

JOURNAL FÜR FERTILITÄT UND REPRODUKTION

BITZER J, ALDER J

*Psychologie und Psychiatrie für den Frauenarzt: Wozu braucht der
Frauenarzt Psychologie und Psychiatrie?*

*Journal für Fertilität und Reproduktion 2001; 11 (2) (Ausgabe
für Schweiz), 34-43*

*Journal für Fertilität und Reproduktion 2001; 11 (2) (Ausgabe
für Österreich), 34-43*

Homepage:

www.kup.at/fertilitaet

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

ZEITSCHRIFT FÜR IN-VITRO-FERTILISIERUNG, ASSISTIERTE REPRODUKTION UND KONTRAZEPTION

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



PSYCHOLOGIE UND PSYCHIATRIE FÜR DEN FRAUENARZT: WOZU BRAUCHT DER FRAUENARZT PSYCHOLOGIE UND PSYCHIATRIE?

Summary:

Psychology and Psychiatry for the gynecologist? Why and what for?

Besides the knowledge about obstetrics and gynecology and operative skills the gynecologist needs specific psychological and psychiatric knowledge and skills. This knowledge and these skills are not yet part of the curriculum in OB/GYN. Teaching is more or less casual, on a voluntary basis and unsystematic. For the everyday work it is important

not to add a psychiatric subspecialty to obstetrics and gynecology, but to respond to the psychosocial questions and problems that arise in the context of gynecologic-obstetrical care. The paper presented tries to give a framework in which this basic psychological and psychiatric competence can be defined and trained in a more systematic way.

ZUSAMMENFASSUNG

Neben dem organmedizinischen Wissen und der Beherrschung operativer Techniken braucht die Gynäkologin/der Gynäkologe besondere psychologische und psychiatrische Kenntnisse und Fertigkeiten. Bislang sind diese Kenntnisse und Fertigkeiten nicht systematischer Bestandteil des Curriculums. Die Vermittlung geschieht partiell, freiwillig und eher unsystematisch. Für die tägliche Arbeit geht es darum, der gynäkologischen Fachausbildung nicht eine zusätzliche psychiatrische Fachausbildung hinzu zu addieren, sondern den aus den gynäkologisch-geburtshilflichen Problemen resultierenden Fragestellungen und Bedürfnissen der Patientinnen gerechter zu werden. Diese Arbeit stellt den Versuch dar, einen Rahmen zu skizzieren, in dem sich diese psychologisch-psychiatrische Basiskompetenz definieren und gegebenenfalls unterrichten lassen könnte.

EINLEITUNG

Anmerkung: Im folgenden Text wird der Begriff „Gynäkologe“, „Frauenarzt“ als Berufsbezeichnung verwendet und schließt damit die „Gynäkologin“, „Frauenärztin“ mit ein.

An Gynäkologen werden zahlreiche psychodiagnostische und psychotherapeutische Anforderungen gestellt:

- Der Umgang mit den Genitalorganen der Frau impliziert Beziehung und Sexualität, beides eminent wichtige Bereiche des seelischen Erlebens.
- Bei der Begleitung der Frauen in verschiedenen Lebensphasen werden Frauenärzte mit typischen psychosozialen Stressoren und den Bewältigungsformen ihrer Patientinnen konfrontiert und müssen lernen, damit umzugehen.
- Es besteht eine enge Wechselwirkung zwischen endokrinem und psychischem System. In der Adoleszenz, während des Menstruationszyklus, im Wochenbett, in der Peri- und Postmenopause treten häufig typische Beschwerden auf, die erkannt werden müssen und auf die therapeutisch reagiert werden muß.
- Ein großer Teil der modernen Frauenheilkunde ist auf Prävention hin ausgerichtet. Prävention aber ist gesundheitsförderndes und gesundheitserhaltendes Verhalten. Dies bedeutet wiederum, daß Frauenheilkunde viel mit Kommunikation, Informationsvermittlung, Gesundheits-erziehung und Verhaltensmedizin zu tun hat [1].

Neben diesen fachspezifischen Merkmalen gilt für Frauenärzte das, was für alle Grundversorger gilt, daß

nämlich die Sprechstunde des „Hausarztes“ häufig die erste Anlaufstelle für psychische Probleme darstellt. Dabei werden seelische Beschwerden entweder direkt in der Sprechstunde erwähnt (Nervosität, Antriebslosigkeit, Angst etc.) oder aber die körperlichen Symptome, über die die Patientin klagt, werden sehr stark durch seelische Faktoren mitbestimmt.

DIE HÄUFIGSTEN PSYCHOSOZIALEN PROBLEMSTELLUNGEN FÜR DEN FRAUENARZT

Aus den Studien der Grundversorger ergeben sich bezüglich der Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen im Patientenkollektiv von Hausärzten Häufigkeitsangaben zwischen 16% und 36% [2–5].

In einer multinationalen WHO-Studie von Ustuen und Sartorius fanden die Untersucher eine Prävalenz psychiatrischer Störungen bei Patienten von Allgemeinärzten von 23,4% [6, 7].

Bezüglich der Diagnosenverteilung innerhalb dieses Kollektivs gibt die Zaragoza-Studie von 1993 [2, 3] interessante Aufschlüsse: Am häufigsten fanden sich Angststörungen (33,8%), gefolgt von depressiven Störungen (23%). Danach folgten gemischte Angst-/Depressionsstörungen (19%), somatoforme Störungen (9,4%), Suchterkrankungen (4,7%), organisch bedingte seelische Erkrankungen (4,7%) und andere Störungen (5,4%).

Für diese Diagnosen gilt, daß Frauen deutlich häufiger Angststörungen, depressive Störungen sowie somatoforme Störungen entwickeln als Männer [8]. Eine geschlechtsspezifische Prävalenz läßt sich auch für Angst- und depressive Störungen bei Patienten und Patientinnen von Allgemeinärzten beobachten [9].

Unsere Erfahrungen im ambulanten Bereich einer Universitätsfrauenklinik

decken sich teilweise mit diesen Zahlen. Es gibt aber einige Besonderheiten, welche die frauenärztliche Grundversorgung von der hausärztlichen Grundversorgung in dieser Hinsicht unterscheidet:

Neben der hohen Prävalenz von Angststörungen und depressiven Erkrankungen mit und ohne körperliche Symptome finden sich in der frauenärztlichen Praxis häufig Anpassungsstörungen (Stressreaktionen), somatoforme Störungen, Sexualstörungen, Suchterkrankungen und Eßstörungen. Seltener sind Zwangsstörungen und selbstschädigendes Verhalten. Eine häufige nicht gestellte Diagnose sind Persönlichkeitsstörungen [10].

