

Psychosomatische Aspekte in der Gynäkologie

Johann Matthias Wenderlein

Aus der Universitätsfrauenklinik Erlangen-Nürnberg
(Direktor: Professor Dr. Karl Günther Ober)

Kaum in einem klinischen Fach hat sich der psychosomatische Aspekt auf breiter Basis durchgesetzt. Nur wenigen typischen psychosomatischen Erkrankungen wurde bisher wissenschaftlich größere Aufmerksamkeit geschenkt. Oft ging man dabei von einer Neurosenlehre im analytischen Sinne aus, die der Mehrheit somatisch orientierter Ärzte zu wenig naturwissenschaftlich-empirisch ist.

Eine Betrachtungsweise, die Psychosomatik als klinische Psychophysiologie versteht, setzt sich immer mehr durch. Diese Entwicklung steht in den Anfängen. Sie verspricht breitere Anerkennung sowie häufigere Anwendung psychosomatischer Aspekte.

Im folgenden interessieren nicht Extrembeispiele psychosomatischer Reaktionen, etwa in Form von Anorexia nervosa oder Scheinschwangerschaft. Sie bedürfen überwiegend psychotherapeutischer Behandlung und werden vom Frauenarzt zum Fachkollegen überwiesen. Hier geht es um psychosomatische und psychosoziale Aspekte, die tagtäglich berücksichtigt werden sollten und deren Beachtung vielen Patientinnen helfen kann (3). Dazu ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Facharzt beziehungsweise Klinik erforderlich.

Für die Gynäkologie gilt das besonders, wenn psychosoziale Gesichtspunkte mit zu berücksichtigen sind. Oft sind dazu Informationen vom Hausarzt hilfreich.

1. Häufige gynäkologische Beschwerden

Bei jeder Patientin mit Blutungs- und Zyklusstörungen, sekundärer Amenorrhöe und Dysmenorrhöe werden selbstverständlich erst nach Abschluß somatischer Ursachen psychosoziale Faktoren als Gründe für die Störungen mit einbezogen (6, 10).

Eine ausführliche biographische Anamnese läßt Beziehungen zwischen gynäkologischen Beschwerden und psychosozialen Daten erkennen. Die Frage nach belastenden Ereignissen um den Zeitpunkt des Beschwerde-Beginns hilft oft weiter (4).

Fällt der Beginn einer Zyklusstörung mit dem Verlust einer nahen Bezugsperson oder die Dysmenorrhöe mit einer recht belastend erlebten Partnerbeziehung zusammen, so sollte nach weiteren vegetativen Störungen seit dieser Zeit gefragt werden, etwa nach Herz-Kreislauf-Störungen, Magen-Darm-Beschwerden oder Schlafstörungen und depressiven Verstimmungen.

Erkennt die Patientin im ärztlichen Gespräch engere Beziehungen zwischen starken psychosozialen Belastungen und kurz darauf eintretenden gynäkologischen Beschwerden, so hat das zugleich einen psychotherapeutischen Effekt (1, 7). Für einen gravierenden Konflikt infolge einer neurotischen Persönlichkeitsentwicklung, der sich bis in die frühe Kindheit zurückverfolgen läßt, gilt

Psychosomatische Zusammenhänge lassen sich in der Gynäkologie teilweise durch einfache biographische Daten erfassen. So ist etwa bei gynäkologischen Beschwerden – nach Ausschluß organischer Ursachen – nach belastenden Ereignissen um den Zeitpunkt des Beschwerdebeginns zu fragen. Vor gynäkologischen Operationen sollte der Arzt neben der Aufklärung über das Operations- und Narkoserisiko auch auf Ängste aus dem psychosozialen Bereich eingehen. Vor Uterusexstirpation sind etwa zwei Drittel der Frauen unsicher, ob ihre Vollwertigkeit beeinflußt wird. Ebenso viele Frauen wünschen, daß der Partner in das präoperative Gespräch mit einbezogen wird. Postoperativ sollte bei der psychosozial orientierten Rehabilitation mehr an Sexualberatung gedacht werden. Das wird an den Beispielen Uterusexstirpation und Mastektomie gezeigt. Bei kleineren gynäkologischen Eingriffen – zum Beispiel Tubensterilisation und Abruptio – erfordern psychosoziale Fragen häufig eine zeitlich aufwendige ärztliche Beratung.

das nicht. Dazu ein Beispiel: Eine Patientin kommt wegen Dysmenorrhöe seit der Menarche erstmals in die Sprechstunde. Sie hat schon mehrere recht unangenehm erlebte Geburten hinter sich.

