Beide hypothesen lijken aannemelijk.⁴

Van persoonlijkheidskenmerken en neuroticismescores kan niet gezegd worden dat zij het hebben van PMS eenduidig beïnvloeden.⁴⁶ Het hebben van een psychiatrisch verleden lijkt ook bij bevestigd PMS

wel een rol te spelen, al is dat in mindere mate het geval dan bij prospectief niet bevestigd PMS.⁴⁷

Behandeling

Tot nu toe is nog van geen enkele behandeling eenduidig aangetoond dat ze beter helpt dan een placebo. Hieronder volgen enkele gegevens over medicatie die tot nu toe voor het PMS is voorgesteld.^{45 4}

- Van Vitamine B6 is herhaaldelijk bevestigd dat het zou helpen bij premenstruele klachten. De meeste onderzoeken bevestigen dit niet. Als er al positieve resultaten behaald zijn, dan alleen wanneer vrouwen zeer hoge doses slikten. Maar een teveel aan vitamine B6 kan schadelijk zijn.

- Ook van het hormoon progesteron wordt gezegd dat het zou helpen. En ook van dit middel (zowel in de natuurlijke als in de synthetische versie) is de werking niet aangetoond. Mogelijke bijwerkingen van progesteron zijn: misselijkheid, gewichtsstijging, het erger worden van eventuele vaginale schimmelinfecties, en vooral depressie als dat juist de klacht was. Eigenlijk zijn de bijwerkingen dus voor een groot deel van hetzelfde soort als de klachten die men ermee zou willen bestrijden.

- Het effect van de anticonceptiepil op premenstruele klachten is moeilijk te achterhalen. Bij sommige vrouwen helpt het, bij andere vrouwen worden de klachten nog erger. De beste resultaten zouden worden verkregen met een combinatiepil. Ook hier speelt het probleem van de mogelijke bijwerkingen van de pil.

- Ook bromocriptine werd wel voorgeschreven bij premenstruele klachten. In verscheidene onderzoeken is aangetoond dat bromocriptine een gunstige invloed heeft bij pijnlijke, gezwollen borsten. Op andere klachten heeft het weinig effect en er bestaat een grote kans dat er bijwerkingen optreden: lage bloeddruk, wazig zien en misselijkheid.

- Vochtafdrijvende middelen worden een enkele keer voorgeschreven wanneer een vrouw klaagt over een opgeblazen gevoel. In veel gevallen blijkt het echter alleen om een 'gevoel' te gaan en niet om vocht dat wordt vastgehouden.

- Sommige onderzoekers menen dat PMS

veroorzaakt wordt door de toegenomen productie van prostaglandinen. Daarom worden wel prostaglandineremmers gegeven. Het verhaal wordt eentonig, maar ook hier is niets bewezen en zijn er bijwerkingen: hoofdpijn, buikpijn, duizeligheid en slaperigheid.

- Als alternatief medicijn is de laatste jaren teunisbloemolie nogal in de belangstelling gekomen. De weinige dubbelblinde placebogecontroleerde onderzoeken laten ook hier zien dat de werking van het medicament die van het placebo niet overtreft.

- Tenslotte dient het bijhouden van een klachtenlijst als 'behandeling' te worden genoemd. Door onderzoekers wordt soms terloops vermeld dat vrouwen met premenstruele klachten baat kunnen hebben bij het dagelijks invullen van een klachtenlijst. Systematisch onderzoek is op dit gebied nog niet verricht. *Corney et al.* deden als enigen onderzoek naar het effect van psychotherapeutische behandeling. Ze vergeleken de resultaten van kortdurende, symptoomgerichte gedragstherapie, en behandeling met progesteron en een placebo. Alledrie de benaderingen hadden effect, geen van de benaderingen sprong eruit.⁴⁸

Conclusies

Wanneer een vrouw op het spreekuur van een huisarts komt met premenstruele klachten, kan er eigenlijk van alles aan de hand zijn. De huisarts zal er rekening mee moeten houden dat de zelfdiagnose 'PMS' of 'premenstruele klachten' voor een aanzienlijke groep vrouwen een label is voor (periodiek optredende) psychische en lichamelijke klachten, dat dit 'onwelzijn' hanteerbaar maakt. Een tamelijk groot deel van de vrouwen die hulp zoeken voor premenstruele klachten heeft ofwel een affectieve aandoening in haar geschiedenis of lijdt daar op dit moment aan. Ook kan er sprake zijn van een lichamelijke aandoening of van psychosociale problemen als 'stress'.

