PSYCHOSOMATIK IN DER GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

PSYCHOSOMATISCHE GRUNDVERSORGUNG
MD HORIZONTE, CC SYLT
9. – 15. FEBRUAR 2013

PROF. DR. DR. MED. MECHTHILD NEISES

Psychotherapeutische Tagespraxis Lemiers/Hergenrath

www.ploeger-neises.com

Gliederung

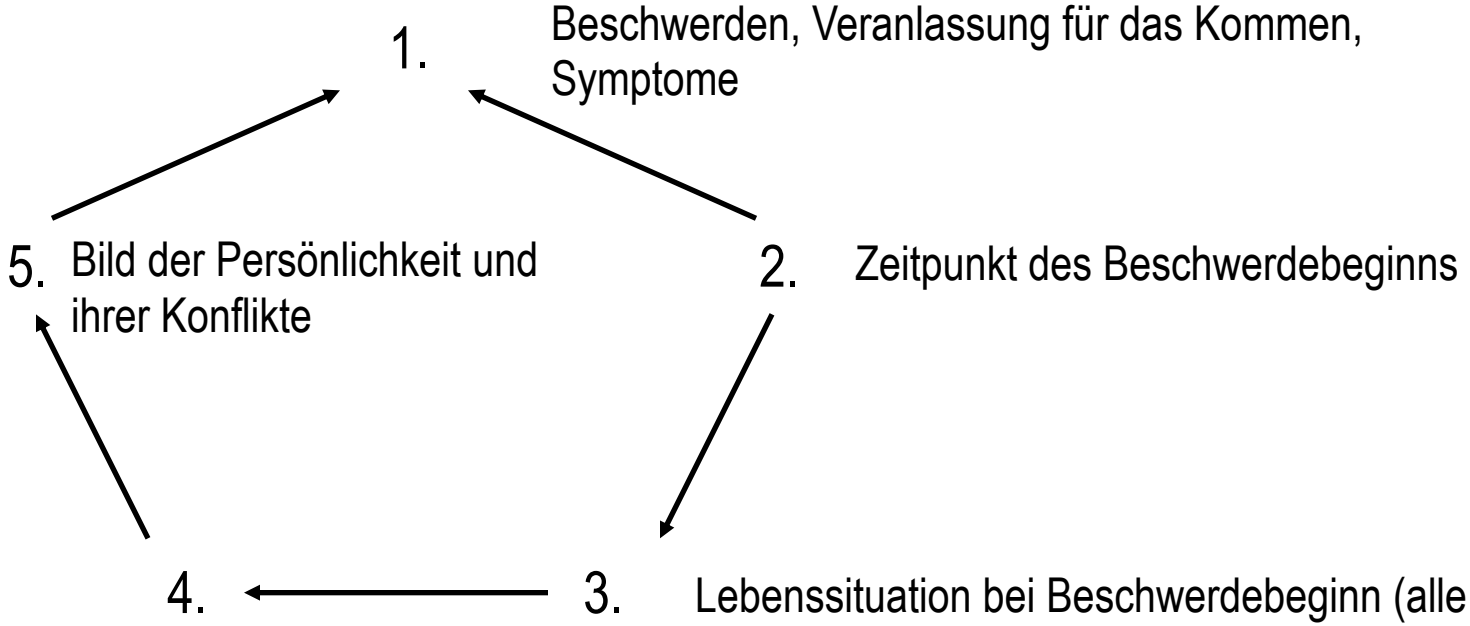
- Psychosomatik als bio-psychosoziale Medizin
- Besonderheit des Fachgebietes
- gynäkologische Psychosomatik
- Psychosomatische Symptome in der Schwangerschaft
- Gynäkologische psychosomatische Symptome
- Kritische Lebensereignisse mit möglichen somatopsychischen Reaktionen in der Gynäkologie und Geburtshilfe
- Unerfüllter Kinderwunsch
- Psychoonkologie
- Chronischer Unterbauchschmerz

Psychosomatik

- als bio-psycho-soziale Medizin
- die kommunikative Dimension in der Arzt-Patient-Beziehung
- Bedeutung in allen klinischen Fächern

"Grundlinie" der Psychosomatischen Anamnese

(nach Bräutigam)



Therapeutische Haltung im Gespräch mit Patientinnen

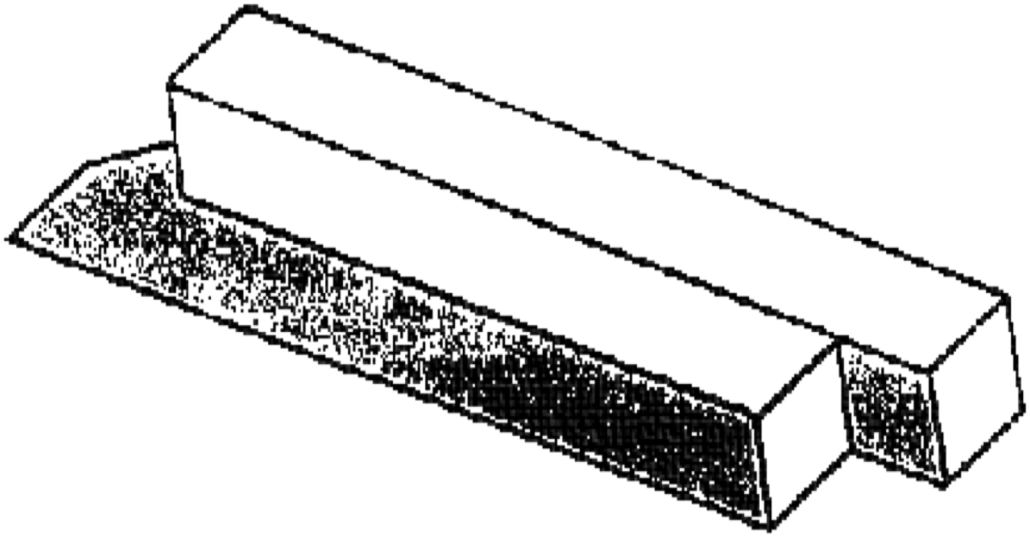
- Positive Wertschätzung und emotionale Wärme des Arztes/der Ärztin für die Patientin
- Einfühlendes Verständnis des Arztes/der Ärztin (nicht-wertendes Verstehen)
- Echtheit in der Haltung des Arztes/der Ärztin gegenüber der Patientin (im Gegensatz zu fassadenhaft)

