

Aktuelle Verhaltenstherapie

Heft 9

**Psychosomatik
gynäkologischer
Störungsbilder**

**Psychosomatische Fachklinik
Bad Dürkheim**

Herausgeber: Psychosomatische Fachklinik
Ltd. Arzt
Dr. med. Klaus G. Limbacher
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Kurbrunnenstraße 12
67098 Bad Dürkheim
Tel. 0 63 22 / 9 34 - 2 59
Fax 2 66

Redaktion: Dipl. Psych. Stefan Leidig
Dr. med. Klaus G. Limbacher

2. Auflage 1999 1000 Exemplare © L. Kampa, 1997

ISSN 1432-5845

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Leokadia Kampa

Psychosomatik gynäkologischer Störungsbilder

Ansprechpartnerin für den Bereich Gynäkologie

Dr. med. L. Kampa, Ärztin für Frauenheilkunde

Telefonische Sprechzeit:

Montags 11.00 - 12.00 Uhr

Tel. 0 63 22 / 9 34 - 2 49

Fax 2 66

Außerhalb dieser Sprechzeit erreichbar unter

Tel. 0 63 22 / 9 34 0

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	4
II. Funktionelle (somatoforme) Störungen	5
III. Therapeutische Grundsätze	7
IV. Diagnostische Kriterien	8
V. Therapeutische Angebote	9
VI. Durch organische Ursachen bedingte Erkrankungen	10
Basisliteratur	12

I. Einleitung

Gynäkologisch- psychosomatische Erkrankungen können einerseits durch organische Ursachen bedingt sein, wie z.B. die Dys- oder Hypermenorrhoe bei einem myomatös veränderten Uterus. Andererseits können sie funktionellen Ursprungs sein und werden auch als somatoforme Störungen bezeichnet. Letztere Erkrankungen haben keine oder nur minimale organopathologische Grundlagen. Psychische Hintergründe wie nicht bewältigte psychosoziale Problembereiche und Konfliktfelder sind Hauptauslöser für diese somatoformen Störungen.

Entsprechend gibt es zwei Hauptgruppen gynäkologisch-psychosomatischer Störungsbilder:

- Funktionelle (somatoforme) Störungen
- Durch organische Ursachen bedingte Erkrankungen mit behandlungsbedürftigen psychischen Beeinträchtigungen

Nachfolgend werden die wichtigsten Erkrankungen und ihre Therapiemöglichkeiten im Überblick erläutert.

II. Funktionelle (somatoforme) Störungen

Bei diesen Beschwerdebildern lassen sich keine oder nur minimale organopathologische Befunde erheben. Die Schwere der Symptomatik steht typischerweise nicht in Beziehung zur Heftigkeit der geklagten Beschwerden und ist Ausdruck verstärkter Muskelanspannung sowie vegetativer Übererregbarkeit.

Die häufigsten Krankheitsbilder sind:

- Dysmenorrhoe
- Chronische Unterbauchbeschwerden
- Dyspareunie
- Harninkontinenz
- Mastopathie
- Sexuelle Störungen

Beispielhafte Krankheitsentwicklung

Ein anschauliches Krankheitsbild für somatoforme gynäkologische Beschwerden sind die **chronischen Unterbauchbeschwerden** bei Frauen. Trotz sorgfältiger und oft wiederholt durchgeführter Diagnostik lassen sich keine oder nur minimale organische Befunde für die von den Patientinnen geklagten Schmerzen erheben. Die Frauen sind darüber meist enttäuscht und befürchten, daß der behandelnde Arzt und ihr Umfeld nicht glauben, daß sie Schmerzen haben, da sie keine organisch faßbaren Befunde "vorweisen" können.

Aus einer Beweisnot für ihre Beschwerden heraus neigen diese Patientinnen dazu, wiederholt den Arzt zu wechseln (sog. "Doctor shopping"). Dabei unterziehen sie sich mehrfach derselben diagnostischen Spirale. Die Untersuchungsmethoden können hierbei immer umfangreicher und invasiver werden.

