

15. Curriculums Psychosomatische Grundversorgung, Bad Nauheim,

08. – 10.05.2009

## Psychosomatische Aspekte der Gynäkologie und Geburtshilfe

©: Pierre E. Frevert 2009

Anschrift: pierre.frevert@dgn.de

Für Rückfragen: Pierre E. Frevert, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Arzt für Psychosomatische Medizin/ Psychoanalyse. Liebigstr. 8a, 60323 Frankfurt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Autors.

# Psychosomatische Aspekte der Gynäkologie und Geburtshilfe

## Einleitung

Bei gynäkologischen Erkrankungen ist bei 60% von einer psychomatischen Ursache oder somatopsychischen Reaktion auszugehen, 38% aller gynäkologischen Patientinnen geben Schwierigkeiten im Bereich Sexualität an. (Vermillion/Holmes 1997). Frauenkrankheiten haben aber nicht nur mit den weiblichen Geschlechtsorganen zu tun, sondern betreffen immer auch die spezifische weibliche Identität und Psyche. Wenn eine Frau sich wegen „Frauensachen“ an ihren Arzt oder Frauenarzt wendet, hat sie es in der Regel mit einem Mann zu tun. So weist Atmanspacher (2006) darauf hin, dass auch heute noch mehr als die Hälfte der Frauenärzte Männer sind (Bezirksstelle Kassel 55%), was bedeutet, dass auf die Probleme der Frauen jemand schaut, der einen anderen, nämlich männlichen Blickwinkel hat, was für die Arzt-Patientinnen-Beziehung bedeutsam ist. Nirgendwo anders sei in der Medizin das Geschlecht des Arztes von gleichartiger Bedeutung wie in der Frauenheilkunde. Aus gutem Grunde sei daher im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe auch die sog. psychosomatische Grundversorgung vorgesehen worden. Sie solle die Fähigkeit des Arztes im Umgang mit einer solchen für die Biographie der Patientin höchst bedeutsamen Situation stärken. (Neises und Ploeger 2003).

Neben dem Bewusstsein für die Geschlechtsspezifischen Aspekte des Fachs sind Kenntnisse über den psychosoziale Kontext sowie den Einfluss seelischer Belastungen auf die Körperlichkeit der Frau für den Arzt unentbehrlich. Die körperliche und seelische Gesundheit der Frau ist abhängig von der sich rasch ändernden Gesellschaft, ihrer Rollenübernahme darin und der Mehrfachbelastung, sowie den sich daraus ergebenden Krisen, die mittels körperlicher Krankheit „bewältigt“ werden und zu einem entsprechenden Symptomangebot führen. (Klußmann 2002, S. 415). Solche Krisen entwickeln sich nicht selten entlang von Lebensabschnitten. Auch Neises (2005) betont die spezifischen Lebensphasen der Frau für das Verständnis der psychosomatischen Gynäkologie, wenn sie auf der 56. Jahrestagung des Kollegiums für Psychosomatische Medizin in Dresden formuliert:

„Psychosomatische Störungen in der Frauenheilkunde manifestieren sich an den weiblichen Geschlechtsorganen, die mit Sexualität, Reproduktion und weiblicher Identifizierung assoziiert sind. Psychosomatische Krankheitsbilder werden sich z.B. als Folge von körperlichen, seelischen und sozialen Veränderungen in spezifischen Lebensphasen wie Pubertät, Schwangerschaft, Wochenbett, Klimakterium bzw. als Reaktion auf Lebensereignisse entwickeln“

Die wichtigsten Lebensphasen der Frau gehen nicht nur mit körperlichen und hormonellen, sondern auch mit seelischen Veränderungen einher und werden auch als Schwellensituationen betrachtet. Diese sind:

- Pubertät
- Schwangerschaft
- Geburt
- Wochenbett
- Klimakterium

In diesen Lebensübergängen kommen gehäuft psychosomatische Symptome vor, die weiter unten ausgeführt werden. Psychosomatische Erkrankungen in der Gynäkologie können sich in Folge von körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen in geschlechts-spezifischen Lebensphasen bzw. als Reaktion auf Lebensereignisse entwickeln. Zu den **körperliche Ursachen** zählen beispielsweise

- die Verarbeitung von chronischen oder angeborenen Erkrankungen mit Beeinträchtigung der psychosexuellen Entwicklung oder der Fertilität
- psychosomatische Reaktionen auf eine Kinderwunschbehandlung
- psychosomatische Reaktion auf Abort, Schwangerschaftsabbruch oder Totgeburt
- Verarbeitung von postoperativem Organverlust oder Karzinomerkrankung und deren Behandlungsfolgen

Zu den psychosoziale Ursachen rechnet man

- Sexuelle Traumatisierung
- Diskriminierung durch das soziale Umfeld (Rollenerwartung, soziokulturelle Einflüsse, Migrationsproblematik)
- psychosoziale Stressoren (z. B. Doppelbelastung in Beruf und Familie)
- Familiäre Konflikte oder Partnerschaftskonflikte

Zu den psychische Ursachen gehören schließlich

- intrapsychische Konflikte (Selbstwertproblematik, Autonomie-/Abhängigkeitskonflikt, Schuldkonflikt, ödipaler Konflikt, Identitätskonflikt, Rollenkonflikt)
- interpersonelle Konflikte (Partnerschaftskonflikt)

(Schöppner, 2008)

Bewusste und unbewusste Konflikte können sich direkt oder indirekt als gynäkologische Symptome (z.B. sekundäre Amenorrhoe) als Komplikationen in der Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin oder gynäkologischen Onkologie auswirken. Fundierte Kenntnis darüber haben entscheidende Fortschritte in die

Frauenheilkunde gebracht. Für die wissenschaftliche Erforschung und Fortbildung setzt sich die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie ein (DGPGG) (Schüßler et al. 2001). Diese entstand 1981 in der BRD, 2 Jahre nachdem zuvor in der DDR die „Arbeitsgemeinschaft für Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe“ (OGPGG) gegründet worden war. 2000 vereinigten sich beide Gesellschaften und bilden seither die „Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.“ (DGPFV), die sich das Ziel gesetzt hat, die Bedeutung der Psychosomatik in Versorgung, Forschung und Lehre zu stärken. (Quelle: [www.dgpfv.de](http://www.dgpfv.de))

Weil sich die gynäkologische Untersuchung und die Geburtshilfe auf Körperteile und Organe beziehen, die für die Intimsphäre einer Frau, ihr Selbstbild, ihre Sexualität sowie ihre Partnerschaft von unmittelbarer Bedeutung, wird vom Arzt oder der Ärztin ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen verlangt. Neben dem gynäkologischen Fachwissen sind Kenntnisse über psychische Wechselwirkungen unerlässlich. Zur medizinischen Diagnose gehört laut der DGPFV deshalb das partnerschaftlich angelegte Gespräch zwischen Arzt/Ärztin und Patientin.

## Theoretische Konzepte

Es ist Diederichs zuzustimmen, dass die wichtigsten Konzepte der modernen psychosomatischen Gynäkologie auf die Psychoanalyse Sigmund Freuds zurückgehen, die hierfür historisch und bis heute mit Modifizierungen ihre Bedeutung behalten hat. Psychosomatisch sei allerdings nicht mit psychogen zu verwechseln, denn es beinhalte ein komplexes Geschehen, das von biologischen, psychodynamischen und soziologischen Faktoren abhängt. Zu den Nachbarnwissenschaften der Psychosomatischen Gynäkologie gehören die Säuglings- und Bindungsforschung, die Psychoendokrinologie, die Psychoimmunologie und –physiologie, aber auch die Lerntheorie (Diederichs 1999, S.1-2). Die psychoanalytischen Konzepte von Trieb- und Affekttheorie oder die psychogenetischen Entwicklungsphasen mit ihren entsprechenden Störungen erlauben es, die Beobachtungen über die Symptomentstehung in der Frauenheilkunde theoretisch zu fassen und einzuordnen. So spielt die gegen das eigene Selbst gewandte Aggression bei chronischen Unterbauchbeschwerden oder im Urogenitaltrakt (Reizblase, Harninkontinenz) psychodynamisch als aktiv aggressives Verweigerungsmoment (Enttäuschungsaggression) eine Rolle (ebenda S. 4)

# Lebensphasen und psychosomatische Symptome

Wie oben erwähnt, stürzen die Lebensübergänge eine Frau in Krisen, die Anlass für körperliche Leiden sein können, seien diese unspezifisch (Kopfschmerzen) oder gynäkologischer Natur (Dysmenorrhoe).