Een klachtenlijst is voor de huisarts een noodzakelijk instrument om vast te stellen of het inderdaad om PMS gaat, en om welke klachten precies. Het zal waarschijnlijk niet altijd gemakkelijk zijn om een vrouw van het nut daarvan te overtuigen.

In de media is de laatste jaren immers de suggestie gewekt dat premenstruele klachten heel veel voorkomen en dat zij te wijten zijn aan een hormonale afwijking waar met behulp van medicijnen iets aan gedaan kan worden. De arts zal in sommige gevallen moeite moeten doen om een vrouw te motiveren.*

Behandeling van prospectief bevestigde premenstruele klachten met medicijnen lijkt weinig rationeel. Naar de effecten van het klachtendagboek als behandeling is nog te weinig onderzoek gedaan om er uitspraken over te kunnen doen, en hetzelfde geldt voor cognitieve of gedragstherapie. In het onderzoek van *Corney et al.* werden de behandelingen uiteraard random toebedeeld aan de vrouwen in het onderzoek.⁴⁸ Dat heeft als nadeel dat er geen rekening werd gehouden met de beleving van de patiënt van haar klachten en haar ideeën over de oplossing ervan. Zou cognitieve therapie kunnen werken bij iemand die gelooft dat haar klachten hormonaal worden veroorzaakt?

Verder onderzoek op dit gebied lijkt zinvol, te meer daar het jarenlange onderzoek naar medicamenteuze behandeling tot nu toe niets heeft opgeleverd. Op dit moment kan een huisarts, afhankelijk van het soort klachten, weinig meer dan voorstellen om een klachtendagboek bij te houden, gedrags- of cognitieve therapie aanbevelen, of 'iets proberen' met bijvoorbeeld de anticonceptiepil. Dergelijk onderzoek lijkt ook zinvol, omdat psychologische en sociale factoren een grote rol spelen in het vóórkomen van premenstruele symptomen; er is sprake van een – geringe – psychiatrische problematiek in het verleden, stressfactoren lijken een rol te spelen, er bestaan grote verschillen tussen vrouwen in het soort klachten dat op de voorgrond staat, en vrouwen reageren heel verschillend op toegediende placebo's. Het lijkt dan ook zinvol om bij de behandeling van premenstruele klachten aan psychologische en sociale factoren aandacht te schenken.

* Het Centrum voor Vrouwegezondheidszorg Aletta heeft daarom een informatiebrochure geschreven voor vrouwen: Baart I, Bransen E. Een boekje open over het premenstrueel syndroom. Utrecht: Aletta, 1989.

Er bestaat tegenwoordig een zekere mate van overeenstemming over de definitie van het PMS, maar er is ook nog steeds discussie over welke symptomen precies, op welke manier het PMS uitmaken. Het onderzoek naar definiëring, etiologie en behandeling van PMS gaat dan ook in volle hevigheid door.

Veel onderzoekers zijn niet in eerste instantie geïnteresseerd in het PMS zelf, maar meer in de biologische factoren die een rol spelen in psychische verschijnselen als depressies en angsten. Zij veronderstellen dat de menstruatiecycclus bij uitstek geschikt is om de relatie daartussen te onderzoeken. Zij speuren niet zozeer naar de ware aard van de 'ziekte' PMS, als wel naar factoren in het ontstaan van sommige premenstruele symptomen. Dergelijk gedifferentieerd onderzoek kan mogelijk in de toekomst meer uitsluitsel geven over de vraag welke symptomen nu precies de kern vormen van het PMS. Niet is uit te sluiten dat deze intensieve zoektocht uiteindelijk zal leiden tot een geneesmiddel voor een kleine groep specifieke premenstruele symptomen.

Andere onderzoekers betwisten deze strikt biomedische benadering; zij hanteren een ander uitgangspunt dat samengevat kan worden onder de term 'biopsychosociaal'. Zij gaan uit van de klachten die vrouwen uiten, en zoeken dan naar de biologische, psychologische en sociale componenten van die premenstruele klachten. Hun benadering heeft volgens mij een aantal voordelen:

- Er wordt uitgegaan van de klachten van alle vrouwen, zowel met prospectief onbevestigd als bevestigd PMS, en er wordt gezocht naar behandelingen die geëigend zijn voor specifieke groepen. Zo kan bijvoorbeeld onderzocht worden waarom vrouwen – ten onrechte – de zelfdiagnose PMS hanteren en wat dit eventueel voor gevolgen heeft voor de behandeling van hun klachten. Ook kan worden onderzocht waarom sommige vrouwen met prospectief bevestigd PMS van zichzelf vinden dat ze PMS hebben en andere niet, terwijl ze toch evenveel klachten hebben. Anders geformuleerd: zijn de symptomen wel van doorslaggevende aard om te klagen?

