

# Frauen in Psychotherapie

Grundlagen – Störungsbilder – Behandlungskonzepte - Mit einem Geleitwort von Wolfgang Mertens

Bearbeitet von  
Prof. Dr. Brigitte Boothe, Prof. Dr. Anita Riecher-Rössler

1. Auflage 2013. Buch. 524 S. Hardcover  
ISBN 978 3 7945 2814 1  
Format (B x L): 16,5 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

**beck-shop.de**  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](http://beck-shop.de) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

## 18.5 Störungsbild

In jedem Fachbereich gibt es mindestens ein Beschwerdebild, das als somatoforme Störung bezeichnet werden kann, so z. B. das »Irritable Bowel Syndrome« (Reizdarm) in der Gastroenterologie oder die Fibromyalgie (Syndrom mit v. a. generalisierten Muskel- und Sehnenschmerzen) in der Rheumatologie. Die Herangehensweise, was Diagnostik, Therapie und Betreuung anbelangt, ist immer ähnlich und soll anhand der zwei im Fachbereich Gynäkologie bekanntesten Erscheinungsformen – dem chronischen Unterbauchschmerz und der Vulvodynie, dem chronischen Schmerz im Bereich des äußeren Genitale – exemplarisch dargestellt werden.

Somatoforme Störungen unterscheiden sich durch gewisse Charakteristika von anderen Krankheitsbildern. Für die Herangehensweise sind folgende *Grundannahmen* hilfreich:

- Das Symptom ist die Krankheit.
- Das Konzept der Schmerzabklärung muss breit angelegt sein.
- Der Fokus liegt mehr auf dem Wie als auf dem Warum.
- Es geht mehr um »Care« als um »Cure« (mehr um Betreuung als um Heilung).

### Symptomatik

Somatoforme Störungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie in der Regel *multifaktoriell* bedingt sind, so auch die chronischen Unterbauchschmerzen und die Vulvodynie, die sich meist in Form eines unerträglichen vulvären Brennens äußert. Die Fallbeispiele 1 und 2 veranschaulichen das.

#### Fallbeispiel 1

Die 38-jährige Frau L. stammt aus dem Kosovo und kommt im Alter von 23 Jahren kurz vor der Heirat mit dem ebenfalls aus dem Kosovo stammenden Ehemann in die Schweiz. Der Ehemann arbeitet als Lagerist, ist aber zuvor phasenweise arbeitslos gewesen. Die Patientin hatte die Grundschule besucht und keine Berufsausbildung gemacht. Kurz vor ihrer zweiten Schwangerschaft beginnt sie, in einer Fabrik zu arbeiten, ist dann aber bereits ab der Frühschwangerschaft teilweise arbeitsunfähig. Bei der Geburt des zweiten Sohnes muss wegen eines plötzlichen Herzttonabfalles ein Notfallkaiserschnitt durchgeführt werden. Von diesem Eingriff erholt sich die Patientin schlecht und entwickelte in der Folge chronische Unterbauchschmerzen. Ein Jahr später wird deswegen eine Laparoskopie durchgeführt und dabei ein Verwachsungsstrang von der Gebärmutter zur Bauchwand gelöst. Die Schmerzen gehen im Anschluss daran aber nicht zurück. Weil die Geburt des zweiten Sohnes mit dem Notfallkaiserschnitt eine für die Patientin nicht nachvollziehbare, plötzliche dramatische Wende genommen hat, sind sie und auch ihr Ehemann der festen Überzeugung, dass damals etwas schief gelaufen und dies der Grund für die Schmerzen sei. Es kommt zu unzähligen Notfallkonsultationen, bei denen die Patientin jeweils einen extrem leidenden, schmerzgeplagten Eindruck macht. Sämt-

liche Labor- und Ultraschalluntersuchungen fallen aber jeweils unauffällig aus. Es erfolgt eine psychiatrische Exploration, die Patientin erhält ein Antidepressivum und wird einer Schmerzgruppe, dann dem »Pain Service« der Anästhesie zugeführt. Sie nimmt durchgehend Novalgin und Dafalgan ein. Alle anderen empfohlenen Maßnahmen nützen nichts, und Frau L. zeigt keinerlei Bereitschaft, eine psychogene Komponente ihrer Beschwerden anzuerkennen.

### Fallbeispiel 2

Die 69-jährige Frau S. stammt aus Moldawien, ist Chemieingenieurin in Rente, ist seit 48 Jahren mit ihrem 71-jährigen Ehemann verheiratet und mehrfache Urgroßmutter. Ein Jahr zuvor ergibt die Abklärung von Magenbeschwerden eine Besiedelung mit *Helicobacter pylori*. Fünf Tage nach Beginn der antibiotischen Eradikation kommt es zu einem Brennen genital, perianal und in den Mundwinkeln. Nachdem mehrere topische Behandlungsversuche nicht zur Beschwerdeverbesserung führen, wird eine *Candida vulvovaginitis* (Pilzinfektion der Scheide) diagnostiziert und systemisch mit einem Antimykotikum therapiert. Nach kurzfristiger Besserung intensiviert sich das Brennen wieder. Bei altersbedingter Genitalatrophie lässt die Rötung auf eine Vestibulitis schließen, gemäß einer im Verlauf vorgenommenen Biopsie liegt allenfalls ein Anfangsstadium eines Lichen sclerosus et atrophicus (Weißfleckenkrankheit) vor. Eine bei den gegebenen Befunden angezeigte Therapie mit einer steroidhaltigen Salbe wird eingeleitet, bringt aber keine Besserung. Im Gegenteil werden die Konsultationen wegen unerträglichen Brennens bei nunmehr weitgehend unauffälligem Lokalbefund immer häufiger. Die Patientin macht einen zunehmend depressiven, verängstigten und zwanghaften Eindruck. Sie überprüft ein- bis mehrmals täglich die ihrer Ansicht nach weiterhin gerötete Stelle unterhalb der Klitoris und äußert größte Sorge, dass dort eine Blutung auftreten könnte. Anlässlich der zwei-, dann vierwöchentlichen Konsultationen in der psychosomatisch ausgerichteten gynäkologischen Sprechstunde verlangt sie regelmäßig nach einer Untersuchung und Überprüfung des Befundes und genauesten Instruktionen betreffend die Lokalbehandlung. Erst seit ein tragendes Vertrauensverhältnis in der Ärztin-Patientin-Beziehung aufgebaut ist, kann die Patientin den Erklärungen, dass den Veränderungen physiologische Alterungsprozesse zugrunde liegen und Untersuchungen in 6- bis 12-monatlichen Intervallen ausreichend sind, Glauben schenken und äußert ihrerseits, dass das Brennen nachgelassen habe, weil sie weniger darauf achte.

