

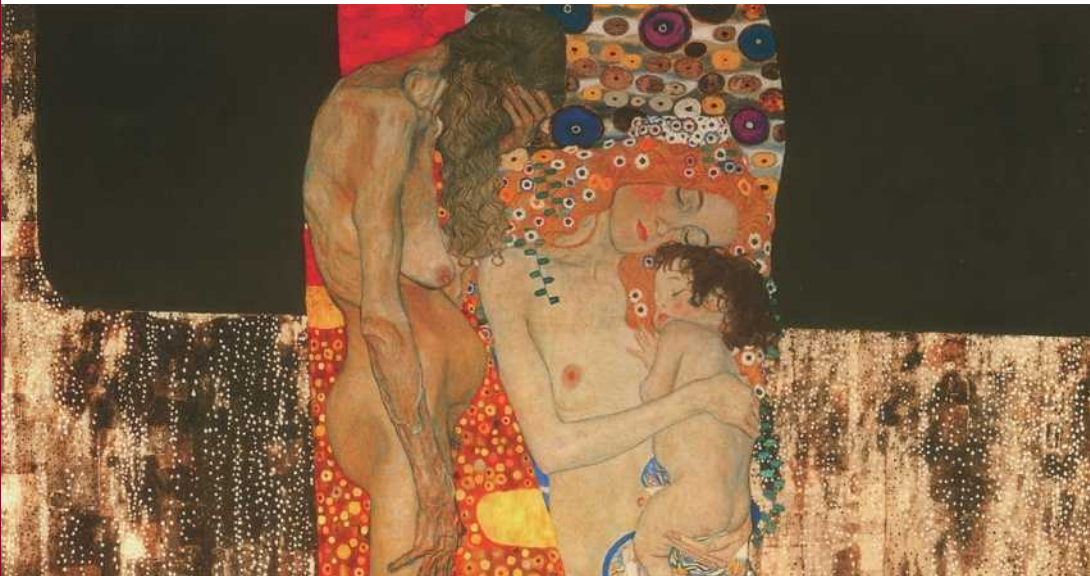
Rohde ■ Dorn ■ Hocke

Psychosomatik in der Gynäkologie

Kompaktes Wissen – Konkretes Handeln



Download-
Material



Rohde ■ Dorn ■ Hocke

Psychosomatik in der Gynäkologie

This page intentionally left blank

Rohde ■ Dorn ■ Hocke

Psychosomatik in der Gynäkologie

Kompaktes Wissen – Konkretes Handeln

Mit einem Geleitwort von
Prof. Dr. med. Heribert Kentenich

Mit 23 Abbildungen und 43 Tabellen

Zusätzlich zum Download finden Sie
Informationsblätter für Patientinnen unter
www.schattauer.de/3190

Prof. Dr. med. Anke Rohde

Gynäkologische Psychosomatik
Universitätsfrauenklinik Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn
anke.rohde@ukbonn.de

Dr. phil. Almut Dorn

Gynäkologische Psychosomatik
Beselerstraße 8, 22607 Hamburg
praxis@almutdorn.de

Dr. med. Andrea Hocke

Zentrum für Geburtshilfe und Frauen-
heilkunde der Universität Bonn
Universitätsfrauenklinik Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25
andrea.hocke@ukbonn.de



Ihre Meinung zu diesem Werk ist uns wichtig!
Wir freuen uns auf Ihr Feedback unter www.schattauer.de/feedback
oder direkt über QR-Code.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2017 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Lektorat: Dr. Daniela Kandels

Projektleitung: Dr. Nadja Urbani

Umschlagabbildung: Gustav Klimt: Les trois âges (Die drei Lebensalter der Frau), 1905

Satz: abavo GmbH, Buchloe

Druck und Einband: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten/Allgäu

Auch als E-Book erhältlich: ISBN 978-3-7945-9018-6

ISBN 978-3-7945-3190-5

Geleitwort

Der Begriff „Psychosomatik“ entzieht sich einer verbindlichen Definition. Im Allgemeinen versteht man darunter die Zusammenschau von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren, bezogen auf den Menschen in Gesundheit und in Krankheit – also das Begreifen des Menschen als ein Wesen, welches einen Körper (Soma) hat, bei dem aber dieser Körper nicht ohne seine Psyche oder seinen Geist verstanden werden kann. Schon eine Aufteilung des Menschen mit Lokalisierung der Psyche im Kopf und Betrachtung des Körpers als Rest des Menschen führt nicht weiter, weil der Mensch als Person immer nur als Einheit gesehen werden kann.

Im deutschen Sprachgebrauch wird die psychosomatische Medizin grundsätzlich auch als eine bestimmte Haltung auf der Grundlage einer interpersonellen Beziehung angesehen, die sich in der Kommunikation widerspiegelt. Diese Kommunikation bezieht sich in erster Linie auf die Patientin/den Patienten und die Ärztin/den Arzt. Übergreifender ist aber die Herangehensweise an die Kommunikation zwischen dem Umfeld der Patientin (Familie, Beruf, Umfeld) und dem Arzt/der Ärztin (ärztliche Praxis, Krankenhaus).

Das vorliegende Buch betont in den einleitenden Kapiteln die Bedeutung dieser Kommunikation und die Wichtigkeit, die Grundlagen der Kommunikation für die Patientin zu erfassen. Dies betrifft Fragen der Anamnese, aber auch des Gesprächsstils, des Settings und der im weiteren Verlauf sich ergebenden Interventionsmöglichkeiten auf verbaler Grundlage.

Im englischen Sprachgebrauch wird Psychosomatik (psychosomatische Medizin) in erster Linie störungsspezifisch aufgefasst – meist über Erkrankungen, in denen der Körper als Ausdrucksform von psychischem Geschehen, Veränderungen oder Konflikten gesehen wird. Diese würde man im engeren Sinne als somatoforme Störungen auffassen.

Die psychosomatische Medizin in Deutschland kommt historisch weitgehend aus der Inneren Medizin über die „Heidelberger Schule“ (Viktor von Weizsäcker). Die Psychoanalyse, die in der Mitte des vorigen Jahrhunderts das individuelle Verstehen von Krankheit und Gesundheit stark beeinflusste, hat auch das Verständnis der psychosomatischen Gynäkologie und Geburtshilfe mitgeprägt (Prill, Molinski).

Nun wäre es aber falsch verstandene Medizin, wenn man der Auffassung wäre, dass es nur eine spezifische Herangehensweise gäbe, um das Wechselverhältnis von Körper und Psyche in Gesundheit und Krankheit zu erfassen. Insofern haben sich die Berufsfelder der Gynäkologie, Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Psychologie, aber auch Hebammenwissenschaft, Sozialwissenschaften und Pflegewissenschaften einer Sichtweise geöffnet, den Menschen in seiner Vielfalt von körperlichen und psychischen Aspekten verstehen zu lernen und auf dieser Grundlage therapeutisch zu agieren.

Das vorliegende Buch ist in seiner praxisbezogenen Anwendung äußerst hilfreich, weil die Autorinnen die notwendigen Ergänzungen einer Gynäkologischen

Psychosomatik, die sich auch aus Psychiatrie und Psychologie ergeben, praxisorientiert darstellen. Diese Besonderheiten finden sich im Kapitel über besondere Konstellationen, wie z. B. den Gesprächsführungen bei der aggressiven Patientin, der Borderline-Patientin, der somatisierenden Patientin etc., wieder.

Jegliche Therapie ist gebunden an die Person des Therapeuten (Ärzte, Psychologinnen, aber auch Hebammen, Krankenschwestern etc.) sowie an die Psychotherapieverfahren. Dieses Buch stellt die wesentlichen Therapieverfahren dar, ergänzt um sehr wichtige Angaben zur Psychopharmakotherapie, die gerade für Frauenärztinnen und Frauenärzte für eine spezifische oder ergänzende medikamentösen Behandlung notwendig sind.

