

# Premenstruellt dysforiskt syndrom – dold sjukdom eller säljande idé?

KARIN FESTIN, AT-läkare,  
Vrinnevisjukhuset, Norrköping  
karin.festin@lio.se  
BIRGITTA HOVELIUS, professor,

distriktsläkare, avdelningen för  
allmänmedicin, Universitets-  
sjukhuset i Lund  
birgitta.hovelius@med.lu.se

Menstruationen kopplas ofta till kroppsliga reaktioner. I undersökningar har upp till 95 procent av kvinnorna uppgett något besvär i samband med den premenstruella lutealfasen [1]. Besvären har sammanfattats under »diagnosen« PMS (premenstruella symtom). Cirka 2–18 procent av kvinnor anges lida av mer uttalade besvär, som kategoriseras som PMDD (premenstrual dysphoric disorder) eller PMD (premenstruell dysfori), dvs påtagliga psykiska besvär som inverkar menligt på livssituationen.

PMDD har ofta kommenterats i dagspressen. Aftonbladet (5 maj 2002) skriver att »upp till åtta procent drabbas av ett okänt syndrom före mens« och att »kvinnan känner sig labil, faller lättare i gråt och får aggressionsutbrott«. Det framförs att ca 5 procent av alla fertila kvinnor har så svåra besvär att de kan drabbas av självmordstankar dagarna före menstruationen. I Dagens Medicin (25 maj 2005) presenteras en avhandling om premenstruell dysfori av en gynekolog, som anges hävda att »premenstruella besvär är ett dolt folkhälsoproblem med betydande konsekvenser för de drabbade och samhället«. Dagens Nyheter (1 dec 2005) rapporterar från riksstämman: »Lyckopiller lindrar svåra PMS-besvär«, enligt en studie av en klinisk farmakolog. Det anges att underförskrivningen av SSRI vid PMDD beror på okunskap hos läkare. I samband med en rapport om ett nytt p-piller 2006 uppmärksammades PMDD i Aftonbladet (Figur 1). Avsikten med denna artikel är att i biomedicinskt och genusvetenskapligt perspektiv diskutera definitioner, förekomst, symtomatologi, förklaringsmodeller och behandling av PMDD. Dessutom är avsikten att diskutera hur denna »diagnos« marknadsförs.

## PMDD, PMD, PMS – definitioner

Den som först beskrev premenstruella besvär (premenstrual tension) var psykiatern Frank på 1930-talet i USA [2]. Han skrev: »Not only do they realize their own suffering, but they feel conscience-stricken toward their husbands and families...«. PMDD definieras i DSM-IV (1994) utifrån fyra kriterier (A–D). Kriterium A innebär minst fem av elva psykologiska/fysiologiska symtom, kriterium B påverkan på familj/skola/arbete, kriterium C att besvären inte är en exacerbation av psy-

kisk sjukdom och kriterium D att besvären förekommer under minst två prospektiva cykler. Inom bl a svensk forskning har denna definition av PMDD ifrågasatts. För diagnosen premenstruell dysfori (PMD) har ett av symtomen irritabilitet eller nedstämdhet angetts vara tillräckligt, under förutsättning att besvären påverkar familj/skola/arbete [3, 4].

I vetenskaplig litteratur finns ingen skarp gräns mellan PMS och PMDD. Besvären behandlas ofta som en entitet, t ex i en avhandling om GABA-receptorernas sensitivitet [5]. Sveinsdóttir [6] karakteriserar PMS som lättare besvär i form av ömma bröst, svullnad och huvudvärk, medan PMDD står för irritabilitet, dysfori och labilitet i humöret som inverkar menligt på livssituationen. Hartlage och medarbetare [7] påpekar i kritik riktad mot DSM-kriterierna att dessa borde korrelera bättre med de symtom som behandlingssökande kvinnor anger och framhåller att irritabilitet och ilska är vanligare än nedstämdhet. Halbreich och medarbetare [8] förespråkar att diagnosen ställs utifrån lidande och social begränsning och inte på kriteriebasis. Johnson [9] använder sig inte av termen PMDD utan indelar tillståndet i lätt, måttlig och svår PMS.