1. **Pubertät.** Die Menarche markiert das biologische Zeichen der Geschlechtsreife im Rahmen der Pubertät, die für jedes Mädchen sehr unterschiedlich und darüber hinaus in einem spezifischen kulturellen Kontext erlebt wird. Bereits das der Menarche vorausgehende Brustwachstum (Thelarche) kann beim Mädchen zu einer Verunsicherung und Entwicklung von Schamgefühlen führen. In der Pubertät kommt es zu *äußerlichen und innerlichen Körperveränderungen* auf die das Mädchen keine Kontrolle mehr hat, aber haben möchte (z.B. Pubertätsretardierung in der Anorexia nervosa). Das Mädchen muss sich mit seiner *künftigen Rolle* als Frau und Mutter und mit den damit verbundenen Rollenerwartungen auseinandersetzen. Es sieht sich in einer veränderten Außenwirkung ausgesetzt. Die Jungen und Männer blicken auf sie jetzt schon als Frau, als die sie sich noch nicht fühlt. Ihr Wert wird weniger bestimmt von dem was sie *tut* (Leistung), sondern, was sie *ist* (Aussehen). Sie muss sich soziokulturell getriggert vom Subjekt zum Objekt (Objekt der Begierde, der Anbetung, der Verehrung etc) wandeln. Die *hormonellen Veränderungen* wirken sich auf ihr körperliches Befinden aus, was sich in Klagen über Dysmenorrhoe oder Unterbauchbeschwerden äußert. Ihrem körperlichen Bewegungsdrang werden (kulturell geprägte) Einschränkungen aufgebürdet, wie z.B. Restriktionen bei Schwimmbadbesuchen oder Sportveranstaltungen. Schließlich kommt es zu einer *Zunahme der Triebtigkeit*, die zu einer Konfrontation mit den jeweiligen soziokulturellen Normen führt. Von der psychischen Entwicklung entsteht ein Pendeln zwischen Ablehnung und Anbindung an die Mutter, die auch ohne körperliche Veränderung bereits in der Kleinkindzeit zu Krisen geführt hatte.

In der Pubertät können sich als Lösungsversuch der oben skizzierten Krise (körperliche) Symptome als Lösungsversuch abzeichnen. Solche **Symptome** sind vegetative Störungen (Schlafstörungen, Unruhe, Schwäche, Übelkeit), unspezifische somatische Beschwerden ohne pathologisch-anatomisches Korrelat (Kopfschmerzen, unklare Rücken- und Bauchschmerzen, Übelkeit, Schwindel). In dieser Zeit kann sich eine **Anorexia nervosa** (Prävalenz ca 1% bei Mädchen, 0,1% bei Jungen; Mortalität von 5-15%) entwickeln, die gekennzeichnet ist durch eine Störung des Körperschemas, das Hungern als Versuch der Kontrollausübung bei erlebtem Kontrollverlust, der Ablehnung der weiblichen Identität und der Überanpassung an ein gesellschaftlich bevorzugtes Schönheitsideal. (Atmanspacher 2005)

In der **Postadoleszenz**, sieht sich die junge Frau mit den psychosozialen Anforderungen zunehmender Eigenständiger, dem Leben in einer Partnerschaft und der Ablösung von Zu Hause durch Studium und Beruf ausgesetzt. Hierbei sucht sie zwischen aggressiven Triebimpulsen, die Durchsetzungsvermögen ermöglichen und passiven Wünschen nach Versorgung und Sicherheit ein Gleichgewicht zu finden. Die psychosomatischen Störungen sind an die Reproduktionsfähigkeit geknüpft und betreffen beispielsweise Blutungsstörungen, Fluor vaginalis, Postmenstruelles Syndrom, Endometriose unklare Unterleibsschmerzen, um nur einige zu nennen.

**2. Schwangerschaft.** In dieser Lebensphase kommt es zu einer erheblichen körperlichen Veränderung bedingt durch die hormonelle Veränderungen aber auch psychisch durch den Verlust von Autonomie mit einhergehendem verändertem Körperbild (erlebter Verlust von Attraktivität, Gewichtszunahme) und psychosozial durch den Verlust der alten „Rolle“ und die Vorbereitung auf die „Mutterrolle“. In dieser Zeit treten psychosomatische Symptome und psychosomatisch getriggerte Folgen wie Ängste, Habituelle Abort, Hyperemesis, Preeklampsie, drohende Fehlgeburt und Gebärstörungen auf.

**3. Nach der Geburt** kommt es zu einem Hormonabsturz. Die Geburt selbst kann kompliziert sein und traumatisch erlebt werden.

**4. Im Wochenbett** ist keine Rückkehr in die alte Identität möglich. Die tatsächliche und erlebte Reduktion auf Versorgung und Versorgtwerden und die fehlende Autonomie sind Ursache einer weiteren krisenhaften Zuspitzung mit weitgehenden psychischen Folgen, wie der Gefahr der Ausbildung einer **Wochenbettdepression** bis –psychose, **Stillschwierigkeiten** und **Anpassungsstörungen**. (ebenda, S. 9)

**5. Klimakterium.** Mit dem Eintritt in die Menopause beginnt für die Frau ein weiterer physisch und psychisch belasteter Lebensabschnitt. Die Frau sieht ihre **Identität** durch den Verlust der biologischen Reproduktionsfähigkeit (weibliches Selbstwertgefühl) gefährdet. Der **Altersprozess** (Verlust an äußerlicher Attraktivität) ist verbunden mit **Abschied-** und **Verlusterleben** (Kinder sind selbstständig, Freundinnen sterben, Angst vor Einsamkeit und Krankheit) und dem Erleben der **Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit**. Es wächst die Angst vor **Hilflosigkeit**. Durch **hormonelle** und körperliche Veränderungen entsteht eine erneute Unsicherheit in der **Sexualität**. **Psychosomatisch** Erkrankungen dieser Lebensphase sind *Selbstwertkrise, Klimakterisches Syndrom, Cystitiden, Inkontinenzprobleme, Unterbauchbeschwerden, Funktionelle sexuelle Störungen* (ebenda S. 10)

# Krankheitsbilder

Zu den Krankheitsbildern und Belastungen in der Psychosomatischen Medizin gehören beispielsweise chronische Unterleibsschmerzen (s.u.) mit oder ohne Organbefund (z. B. Endometriose), gynäkologische Operationen sowie die psychischen Belastungen bei einer gynäkologischen Krebserkrankung. Im geburtshilflichen Bereich beziehen sich die psychosomatischen Angebote auf Verlusterfahrungen durch Totgeburt oder Fehlgeburt sowie die anhaltende Belastung nach Geburtskomplikationen oder auch psychische Belastungen oder Erkrankungen im Wochenbett (Wochenbett-Blues oder Wochenbettdepression), Erkrankungen während der Schwangerschaft wie z. B. die unterstützende Begleitung bei Schwangerschaftserbrechen, vorzeitiger Wehentätigkeit, Schwangerschaftshochdruck oder andere Erkrankungen. (Quelle [www.mh-hannover.de/3234.html](http://www.mh-hannover.de/3234.html))

