

Psychische Aspekte in der Somatischen Medizin

am Beispiel der Gynäkologische Psychosomatik

Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde

Universitätsklinikum Bonn



Anke Rohde

Gynäkologische Psychosomatik Bonn

Forschungsprofessur aus dem Netzwerk Frauenforschung
des Landes NRW

Seit 1. April 1997

- ✚ Forschungstätigkeit
- ✚ Lehrtätigkeit
- ✚ Patientenversorgung



Statistik - Gynäkologische Psychosomatik Bonn

Zeitraum: 01.06.1997 bis 31.08.2007

Anzahl der Patienten: 3.112

Altersverteilung: Mittelwert: 36,4 Jahre

Minimum: 3 Jahre

Maximum: 87 Jahre

Diagnostische Zuordnung

ICD-10	(n=3.112)	%
F0	Organische Störungen	0,5
F1	Störung durch psychotrope Substanzen	0,8
F2	Schizophrenie/schizoaffektive/Wahnhaftige Störung	1,1
F3	Affektive Störungen (Depression / Manie)	23,4
F4	Anpassungsstörungen /Angst-/Zwangs-/Somatof.St.	46,7
F5	Ess-/Sexualstörungen	4,2
F6	Persönlichkeitsstörungen	2,0
F7	Intelligenzstörungen	0,3
--	Beratung ohne Psychopathologie	24,8

„Allgemeine Gynäkologie“ (ca. 12,6%)



- Intervention bei “**Arztphobie**” und dringend notwendiger Operation (z.B. Hysterektomie = Entfernung der Gebärmutter)
- Diagnostik und falls möglich Therapieeinleitung bei “**unklaren Unterbauchbeschwerden**”
- Stellungnahme aus psychiatrischer / psychologischer Sicht bei **Wunsch nach kosmetischer Brust-Operation, Sterilisation und Hysterektomie** etc. bei jungen Patientinnen

Gynäkologische Psychosomatik Mitglied des Brustzentrums Bonn (16,3%)



- Mitbetreuung von Patientinnen mit Brustkrebs (und anderen Krebsarten)
(Ersterkrankung / Rezidiv / Präfinalstadium)
- Begleitung während der Therapie / bei Therapieentscheidungen
- Kurzzeitpsychotherapie, verhaltenstherapeutisch orientierte Einzeltherapie
- Ggf. Vermittlung in ambulante Psychotherapie im Umkreis

Sexualität

(4,8%)



- Psychische Störungen nach sexueller Gewalt
- Mitbetreuung bei Kinderwunsch-Behandlung / Schwangerschaft bei sexueller Gewalt in der Anamnese (z.B. Vaginismus, Votraumatisierung)
- Sexualstörungen
- “Mißempfindungen” im Genitalbereich ohne organisches Korrelat
- Transsexualität / Intersexualität

Endokrinologie

(13,7%)



- Prämenstruelles Syndrom (PMS)
- Perimenopause (Wechseljahre)
- Hirsutismus
- Intersexualität
-

Kinderwunsch

(14,3%)



- Beratung vor Sterilitätsbehandlung
- Begleitung während der Behandlung
- Krisenintervention bei akuten Belastungen (z.B. wiederholte "Misserfolge")
- Mitbetreuung bei erfolgloser Kinderwunschbehandlung
- Im Einzelfall Beratung hinsichtlich des Rezidivrisikos bei vorbestehender psychischer Störung

Schwangerschaft

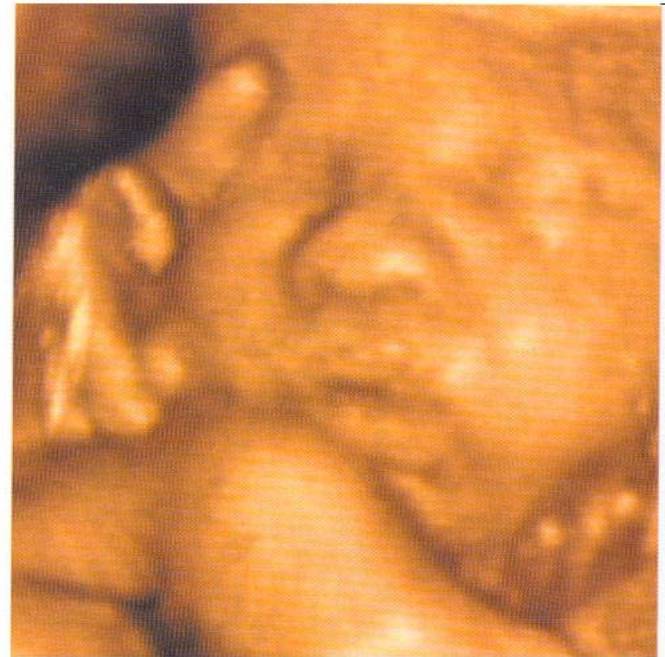
(20,6%)



- Psychische Störungen in der Schwangerschaft (z.B. Psychosen, Depressionen, Zwangsstörung, Panikstörung)
- Beratung bezüglich Medikation in der Schwangerschaft
- Beratung zur Rezidivgefahr in der Schwangerschaft / nach einer Entbindung bei vorbekannter Depression / Psychose

Pränatale Diagnostik

(9,6%)



- Begleitung bei Tot- oder Fehlgeburten
- Beratung bei pathologischem Befund des Ungeborenen
- Mitbeurteilung Indikation zum späten Schwangerschaftsabbruch

Neonatologie (Frühchen)

(5,2%)

(mit Komplikationen 2,5%, ohne 2,7%)