Besonderheit des Fachgebietes Frauenheilkunde

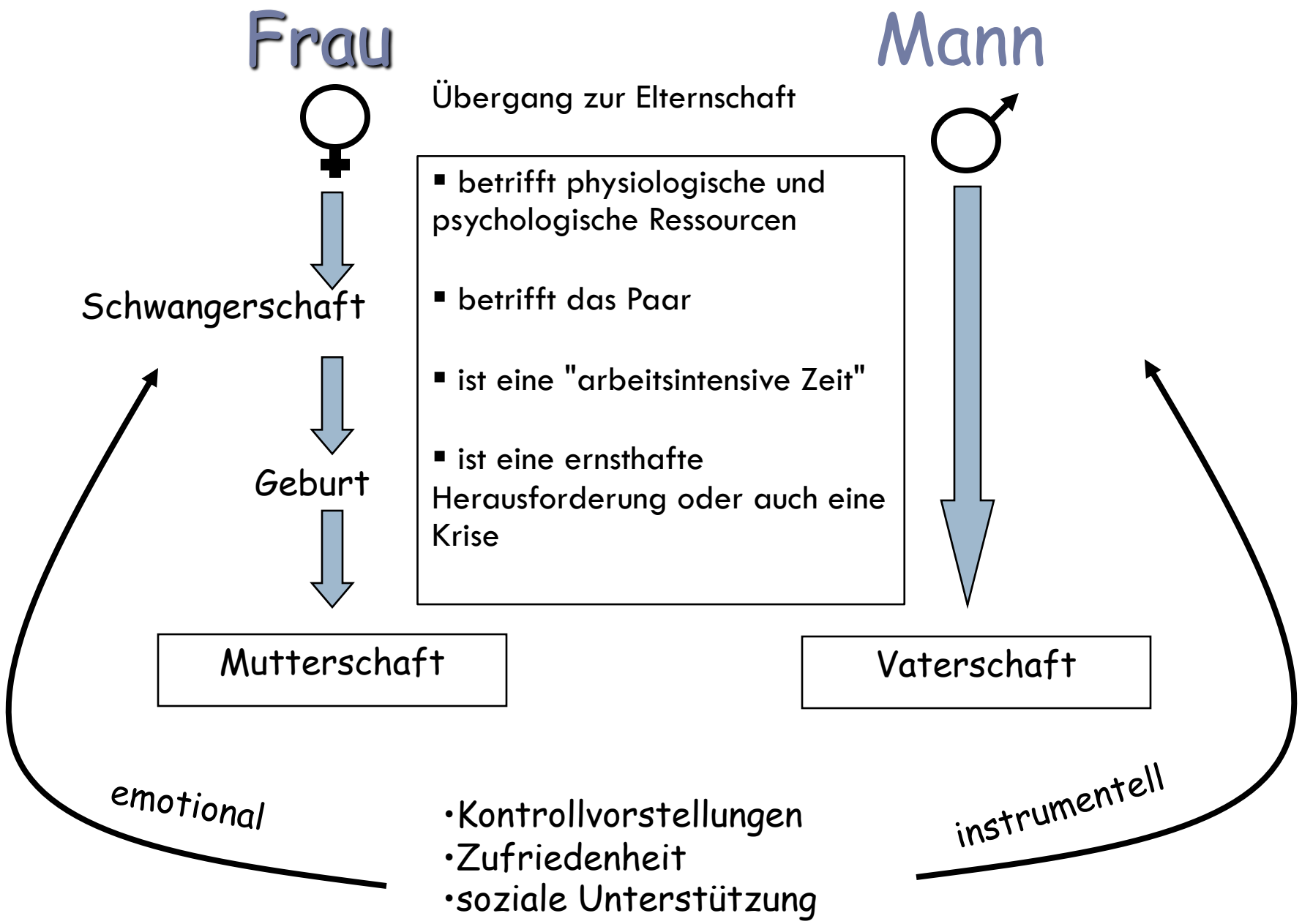
- Begleitung in Lebensübergängen
  - hier sind psychosomatische Symptome besonders häufig
- Psychosomatische Symptome manifestieren sich häufig an den weiblichen Geschlechtsorganen
  - und sind mit Sexualität, Reproduktion und weiblicher Identifikation assoziiert
- Psychosomatische Störungen in der Frauenheilkunde haben also meist mit diesen Problembereichen zu tun

Psychosomatische Symptome und somatopsychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett

