

# SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Adamelis M, Lichtenschopf R, Maar A, Rosner-Seifert T  
Tordy K, Weichberger A

## **Klinische Psychologie an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde Wien**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2013; 31 (4)  
(Ausgabe für Österreich), 7-12*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2013; 31 (4)  
(Ausgabe für Schweiz), 8-13*

Homepage:

**[www.kup.at/speculum](http://www.kup.at/speculum)**

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

**Erschaffen Sie sich Ihre  
ertragreiche grüne Oase in  
Ihrem Zuhause oder in Ihrer  
Praxis**

**Mehr als nur eine Dekoration:**

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,  
Kräuter und auch Ihr Gemüse  
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller  
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz  
ohne grünen Daumen?

**Dann sind Sie hier richtig**



# Klinische Psychologie an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde Wien

M. Adamelis, R. Lichtenschopf, A. Maar, T. Rosner-Seifert,  
K. Tordy, A. Weichberger

## Einleitung

Die Berücksichtigung psychosomatischer Aspekte hat traditionell einen hohen Stellenwert in der Patientenversorgung an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde. Auf Betreiben des damaligen Klinikvorstandes Prof. Hugo Husslein wurde bereits 1974 eine Kooperation zwischen der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und der II. Univ.-Frauenklinik eingegangen und eine Psychosomatik-Ambulanz unter der Leitung von Prof. Marianne Springer-Kremser gegründet, die bis heute besteht. Parallel dazu wurden an der ehem. I. Univ.-Frauenklinik auf Initiative von Prof. Marianne Ringler gemeinsam mit Prof. Martin Langer zahlreiche wissenschaftliche Studien im Bereich Klinische Psychologie veröffentlicht.

1999 wurde eine ärztliche Teilzeitstelle dem besonderen Auftrag der psychologischen Versorgung an der Abteilung für Gynäkologie gewidmet und an der ehemaligen Abteilung für Spezielle Gynäkologie die erste klinisch-psychologische Stelle zur Betreuung von Patientinnen mit Mammakarzinom geschaffen. Mit der Gründung der Beratungsstelle für genetisch bedingten Brust- und Eierstockkrebs wurde neben der ärztlichen auch eine psychologische Beratung angeboten. Die Ergebnisse eines wissenschaftlichen Projektes zur Etablierung eines psychologischen Betreuungsmodells, das in den Jahren 1996/1997 an der ehem. Abteilung für Pränatale Diagnostik und Therapie durchgeführt wurde, waren die Basis für die 2002 für diesen Bereich eingerichtete Stelle einer Klinischen Psychologin. Um dem stetig steigenden Bedarf eines Zentrums für Risikoschwangerschaften und der daraus resultierenden Notwendigkeit einer psychologischen Betreuung in akuten Belastungssituationen und traumatischen Krisen gerecht zu werden, wurden

die Personalressourcen an der Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin kontinuierlich um insgesamt 2 Vollzeit-Dienstposten für Klinische Psychologie aufgestockt.

Insgesamt stehen den Patientinnen der Universitätsklinik für Frauenheilkunde 6 Klinische Psychologinnen/Psychotherapeutinnen (200 WST) und eine ärztliche Psychoonkologin (20 WST) mit unterschiedlichen Schwerpunkten in den Bereichen Psychoonkologie, Reproduktionsmedizin, Geburtshilfe und feto-maternale Medizin zur Verfügung.

## Geburtshilfe und feto-maternale Medizin

Der Großteil der geburtshilflichen Patientinnen ist psychisch gesund. Der psychologische Behandlungsbedarf ergibt sich durch jene Belastungen, die durch pathologische Befunde in der Schwangerschaft oder durch medizinische Diagnose-/Behandlungsverfahren verursacht werden, wobei die klinisch-psychologische Intervention auf die Bewältigung der entstandenen Belastung fokussiert. Als Behandlungsziel gilt es, mit den Patientinnen adäquate Coping-Strategien zu entwickeln, autonome „ICH-konforme“ Entscheidungen zu ermöglichen und somit pathologische Adaptationsmuster zu vermeiden.