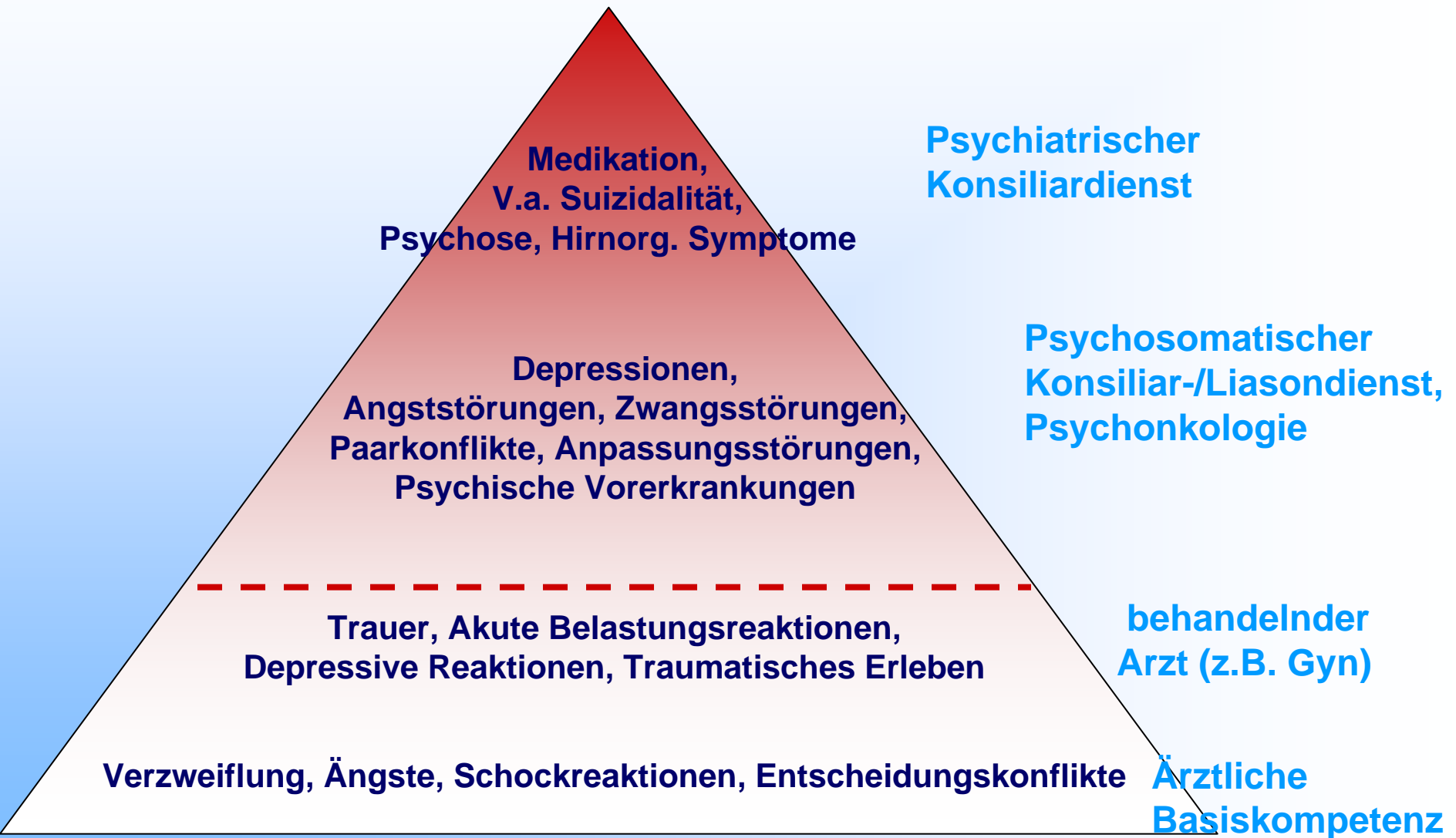
- Begleitung der Eltern nach Frühgeburten
- Begleitung bei Entscheidungsfindung über weitere Therapieoptionen

Nach der Entbindung (20,6%)