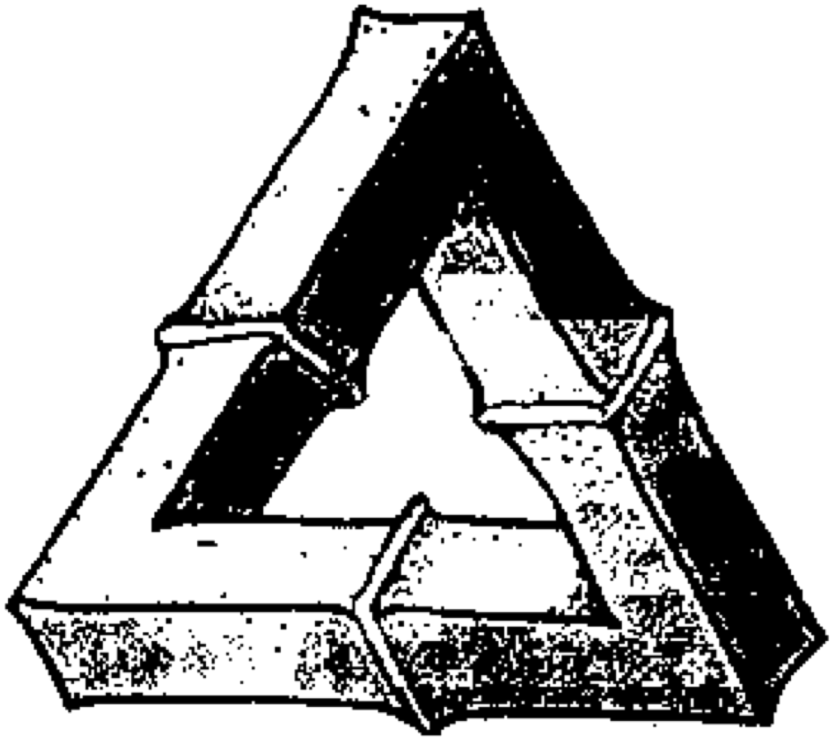
- Hyperemesis
- habituelle Aborte
- Gestationshypertonie
- drohende Frühgeburt
- Gebärstörungen
- Ängste
- Anpassungsstörungen im Wochenbett
- Depression post partum
- Stillschwierigkeiten
- verdrängte Schwangerschaft



Bürgin 1999



Berthiume et al. 1998, J.Rep. Inf. Psychol.
Morse et al. 2000 I Psychosom Obstet Gynecol



Bürgin 1999

Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft

- 35% 12-Monatsprävalenz für eine psychische Störung bei Frauen im Gebärfähigen Alter (Wittchen, Jacobi 2005)

- Schwangerschaft und Postpartalzeit besonders vulnerable Lebensabschnitte bei vorausgegangener psychischer Erkrankung

- Psychische Erkrankungen der Mutter in der Schwangerschaft haben negative Auswirkungen für Schwangerschafts- und Geburtsverlauf und die kindliche Entwicklung

Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft

- In der Schwangerschaft treten die gleichen psychischen Erkrankungen auf wie in anderen Lebensphasen
- Am häufigsten sind Angststörungen
  - Spezifische Angstinhalte bezogen auf Schwangerschaft und Geburt, eine Panikstörung (ICD 10 F 41.0) stellt einen chronischen Stressor im Schwangerschaftsverlauf dar
  - Abzugrenzen von phobischen übersteigerten Geburtsängsten (Tocophobie ICD 10 F 40.2)
  - Problem fehlender Inanspruchnahme bei sozialen Phobien (ICD 10F40.1)
  - Problem vermehrter Inanspruchnahme mit Rückversicherungstendenzen bei Generalisierter Angststörung (ICD10 F41.1)