Es bestehen unregelmäßige Zyklen in Verbindung mit prämenstruellen Beschwerden. Mit Behandlungsversuchen bei mehreren Frauenärzten zuvor war die Patientin sehr unzufrieden. Mutter und Schwestern der Patientin leiden an ähnlichen Beschwerden. Es wurde nach unauffälligem gynäkologischen Befund auf die Bedeutung psychosozialer Faktoren hingewiesen. Die Patientin entschied sich für eine Psychotherapie. ▷

2. Präoperative Aufklärung

Wegen der größeren präoperativ-diagnostischen Möglichkeiten lassen sich heute Operationsrisiken besser abschätzen. Die Aufklärungspflicht über Komplikationsrisiken sollte dem gerecht werden. Den Entschluß zur Operationseinwilligung sollte man nicht unnötig erschweren. Auf juristische Aspekte wird hier verzichtet.

Ist wegen eines fortgeschrittenen Krebses eine recht risikoreiche Operation notwendig, so sollte im präoperativen Gespräch bei den Patienten der Mut zur Wahrheit bedacht werden. Bei unheilbaren Erkrankungen wollten zwei Drittel der Patienten vom Arzt die volle Wahrheit erfahren. Es überwiegt ganz offensichtlich der beruhigende Effekt der Aufklärung – zumindest auf lange Sicht. Für Frauen unterer Sozialschichten gilt das nicht in gleichem Maße wie für die übrigen Frauen.

Dabei muß berücksichtigt werden, daß Frauen mit geringerem Bildungsniveau am häufigsten Angst vor gynäkologischen Eingriffen haben. Nur wenige von ihnen haben den Mut, im ärztlichen Gespräch ihre Befürchtungen vorzubringen. Das kann ärztlicherseits zu falschen Schlüssen führen.

Kurz sei auf häufige Erwartungsängste vor einer Uterusexstirpation eingegangen. Nur ein Teil bezieht sich direkt auf das Operations- und Narkoserisiko. Wesentlich sind Befürchtungen aus dem psychosozialen Bereich. Etwa zwei Drittel der Frauen sind sich nicht sicher über ihre Vollwertigkeit nach dem Eingriff. Etwa ebenso viele Frauen machen sich Gedanken, ob es im sexuellen Bereich zu Beeinträchtigungen kommt. Diese und weitere individuelle Befürchtungen sollten vor dem Eingriff angesprochen und beseitigt werden. Viele Frauen erleben es als erleichternd, wenn der Partner in das Gespräch mit einbezogen wird. Auf Befragen wünschen dies zwei Drittel der Frauen. Vom Gesprächsverhalten des Arztes hängt es mit ab, ob die Patientin und der Partner

spontan ihre psychosozialen Befürchtungen und Sachfragen verbalisieren (5).

Je zuversichtlicher und selbstsicherer die Patientin der Operation entgegensteht, um so seltener ist postoperativ ein ängstliches und apathisches Verhalten zu erwarten. Das ist für die aktive Mitarbeit der Patientin bei Rekonvaleszenzmaßnahmen wichtig (8).

3. Postoperative Rehabilitation

Bei Patientinnen direkt nach Mastektomie sollte auf bestmögliche psychosoziale Betreuung großer Wert gelegt werden. Dieser Eingriff ist für Frauen seelisch wesentlich belastender als etwa eine Uterusexstirpation. Das zeigt sich schon an so einfachen Parametern wie den für notwendig erachteten Schonzeiten.

Mehr als drei Monate Schonung hielt nach Mastektomie jede dritte Frau, nach Uterusexstirpation nur jede zehnte Frau für wünschenswert.

Der längerfristige Nutzen von *Selbsthilfegruppen* für Mastektomiepatientinnen muß noch in größeren prospektiven Studien nachgewiesen werden. An solchen Gruppen sind besonders emotional labile Frauen interessiert. Die erwartete Hilfe bezieht sich vor allem auf das Vollwertigkeitsgefühl und die Partnerbeziehung.