- Vanuit dit uitgangspunt wordt het ook

mogelijk om statische opvattingen over 'hormoonspiegels' en 'stemmingen' open te breken en de wederzijdse beïnvloeding van biologische en psychosociale factoren te onderzoeken.

- Het onderkennen van psychosociale factoren in de etiologie van het PMS maakt het mogelijk om deze bij de behandeling te betrekken.

Een biopsychosociale benadering van het PMS heeft geleid tot een aanzienlijke nuancering van het idee dat vrouwen voor en tijdens de menstruatie labiel zouden zijn. Er is een kleine groep vrouwen voor wie dit inderdaad opgaat. Meer in het algemeen geldt echter dat een dergelijke samenhang meer mythe dan wetenschap is.

Dankbetuiging

Met dank aan Drs. E.M. Bransen.

Literatuur

- ¹ Frank R. The hormonal causes of premenstrual tension. *Arch Neurol Psychiatry* 1931; 26: 1053-7.
- ² Dalton K, Greene R. The premenstrual syndrome. *Br Med J* 1953; i: 1007-13.
- ³ Baart I, Bransen E. Vrouwen, geneeskunde en menstruatie. Een medisch sociologische analyse van het premenstrueel syndroom. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1989.
- ⁴ Severino S, Moline M. Premenstrual syndrome. A clinician's guide. New York: Guilford Press, 1989.
- ⁵ Moos R. The development of a menstrual distress questionnaire. *Psychosom Med* 1968; 30: 853-67.
- ⁶ Zimmerman E, Parlee M. Behavioral changes associated with the menstrual cycle. An experimental investigation. *J Appl Soc Psychol* 1973; 3: 335-44.
- ⁷ Aubuchon P, Calhoun K. Menstrual cycle symptomatology. The role of social expectancy and experimental demand characteristics. *Psychosom Med* 1985; 47: 35-45.
- ⁸ Markum R. Assessment of the reliability of and the effect of neutral instructions on the symptom ratings of the Moos Menstrual Distress Questionnaire. *Psychosom Med* 1976; 38: 163-72.
- ⁹ Chernovetz M, Waren H, Hansson R. Predictability, attentional focus, sex role