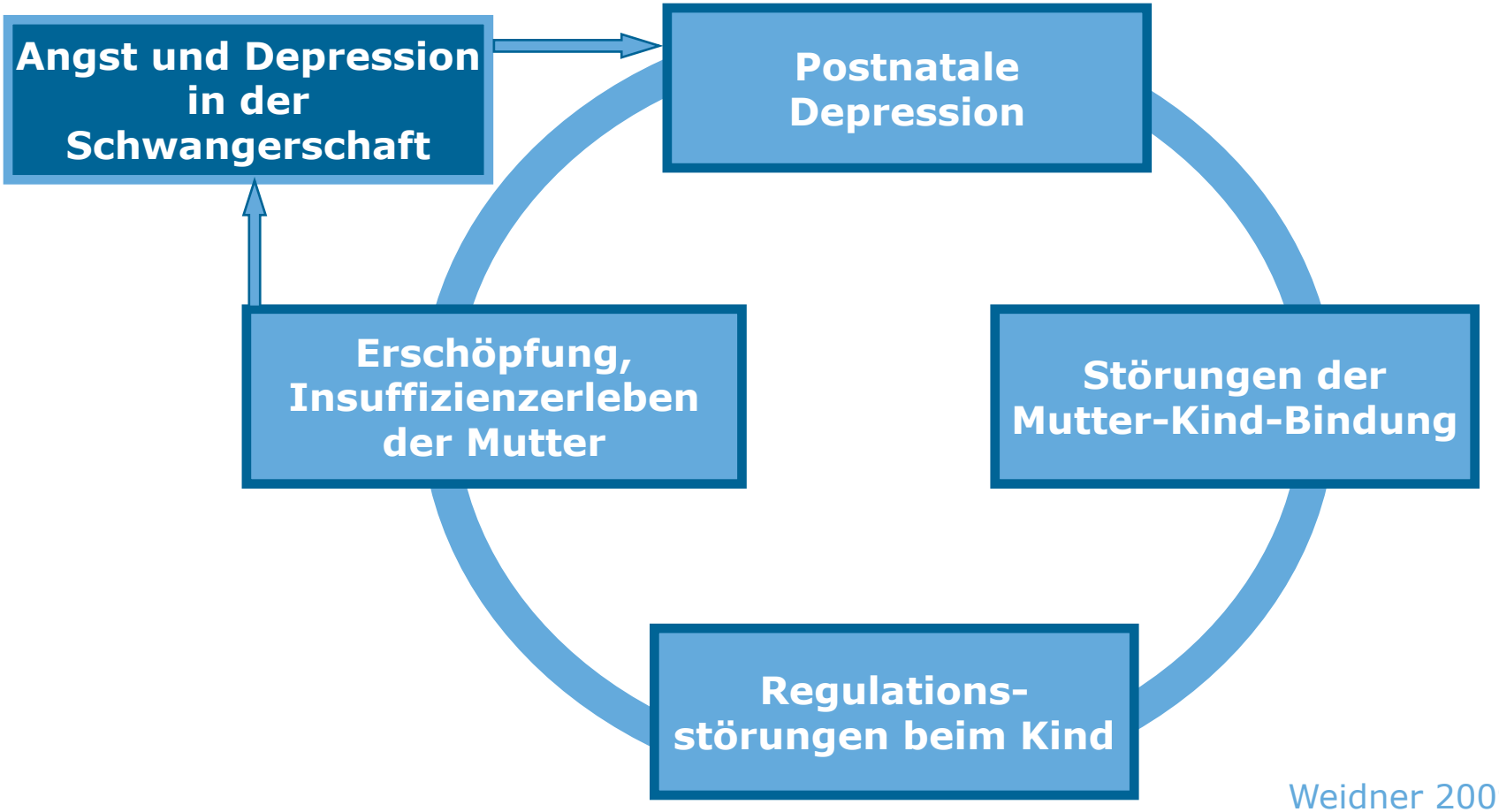
Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft

- In der Schwangerschaft treten die gleichen psychischen Erkrankungen auf wie in anderen Lebensphasen

- Häufig sind Zwangsstörungen mit Zwangsgedanken in der Schwangerschaft und postpartal mit ca. 40 % (Abramowitz et al. 2003)

- Ebenso häufig sind affektive Störungen
  - Affektive Störungen haben eine Häufigkeit von 6 – 16 % in der Schwangerschaft
  - Im Verlauf der Schwangerschaft nimmt die depressive Symptomatik zu (Halbreich, Kornstein 2004)
  - Suizidraten in der Perinatalzeit sind seltener als in anderen Lebensphasen (Nat. Coll. Center Mental Health 2007)
  - Depressionen werden durch vorbestehende psychische Symptomatik begünstigt
  - Depressionen treten häufig in psychosozialen Konfliktsituationen auf
  - Depression in der Schwangerschaft mit 2 - 6,5facher Risikoerhöhung der stärkste Prädiktor für eine postpartale Depression (O´Hara, Swain 1996)

Circulus vitiosus psychischer Störungen in Schwangerschaft und Wochenbett



Weidner 2009

Pränatale Mutter-Kind-Beziehung

"Bindung beginnt während der Schwangerschaft als ein Resultat dynamischer psychologischer und physiologischer Ereignisse„ (Cranley 1981)

Anfänge der Mutter-Kind-Bindung zu identifizieren und deren Entwicklung zu unterstützen (Hauer et al 2003)

Risikoschwangerschaft (vorz. Wehen, Diabetes, Wachstumsretardierung u.a.)

kein negativer Einfluss auf die pränatale Bindung

Bindungskontinuum von der pränatalen Zeit bis nach der Geburt ließ sich empirisch nicht nachweisen (Munz 2002)

Psychische Störungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett

- Depressionen 7 – 15%
  (depressive Symptome 70%)
- Angststörungen 5-10%
  (schwangerschaftsspezifische Ängste >80%)
- Zwangsstörung 4%
- Posttraumatische Belastungsstörung 3-5%

Strauß etal.Klin.Bind.forsch.Schattauer 2002
MacQueen, ChokkaCan.J.Psychiat.2004
O´ Keane et al. BMJ 2007

Depression erkennen

Stimmung:

- gedrückt, nicht aufhellbar, gereizt, ängstlich

Antrieb:

- reduziert bis gehemmt; (auch getrieben)

körperliche Symptome:

- Schlafstörungen (morgendliches Früherwachen mit Grübeln), Müdigkeit, Appetitverlust mit Gewichtsveränderungen (auch Frustessen möglich), Abgeschlagenheit, Schmerzen und unspezifische Symptome

Denken und Erleben:

- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Schuldgefühle, Insuffizienzgefühle, Gefühl der Gefühllosigkeit, Grübelzwang, Zukunftsangst, Hoffnungslosigkeit, Entscheidungsschwierigkeiten, Selbstwerteinbruch

Verhalten:

- sozialer Rückzug, reduzierte Mimik und Gestik, eingeschränkte Tagesstruktur

SUIZIDALITÄT!!!