Neben der Zuordnung **psychosomatischer Krankheitsbilder** zu den jeweiligen zentralen (biologischen) Lebensphasen der Frau, wie oben angeführt, lassen sich diese innerhalb der psychosomatischen Gynäkologie und Geburtshilfe in **4 Bereiche** einordnen:

1. Psychosomatische Symptome und Erkrankungen in der <b>Gynäkologie</b>
2. Somato-psychischen in der <b>Onkologie</b> und nach <b>operativen Eingriffen</b>
3. Psychosomatische Störungen in der <b>Reproduktions- und Sexualmedizin</b>
4. Psychosomatische Symptome und Erkrankungen in der <b>Geburtshilfe</b> (modifiziert nach Diederichs 2000)

# 1. Psychosomatische Symptome und Erkrankungen in der **Gynäkologie**

## **1.1. Zyklusstörungen**

- 1.1.1. Poly- und Oligomenorrhoe
- 1.1.2. Hyper- und Hypomenorrhoe
- 1.1.3. Dysmenorrhoe
- 1.1.4. prämenstruelles Syndrom
- 1.1.5. Metrorrhagien
- 1.1.6. primäre und sekundäre Amenorrhoe

## **1.2. Unterbauchbeschwerden**

## **1.3. Chronisch–rezedivierende Adnexitiden**

## **1.4. Chronisch–rezedivierende Vaginitiden**

## **1.5. Fluor vaginalis**

## **1.6. Pruritus genitalis**

## **1.7. Mastodynie**

## **1.8. Miktionsstörung**

## **1.9. Sexualstörungen**

### 1.9.1. Sexuelle Schmerzstörungen

#### 1.9.1.2. Sexuelle Phobien

#### 1.9.1.3 Erregungsstörungen

#### 1.9.1.4. Orgasmusstörungen

#### 1.9.1.5 Störungen des sexuellen Begehrens

#### 1.9.1.6. Larvierte Sexualstörungen

### 1.9.2. Sekundäre Sexualstörungen

## 2. Somato-psychische Reaktionen in der **Onkologie** und nach **operativen Eingriffen**

### 2.1. Befindlichkeitsstörungen

2.2. Bedrohung der weiblichen Identität

2.3. Sexuelle Probleme

2.4. Belastungen in Partnerschaft und Familie

2.5. Reduzierte Leistungsfähigkeit

2.6. Einengung von Sozialkontakten

## 3. Psychosomatische Störungen in der **Reproduktions- und Sexualmedizin**

3.1. Hormonale Kontrazeption

3.2. Intrauterine Kontrazeption

3.3. Chirurgische Kontrazeption

3.4. Schwangerschaftsabbruch

3.5. Funktionelle Sterilität

3.6. Künstliche Befruchtung

3.7. Klimakterium

## 4. Psychosomatische Symptome und Erkrankungen in der **Geburtshilfe** (modifiziert nach Diederichs 2000)

4.1.1 Psychische Störungen in der Schwangerschaft

4.1.2 Psychosomatische Störungen in der Schwangerschaft

4.2. Psychosomatische Gebärstörungen

4.3. Psychische und psychosomatische Störungen des Wochenbettes

4.4. Störungen der postpartalen Mutter-Kind-Beziehung

# Epidemiologie

Schätzungen über **psychosomatische Störungen in einer gynäkologischen Praxis** liegen zwischen 30-50% (Diederichs 2000) bzw. sogar bei ca. 60% nach Neises (2005)

Betrachtet man in der oben aufgeführten tabellarischen Aufstellung als Beispiel für die Kategorie 1,

- **chronischer Unterbauchschmerz und Vulvodynie (Pkt. 1.2.)** so betreffen diese Symptome 15-20% aller Konsultationen einer Gynäkologischen Praxis (Cialli 1999 in Rauchfuß 2000).
- 40% der Laparatomien werden wegen Unterbauchschmerzen durchgeführt (Rauchfuß 2000)

Als Beispiel zur Kategorie 2 (**Onkologie**) sei erwähnt, dass

- 40-50 % aller **Krebserkrankten** seelische Störungen von Krankheitswert aufweisen und bei 30% eine fachpsychotherapeutische Behandlung indiziert ist (Weis et al 2000 in Rauchfuß 2000).
- Nur 54% von 162 Brustkrebspatientinnen waren i.R. einer Primärbehandlung über Betreuungsangebote informiert worden (Brusis et al 1993 in Rauchfuß 2000)

Die Kategorie 3 betrifft die **Reproduktionsfähigkeit**:

- Die Rate der **ungewollt kinderlosen** Paare beträgt in Industriestaaten 10-15% (Ludwig und Diederich 1998 in Rauchfuß 2000).
- 46% suchen medizinische Hilfe auf (Brähler et al 1998 in Rauchfuß 2000)

Beispiel zu 4 (**Geburtshilfe**):

- Die Rate der **Frühgeburten** ist trotz technologischer Innovation in Deutschland gestiegen und beträgt im Mittel seit 1982 6,5% mit steigender Tendenz (Künzel, Hessische Perinatalerhebung 1997 in Rauchfuß 2000).
- Durch die konstante Betreuung durch nur eine Hebamme statt wechselnder Ärzte und Hebammen konnte in einer Studie an 1815 Schwangeren die Hospitalisationsrate und Reanimationsrate der Neugeborenen signifikant gesenkt werden (Hodnett 1999 in Rauchfuß 2000)

Rhode und Dorn (2007, S. 5) fanden in einem Kollektiv von 3050 Patientinnen der Abteilung für Gynäkologische Psychosomatik Zentrum für Geburtshilfe und

Frauenheilkunde Universitätsklinikum Bonn, folgende Verteilung von Symptomen (Stand Juni 2007):

ICD 10	Diagnostische Zuordnung	Anteil der Patientinnen in %
F0	Organische Störungen	0,5
F1	Störungen durch psychotrope Substanzen	0,7
F2	Schizophrene/wahnhafte Störungen	1,4
F3	Affektive Störungen (Depression usw.)	23,5
F4	Neurotische Störungen (Zwang, Angst usw.)	45,5
F5	Ess-/Sexual-/Schlafstörungen	4,6
F6	Persönlichkeitsstörungen	1,0
F7	Intelligenzstörungen	0,2
Sonst. ICD 10- Klass.	Psych. Folgen Gynäkolog. Erkrankungen und Eingriffe	21,7

Modifiziert nach Rohde und Dorn 2007)

## Zu1.: Psychosomatische Symptome und Erkrankungen in der **Gynäkologie**

### 1.1. Zyklusstörungen

**Der Menstruationszyklus ist in dem Zusammenspiel von Nervensystem, Hypothalamus, Hypophyse und Ovar durch äußere wie innere (psychische) Faktoren störbar. Man unterscheidet die Primäre und die sekundäre Amenorrhoe. Während erstere zu 80% organisch bedingt ist, ist letztere umgekehrt zu 80% psychosomatisch und hängt mit der Angst vor Verlust an Sicherheit und Geborgenheit zusammen sowie der Abwehr des Sexualtriebes (Klußmann 2002)**

Bei der *Poly- und Oligomenorrhoe* handelt es sich um eine Tempoanomalie mit einem Zyklus von weniger als 24, bzw. mehr als 31 Tage. Die *Hyper- und Hypomenorrhoe* ist eine Blutungsanomalie, mit reichlichen bzw. spärlichen Menstruationen. Bedeutsam in der gynäkologischen Psychosomatik und psychosomatischen Grundversorgung sind sowohl die *Dysmenorrhoe*, d.h. die schmerzhafte Regelblutung, als auch das *praemenstruelle Syndrom*, das zu körperlichen und

seelischen Symptomen 7-10 Tage vor der Regel führt und auf die unten näher eingegangen wird. Schließlich darf bei den *Metrorrhagien* (Zwischenblutungen, dyfunktionelle Blutungen) die psychosomatische Mitverursachung nicht aus den Augen verloren gehen.