Konkret werden Klinische Psychologinnen in folgenden Situationen zugezogen: einerseits bei Risikoschwangerschaften (Blutungen, vorzeitige Wehen, vorzeitiger Blasensprung, drohende Frühgeburt, maternale Morbidität etc.), andererseits bei unglücklich verlaufenden Schwangerschaften (traumatischer Geburtsverlauf, extreme Frühgeburt, Spätabortus, IUFT, peri/

postpartaler Kindestod), aber insbesondere auch bei pränataldiagnostischen Befunden und Interventionen wie US-Auffälligkeit, abweichender genetischer Befund, Fehlbildung, FFTS, medizinisch indizierte Schwangerschaftsbeendigung, Fetozid, Reduktion bei Mehrlingen etc.

Viele Patientinnen zeigen nach diesen Diagnosen bzw. Ereignissen Symptome einer akuten Belastungsreaktion (F43.0) und/oder einer Anpassungsstörung (F43.2). Um eine Chronifizierung dieser psychischen Symptome zu verhindern, soll psychologische Unterstützung unmittelbar einsetzen.

■ **Was versteht man unter klinisch-psychologischer Intervention bzw. Krisenintervention inhaltlich?**

In der **Krisenintervention** geht es hauptsächlich darum, Hilfen anzubieten, um aus der Schocksituation, der Starre, der Sprachlosigkeit, der eingeschränkten Denk- und Handlungsfähigkeit wieder zu einer psychischen Beweglichkeit zu gelangen, die ermöglicht, auf eigene Fähigkeiten/Ressourcen zur Problembewältigung zurückzugreifen. Grundlegend für den Erfolg ist dabei:

- Ein echtes Kontakt- und Beziehungsangebot
- Ausreichend Zeit
- Entlastung von emotionalem Druck durch Benennen/Aussprechen von Gedanken und Gefühlen (damit Denken wieder möglich wird)
- Eine wertschätzende Haltung und Interesse gegenüber allen persönlichen Aspekten, die von der Patientin eingebracht werden
- Konzentration auf das Hier und Jetzt (keine Anamneseerhebung, keine Ursachenforschung, kein Aufarbeiten)
- Klärung, welche medizinischen Informationen/Abwägungen in ihren Auswirkungen verstanden wurden und wo noch weiterer Informationsbedarf besteht
- Struktur geben: nächste Schritte vereinbaren, neue Sichtweisen einführen, Coping-Mechanismen aktivieren
- Einbeziehung der sozialen Umwelt (besonders des Partners) als Ressource

Im Wissen um die psychische Einengung und die eingeschränkte Denk- und Handlungsfähigkeit in einer akuten Krise sollen zu diesem Zeitpunkt keine weitreichenden

Entscheidungen verlangt bzw. getroffen werden. Umfassende Orientierung verkürzt den Schreck, die Hilflosigkeit, die Handlungsunfähigkeit.

Bei **klinisch-psychologischen Interventionen** im Allgemeinen geht es darum, mithilfe professioneller Gesprächsführung eine ICH-Stärkung der Patientin zu erreichen, die ihr erlaubt, sich nicht ausgeliefert, sondern selbstkompetent und selbstbestimmt zu erleben (ist ein wesentlicher protektiver Faktor gegen Traumatisierung). Dabei wird nicht nur auf die rationale, sondern insbesondere auf die emotionale Ebene, auf das subjektive Erleben (Welt der inneren Bilder) geachtet. Unter diesen Aspekten wird u. a. thematisiert:

- Welche Vorgangsweise steht am besten mit dem Wertesystem der Patientin, ihrem Selbstbild, Selbstverständnis als Mutter im Einklang?
- Welche altersentsprechenden Informationen benötigen Geschwister in der angespannten familiären Atmosphäre?
- Unter welchen Bedingungen es für das Paar möglich ist, den Kontakt, die Bindung zum Ungeborenen aufrechtzuerhalten, auch wenn der Ausgang der Schwangerschaft ungewiss ist (Bindung reduziert Schuldgefühle)?
- Im Falle einer stillen Geburt bzw. Schwangerschaftsbeendigung der konkrete Ablauf (auch, ob Schmerz- und Beruhigungsmittel sinnvoll sind, ob die Anwesenheit des Partners ratsam ist, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann etc.)?
- Welche Methoden zur Entspannung, Angstreduktion (z. B. hypnotherapeutische Interventionen, aber auch vermehrte Ultraschallkontrollen in kritischen Schwangerschaftswochen) sind für die Patientin passend?