## Hur vanligt är PMDD?

30–95 procent av alla kvinnor rapporteras ha enstaka eller mindre allvarliga premenstruella problem [1, 4, 6, 9–12]. Prevalensen av PMDD enligt DSM-IV anges ofta till 3–5 procent. Om man vidgar begreppet PMDD till de kvinnor som inte har fem symtom, men kriterierna B–D, ökar prevalensen till 18 procent [8]. PMDD ses i alla åldersgrupper, men det är vanligast att kvinnor söker hjälp i 30-årsåldern. De beskriver ofta att de haft symtom en längre tid innan de vände sig till vården [2, 9].

## Grälsjuka och 200 andra symtom

De olika symtom som härleds till PMS/PMDD har uppskattats till 200–300 [8]. De vanligaste är irritabilitet, nedstämdhet, affektiv labilitet och minskad impuls kontroll [4, 9]. I en medicinsk lärobok [12] anges »grälsjuka« som ett symtom och andra är emotionell instabilitet, intolerans, gråtattacker, ökat sömnbehov och initiativlöshet. Några författare har angivit t ex apitförändringar, sömnstörning, fumlighet, dåligt minne och panikattacker. Fysiska symtom inkluderar ömma bröst, huvudvärk, bäckensmäta och vätskeretention med svullnad och viktuppgång [2, 12]. Andra författare framhåller att positiva förändringar i form av ökad energi, produktivitet, sexuell lust, kreativitet och fantasifulla drömmar kan överväga i den premenstruella fasen [2, 6, 10, 12, 13]. Flera forskare har intresserat sig för om den kognitiva funktionen påverkas premenstru-

## SAMMANFATTAT

**PMDD**, premenstruellt dysforiskt syndrom, rapporteras förekomma hos 2–18 procent av kvinnor, beroende på studier, utformning och frågeställningar.

**Orsaken till PMDD** är okänd. Hormonnivåer, avvikande känslighet för könshormon i hjärnan och premenstruell försämring av en redan befintlig psykisk sjukdom har diskuterats.

**PMDD kan vara** en »konstruerad sjukdom« – de psykiska

besvären kan vara inlärda – som resultat av sociokulturella föreställningar om kvinnors avvikande biologi och negativa uppfattningar om menstruationen.

**PMDD kan i** genusvetenskapligt, kritiskt perspektiv uppfattas som ett resultat av att sälja sjukdom (disease mongering) och indikationsutvidgning (diagnostic bracket creep), vilket innebär risker för medikalisering och sjukliggörande av kvinnor.

ellt. Slutsatsen har huvudsakligen varit att den inte påverkas. Det har angetts att svåra PMS-symtom skulle ge upphov till lägre produktivitet, men studier har visat att PMS inte medförde fler sjukdagar eller mer sjukvård. En förklaring kan vara att PMS framför allt ger upphov till problem i familjelivet [8].

## PMDD och depression

Critchlow och medarbetare [14] fann att kvinnor med PMDD ofta haft en egentlig depression. Däremot hade kvinnor med PMDD inte högre förekomst av personlighetsstörning. De Ronchi och medarbetare [15] fann genom intervjuer att det hos kvinnor med PMDD fanns en tendens till subklinisk depression över hela cykeln. En uppföljning av kvinnor med PMDD och friska kontroller visade att kvinnorna med PMDD utvecklade depression i större utsträckning än kontrollerna [16]. Yonkers [17] fann att kvinnor med PMDD oftare hade haft depression och att familjeanamnes på förstämningssyndrom förekom. Det har rapporterats en högre frekvens av självmordstankar och självmord hos kvinnor i premenstruell fas [3], men det finns inga säkra belägg för detta i publicerade artiklar.