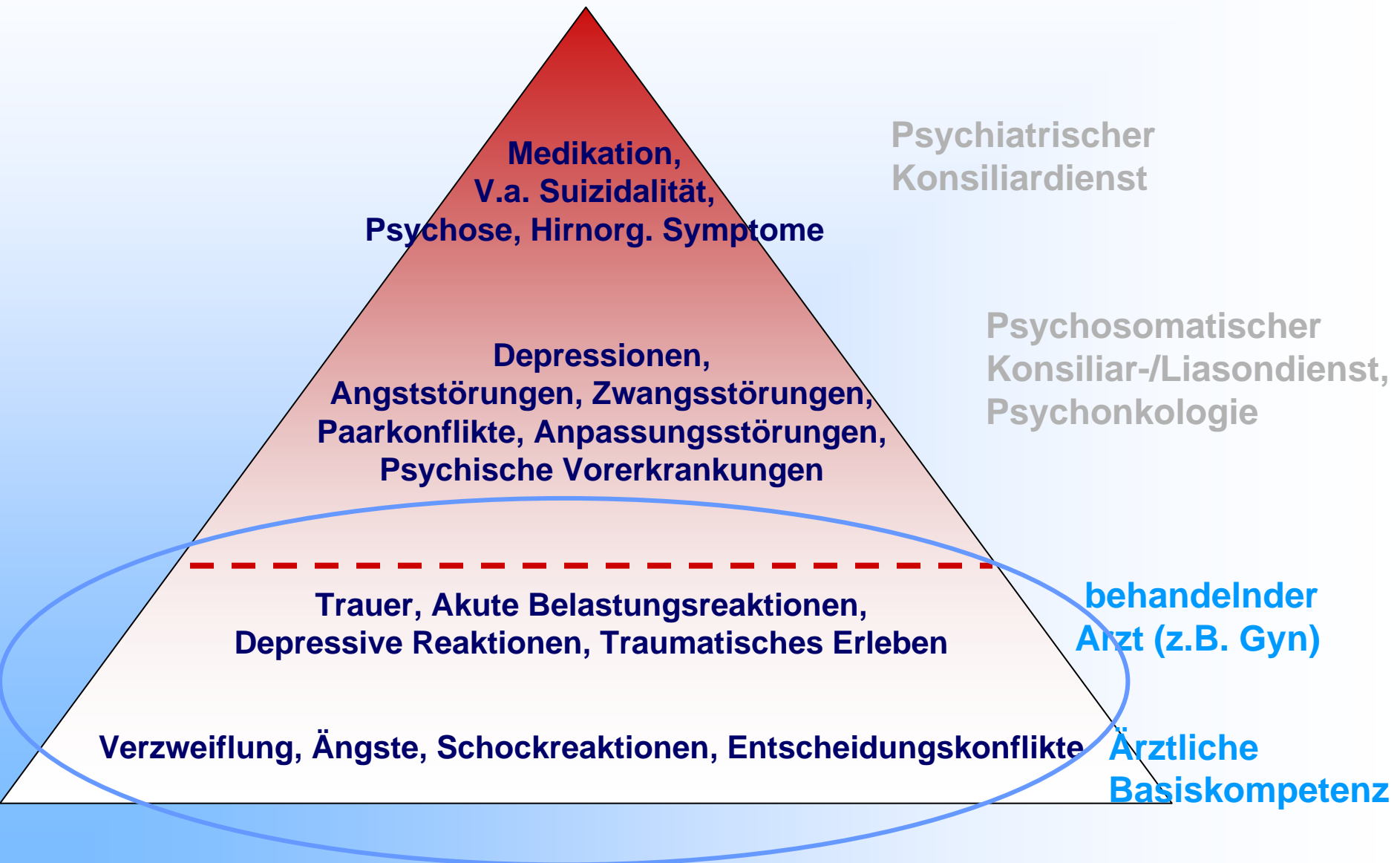


- Baby blues (50 – 70 %)
- Depressionen nach der Entbindung (10 – 15 %)
- Postpartale Psychosen (0,1 – 0,2 %)
- Traumatisch erlebte Entbindungen (1 %)
- Depressive Reaktionen bei Totgeburt
- Zwangsstörung / Panikstörung

Wer ist zuständig bei psychischen Problemen ?



Wer ist zuständig?

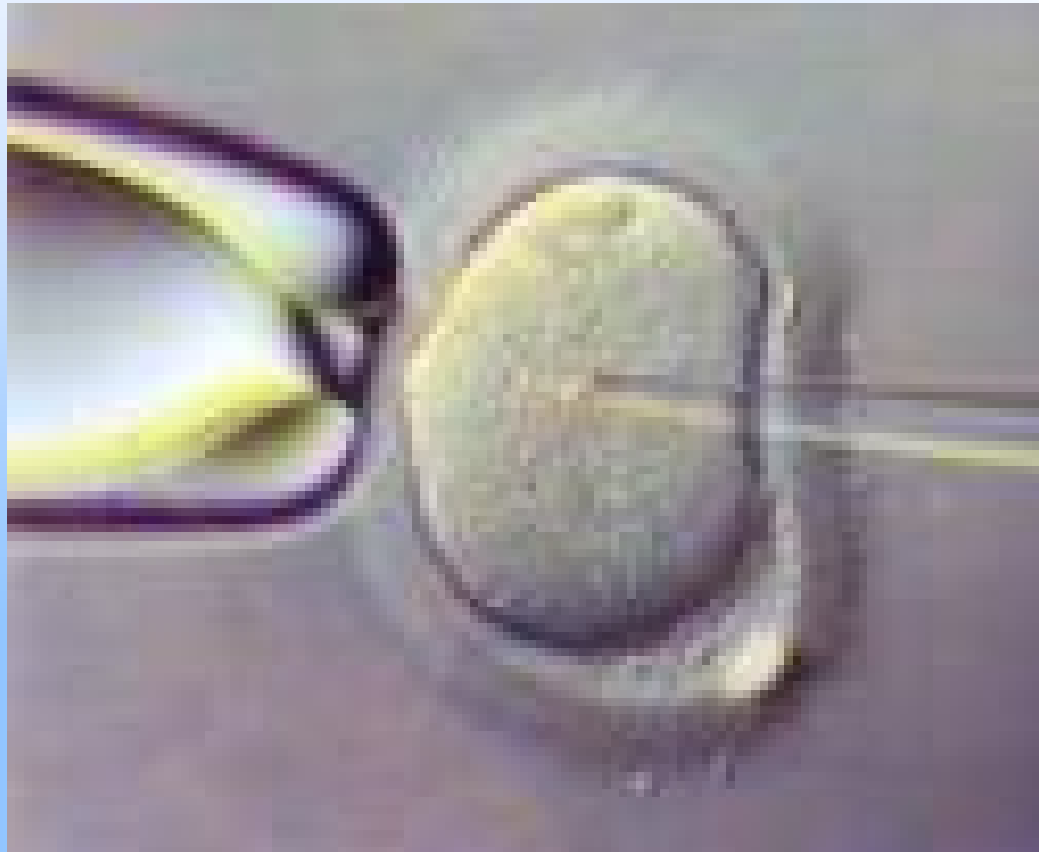


Psychische Probleme im Kontext somatischer Medizin

- Psychische Probleme als Begleiterscheinung / Folge einer **nicht-erfolgreichen** medizinischen Behandlung
- Psychische Krise als Begleiterscheinung einer „**Routineuntersuchung**“
- **Traumatisierung** durch medizinische Prozesse
- Bedeutung **autonomer Entscheidung** für die Krankheitsverarbeitung

Psychische Probleme als Begleiterscheinung / Folge einer nicht-erfolgreichen medizinischen Behandlung

Beispiel: Kinderwunschbehandlung



Ungewollte Kinderlosigkeit - Epidemiologie

Etwa 6-9 % aller Paare in Mitteleuropa sind ungewollt kinderlos

Etwa 3 % bleiben ungewollt kinderlos

- Mit jeweils 30 – 40 % sind die Ursachen auf Männer und Frauen gleich verteilt
- In 15 – 30 % der Fälle sind beide Partner betroffen
- In 5 – 10 % ist keine Ursache erkennbar
- („idiopathische Sterilität“)

Kinderlose Paare, die sich einer Sterilitätstherapie unterziehen

- Überwiegend Menschen **ohne psychiatrische Störung** in der Vorgeschichte
- Überwiegend „**normale**“ Persönlichkeitsstruktur“
- Psychosomatische / Psychische Symptome in den meisten Fällen **Reaktion** auf:
 - Sterilitätserfahrung
 - Behandlung und Nebenwirkungen
 - Therapieausgang bzw. -misserfolg