Weiter werden in den Kapiteln zu Lebensphasen (Schwangerschaft, Geburt) sowie zu Krisen (Menopause, Sterilität, Krebserkrankungen) spezifische Besonderheiten auf biopsychosozialer wie auf krankheitsspezifischer Grundlage dargestellt – mit der Verschiedenheit der therapeutischen Möglichkeiten im Sinne des Gesprächs, der Psychotherapie, aber auch der medikamentösen Therapie inklusive Hormontherapie.

Das vorliegende Buch kann als Beweis verstanden werden, dass die Medizin des 21. Jahrhunderts – hier Psychosomatik in der Gynäkologie – nicht „schulenspezifisch“ oder „richtungsspezifisch“ verstanden werden sollte, sondern dass das komplexe Verhältnis von dem, was wir „Körper“ und „Psyche“ nennen, nur auf der breiten Basis des zeitabhängigen Wissens verstanden werden und therapeutisch genutzt werden kann.

Berlin, im Frühjahr 2017

Prof. Dr. med. Heribert Kentenich

Abkürzungen

AGS	Adrenogenitales Syndrom
AIS	Androgen-Insensitivitäts-Syndrom
APA	American Psychiatric Association
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMI	Body-Mass-Index
BtG	Betreuungsgesetz
BZgA	Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung
CT	Computertomographie
CTG	Kardiotokogramm
DGPFG	Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
dgti	Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V.
DSD	Disorder of Sex Development
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen
EKG	Elektrokardiographie
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
EPMS	extrapyramidal-motorische Symptome
FDA	Federal Drug Administration
FSH	Follikel-stimulierendes Hormon
FzM	Frau-zu-Mann-Transsexualität
GABA	γ -Aminobuttersäure
GAS	Generalisierte Angststörung
GT	Gesprächspsychotherapie
HELLP	Haemolysis, Elevated Liver enzyme levels, Low Platelet count
HIV	humanes Immundefizienz-Virus
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
ICSI	intrazytoplasmatische Spermieninjektion
IFA	Interaktionsbezogene Fallarbeit

IUFT	intrauteriner Fruchttod
IUP	Intrauterinpessar
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MAO-Hemmer	Hemmstoffe der Monoaminoxidase
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkasse
MRT	Magnetresonanztomographie
MzF	Mann-zu-Frau-Transsexualität
NaSSA	noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva
p.c.	post conceptionem
PCO	polyzystische Ovarien
PDA	Periduralanästhesie
PITT	Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie
PMDS	Prämenstruelle dysphorische Störung
PMR	Progressive Muskelrelaxation
PMS	Prämenstruelles Syndrom
PND	Pränataldiagnostik
PNM	Pränatalmedizin
PPD	postpartale Depression
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
PTBS	Posttraumatisches Belastungssyndrom/Posttraumatische Belastungsstörung
SchKG	Schwangerschaftskonfliktgesetz
SKF	Sozialdienst katholischer Frauen
SNRI	selektiver Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SSA	Schwangerschaftsabbruch
SSRI	selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
SSW	Schwangerschaftswoche
StGB	Strafgesetzbuch
Tbl.	Tablette(n)
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
TSG	Transsexuellengesetz
VT	Verhaltenstherapie
VZO	Verkehr zum Optimum
WHI-Studie	Women's Health Initiative-Studie

Bildquellen

- Bild S. 1:** „Logo Gynäkologische Psychosomatik“ © Anke Rohde, Almut Dorn
- Bild S. 4:** „Gesprächssituation“ © Almut Dorn
- Bild S. 44:** „Selbstbildnis Januar 2005/„and yes it did affect my art“ © Corinna von der Groeben, Bonn
- Bild S. 77:** „Therapiesessel“ © Almut Dorn
- Bild S. 95:** „Medikamente“; Fotograf: Falko Matte © Fotolia.com
- Bild S. 108:** „Menstruationszyklus“ © Anke Rohde
- Bild S. 121:** © Gerrit Klemm, Universitätsklinikum Bonn
- Bild S. 127:** „Distel – thistle“; Fotograf: Yvonne Baumann © Fotolia.com
- Bild S. 136:** „Eizelle ICSI“; mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. M. Montag
- Bild S. 161:** © Almut Dorn
- Bild S. 185:** © Almut Dorn
- Bild S. 219:** © Andrea Hocke
- Bild S. 241:** „Plastisch-rekonstruktive Chirurgie“; mit freundlicher Genehmigung von PD Dr. K. Walgenbach, Universitätsfrauenklinik Bonn
- Bild S. 270:** „Milos venus paris france louvre“; Fotograf: apeschi © Fotolia.com
- Bild S. 304:** „Portrait of a female doctor/surgeon feeling down“; Fotograf: lightpoet © Fotolia.com
- Bild S. 321:** © Schattauer GmbH

Inhalt

1	Ziel des Buches und Erfahrungshintergrund.	1
2	Psychosomatische Gesprächsführung.	4
2.1	Anamneseerhebung.	4
2.1.1	Psychopathologischer Befund.	4
2.1.2	Psychiatrische Vorgeschichte	5
2.1.3	Psychozialer Hintergrund/Lebenssituation	10
2.1.4	Sexualanamnese	13
2.2	Gesprächsstil und Struktur	16
2.3	Verbale Interventionen/Gesprächstechniken	19
2.3.1	Explorierendes und stützendes Vorgehen	21
2.3.2	Normalisierung	21
2.3.3	Interpretation	22
2.3.4	Konfrontation	22
2.3.5	Förderung der Compliance	22
2.3.6	Brückenfragen.	23
2.4	Besondere Situationen: Das Gespräch mit	24
2.4.1	... der suizidalen Patientin	24
2.4.2	... der aggressiven Patientin	28
2.4.3	... der »Borderline-Patientin«.	30
2.4.4	... der psychotischen Patientin	31
2.4.5	... der somatisierenden Patientin	32
2.4.6	... der süchtigen Patientin	33
2.4.7	... der missbrauchten Patientin	35
2.4.8	... der vergewaltigten Patientin.	36
2.4.9	... der Patientin mit häuslicher Gewalterfahrung	37
2.4.10	... der Patientin in der Verlustsituation	38
2.4.11	... betroffenen oder trauernden Angehörigen	39
2.4.12	... der Patientin in der Palliativsituation	39
2.4.13	... der Patientin mit Migrationshintergrund.	40
2.4.14	... der minderjährigen Patientin	40
2.4.15	... der betagten Patientin	41
2.4.16	... der intelligenzgeminderten Patientin	42

3	Psychische Störungsbilder	44
3.1	Anpassungsstörungen (Reaktionen auf Belastungen)	45
3.1.1	Akute Belastungsreaktion («Schockreaktion»)	46
3.1.2	Depressive Reaktion (Reaktive Depression)	48
3.1.3	Posttraumatische Belastungsstörung	49
3.2	Angststörungen (Phobie, Panik und Generalisierte Angst)	50
3.2.1	Phobien	52
3.2.2	Panikstörung	54
3.2.3	Generalisierte Angststörung	56
3.3	Somatoforme Störungen (Schmerzen ohne ausreichendes somatisches Korrelat)	57
3.4	Essstörungen (zu viel, zu wenig ...)	57
3.5	Zwangsstörungen (stereotype Gedanken oder Verhaltensweisen)	60
3.6	Sexuelle Funktionsstörungen	62
3.7	Affektive Störungen (Depression und Manie)	62
3.7.1	Depressive Episode	63
3.7.2	Manie/Hypomanie	64
3.7.3	Rezidivierende affektive Störungen	64
3.8	Psychotische Störungen (Schizophrenie und mehr)	66
3.9	Suchterkrankungen/Substanzmissbrauch (Alkohol, Drogen und mehr)	67
3.9.1	Abhängigkeit und Entzugssyndrome	67
3.10	Persönlichkeitsstörungen	69
3.11	Artifizielle Störung (Symptome selbst herbeigeführt)	71
3.12	Demenz	73
3.13	Akute organisch begründete psychische Störung	75
4	Psychotherapieverfahren und Entspannungstechniken	77
4.1	Verhaltenstherapie	78
4.1.1	Reizexposition/Desensibilisierung	80
4.1.2	Kognitive Verhaltenstherapie	81
4.1.3	Euthyme Therapiemethoden	83
4.1.4	Die »dritte Welle der Verhaltenstherapie«	84
4.2	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	85