- orientation, and menstrual related stress. *Psychosom Med* 1979; 41: 383-91.
- ¹⁰ Rubinow D, Roy-Byrne P. Premenstrual syndromes. Overview from a methodological perspective. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 163-72.
- ¹¹ Halbreich U, Endicott J. Methodological issues in studies of premenstrual changes. *Psychoneuroendocrinology* 1985; 10: 15-32.
- ¹² Rossi A, Rossi P. Body time and social time: mood patterns by menstrual cycle phase and day of the week. *Soc Science Res* 1977; 6: 273-308.
- ¹³ May R. Mood shifts and the menstrual cycle. *J Psychosom Res* 1976; 20: 125-30.
- ¹⁴ Van den Boogaard T, Bijleveld C. Daily menstrual symptom measures in women and men using an extended version of Moos's instruments. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1988; 7: 103-10.
- ¹⁵ Sommer B. How does menstruation affect cognitive competence and psychophysiological response? In: Golub S, ed. *Lifting the curse of menstruation*. New York: Harrington Press, 1985.
- ¹⁶ Wilcoxon L, Schrader S, Sherif C. Daily self-reports on activities, life events, moods and somatic changes during the menstrual cycle. *Psychosom Med* 1976; 38: 399-417.
- ¹⁷ Golub S. The magnitude of premenstrual anxiety and depression. *Psychosom Med* 1979; 41: 369-81.
- ¹⁸ Schilling K. What is a real difference? Content or method in menstrual findings. Komnenich P. et al. (eds.). *The menstrual cycle volume 2*. New York: Springer, 1981.
- ¹⁹ Clare A. Psychological aspects of women with the premenstrual syndrome. *Curr Med Res Opin* 1983; 6(suppl 5): 10-9.
- ²⁰ Clare A. Psychiatric and social aspects of premenstrual complaint. *Psychol Med* 1983; 4: 3-52.
- ²¹ Reid R, Yen S. Premenstrual syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 139: 85-104.
- ²² Halbreich U, Endicott J. The biology of premenstrual changes. What do we really know? In: Howard J, Osofsky H, Blumenthal S, eds. *Premenstrual syndrome. Current findings and future directions*. Washington: American Psychiatric Press, 1985.
- ²³ Haskett R, Ablanalp J. Premenstrual tension syndrome. Diagnostic criteria and selection of research subjects. *Psychiatry Res* 1983; 9: 125-38.
- ²⁴ Brooks-Gunn J. Differentiating premenstrual symptoms and syndromes. *Psychosom Med* 1986; 48: 385-7.
- ²⁵ Te Velde ER, Schagen van Leeuwen JH, Kop JH, Van der Ploeg HM. Strategies in selecting patients with the premenstrual syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1989; 10 suppl 1.
- ²⁶ Schnurr P. Measurement of cyclicity in the diagnosis of premenstrual syndrome. In: Van Hall E, Everaerd W, eds. *The free woman: women's health in the 1990's*. Carnforth: Parthenon, 1989.
- ²⁷ Walker A, Bancroft J. Relationship between premenstrual symptoms and oral contraceptive use: A controlled study. *Psychosom Med* 1990; 52: 86-96.
- ²⁸ Metcalf M, Livesey J, Hudson S. The premenstrual syndrome before and after hysterectomy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1988; 9: 43-50.
- ²⁹ Logue C, Moos R. Perimenstrual symptoms: prevalence and risk factors. *Psychosom Med* 1986; 48: 388-414.
- ³⁰ Janinger O, Rifenburg R, Kersh R. Cross-cultural study of premenstrual symptoms. *Psychosomatics* 1972; 13: 226-35.
- ³¹ Hasin M, Dennerstein L, Gotts G. Menstrual cycle related complaints: a cross-cultural study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1988; 9: 35-42.
- ³² Nicolai NJ, Nolen WA, Van Hall EV. Premenstruele syndromen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 743-7.
- ³³ Ruble D. Premenstrual symptoms. A reinterpretation. *Science* 1977; 197: 291-2.
- ³⁴ Ruble D, Brooks-Gunn J. Menstrual symptoms. A social cognition analysis. *J Behav Med* 1979; 2: 171-94.
- ³⁵ Koeske R, Koeske G. An attributional approach to moods and the menstrual cycle. *Person Soc Psychol* 1975; 31: 474-8.
- ³⁶ Rubinow D, Roy-Byrne P, Hoban C, et al. Menstrually related mood disorders. In: Howard J, Osofsky H, Blumenthal S, eds. *Premenstrual syndrome. Current findings and future directions*. Washington: American Psychiatric Press, 1985.
- menstrual syndrome. Current findings and future directions. Washington: American Psychiatric Press, 1985.
- ³⁷ Hart W, Coleman G, Russell J. Psychiatric screening in the premenstrual syndrome. *Med J Aust* 1987; 146: 518-22.
- ³⁸ Brooks-Gunn J, Ruble D. The menstrual attitude questionnaire. *Psychosom Med* 1980; 42, 5: 503-12.
- ³⁹ DeJong R, Rubinow D, Roy-Birne P, et al. Premenstrual mood disorder and psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1359-61.
- ⁴⁰ Schnurr P. Some correlates of prospectively defined premenstrual syndrome. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 491-4.
- ⁴¹ Keye W, Hammond D, Strong T. Medical and psychologic characteristics of women presenting with premenstrual symptoms. *Obstet Gynecol* 1986; 68: 634-7.
- ⁴² Harrison WM, Rabkin JG, Endicott J. Psychiatric evaluation of premenstrual changes. *Psychosomatics* 1985; 26: 789-99.
- ⁴³ Halbreich U, Endicott J. Future directions in the study of premenstrual changes. *Psychopharmacol Bull* 1982; 18: 121-3.
- ⁴⁴ Metcalf M, Hudson S. The premenstrual syndrome: selection of women for treatment trials. *J Psychosom Res* 1985; 29: 631-8.
- ⁴⁵ Osofsky H, Keppel W. Psychiatric and gynaecological evaluation and management of premenstrual symptoms. Howard J, Osofsky H, Blumenthal S, eds. *Premenstrual syndrome. Current findings and future directions*. Washington: American Psychiatric Press, 1985.
- ⁴⁶ Stout AL. Psychiatric diagnoses and personality factors associated with premenstrual syndrome. In: Van Hall EV, Everaerd W, eds. *The free woman: women's health in the 1990's*. Carnforth: Parthenon, 1989.
- ⁴⁷ Halbreich U, Endicott J. Relationship of dysphoric premenstrual changes to depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 71: 331-8.
- ⁴⁸ Corney RH, Stanton R, Newell R, Clare AW. Comparison of progesterone, placebo and behavioral psychotherapy in the treatment of premenstrual syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1990; 3: 211-20. ■