Psychologische Begleiteffekte der Sterilität

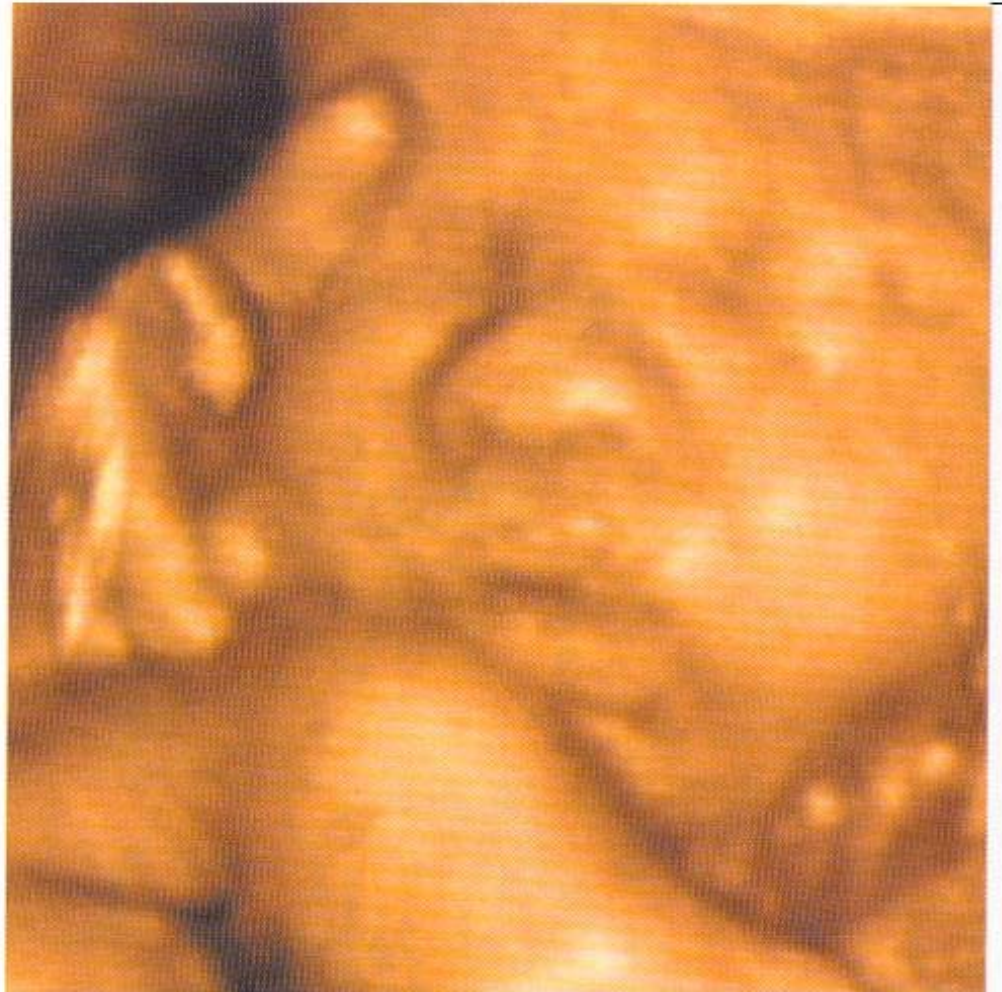
- Emotionale Reaktionen (Trauer, Depression, emotionale Krise, Frustration, Schuldgefühle, Wut, etc.)
- Erschütterung des Selbstbewusstseins (Identitätsprobleme, Kontrollverlust über Lebensplanung)
- Veränderungen der Paarbeziehung (positiv / negativ)
- Einfluss Sexualeben (u.a. durch Sex nach Terminkalender, Fokussierung auf den Kinderwunsch)
- Veränderungen der sozialen Interaktion (Rückzug, veränderte Interaktionen, bes. mit Schwangeren, jungen Eltern)

Wichtig vor und während der Behandlung

- Diskussion von **Ambivalenzen** bezüglich des Kinderwunsches
- **Antizipation** einer erfolglosen Behandlung
- Entwicklung von **alternativen** Lebensperspektiven
- Psychologische / psychotherapeutische **Begleitung** zur Minimierung von Begleiterscheinungen
- **Krisenintervention** bei akuten Belastungsreaktionen, ggf. Empfehlung einer “Therapiepause”
- **Definitive Beendigung** der Sterilitätstherapie nach mehreren erfolglosen Behandlungen

Psychische Krise als Begleiterscheinung einer „Routineuntersuchung“

Beispiel: Pränatale Diagnostik



Pränatale Diagnostik

- Bindung an das ungeborene Kind wird deutlich vorverlegt
- Möglichkeit, bereits in frühen Stadien der Schwangerschaft Erkrankungen oder Fehlbildungen festzustellen und ggf. Therapie zu beginnen bzw. zu planen
- Für viele Störungen keine Therapiemöglichkeit (z.B. chromosomale Abweichungen oder komplexe Fehlbildungen)

Schwangerschaftsabbruch

§ 218 Abs. 2 StGB: auch nach der 14. SSW p.m. Schwangerschaftsabbruch nicht rechtswidrig bei medizinischer Indikation (schwere körperliche oder psychische Gefährdung der Mutter, die nicht auf andere Weise abwendbar ist)

Psychische Folgen nach Schwangerschaftsabbruch in Folge fetaler Anomalien

Erhebliche psychische Instabilität kurz nach der Diagnose
(45 % n=46; ≥ 24 .SSW, Hunfeldt et al., 1997)

Schwere depressive Episode 2 Monate nach SS-Abbruch
(17% n=23; Zeanah et al., 1993)

Akute Trauerreaktion kurz nach SS-Abbruch (vergleichbar Totgeburt)
(80%; 6 Monate später zeigten noch 25% der Frauen ähnlich hoch ausgeprägte Trauer (n=69; Elder & Laurence, 1991)

Diagnose einer psychischen Störung
(27 % 6 Monate nach SSA, davon 13% schwere depressive Episode (n=41; Fisch et al., 2003)

Modellprojekt „Beratung bei Pränataldiagnostik“

Initiative des Arbeitskreises „Pränataldiagnostik“
der evangelischen und katholischen Seelsorge Universitätsklinikum Bonn

Universitäts-Frauenklinik

Geburtshilfe und
Pränataldiagnostik

Gynäkologische
Psychosomatik

Kooperation

Diakonisches Werk

Schwangerschafts-
beratungsstelle

- Räumliche Angliederung der Beratungsstelle in der Frauenklinik
- Direkter Zugang für die Patientinnen möglich / niedrige Schwelle
- Im Einzelfall direkte Krisenintervention möglich
- Einbeziehung in interdisziplinäre Beratungen
- Integration der psychosozialen Beratung in das Gesamtkonzept der Pränataldiagnostik im Sinne eines Regelangebotes für die Patientinnen

Zitat:

„Es wäre wichtig gewesen, dass direkt nach der Diagnosestellung jemand mit mir gesprochen hätte, da das der schlimmste Zeitpunkt war.