4.3	Analytische Therapie	86
4.4	Weitere Psychotherapie-Verfahren und -Techniken	86
4.4.1	Traumatherapie	87
4.4.2	Gesprächspsychotherapie	87
4.4.3	Systemische Therapie	88
4.4.4	Sexualtherapie	89
4.4.5	Hypnotherapie (Hypnose)	89
4.4.6	Psychologische Schmerztherapie	90
4.5	Entspannungstechniken	91
5	Psychopharmakotherapie	95
5.1	Tranquilizer/Hypnotika	95
5.2	Antidepressiva	97
5.3	Antipsychotika (Neuroleptika)	100
5.4	Affektstabilisatoren (Phasenprophylaktika)	102
5.5	Psychopharmakotherapie in der Schwangerschaft und Stillzeit	103
5.6	Erste Hilfe Psychopharmakotherapie	104
6	Prämenstruelles Syndrom und Prämenstruelle Dysphorische Störung	108
6.1	Prämenstruelles Syndrom (PMS)	108
6.2	Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS)	109
6.2.1	Häufigkeit und multifaktorielle Genese	110
6.2.2	Symptomatik und Diagnosekriterien	111
6.2.3	Diagnosesicherung durch Zyklusdokumentation	113
6.2.4	Therapiestrategien	113
6.2.5	Verlauf und Prognose	118
7	Kontrazeption/Sterilisation	121
7.1	Einfluss von Kontrazeptiva auf die Psyche	121
7.2	Kontrazeption bei psychischen Störungen	123
7.3	Psychische Aspekte der Sterilisation	124
7.4	Sterilisation von minderbegabten Frauen	125

8	Perimenopause	127
8.1	Relevanz klimakterischer Beschwerden	127
8.2	Psychosoziale Aspekte der Perimenopause	128
8.3	Psychische Symptome in der Perimenopause	128
8.4	Therapiestrategien	131
8.5	Auswirkungen auf die Sexualität	132
8.6	Die vorzeitige Menopause	133
8.7	Lebensqualität und Autonomie	134
9	Sterilität und Kinderwunschbehandlung	136
9.1	Psychische Begleiteffekte der Sterilität	136
9.2	Psychosomatische Betreuung im Überblick	139
9.3	Spezielle Betreuungsaspekte – vertieft	141
9.3.1	Subjektive Bedeutung des Kinderwunsches	142
9.3.2	Klärung von Ambivalenzen	143
9.3.3	Thematisierung erfolgloser Behandlungen	144
9.3.4	Besprechung alternativer Lebensplanung – Adoption, Gametenspende & Co. oder ganz ohne Kinder?	145
9.3.5	Begleitung während der Behandlungszyklen – die »Negativspirale«	147
9.3.6	Vorbereitung der Nachricht »nicht schwanger«	149
9.3.7	Das Behandlungsende	150
9.3.8	Sterilität und Sexualität	151
9.4	Behandlung im Ausland/»Reproduktives Reisen«	154
9.5	Alleinstehende Mütter/lesbische Paare	155
9.6	Fertilitätsprotektion und Social Freezing	156
9.7	Kinderwunschbehandlung bei psychischer Störung in der Vorgeschichte	157
10	Pränataldiagnostik/Pränatalmedizin	161
10.1	Beratung vor Pränataldiagnostik	162
10.2	Beratung bei pathologischem fetalem Befund	163
10.2.1	Medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch	165
10.2.2	Hilfe zur Entscheidungsfindung	167
10.2.3	Klare Begrifflichkeit	167
10.2.4	Neutrales Verhalten in der Beratung	168
10.2.5	Besprechung aller möglichen Alternativen und Zukunftsperspektiven	169
10.2.6	Gefühle thematisieren	170

10.2.7	Die Paarperspektive	171
10.2.8	Das Zeitfenster – ausreichend Zeit für die Entscheidungsfindung.	172
10.2.9	Das besondere Problem des Fetozids	173
10.2.10	Infauste Prognose.	173
10.3	Schwangerschaftsabbruch und Geburtseinleitung	175
10.4	Mehrlingsreduktion – eine spezielle Problematik	176
10.5	Peripartale Betreuung bei vorzeitiger Beendigung der Schwangerschaft	179
10.6	Besondere psychische Konstellationen	180
10.6.1	Die psychiatrisch-medizinische Indikation	180
10.6.2	Die kriminologische Indikation	181
10.6.3	Schwangerschaftsabbruch bei psychischer Vorerkrankung	182
11	Schwangerschaft	185
11.1	Die »normale« psychische Labilität in der Schwangerschaft	185
11.2	Erstmals in der Schwangerschaft psychisch krank	187
11.3	Schwangerschaft bei psychischer Vorerkrankung	189
11.3.1	Psychopharmaka in der Schwangerschaft.	190
11.3.2	Peripartales Management – die Entbindung planen	194
11.4	Schwangerschaft bei vortraumatisierten Frauen	198
11.5	Verlust des Kindes – Fehlgeburt, Totgeburt, Schwangerschaftsabbruch.	200
11.6	Die angstbesetzte Folgeschwangerschaft	201
11.7	Die somatisch komplizierte Schwangerschaft.	204
11.8	Hyperemesis gravidarum	206
11.9	Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen	209
11.10	Die negierte Schwangerschaft	211
12	Postpartalzeit	219
12.1	Postpartale psychische Störungen im Überblick.	220
12.2	Babyblues.	222
12.3	Traumatisch erlebte Entbindung	224
12.4	Postpartale Depressionen	227
12.4.1	Prägnanztypen postpartaler Depressionen	230
12.4.2	Antidepressive Therapie und Stillen	235
12.5	Postpartale Psychosen	236
12.6	Depressive Reaktionen	237

13	Onkologische Erkrankungen	241
13.1	Wie sagt man es? – Die Diagnosemitteilung	241
13.1.1	Das SPIKES-Protokoll	242
13.1.2	Angehörige einbeziehen	246
13.2	Psychische Aspekte in den verschiedenen Krankheitsstadien	247
13.2.1	Die Diagnosestellung – ein Schock	247
13.2.2	Das Rezidiv – der Albtraum beginnt wieder.	249
13.2.3	Das präfinale bzw. finale Stadium – Abschiednehmen	250
13.3	Bewältigung einer Krebserkrankung	251
13.3.1	Bewältigungsmechanismen/Copingstrategien	253
13.3.2	Ressourcen – die persönlichen Hilfsstrategien	254
13.3.3	»Ich habe alles falsch gemacht!« – Subjektive Krankheitstheorien.	256
13.3.4	Körperliche Veränderungen	258
13.3.5	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	261
13.3.6	Sexualität und Krebs	263
13.3.7	Krebs und Schwangerschaft – Ambivalenz pur	264
13.3.8	Medikamentöse Strategien	267
14	Unterbauchschmerzen und urogenitale Beschwerden.	270
14.1	Chronischer Unterbauchschmerz	270
14.1.1	Diagnosestellung	271
14.1.2	Multifaktorielle Genese	274
14.1.3	Sich der »Psycho-Komponente« nähern.	275
14.1.4	Ganzheitliches Therapiekonzept.	277
14.2	Urogenitale Missempfindungen/Vulvodynie	280
14.2.1	Therapeutischer Zugang/Behandlung mit Antidepressiva	281
14.3	Inkontinenz	282
14.3.1	Antidepressiva zur Behandlung der Harninkontinenz	283
15	Sexualität und Körpermodifikation	286
15.1	Nach Sexualität fragen	286
15.2	Sexualstörungen	287
15.3	Transsexualität/Transidentität/Geschlechtsinkongruenz.	291
15.3.1	Diagnosestellung	293
15.3.2	Rechtliche Rahmenbedingungen	295
15.3.3	Therapiestandards	295
15.3.4	Transidentität bei Jugendlichen	297
15.4	Intersexualität/Sexuelle Differenzierungsstörungen.	298