Neben diesen psychiatrischen Diagnosegruppen im engeren Sinne wird der Frauenarzt durch seine Patientinnen mit einer vielfältigen „psychosozialen Morbidität“ konfrontiert. Dazu gehören Konflikte und Belastungen in Partnerschaft und Familie, Vernachlässigung und mangelnde Unterstützung von seiten der Partner, Ausbeutung und Gewalt, ungewollte Schwangerschaften, Compliance-schwierigkeiten, mangelhafte Gesundheitsvorsorge etc.

Angesichts all dieser empirisch nachgewiesenen Problemstellungen, die in der gynäkologischen Konsultation zur Sprache kommen, braucht der Gynäkologe eine umfangreiche psychosoziale Kompetenz, die auf Wissen und Fertigkeiten im diagnostischen und therapeutischen Bereich beruht [11].

Bislang ist dieses Wissen und sind diese Fertigkeiten nicht Bestandteil des Curriculums und sie werden freiwillig und eher unsystematisch erworben. In der Praxis geht es darum, der gynäkologischen Facharztausbildung nicht eine psychiatrische Fachausbildung hinzu zu addieren, sondern vielmehr den aus den gynäkologisch-geburtshilflichen Problemen resultierenden Fragestellungen und

Bedürfnissen der Patientinnen gerechter zu werden. Diese Arbeit stellt den Versuch dar, einen Rahmen zu skizzieren, in dem sich diese psychologisch-psychiatrische Basiskompetenz definieren und gegebenenfalls unterrichten lassen könnte.

Welche psychodiagnostischen Fertigkeiten und Kenntnisse braucht der Frauenarzt?

FERTIGKEITEN

Die notwendigen Fertigkeiten beziehen sich auf die Fähigkeit, psychosoziale Befunde durch Beobachtung und Gespräch zu erheben. Diese Technik der diagnostischen Gesprächsführung muß erlernt werden [1].

Dazu gehören folgende Schritte:

Zunächst das **aktive Zuhören**, bei dem die Patientin Zeit und Raum findet, ihre Geschichte darzulegen. Dazu gehören offene Fragen, das Eingehen auf Emotionen, das Widerspiegeln, Rückfragen und Zusammenfassen. Der Arzt gewinnt dabei Informationen auf 3 Ebenen:

a) Er sammelt Informationen durch Fragen. Diese Fragen beziehen sich inhaltlich auf zwei Bereiche. Einmal auf den Bereich der äußeren Lebenssituation mit Belastungen und Ressourcen (Beruf, Partnerschaft, Familie), zum anderen Fragen über innere Befindlichkeit wie Gedanken, Gefühle, Motive und Verhaltensmuster der Patientin.

b) Gleichzeitig gewinnt er Informationen durch die direkte Beobachtung. Welche Gefühle drückt die Patientin aus? Wie wirkt sie? Wie verhält sie sich im direkten Kontakt, während des Gesprächs?

c) Schließlich kann sich der Arzt seine eigenen Empfindungen und Reaktionen bewußt machen. Welche Gefühle löst die Patientin bei mir aus?

Wie wirkt sie auf mich? Wie gestaltet die Patientin die Beziehung? Verhält sie sich fordernd, bittend, hilfesuchend, abhängig, partnerschaftlich, mißtrauisch, aggressiv etc.?

Im nächsten Schritt versucht der Arzt seine **Informationen zu ordnen und zu einer diagnostischen Hypothese zusammenzufassen**.

- Welches Gesamtbild der Probleme ergibt sich und welche Faktoren spielen bei der Entstehung und Fortdauer dieser Probleme eine wichtige Rolle?
- Worin sieht die Patientin selbst die Ursachen ihrer Probleme?
- Wie kann ich als Arzt meine diagnostischen Eindrücke bestätigen, sichern oder widerlegen?

In dieser Phase geht es darum, die körperlichen und psychischen Beschwerden den wichtigsten diagnostischen Kategorien zuzuordnen, d. h. die gewonnenen Informationen mit dem Wissen um körperliche und psychische Störungen zu verbinden. Dazu gehören auch eventuell gezielte Untersuchungen, die der Überprüfung einer anamnestischen Hypothese dienen.

Im dritten Schritt formuliert der Arzt zunächst für sich **eine vorläufige Diagnose**. Diese teilt er der Patientin auf eine Art und Weise mit, die von ihr kognitiv verstanden und emotional verarbeitet werden kann. Er ermutigt zu Rückfragen, fragt selbst nach und ermuntert die Patientin erneut, ihre eigenen Vorstellungen einzubringen. Das Ziel ist die **Erarbeitung eines gemeinsamen Problemverständnisses bzw. Diagnoseverständnisses**.

Mit Hilfe dieser Gesprächsführung gelingt es, die wichtigsten psychischen und psychosozialen Störungen in der gynäkologischen Sprechstunde zu erkennen und diese anhand des Wissens über diagnostische Gruppierungen einzuteilen.

WISSEN UND KENNNTNISSE

Das notwendige Wissen über psychische und psychiatrische Störungen umfaßt Kenntnisse über das Vorkommen, die diagnostischen Merkmale und Erscheinungsformen folgender Krankheitsbilder:

a) Angststörungen

Vorkommen in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Patientinnen mit Angststörungen begegnen dem Geburtshelfer im Rahmen der Schwangerenvorsorge, in der Schwangerschaftskonfliktberatung und im Wochenbett [10, 11]. In der Gynäkologie finden sich häufig bei vielfältigen körperlichen Symptomen ohne eigentlichen Organbefund sowie im Rahmen von diagnostischen Abklärungen bei unklaren Befunden insbesondere in der Brust die Symptomatik bedingende oder begleitende Angststörungen. Ebenso werden diese Störungen relativ häufig bei gynäkologisch-onkologischen Patientinnen beobachtet [10–12].