### **Dysmenorrhoe**

*Definition:* Schmerzhaftes Menstruation begleitet von Übelkeit, Kopfschmerzen, Kreislaufstörungen und nervöser Reizbarkeit. Es kommt häufig zu Verlust der Impulskontrolle in Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus.

*Ätiopathogenese:* Zusammenspiel von Prostaglandin und lokalem Östradiol- Progesteron-Korrelation im Endometrium und einer primär labiler seelischer Struktur. Auftreten meist im 30. Lebensjahrzehnt.

*Psychosomatisch:* Affektkorrelat des Protestes gegen die weibliche Rolle, „narrzistische Problematik“ (Diederich 2000)

*DD:* Endometriose und Fehlbildungen

*Therapie:* symptomatisch. Spasmolytika können eingesetzt werden. Hilfreich ist das ärztlich-psychotherapeutische Gespräch.

### **Prämenstruelles Syndrom (PMS)**

*Definition:* Komplex körperlicher und seelischer Symptome 7-10 Tage vor der Regel

*Ätiopathogenese:* Zusammenspiel von konstitutionellen (genetisch), biologischen (hormonell), umweltbedingte (kulturell, sozialer Stress), psychosoziale Ursachen (fehlende psychosoziale Unterstützung, weibliche Rollenkonflikte). 5-10% der Frauen in Industrieländer

*Symptome:* Brustspannung, Kopfschmerz, Blähungen und Völlegefühl, Nervosität und Reizbarkeit

*Psychosomatisch:* keine spezifischen Psychosoziale Ursachen. Hertz und Molinski (1980 nach Diederich 2000) unterteilen die Patientinnen nach hypochondrisch-klagenden, gegen das Rollenbild rebellierenden und solchen mit depressiver Reaktion

*Therapie:* symptomatisch. Ovulationshemmer helfen nicht allen Frauen und sind auf Grund der neueren Studien über die Gefahren von Hormonersatztherapie eher kritisch einzusetzen (s. Rhode et al., 2007, S. 103). Bewährt haben sich aufdeckende psychotherapeutische Verfahren (Diederich 2000)

## Sekundäre Amenorrhoe

*Definition:* Ausbleiben der Menarche bis zum 16. Lebensjahr wird **Primäre Amenorrhoe** genannt und ist meist organischer Natur. Das Ausbleiben der Menstruation für mindestens 6 Monate nach Eintritt der Menarche und außerhalb von Schwangerschaft und Klimakterium wird **Sekundäre Amenorrhoe** genannt.

*Ätiopathogenese:* 80% Psychosomatisch. In Extremlastungen (Krieg), psychosozialen Konfliktsituationen, schweren seelischen Störungen (Schüßler et al 2001)

*Pathophysiologie:* funktionelle hypothalamische Störung

*Psychosomatisch:* Es ist keine spezifische Persönlichkeitsproblematik bekannt. Die Amenorrhoe tritt als unspezifisches Begleitsymptom bei Neurosen (Konversionsneurosen, Angststörungen), bei Depressionen, bei oralen Konflikten in Kombination mit Magen- und Verdauungsprobleme oder bei extremen Gewichtsschwankungen (Anorexia Nervosa). Die betroffenen Frauen sind meist sehr überkontrolliert und leiden oft an Anorgasmie und anderen Sexualstörungen (Diederich 2000)

*DD:* Primäre Amenorrhoe organischer Ursache

*Therapie:* Es empfiehlt sich die Fixierung auf Ovulationshemmer zu vermeiden und in einem ärztlich-psychotherapeutischen (Fach)Gespräch nach den Störungsursachen zu suchen.

## 1.2. Unterbauchbeschwerden

Die *chronischen Unterbauchschmerzen* sind Symptome, die die Patientin zunächst in die allgemeinärztliche Praxis führen, wo zahlreiche Untersuchungen ergebnislos führen und in Folge von Abklärungsversuchen eine Überweisung zum Gynäkologen, Urologen, Gastroenterologen und vielleicht zum Psychiater, was jedoch meist von den Patientinnen nicht akzeptiert wird. Angesichts der großen Bedeutung dieses Symptomenkomplexes für die Psychosomatische Grundversorgung wurde auf dem Psychosomatik-Kongress in Mainz vom 18.-21. März 2009 zum Thema „Volkskrankheiten im Fokus der Psychosomatik“, der von den zwei größten deutschen Psychosomatik-Fachgesellschaften, der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM) und des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) initiiert wurde, wurden Neue Leitlinien zum chronischen Unterbauchschmerz verabschiedet, die im Internet nachzulesen sind.

„Etwa jede achte Frau ist von solchen monatelang andauernden und quälenden Schmerzen betroffen“, berichtet Dr. Friederike Siedentopf, Berlin. Bei etwa 60-80% aller Patientinnen liege eine somatoforme Schmerzstörung zugrunde, was

bedeutet, dass eine psychisch bedingte Erkrankung sich in Form von Schmerzen äußere. 40-60% aller Patientinnen hätten in der Vergangenheit gewaltsamen und ein Teil davon auch sexuellen Missbrauch erfahren. Daher wurden auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) von einer interdisziplinären Konsensusgruppe Leitlinien zum chronischen Unterbauchschmerz erarbeitet. Frau Siedentopf, die als Vizepräsidentin der DGPF federführend an der Formulierung der Leitlinien beteiligt ist, betonte, dass es im Interesse der Patientinnen sei, wenn durch die Darstellung der komplexen Zusammenhänge die Leitlinien zu einer differenzierteren Indikationsstellung beitragen und helfen könnten, unnötige operative Eingriffe zu vermeiden. Die Leitlinien geben unter anderem auch eine umfassende Übersicht über den aktuellen Forschungsstand zur Wirksamkeit der Psychotherapie bei chronischen Unterbauchschmerzen, die mittlerweile mit hoher methodischer Qualität nachgewiesen werden konnte (Giegerich 2009).

*Definition:* Unterschiedliche chronische Schmerzzustände im Bereich des Unterbauches ohne zugrunde liegenden organischen Befund (Schüßler et al 2001)  
Chronic Pelvic Pain Syndrom, CPPS

*Ätiopathogenese:* Psychosomatisch. Schmerzgenese durch Berücksichtigung der Beeinflussung des Schmerzerlebens durch Depression, Angst, kognitive Prozesse, Schmerzerfahrung in der Kindheit und Jugend, kulturelle Faktoren. Komorbidität mit funktionellen Beschwerden (Schlafstörungen, Magenbeschwerden, Kopfschmerzen). 20-50% der Fälle sexueller Missbrauch in Kindes und Jugendalter. Die Patientinnen sind auf eine organische Ursache fixiert.

*Psychosomatisch:* Häufig eine depressiv akzentuierte strukturelle Ich-Störung. Die Patientinnen haben Schwierigkeiten, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und neigen zu selbstbestrafenden Tendenzen. Cave: Das Beschwerdebild neigt zur Chronizität!

*Psychodynamisch:* Beim narzißtischen Mechanismus kommt es zur Umwandlung von Kränkbarkeit und Trauer in körperliche Beschwerden. Der Schmerz schützt das brüchige Selbst vor der Krise der Selbstwertregulation (sog. „Psychoprotetische Funktion“). Die Folge sind Therapieresistenz und Widerstand. Beim Konversionsmechanismus hingegen werden Schuldgefühle durch ein rigides Über-Ich (sexueller Missbrauch) in einen symbolischen Sühnevorgang (Somatisierung) umgewandelt. Im Operationswunsch verbirgt sich die unbewusste Selbstbestrafungstendenz.