## Biomedicinsk förklaringsmodell

Idag kan forskare inte enas om orsak, definition eller behandling av PMS/PMDD [2, 10, 12]. Många försök till förklaringar har framförts: låga progesteronnivåer, höga östrogennivåer, fallande östrogenhalter, förändring i östrogen-progesteronbalansen, ökad aldosteroninsöndring, progesteronmetaboliten pregnanolon, testosteron, ökad renin-angiotensinaktivitet, ökad adrenal aktivitet, endogent endorfinbortfall, subklinisk hypoglykemi, centrala förändringar i katekolaminivåer, prostaglandin svar, högt prolaktin och vitamin B<sub>6</sub>-brist. PMS/PMDD behöver inte vara en enda »sjukdom« utan en samling av fysiska och psykiska förändringar med olika etiologi. PMS kan ha biologisk etiologi men med psykologiska påslagningar.

Andra biomedicinska förklaringsförsök är att vissa kvinnor är mer känsliga för neuroendokrina och hormonella förändringar [2]. Av detta framgår att förklaringsmodellerna till de psykiska besvären i medicinsk litteratur är mycket varierande – från strikt biologiska till mer eller mindre sociala/konstruktivistiska. Lutealfasspecifika hormonella abnormiteter vid PMS har inte säkert kunnat påvisas. Rubinow och medarbetare [18] undersökte om lutealfas är nödvändig för att drabbas av PMS. Lutealfasen eliminerades hos kvinnor med känd PMS genom tillförsel av en progesteronantagonist i kombination med humant koriongonadotropin (hCG). Kvinnorna rapporterade besvär under den experimentellt konstruerade follikelfasen, vilket talar för att lutealfas inte är obligat för uppkomst av symptom. Tidigare forskning har dock visat att en hämning av ovulationen ger symtomfrihet, och GnRH har använts för att behandla svår PMS [12].

## Genusperspektiv som förklaringsmodell

Flertalet författare med genusperspektiv menar att hormonella svängningar eller hormonell obalans är relativt oväsentliga för kvinnor och att studier där man påvisat sådana kopplingar är utförda med undermåliga metoder [19].

I en studie med neutralt eller positivt laddade frågor i ett frågeformulär inkluderades män och kvinnor, de senare med respektive utan p-piller. Konklusionen blev att det förekom humörsvängningar hos alla deltagarna, med variationer från dag till dag och under dagens lopp. Retrospektivt rapporterade kvinnorna ofta PMS, något som dock inte överensstämde med deras tidigare dagboksanteckningar. Det mest uttalade mönstret i humörförändringarna hos både kvinnor och män var att de mätte sämst på måndagar och bäst på fredagar [20]. Att ste-



Figur 1. Artikel i Aftonbladet 26 april 2006.

reotypa föreställningar om psykologiska förändringar före och i samband med menstruationen är vanliga i västvärlden har visats i flera studier. Detta anges kunna förklaras av att kulturen socialiserar fram förväntningar på irritabilitet och depression till den premenstruella fasen. Det har hävdats att västvärldens kvinnor med PMS är unika. En översikt gjord av WHO visade att fysiska symtom i samband med menstruation rapporterades av kvinnor över hela världen, däremot inte humörförändringar. Kvinnor i utvecklingsländer som rapporterade humörförändringar förlade dessa till menstruationens start snarare än premenstruellt [6].

I en aktuell prospektiv studie i USA [13] där 900 slumpvis utvalda kvinnor ur befolkningen fick skatta 50 PMS-/PMDD-symtom förelåg de mest uttalade negativa förändringarna på första menstruationsdagen, med spridning tre dagar före menstruationsstart och två dagar in på menstruationen. Resultatet skiljer sig från uppfattningen att symptomen är mest uttalade under lutealfasen. Konklusionen blev att man måste ge akt på hur man producerar medvetna eller omedvetna snedvridningar (bias) genom påståendenas laddning och genom att förut-sätta ett tillståndens existens (t ex PMS).