Grundlagen für den Frauenarzt

Angst gehört zum emotionalen Erleben eines jeden Menschen, ist also normal. Von Angststörung oder pathologischer Angst sprechen wir, wenn Angst in ihrer Intensität und Dauer nicht mehr als Antwort auf eine reale Bedrohung oder Belastung vom Patienten selbst und/oder seiner Umwelt verstanden werden kann. Die Patientin berichtet dann, daß sie sich selbst als ängstlicher erlebt als die anderen, daß sie unter den körperlichen Reaktionen der Angst und den begleitenden und angsterzeugenden Gedanken leidet und in ihrer Funktionsfähigkeit eingeschränkt ist [13, 14].

Häufig aber wird der Angstaffekt nicht direkt von der Patientin wahrgenommen, sondern sie bemerkt ausschließlich die körperlichen Reaktionen der Angst: Herzjagen, Engegefühl, Druckgefühl, Spannungs-

schmerz im Kopf, Bauchschmerzen, Druck auf die Blase, Atemnot etc. Die Ursachen der pathologischen Angst können unterschiedlich sein: organische Ursachen, medikamentöse Ursachen, psychosoziale Ursachen, die aus unbewußten, unerträglichen Konflikten oder aus spezifischen Lernerfahrungen herrühren und bei der Patientin zu einem Denk-, Fühl- und Verhaltensmuster geführt haben, das Angst gewissermaßen zur Grundbefindlichkeit macht.

Diagnostik für den Gynäkologen

Es lassen sich typische Verhaltensweisen wahrnehmen und unterscheiden.

- Einmal die angespannt, ängstlich und nervös wirkende Patientin, die in der Arzt-Patientin-Beziehung zwischen Anklammern und Mißtrauen hin- und herschwankt. Sie erzählt gerne und viel und berichtet über ihre Ängste und Sorgen besonders im Hinblick auf ihren Körper und dessen Gesundheit oder Krankheit, dies besonders auch im Rahmen der Schwangerenvorsorge oder der Krebsvorsorge.
- Dann die eher scheu und zurückhaltend wirkende Patientin, die häufig Angst bei sich gar nicht bewußt wahrnimmt, sondern bei der indirekte Angstsymptome im körperlichen Bereich im Vordergrund stehen. Diese Situation findet sich im Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden, für die kein organische Ursache gefunden werden kann, wie z. B. bei bestimmten Formen der Mastodynie, des Unterbauchschmerzes etc.

Die Gesprächstechniken beruhen auf der Aufforderung zur Selbstbeobachtung und fokussieren auf den Selbstbericht, das Narrativ der Patientin. Wie ängstlich erleben Sie sich selbst? Wie ängstlich erleben Sie sich selbst im Vergleich zu anderen? Wie macht sich die Angst bei Ihnen bemerkbar?

Durch vertieftes Fragen können diagnostische Differenzierungen durch-

geführt werden [15]: Leiden Sie unter Angstanfällen, die plötzlich entstehen (Panikstörung F 41.0) oder die im Zusammenhang mit geschlossenen Räumen, Menschenansammlung etc. auftreten (Panikstörung mit Agoraphobie F 40.0)? Bezieht sich die Angst auf spezifische Situationen oder meiden Sie aus Angst bewußt bestimmte Alltagssituationen (spezifische und soziale Phobien F40.1, F40.2)? Hängt die Angst mit einer erlebten traumatischen Situation zusammen (Posttraumatische Belastungsstörung F 43.1 siehe weiter unten)? Wird die Angst durch akute oder auch schon vergangene Belastungen ausgelöst (Anpassungsstörung F 43.2)? Leiden Sie manchmal unter Kontrollzwängen oder unter immer wiederkehrenden belastenden Gedanken, die Sie nicht kontrollieren können und die manchmal mit kleinen Ritualen einhergehen (Zwangsstörungen F 42.8)?

Die spontane Erzählung der Patientin und die Befragung lassen ein Gesamtbild entstehen, das eine entsprechende diagnostische Zuordnung erlaubt. Über diese Diagnose kann dann mit der Patientin gesprochen werden. Es kann ihr gezeigt werden, daß viele Menschen unter solchen Problemen leiden und daß dieses Leiden einen medizinischen Namen hat und diese Erkenntnis zum Ausgangspunkt für Problemlösungen (siehe weiter unten) gemacht werden kann.

b) Die Anpassungsstörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen

Vorkommen in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Diese Störungen sind den Angststörungen verwandt und werden in der gynäkologischen Sprechstunde im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen sowie wichtigen Lebensereignissen und Lebensveränderungen häufig angetroffen. Eine körperliche Krankheit sowie ein wichtiges Lebensereignis (life event) können als Stressoren verstanden werden, auf die die Patientin mehr oder weniger

gut adaptieren kann, das heißt diese bewältigen kann. Bei einem Ungleichgewicht zwischen Stressoren und Bewältigungsmöglichkeiten (Ressourcen) entstehen die körperlichen und seelischen Symptome einer Anpassungsstörung (siehe weiter unten).

In der Geburtshilfe werden diese Störungen vor allem nach Fehlgeburten, intrauterinem Fruchttod, glücklosen Schwangerschaften beobachtet. In der Reproduktionsmedizin und Endokrinologie finden wir diese Krankheitsbilder bei erfolglosen Langzeitbehandlungen bei unerfülltem Kinderwunsch und nicht selten in der Menopausensprechstunde. In der operativen Gynäkologie und Onkologie treten diese Störungen direkt im Zusammenhang mit den jeweiligen medizinischen Interventionen auf, oder sie folgen diesen nach einem zeitlichen Intervall [10, 11]. Bei jeder chronischen Krankheit ist eine psychische Bewältigung der langfristigen Krankheitskonsequenzen aufgrund der Progredienz oder Irreversibilität erforderlich [16].

Grundlagen für den Gynäkologen

Stress ist ein Allerweltsbegriff geworden, der voll in die Alltagssprache integriert ist: Wir alle stehen unter Stress. Der krankmachende Stress ist das Resultat eines Ungleichgewichtes zwischen einer Belastung und den Bewältigungsmöglichkeiten der Person, die mit dieser Belastung konfrontiert ist. Dieses Ungleichgewicht kann zu zahlreichen körperlichen und seelischen Beschwerden führen, die von der Patientin selbst im Zusammenhang mit der sie überfordernden Belastung gesehen werden: Die körperlichen Symptome umfassen Kreuzschmerzen, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Müdigkeit, Schwitzen, Herzjagen [13, 14]. Die seelischen Symptome können stark variieren von fast fehlend bis hin zu Angstgefühlen und depressiven Verstimmungen.