Es können dem chronischen Unterbauchschmerz durchaus Verwachsungen oder eine Endometriose (Vorkommen von Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutterhöhle), der Vulvodynie (Schmerzen im Bereich des äußeren Genitale) ein – z. B. durch einen Infekt bedingter – Gewebeschaden zugrunde liegen. Das Entscheidende ist, dass das Ausmaß der organisch nachweisbaren Veränderung und die Beschwerden nicht übereinstimmen. Dies zeigt sich in den beiden Fallbeispielen. Neben einem *auslösenden Moment*, zu dem dann eventuell ein Kausalzusammenhang hergestellt wird, kommen bei beiden Krankheitsbildern gehäuft eine depressive Stimmungslage und erhöhte Ängstlichkeit vor

(Walker et al. 1995). Bei der Vulvodynie haben Studien zudem ein hohes Stressniveau und einen niedrigen Selbstwert gezeigt und eine nicht nur auf die Genitalregion beschränkte, sondern generell erhöhte Schmerzsensibilität (Giasecke et al. 2004). Bei den chronischen Unterbauchschmerzen findet sich auch gehäuft eine sexuelle Traumatisierung in der Anamnese, und sie kommen häufiger vor bei Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau (Bodden-Heidrich 2001). Solchen Aspekten ist bei der Anamneseerhebung Rechnung zu tragen.

## Diagnostik

Bei der Diagnostik ist – wie das folgende Fallbeispiel 3 zeigt – eine *interdisziplinäre Herangehensweise* oft unabdingbar. Gleichzeitig gilt es aber, die Möglichkeiten und Grenzen der diagnostischen Maßnahmen im Vorfeld darzulegen, weil dies sonst ungunstigen Verläufen Vorschub leisten kann, indem ein Befund zu einer Fixierung (Fallbeispiele 1 u. 2) oder das Fehlen einer organischen Auffälligkeit zu Enttäuschung führen kann.

### Fallbeispiel 3

Die 54-jährige Frau C. wird mit akuten Unterbauchschmerzen von der sie betreuenden Frauenärztin als Notfall eingewiesen. Wegen eines genitalen Pruritus (Juckreiz), chronischen Unterbauchschmerzen und rezidivierenden Harnwegsinfekten hatte die Patientin ihre Frauenärztin in den vergangenen zwei Jahren wiederholt aufgesucht. Die diversen Therapieversuche hatten keinen ausreichenden Erfolg gebracht, die Beschwerden hatten sich im Gegenteil akzentuiert. Frau C. leidet unter einer seit 20 Jahren bekannten Fibromyalgie, die schwierig zu behandeln ist, unter anderem weil sie eine Unverträglichkeit für zahlreiche Schmerzmittel hat. Frau C. lebt zusammen mit ihrem Ehemann, der Geschäftsmann ist. Sie blieb ungewollt kinderlos. Sie ist Hausfrau, aber wegen der Fibromyalgie seit Jahren eingeschränkt einsatzfähig. Dem betreuenden Team in der Klinik fällt die theatralische Art auf, mit der die Patientin ihre Schmerzen schildert. Um die Patientin nicht noch zusätzlich zu traumatisieren, wird die geplante Blasenspiegelung in Vollnarkose durchgeführt. Sie ergibt die Verdachtsdiagnose einer interstitiellen Zystitis, einer Form der Blasenentzündung. Diese ist therapeutisch schwierig anzugehen, weswegen ein Medikament (Pentosanpolysulfat-Natrium) eigens für die Patientin aus den USA importiert wird, weil es nur dort zu beziehen ist. Die ambulante Nachbetreuung in der Klinik erfolgt durch eine psychosomatisch geschulte Gynäkologin. Der Erfolg des importierten Medikamentes ist mäßig. Die Patientin schildert weiterhin eindrücklich ihre Schmerzen und Beschwerden, wirkt dabei sehr selbstbezogen und absorbiert von der Auseinandersetzung mit der eigenen Befindlichkeit, ist gleichzeitig aber auch sehr sensibel dafür, wie es den Menschen in ihrem Umfeld ergeht. Zwar nimmt sie die Gesprächsangebote bereitwillig wahr, weiß aber gleichzeitig genau, was ihr eigentlich hilft, nämlich jederzeit das Beruhigungsmittel Lorazepam (ein kurz wirkendes Benzodiazepin mit hohem Abhängigkeitspotenzial) zur Hand zu haben, ihre Shiatsu-Therapeutin und die zahlreichen Ärztinnen und Ärzte, die sich ihrer und ihrer diversen Beschwerden annehmen.