15.5	Plastische Chirurgie im Genital- und Brustbereich	300
16	Arztzentrierte Aspekte	304
16.1	Burnout	304
16.1.1	Warnsignale und Burnout-Prophylaxe	306
16.1.2	Zeitmanagement	306
16.2	Balintgruppen/Interaktionsbezogene Fallarbeit	312
16.3	Supervision, Intervention, Coaching	313
16.4	Nähe-Distanz-Regulation	314
16.5	Fehlermanagement	316
16.6	Kommunikation im Team	318
17	Juristisches zum Abschluss	321
17.1	Schwangerschaftsabbruch – § 218 StGB	321
17.2	Einwilligungsfähigkeit.	324
17.3	Unterbringungsrecht (PsychKG).	327
17.4	Betreuungsrecht.	328
17.5	Patientenverfügung	331
17.6	Grenzüberschreitungen im Arzt-Patientinnen-Kontakt	332
17.7	Stalking/Liebeswahn der Patientin	333
	Sachverzeichnis	335

1 Ziel des Buches und Erfahrungshintergrund

Das Wichtigste in Kürze

- Ziel dieses Buches ist die Vermittlung von psychosomatischem Wissen, das in der praktischen frauenärztlichen Tätigkeit angewendet werden kann.
- Dabei werden psychiatrische, psychotherapeutische und frauenärztliche Kompetenz und Erfahrung zusammengeführt.
- Theoretische Hintergründe werden insofern vermittelt, als sie für das Verständnis von Störungsbildern und Behandlungsstrategien von Bedeutung sind.
- Die Gemeinsamkeit der Autorinnen besteht in ihrer langjährigen Zusammenarbeit im Bereich der Gynäkologischen Psychosomatik mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung.

GYNÄKOLOGISCHE
PSYCHOSOMATIK



Dieses »Kompendium der Gynäkologischen Psychosomatik« soll im Alltag einer Frauenklinik und in der gynäkologischen Praxis Hilfestellung für akute Versorgungssituationen geben und insbesondere bei diagnostischen und therapeutischen Fragestellungen unterstützen. Frauenärztinnen und Frauenärzte sollen die Möglichkeit haben, früher Erlerntes zu aktualisieren oder zu vertiefen – wie etwa das im Studium oder im Kurs Psychosomatische Grundversorgung erlangte Wissen.

Dabei werden die langjährigen Erfahrungen der Autorinnen aus ihrer praktischen Arbeit als Psychiaterin und Psychotherapeutin (Anke Rohde), psychologische Psychotherapeutin (Almut Dorn) und Frauenärztin (Andrea Hocke) miteinander verwoben, sich dabei gegenseitig ergänzend. Alle drei Autorinnen sind langjährig in der Gynäkologischen Psychosomatik tätig und haben dabei zeitweise eng zusammengearbeitet.

Dieser spezielle **Erfahrungshintergrund** bildet die Basis des in diesem Kompendium vermittelten Wissens. Vielleicht wird die eine oder der andere die im Kontext von Gynäkologischer Psychosomatik bzw. Psychosomatischer Gynäkologie oftmals gepflegte psychoanalytische bzw. psychodynamische Zugangsweise vermissen. Dies hat mehrere Gründe: Die Autorinnen gehen für die meisten dargestellten Störungsbilder von einer multifaktoriellen Genese aus; man könnte ebenso von einem biopsychosozialen Genese-Modell sprechen. Basis des Krankheitsverständnisses ist die Annahme des Zusammenwirkens biologischer Anteile (z. B. einer möglicherweise vorhandenen Vulnerabilität für psychische Störungen oder Interaktion von Hormonen mit dem Zentralnervensystem), biographischer (psychodynamischer) sowie krankheitsfördernder bzw. -aufrechterhaltender Aspekte (im behavioristischen Sinne) und schließlich systemischer Einflüsse (z. B.

durch das Familiensystem). Dabei ist das Zusammenwirken der verschiedenen Aspekte höchst individuell und von Patientin zu Patientin verschieden.

Vermissen wird man möglicherweise ausführliche Darstellungen mancher psychoanalytischer Theorien zu verschiedenen Problembereichen (wie etwa zum Unterbauchschmerz oder zur ungewollten Kinderlosigkeit). Natürlich mag es im Einzelfall möglich sein, in einem lang andauernden psychoanalytischen Prozess eine solche Dynamik herauszufiltern, aber sicher nicht im üblicherweise kurzen und wenige Kontakte umfassenden Setting moderner Medizin. Auch die Psychosomatik bleibt nicht von der Notwendigkeit zur Rationalisierung und Erhöhung der Effektivität verschont. Und schließlich gibt es für die meisten der vor vielen Jahrzehnten und manchmal sogar noch früher aufgestellten psychoanalytischen Hypothesen zur Störungsverursachung keine wissenschaftlichen Belege, die heutigen Ansprüchen genügen würden.

Um nicht falsch verstanden zu werden: Es bleibt jedem unbenommen, zu den psychischen Störungsbildern im gynäkologisch-geburtshilflichen Kontext einen rein psychodynamischen Zugang zu wählen. Allerdings ist das nicht der Weg der Autorinnen, die stattdessen versuchen, die Symptomatik und ihr Entstehungsgefüge zu erfassen, ursächliche bzw. konstellierende biographische sowie situative Faktoren herauszuarbeiten und auf dem Hintergrund biologisch-verhaltenstherapeutischer Strategien einen therapeutischen Zugang zur Patientin zu finden. Dies führt oftmals zunächst zu wenigen kurzen und problemfokussierten Interventionen, bisweilen in Kombination mit einer medikamentösen, meist antidepressiven Behandlung. Darüber hinaus erfolgt dann nicht selten auch die Empfehlung einer längerfristigen psychotherapeutischen Behandlung.

Aus Sicht der Autorinnen gibt es noch einen weiteren Grund, Abschied zu nehmen von manchen überlieferten psychodynamischen Verursachungshypothesen: Betrachtet man sie genau, sind sie oft in einer subtilen Art frauen- und sexualfeindlich und passen damit nicht mehr in die heutige Zeit. Auf ungewollte Art tragen sie außerdem zur Aufrechterhaltung von Vorurteilen gegenüber psychischen Störungen und den davon Betroffenen bei, wie etwa zur Stigmatisierung depressiver Menschen.