Trauer und Verlust im Rahmen der Geburtshilfe

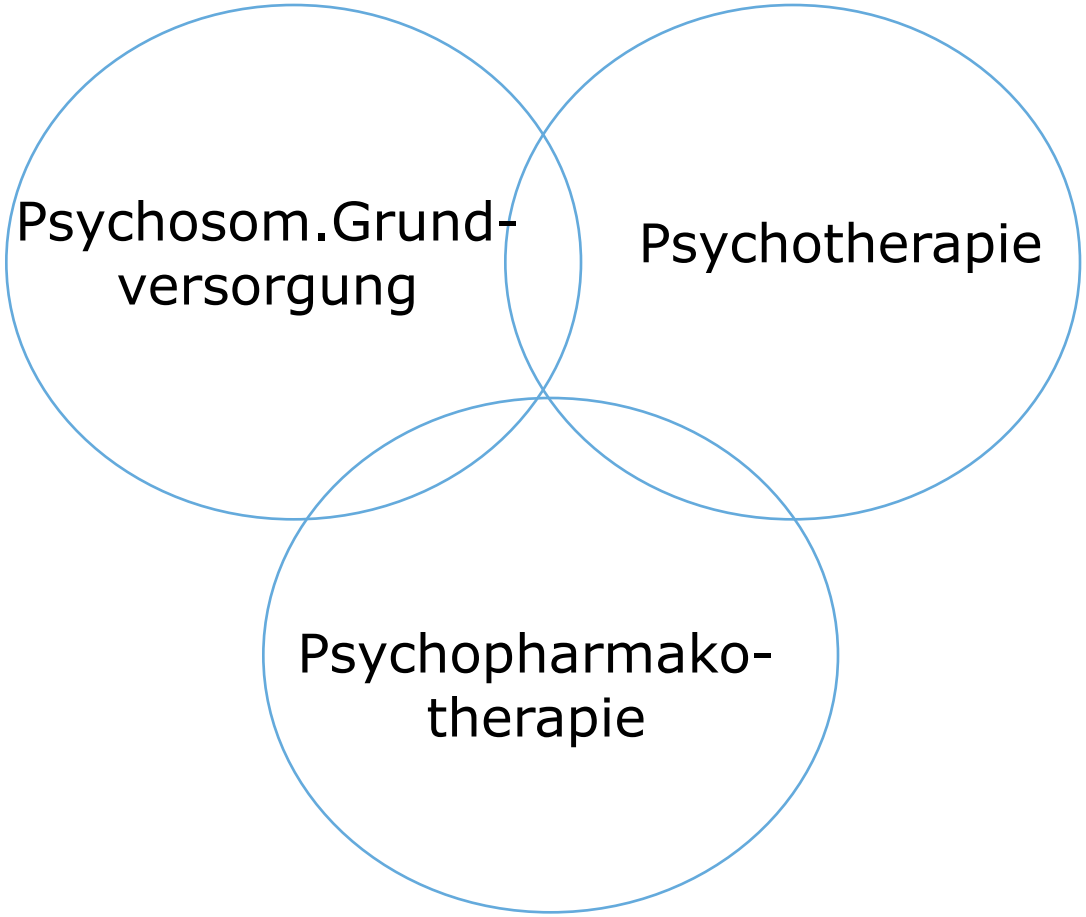
- der Verlust eines Kindes ist eines der am schwersten zu bewältigenden Verlusterlebnisse

- dabei sind insbesondere Mütter belastet (psychische Belastung 78 %, bei Vätern 38 %)

- der Unterschied ist am stärksten ausgeprägt im ersten Jahr nach dem Verlust des Kindes und

- hält über weitere 4 Jahre an (Lee et al. 2005)

Behandlungsoptionen



Weidner et al. 2011

Was können Sie tun?

1. Identifikation von Risikopatientinnen
   - 27,4faches Risiko für Suizidversuch post partum bei psychiatrischer Erkrankung in der Anamnese

     (Comtois et al. AJOG 2008)
2. Erkennen von psychischen Störungen aber ohne übereilte und stigmatisierend erlebte Diagnose
3. Edukation (Informationsvermittlung, Beratung)

   Anknüpfen an Ressourcen und Selbstvertrauen stärken
4. Begleitung (Psychosomatische Grundversorgung)
5. Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfssystemen
6. Vermittlung in eine Psychotherapie

www.dgspj/index.php

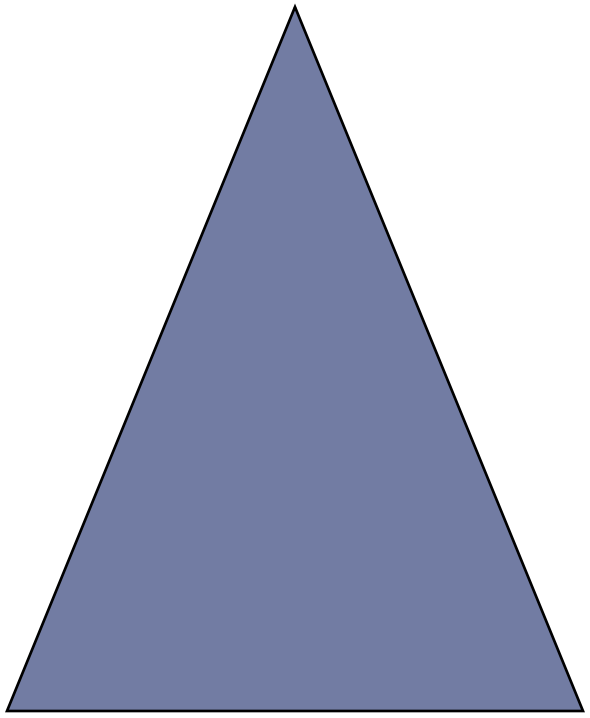


Psychosomatische gynäkologische Krankheitsbilder und somatopsychische Erkrankungen