Man denkt, dass die Untersuchung Routine ist, aber auf einmal bleibt die Welt stehen.“

Akute Belastungsreaktion nach Mitteilung einer pränatalen Diagnose

- Schock oder Phase der Betäubung
- Verzweiflung und Hilflosigkeit
- Überaktivität („Aktionismus“) oder „Lähmung“
- Ängste und Befürchtungen
- „Monster“phantasien
- Innere Distanzierung vom Kind
- starke Impulse, das Kind „loszuwerden“
- Schuld- und Schamgefühle
- Niedergeschlagenheit / Depressivität
- Hoffnungslosigkeit
- Rückzug / soziale Isolation

Psychische Befindlichkeit bei Erstkontakt

Angaben durch Patientinnen (n=449; nach Erstberatung)

Symptome/Beschwerden stark / sehr stark

Grübeln 84,0 %

Niedergeschlagenheit 76,9 %

Innere Unruhe 68,2 %

Gefühl, hin- und hergerissen zu sein 67,6 %

Verzweiflung 66,7 %

Angst/Panik 60,4 %

.....

Vor der Entscheidungsfindung

- Die Betroffenen aus dem Schockzustand lösen, um ihnen eine aktive Entscheidung zu ermöglichen, die sie als ihren individuell richtigen Weg empfinden und auch später noch vor sich selbst verantworten können
- Neben der rein medizinischen Beratung Ansprechpartner für Gefühle, Ambivalenzen, Befürchtungen
- .

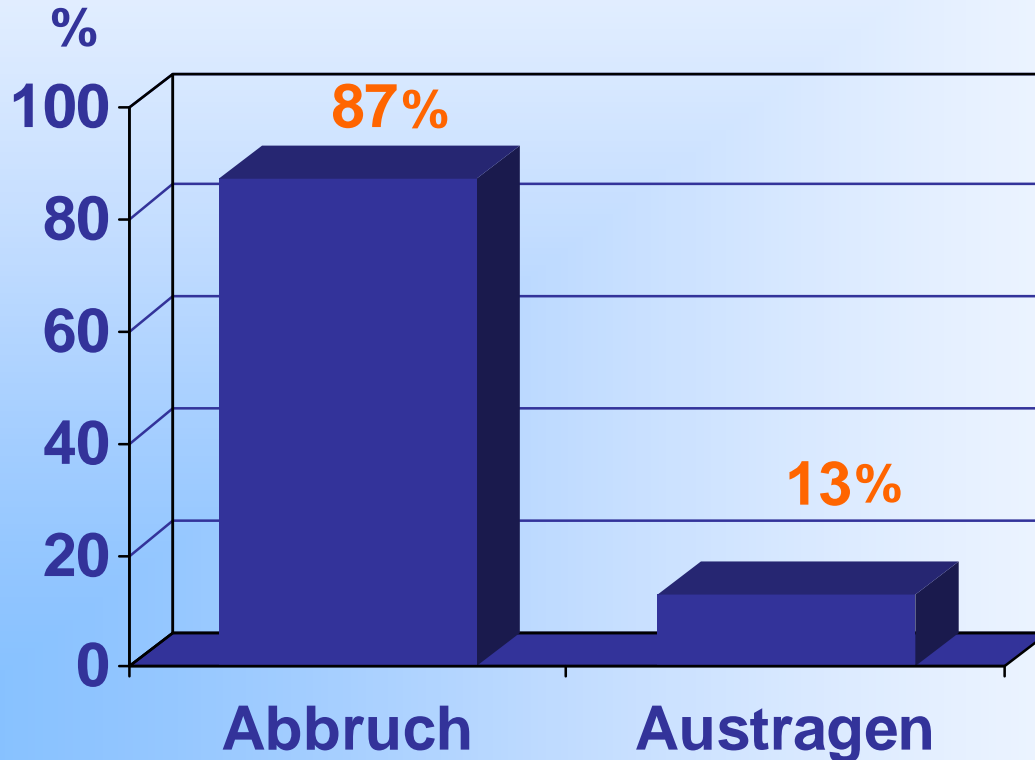
Entscheidungen bei pathologischem Befund