Und nicht zuletzt: Die teils komplizierten und oft kaum nachvollziehbaren psychodynamischen Hypothesen zur Entstehung gynäkologisch-psychosomatischer Störungsbilder machen es dem prinzipiell an dem Thema Interessierten nicht immer leicht, sich darauf einzulassen und sich dauerhaft mit »der Psyche« seiner Patientinnen zu beschäftigen. Den Autorinnen ist aber gerade das besonders wichtig; deshalb der andere Zugang über Symptome, Erfassung der Probleme der Patientin im Hier und Jetzt sowie nachvollziehbare Erklärungsmodelle. Vor dem eigenen Erfahrungshintergrund versuchen wir hier, ein prinzipiell vorhandenes Interesse bei den Leserinnen und Lesern zu verstärken und zum Abbau von Berührungsängsten beizutragen.

Mit dem Ziel der praktischen Umsetzbarkeit sind die Darstellungen von Störungsbildern, psychotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten und medikamentösen Strategien pragmatisch und manchem vielleicht etwas zu »kochbuchartig«. Das ist gewollt und soll das gezielte Nachschlagen im Einzelfall erleichtern.

Die Struktur des Buches soll ermöglichen, sich sowohl kurz über wichtige Themen zu informieren als auch sich in jeden Themenbereich vertiefend einlesen zu können. Zu Beginn jedes Kapitels gibt es »Das Wichtigste in Kürze«, im Text sind Schlüsselwörter markiert, es gibt Merksätze und immer »Einen Satz zum Schluss«. Zudem haben wir die Wichtigkeit der Netzwerkarbeit damit unterstrichen, dass »Nützliche Netzwerke« zu jedem Kapitel zusammengestellt sind. Die weiterführende Literatur bezieht sich hauptsächlich auf Fachliteratur. Weitere Hinweise auf Literatur für Patientinnen, Informationsblätter und Fragebögen sind in einem Onlinebereich des Verlags abrufbar.

Bonn/Hamburg, im Frühjahr 2017

Anke Rohde
Almut Dorn
Andrea Hocke

2 Psychosomatische Gesprächsführung

Das Wichtigste in Kürze

- Jede Kommunikation mit einer Patientin ist eine Intervention.
- Durch psychosomatische Gesprächsführung gelingt der Kontakt zur Patientin schneller, sie fühlt sich besser wahrgenommen.
- Nicht nur bei psychosomatisch orientierten Gesprächen mit einer Patientin ist es sinnvoll, das Gespräch zu strukturieren und in besonderen Situationen spezielle Techniken zu verwenden.
- Um bestimmte Gesprächstechniken bewusst und gezielt einzusetzen, müssen sie wie andere medizinische und psychologische Interventionen erlernt werden.



In diesem Teil werden besondere Aspekte der Anamneseerhebung erläutert, die unter psychosomatischen Gesichtspunkten Bedeutung haben, wie beispielsweise die Erhebung einer Sexualanamnese. Auf Gesprächsstrukturierung und -techniken wird eingegangen sowie auf spezielle Gesprächsziele. Ein besonderes Anliegen ist uns die Darstellung »schwieriger« (wir sprechen lieber von »herausfordernden«) Gesprächssituationen, die deshalb genauer Aufmerksamkeit bedürfen, weil die Patientin ihre ganz persönliche Situation in die Arzt-Patientinnen-Beziehung mitbringt – beispielsweise weil sie noch sehr jung ist, weil sie traumatisiert ist oder sich in einer Verlustsituation befindet. Wir haben Situationen ausgewählt, die von Gynäkologen und Geburtshelfern immer wieder als »schwierig«, also »herausfordernd« beschrieben werden.

Sie können übrigens an dieser Stelle die Wirkung der Benennung bei sich selber überprüfen: Gehen Sie lieber in ein schwieriges oder in ein herausforderndes Gespräch?

2.1 Anamneseerhebung

2.1.1 Psychopathologischer Befund

Das Wichtigste in Kürze

- Auch bei einer gynäkologischen Anamnese ist die orientierende Erhebung des psychischen Befundes relevant.

- Etwa jede dritte Frau hat aktuell oder in der Anamnese eine psychische Problematik. Wenn Sie nicht danach fragen, könnten Sie einiges übersehen.
- Aus gynäkologischer Sicht mag es zunächst ungewohnt und vielleicht auch unangenehm sein, nach psychischen Aspekten zu fragen. Die Patientinnen sind dagegen meist froh, wenn ihre psychische Situation zum Thema wird.

Neue epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen bei Frauen bei 33,5 % liegt (im Vergleich zu Männern mit 22,1 %; Jacobi et al. 2016). Bei Frauen sind Angststörungen mit > 22 % und Depressionen mit > 11 % führend (bei Männern liegen Alkoholstörungen weit vorne). Jede zweite Frau hat dabei die diagnostischen Kriterien für mehr als eine Störung erfüllt. Aus diesen Zahlen ist abzuleiten, dass etwa jede dritte Frau, mit der man ein ärztliches Gespräch führt, aktuell oder in ihrer Vergangenheit Symptome einer psychischen Störung hat(te). Die Erhebung der aktuellen psychischen Situation gehört deshalb ebenso zur gynäkologischen Anamnese wie die Frage nach psychischen Problemen in der Vorgeschichte.

Für die aktuelle Situation muss es gar nicht unbedingt die differenzierte Erfassung eines psychopathologischen Befundes sein; es ist durchaus möglich, mit nur wenigen Screening-Fragen (z. B. nach Ängsten, nach der Stimmung, nach Schlaf und Antrieb) festzustellen, ob eventuell eine psychische Störung vorliegt.

Wichtige Schlüsselfragen sind die nach Ängsten, nach der Stimmung, nach Schlaf und Antrieb.

Sind bei der Anamneserhebung psychopathologische Symptome wie Ängste, Depressivität, Schlafstörungen oder eine Antriebsminderung aufgefallen, bestehen diese möglicherweise komorbid zur gynäkologischen Problematik. Aber auch dann können sie Komplikationen verursachen (z. B. Symptome einer Angststörung, die zur Vermeidung von ärztlichen Untersuchungen führen; ► Kap. 3.2). Möglicherweise muss eine psychiatrische oder psychosomatische Konsiliaruntersuchung veranlasst werden. Und auch unter Abrechnungsaspekten kann die Symptomatik bzw. Störung bedeutsam sein, z. B. weil sie den Behandlungsverlauf kompliziert hat.

Die wichtigsten psychischen Symptome und die Störungen, auf die sie hinweisen, finden sich in Tabelle 2-1 in alphabetischer Reihenfolge. Die jeweiligen Störungsbilder sind in Kapitel 3 beschrieben.

2.1.2 Psychiatrische Vorgeschichte

Das Wichtigste in Kürze

- Die psychiatrische Vorgeschichte gibt Hinweise auf frühere bzw. noch bestehende psychische Störungen, die bei der somatischen Behandlung berücksichtigt werden müssen.
- Sie liefert Informationen zur Medikamenteneinnahme und zu einem gegebenenfalls bestehenden Suchtmittelkonsum.

- Eine psychische Störung in der Vorgeschichte ist ein relevanter Risikofaktor für das Auftreten einer erneuten psychischen Störung im gynäkologischen Behandlungskontext.