Im Zuge der Gespräche werden die Selbstexploration gefördert, Ängste reflektiert, innerpsychische Konflikte besprechbar gemacht, die Paarkommunikation gestärkt und mithilfe des antizipatorischen Denkens die Folgen des jeweiligen Handelns einfühlbar gemacht. Da die Klinische Psychologin im medizinischen Abklärungs- und Behandlungsprozess oft die einzige kontinuierliche Ansprechperson für die Patientin ist, kommt ihr auch die Rolle der „holding function“ (im Sinne einer unterstützenden Begleitung) und die Aufgabe des „containing“ zu (Auffangen und Aushal-

ten starker Reaktionen und Emotionen der Patientin, ohne vorschnell zu agieren). Die Lenkung der Gespräche erfolgt die Themen betreffend direktiv, das Ergebnis betreffend allerdings non-direktiv.

Selbst bei gutem Ausgang geht jede Bewältigung einer Krise unweigerlich mit Trauerarbeit einher („Es war ganz anders, als ich es mir gewünscht, vorgestellt habe“). Daher ist es wichtig, den Frauen Trauerreaktionen zuzugestehen (nicht nur das „positive Denken“ zu betonen) und generell „die Pflege des persönlichen Energiehaushaltes“ (z. B. bei längerem stationärem Aufenthalt) im Auge zu behalten.

Sollte eine Schwangerschaft unglücklich enden, wird allen Patientinnen innerhalb eines Monats nach Entlassung eine Nachbesprechung angeboten. Die hohe Inanspruchnahme dieses Angebots (ca. 85 %) und sehr positive Rückmeldungen bestätigen den fachlich-inhaltlichen Ansatz des psychologischen Betreuungskonzeptes, dessen Schwerpunkt die Vermeidung von Fehlanpassungen und dysfunktionalen Coping-Strategien ist und dadurch der Prävention psychiatrischer Krankheitsbilder dient.

Zusammengefasst ist für ÄrztInnen wichtig, den Patientinnen ausreichend Zeit und Information (medizinisch und in Kooperation auch psychologisch) für Entscheidungen zur Verfügung zu stellen, den Partner aktiv mit einzubeziehen, im Rahmen von US-Untersuchungen wertschätzend von dem Ungeborenen zu sprechen (dadurch die Bindung zum Kind anzuerkennen) und im Falle eines Verlustes den Abschied in ruhigem Rahmen zu ermöglichen. Dadurch wird für die Patientin/das Paar die Integration des Erlebten in die eigene Biographie möglich und eine Abspaltung bzw. Verdrängung mit ihren negativen Auswirkungen auf die Alltags- und Beziehungsgestaltung verhindert.

### **Klinische Psychologie bei unerfülltem Kinderwunsch**

In der neueren psychologischen Literatur wird Infertilität als Wechselspiel zwischen Körper und Seele, als biopsychosoziales Problem verstanden (z. B. [Apfel et al. 2002]).

Ziel eines psychologischen Unterstützungsangebots rund um reproduktionsmedizinische Behandlungen ist es, den emotionalen Aspekten des unerfüllten Kinderwunsches und dessen Behandlung Raum zu geben, sie zu thematisieren, zu reflektieren und spürbar zu machen. In geschütztem Rahmen werden eigene Grenzen und die Grenzen der Reproduktionsmedizin angesprochen, die subjektive Bedeutung eines Lebens mit Kindern exploriert, Erwartungen, Idealisierungen und Befürchtungen bewusst gemacht, Ambivalenzen entdeckt und als ganz normal geltend gelassen. Besonderes Augenmerk gilt der Paarkommunikation: Unterschiede und Gemeinsamkeiten werden besprochen, Konflikte und Trauerreaktionen zugelassen und bearbeitet. Bewusst wird auch der Blick auf das Leben des Paares außerhalb der Kinderwunschbehandlung gelegt, um der oft vorhandenen psychischen Einengung im Alltag entgegenzuwirken.