Wir fassen diese Beschwerden, wenn sie im Zusammenhang mit einem auslösenden Ereignis stehen, dann unter

dem Oberbegriff der Anpassungsstörung zusammen.

Diagnostik für den Gynäkologen

Im Zentrum dieser diagnostischen Gruppe steht der subjektive erlebte Zusammenhang zwischen Stressor, mangelnder Bewältigung und körperlich-seelischen Stressreaktionen. Die Patientin selbst berichtet über diesen Zusammenhang entweder von sich aus oder nach entsprechenden Fragen: Stehen Sie zur Zeit unter starken Belastungen oder sind in letzter Zeit Sie stark belastende Ereignisse eingetreten? Sie haben vor kurzem eine Fehlgeburt durchgemacht. Wie sehr hat Sie das belastet und wie sehr belastet Sie das im Moment noch? Welche Gefühle und Reaktionen nehmen Sie bei sich wahr? Wie versuchen Sie sich zu helfen? Wer oder was hilft?

Die Stressreaktionen umfassen vegetative körperliche Veränderungen, gemischte Angst und depressive Gefühle, Erschöpfung, Schlafstörungen, Nervosität, Kopfschmerzen etc. [15].

Wenn im Gespräch eine traumatisierende Belastung eruiert wird, in der die Patientin mit dem Tod oder schwerer Verletzung konfrontiert war und eine starke Reaktion auf diese besteht, sprechen wir von einer akuten Belastungsreaktion (F 43.0); wenn sogenannte Flash backs auftreten, also Bilder des Traumas ungewollt immer wieder auftauchen, eventuell zusätzlich eine teilweise Amnesie zu beobachten ist, dazu eine erhöhte Erregbarkeit und eine ausgeprägte Vermeidung von bestimmten Situationen oder Orten, und wenn diese Reaktionen länger als einen Monat andauern, dann spricht man von einer posttraumatischen Belastungsstörung (F 43.1).

c) Die Depressiven Erkrankungen

Vorkommen in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Depressive Störungen finden sich häufig in der Vorsorgesprechstunde, in der Menopausensprechstunde,

nach Verlusterfahrungen in der Geburtshilfe oder onkologischen Gynäkologie. Besondere Formen in der Gynäkologie sind einmal die zyklisch auftretenden depressiven Störungen (prämenstruelles dysphorisches Syndrom) sowie die postpartale Depression. Diese Form der nachgeburtlichen Krise entwickelt sich 2 bis 4 Wochen postpartal und dauert ca. 2–6 Monate an. Die Depression ist mittelschwer bis schwer ausgeprägt und tritt bei ca. 10% der gebärenden Frauen auf [17]. Neben den schon erwähnten Symptomen sind häufig zwiespältige Gefühle oder Desinteresse dem Kind gegenüber zu beobachten, was wiederum zu einer Verstärkung der Schuldgefühle führen kann.

Grundlagen für den Gynäkologen

Auch das Gefühl der Traurigkeit ist zunächst einmal ein Teil der Lebenserfahrung allgemein. Wir sind traurig und niedergeschlagen als Reaktion auf Verluste, Niederlagen oder auch Langeweile und mangelnde Stimulation von außen. Depressive Störungen sind Veränderungen der Grundstimmung, die langdauernd, ohne direkten äußeren Anlaß von der Patientin als nicht verstehbar und kontrollierbar erlebt werden. Auch wenn oft kein direkter Auslöser identifiziert werden kann, ist in vielen Untersuchungen doch eine höhere Anzahl kritischer, stressreicher Lebensereignisse bei Personen, die an einer Depression erkranken, beobachtet worden (besonders im Bereich der Sozialbeziehungen) [13].

Diagnostik für den Gynäkologen

Auch hier gibt es wieder mehrere Typen von Patientinnen. Einmal die klagende Patientin, die ihre Beschwerden verbalisiert und von sich aus die gedrückte Stimmung, die Hoffnungslosigkeit, die Antriebshemmung und die nachlassende Leistungsfähigkeit anspricht.

Dann die Patientin, die durch ihre Körpersprache den depressiven

Affekt ausdrückt. Die Körperhaltung dieser Patientinnen ist oft typisch. Sie gehen gebeugt, die Schultern eingefallen, der Gesichtsausdruck traurig bis hin zu einer mimischen Starre: Das „versteinerte nichts mehr fühlen können.“

Schließlich die Gruppe der Patientinnen, die vor allem Körpersymptome angibt: Appetitlosigkeit mit Gewichtsverlust, Obstipation, Schlafstörungen, verschiedene Schmerzsymptome, vegetative Störungen, Vitalstörungen. Bei diesen Patientinnen ist die Depression vordergründig gering ausgeprägt (früher auch unter dem Begriff larvierte Depression bekannt).

Die Diagnostik geschieht wiederum durch gezieltes Fragen [15]: Fühlen Sie sich häufig traurig, deprimiert und antriebslos? Haben Sie das Interesse und die Freude an Aktivitäten verloren, die Ihnen früher Spaß gemacht haben? Fühlen Sie sich erschöpft, so daß Sie Ihren alltäglichen Aufgaben nicht mehr gewachsen sind? Fühlen Sie sich häufig minderwertig und wertlos oder leiden Sie unter starken, unangebrachten Schuldgefühlen? Leiden Sie unter Schlafstörungen?

Die Leitsymptome sind depressive Verstimmung, Hemmung von Antrieb und Denken, Veränderungen im Gewicht, Schlafstörungen, Wertlosigkeitsgefühle und Konzentrationschwierigkeiten. Die veränderte Grundstimmung kann von einer Vielzahl anderer Symptome begleitet sein, wie Angst, Heißhunger auf Süßes u. a. [13, 14].