Tab.2-1 Häufige psychopathologische Symptome und ihre Relevanz

Symptom	Definition	Am ehesten Hinweis auf ...
Affektlabilität	Unstete Stimmung, rascher Stimmungswechsel, z. B. von Euphorie zu Aggressivität oder von Glückseligkeit zu Traurigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Turbulenzen (z. B. »Babyblues«) • Affektive Störung (Depression, Manie) • Hirnorganische Veränderung • Persönlichkeitsstörung (z. B. emotional instabile Persönlichkeit)
Aggressivität/ Gereiztheit	Unterscheidet sich qualitativ nicht von derartigen Stimmungen, wie sie auch im »normalen« menschlichen Leben vorkommen, allerdings deutlich ausgeprägter	<ul style="list-style-type: none"> • Akute Belastungsreaktion • Prämenstruelles Syndrom/PMDS • Affektive Störung (Manie) • Hirnorganische Veränderung • Persönlichkeitsmerkmal/-störung
Angst	<p>Neben normal-psychologischer, ableitbarer Ängstlichkeit bei Krankheiten oder bevorstehenden medizinischen Maßnahmen gibt es eindeutig pathologische Ängste (Phobien, Panikattacken)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phobische Angst: spezifische Angst, bezogen auf bestimmte Situationen, z. B. Angst vor engen Räumen (Klaustrophobie) oder Tieren • Panikattacke: attackenartig auftretende massive Angst mit vegetativen Begleitsymptomen (z. B. Herzrasen, Schweißausbruch) 	<ul style="list-style-type: none"> • Unspezifische Reaktion auf eine Situation • Angststörung (Phobie/Panikstörung) • Depression • Bei starker Angst eventuell auch Psychose • Persönlichkeitsmerkmal/-störung (z. B. ängstlich-selbstunsichere Persönlichkeit)
Antriebsstörung	Kann als Antriebsminderung bei einer depressiven Episode oder auch als Antriebssteigerung bei einer Manie auftreten	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassungsstörung (»reaktive Depression«) • Affektive Störung (Depression, Manie) • Psychose
Autoaggression	Z. B. als selbstverletzendes Verhalten (»Ritzen«, Schneiden, Verbrennen mit Zigaretten, Kopf oder Hände gegen die Wand schlagen)	<ul style="list-style-type: none"> • Persönlichkeitsstörung (z. B. emotional instabile Persönlichkeit) • Nicht selten bei sexuellem Missbrauch in der Vorgeschichte

Tab. 2-1 Fortsetzung

Symptom	Definition	Am ehesten Hinweis auf ...
Bewusstseinsstörung	Bewusstseinsveränderung von Schläfrigkeit bis Koma	<ul style="list-style-type: none"> • Fieber • Hirnorganische Störung (z. B. Metastasen) • Intoxikation • Stoffwechsellentgleisung
Depressive Verstimmung	Breites Spektrum von leichter Niedergeschlagenheit bis zu schwerer Depression	<ul style="list-style-type: none"> • Affektive Störung (depressive Episode, »endogene Depression«) • Anpassungsstörung (»reaktive Depression«) • Persönlichkeitsmerkmal/-störung
Entfremdungsgefühle	Entfremdungs- bzw. Unwirklichkeitsgefühle <ul style="list-style-type: none"> • Depersonalisation: Entfremdung bezieht sich auf die eigene Person • Derealisation: Entfremdung bezieht sich auf die Umgebung 	<ul style="list-style-type: none"> • Eher unspezifisch, können bei allen psychischen Störungen vorkommen (z. B. Psychose, Depression etc.) • Können in Belastungssituationen auftreten, auch ohne vorher bestehende psychische Störung im engeren Sinne • Bei ausgeprägter Ermüdung/ Erschöpfung
Entscheidungsschwierigkeiten	Unfähigkeit, auch einfachste Entscheidungen zu treffen	<ul style="list-style-type: none"> • Depression • Persönlichkeitsmerkmal (»Abhängige Persönlichkeit«)
Euphorie	Breites Spektrum von leicht gehobener Stimmung bis zur ausgeprägten manischen Hochstimmung	<ul style="list-style-type: none"> • Affektive Störung (Manie) • In leichterer Ausprägung physiologisch (z. B. gute Nachricht, Erfolg, Schlafentzug)
Grübeln	Normal ableitbar bis Grübelzwang bei schweren Depressionen	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Arten von Depressionen • Belastungssituationen • Persönlichkeitsmerkmal
Halluzinationen	Sinnestäuschungen, kommen in allen Qualitäten vor (akustisch, optisch, osmisch, gustatorisch, taktil = Körperhalluzinationen)	<ul style="list-style-type: none"> • Psychose • Delirante Symptomatik (z. B. Alkoholentzug) • Intoxikation (z. B. Drogen) • Selten auch physiologisch (z. B. in der Einschlafphase, bei Schlafdeprivation, Reizdeprivation/ Monotonie)

Tab.2-1 Fortsetzung

Symptom	Definition	Am ehesten Hinweis auf ...
Konzentrationsstörung	Breites Spektrum von leichter bis ausgeprägter Beeinträchtigung der Konzentration	<ul style="list-style-type: none"> • Physiologisch bei Ermüdung/in Belastungssituationen • Unspezifisches Merkmal bei einer Vielzahl von psychischen Störungen (z. B. Depression, Psychose)
Misstrauen	Bei Psychosen oft zu Beginn, später auch in Verbindung mit Wahn oder Halluzinationen	<ul style="list-style-type: none"> • Psychose • Persönlichkeitsmerkmal/-störung (z. B. paranoide Persönlichkeit)
Suizidalität	Breites Spektrum von »lebensmüden« Gedanken bis hin zur konkreten Suizidplanung und -durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Depression • Psychose • Persönlichkeitsstörung (z. B. emotional instabile Persönlichkeit)
Unruhe	<ul style="list-style-type: none"> • Innere Unruhe (z. B. bei Depressionen) • Motorische Unruhe (z. B. bei hirnorganischen Prozessen, Psychosen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Affektive Störung • Hirnorganisches Geschehen (z. B. Delir, »Durchgangssyndrom«) • Psychose • Nebenwirkung von (Psycho-)Pharmakotherapie
Wahn	Absolute, unkorrigierbare Überzeugung ohne realen Hintergrund (z. B. Verfolgungswahn, Größenwahn, Schuldwahn, religiöser Wahn etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrene Psychose • Psychotische Manie • Psychotische Depression • Organische Psychosen • Andere Wahnsyndrome (z. B. Eifersuchtswahn, Liebeswahn)
Zwangssymptome	<ul style="list-style-type: none"> • Zwangsgedanken: unerwünschte, unangenehme Gedanken, die sich trotz Widerstandes des Betroffenen stereotyp immer wieder aufdrängen • Zwangshandlungen (z. B. Waschzwang, Kontrollzwang): Handlungen müssen ausgeführt werden, um Angst und Unruhe abzuwenden 	<ul style="list-style-type: none"> • In leichter Ausprägung auch bei gesunden Menschen bzw. als Persönlichkeitsmerkmal • Zwangsstörung • Als Symptom von Depressionen

Generell gilt zunächst, dass im Falle einer schweren psychischen Störung der Patientin der behandelnde Psychiater in die Planung der gynäkologischen Maßnahmen (mit)einzubeziehen ist und eventuelle Veränderungen der Medikation mit ihm zu besprechen sind.

Bestehen bei der Patientin zum Zeitpunkt der frauenärztlichen Behandlung psychopathologische Symptome, sollte der behandelnde Arzt/die Ärztin auf jeden Fall darüber informiert sein. Insofern ist eine Frage zur psychischen Befindlichkeit in der Anamnese sinnvoll. Wichtig ist es auch zu wissen, ob sich die Patientin derzeit in psychiatrischer Behandlung befindet. Es kann in diesem Zusammenhang von Bedeutung sein, **Informationen über frühere Erkrankungen** zu bekommen, weil vielleicht schon einmal eine psychische Störung im Zusammenhang mit organischen Prozessen aufgetreten ist.

Unter Umständen kann durch gynäkologische Maßnahmen die bestehende psychische Grunderkrankung erneut auftreten bzw. sich verschlechtern. Als besonders relevant hat sich in den operativen Fächern das »Durchgangssyndrom« (► Kap. 3.13) nach einem operativen Eingriff herausgestellt. Auch durch Kortisongabe kann eine organische Psychose induziert werden.