Kvinnor med PMS har stark tro på en biologisk förklaring till de problem de upplever före menstruationen. Det finns också en tendens att använda PMS som förklaring till beteenden som inte är traditionellt kvinnliga, t ex ilska. Detta kan leda till att problem i kvinnors livsvillkor/livssituation bagatelliseras. Symtom som irritabilitet, nedstämdhet och ilska kan ses som ett språk med vilket kvinnor försöker förmedla sina känslor [6].

PMS i relation till andra kategorier, som samhällsklass, etnicitet, religion, sexuell läggning och hudfärg, är mycket lite studerat. I en kvalitativ studie utförd i Zimbabwe tillfrågades yrkesutbildade och icke-yrkesutbildade kvinnor om sina menstruella erfarenheter. Här framträdde problem relaterade till hemlighetsmakeri och negativism runt menstruationen. De med högre utbildning rapporterade fler psykologiska symtom än de med lägre utbildning [21].

I en isländsk studie intervjuades friska kvinnor om PMS i individuellt och generellt perspektiv. Resultaten pekade på att den offentliga debatten baseras på en negativ, stereotyp syn på PMS och att kvinnor deltar i och vidmakthåller konstruktionen genom sina beskrivningar av egna och andras upplevelser [6].

## Behandlingsstrategier

Försök att behandla PMS har gjorts med diverse metoder, från operation med borttagning av ovarier [9] till qigongterapi [22].

En god patient-läkarrelation, med förståelse av kvinnans besvär och livsvillkor, anses vara det viktigaste instrumentet i diagnostiken och behandlingen av PMDD [12]. Många livsstilsförändringar har föreslagits, t ex minskat koffeininlag, rökstopp, ökad motion, stressreduktion [10], minskat salt-sockerintag och minskat alkoholintag. Kognitiv beteendeterapi, individuellt eller i grupp, har visats ha effekt [9, 23, 24].

Det finns olika strategier för farmakologisk behandling vid PMDD, och i första hand rekommenderas intermittent lågdosbehandling med selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) [2, 12]. Fluoxetin i dosen 20 mg ger lika god effekt som i dosen 60 mg, och 60 procent av kvinnor med PMDD erhåller symptomreduktion [9, 12, 25-29]. Cochranerapporten från 2002 [1] inkluderade tio studier (844 kvinnor) och visade god effekt av SSRI. Avbruten behandling på grund av biverkningar var två och en halv gång vanligare i behandlingsgruppen än i placebo-gruppen, särskilt i samband med högre doser. I vissa fall har även venlafaxin (serotonerg och noradrenerg effekt) visats effektiv. Initiala biverkningar och biverkningar i det långa perspektivet (t ex sexuella störningar) var mindre vanliga vid intermitterande medicinering [3].

Kognitiv beteendeterapi och SSRI har jämförts i en studie, som visade att SSRI hade snabbare effekt men att effekten av kognitiv terapi kvarstod längre. Det var ingen fördel att kombinera dessa båda behandlingar [23, 24].

## SSRI rekommenderas – indikation saknas

SSRI är godkänt för behandling av PMDD i USA, Australien och några europeiska länder – men inte i Sverige. European Medicines Agency (EMA) har inte godkänt SSRI för behandling av PMDD, bl a med motiveringen att PMDD inte finns med i ICD-10, att PMDD »only is a research diagnosis in DSM-IV« och att kvinnor »with less severe pre-menstrual symptoms might erroneously receive a diagnosis of PMDD resulting in widespread inappropriate short- and long-term use of fluoxetine« [30]. SSRI för behandling av PMDD i Sverige har rekommenderats framför allt av gynekologer och kliniska farmakologer.

I en artikel i Läkartidningen [3] hävdas att SSRI nu erbjuder en effektiv och skonsam behandling vid premenstruell dysfori. I Bakgrundsmaterial till Skånelistan 2006 [31] framhålls SSRI i ett avsnitt med rubriken PMS. Här anges att ingen känd orsak har identifierats men att orsaken »sammanhänger med progesteroninsöndringen på ett komplext sätt«. Både SSRI och antidepressiva med adrenerg profil (SNRI) anges ha god effekt på de psykiska symtomen.