**Übertragung:** Die Vorwurfshaltung gegenüber dem Arzt, der unfähig ist, das Leiden zu lindern gilt unbewusst dem Täter/Mittäter.

**Gegenübertragung:** Der Arzt fühlt sich hilflos und enttäuscht. Dieses Gefühl versucht er durch Agieren im Handlungszwang abzuwehren, indem er invasive Diagnostik anordnet und die Operationsneigung der Patientin noch bekräftigt.

Damit kommt es szenisch zu einer Wiederholung der frühkindlichen Traumatisierung in der Arzt-Patientinnen-Beziehung (Täter/Opfer-Reinszenierung)

**Widerstand:** Gegenüber einer zu schnellen oder unvorsichtigen Konfliktaufdeckung wird sich die Patientin abwehrend zeigen und ihre „Normalität“ betonen und sich auf die Fixierung auf eine organische Ursache zurückziehen.

*Komorbidität:* Hierzu zählen Somatisierungs- und Konversionsstörungen. Es lassen sich eine deutliche Häufung von behandlungsrelevanten seelischen Störungen wie Angst, Depression, Alkohol-Medikamentensucht und funktionellen Sexualstörungen beobachten.

*Therapie:* Neben der Psychosozialen Grundversorgung durch den Frauenarzt und/oder Hausarzt sollte eine Mitbehandlung durch einen Fachpsychotherapeuten erwogen werden. Die besten Ergebnisse zeitigen Multidisziplinäre Teams und multiplurale Ansätze wie zusätzliche Krankengymnastik, Kaudalanästhesien, Antidepressiva. Cave: keine unnötigen Operationen!

### **1.21 . Exkurs: chronisch unklare Unterbauchbeschwerden und Vulvodynie**

Chronisch unklare Unterbauchbeschwerden (engl.: Chronic pelvic pain, CPP) und Vulvodynie werden in der psychosomatischen Literatur oft zusammengefasst abgehandelt. Henningsen (2006) fasst diese neben Pelvipathie, Dyspareunie und Dysmenorrhoe zu den funktionellen Symptomen in der Gynäkologie unter N94 im ICD10 zusammen. Die **Vulvodynie** wird in vielen Internetforen von betroffenen Patientinnen angesprochen, während die Fachpresse die geringe Beachtung des Leidens von ärztlicher Seite zu bemerken scheint. Bodden-Heinrich (2007) schätzt, dass chronische Schmerzsyndrome wie chronische Unterbauchschmerzen und Vulvodynie 15–20% aller Konsultationen in der ambulanten gynäkologischen Versorgung ausmachen. Sie weist darauf hin, dass die betroffenen Frauen oft invasive diagnostische und therapeutische Maßnahmen über sich ergehen lassen müssen. Die Symptome sind diffus und oft schwer einzugrenzen. Vulvodynie oder Vulväre Dysästhesie bedeutet Schmerzen der Vulva unterschiedlicher Qualitäten, verursacht durch Infektions- und Hauterkrankungen (Lichen Sklerose, Schuppenflechte, allergische Ekzeme) sowie unklarer Genese. *Symptome* sind juckende, brennende auch einschließende Sensationen der Vulva, variable Orte, oft gesamte Vulva, oft mit urethralen und rectalen Beschwerden mit oder ohne Inflammation (Stücker 2009). Die Patientinnen klagen über Schmerzen beim Sex, Brennen, Stechen, Wundsein, aber auch Jucken bei Bewegungen und beim Einführen von Tampons oder Tragen enger Hosen. Eine *Ätiopathogenese im* engeren Sinne ist nicht bekannt. Die Diagnostik findet üblicherweise nur über Ausschluss vielfältiger anderer gynäkologischer und außergynäkologischer Erkrankungen statt. Dementsprechend ist die *Therapie* in der klassischen Gynäkologie unspezifisch. Ein ganzer Fächer von Hygienemaßnahmen, lokalen Applikationen von Östrogen, Botox-Injektionen und vieles mehr

werden aufgezählt (s. Stücker 2009). *Psychosomatisch* orientierte Ärzte wie Bitzer und Frey (Bitzer 2006) weisen darauf hin, dass Frauen mit Vulvodynie oft den Eindruck hätten, die Ärzte hörten ihnen nicht zu und betonten gezielte Fragen zur Symptomatik im Rahmen einer biomedizinischen und psychosozialen Anamnese. Sie setzen auf eine stabile Arzt/Patientinnen-Beziehung und eine lang dauernde gezielte Behandlung (Bitzer, 2006).

#### FALLBEISPIEL: Vulvodynie, Klitoris-zentriert

Eine damals 32 jährige Patientin stellt sich auf Empfehlung ihres Hausarztes wegen eines mehrfach abgeklärten vaginalen Schmerzes in der psychotherapeutischen Praxis vor. Anlass waren therapierefraktäre Schmerzen nach einer „Verletzung“ der Klitoris beim Petting mit einem ihr nur flüchtig bekannten Mann, der sie am nächsten Morgen klammheimlich verließ. Die gynäkologische Untersuchung ergab eine harmlose Schleimhautwunde an der Klitoris, die schnell und komplikationslos abheilte. Dennoch verschlimmerten sich die brennenden und stechenden Schmerzen kontinuierlich, so dass eine begleitende schmerztherapeutische Behandlung eingeleitet wurde. Die Patientin wechselte mehrfach die Gynäkologinnen. Eine Scheidenpilzinfektion blieb erfolglos und auch ein Kernspin ohne pathologischen Befund. Aufgrund von zahlreichen Schmerzmedikamenten fühlte sie sich dem Stress am Arbeitsplatz nicht mehr gewachsen. Zum Auslöseereignis stellt sie fest: „Ich habe dafür die Quittung bekommen, dass ich mich auf diesen Mann eingelassen habe!“

Aufgewachsen in einem sehr katholischen Kleinstadtmilieu, war der Vater, Geschäftsmann, bei ihrer Geburt 51, die Mutter, Schneiderin und später Hausfrau, 39 Jahre alt. Während der oft abwesende Vater, eher „freizügig“ bis gelegentlich „anzüglich“ gewesen sein soll, wird die Mutter als „verklemmt“ und bigott geschildert. Ihr 3 Jahre jüngerer Bruder sei noch heute der Liebling der Mutter. Sie selbst war als Frühgeburt im Brutkasten versorgt worden und war bald darauf als Säugling „mehrere Monate“ wegen einer Gelbsucht wieder stationär aufgenommen worden. Wenn die Eltern mit dem Bruder vereisten, wurde sie bei Verwandten abgegeben, weil die Mutter sich mit zwei kleinen Kindern überfordert fühlte. Die Patientin zeigte gute Schulleistungen und wurde Akademikerin. In der Sexualität gehemmt, hatte sie nur kurze Beziehungen und lebt ganz für ihren Beruf, Tierärztin.

In der psychotherapeutischen Behandlung, die in eine Psychoanalyse umgewandelt wurde, verschwanden die Symptome völlig, um in Krisenzeiten abgemildert wieder aufzuflackern. In einem Zeitraum von einem Jahr konnte sie alle Medikamente absetzen. Sie lernte einen 8 Jahre älteren Geschäftsmann kennen, der sich für sie scheiden ließ. Inzwischen mit ihm verheiratet, hat sie per Kaiserschnitt im Alter von 37 Jahren eine Tochter entbunden.

Die Patientin litt anfangs unter einer Reihe psychosomatischer Beschwerden, wie Kopf- und Nackenschmerzen, Tinnitus, Schwindel, nervöses Hauterythem und Einschlafstörungen. Im Verlauf der Behandlung wurde hinter einer klinisch manifesten Depression, die ganz behoben werden konnte, deutlich, dass ihr Leben von Zwangsgedanken und –ritualen geprägt ist, über die sie nur sehr spät im Therapieverlauf zu sprechen bereit war und die sich sehr langsam zurückbildeten.

