

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

Psychosomatische Betreuung von Patientinnen mit Endometriose

Bitzer J, Tschudin S, Frey B, Alder J

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2008; 2 (2)

(Ausgabe für Österreich), 54-57

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2008; 2 (2)

(Ausgabe für Schweiz), 52-55

**Offizielles Organ der Österreichischen
IVF-Gesellschaft**

**Offizielles Organ der Österreichischen
Menopause-Gesellschaft**

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

www.kup.at/gynaekologie

Member of the



Homepage:

www.kup.at/gynaekologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. h. b. GZ072037636M · Verlagspostamt: 3002 Parkersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz

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



Psychosomatische Betreuung von Patientinnen mit Endometriose

J. Bitzer, S. Tschudin, B. Frey, J. Alder

Kurzfassung: Endometriose ist eine Erkrankung, die Frauen über die ganze reproduktive Phase ihres Lebens hinweg begleiten kann. Zu verschiedenen Zeiten brauchen die Patientinnen eine ganzheitliche Hilfe, die auf einem biopsychosozialen Verständnis dieser Krankheit gründet. Die wichtigen Merkmale der Erkrankung aus Sicht der Patientin sind: späte, oft verzögerte Diagnostik einer chronischen Erkrankung ohne klare Ursache, junges Alter der Betroffenen, chronische Schmerzen und Infertilität. Diese Merkmale erfordern eine integrierte psychosomatische Basisversorgung, die sich aus drei Elementen zusammensetzt: stabile und vertrauensvolle Arzt-Patientin-Beziehung im Kontext eines multidisziplinären Teams, Psychoedukation und Empowerment der Patientin,

Support und Entspannungsverfahren. Darauf aufbauend können bei schwerer Ausprägung der genannten Symptome spezialisierte psychosomatische Interventionen zum Einsatz kommen: spezialisierte Integrative Schmerztherapie, psychosomatische Betreuung von Kinderwunschpaaren, Sexualberatung und Therapie, Therapie psychischer Komorbidität.

Abstract: Psychosomatic Care for Patients with Endometriosis. Endometriosis is a disease, which may accompany the whole reproductive life span of the woman affected. At different times patients need comprehensive care, which is based on a biopsychosocial understanding of this disease. The most impor-

tant characteristics of the disease from the patient's point of view are: delayed diagnosis of a chronic disorder of which the cause is not clear, onset at young age, chronic pain, infertility. Patients therefore need an integrated basic psychosomatic care, which is composed of three elements: stable physician-patient relationship in the context of a multidisciplinary team, psychoeducation and empowerment, support and relaxation training. Based on this care more specialized psychosomatic interventions may be necessary according to the individual clinical situation and needs: specialized integrative pain management, psychosomatic care for infertile couples, sexual counselling and therapy, therapy of mental health comorbidity. **J Gynäkol Endokrinol 2008; 18 (2): 54–57.**

■ Einleitung

Die Endometriose ist eine histologisch zu sichernde, morphologische und funktionelle Erkrankung, die für die biomedizinische Forschung und Praxis große Herausforderungen bereithält:

- a) Die Ätiologie und Pathogenese sind nicht vollständig geklärt.
- b) Die diagnostischen Kriterien unterliegen einem laufenden Differenzierungsprozess.
- c) Zahlreiche therapeutische Optionen konkurrieren miteinander, und es kommen immer neue Therapiekonzepte hinzu [1]. Dies alles führt dazu, dass die Diagnostik und Therapie der Endometriose immer mehr zu einem multidisziplinären Projekt wird, dessen komplexe Einzelelemente voll die Aufmerksamkeit der behandelnden Ärzte in Anspruch nehmen, was zur Folge hat, dass die Patientin selbst in Gefahr ist, „außer Sicht“ zu geraten.

Die Aufgabe der psychosomatisch orientierten Gynäkologie ist es, die Patientin als Person ins Blickfeld zu rücken, um die aus dieser Perspektive sich ergebenden Konsequenzen und Forderungen für die Betreuung dieser Patientinnen darzustellen.

Im Folgenden sollen deshalb **die konstituierenden Elemente der Erkrankung aus der Sicht der Patientin** dargestellt werden, um daraus praktische Konsequenzen für die psychosomatische Basisversorgung und eventuell weiterreichende spezialisierte Behandlungen abzuleiten.