Dies ist letztlich als Reaktion der Behandler auf die immer stärker unter Druck geratenden Frauen zu erklären. So sind z.B. vier bis fünf Pelviskopien, mit der Diagnose "ohne organischen Befund" in der Vorgeschichte dieser Patientinnen keine Seltenheit. Als Therapiemöglichkeiten werden Schmerzmittel (mit wenig Erfolg und unter den Risiken deren Nebenwirkungen) eingesetzt. Nicht selten werden operative Eingriffe durchgeführt, die lediglich eine kurzfristige Schmerzminderung bewirken, manchmal auch zu einer Schmerzsteigerung führen können.

In der Folge entwickeln sich Angst und Enttäuschung, weshalb manche dieser Frauen oft jahrelang nicht mehr beim Gynäkologen waren. Sie lehnen nicht selten jegliche ärztliche Versorgung ab, somit auch die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen. Dadurch gehen diese Frauen nicht abschätzbare Risiken für ihre Gesundheit ein.

III. Therapeutische Grundsätze

Patientinnen sind durch erfolglose Diagnostik und Therapieversuche häufig mißtrauisch und deprimiert. Es ist mitunter sehr schwierig, ihnen begreiflich zu machen, daß chronische Unterbauchschmerzen seelische Hintergründe haben können. Mit der Diagnose "Beschwerden, die durch psychische Ursachen bedingt sind" fühlen sich viele dieser Frauen zunächst nicht ernst genommen und als Hypochonder abgewertet.

Es bedarf eines besonderen Vertrauensverhältnisses, diesen Patientinnen verständlich zu machen, daß seelische Hintergründe Auslöser für ihre Schmerzen sein können. Die Wurzeln hierfür sind oft in beruflichen, familiären oder partnerschaftlichen Konfliktfeldern zu finden.

Verstärkte Muskelanspannungen sowie Nervenirritationen als Folge von Dauerstreß können bei der Kranken chronische Unterbauchbeschwerden verursachen. Diese sind somit ein Zeichen unzureichender Strategien für das Bewältigen von psychosozialen Stressoren.

Nach Erklärung und Vermittlung eines für die Betroffenen plausiblen psychosomatischen Störungsmodells erarbeiten wir mit diesen Patientinnen andere Wege der Diagnosestellung und für sie wirksamere Therapieformen.

IV. Diagnostische Kriterien

Die Diagnose "gynäkologische somatoforme Störung" (ICD 10 F45.8) oder "sexuelle Funktionsstörung psychischen Ursprungs" (ICD 10 F52) sollten durch **positive Diagnosestellung** erfolgen und nicht allein durch Ausschlußdiagnostik.

Dies bedeutet, daß ein Fehlen von diagnostizierten organpathologischen Korrelaten für die Annahme einer somatoformen Störung noch nicht ausreicht. Eine ausführliche und differenzierte Anamneseerhebung ist für eine positive Diagnosestellung unerläßlich.

Diese schließt die folgenden Bereiche ein:

- Berufliches Umfeld
- Familie
- Partnerschaft, Sexualität
- Vorausgegangene traumatisierende Erfahrungen
- Einstellung zum eigenen Körper
- Körperwahrnehmung, Weiblichkeit

V. Therapeutische Angebote

Frauen mit diesen gynäkologisch- psychosomatischen Krankheitsbildern erhalten in der Regel Beratungsgespräche, zunächst in Form von Einzelgesprächen, dann auch als Gruppenangebote. Diese dienen der Vermittlung von Kenntnissen über physiologische Abläufe und Reaktionen des Körpers infolge von Streß und Anspannung.

Diese Informationen fördern das Verständnis für psychosomatische Zusammenhänge und sind eine wichtige Voraussetzung für das anschließende Erlernen und Einüben von Bewältigungsstrategien für psychosomatische Beschwerden.

Hinzu kommen:

- Entspannungsverfahren
- Atemübungen
- Beckenbodengymnastik
- Förderung der Körperwahrnehmung und Genußfähigkeit
- kognitive Techniken und Phantasieübungen

Mit Hilfe spezieller Übungsprogramme erlernen die Patientinnen Schmerz-, Streß- und Angstbewältigung.

Eine Partnertherapie kann bei partnerschaftlichen und sexuellen Problemen sinnvoll sein.