Ziel der psychologischen Gespräche ist nicht eine Schwangerschaft, sondern die Reduktion der subjektiv erlebten Belastung durch die Infertilität und deren Behandlung. Im Idealfall kann das Paar auch offen über mögliche Alternativen zur Kinderwunschbehandlung kommunizieren. Wesentlich ist jedenfalls darauf zu achten, die Kinderwunschbehandlung in einem für das Paar angemessenen Tempo durchführen zu lassen.

### **Psychoonkologie auf der Gynäkologischen Onkologie der Frauenheilkunde**

Psychoonkologie beschäftigt sich mit den psychischen und sozialen Belangen von Krebspatientinnen und ihren Angehörigen und ist mittlerweile nach internationalen Richtlinien integraler Bestandteil der onkologischen Behandlung. Ihr Ziel ist es, in allen Phasen der Erkrankung die Belastung der Patientinnen zu vermindern und die Lebensqualität zu verbessern.

Nachdrückliche Abgrenzung erfolgt zu Ansprüchen an Heilung onkologischer Erkrankungen durch psychologische Behandlung oder Psychotherapie und empirisch nicht belegbaren psychischen Ursachenzuschreibungen von Krebsentstehung und Prognose. Die historischen Konzepte von

Krebspersönlichkeit und psychosomatischer Krebsentstehung gelten als wissenschaftlich überholt. Als Laienkonzepte und in unzähligen Ratgeberpublikationen sind sie aber weit verbreitet.

Im klinischen Alltag ist es die Aufgabe von Psychoonkologen, die Behandlung der Patientinnen, denen Erkrankung und Therapie enorme psychische Anpassungsleistungen abverlangen, zu begleiten. Standard ist ein angenehm gestalteter Raum, in dem Patientinnen in Einzelgesprächen oder auch mit Partner in Familiengesprächen die psychologische Beratung in Anspruch nehmen können. Hier soll Platz sein für alles Subjektive, alle Gedanken und Gefühle der Patientin. Sie soll bei der Verarbeitung von Krankheit, Behandlung und bei der Entwicklung von individuell hilfreichen Coping-Strategien unterstützt werden. Die Teilnahme der Psychoonkologin an Visiten, Diagnosegesprächen und Teambesprechungen ist wichtig, um die Kommunikation zwischen Patientin und Behandlungsteam zu verbessern. Die Vertraulichkeit der Einzelgespräche muss aber garantiert werden und nur in Absprache mit der Patientin werden Inhalte weitergegeben. Ebenfalls in Absprache mit der Patientin und dem Ärzte-/Pflegeteam werden Dienste zu intramuralen Einrichtungen wie psychiatrischem Konsiliardienst, Sozialarbeit und extramuralen Institutionen wie Hospizdiensten, Krebshilfe, Jugendamt, niedergelassenen Psychotherapeuten u. a. koordiniert.

Inhaltlich ist es sinnvoll, folgende Phasen der Erkrankung zu unterscheiden: Diagnosephase (oder Verdachtsphase), Behandlungsphase, Remissionsphase, Rezidivphase, Palliativphase/Sterbephase. Die Remissionsphase fällt in den ambulanten und derzeit meist extramuralen Bereich der Psychoonkologie bei Beratungsstellen oder niedergelassenen Psychotherapeuten.

#### ■ Diagnosephase

In der Diagnosephase haben wir es mit Menschen im Schock, in einer akuten Krise zu tun. Trotz verbesserter Langzeitprognosen und Behandlungsmethoden löst der Verdacht oder die Diagnose einer Krebserkrankung bei den Betroffenen immer Todesangst und ein traumatisches Verlusterlebnis aus. Ambulante Patientinnen sollten bereits bei der Diagnosemitteilung über das Angebot psychoonkologischer Be-

treuung informiert werden bzw. sollte ein nachfolgendes Gespräch angeboten werden. Dadurch haben Patientinnen die niederschwellige Möglichkeit, bereits vor der stationären Aufnahme für Operation oder Chemotherapiebeginn die zuständige Psychoonkologin kennenzulernen.