Anzumerken ist, dass einerseits die Klitorisberührung durch den Mann ihrer Affäre eine Schmerzodyssee auslöste (mütterliches Masturbationsverbot) sie jedoch ihren Freund und späteren Ehemann bei Juckreiz oder Schmerzen im Vulvabereich, ihn immer wieder aufforderte, ihr Genital ausgiebig „pseudomedizinisch“ zu untersuchen (sublimierte exhibitionistische Sexuallust).

### **1.3. Chronisch–rezedivierende Adnexitiden**

*Symptome:* Akut: Heftige Unterleibsschmerzen, beidseitiger Adnexenbefund, Leukozytose, erhöhte BSG↑.

*Äthiopathogenese:* Oft findet man keinen Zusammenhang zwischen aufsteigenden Keimen und dem Befund

*Psychosomatisch:* Es lassen sich spezifische Partnerkonfliktsituationen finden, bei denen unterschiedliche Partner mit der Zuordnung kontroverser Bedürfnisbefriedigung gesucht werden. Die Patientinnen sind hin und her gerissen zwischen ihren Wünschen nach Zärtlichkeit, Wärme, Sicherheit und Geborgenheit auf der einen Seite und ihrer sexuellen Lust, dem Wunsch nach Abwechslung und Risiko sowie Freizügigkeit auf der anderen. Als Folge ihrer Unfähigkeit sich für den einen oder anderen „Rappräsentanten“ ihrer jeweiligen Bedürfnisse zu entscheiden projizieren sie ihre Enttäuschungsaggression statt auf ihre Partner auf ihren Unterleib. Der Beziehungskonflikt kann sich an den Adnexen oder an der Blase oder an den äußeren Genitalen abspielen.

*Therapie:* In der Regel können die meist unbewussten Konflikte durch aufdeckende psychotherapeutische Verfahren herausgearbeitet werden.

### **1.4. Chronisch–rezedivierende Vaginitiden**

Wie 1.3.

### **1.5. Fluor genitalis**

Psychodynamisch gesehen verbirgt sich hinter dem Symptom die unbewusste Abwehr der Erfüllung sexueller Wünsche (Klußmann 2002)

*Symptome:* Hierbei kommt es zu einer zervikalen Hypersekretion und zum Transsudat der Vaginalwände. Es handelt sich um vermehrtes normales Sekret.

*DD:* Entzündliche Genese (dünner, wässrig-klarer Zervixschleim)

*Psychosomatische Ätiopathogenese:* Der Fluor entspricht dem Affektkorrelat einer gewünschten, aber unbefriedigt gebliebenen Sexualität (Wunsch- bzw. Abwehr-Fluor und Gewissensfluor als Über-Ich-Problematik). Voraussetzung ist ein labiles Vegetativum in Stresssituationen. Weitere vegetative Symptome treten hinzu, wie etwa Schwitzen, Herzrasen oder ein Reizkolon.

*Psychosomatische Klinik:* Leitführend ist die Diskrepanz zwischen subjektiver Verarbeitung und objektivierbarem Befund. Oft handelt es sich um zwanghafte Persönlichkeiten mit einer Neigung zu wiederholten intimen Reinigungsmaßnahmen (Circulus vitiosus).

*Therapie:* Die Psychosomatische Grundversorgung ist oft ausreichend. Eine iatrogene Fixierung auf die Fluorbekämpfung ist unbedingt zu vermeiden.

## **1.6. Pruritus genitalis/vulvae**

Patientinnen mit Pruritus genitalis gehören neben den Pelvipathiepatientinnen zu den schwierigsten zu behandelnden Patientinnen (Richter 1998). Bei den betroffenen Frauen ist die Sexualität oft tabuisiert.

*Definition:* Anfallsweise oder chronischer Juckreiz in der Vulva und Klitorisgegend als Jucken, Brennen und Stechen. Es kommt zu sekundären Ekzemen, Entzündungen oder Vereiterungen durch Kratzeffekte.

*Ätiopathogenese:* Es lassen sich drei Verursachungen unterscheiden: Exogene (Vulvitis, Manipulationen usw), endogene (Diabetes mellitus, Allergien usw) und psychogene Faktoren (sexuelle Konflikte, Abwehraspekt, masturbatorisches Äquivalent usw.)

*Psychosomatische Klinik:* Es handelt sich um Triebkonflikte zwischen Wunsch/Abwehr (Onaniekomplex)

*Therapie:* Beseitigung der exogenen Noxen, Behandlung der endogenen Ursachen, psychosomatisch-gynäkologisches Gespräch, evt. Psychotherapie

*Sonderfall Vulvodynie:* Brennen der Vulva, dysästhetische Beschwerden. Meist postmonopausal, aber auch als Äquivalent des Pruritis vulvae möglich.

## **1.7. Mastodynie**

Es handelt sich um ein psychogenes Schmerzsymptom analog den Unterleibschmerzen.

*DD:* Prämenstruelles Syndrom, Karzinophobie

## **1.8. Miktionsstörungen**

Sowohl in der Gynäkologie auch in der Urologie sind M. vernachlässigt. Die Prävalenzrate der Harninkontinenz in der gynäkologischen Praxis liegt bei 5% . Weitere Störungen sind die Harnretention, die Enuresis, die Reizblase, die chronischen Blasenentzündungen und die interstitielle Zystitis (Rauchfuß 2000).

## **1.9. Sexualstörungen**

### **1.9.1. Primäre Sexualstörungen: Weibliche Sexualstörungen an sich**

#### 1.9.1.1 Sexuelle Schmerzstörungen

- Vaginismus
- Dyspareunie

#### 1.9.1.2. Sexuelle Phobien

- Koitusphobie

#### 1.9.1.3 Erregungsstörungen

- Ausbleiben der Lubrifikation-Schwell-Reaktion

#### 1.9.1.4. Orgasmusstörungen

- Völliges oder teilweises Ausbleiben des Orgasmus

#### 1.9.1.5. Störungen des sexuellen Begehrens

- Sexuelle Lustlosigkeit (per se keine sexuelle Störung)
- Sexuelle Aversion (keine sexuelle Funktionsstörung)

#### 1.9.1.6. Larvierte Sexualstörungen

- Psychosomatischer Unterleibsschmerz (Pelvipathie)
- Rezidivierende Adxexitiden
- Pruritis vulvae
- Zystitiden (nach Brandenburg 1998)

### 1.9.2. Sekundäre Sexualstörungen: **Sexualstörungen als Folge gynäkologischer Krankheitsbilder**

- Libidostörung durch angstvolles Vermeiden sexueller Situationen oder
- Libidostörung durch Schmerzzustände bei der Kohabitation (Richter 2000)
- Sexualstörungen infolge endokriner Störungen (Diabetes mellitus)

## Zu 2.: Somato-psychische Reaktionen in der **Onkologie** und nach **operativen** Eingriffen

Die Diagnose Genital- oder Brustkrebs löst bei der betroffenen Frau Angst aus. Sie fürchtet den Verlust der körperlichen Unversehrtheit, ihres Lebens, ihrer Sexualität, der Partnerschaft und ihrer Familie. Die Folgen sind Angst, narzisstische Wut, Ohnmacht, Depression, Scham und Schuld.