Je nach Anzahl, Intensität und Dauer dieser Symptome lassen sich dann wiederum durch gezieltes Fragen diagnostische Untergruppen differenzieren: Umfaßt die depressive Störung mindestens 4 verschiedene Symptome und dauert sie länger als zwei Wochen an (Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome F32.2; rezidivierende schwere depressive Störung F33.2)? Bestand die depres-

sive Verstimmung die meiste Zeit über während der vergangenen zwei Jahre, wobei die Symptome niemals oder selten so ausgeprägt sind, daß sie die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Erkrankung erfüllen (Dysthymie F. 34.1)? Ist die depressive Verstimmung zyklisch, d. h. tritt die depressive Stimmung speziell in der Woche vor der Menstruation auf (Premenstrual Dysphoric Disorder PMDD; s. Forschungskriterien DSM IV)? Besteht ein Wechsel zwischen depressiven Phasen und Phasen der Hochstimmung, des vermehrten Antriebes und der vermehrten Aktivität (Bipolare affektive Störung F31)?

Für den Frauenarzt ist dabei wichtig, die schwere Depression von leichteren Formen wie der sogenannten Dysthymie zu unterscheiden. Dies ist besonders wichtig im Hinblick auf die Behandlung (siehe weiter unten). Im Vordergrund steht dabei das ausgeprägte Suizidrisiko bei schwerer Depression: 15% der Patienten mit schweren depressiven Störungen begehen Suizid.

d) Die somatoformen Störungen

Vorkommen in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Typische Beschwerdebilder sind die chronischen Unterbauchschmerzen ohne Organbefund [18], die Vulvodynie, die Reizblase bzw. die idiopathische Urgeinkotinenz, das sekundäre Amenorrhoesyndrom, die Hyperemesis, multiple körperliche Beschwerden im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder im Kontext des Menstruationszyklus [10].

Grundlagen für den Gynäkologen

Gemeinsam ist diesen Beschwerdebildern, daß den körperlichen Beschwerden und Symptomen keine eindeutigen organischen Ursachen im Sinne einer objektivierbaren strukturellen Erkrankung zugeordnet werden können. Der Begriff somatoforme Störung soll dabei ausdrücken, daß Symptome die Form einer kör-

perlichen Erkrankungen annehmen, ohne daß die entsprechenden organischen Veränderungen gefunden werden können.

Typisch für diese Patientinnen ist die lange Vorgeschichte mit zahlreichen Abklärungen und Untersuchungen, der häufige Arztwechsel und die vielen erfolglosen Therapieversuche. Diese Patientinnen sind von der körperlichen Verursachung ihrer Beschwerden überzeugt und wehren typischerweise die Vorstellung einer psychosozialen Mitverursachung ihrer Beschwerden ab.

Diagnostik für den Gynäkologen

Am Anfang steht die sorgfältige, gleichzeitige organische und psychosoziale Exploration. Die Patientin sollte von Beginn an verstehen, daß der Gynäkologe im Hinblick auf die Ursachen der körperlichen Beschwerden nicht einem Entweder-Oder-Schema folgt, sondern daß ein gleichwertige Berücksichtigung sowohl körperlicher als auch psychischer Faktoren bei der Entstehung der Beschwerden ärztlicher Sorgfalt entspricht. Insbesondere müssen die Sorgen der Patientinnen ernst genommen werden, daß eine schwere körperliche Erkrankung den Symptomen zugrunde liegt. Nur wenn es gelingt, langsam und behutsam das Konzept der Patientin mit dem Konzept des Arztes in Übereinstimmung zu bringen, kann die Patientin in einen Lernprozeß eintreten, der es ihr erlaubt, die Zusammenhänge zwischen emotionalem Erleben und körperlichen Veränderungen wahrzunehmen und gegebenenfalls neue Verhaltensweisen zu erlernen.

Durch differenzierende Fragen lassen sich auch hier diagnostische Untergruppen erkennen [15]: Leidet die Patientin unter zahlreichen Symptomen an verschiedenen Organsystemen, denen kein Organdefekt zugeordnet werden kann (Somatisierungsstörung F45.0)? Handelt es sich um ein neurologisches Symptom, das sich nicht

erklären läßt (Konversionsstörung F44.9)? Ist das Hauptsymptom der Schmerz (Schmerzstörung, welche im Zusammenhang mit sowohl psychologischen als auch einer Kombination von psychologischen und medizinischen Faktoren stehen kann F45.4)? Leidet die Patientin unter einer übertriebenen und durch gegenteilige Untersuchungsergebnisse nicht zu beseitigenden Angst und Sorge, eine gefährliche Krankheit oder eine äußerliche Verunstaltung zu haben (Hypochondrie, Dysmorphobie F45.2)? Leidet die Patientin vor allem unter einem Symptom wie zum Beispiel einer Dranginkontinenz oder einem Pruritus bzw. einem Fluor jeweils ohne Organbefund (Somatoforme autonome Funktionsstörung des urogenitalen Systems F 45.34)? Fügt sich die Patientin selbst Verletzungen zu, um als Kranke angesehen und behandelt zu werden (Artifizielle Störung F68.1)?

e) *Die Sexualstörungen*

Vorkommen in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Sexuelle Schwierigkeiten und Probleme werden bei der Kontrazeptionsberatung, bei der Vorsorgeuntersuchung, in der Menopausensprechstunde, im Wochenbett und nach gynäkologischen Eingriffen häufig geäußert [1, 10, 11].

Grundlagen für den Gynäkologen

Schwierigkeiten in der Sexualität und in intimen Beziehungen sind sehr häufig und gehören ebenfalls bis zu einem gewissen Grad zum Menschsein. Auch hier kommt es auf die subjektive Bewertung der Patientin an, ob sie ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen will. Dabei spielen Ängste und Schamgefühle eine große Rolle, die trotz eines bestehenden großen Leidensdruckes dazu führen, daß die Patientin nicht den Mut hat, Probleme im sexuellen Bereich anzusprechen.

Sexuelle Probleme werden gewöhnlich durch das Zusammenwirken

mehrerer Faktoren bedingt. Wir unterscheiden prädisponierende, auslösende und verstärkende Faktoren, die auf der biologischen, psychologischen und sozialen Ebene angesiedelt sein können. Prädisponierende Faktoren sind z. B. frühe Traumatisierungen, sexualfeindliche Erziehung, tiefliegende Sexualängste etc. Auslösende Faktoren können hormonelle Veränderungen, der Einfluß von Medikamenten (Psychopharmaka, Chemotherapeutika), Lebenskrisen und Übergänge mit besonderen Belastungen sein. Verstärkende Faktoren sind Kommunikationsschwierigkeiten, vorbestehende Konflikte, Unwissen etc.