n=184

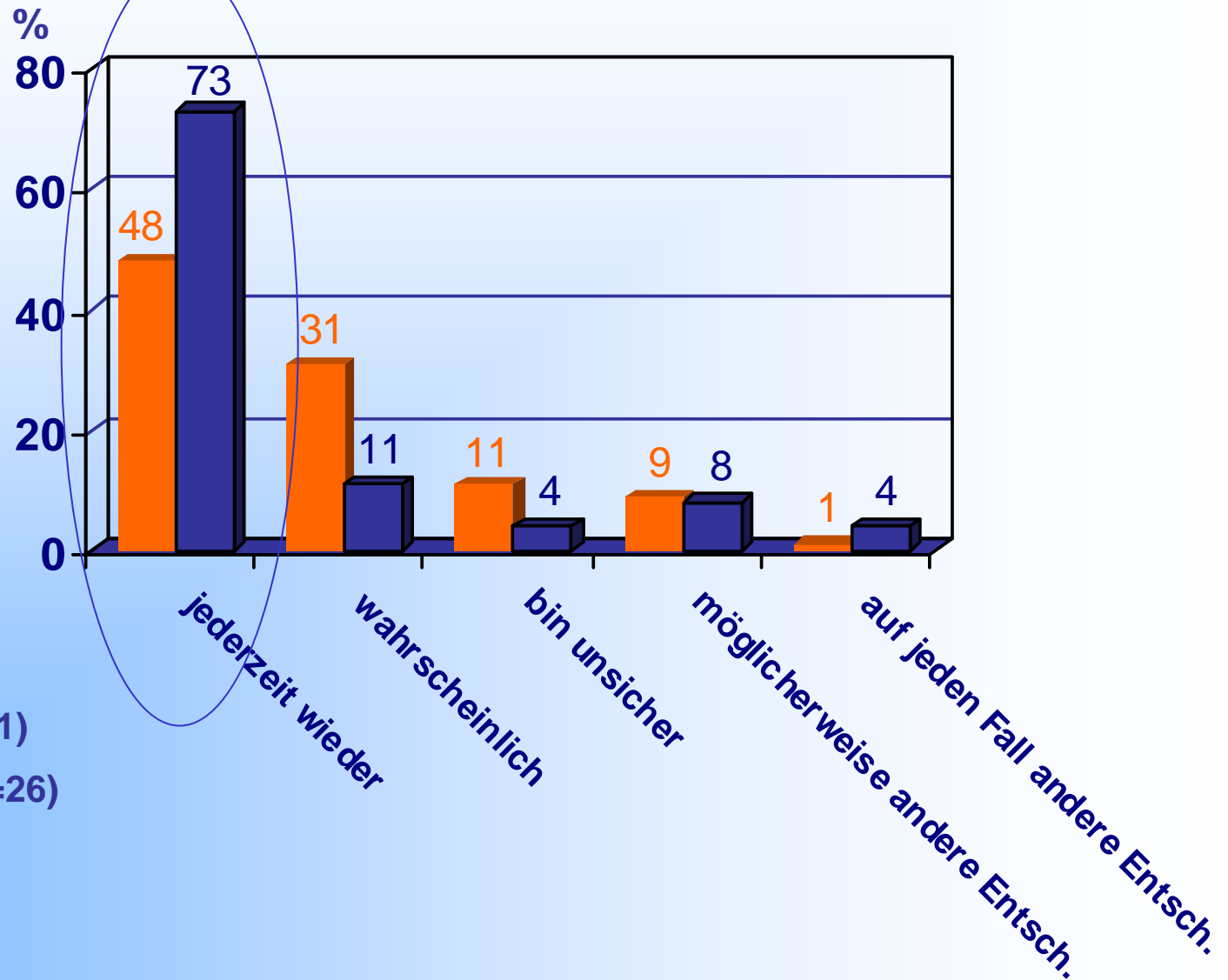
Alter: 32 Jahre \bar{x} (min. 18, max. 48)

Beratung: \bar{x} in der 23. SSW (min. 11, max. 36)

Religionszugehörigkeit nicht relevant



Würden Sie aus heutiger Sicht (6 Monate später) die Entscheidung noch einmal in dieser Weise treffen?
(n=97)



Abbruch (n=71)
Austragen (n=26)

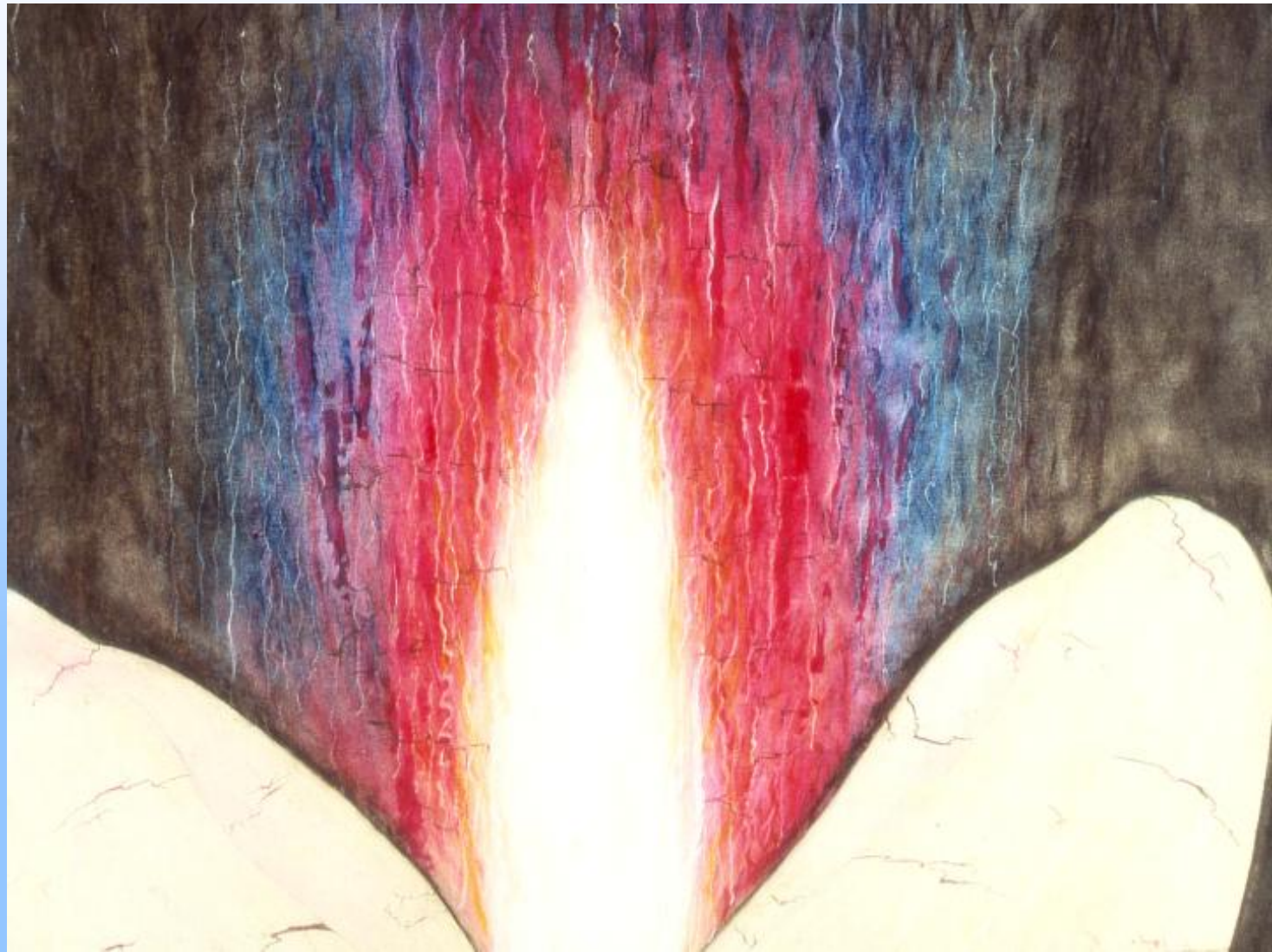
Was war wichtig in der Beratung ?