Die komplexen Reaktionen lassen sich wie folgt einteilen:

### **2.1. Befindlichkeitsstörungen**

Hierbei dominiert die Angst vor einer oder weiterer Metastasierung(en). Die Folge ist eine dauernde Ängstlichkeit und Anspannung

### **2.2. Bedrohung der weiblichen Identität**

Durch einen Tumor oder eine entsprechende Operation erleidet die Patientin einen Verlust ihres vorbestehenden Selbstwertgefühls. Dies betrifft vor allem ihre weibliche Identität

### **2.3. Sexuelle Probleme**

Nach operativen Eingriffen kann die Libido, das sexuelle Verlangen reduziert sein oder es kommt zu sexuellen Dysfunktionen bei der Kohabitation

## **2.4. Belastungen in Partnerschaft und Familie**

Die bereits oben genannten Störungen führen zu einer Belastung der Partnerschaft, insbesondere, wenn vorbestehende Konflikte nicht geklärt wurden. Eine höhere Scheidungsrate als bei gesunden Frauen lässt sich beobachten.

## **2.5. Reduzierte Leistungsfähigkeit**

Die krankheitsbedingte Leistungseinbußen können sich auf Beruf und Haushalt auswirken.

## **2.6. Einengung von Sozialkontakten**

Nicht selten werden bereits nach der Diagnosestellung aber auch nach an sich erfolgreichen medizinischen Interventionen die Sozialkontakte eingeschränkt, was sich negativ auf die Freizeitaktivitäten auswirkt.

### *Psychosomatisch orientiertes Prä- und Postoperatives Gespräch:*

- Hierzu zählt neben der üblichen präoperativen Aufklärung auch eine psychosomatisch orientierte ausführliche Aufklärung, beispielsweise über die Kontinuität der Sexualität auch ohne Gebärmutter oder die Bedeutung der Brust für die Patientin.
- Wichtig ist auf die Qualität der Partnerschaft Bezug zu nehmen.
- Der Arzt sollte sich ein Bild des psychosozialen Umfeldes machen können, was für die postoperative Phase bedeutsam wird.

## **Zu 3.: Psychosomatische Symptome und Erkrankungen in der Geburtshilfe**

### **3.1. Hormonale Kontrazeption**

Bei der Verordnung von Hormonen sollte der Arzt nicht nur an die somatischen unerwünschten Wirkungen denken, sondern besonders an die psychosomatischen Nebenwirkungen. Die Frauen können die Einnahme der Pille als Verletzung des Körperselbst wahrnehmen. Sexualhormone haben einen Einfluss auf

- Antriebs- Stimmungsschwankungen
- Sexualstörungen
- Kopfschmerzen, Übelkeit, Unterbauschmerzen
- Phobische Ängste
- Psychotische Reaktionen

Bestehende psychische Störungen und die Einnahme von Psychopharmaka sollten berücksichtigt werden, insbesondere Johanniskraut, das frei erhältlich die Wirkung der Pille antagonisieren kann (Rhode et al. 2007).

### **3.2. Intrauterine Kontrazeption**

Die psychosomatischen Nebenwirkungen lassen sich als „Fremdkörper“ oder „abgegrenztes Objekt“ verstehen.

### **3.3. Chirurgische Kontrazeption**

- Die chirurgische Sterilisation hat zwar eine gute Akzeptanz.
- Das Risiko besteht jedoch, dass eine Interruptio kombiniert mit einer Sterilisation bei neurotischer Vorbelastung zu einer Nachentscheidungsdissonanz mit Refertilisationswunsch führen kann.

### **3.4. Schwangerschaftsabbruch**

- Zwar sind 60-90% der Frauen nach dem Eingriff ohne Symptome.
- Aber die langfristige Folgen bei vorbestehenden psychischen und psychosomatischen Beschwerden sind dafür umso gravierender (z.B. bei einem Schwangerschaftsabbruch mit später nachfolgendem unerfüllten Kinderwunsch)

### **3.5. Funktionelle Sterilität**

- Sterilität ist die Unfähigkeit schwanger zu werden.
- Infertilität ist die Unfähigkeit eine Schwangerschaft auszutragen.
- 30% der Fruchtbarkeitsstörungen haben keine organische Ursache

*Psychosomatisch:* Strukturelle Ich-Defizite verhindern eine Schwangerschaften. Nicht selten kommt es zu Schwangerschaften in den Behandlungspausen einer Fertilisationsbehandlung durch Druckentlastung.

*Psychodynamisch:* Für die Arzt-Patientinnen-Beziehung ist die *Verleugnung* (der realen pathologischen Ursachen) und die *Projektion* eigener Insuffizienzgefühle auf die Ärzte eine große Herausforderung. Der überwertige

Kinderwunsch kann als „Kinderhunger“ imponieren und zu einem Fertilisations-„Tourismus“ führen (Stauber 1998)

- Sterile Paare zeigen mehr psychosomatische Beschwerden, größere Probleme im Berufsleben und in der Partnerschaft (Stauber 1998)

### **3.6. Künstliche Befruchtung**

- Hormonelle Behandlung
- In-Vitro-Fertilisation, (IVF)
- Embryo-Transfer
- Intratubarer Gametentransfer (GIFT)
- Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)
- Homologe Insemination (Sperma des Partners)
- Heterologe Insemination (Samenbank)
- 

*Psychosomatisch:* Übertragung von Vaterschaftsphantasien auf den aktiv in das Geschehen eingreifenden Gynäkologen können das Verhältnis zum Lebenspartner beeinträchtigen.

### **3.7. Klimakterium**

- Das durchschnittliche Menopausenalter liegt zwischen dem 45 und 55. (Ø 51) Lebensjahr
- Frauen verbringen heute ein Drittel ihres Lebens in der Postmenopause. (Rhode et al 2007, S. 99)
- Durch die Menopause wird die körperliche, psychische und soziale Identität labilisiert.
- Biologisch kommt es zu einem Abfall der Östrogene und Gestagene
- Es besteht ein 2- 2,5 faches Risiko in der Perimenopause an einer Depression zu erkranken (Rhode et al 2007, S. 99)

*Symptome:* Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Schwindel, Kopfschmerzen, Regelblutungsstörungen, depressive Verstimmung, Reizbarkeit, Nervosität und Schlafstörungen sind häufige Symptome in der Perimenopause.

*Äthiopathogenese:* Nur Hitzewallungen sind endokrinologisch gesichert. Entscheidend ist der psychosozialer Hintergrund der Patientin, weil beispielsweise isolierten Frauen, in sozial deprivierten Schichten mit vielen Schwangerschaften mehr Symptome aufweisen als sozial besser gestellte Frauen, die nie Kinder geboren haben.

*Therapie:* Die hormonelle Ersatztherapie wird angesichts einer in neueren Studien beobachteten Korrelation mit einem höheren Aufkommen an Krebserkrankungen inzwischen kritischer gesehen als früher. Antidepressiva sollten verord-

net werden, wenn die Kriterien einer ernst zu nehmenden Depression erfüllt sind. Wichtiger noch als die Osteoporose-Prophylaxe ist ein psychosomatisch orientiertes ärztliches Gespräch.

## Zu 4.: Psychosomatische Symptome und Erkrankungen in der **Geburtshilfe**

### **4.1.1 Psychische Störungen in der Schwangerschaft**

Ängste sind die häufigste Störung in Schwangerschaft (z.B. Missbildungsangst) Häufig findet man Zwangsbefürchtungen mit entsprechenden magischen irrationalen Ritualen.

Während der Schwangerschaft kann es neu zu Sexualstörungen kommen oder bestehende sich verschlimmern.

Suchttendenzen sollten bei Schwangeren besonders hinterfragt werden (Alkoholembropathie).

Depersonalisationsphänomene können Hinweise auf eine histrionische Persönlichkeitsstörung oder eine Traumareaktualisierung sein.

Eine verleugnete Schwangerschaft kann eine erforderliche medizinische Schwangerschaftsvorsorge behindern und zu erheblichen psychischen Krisen führen

Innerhalb einer Schwangerschaft kann es zu psychotischen Episoden kommen, die eine psychiatrische Kooperation erfordern.