Diagnostik für Gynäkologen

Gynäkologen sollten lernen, direkt oder indirekt ein Gesprächsangebot zu machen, das von der Patientin angenommen oder abgelehnt werden kann. Ein direktes Angebot besteht in der Frage: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Sexualität? Ein indirektes Angebot wäre eine Frage wie „Haben die Blutungsunregelmäßigkeiten auch Auswirkungen auf Ihre Sexualität und Partnerschaft?“

Diagnostisch geht es im weiteren Gespräch darum, den Inhalt, die Form und die möglichen Ursachen der Sexualstörung zu erfragen: Welche Schwierigkeiten oder Veränderungen haben Sie bemerkt? Wann treten die Schwierigkeiten auf? Was denken und fühlen Sie dabei? Gibt es Zeiten, in denen die Probleme nicht auftreten? Was ist anders? etc. Ist das Verlangen vermindert oder besteht eine Aversion gegen Sexualität (Störung der sexuellen Appetenz F52.0, Sexuelle Aversion F52.1)? Kommt es bei Ihnen zu den typischen körperlichen Reaktionen bei sexueller Erregung wie Feuchtigkeit der Vagina, Steifwerden der Brustwarzen, oder sind diese Reaktionen vermindert oder fehlend (Störungen der sexuellen Erregung F52.2)? Haben Sie Schwierigkeiten, einen sexuellen Höhepunkt, Orgasmus zu erleben (Orgasmusstörungen

F52.3)? Haben Sie Schmerzen beim Verkehr (Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen F52.6, Vaginismus F52.5)?

Das weitere Gespräch bezieht sich auf mögliche äußere und innere hemmende Faktoren, welche befriedigendes sexuelles Erleben verhindern: Alltagsstress, enge Wohnverhältnisse, kein Raum für Intimität, Partnerkonflikte, innere Konflikte und Ängste, Kommunikationsstörungen. Sexualstörungen sind dabei meistens durch das Zusammenwirken mehrerer Faktoren bedingt und im Gespräch geht es darum, ein breites mehrdimensionales Verständnis für das Problem zu entwickeln. Dabei kann das Symptom oft als ein Versuch eines Kompromisses zwischen verschiedenen, sich widersprechenden Regungen und Bedürfnissen verstanden und gedeutet werden. Dieses „funktionelle Verständnis“ (das Problem als Lösung) hilft wiederum bei der Entwicklung von Problemlösungsstrategien (siehe weiter unten).

WELCHE PSYCHOTHERAPEUTISCHEN UND PSYCHOPHARMAKOLOGISCHEN KENNTNISSE UND FERTIGKEITEN BRAUCHT DER FRAUENARZT?

Auch im therapeutischen Bereich lassen sich verschiedene Stufen der Kenntnisse und Fertigkeiten unterscheiden.

Stufe 1: Grundversorgung

Das Beratungsgespräch

Wir unterscheiden dabei die kognitive, die emotionale und die Verhaltensfunktion des Beratungsgesprächs.

Bei psychosozialen Problemen und psychischen Beschwerden kann der Arzt durch Zuhören, Rückfragen,

Zusammenfassen, Widerspiegeln der Patientin helfen, ihre Probleme klarer zu definieren und zu verstehen.

Er kann ihr helfen, den Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen zu erkennen. Und er kann ihr helfen, ihre Wahrnehmung und ihre Deutung der Probleme zu hinterfragen bzw. neue Arten der Interpretation zu entwickeln. Dabei bedeutet es für die Patientin oft einen ersten therapeutischen Schritt, wenn der Arzt dem Problem einen Namen geben und damit das Bedrohliche und Unverständliche abmildern kann. Damit ist auch verbunden, daß die Patientin erfahren kann, daß sie mit ihren Problemen nicht allein ist und daß andere Menschen Ähnliches erfahren haben und Lösungen gefunden haben.

Die kognitive Funktion des Gespräches umfaßt auch die Informationsvermittlung an die Patientin: Was wissen wir über Stress, Stressreaktionen, Depression, Angst, Sexualität und Partnerschaft, persönliche Entwicklung und Konflikte allgemein. Damit hat der Gesprächsteil eine psychoedukative Funktion und bietet der Patientin die Möglichkeit, ihre Symptome und Beschwerden besser zu strukturieren und zu bewerten.

Die emotionale Funktion liegt in der Entlastung und Katharsis. Gefühle mitzuteilen bedeutet, diese mit einem anderen zu teilen und damit Entlastung zu finden. Diese Entlastung bezieht sich auf die Minderung von Ängsten, auf den Aufbau von Vertrauen mit einer Linderung des traumatischen Affektes etc.

Die emotionale Funktion des Gespräches beinhaltet auch die Vermittlung von Unterstützung und Hoffnung. Indem der Arzt sich des Problems annimmt, schafft er Hoffnung und positive Erwartungen. Diese Erwartungen helfen der Patientin, ihre eigenen Ressourcen wieder stärker zu mobilisieren und einzusetzen. Das Gefühl, verstanden zu werden,

stärkt das Selbstvertrauen und das Bewußtsein für den eigenen Wert.

Die Verhaltensfunktion des Gespräches bezieht sich auf die notwendigen Verhaltensänderungen durch die Patientin. Verhaltensänderungen werden besprochen für die Bereiche des Essens, des Rauchens, der Sexualität, des Lebensstiles allgemein, der partnerschaftlichen Kommunikation etc. Diese Änderungsprozesse werden vom Arzt begleitet und sind charakterisiert durch verschiedene Phasen. Die Patientin durchläuft diese Phasen wie durch eine Schwingtür eventuell mehrere Male, bis sie zu einem neuen stabilen Verhalten gefunden hat. Zuerst ist die Patientin im Zweifel, ob sie ihr Verhalten ändern soll. Durch gemeinsames Gespräch kann sie ihre Motivation und ihre Ziele klären. Sie will dann den Wunsch nach Veränderung konkret umsetzen. Dazu braucht sie einen Plan, bei dessen Ausarbeitung der Arzt sein Wissen einbringt. Sie muß diesen Plan dann zunächst ausprobieren und Erfolg oder Mißerfolg besprechen. Der Arzt ist dabei wie ein Coach, der die Verhaltensänderung unterstützend begleitet und Rückmeldungen über mögliche Verbesserungen gibt. Gleichzeitig ist der Arzt auch ein wohlwollender, verständnisvoller Partner, der Rückfälle und Versagen aushalten kann und der Patientin hilft, erneut den Mut für eine Veränderung zu finden. Erst wenn das neue Verhalten zur Gewohnheit geworden ist, kann der Veränderungsprozess als abgeschlossen betrachtet werden.