VI. Durch organische Ursachen bedingte Erkrankungen

Organisches Korrelat z.B. für chronische Unterbauchbeschwerden kann eine der folgenden Erkrankungen sein:

Endometriose
Uterus myomatosus
Ovarialzyste
Adnexitis
Adhäsionen
Benigner/maligner Unterbauchtumor

Bei akut auftretenden Unterbauchbeschwerden sollte zusätzlich differentialdiagnostisch auch an eine Extrauterin gravidität, Stieldrehung der Adnexe oder Ruptur eines zystischen Adnextumors gedacht werden.

Gynäkologische Beschwerden, die psychische Zusammenhänge vermuten lassen, sind weiterhin chronisch rezidivierende Genitalmykosen, hormonelle Störungen (Blutungsunregelmäßigkeiten, Androgenisierungserscheinungen), Sterilität und klimakterische Beschwerden. Erfahrungen zeigen, daß auch Frauen mit gynäkologischen Karzinomerkrankungen sowie nach vorausgegangener Hysterektomie, Ablatio mammae, Sterilisation, nach Abort oder früheren traumatisierenden grenzüberschreitenden Erfahrungen (sexueller Mißbrauch) verstärkt mit gynäkologisch- psychosomatischen Beschwerden reagieren.

Die Diagnosestellung erfolgt nach Erheben einer ausführlichen gynäkologischen Anamnese durch eine gynäkologische

Untersuchung einschließlich Vaginalsonographie. Zur weiteren Diagnostik gehören die Entnahme eines bakteriellen oder zytologischen Abstrichs sowie zusätzliche Laboruntersuchungen.

Die klassische Therapie dieser Erkrankungen kann entweder konservativ mit anitphlogistischen, antibiotischen, analgetischen und physikalischen Maßnahmen oder notfalls auch operativ erfolgen. Bei diesen Methoden sieht man vor allem bei chronischen Erkrankungen nicht selten ein Fortbestehen der Symptomatik nach zunächst erfolgreicher Therapie.

Trotz Vorliegen von organpathologischen Grundlagen kann für diese Patientinnen ein psychosomatischer Behandlungsbedarf darin bestehen, Strategien für eine aktive Krankheitsbewältigung zu erlernen.

Ziel der therapeutischen Arbeit an der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim ist es, Patientinnen ein aktiveres Umgehen mit körperlichen Beschwerden zu vermitteln. Nach einer klaren Indikationsstellung und anschließendem Festlegen von therapeutischen Zielen, entwickeln die Patientinnen Möglichkeiten, ihre Beschwerden kontrollierbar und dadurch tolerierbarer zu machen. Somit sorgen sie durch Übernahme von Eigenverantwortung letztendlich selbst für ihr weiteres Wohlbefinden.

Basisliteratur

- Gerber, W.D. (1986) Verhaltensmedizin gynäkologischer Erkrankungen. In W. Miltner, N. Birbaumer, W.D. Gerber (Hg.) Verhaltensmedizin. Berlin, Springer
- Glier, B., Emde, H., Wittmann, H.B., Spörkel, H. (1994) Schmerzbewältigung. Psychologisches Trainingsprogramm zur Bewältigung von Schmerzverhalten. In M. Zielke, J. Sturm (Hg.) Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim, Beltz
- Leidig, S., v. Pein, A. (1994) Stationäre Gruppentherapie für Patienten mit chronifizierten somatoformen Störungen. In M. Zielke, J. Sturm (Hg.) Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim, Beltz
- Lieb, H., v. Pein, A. (1990) Der kranke Gesunde. Stuttgart, TRIAS
- Richter, D., Stauber, M. (1996) Gynäkologie und Geburtshilfe. In R.H. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhle, O.W. Schonecke, Th. v. Uexküll, W. Wesiack (Hg.) Psychosomatische Medizin. München, U&S
- Scheidt, B. (1990) Erfahrungen mit der Integration einer gynäkologischen Sprechstunde in einer psychosomatischen Fachklinik. In M. Zielke, N. Mark (Hg.) Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin. Berlin, Springer
- Schulze, C. (1990) Gynäkologische Schmerzen. In H.D. Basler, C. Franz, B. Kröner- Herwig, H.P. Rehfisch, H. Seemann (Hg.) Psychologische Schmerztherapie. Berlin, Springer
- Trierweiler, A. (1994) Gruppentherapie zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen bei Frauen. In M. Zielke, J. Sturm (Hg.) Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim, Beltz