### **4.1.2 Psychosomatische Störungen in der Schwangerschaft**

Zu nennen sind in erster Linie psychovegetative Syndrome.

- Die *Hyperemesis gravidarum* entwickelt sich im 1. Trimenon. Dahinter verbirgt sich ein unbewusster oral-aggressiver Konflikt. Manchmal kommt es zu einer Besserung durch eine stationäre Aufnahme.
- Bei einem *Habituellen Abort* findet man bei der Patientin oft eine chronifizierte Überforderungssituation oder eine starke neurotische Ambivalenz.
- Für *Vorzeitige Wehen* gilt die gleiche psychodynamische Überlegung.
- Bei einer *Frühgeburt* wird unter anderem eine gestörte Paarbeziehung diskutiert.

### **EPH-Gestose**

Die EPH-Gestose ist eine hypertensive Erkrankung in der Schwangerschaft.

*Symptome:* (E) Oedeme, (P) Proteinurie, (H) Hypertension, Präeklampsie (P+H), Eklampsie (P+H+tonisch-klonische Krämpfe)

*Ätiopathogenese:* Die Ursache wird in einem generalisierten Arteriolenasmus gesehen.

*Psychosomatik:* Die Patientinnen haben oft eine mangelnde Empathie gepaart mit einem streng normativem Verhalten. Sie reden in der Regel nicht über Probleme mit ihrem Arzt.

*Therapie:* Der Aufbau einer stabilen Arzt-Patientinnen-Beziehung ist zentral.

## **4.2. Psychosomatische Gebärstörungen**

- Angst und aggressive Gehemmtheit führen über muskuläre Verspannung zu einer Behinderung oder Erschwerung des Geburtsvorgangs, so dass eine Zangengeburt oder eine Kaiserschnitt notwendig werden kann.

## **4.3. Psychische und psychosomatische Störungen des Wochenbettes**

- Hinter den Stillstörungen verbergen sich unbewusste Ängste, vom Säugling ausgesaugt zu werden. Es handelt sich um einen reaktivierten oralen Konflikt.
- Depressive Verstimmungen („Babyblues“) können vom 2.-4. Tag, vorübergehend auftreten und treten bei ca. 40-60% der Wöchnerinnen, bedingt durch die plötzliche hormonelle und psychosoziale Lebensumstellung, auf.
- Bei der Postpartalen Depression haken die depressiven Symptome noch Monate nach der Geburt an. 10-20% der Wöchnerinnen sind betroffen und sollten einer Fachpsychotherapeutischen Behandlung zugeführt werden.
- Die Wochenbettpsychose erfüllt die Kriterien einer genuine Psychose, betrifft 1-3% der Frauen, die auf einer Psychiatrie Mutter-Kind-Abteilung weiter betreut werden sollten (sofern im Umkreis vorhanden).

## **4.4. Störungen der post-partalen Mutter-Kind-Beziehung**

- Die Säuglings- und Bindungsforschung hat die Bedeutung der guten, frühen Mutterkindbeziehung als Prophylaxe psychischer Störungen beim Kind nachgewiesen.

## Literaturangaben:

- **Atmanspacher, Doris (2006)** Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe Vortrag gehalten auf dem 12. Curriculum Psychosomatik der Landesärztekammer Hessen 28.4.06-30.04.06, [www.schueffel.com](http://www.schueffel.com)
- **Bitzer, Johannes, Brigitte Frey (2006)**. Chronische Unterbauchschmerzen und Vulvodynie. Eine diagnostisch-therapeutische Herausforderung. In: Gynäkologie 1/2006, S. 6-10. Rosenfluh Publikationen, Zürich
- **Bodden-Heinrich, Ruth (2007)**. Schmerzsyndrome in der Gynäkologie. In: Der Gynäkologe, 40, Nr.3, März 2007, S.178-183, Springer Heidelberg New York
- **U. Brandenburg (1998)**: Weibliche Sexualstörungen In: **Uexküll**, Psychosomatische Medizin, Urban und Schwarzenberg, 5. Aufl., München-Wien-Baltimore, 1998 S. 214-219
- **P. Diederichs (1999)**: Theoretische Grundlagen; in Manfred Stauber, Heribert Kenterich, Dietmar Richter. Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie, Springer-Verlag Berlin und Heidelberg, S. 1-23
- **P. Diederichs (2000)**: Gynäkologische Störungen. In: H. H. Studt und E. R. Petzold (Hg.). Psychotherapeutische Medizin, S.220-237, de Gruyter, Berlin New York,
- **Petra Giegerich (2009)**, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Psychosomatik-Kongress in Mainz: Volkskrankheiten im Fokus der Psychosomatik, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, 19.03.2009, Quelle: *idw-online.de/pages/de/news306289*
- **Peter Henningsen (2006)**, Somatoforme Störungen, Vorlesung (Powerpoint) an der TU München, Medizin 2006, Suttgart-Killesberg 27.01.2006, [cite>www.psychosomatik.uni-goettingen.de/download/Vorlesung%20Gyn%E4kologische%20Psychosomatik.pdf](http://www.psychosomatik.uni-goettingen.de/download/Vorlesung%20Gyn%E4kologische%20Psychosomatik.pdf) -</cite>
- 
- **Rudolf Klußmann (2002)**: Psychosomatische Medizin, 5. Aufl.Springer, Berlin New York,
- **Mechthild Neises (2005)**: Psychosomatische Gynäkologie zwischen Evidence-based-medicine und ärztlichem Handeln. Vortrag zur 56. Jahresta-

gung des deutschen Kollegiums für psychosomatische Medizin 16.-19.3.2005 in Dresden

- **M. Neises und A. Ploeger (2003):** Arzt/Ärztinnenbeziehung. In: Gynäkologe, 36, 1046-1051
- **Rauchfuß, Martina (2000):** Stellungnahme der DGPFPG zur Anfrage des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen an die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften. „Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über- Unter- und Fehlversorgung im Rahmen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung“. Berlin 2000, S. 1-20. [www.svr-gesundheit.de/befragung/id-nummern/160.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/befragung/id-nummern/160.pdf)
- **Anke Rhode & Almut Dorn (2007):** Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie, Schattauer, Stuttgart, New York, 2007
- **Dietmar Richter (1998):** Gynäkologie In: D. Richter und M. Stauber: Gynäkologie und Geburtshilfe. In: **Uexküll**, Psychosomatische Medizin, Urban und Schwarzenberg, 5. Aufl., München-Wien-Baltimore, 1998 S. 1024-1056
- **Andrea Schöppner (2008):** Psychosomatische Aspekte in der Gynäkologie und Geburtshilfe, 14. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung, der Landesärztekammer Hessen, 11. – 13. April 2008
- **G. Schüßler et al. (2001):** Psychosomatische Aspekte in der Gynäkologie und Geburtshilfe. In: G. Schüßler et al (Hg.). Psychosomatik, Psychotherapie systematisch, S.130-138, UNI-MED, Bremen
- **Manfred Stauber (1998):** Geburtshilfe In: D. Richter und M. Stauber: Gynäkologie und Geburtshilfe. In: **Uexküll**, Psychosomatische Medizin, Urban und Schwarzenberg, 5. Aufl., München-Wien-Baltimore, S. 1024-1056
- **Stephen T. Vermillion MD, Melisa M. Holmes MD (1997):** Sexual dysfunction in women, prim care update. Obstet Gynecol 1997;4: 234–240.
- **A. E. Stücker (2009):** Vulvodynie und Vestibulitis, Vorlesung Universitätsklinikum Frankfurt, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe. Quelle: [141.2.205.15/zfg/Intensivkursgyn09/Vulvodynie.pdf](http://141.2.205.15/zfg/Intensivkursgyn09/Vulvodynie.pdf)