- Blutungsstörungen
- Dysmenorrhoe
- primäre / sekundäre Amenorrhoe
- prämenstruelles Syndrom
- Sterilität, Infertilität
- chronischer Fluor
- Chronische Unterbauchschmerzen
- Reizblase mit/ohne Harninkontinenz
- Klimakterisches Syndrom
- funktionelle Sexualstörungen
- chronischer Pruritus

Unterschiedliche Genese am Beispiel des Pruritus vulvae

Somatische Genese



Psychische Genese

Akuter Infekt, z.B. Soor

Virusinfektion, z.B. HPV,
Chronisch rezidivierende Infekte

Reaktiver Konflikt, z.B. Stress, Verlust

Dyspareunie bei Paarkonflikten, Sexualkonflikt

Neurotisches Symptom

Somatisierung Störung

Psychogener Pruritus vulvae

dem psychogenen Pruritus liegen überwiegend sexuelle Konflikte zu Grunde

In der gynäkologischen Sprechstunde sollte nach Ausschluss somatischer Ursachen eine Chronifizierung (durch körperbezogene Behandlung) verhindert werden,

Denn dies kann eine kausale psychotherapeutische Behandlung erschweren oder unmöglich machen

Belastende Lebensereignisse mit möglichen psychischen Folgereaktionen

- Fehlgeburt, Totgeburt, Tod des neugeborenen Kindes, plötzlicher Kindstod
- Diagnosemitteilung von pathologischen Befunden in der Schwangerschaft oder beim neugeborenen Kind
- Traumatisch erlebte Geburt
- Karzinomerkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane
- Organverlust (Hysterektomie/Adnexektomie)
- Sexuelle Traumatisierung
- Unerfüllter Kinderwunsch

“Mir geht es gut, es ist alles in Ordnung, auch mit meinem Partner, wenn ich nur ein Kind bekäme.”

Nicht selten verbergen sich hinter dieser Pseudonormalität schwerere Störungen der Persönlichkeit und der Paarbeziehung, die der Arzt bei einer Sterilitätsbehandlung berücksichtigen sollte.

Einschätzung des Kinderwunsches

„gesunder“ Kinderwunsch

- Zulassen einer Ambivalenz gegenüber dem Kinder-wunsch
- Leidensdruck vorhanden
- Zögern gegenüber invasiven medizinischen Eingriffen
- Verzicht scheint möglich
- frustraner Kinderwunsch wird sozial untergebracht
- ausgewogene Arzt-Patient-Beziehung gut möglich

nach Stauber 1996

Einschätzung des Kinderwunsches

„starker“ Kinderwunsch

- Leidensdruck groß
- Verzicht scheint kaum möglich
- Lebensperspektive deutlich gestört
- depressive Reaktionen und negative soziale Resonanz
- ausgewogene Arzt-Patient-Beziehung erschwert

nach Stauber 1996

Psychosomatisches Behandlungskonzept: Schlüsselfragen

- Krankengeschichte und Problemverständnis aus Sicht des Paares
- Entwicklung des Kinderwunsches und seine Bedeutung
- Phantasien über das Kind, über Schwangerschaft und Geburt
- Leidensdruck und Bewältigung
- Antizipatorische Trauer und Alternativen
- Biografischer Hintergrund
- Beeinflussung der Partnerschaft und Sexualität durch die Kinderlosigkeit
- Berufliche Situation bzw. Einfluss auf das Berufsleben
- Perspektiven über Behandlungsmöglichkeiten hinaus

nach Wischmann et al. 1997

Ansatzpunkte einer psychosomatischen Grundversorgung

- Versagensängste und Leistungsorientierung mildern
- Entwicklung realistischer Erwartungen und Vorstellungen
- Selbstkontrolle fördern (Mitentscheidung der Patienten fördern, Grenzen der Behandlung thematisieren)
- Entlastung von belastenden Gefühlen (Ohnmacht, Wut, Neid)
- Ansprechen offensichtlicher Konflikte (z.B. Berufsunzufriedenheit, Partnerschaftskonflikt, Druck von außen)
- Hilfestellung bei der Bewältigung der „Fruchtbarkeitskrise“ geben

Typische Verläufe der fokalen Paarpsychotherapie

Außenorientierung	**Innenorientierung**	**Zukunftsorientierung**
Ratsuche, Ent-scheidungshilfen, Stressbewältigung	Kommunikations-probleme und Paar-konflikte, oft mit krisenhaftem Erleben	Ressourcenaktivierung, Neuorientierung, Lebensgestaltung ohne eigenes Kind
1.-3. Stunde	4.-7. Stunde	8.-10. Stunde