I en avhandling från 2005 [4] betraktas PMDD som ett viktigt hälsoproblem med konsekvenser för den enskilda personens ekonomi, sociala interaktion och jämställdhet såväl som för samhället som helhet. SSRI framhålls som den mest effektiva behandlingen. I ett avsnitt om premenstruellt syndrom i en medicinsk lärobok [12] anges att 7–10 procent önskar någon slags behandling för sina besvär och att 3–5 procent kan anses lida av PMDD. Den läkemedelsbehandling som i första hand rekommenderas är SSRI. I Läkartidningens boken 2005–2006 anges under rubriken »Premenstruell spänning« att såväl traditionella antidepressiva som SSRI har god effekt, även vid låg dosering och vid cyklisk behandling. Det anges att detta inte är en godkänd indikation.

## Problem och felkällor i studierna

Prospektiv respektive retrospektiv studiedesign ger stora skillnader i prevalensen av PMS/PMDD. Med retrospektiva metoder har man rapporterat en prevalens på 30–95 procent och med prospektiva en prevalens på 2–12 procent. Skillnaderna anses bero på sociokulturella faktorer, med ökad rapportering

vid retrospektiva skattningar [6]. Kvinnor som tror att de är i premenstruell fas rapporterar fler symtom än kvinnor som inte tror detta. Psykologiska och kulturella komponenters betydelse framgår också av att ju mer kvinnor kopplar negativa känslor till den premenstruella fasen, desto mer av symtom har de. Både män och kvinnor relaterar negativa humörförändringar till den premenstruella perioden och har en tendens att tona ner sociala orsaksfaktorer och lägga större vikt vid biologin [6]. I intervjuer med läkarpar fann Eriksson [32] att konflikter i parrelationen tillskrevs kvinnans cyklicitet och mannens envishet.

Flertalet studier av PMS/PMDD är inriktade på menstruationscykeln och symtomen och går inte in på kvinnornas livssituation eller kontext. Det finns få kvalitativa studier. I en översikt av artiklar på Medline (1990–2000) rapporterade Sveinsdóttir [6] att endast fem av de drygt 800 artiklarna om PMS var kvalitativt inriktade med sökord som »qualitative«, »interview« och »discourse«. Sociokulturella faktorer, attityder och upplevelser av menstruationen har i mycket begränsad omfattning vägt in i studierna.

Yonkers och medarbetare [33] ville med sin studie synliggöra det urval av individer som rekryteras till studier. Bland 426 kvinnor med PMS på gynekologiska primärvårdsmottagningar ville endast 10 procent ställa upp i en studie med mindre krävande design. Av de 41 kvinnor som deltog var det endast nio som fullföljde studien.

## Menstruation, kropp och genus

Fram till 1800-talet betraktades menstruationen inte som något patologiskt, även om menstruationsblodet i sig var starkt förknippat med smuts och förorening. Själva processen att menstruera ansågs vara hälsosam [34]. Sjukliggörandet och medikaliseringen av menstruationen efter gynekologins framväxt under 1800-talet är framträdande [35, 36]. Sveriges första kvinnliga läkare Karolina Widerström skrev i slutet av 1800-talet en artikel, »Om menstruationen och dess hygien«, i den radikala tidskriften Idun. Redaktören såg sig tvungen att be om ursäkt på grund av häftiga reaktioner från läsarna [36]. »Medan hälsa framstod som den manliga kroppens normalstatus framstod periodicitet, labilitet och konstitutionell svaghet som kvinnans signum« [37]. Att diskutera premenstruella besvär i relation till make och familj var aktuellt redan på 1930-talet, då premenstruell spänning beskrevs, och har återupptagits i den nuvarande forskningen kring PMDD [2].

Vid analys av innehållet i moderna medicinska läroböcker fann Martin på 1980-talet [38] att biologiska förhållanden hos kvinnor (som menstruation) framställs i negativa termer, medan motsvarande förhållanden hos mannen (som spermatogenesis) redovisas i positiva termer. Att se menstruationen som ett »nödvändigt ont« är den gängse attityden idag, vilket bl a märks i det mediebrus som omger oss.