Zum zweiten Mal postoperative Psychose

Die 59-jährige Frau X wird drei Tage nach einer Hysterektomie auffällig: Sie wirkt fahrig, hektisch, inadäquat im Affekt, ihr Gedankengang ist weitschweifig; auffällig ist weiterhin ein Grimassieren während des Gesprächs. Die weitere Exploration macht deutlich, dass Frau X nachts Verhaltensweisen des Personals wahnhaft interpretiert hat. Sie berichtet über die Sorge, dass die Ärzte mit ihr Experimente gemacht haben könnten. Am Tag ist sie in der Lage, sich zumindest teilweise von diesen Ängsten zu distanzieren.

Zur weiteren psychiatrischen Anamnese berichtet sie über eine Psychose nach einer Operation vor etwa 6 Jahren, die dann auch zur medikamentösen Behandlung und Aufnahme in der Psychiatrie geführt hatte. Damals hatte sie neben Wahnideen auch akustische Halluzinationen entwickelt.

Eine neuroleptische Behandlung wird eingeleitet, gestaltet sich aber wegen des ausgeprägten Misstrauens der Patientin kompliziert.

Das Fallbeispiel macht deutlich, dass mit Kenntnis einer solchen Vorgeschichte die postoperative Betreuung der Patientin hätte optimiert werden können, z. B. indem gezielt auf entsprechende Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten geachtet worden wäre oder möglicherweise mit ihrem Einverständnis schon vor oder direkt nach der Operation eine prophylaktische, niedrig dosierte Neuroleptika-Therapie begonnen worden wäre. Die früher als »endogen« bezeichneten Störungsbilder (Endogene Depression, in der ICD-10 »depressive Episode«, Schizophrenie, Manie) werden darüber hinaus durch relevante Lebensereignisse bzw. Belastungen beeinflusst. Das bedeutet, dass bei einer zum Zeitpunkt der Aufnahme beschwerdefreien Patientin nach einer Operation oder diagnostischen Maßnahme eine erneute Episode ihrer Erkrankung auftreten kann.

Eine besondere Herausforderung stellt der Umgang mit »süchtigen« Patientinnen dar bzw. mit solchen, die regelmäßige **Substanzkonsum** betreiben (► Kap. 3.9). Die »bloße« Nikotinabhängigkeit kann dazu führen, dass sich eine Patientin sehr inkompliant verhält. Entzugssymptome bis hin zum schweren Entzugsdelir bei Alkohol- oder Drogensucht, aber auch bei chronischer Tranquilizer-Einnahme können ebenfalls den Therapieverlauf verkomplizieren. Auch wenn nicht alle

Patientinnen auf eine solche Frage wahrheitsgemäß antworten, sollte die Frage nach regelmäßigem Substanzkonsum dennoch in jedem Fall gestellt werden. Auch beim Auftreten von Auffälligkeiten im Verlauf sollte an Entzugssymptome gedacht werden (so beginnen Entzugssymptome nach regelmäßigem Tranquilizergebrauch oft erst verzögert).

Wunsch nach Kaiserschnitt bei Nikotinentzug

Die 28-jährige Frau X ist in der 30. SSW mit vorzeitiger Wehentätigkeit in ihrer zweiten Schwangerschaft stationär aufgenommen worden und bekommt einen Tokolysetropf über mehrere Tage. Sie fällt auf der Station wegen zunehmender Unruhe und Gereiztheit bis hin zu aggressiven Äußerungen auf. Schließlich fordert sie aufgrund von »starken Schmerzen im Bauch« einen sofortigen Kaiserschnitt. Den Informationen von Geburtshelfern und Kinderärzten, dass zurzeit keine Indikation vorliege und dem Kind damit nur geschadet werde, ist sie kaum zugänglich. In einem psychosomatischen Konsil kann geklärt werden, dass Frau X bis zu zwei Päckchen Zigaretten am Tag raucht, durch den Tokolysetropf in ihrer Bewegungsfreiheit aber so eingeschränkt ist, dass sie höchstens für zwei bis drei Zigaretten die rauchfreien Zonen im Krankenhaus erreicht. Durch den Nikotinentzug ist Frau X an ihre Belastungsgrenzen gestoßen und zeigt deutliche psychische Entzugssymptome. In Abwägung mit den Geburtshelfern kann die intravenöse Tokolyse zeitweise abgesetzt werden. Der Einsatz von Nikotinplastern wird der Patientin angeboten.

2.1.3 Psychosozialer Hintergrund/Lebenssituation

Das Wichtigste in Kürze

- Eine Vielzahl von psychosozialen Faktoren kann den Umgang einer Patientin mit ihrer Erkrankung beeinflussen.
- Aktuelle und chronische Belastungen sind ebenso von Bedeutung wie die Lebenssituation, Partnerschaft, soziale Unterstützung etc.

Die psychosoziale Situation und die biographische Vorgeschichte sind nicht nur für den adäquaten Umgang mit der Patientin, sondern auch ganz konkret für die gynäkologische Behandlung der Patientin von Bedeutung. Die aktuelle Lebens- und Beziehungssituation kann Hinweise auf zusätzliche Belastungsfaktoren geben, die eine Symptomatik mitbeeinflussen können. Auch wenn wir die Interpretation einzelner Symptome als Ausdruck eines innerpsychischen Konflikts für zu linear halten, wissen wir doch, dass sich somatische Symptome bei chronischen Belastungen, besonderem Stress oder auch Problemen im familiären/partnerschaftlichen Bereich verstärken können. Auch die (möglicherweise unbewusste) Vermeidung von Intimität und Sexualität kann sich in Schmerzen manifestieren. Für eine Kinderwunschpatientin hat der Regelschmerz eine andere »schmerzliche« Bedeutung als für eine Patientin, die auf keinen Fall schwanger werden möchte. Auch der Wunsch nach Zuwendung und die frühe Erfahrung, dass man Zuwendung beson-

ders bei Krankheit bekam, können zu somatischen Beschwerden und »**sekundärem Krankheitsgewinn**« führen. Aber Vorsicht, dieser Begriff wird häufig abwertend und stigmatisierend erlebt.

Auch kann die **Therapieplanung** bei den meisten Patientinnen nur unter Berücksichtigung der aktuellen psychosozialen Situation erfolgreich sein. Ist die Therapie nicht mit der aktuellen Lebenssituation der Patientin zu vereinbaren, wird sie sich nicht als kooperativ erweisen und der behandelnde Arzt/die Ärztin wird es mit einer vermeintlich »schwierigen« Patientin zu tun haben. So wird eine allein erziehende Mutter völlig anders auf die Ankündigung einer notwendigen Operation reagieren als eine sozial und familiär gut eingebundene Frau, die von allen Seiten Unterstützung erfährt. Bei einer belastenden sozialen Situation kann es sich als hilfreich erweisen, der Patientin Unterstützung durch den Sozialen Dienst der Klinik zukommen zu lassen.

Nicht jeder Mensch verarbeitet eine körperliche Erkrankung in gleicher Weise. Die **Verarbeitungsmechanismen** hängen von einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren ab. Das sind neben der jeweiligen Persönlichkeit und den individuellen Bewältigungsmechanismen auch die aktuelle psychosoziale Situation und biographische Erfahrungen (► Tab. 2-2). Die **Thematisierung der speziellen Situation der Patientin** ist eine ärztliche Aufgabe, die über die Besprechung von Therapieplanung und Prognose hinausgeht. Von der Verarbeitung hängt auch die Auswirkung auf die psychische Situation ab, z. B. ob sich sekundäre psychische Probleme entwickeln, wie etwa eine reaktive Depression oder Angstsymptomatik (► Kap. 3.1, ► Kap. 3.2).