■ Eine schwierige und oft verspätet gestellte Diagnose

Studien haben gezeigt, dass die mittlere Zeitspanne zwischen Beginn der Symptomatik und Stellen der Diagnose etwa 5

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Johannes Bitzer, Abteilungsleiter Gyn. Sozialmedizin und Psychosomatik, Frauenklinik, Universitätsspital Basel, CH-4031 Basel, Spitalstraße 21, E-Mail: jbitzer@uhbs.ch

Jahre dauert [2]. Dies bedeutet für viele Patientinnen, dass sie lange im Unklaren gelebt haben darüber, woher ihre Beschwerden kommen, und dass sie häufig die Erfahrung machen mussten, dass die behandelnden Ärzte keinen medizinischen Namen für ihr Leiden hatten. Die Folge davon ist, dass Patientinnen sich oft von ihren Ärzten allein gelassen und nicht ernst genommen fühlen. Sie empfinden die Namenlosigkeit ihrer Symptome als Barriere zwischen sich und dem Arzt oder den Ärzten, und sie reagieren sehr empfindlich auf den dann immer wieder gemachten Vorschlag einer psychiatrischen Abklärung. Dieser durchaus sinnvolle Vorschlag zum falschen Zeitpunkt und im falschen Kontext lässt in den Patientinnen schon früh ein Misstrauen gegenüber einer so empfundenen „Psychiatisierung“ entstehen und endet dann oft in einem Teufelskreis von Missverständnissen und Projektionen zwischen Ärzten und Patientinnen: Die Ärzte werden von den Patientinnen als inkompetent und abweisend erlebt und die Ärzte erleben die Patientinnen als schwierig und psychisch auffällig.

Aus psychosomatischer Sicht erscheinen deshalb folgende „Basisinterventionen“ wichtig:

- Den Patientinnen gut zuhören.
- Den Patientinnen respektvoll begegnen, das heißt sie als Experten für ihr Befinden anerkennen.
- Negative Emotionen (Enttäuschung, Vorwurf, Wut, Verzweiflung) annehmen und durch Ansprechen und Verbalsieren das Verstehen signalisieren.
- Von Beginn aktiv an der Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung arbeiten.

■ Endometriose – eine Krankheit ohne klare Ursache [3]

Aus der Stressforschung wissen wir, dass Veränderungen dann als besonders belastend erlebt werden, wenn sie unerwartet auftreten und ihre Ursachen unklar sind. Dies gilt besonders auch für Erkrankungen, bei denen keine eindeutige Ursache

bekannt ist. Das bedeutet immer auch Kontrollverlust, weil die Betroffene ohne Ursachenverständnis nichts gegen die Erkrankung oder das Wiederauftreten derselben machen kann. All das führt zu erhöhter Angst und Anspannung: „Handelt es sich bei dem Unbekannten vielleicht um etwas viel Bedrohlicheres als die Ärzte sagen? Ist es Krebs? Hat es etwas mit mir zu tun? Habe ich mich angesteckt?“ etc. Eine wichtige Folge dieser Unklarheit der Erkrankung besteht darin, dass die Patientinnen ihr Leiden oft nicht mitteilen können. Wie soll man einer Freundin eine so komplexe Krankheit schildern? Schon der Name ist relativ schwierig und lateinisch. Es ist nicht eine Unterleibsentzündung oder eine Bauchhöhlenschwangerschaft, nicht etwas, das andere junge Frauen kennen. Das bedeutet dann eventuell Rückzug aus dem Gespräch und Isolation.

Eine psychosomatische Basisbetreuung dieser Patientinnen erfordert deshalb folgende Interventionen:

- Den Patientinnen regelmäßig und wiederholt einfache und verständliche Informationen über die Erkrankung geben.
- Zu Rückfragen ermuntern.
- Rückmeldungen geben.
- Zweifel aktiv ansprechen.
- Partner (eventuell) und Familienmitglieder mit einbeziehen.

■ Die Endometriose ist eine chronisch rezidivierende Erkrankung [4]

Die Hoffnung der Patientinnen auf Heilung wird immer wieder enttäuscht und frustriert. Sie müssen bei dieser chronischen Erkrankung sehr viel Mut aufbringen und täglich für ihre Lebensqualität kämpfen. Dies bedeutet auch häufige Arztbesuche und eine große Abhängigkeit vom medizinischen System. Damit einher gehen Belastungen für die berufliche Tätigkeit und den Alltag in der Familie. Die betroffenen Frauen werden häufig aus ihren Lebenszusammenhängen herausgerissen und sind in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt, was zu Beeinträchtigungen der beruflichen Karriere führen kann. Dies alles prädisponiert diese Patientinnen zu depressiven Verstimmungen und eventuell zur Entwicklung einer depressiven Erkrankung.