In diesen Bereich gehört auch die Hilfe zur Stressbewältigung. Dabei hilft der Arzt, die Stressoren zu finden und zu definieren, die Interpretationen der Patientin, ihre Gedanken, Emotionen bewußt zu machen, um dann auf die vorhandenen Stressreaktionen hinzuweisen. Ausgehend von diesem Wissen können Patientin und Arzt zusammen die Veränderungen im Denken und Verhalten herausarbeiten, welche die Stressreaktion abzubauen vermögen.

Der Arzt muß sich hier seiner Fertigkeiten sowie seiner Grenzen bewußt sein. Durch die sorgfältige Diagnostik zu Beginn der Zusammenarbeit kann deutlich werden, daß bei der Patientin eine eigentliche Psychopathologie vorliegt. In diesem Fall besteht ein wichtiger Teil der Arbeit mit der Patientin darin, ihr zu helfen, Zusammenhänge zu ihren Problemen zu erkennen und sie zu motivieren, eine Psychotherapie bei einem ausgebildeten psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten aufzunehmen. Diese Motivationsarbeit erstreckt sich oftmals über mehrere Konsultationen hinweg und ist dann am erfolgreichsten, wenn der Arzt bei der Überweisung behilflich sein kann (s. u.).

Die psychopharmakologische Basisbehandlung

Sie umfaßt folgende Medikamentengruppen:

- Phytotherapeutika mit einer beruhigenden, antidepressiven und anxiolytischen Wirkung
- Psychopharmaka: Tranquilizer, Antidepressiva, Anxiolytika [13, 19]

Die zur Verfügung stehenden Phytotherapeutika sind Präparate, die von den Grundsubstanzen Johanniskraut und/oder Hopfen ausgehen. Zusätzlich gibt es weitere Extrakte, zu vermerken. Johanniskrautpräparate sind heute wohl die klinisch am besten dokumentierten Phytopräparate, und sie werden gegen morgendliche Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Energieverlust, Schlafstörungen und Konzentrationsschwäche sowie zur Behandlung von leichten und mittelschweren Depressionen eingesetzt. Bekannte Produktamen sind Jarsin300 oder Hyperval. Neu auf dem Markt gibt es jetzt auch Mandal 425, das den Vorteil bietet, daß in vielen Fällen eine Kapsel pro Tag genügt. Oft werden auch Kombinationen verschiedener Extrakte angeboten: Hopfen, Melisse etc. Der Einsatz dieser Mittel ist für den Gynäkologen besonders deswegen geeignet, weil keine gesundheit-

lichen Risiken gefürchtet werden müssen und keine gefährlichen Nebenwirkungen auftreten.

Bei den Psychopharmaka eignen sich für den Nichtpsychiater zwei Medikamentengruppen zum Einsatz bei den oben genannten Störungen: Benzodiazepine und Serotonin Re-uptake Hemmer (SSRI). Diese beiden Gruppen können bei Angststörungen, leichten Depressionen, somatoformen Störungen zur Anwendung kommen.

SSRIs haben eine sehr große therapeutische Breite und sind in der Anwendung auch bezüglich einer Überdosierung sicher und relativ ungefährlich. Wichtig für einen Einsatz ist die Kenntnis der Wirkungen und möglichen Nebenwirkungen: Das Wirkungsspektrum kann als psychomotorisch eher neutral, stimmungsaufhellend und anxiolytisch bezeichnet werden. Die Nebenwirkungen umfassen Übelkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, vermehrtes Schwitzen, Nervosität, Schlafstörungen, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel und Sexualstörungen. Die wichtigsten SSRIs mit Initialdosis und Maximaldosis, auf welche langsam hingesteigert werden kann: Fluoxetin Tbl. 10, 20 mg, Initialdosis 10–20 mg/Tag, Max. Dosis 20–40 mg/Tag; Sertraline Tbl. 50, 100 mg, Initialdosis 50 mg/Tag, Maximaldosis 100–250 mg/Tag; Paroxetin Tbl. 10, 20, 30 und 40 mg, Initialdosis 10–20 mg/Tag, Maximaldosis 20–60 mg/Tag; Fluvoxamin Tbl. 25, 50, 100 mg, Initialdosis 50–100 mg/Tag, Maximaldosis 100–250 mg/Tag; Venlafaxin 25, 37,5, 50, 75, 100 mg, Initialdosis 37,5 mg b.i.d., Maximaldosis 75–150 mg b.i.d.

Der Vorteil der Benzodiazepine liegt in ihrem raschen Wirkungseintritt und dem relativ günstigen Nebenwirkungsprofil. Die möglichen Nachteile liegen in einer Sedierung, einer Enthemmung und *vor allem* der Entwicklung einer Abhängigkeit. Aus diesem Grund sollten diese Präparate sehr vorsichtig und nur kurzfristig,

zum Beispiel während einer akuten Krise, verschrieben werden. Besonders Frauen mit Alkoholmißbrauch sind in Gefahr, einen Benzodiazepinmißbrauch und eine Abhängigkeit zu entwickeln. Der Gynäkologe sollte die verschiedenen Medikamente dieser Gruppe bezüglich Wirkungsstärke (Sedierung) sowie Wirkungseintritt und Wirkungsdauer unterscheiden können. Schnell wirksame Benzodiazepine sind Clorazepat, Diazepam, Flurazepam, Alprazolam. Mittelschnell wirkame Benzodiazepine: Chlordiazepoxid, Clonazepam, Lorazepam. Einen langsamen Wirkungseintritt hat Oxazepam. Lange Halbwertszeiten haben Clorazepam und Diazepam. Mittlere Halbwertszeiten haben Clonazepam, Flurazepam, Chlordiazepoxid. Eher kurze Halbwertszeiten haben Alprazolam, Lorazepam und Oxazepam.

Beim Überwiegen depressiver Symptome sind SSRIs indiziert. Benzodiazepine können die depressive Symptomatik verstärken.