Angaben durch Patientinnen (n=449; nach Erstberatung)

Persönliches Verständnis	52 %
„Neutraler“ Platz	54 %
„Raum für Gefühle“	42 %
„Raum zum Nachdenken“	12 %
Bedeutung des Befundes	25 %
Risiko einer Fehlgeburt durch den Eingriff	11 %
Aufklärung über Schwangerschaftsabbruch	42 %

Traumatisierung durch medizinische Prozesse

Beispiel: Traumatisierung durch die Entbindung



Symptome nach Traumatisierung

„Posttraumatische Belastungsstörung“

- Wiederkehrende, eindringliche, belastende **Erinnerungen (Flash backs)**
- Handeln oder Fühlen, als ob das Geburtserleben **wiederkehrt**
- Wiederkehrende, belastende **Träume**
- Körperliche **Reaktionen** bei Assoziationen mit dem Erlebten
- Deutlicher **Interessensverlust**
- **Depressionen, Ängste**
- **Grübeln, Gedankenkreisen**
- Ein- / **Durchschlafstörungen**
- Wunsch nach **Wiedergutmachung**

Erhöhtes Risiko / Prädiktoren

- **Persönlichkeit** (z.B. hohes Kontrollbedürfnis, ausgeprägte Rationalität, starkes Schamgefühl)
- **Individuelle Vorgeschichte** (z.B. sexueller Missbrauch, frühere Traumatisierung, bereits traumatisch erlebte Entbindung, psychische Vorerkrankungen)
- **Subjektive** Wahrnehmung

Subjektive Wahrnehmung

- Gefühl der Bedrohung in der Situation
- Lange Dauer, „unerträgliche Schmerzen“
- Hilflosigkeit
- Gefühl der Abhängigkeit, des Ausgeliefertseins
- Keine eigene Kontrolle mehr über die Situation
- Verletzung der Schamgefühle
- Mangel an Information
- Wahrnehmung von Personen im Umfeld als unsensibel, rücksichtslos, gedankenlos

Bedeutung **autonomer Entscheidung** für die Krankheitsverarbeitung



Krebserkrankung

Immuntherapie

Neoadjuvante Therapie

Strahlentherapie



Operative Therapie

Endokrine Therapie

Adjuvante Therapie

Krebserkrankung

Immuntherapie

Neoadjuvante Therapie

Schockerleben

Verändertes Körperbild

Schädigung der Schleimhäute

Isolation

Müdigkeit

Haarausfall

Hautschäden

Erschöpfung

Strahlentherapie

Operative Therapie

Geringere Belastbarkeit



Schmerzen

Unsicherheit i.d. Partnerschaft

Todesangst

Übelkeit

Vorzeitige Menopause

Infekte

Autonomieverlust

Brustverlust

Ängste i.d. Familie

Endokrine Therapie

Adjuvante Therapie

Veränderte Gefühlswelt

Hitzewallungen

Einschränkung im Beruf

Stimmungsschwankungen

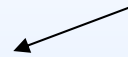
Gestörtes Sexual(er)leben

Autonomie als Schutzfaktor

Außergewöhnliches Lebens-
ereignis / Belastung



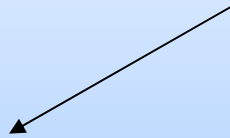
Erschütterung des
inneren Gleichgewichts



Bewertung

Handlungsoptionen?
Entscheidungsmöglichkeiten?
Bewältigungspotential?
Ressourcen?

Nein

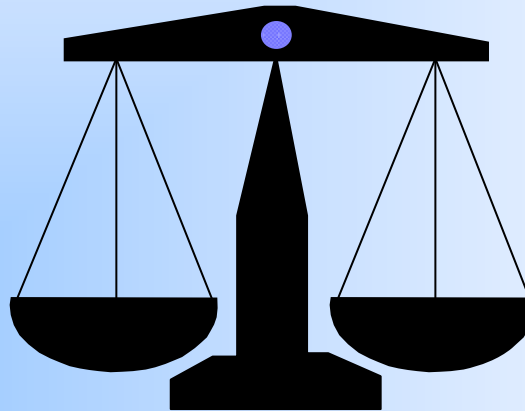


Autonomieverlust

Ja

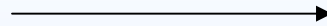


Wahrung der Autonomie

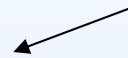


Autonomie als protektiver Faktor

Außergewöhnliches Lebensereignis / Belastung



Erschütterung des inneren Gleichgewichts

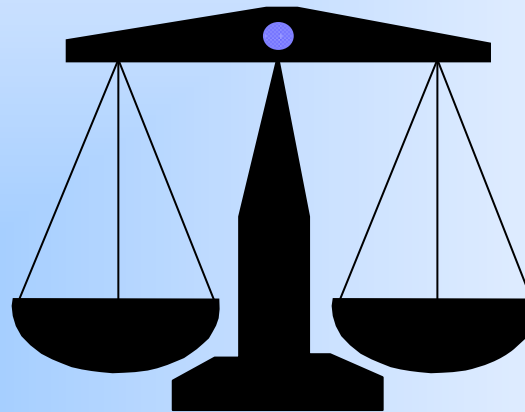


Bewertung

Handlungsoptionen?
Entscheidungsmöglichkeiten?
Bewältigungspotential?
Ressourcen?