Aus psychosomatischer Sicht brauchen diese Patientinnen:

- Stabile und flexible Betreuungsangebote, die den Alltagsanforderungen der Patientinnen gerecht werden
- Stabile und hilfreiche Arzt-Patientinnen-Beziehung
- Frühe Entdeckung von depressiven Entwicklungen

■ Die Endometriose ist eine Erkrankung der jungen Frau

Junge Frauen sind im gesellschaftlichen Verständnis gesund, stark und schön. Sie sind gewissermaßen am Beginn des Lebens und haben viele Zukunftserwartungen und Hoffnungen. Endometriosepatientinnen sind oft leidend, eingeschränkt und passen nicht in dieses Bild. Dies führt zu einer Beeinträchtigung des Selbstbildes und des Selbstvertrauens und kann zum sozialen Rückzug führen oder dazu, dass die Patientinnen von anderen als schwierig erlebt werden und wenig Interesse besteht, mit ihnen zusammen zu sein. Die Patientinnen selbst entwickeln dann eventuell Gefühle der Eifersucht und des Neides, was in einen negativen Teufelskreis sozialer Interaktion hineinführt.

tinnen selbst entwickeln dann eventuell Gefühle der Eifersucht und des Neides, was in einen negativen Teufelskreis sozialer Interaktion hineinführt.

Daraus ergibt sich für eine psychosomatisch orientierte Betreuung:

- Aktives Ansprechen der möglichen emotionalen Reaktionen
- Hilfe beim Umgang mit negativen Gefühlen
- Angebot von Selbsthilfegruppen
- Eventuell systemische Interventionen

■ Die chronischen Unterbauchschmerzen

[5, 6]

Ein Kardinalsymptom der Endometriose sind die chronischen Unterbauchschmerzen. Chronische Schmerzen führen sehr oft in einen Teufelskreis aus Schmerz, ängstlicher Erwartung, vermehrter Anspannung, Zunahme der Schmerzen, noch mehr Angst und Anspannung und noch mehr Schmerzen. Der Körper wird zu einer ständigen Last und ist nur selten eine Quelle der Lust und der Freude. Dies kann zu Beeinträchtigungen des Körperbildes, also der inneren Repräsentanz des Körpers, führen. Alle diese Veränderungen gehen nicht selten mit Beeinträchtigungen der Sexualität wie Dyspareunie, Abnahme der Libido, Erregungsstörungen und sexuellem Vermeidungsverhalten einher.

Diese besonderen Merkmale chronischer Schmerzen müssen in die Basisbetreuung der Patientinnen integriert werden:

- Angebot einer stabilen Arzt-Patientin-Beziehung im Kontext einer integrierten und effizienten Schmerztherapie, welche neben den Medikamenten psychotherapeutische und soziale Interventionen beinhaltet (siehe weiter unten)
- Aktives Ansprechen der Körperbildveränderungen und der psychosozialen Folgen der chronischen Schmerzen

■ Die ungewollte Kinderlosigkeit

Ein weiteres Kardinalsymptom der Erkrankung ist die ungewollte Kinderlosigkeit, die viele Endometriosepatientinnen betrifft [7]. Sie durchleben eine Infertilitätskrise mit negativen Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und die Geschlechtsidentität. Diese Belastungen können zu emotionalen und psychosomatischen Symptomen wie Depression, Angststörung und somatoformen Störungen führen. Ein Lebensentwurf wird eventuell infrage gestellt und zu den vorgenannten Belastungen durch Schmerzen, soziale Isolation und medizinische Abhängigkeit treten die Fragen nach dem Sinn und der Zukunft des Lebens.

Auch folgende Aspekte sollten früh in die psychosomatisch orientierte Betreuung integriert werden:

- Einfühlsame Begleitung und Betreuung in der Infertilitätskrise
- Angebot einer stabilen Arzt-Patientin-Beziehung im Kontext einer multidisziplinären Kinderwunschbehandlung (siehe weiter unten)

■ Die Elemente der psychosomatischen Basisbetreuung von Endometriosepatientinnen

Wenn man die oben genannten besonderen Merkmale der Erkrankung und die aus psychosomatischer Sicht notwendige Hilfe betrachtet, so ergeben sich 3 grundlegende Elemente der psychosomatischen Basisversorgung von Endometriosepatientinnen:

1. Eine stabile, vertrauensvolle und hilfreiche Arzt-Patientin-Beziehung im Zentrum einer multidisziplinären Betreuung: Damit ist eine Beziehung gemeint, in der die Emotionen der Patientin Raum und Verständnis finden, sie als individuelle Person ernst und angenommen wird und Unterstützung bei der Bewältigung und dem Umgang mit der Erkrankung findet.
2. Psychoedukation und Empowerment der Patientin: Regelmäßige, wiederholte und verständliche Information über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten sind ein wichtiger Baustein der Betreuung. Dazu gehört, dass die Gespräche keine Einbahnstraße sind, sondern die Patientinnen zu Fragen ermutigt werden und gemeinsame Entscheidungen gesucht werden.
3. Entspannungstechniken: Chronische Erkrankungen und Belastungen führen zu einem Dauerzustand sympathischer Überaktivität und über die Zeit hinweg zu einer Erschöpfung und Dysregulation vegetativer Reaktionen. Deshalb sollten Endometriosepatientinnen früh die Möglichkeit bekommen, Entspannungstechniken zu erlernen. Diese reichen von der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson über das autogene Training und Atemübungen hin zu imaginativen Verfahren.

■ Spezielle psychosomatische Interventionen bei Endometriosepatientinnen

Entsprechend den beschriebenen Hauptsymptomen (Schmerzen, ungewollte Kinderlosigkeit, Sexualstörungen, affektive Störung) der Endometriose sollten bei schweren Belastungen spezielle psychosomatische Hilfen angeboten werden.

Spezialisierte Schmerztherapien [8, 9]

Diese Therapien gehen von einem biopsychosozialen Schmerzverständnis aus. Die individuelle Schmerzerfahrung (Intensität, Dauer, Lokalisation) ist das Ergebnis des Zusammenwirkens von biologischen Prozessen, Emotion, Kognition und Verhalten. Auf jeder dieser Ebenen kann versucht werden, therapeutisch auf den Schmerz einzuwirken.

Die biologischen Prozesse umfassen Entzündung, muskuläre Anspannung, Vasokonstriktion und Dilatation, Kompression von Nerven etc. Dagegen können verschiedene Antiphlogistika/Analgetika bis hin zu den Pharmaka gegen neuropathische Schmerzen zum Einsatz kommen. Von besonderer Bedeutung aus psychosomatischer Sicht sind dabei Entspannungsverfahren und selbsthypnotische Techniken. Indem die Patientinnen lernen, Teile ihres Körpers bewusst anzuspannen und dann zu entspannen, können sie die generalisierten Schmerzreaktionen mit dem oben beschriebenen Teufelskreis abmildern und

abschwächen. Imaginative Verfahren helfen, die Patientinnen in eine Trance zu versetzen, welche der sympathischen Überaktivierung entgegenwirkt.

Auf der emotional-affektiven Ebene sind die chronischen Schmerzen durch Erwartungsangst, Frustration, Ärger und Hilflosigkeit gekennzeichnet. Die affektive Entlastung durch Mitteilung an den Therapeuten und das Bewusstmachen dieser negativen Affekte helfen den Patientinnen, diese Begleitreaktionen zu mindern und abzubauen.

Patientinnen mit chronischen Schmerzen entwickeln oft Denkmuster (Kognitionen), die man als katastrophisierend bezeichnet. Damit ist gemeint, dass die Schmerzen sofort Gedanken auslösen im Sinne von: „Das wird nie aufhören“, „Ich bin hilflos“, „Es wird immer schlimmer“, „Immer ich bin betroffen“, „Niemand kümmert sich um mich“, „Niemand kann mir helfen“. Diese Gedanken verstärken die negativen Emotionen und die vegetativen Begleitreaktionen. Indem diese Gedankengänge bewusst gemacht werden, können die Patientinnen alternative innere Formeln entwickeln, z. B.: „Ich weiß, dass die Schmerzen kommen und gehen“, „Ich kenne diese Schmerzen, es ist wie es ist“, „Ich kann mir Hilfe holen“, „Ich konzentriere mich auf die guten Momente, die guten Tage“. Diese „kognitive Umschaltung“ kann die oben beschriebenen vegetativen und affektiven Umstellungen begünstigen und mit ihnen zusammenwirken.

Auf der Verhaltensebene können Endometriosepatientinnen lernen, durch Strukturierungen des Tagesablaufes die gesunden Zeiten als Möglichkeit zu nutzen, ihre Ressourcen zu stärken: sportliche Aktivität, Erlernen neuer Fertigkeiten, Wissenserwerb, gestalterische Tätigkeiten etc.