Föreställningar och förväntningar om vad som är »manligt« respektive »kvinnligt« är något som genomsyrar samhället på alla nivåer och även vetenskapsteori och forskning [39]. Socialt konstruerade femininiteter och maskuliniteter cementerar de tankar som styr vår förståelse av sjuklighet, behandlingsstrategier och enskilda patienters upplevelser [40]. Enligt sociobiologiska teorier är kvinnlighet av biologiskt ursprung. Kvinnan blir i sådan teoribildning fångad i sin biologiska

## PMS/PMDD – »inlärda besvär«

Det finns många problem med den socialkonstruktivistiska uppfattningen att kvinnors erfarenheter och upplevelser är konstruktioner. Resonemanget uppskattas i allmänhet inte av kvinnor, särskilt inte av dem som har besvär. De kan känna sig



Figur 2. Annonst till allmänheten för SSRI-preparat i USA.

anklagade för att de »inbillar sig« att de har besvär i stället för att reflektera över om deras besvär skulle kunna vara »inlärda« eller »tillskrivna dem« som ett resultat av biomedicinsk vetenskap och praktik. Trots dessa svårigheter med socialkonstruktivistiska förklaringsmodeller är det mycket problematiskt att helt förlita sig på biomedicinska modeller som bygger på hypotetisk-deduktiva metoder.

### Att sälja sjukdom

I västvärlden har marknaden i allt större utsträckning börjat tillämpa en aggressiv marknadsföring för att sälja sina produkter. Även läkemedelsföretagen har gjort en förflyttning av fokus. Från att i huvudsak ha ägnat sig åt att skapa läkemedel har man gått mot att skapa tillstånd, sjukdomar och diagnoser, för vilka lindring erbjuds. Att sälja sjukdom (disease mongering) kan inkludera att framställa normala krämpor som allvarliga sjukdomar, att betrakta risker som sjukdom och att transformera personliga problem till medicinska problem [41, 42].

Industrin hävdar att 4,5 miljoner kvinnor i USA lider av PMDD och att 89 procent fortfarande går utan diagnos och utan behandling. 90 procent av dem som behandlas är vita och har fått diagnos och behandling av en gynekolog (52 procent), en allmänläkare (40 procent) eller, i undantagsfall, en psykiater (6 procent) [8].

### Indikationsutvidgning

Uttrycket »diagnostic bracket creep« myntades på 1990-talet och innebär att en ny medicin ger upphov till en utsuddning av klara diagnostiska distinktioner när det visar sig att substansen kan ha effekt vid allt fler tillstånd [43]. Detta uttryck gäller i hög grad för SSRI som, efter att ha blivit godkänt av amerikanska läkemedelsverket för behandling av depression 1987, har befunnits verksamt vid en lång rad andra psykiatriska tillstånd, som tvångssyndrom, generaliserat ångestsyndrom och PMDD. PMDD blev godkänt som indikation 2000 i USA (Figur 2).

För att minska stigmatiseringen av kvinnor som behandlas med SSRI beskrevs kvinnorna i reklamen som frigjorda och jämlika, tex att behandlingen »ger tillbaka« kvinnan hennes förlorade »produktiva dagar«. Kvinnor som upplevt god effekt av SSRI beskrev behovet av medicinering främst i relation till sin funktion som maka eller mor, som »att min behandling var nödvändig för min familjs fortsatta funktion«.

Reklam och populärvetenskapliga artiklar om Prozac åren 1987–2000 porträtterade kvinnorna endast som vita och medelålders och som ville ha/hade fått hjälp med SSRI för problem relaterade till familj, menstruation eller moderskap, medan

män kopplades samman med att de sökt hjälp för aggression och problem med idrottsprestationer [43].