Interventionen orientieren sich in dieser Phase an den Standards der Krisenintervention und der Traumatherapie: Eckpfeiler sind das Herstellen einer vertrauensvollen Beziehung, emotionales Holding (Containment) und Hilfestellung bei der kognitiven Strukturierung mit dem Ziel, die Patientin zu stabilisieren. Die mannigfaltigen Abwehrmechanismen, die in der emotionalen Ausnahmesituation einsetzen, sollen erkannt und anerkannt (!) werden. Erst im späteren weiteren Verlauf ist die emotionale Verarbeitung und eine tiefere Reflexion des Geschehenen möglich.

#### ■ Behandlungsphase

Die in der nächsten Phase beginnende Therapie bzw. Operation ist für die Patientinnen einerseits Halt gebende Hoffnung, gleichzeitig aber wieder auch stark Angst auslösend. Bei gynäkologischen Malignomen droht der Verlust oder die Verstümmelung von Organen, die für die weibliche Identität und Biographie von existenzieller Bedeutung sind. Die trieb- und symbolbesetzten Sexualorgane sind gesellschaftlicher Bewertung und Kontrolle unterworfen und damit auch mit Scham und Schuld besetzt. Diese besondere Bedeutung der erkrankten Körperteile hat großen Einfluss auf die subjektiven Krankheitsentstehungstheorien, die alle Patientinnen in wechselnder Intensität im Laufe der Erkrankung beschäftigen.

Bei Brustkrebspatientinnen steht der Wunsch nach Heilung im Vordergrund, doch ist es für die betroffene Frau verständlicherweise auch wichtig, wenn möglich brusterhaltend operiert zu werden. Dadurch erhoffen sich die Frauen, die optische Veränderung so gering wie möglich zu halten und nicht offensichtlich verstümmelt zu werden. In den meisten Fällen ist dies heutzutage auch möglich, doch mitunter wird erst im endgültigen histologischen Befund postoperativ ersichtlich, dass z. B. der Tumor ausgedehnter war als erwartet und eine Brustentfernung doch empfohlen wird. In den psychoonkologischen Begleitgesprä-

chen werden hierbei non-direktiv Aspekte wie Abschied von der erkrankten Brust, Entscheidung für/gegen Brustaufbau bzw. Methoden des Brustaufbaus thematisiert.

Bei Patientinnen mit Ovarialkarzinomen, die bekanntlich oft erst im Stadium 3 oder 4 diagnostiziert werden, ist die notwendige und für die Prognose entscheidende ausgedehnte Bauchchirurgie, mit all ihren möglichen Komplikationen und Folgen, in den ersten Wochen der Therapiephase das beherrschende Hauptthema. Die langen Operationen erfordern häufig kurze postoperative Aufenthalte auf der Intensivstation. Oftmals erleben Patientinnen dies als traumatisch. Der passagere Verlust der Orientierung, der Kontrollverlust, die häufig auftretenden paranoid halluzinatorischen Zustände im Durchgangssyndrom beschäftigen Patientinnen noch lange nach den Eingriffen. In manchen Fällen kommt es zu PTSD („post-traumatic stress disorder“).

Nach großen Bauchoperationen sind die elementaren Funktionen Schlaf-Wach-Rhythmus, Nahrungsaufnahme und Verdauung schwer beeinträchtigt. Wundschmerz und Schwäche kommen dazu. Wie immer im stationären Bereich ist es auch da besonders vorteilhaft für die Patientinnen, wenn die interdisziplinäre Kooperation im Team funktioniert und pflegerische, medizinische, psychologische und physiotherapeutische Aspekte im postoperativen Management gut verwoben sind.