Psychosomatische Betreuung infertiler Paare

[10, 11]

Dies Betreuung umfasst verschiedene Phasen: In der diagnostischen Phase geht es am Anfang darum, den Paaren bei der Bewältigung der Infertilitätskrise zu helfen. Sie sind mit einer potenziell traumatisierenden Erfahrung konfrontiert, nämlich dass ihnen eventuell etwas versagt bleibt, was sich bei „allen anderen“ ohne Probleme erfüllt. Die damit verbundene Notwendigkeit, medizinische Hilfe zu suchen, kann zu einer schweren Kränkung und Verunsicherung führen. Diese Paare brauchen Gesprächspartner, die auf ihre emotionale Krise eingehen können und das jeweils individuelle Leiden verstehen. Jeder unerfüllte Kinderwunsch setzt sich aus sehr unterschiedlichen Elementen zusammen und häufig leiden Frauen und Männer anders, wobei diese Unterschiede verstanden und besprochen werden sollten. Dazu kann es hilfreich sein, den Kinderwunsch im Kontext der familiären Vorgeschichten der beiden Partner zu beleuchten, indem mit einem Familiengenogramm gearbeitet wird. Das Verbalisieren von Gefühlen, die man eventuell vor dem Partner verbergen will, insbesondere die negativen Emotionen, kann zur Entlastung (Katharsis) führen.

Am Ende der diagnostischen Phase müssen Paare wichtige Entscheidungen über den einzuschlagenden Weg machen (Therapie ja oder nein, welche Therapie etc.). Hier zeigen sich

oft erneut Differenzen zwischen den Partnern und manchmal Konflikte zwischen den Paaren und dem Behandlungsteam. Die Grundsätze der gemeinsamen Entscheidungsfindung sollten hier zur Anwendung kommen: Evidenzbasierte umfassende Information über Nutzen und Risiken von Therapieformen durch das Ärzteteam im ersten Schritt. Danach Bewertung der Informationen durch das Paar vor dem Hintergrund seiner Wertvorstellungen, Erwartungen und Einstellungen. Dadurch werden Entscheidungsprozesse transparent und zur Grundlage einer gemeinsam getragenen Therapie.

Während der Behandlungsphase sind die Paare dem Auf und Ab von Hoffnung und Enttäuschung ausgesetzt. Sie brauchen jetzt Hilfe beim Umgang mit dem Stress der Therapie: das Zuhören, das Zeit-Strukturieren, der Einsatz von kognitiven und gestalterischen Techniken, das Aufarbeiten von Erinnerungen, die Besprechung von Sinnfragen, der Rückgriff auf eigene Erfahrungen im Umgang mit Niederlagen sind Elemente der spezifischen psychosozialen Therapie während der Kinderwunschbehandlung.

Der Ausgang der Behandlung ist natürlich unterschiedlich. Die Paare, bei denen der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, bedürfen oft einer besonderen Betreuung und Begleitung. Es geht um den Abschied vom Kinderwunsch, um die notwendige Trauerarbeit und die Entwicklung neuer Lebensperspektiven. In der Trauerberatung können die Paare nochmals die Bedeutung des Kinderwunsches reflektieren und die seelische Verletzung, die aus der Unerfülltheit herrührt, unter dem Schutz des Therapeuten zum Ausdruck bringen. Die verschiedenen möglichen Wege aus der Trauer über den Verlust werden thematisiert: Suche nach Möglichkeiten, die Liebe und Fürsorge, die man dem Kind geben wollte, in einer anderen Form auszudrücken und auszuleben; durch Akzeptanz des Schicksals eine innere Offenheit erzielen, die der Entwicklung neuer Lebensziele Raum lässt; aktiv bisherige Lebensziele intensivieren und erweitern; sich gestalterisch ausdrücken und in dem, was geschaffen wird, sich wiedererkennen und etwas von sich weitergeben.