Es sollte bei einer komplexeren Behandlung oder Fragen ein psychiatrisch geschulter Kollege in die Behandlung einbezogen werden (s. u.).

Stufe 2: Spezialisierte Versorgung und Überweisung

Weitergehende psychotherapeutische Interventionen und Überweisung an den Fachpsychotherapeuten

Wenn die oben beschriebenen Hilfen der ersten Stufe keine wesentliche Besserung für die Patientin bewirken, können weitergehende psychotherapeutische Maßnahmen zur Anwendung kommen. Diese bestehen häufig aus einer Mischung von psychodynamischen, kognitiv-verhaltenstherapeutischen und systemischen Interventionen. Sie setzen eine Weiterbildung in diesen Bereichen voraus und werden im Rahmen des Fähigkeitsausweises „Psychosoziale und Psychosomatische Medizin“ vermittelt.

Wenn der einzelne Arzt nicht über diese Ausbildung verfügt, kann eine Überweisung an den Fachpsychotherapeuten bzw. Fachpsychiater notwendig werden. Diese ist um so erfolgreicher für die Patientin, je besser sie von ihrem Frauenarzt auf die psychotherapeutische Arbeit vorbereitet wurde und je mehr sie diese Überweisung als (interdisziplinäre) Zusammenarbeit zwischen Ärzten/ Psychotherapeuten und nicht als ein Abschieben auf die „Psychoschiene“ erlebt. Hier hat die psychosoziale Kompetenz des Gynäkologen erneut eine große Bedeutung für die Akzeptanz solcher Maßnahmen durch die Patientin.

Ähnliches gilt für die differenzierte psychopharmakologische Behandlung. Auch hier bietet sich die fachärztliche Überweisung an, wobei von besonderer Bedeutung für die Compliance ist, daß der Frauenarzt in die Behandlung miteinbezogen wird. Er kann einen Teil der Motivation für eine langdauernde Medikamenteneinnahme übernehmen und damit der Patientin beim Umgang mit ihrer seelischen Erkrankung große Hilfe leisten. Der Frauenarzt gehört damit zu den sozialen Ressourcen und wird Teil eines unterstützenden Netzes.

Diese Konzepte der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Ärzten und Institutionen werden heute unter dem Stichwort Case-Management in verschiedenen Formen angewandt, zur Zeit vor allem noch bei Suchtkrankheiten und AIDS.

Literatur:

1. Bitzer J. Die Arzt-Aerztin-Patientin Kommunikation in der Konsultation – Grundlagen, Techniken, Schwierigkeiten und Lösungsmöglichkeiten. In: Boddend-Heidrich R, Rechenberger I, Bender HG (Hrsg). Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Psychosozial Verlag Giessen 2000.
2. Campos R. Estudio de la morbilidad psiquica en el nivel de Atencion Primaria de la Ciudad de Zaragoza. PhD

Doctoral Thesis, University of Zaragoza, 1993.

3. Campos R, Lobo A, Martinez-Calvo A, Bellido M, Iglesias C, Carreras S.

Psiquiatria de interconsulta y enlace con atención primaria desde el hospital general: El modelo Zaragoza. Psiquis, 1997.

4. Vasquez-Barquero JL, Wilkinson G, Williams P, Diez Manrique JF, Pena C. Mental health and medical consultations in primary care settings. Psychol Med 1990; 20: 681–94.

5. Verhaak PFM, Tjhuis MAR. Psychosocial problems in primary care: some results from the Dutch national study of morbidity and interventions in general practice. Soc Sci Med 1992; 35: 105–10.

6. Ustün BT. WHO Collaborative Study: an epidemiological survey of psychological problems in general health care in 15 centers worldwide. Int J Psychiatry 1994; 6: 357–63.

7. Ustün BT, Sartorius N. Mental Illness in General Health Practice: An International Study. Wiley, Chichester, 1995.

8. Margraf J. Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2. Springer, Berlin, 1996.

9. Gatter R, Tansella M, Korten A, Tiemens BG, Mavreas VG, Olatawura MO. Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: report from World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. Arch Gen Psychiatry 1998; 20: 405–13.

10. Stauber M, Kantenich H, Richter D. Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Springer Verlag Berlin-Heidelberg, 1999.



Prof. Dr. med. Johannes Bitzer

Geboren 1950 in Taiflingen (D). 1985 Abschluß der Ausbildung und Anerkennung als Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Universitäts-Frauenklinik Basel (Vorsteher: Prof. Dr. H. Ludwig). 1993 Habilitation für gynäkologische und geburts-hilfliche Psychosomatik. Seit 1994 Leiter der Abtei-

lung „Gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik“ der Universitäts-Frauenklinik Basel (Vorsteher: Prof. Dr. A. C. Almendral, seit 1995 Prof. Dr. W. Holzgreve). Seit 1997 Titularprofessor in psychosomatischer Gynäkologie und Geburtshilfe. Seit 1998 Präsident der Internationalen Gesellschaft für psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe (ISPOG). Seit 1999 Extraordinariat für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Korrespondenzadresse:

Prof. J. Bitzer,
Abteilung für Gyn. Sozialmedizin und Psychosomatik
Universitäts-Frauenklinik
CH-4031 Basel, Schanzenstr. 46

11. Neises M, Ditz S. Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde. Georg Thieme Verlag Stuttgart-New York, 2000.

12. Stewart DE, Stotland NL (eds). Psychological aspects of women's health care. American Psychiatric Press, Washington D.C. 1993.

13. Stern TA, Herman JB, Slavin PL. The MGH Guide to Psychiatry in Primary Care. McGraw-Hill New York, 1998.

14. Wittchen HU. Handbuch Psychische Störungen. Beltz Psychologie Verlags Union Weinheim, 1998.

15. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Primary Care Version.

American Psychiatric Association, Washington DC, 1996.

16. Ehler U, Kienzle S. Kognitive Verhaltenstherapie bei körperlichen Erkrankungen. In: Hautzinger (Hrsg). Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen. Beltz, Weinheim, 1998; 331–60.

17. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. BMJ 1998; 316: 1884–6.

18. Ehler U, Heim C. Verhaltensmedizin bei Frauen mit chronischen Unterbauchbeschwerden. Verhaltenstherapie 1998; 8: 106–11.

19. Buchheim (Hrsg). Psychotherapie und Psychopharmaka. Schattauer Verlag Stuttgart-New York, 1997.

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](#)