Die *Sexualberatung* nach Mastektomie wird heute noch unterbewertet. Für über die Hälfte dieser Frauen kommt es infolge der Mastektomie zu sexuellen Problemen. Die Hälfte der meist jüngeren Frauen verliert beispielsweise ihre Orgasmustätigkeit. Besonders häufig sind davon introvertierte Frauen und Frauen aus den unteren Sozialschichten betroffen. Sie erhalten am seltensten ärztliche Sexualberatung. Erwähnt seien nur die Sprachbarrieren. Daß länger anhaltende sexuelle Unstimmigkeiten eine vorher intakte Partnerbeziehung belasten können, versteht sich von selbst (2).

Nicht nur die Patientin, sondern auch der Partner ist meist infolge des Eingriffes recht verunsichert. Er sollte daher in die Sexualberatung bei der nach vier bis sechs Wochen obligatorischen postoperativen Untersuchung mit einbezogen werden. Ob für das Paar die verbliebene Brust wieder die frühere sexuelle Bedeutung erlangt oder beide Partner sexuelle Befriedigung in anderen Genitalzonen intensiver empfinden, wird individuell recht unterschiedlich sein. Empirische Daten dazu fehlen. Das spricht für die allgemeine Scheu vor diesem häufigen Problem. Erwähnt sei, daß für 95 Prozent aller Paare die orale Stimulierung der weiblichen Brust durch den Mann vor dem Koitus üblich ist. Da die höchste Brustkrebs-Inzidenzrate um das 50. Lebensjahr liegt, haben die meisten Mastektomiepatientinnen noch einen Partner.

Bei typischen *Alterskrebsen* in der Gynäkologie, etwa dem Vulva- oder Vaginalkarzinom, stehen soziale Probleme im Vordergrund psychosozialer Rehabilitation. Letztere sollte in einer Krebs-Nachsorge-Sprechstunde den gleichen Stellenwert wie die Rezidivsuche einnehmen.

Damit ist mehr als die Beantwortung von Renten- oder Kur-Fragen gemeint. Das sollte weitgehend eine einschlägig geschulte Sozialarbeiterin übernehmen, die selbst in größeren Kliniken nicht die Regel ist.

Das psychosoziale Verständnis eines Arztes zeigt sich bereits darin, ob er gerade bei hilfebedürftigen alten Krebspatientinnen mit daran denkt, das Sozialamt einzuschalten. Diese hilfreiche Aktivität kostet den Arzt meist nur den geringen zeitlichen Aufwand eines Telefonates.

Großen zeitlichen Aufwand im Interesse der Krebspatientin bedeuten übersichtliche Berichte der behandelnden Klinik an den weiterbetreuenden Hausarzt. Informationen über histologischen Malignitätsgrad, Krebsstadium und Therapiemaßnahmen entscheiden unter Einbeziehen von Alter, Allgemeinzustand und Ge-

samtpersönlichkeit der Frau mit über notwendige psychosoziale Hilfen. Vom ärztlich-psychosozialen Verständnis hängt es mit ab, ob es zu Diskrepanzen zwischen relativ objektiv erfassbaren anatomischen Veränderungen und daraus resultierenden Beschwerden kommt.

4. Kleinere gynäkologische Eingriffe

Tubensterilisation

Die laparoskopische *Tubensterilisation* wird Ärzte in Zukunft mehr als bisher beschäftigen. Innerhalb kurzer Zeit wurde die Sterilisation vom „rechtswidrig-unsittlichen“ zum psychosozial akzeptierten Eingriff. Das zeigt sich unter anderem daran, daß seit über zwei Jahren alle Mitglieder gesetzlicher Krankenversicherungen einen Leistungsanspruch auf eine „nicht rechtswidrige“ Sterilisation haben. Über zwei Drittel der über 30jährigen Frauen mit zwei und mehr Kindern sehen in der Sterilisation eine für sie mögliche kontrazeptive Methode. Diese Vorstellung werden die Frauen in Zukunft häufiger als bisher realisieren wollen. Dafür spricht eine analoge Entwicklung in den USA. Dort ist bereits etwa bei einem Viertel der fortpflanzungsfähigen Familien ein Ehepartner sterilisiert. Diese Entwicklung könnte beschleunigt werden, wenn noch mehr negative Berichte über Ovulationshemmer in den Massenmedien erscheinen.