Wichtig ist es deshalb auch für Diagnostik und Therapieplanung, die individuelle Problemkonstellation einer Patientin zu erfassen. Dies kann nur durch das aktive Gespräch mit der Patientin erfolgen. Obwohl nicht immer einfach, kann es sowohl für die Patientin als auch für den Arzt/die Ärztin hilfreich sein, Aspekte zu thematisieren, die die Patientin von sich aus nicht anzusprechen wagt, z. B. »*Ich könnte mir vorstellen, dass Sie sich schon Gedanken über das Thema Tod und Sterben gemacht haben.*«

Stößt man im ärztlichen Gespräch an seine Grenzen, eventuell weil man mit den Emotionen und affektiven Äußerungen der Patientin überfordert ist oder weil die psychische Problematik sehr ausgeprägt ist, sollte das **Angebot einer psychosomatischen bzw. psychiatrischen Konsultation** gemacht werden. Günstig ist es, wenn eine Kooperation mit Psychiatern oder Psychotherapeutinnen im ambulanten Bereich besteht, falls die Klinik selber nicht über eine psychosomatische Abteilung oder speziell ausgebildete Mitarbeiter/innen verfügt. Der Aufbau eines entsprechenden Netzwerkes unter Einbeziehung von Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen ist zu Beginn manchmal etwas mühsam, langfristig aber gut funktionsfähig und hilfreich.

Neben der professionellen Hilfestellung sollten auch immer **Angehörige in die Gespräche** bezüglich Diagnose und Therapie **einbezogen** werden. Damit wird ein gleicher Informationsstand sichergestellt und einer sonst sehr schnell entstehenden Sprachlosigkeit zwischen Patientin und Angehörigen vorgebeugt. Eine solche Sprachlosigkeit entsteht beispielsweise aus Unsicherheit der Patientin und ihrer

Tab. 2-2 Einflussfaktoren auf die Verarbeitung einer körperlichen Erkrankung

Einflussfaktoren	Beispiele
Persönlichkeit/ individuelle Bewältigungsmechanismen	<ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeit, sich auf die neue Situation einzustellen • Aktive Bewältigungsmechanismen (z. B. Informationssuche, alternative Lebensperspektiven entwickeln) versus passive Bewältigungsmechanismen (Grübeln, Rückzug) • Optimistische versus pessimistische Grundhaltung • Verleugnung oder Verdrängung versus aktive Auseinandersetzung mit einem Problem
Psychische Stabilität	<ul style="list-style-type: none"> • Psychische Vorgeschichte, z. B. depressive Störung, die mit der Gefahr der psychischen Dekompensation einhergeht • Neigung zu Substanzmissbrauch als Problemlösung
Relevanz für die aktuelle Lebenssituation	<ul style="list-style-type: none"> • Notwendigkeit, die Lebensplanung zu verändern, berufliche Neuorientierung • Änderung der partnerschaftlichen/familiären Perspektive
Professionelle Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit psychologischer/psychotherapeutischer/psychiatrischer Unterstützung und Behandlung in der Akutsituation und im Verlauf der Erkrankung
Soziale Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung durch Familienangehörige, Freunde, soziale Umgebung • Eigene Fähigkeit, Unterstützung und Anteilnahme anzunehmen
Langfristige Prognose der Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> • Bleibende Einschränkungen als Krankheitsfolge • Zu erwartende Überlebenszeit bei infauster Prognose • Wissen um schleichende Verschlechterung bei chronisch progredienter Erkrankung • Erwartung zunehmender Behinderung und Pflegebedürftigkeit
Behandlungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten (z. B. operative Verfahren, medikamentöse Strategien, alternative Therapiemethoden) • Erfolgsaussichten (kurativ versus palliativ)
Traumatisierung durch Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungen durch die Behandlung (z. B. Zeit auf der Intensivstation, wiederholte Eingriffe, Schmerzen, Nebenwirkungen der Therapie) • Autonomieverlust • Plötzliche, gravierende Veränderung der Lebensqualität
Beteiligung des ZNS	<ul style="list-style-type: none"> • Z. B. zerebrale Metastasen bei onkologischen Erkrankungen • Nebenwirkungen der Therapie (z. B. kognitive Störungen bei manchen Chemotherapieformen)
Nebenwirkung von Medikamenten	<ul style="list-style-type: none"> • Auftreten substanzinduzierter depressiver und körperlicher Symptome (z. B. Antiestrogene, Kortison, Chemotherapeutika) • Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens (Müdigkeit, Schwindel, Fatigue etc.)

Familie darüber, was der andere weiß, oder aus dem Bedürfnis heraus, den jeweils anderen zu schützen.

Bei **infauster Prognose** ist es besonders wichtig, dass der Austausch zwischen Patientinnen und Angehörigen stets aufrichtig und ehrlich geschieht. Erst dann kann sich die Familie mit dem weiteren Verlauf der Erkrankung und dem eventuell bevorstehenden Tod auseinandersetzen. Betroffene nehmen ein solches Gesprächsangebot meist dankbar an, gerade wenn sie schon länger das Bedürfnis nach einem solchen Gespräch empfunden haben, bislang aber damit überfordert waren, es ohne Hilfe zu führen. In manchen Fällen muss die behandelnde Ärztin/der Arzt quasi als eine Art Moderator den Austausch in Gang bringen.

2.1.4 Sexualanamnese

Das Wichtigste in Kürze

- Auch ohne speziellen sexualmedizinischen Schwerpunkt müssen Frauenärztinnen/-ärzte mit den Grundlagen der Sexualanamnese vertraut sein.
- Wichtig ist die Kenntnis über frühere Gewalterfahrungen und Traumatisierungen, die möglicherweise das Verhalten der Patientin bei der Untersuchung und Behandlung beeinflussen.
- Die sexuelle Orientierung sollte bekannt sein, um beispielsweise Themen wie Verhütung, Kinderwunsch etc. sinnvoll besprechen zu können.
- In speziellen Situationen kann auch die Frage nach besonderen sexuellen Präferenzen angebracht sein.

Zu einer ausführlichen Anamneseerhebung gehört ebenfalls die Sexualanamnese. Einigen Ärztinnen/Ärzten fällt das gezielte Nachfragen zu diesem Thema schwer, weil sie den Eindruck haben, damit Scham- bzw. Intimgrenzen zu überschreiten. Auch bestehen nicht selten Unsicherheiten bezüglich des weiteren Vorgehens, wenn sich Probleme oder gar Störungen im Bereich der Sexualität abzeichnen. Die meisten Frauen werden nicht einmal von ihrer Gynäkologin/ihrem Gynäkologen nach dem Wohlbefinden mit ihrer Sexualität befragt, obwohl sie sich dies durchaus wünschen. Oftmals bestehen aufseiten der Patientinnen Vorbehalte und Ängste, das Thema von sich aus anzusprechen.

Die ausführliche Sexualanamnese muss sicherlich nicht in jedem Erstgespräch erhoben werden, es sei denn, es ergeben sich Anzeichen für Probleme oder Störungen im Zusammenhang mit der Sexualität. Da die Sexualität aber einen Bereich darstellt, den Patientinnen von sich aus meist erst unter erheblichem Leidensdruck ansprechen, ist die gezielte und professionelle Nachfrage von ärztlicher Seite so wichtig. Vor der eigentlichen Anamneseerhebung steht in der Regel die Überleitung, z. B. durch **Brückenfragen** (*»Manche Patientinnen berichten in diesem Zusammenhang von Schwierigkeiten mit der Sexualität, betrifft Sie das auch?«*) oder eine Einleitung (*»Ich würde Ihnen jetzt gern noch einige Fragen zu Ihrer Sexualität stellen, sind Sie damit einverstanden?«*).