Nein

Ja



Autonomieverlust



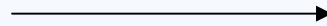
- Lähmung
- Hilflosigkeit
- Überforderung



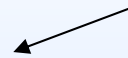
- Depressionen
- Ängste
- Traumatisierung / PTSD
- Somatisierung

Autonomie als protektiver Faktor

Außergewöhnliches Lebensereignis / Belastung



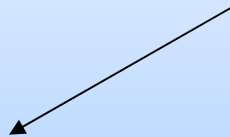
Erschütterung des inneren Gleichgewichts



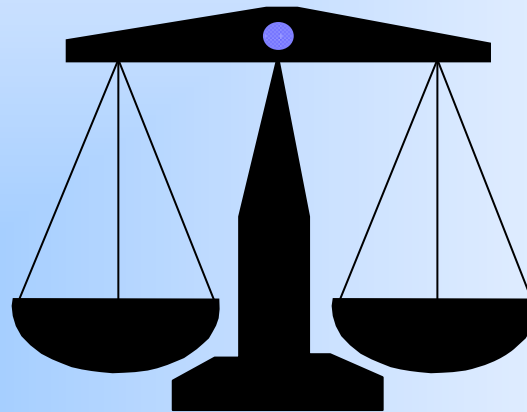
Bewertung

Handlungsoptionen?
Entscheidungsmöglichkeiten?
Bewältigungspotential?
Ressourcen?

Nein



Ja



Autonomieverlust



- Lähmung
- Hilflosigkeit
- Überforderung



- Depression
- Ängste
- PTSD
- Somatisierung

Wahrung der Autonomie



- Aktives Handeln
- Aktive Auseinandersetzung



- Aktive Krankheitsbewältigung
- „Personal Growth“
- („Persönliche Reifung“)

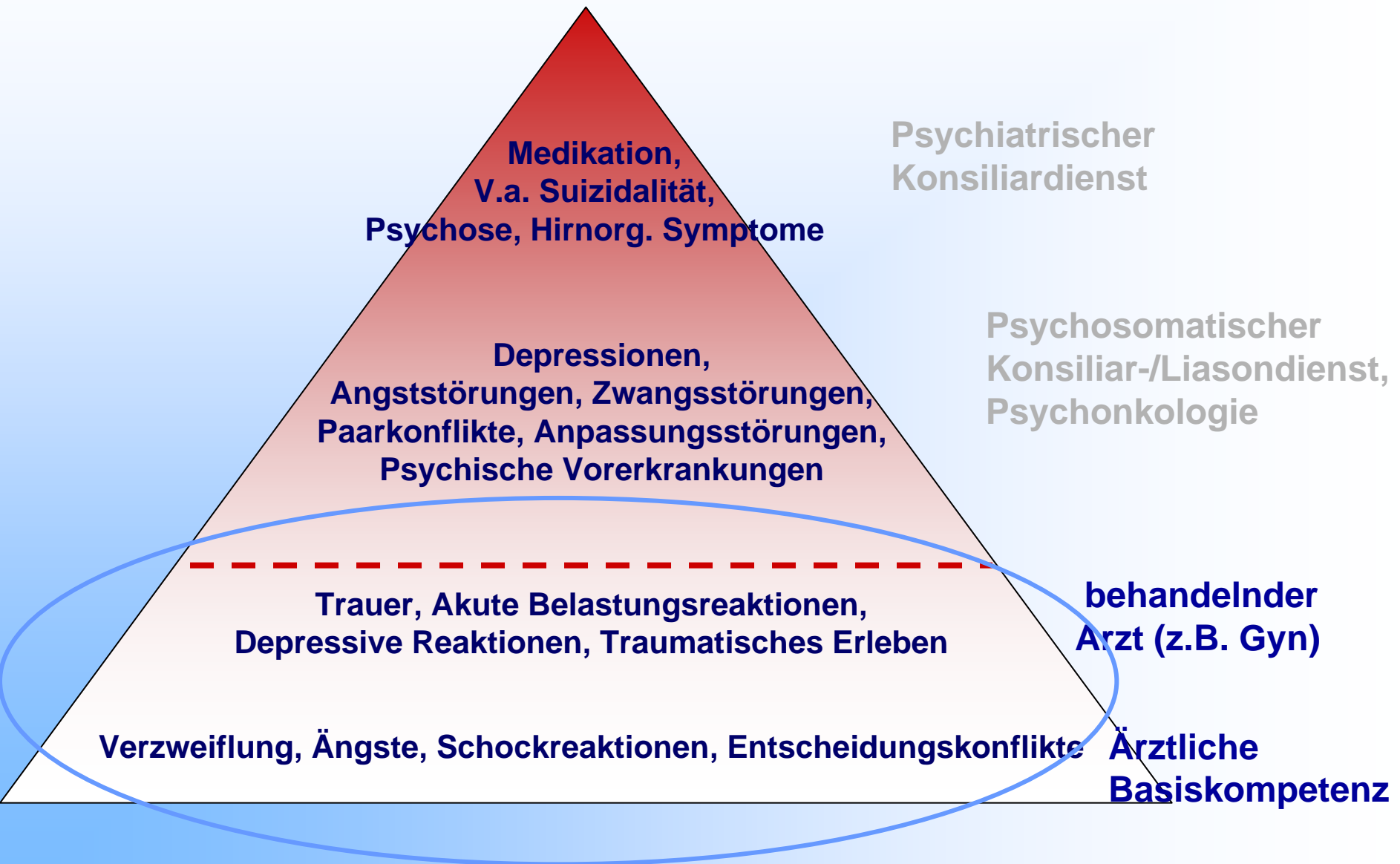
Wahrung der Autonomie

- **Individuelle Wünsche** und Motive der betroffenen Patientin / des Patienten vor einer Entscheidung über Therapie erfragen
- Genügend Zeit für eine sichere Entscheidung einräumen
- Ansprechen der psychischen Aspekte
- Raum für Gefühle / Reflektion
- Unterstützung bei der **Entscheidungsfindung** (Partizipative Entscheidungsfindung / Shared decision making)

Ziel: Vermeidung psychischer Probleme im Kontext somatischer Medizin

- Psychische Probleme als Begleiterscheinung / Folge einer **nicht-erfolgreichen** medizinischen Behandlung
- Psychische Krise als Begleiterscheinung einer „**Routineuntersuchung**“
- **Traumatisierung** durch medizinische Prozesse
- Anpassungsstörungen / nicht-gelungene Krankheitsverarbeitung durch schlecht vorbereitete / nicht-**autonome Entscheidungsfindung**

Auch Ihre Zuständigkeit und Verantwortung!



www.femina.uni-bonn.de

www.frauen-und-psychiatrie.de

GYNÄKOLOGISCHE
PSYCHOSOMATIK