Bei diesem Eingriff ist ein minimales physisches Risiko ebenso bedeutsam wie das Vermeiden jeglicher psychosozialer Probleme infolge der Sterilisation. Eine Nachuntersuchung (9) an über 2000 sterilisierten Frauen ergab, daß weniger als 1 Prozent den Eingriff bedauerte. Um diesen Anteil weiter zu verringern, sollte auf folgendes geachtet werden:

► Die Situation beim Entschluß zur Sterilisation muß beachtet werden. Sterilisationen im Wochenbett – unter dem Eindruck einer belastenden Geburt – sind zu vermeiden.

► Nur nach vorausgegangener, mindestens dreimonatiger Entscheidungszeit sollte der Eingriff vorgenommen werden.

► Im Beratungsgespräch sollte auf ambivalente Einstellungen geachtet werden. Erstaunlich ist, daß über die Hälfte der Frauen sich vor solch einem Eingriff nicht ganz sicher sind, ob sie Veränderungen im hormonalen oder sexuellen Bereich erwarten müssen.

► Der Ehepartner sollte in das Beratungsgespräch mit einbezogen werden. Das geschieht allein schon deshalb, um ihn darüber aufzuklären, daß eine Samenleiterunterbindung mit weniger Risiken verbunden ist. Die Freiwilligkeit bei diesem Eingriff versteht sich von selbst.

► Starre Regeln über Alter und Kinderzahl, die eine Tubensterilisation rechtfertigen, sollten nicht aufgestellt werden. Neben den Veränderungen im generativen Verhalten müssen vor allem die individuellen Motive der Frau berücksichtigt werden. Das kann bedeuten, daß das psychosozial-orientierte Beratungsgespräch zeitlich aufwendiger ist als der Eingriff selbst, einschließlich Vorbereitung.

Schwangerschaftsabbruch

Beim *Schwangerschaftsabbruch* sind so viele psychosoziale Faktoren zu bedenken, daß hier nur wenige allgemeine Aspekte skizziert werden.

► Da die Entscheidung und die Antragstellung unter Zeitdruck erfolgen, sind psychische Belastungen die Regel. Bei psychisch Unreifen – etwa bei Jugendlichen – wird das besonders deutlich. Sie sind einer unsicheren Partnerbeziehung, mäßig verständnisvollen Eltern und der eher feindseligen Haltung der Umwelt in dieser Situation oft gleichzeitig ausgesetzt. Ärztlicherseits sollte das beim Beratungsgespräch bedacht werden.

► Gestörte Vitalgefühle und Vitalfunktionen erschweren einer An-

tragstellerin das Abwägen der Risiken. In dieser hilflosen Situation ist nur eine recht bedingte Aufnahme ärztlicher Informationen möglich. Geduld und Verständnis zugleich muß die Gesprächsatmosphäre beherrschen.

► Die kontrazeptive Beratung muß auf jeden Fall zu einem späteren Zeitpunkt in einer angstfreien Atmosphäre wiederholt werden. Das geschieht am besten durch den Hausarzt oder den vertrauten Frauenarzt.

Zusammenfassung

Psychosomatik als klinische Psychophysiologie ist bei einer Reihe gynäkologischer Beschwerden und Störungen nach Ausschluß organischer Ursachen relevant. Über einfache psychosoziale Daten aus der biographischen Anamnese lassen sich häufig Beziehungen zwischen belastenden Ereignissen und dem Beginn funktioneller Störungen herstellen. Beispiele sind sekundäre Amenorrhöe, Dysmenorrhöe und Zyklusstörungen.

Bei der präoperativen Aufklärung sollten ungerechtfertigte Ängste beseitigt werden. Vor einer Uterusexstirpation sind das beispielsweise Befürchtungen, die sich auf den Partner und auf den Sexualbereich beziehen.

Analoges gilt für die postoperative Rehabilitation, die besonders bei Mastektomiepatientinnen auch psychosozial orientiert sein sollte. Kleinere gynäkologische Eingriffe, die psychosomatisches Verständnis erfordern, sind Tubensterilisation und Abruption.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Privatdozent Dr. med.
Diplompsychologe
Johann Matthias Wenderlein
Universitätsfrauenklinik
Universitätsstraße 21/23
8520 Erlangen