Wischmann 2010

Spezielle Probleme in Abhängigkeit von der Krebslokalisation

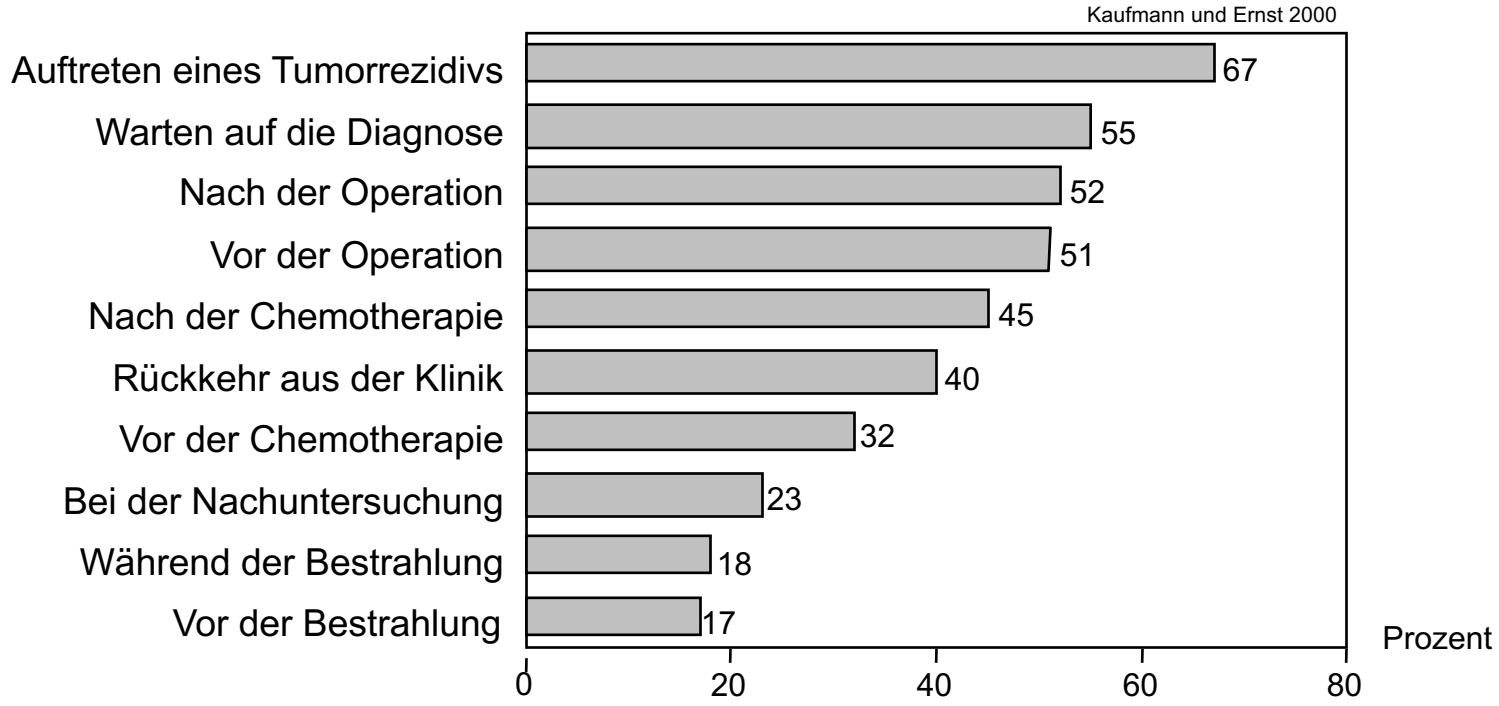
Brustkrebs	**Problem**
	große Zahl betroffener Patientinnen
	signifikante Bedeutung der Brust: emotional, sexuell
	Bedeutung im äußeren Erscheinungsbild: Narbe, Prothese, Rekonstruktion
	operative Behandlung: Verlust der Brust, Chemotherapie: Verlust der Ovarfunktion
	junge Patientinnen: Kinderwunsch nach der Behandlung

Spezielle Probleme in Abhängigkeit von der Krebslokalisation

Genitalkrebs	Problem
	Patientinnen aller Altersgruppen
	signifikante Bedeutung der gynäkologischen Organe: emotional, sexuell, reproduktiv
	operative Behandlung: Verlust des Uterus, der Ovarien, der Vagina oder der Vulva
	Chemotherapie: Verlust der Ovarfunktion, Bedeutung für die äußere Erscheinung
	Strahlentherapie: Fibrose und Vernarbung der Vagina

Antworten der Patientinnen auf die Frage, zu welchem Zeitpunkt der Erkrankung ihrer Meinung nach Unterstützung am nötigsten sei.

Mehrfachnennungen möglich, n=768; von 31 Patientinnen wurden die Fragen nicht beantwortet



Bedeutung der sozialen Unterstützung

Befragung von 520 Personen innerhalb von 8 Wochen nach der Krebsdiagnose:

391 (75%) Frauen		129 (25%) Männer
67%	vertrauten ihre Sorgen Anderen an (p=0,308)	61%
25%	nur eine Vertrauens-person (p<0,001)	45%

Frauen konnten einen größeren Kreis von Familienmitgliedern, Freunden und Partner nutzen

Harrison et al. Soc Sci Med 1995;41:1255-60

Internet Cancer support Groups

Bei Brustkrebs-, Prostatakrebsgruppen und Gruppen mit unterschiedlichen Krebsarten

Die 4 folgenden Kategorien entsprechen 80% der Antworten

- Information geben/suchen (Rang 1 Prostatagruppe)
- Ermutigung/Unterstützung
- Persönliche Meinung
- Persönliche Erfahrung (Rang 1 Brustgruppe)

Männer gaben doppelt so häufig Informationen gegenüber Frauen

Frauen gaben doppelt so häufig Ermutigung und Unterstützung

Klemm et al. Comput Nurs 1999;17:75-72

Rahmenbedingungen für die Gespräche im ambulanten Versorgungsbereich

- Eingehen auf die individuelle psychosoziale Situation der Patientin
- Prüfung der Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Diagnostik/Behandlung
- Bei unklarem Befund in der Mammographie erhält die Patientin den Hinweis, dass die Möglichkeit einer Zweiteinholung besteht
- Prüfung der Notwendigkeit einer Schmerztherapie
- Die Gespräche sollen - wenn möglich – mit Partner/ Angehörigen/Person des Vertrauens geführt werden.