Sexualberatung für Endometriosepatientinnen [12]

Hier stehen oft zunächst die Schmerzen im Vordergrund, die dann sekundär zu einer Minderung der Libido, der Erregungs- und Orgasmusfähigkeit führen können. Am Anfang der Beratung ist es wichtig, den befriedigenden Teil des Sexuallebens aktiv zu explorieren, also die Frage, was an „guter“ Sexualität für beide vorhanden ist. Die Frage danach erlaubt oft Einsicht in das gegenseitige Schonungs- und Vermeidungsverhalten und ist ein erster Schritt in das gemeinsame Gespräch über sexuelle Bedürfnisse, Wünsche und Ängste. Dabei zeigt sich eventuell, dass die Schmerzen nur ein Teil des Problems sind und die depressive Verstimmung, die negativen Gedanken, die Veränderungen des Körperbildes wichtige andere bedingende Faktoren für die Störung darstellen. Das gemeinsame Gespräch mit dem Partner ist oft eine große Hilfe für die Patientinnen und dient, wenn früh genug angeboten, auch der Prävention von Missverständnissen und sekundären Verschlechterungen.

Betreuung und Behandlung von affektiven Störungen

Endometriosepatientinnen leiden unter ihrer Erkrankung, weshalb depressive Reaktionen zu erwarten und zu einem gewissen Grad normal sind. Nichtsdestoweniger ist es wichtig zu beachten, dass sich bei dieser lang dauernden Erkrankung eine eigenständige Erkrankung Depression oder auch Angststörungen entwickeln können oder diese bereits vorbestehend in präklinischer Form vorhanden waren. Diese Komorbidität muss erkannt werden. Das geschieht bei der Depression durch die strukturierte Anamnese, die bezogen auf einen bestimmten Zeitraum erfasst, wie häufig und intensiv die Gefühle von fehlendem Antrieb, vermindertem Selbstwert, Sinnlosigkeit und Traurigkeit vorhanden sind und eventuell mit Appetitveränderungen und Schlafstörungen einhergehen. Wenn diese Erkrankung vorhanden ist, sollte sie auch fachtherapeutisch (psychopharmakologisch und psychotherapeutisch) behandelt werden.

Literatur:

- Kennedy S, Bergqvist A, Chapron D, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R, Hummelshoj L, Prentice A, Saridogan E; ESHRE Special Interest Group for Endometriosis and Endometrium Guideline Development Group. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod* 2005; 20: 2698–704.
- Husby GK, Haugen RS, Moen MH. Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 649–53.
- Lebovic DI, Mueller MD, Taylor RN. Immunobiology of endometriosis. *Fertil Steril* 2001; 75: 1–10.
- Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, Lesaffre E, Cornillie FJ. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril* 1991; 55: 759–65.
- Vercellini P, Trespidi L, De Giorgi O, Cortesi I, Parazzini F, Crosignani PG. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. *Fertil Steril* 1995; 65: 299–304.
- Chapron C, Fauconnier A, Dubuisson JB, Barakat H, Vieira M, Bréart G. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenorrhoea and extent of disease. *Hum Reprod* 2003; 18: 760–6.
- D'Hooghe TM, Debrock S, Hil JA, Meuleman C. Endometriosis and subfertility: is the relationship resolved? *Semin Reprod Med* 2003; 21: 243–54.
- Egle UT, Derra C, Nix WA, Schwab R. Spezielle Schmerztherapie. Schattauer Verlag, New York, 1999.
- Bitzer J. Il dolore in ostetricia e ginecologia. In: Piccione E (ed). *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2003; 1–7.
- Bitzer J. Psycho-Neuro-Endokrinologie des Stresses: die Bedeutung für die psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2003 (Sonderdruck); 154: 445–52.
- Bitzer J. Counselling in infertility treatment. In: Boivin J, Kertenich H (ed). *ESHRE monographs: guidelines for counselling in infertility*. Oxford University Press, Oxford, 2002; 14–20.
- Bitzer J, Alder J. Sexualmedizin für den Gynäkologen. *Gynäkologie* 2003; 36: 891–6.

Prof. Dr. med. Johannes Bitzer

Geboren 1950 in Taiflingen, Deutschland. 1985 Abschluss der Ausbildung und Anerkennung als Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Universitäts-Frauenklinik Basel (Vorsteher: Prof. H. Ludwig). 1993 Habilitation für gynäkologische und geburtshilfliche Psychosomatik. Seit 1994 Leiter der Abteilung „Gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik“ der Universitäts-Frauenklinik Basel (Vorsteher a. o. Prof. A. C. Almendral, seit 1995 Prof. W. Holzgreve). Seit 1997 Titularprofessur in psychosomatischer Gynäkologie und Geburtshilfe. Seit 1998 Präsident der Internationalen Gesellschaft für Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe ISPOG. Ab 1999 Extraordinariat für Gynäkologie und Geburtshilfe.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

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](#)