### Konklusion

PMS/PMDD är en komplex erfarenhet och inte lätt att definiera. PMDD kan vara en säljande uppfinning – de psykiska besvären kan vara inlärda – som resultat av sociokulturella föreställningar om kvinnors avvikande biologi och negativa uppfattningar om menstruationen. Det är angeläget att inom teoretisk och praktisk medicin vara kritisk mot införandet av nya diagnoser och behandlingar. Läkare bör uppmärksamma kvinnor på de möjligheter som finns att förändra frustrerande faktorer i livssituationen, så att medikalisering och sjukliggörande av kvinnor med PMS undviks.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

- Wyatt KM, Dimmock PW, O'Brien PM. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(4):CD001396.
- Bobak IM, Jensen MD, Lowdermilk DL, Perry SE. *Maternity & women's health care.* 8th ed. St Louis, USA: Elsevier Health Sciences; 2003.
- Eriksson E, Andersch B, Ho H, Landén M, Sundblad C. Serotoninupptagshämmare ger snabb lindring vid premenstruell dysfori. Rön som belyser hur könshormonrelaterat beteende moduleras av serotonin. *Läkartidningen.* 2001;98:3524-30.
- Eriksson O. *Studies on premenstrual dysphoria.* [avhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2005.
- Sveinsdóttir H. *Premenstrual syndrome: A myth or reality in womens lives? A community study on premenstrual experiences in Icelandic women* [avhandling]. Umeå: Umeå universitet; 2000.
- Hartlage SA, Arduino KE. *Toward the content validity of premenstrual dysphoric disorder: do anger and irritability more than depressed mood represent treatment-seekers' experiences?* *Psychological Reports.* 2002;90(1):189-202.
- Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. *The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD).* *Psychoneuroendocrinology.* 2003;28:1-23.
- Johnson SR. *Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder and beyond: a clinical primer for practitioners.* *Obstet Gynecol.* 2004;104:845-59.
- Bäckström T. *Premenstruellt syndrom.* I: Gottlieb C, Schoultz v B, redaktörer. *Öppenvårdsgynekologi.* Stockholm: Liber; 2004.
- Meaden PM, Hartlage SA, Cook-Karr J. *Timing and severity of symptoms associated with the menstrual cycle in a community-based sample in the Midwestern United States.* *Psychiatry Res.* 2005;134:27-36.
- Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA. *Estrogen-serotonin interactions: implication for affective regulation.* *Biol Psychiatry.* 1998;44:839-50.
- Stainton-Rogers W, Stainton-Rogers R. *Genuspsykiologi. Kön och sexualitet.* Lund: Studentlitteratur; 2002.
- Hunter MS, Ussher JM, Browne SJ, Cariss M, Jelley R, Katz M. *A randomized comparison of psychological (cognitive behavior therapy), medical (fluoxetine) and combined treatment for women with premenstrual dysphoric disorder.* *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2002; 23:193-9.
- Freeman EW, Sondheimer SJ. *Premenstrual dysphoric disorder: recognition and treatment.* *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2003;5:30-9.
- Eriksson K. *Kompetitiv och aggressiv? Att konstruera manlighet och bristfällighet eller normal kvinnlighet. I: Medicinsk genusforskning – teori och begreppsutveckling.* Stockholm: Vetenskapsrådet; 2004. p. 177-83. Rapport 2004:2.
- Johannisson K. *Den mörka kontinenten; kvinnan, medicinen och fin-de-siècle.* Stockholm: Norstedts; 1994.
- Malmberg D. *Skammens röda blomma? Menstruationen och den menstruerande kvinnan i svensk tradition* [avhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 1991.
- Martin E. *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction.* 3rd ed. Boston: Beacon Press; 2001.
- Hovellius B, Johannisson EE, redaktörer. *Kropp och genus i medicinen.* Lund: Studentlitteratur; 2004.
- Moynihan R, Heath I, Henry D. *Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering.* *BMJ.* 2002;324:886-91.
- Metzl J, Angel J. *Assessing the impact of SSRI antidepressants on popular notions on women's depressive illness.* *Soc Sci Med.* 2004;58:557-84.

Kommentera denna artikel på [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)