Die Psychoonkologin hat ihr Ohr am subjektiven Erleben der Patientin und verbessert im Optimalfall die Kommunikation zwischen dieser und den anderen Behandlern.

Die Beziehung eines psychiatrischen Konsiliardienstes sollte auch immer erwogen werden. Ovarialkarzinom-Patientinnen wird in dieser postoperativen Phase eine möglichst bald zu beginnende Chemotherapie in Aussicht gestellt. So wie vor der Operation bedeutet das einerseits Hoffnung, einen Plan zu haben, einen Weg in Richtung „gesund werden“ zu sehen, andererseits aber auch Angst vor körperlicher Qual sowie Ungewissheit über die Auswirkungen auf die Patientin und ihr soziales Umfeld.

Psychoonkologische Beratungsgespräche vor und während der Zeit der Chemotherapie beschäftigen sich mit der Bewältigung

von Ängsten und körperlichen Symptomen, mit Möglichkeiten der Unterstützung im Familien- und Bekanntenkreis, aber auch institutionell (Krebshilfe, Selbsthilfegruppen etc.) mit Auswirkungen auf das Berufsleben, die Partnerschaft und Sexualität und immer wieder mit der schrittweisen Verarbeitung und Integration des Geschehenen. Die körperlichen Belastungen und Veränderungen während der Chemotherapie, wie z. B. der immer als sehr belastend erlebte Haarausfall und die regelmäßigen Schwächeepisoden, prägen die Gesprächsinhalte. Biographische Rückblicke und Reflexionen, Zukunftsausblicke, Fragen nach der richtigen oder gesunden Lebensführung sind zyklisch wiederkehrende Themen. Seriöse psychoonkologische Beratung sollte non-direktiv sein (kein Zwang zu bestimmten Coping-Strategien wie „positivem Denken“), Hoffnung unterstützend und Abwehr respektierend. Heftige Gefühle und Reaktionsbildungen gehören zum Prozess der Krankheitsbewältigung.

Ein spezieller Schwerpunkt besteht in der Betreuung der Kinder von Brustkrebspatientinnen. Ein hierorts etabliertes und preisgekröntes Projekt – „Stationsführung für Kinder von Brustkrebspatientinnen“ – wird gemeinsam mit der Study Nurse bzw. Breast Care Nurse regelmäßig angeboten, bei welcher Kindern im Volksschulalter die Chemotherapie altersgerecht erklärt wird. Dieses Angebot besteht für Frauen unter adjuvanter sowie auch palliativer Chemotherapie auf der Station 16B des AKH Wien.

#### ■ Rezidivphase und Palliativphase/Sterbephase

Wenn Rezidive oder Metastasen auftreten, die Krankheit damit chronisch wird oder fortschreitet, wiederholen sich Schock, Verlust und Trauerreaktionen. Für Patientinnen ist es in dieser Phase besonders wichtig, Gesprächs- und Ansprechpartner auch von ärztlicher Seite zu haben. Die Angst, aufgegeben zu werden, als „Todeskandidatin“ nicht mehr von Interesse zu sein, macht Patientinnen sehr sensibel für Änderungen im Verhalten ihrer behandelnden Ärzte, die ihnen manchmal während der kurativen Zeit der Operation viel mehr Zeit geschenkt haben. Die behutsame Einführung und Koordinierung von palliativen Einrichtungen sowie mobilen Diensten, Hilfen für zu Hause und Sozialarbeit ist eine wichtige psychoonkologische Aufgabe, wenn die

Erkrankung fortschreitet. Angehörige, die in dieser Phase zunehmenden Belastungen ausgesetzt sind, sollten noch stärker in die Interventionen einbezogen werden. Eine Kooperation mit Projekten außerhalb der Klinik, wie „Mama hat Krebs“ (Krebshilfe, Boje), und Kriseneinrichtungen für Kinder und Angehörige ist jetzt besonders notwendig und wird in dieser Phase von den Betroffenen meist auch angenommen.

Einerseits menschliche Zuwendung und andererseits kompetente palliativmedizinische Bekämpfung der häufigsten Symptome Schmerz, Angst, Schlaflosigkeit, Übelkeit und Atemnot sind die Basis für ein würdevolles Erleben der letzten Phase unheilbarer Erkrankungen.

#### ■ Psychoonkologische Betreuung beim familiären Mammakarzinom

Wenn eine familiäre Hochrisikokonstellation vorliegt (Risikokriterien nachzulesen auf [www.brustgenberatung.at](http://www.brustgenberatung.at)), wird eine genetische Testung auf BRCA1/2-Mutation angeboten. Um vermeidbaren psychosozialen Belastungen durch ein ungünstiges Untersuchungsergebnis vorzubeugen, werden noch vor der Gentestung gemeinsam mit der Ratsuchenden potenzielle psychosoziale Konsequenzen sowie Möglichkeiten der Betreuung besprochen. Einleitend wird die Motivation für eine Testung thematisiert (z. B. eigenes Bedürfnis oder Druck der Familie). Weiters wird detailliert besprochen, welche Konsequenzen ein positives Mutationsergebnis für das Leben der ratsuchenden Person hätte. Medizinisch besteht die Option, regelmäßig engmaschige Früherkennungsuntersuchungen durchzuführen oder prophylaktisch die Brüste/Eierstöcke entfernen zu lassen. Diese Entscheidung hängt u. a. von einem potenziellen Kinderwunsch ab und ist auch davon beeinflusst, ob es in der Familie bereits eine Brust- bzw. Eierstockkreiserkrankung gegeben hat und wie dies von der ratsuchenden Person erlebt wurde.

Wichtig sind eine non-direktive psychologische Beratung, eine supportive Begleitung während der Entscheidungsfindung für/gegen eine Testung und während der Wartezeit auf das Ergebnis bzw. auch das Recht auf „Nicht-Wissen“ zu respektieren.

Für alle Bereiche der Frauenheilkunde gilt, dass sie sich mit Organsystemen beschäftigen, die für die weibliche Identität maßgeblich sind. Wenn in diesem Bereich Funktionsstörungen und Krankheiten entstehen bzw. medizinische Interventionen notwendig sind, werden zentrale Säulen des Selbstbilds wie Fruchtbarkeit, Mutterschaft, Weiblichkeit und Sexualität infrage gestellt, was zu einer vorübergehenden Destabilisierung des gesamten Lebenskonzeptes und Selbstverständnisses führen kann. Die Aufgabe eines niederschweligen klinisch-psychologischen Angebotes ist es, auch diese Aspekte in den Behandlungsplan mit einzu beziehen, damit Gesundheit im umfassenden Sinn der WHO-Definition (Wohlbefinden im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich) möglich wird.

#### WEITERFÜHRENDE LITERATUR:

- Apfel RJ, Keylor RG. Psychoanalysis and infertility – myths and realities. *Int J Psychoanal* 2002; 83: 85–104.
- Beutel M. Der frühe Verlust eines Kindes: Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt und Plötzlichem Kindstod. Hogrefe, Göttingen, 2002.
- Herschbach P, Heußner P. Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis. Klett-Cotta, Stuttgart, 2008.
- Kryspin-Exner I, Steger-Wuchse D (Hrsg). *Klinische Psychologie 1*. Facultas, Wien, 2001.
- Lothrop H. Gute Hoffnung – jähes Ende. Kösel-Verlag, München, 2008.
- Rohde A, Woopen C. Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2007.
- Schulz-Kindermann F. Psychoonkologie – Grundlagen und psychotherapeutische Praxis. Beltz, Weinheim-Basel, 2003.
- Söllner W, Keller M. Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen auf die Lebensqualität der Patienten. *Psychosomat Konsiliarpsychiatr* 2007; 1: 249–57.
- Sonneck G. Krisenintervention und Suizidverhütung. Facultas, Wien, 2000.

#### **Korrespondenzadresse:**

Mag. Anita Weichberger  
Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin  
Universitätsklinik für Frauenheilkunde  
Wien  
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20  
E-Mail: [anita.weichberger@akhwien.at](mailto:anita.weichberger@akhwien.at)

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)