DMP 2002

Zusammenfassende Bewertung von Interventionsprogrammen in der Psychoonkologie

Verschiedene psychosoziale Interventionsprogramme sind nachweislich hilfreich für Tumorpatienten dazu gehören

- Entspannungsverfahren
- Streßmanagement
- Informationsvermittlung
- Verhaltenstherapie
- Supportive Psychotherapie

- Psychotherapie verbessert die Lebensqualität und die Krankheitsbewältigung
- ein Einfluss der Psychotherapie auf die Überlebenszeit hat sich nicht bestätigt

Chronischer Unterbauchschmerz

- 10% der ambulanten Patientinnen
- 20% der Laparoskopien
- 12% der Hysterektomien

- 50-70% psychosomatisch

Definition

- chronische abdominale Schmerzen im kleinen Becken
- mindestens 6 Monate
- zyklusabhängig / zyklusunabhängig
- mit oder ohne Organbefund

Komorbidität

- Sexualstörungen
- Magenfunktions-störungen
- Kreislaufstörungen
- Kopfschmerzen
- Dysmenorrhoe
- Prämenstruelles Syndrom
- Depressionen
- Angststörungen
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Persönlichkeitsstörungen
- Somatisierungsstörungen

Differentialdiagnostik

- Genitale Schmerzursachen:
  - Endometriose
  - Zysten
  - Tumore (Myome)
  - Adhäsionen nach Bauchoperationen oder Entzündungen
- Extragenitale Schmerzursachen:
  - Orthopädische Schmerzursachen
  - Neurologische S.
  - Urologische S.
  - GastrointestinaleS.

Chronischer Unterbauchschmerz

Ursachen der Chronifizierung:

- Minibefunde
- primärer / sekundärer Krankheitsgewinn
- sekundäre somatische Schmerzverursachung – Iatrogenisierung (Verwachsungen etc.)

Diagnose chronischer Unterbauchschmerz

- Biografische Anamnese
- Soziale Anamnese: Partnerschaft, Beruf, Kinderwunsch (Ambivalenz?)
- Sexualität
- Traumatisierungen: sexuelle Gewalt
- Schwangerschafts-, Geburtsanamnese (unbewältigte Abbrüche, Totgeburt, traumatisch erlebte Geburten etc.)

Motivation zur Psychotherapie

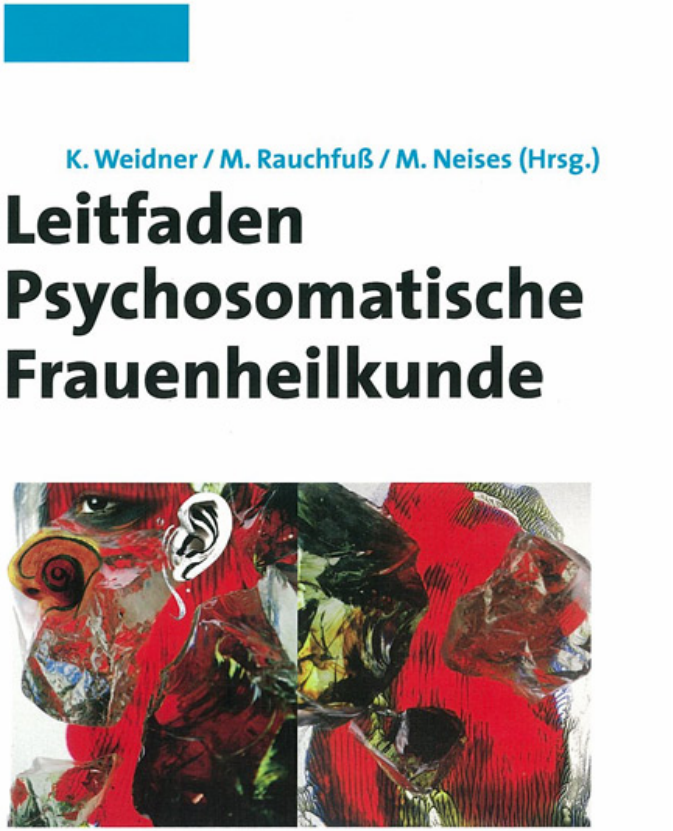
- Psychosomatisches Krankheitsverständnis entwickeln
- Aktuelle und biografische Konflikte mit der Patientin besprechen
- Empathie auf Seiten des Arztes/der Ärztin notwendig
- Auf Seiten der Patientin kann aus anfänglicher Distanz mit Ablehnung Trauer werden

Therapie

- Psychotherapie (evtl. primär stationär, auch Paargespräche)
- Physiotherapie
- Antidepressiva mit analgetischer Wirkung

- Ein Symptom, was über Jahre besteht, lässt sich auch nur in Jahren therapieren!

Ziel der Therapie darf nicht sein, was dem Arzt/der Ärztin objektiv richtig erscheint, sondern was der betreffenden Patientin möglich ist.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit