

6

Anamneseerhebung – die psychosomatische Perspektive

Im gynäkologischen Anamnesegespräch sollte auch immer der aktuelle psychische Status der Patientin erhoben werden. Die differenzierte Erfassung des psychopathologischen Status würde sicher die Routine-Untersuchungsaufgabe der Gynäkologie und Geburtshilfe sprengen. Trotzdem sollte der Arzt eine gewisse Vorstellung von der psychischen Situation der Patientin haben. Es ist durchaus möglich, mit nur wenigen Screening-Fragen (z. B. nach Stimmung, Schlaf, Appetit und Antrieb) festzustellen, ob eventuell sogar eine psychiatrische oder psychosomatische Konsiliaruntersuchung notwendig ist. Neben der Erfassung einer eventuell bestehenden psychopathologischen Symptomatik, welche unmittelbare Konsequenzen für das diagnostische und therapeutische Vorgehen hat, kommt der Exploration der Vorgeschichte eine besondere Bedeutung zu. Der Umgang mit der Patientin und ihre adäquate Behandlung und Betreuung gestalten sich komplikationsloser, wenn die aktuelle Lebenssituation und der psychosoziale Hintergrund der Patientin bekannt sind.



6.1 Aktueller psychopathologischer Befund

Sind bei der Anamneseerhebung psychopathologische Symptome wie Ängste, Schlafstörungen, Antriebsminderung oder Depressivität aufgefallen, besteht die Möglichkeit, dass diese komorbid zur gynäkologischen Problematik existieren (z. B. bei einer gleichzeitig bestehenden Angsterkrankung, s. S. 298). Gerade komorbide bestehende psychische Störungen werden eher selten als relevant wahrgenommen, weil die Patientinnen oft selbst nicht darüber sprechen; solche Probleme können aber den diagnostischen Prozess und den Behandlungsverlauf erheblich beeinflussen. Seit der Einführung des Abrechnungsmodus nach DRG ist auch die Diagnosestellung und Dokumentation der komorbiden psychischen Störung von Bedeutung, da dadurch der Behandlungsverlauf kompliziert wird.

Die wichtigsten psychischen Symptome und Störungen, auf die sie hinweisen, finden sich in Tabelle 6-1 in alphabetischer Reihenfolge. Ausführliche Beschreibungen zu den genannten Symptomen und Störungsbildern finden Sie in Teil IV: Repetitorium Psychiatrie und Psychopathologie, S.291 ff und S. 321 ff.

Im folgenden Abschnitt sollen drei Beispiele dafür gegeben werden wie psychische Symptome

und die Vorgeschichte die mögliche gynäkologische Untersuchung und Therapie erschweren können. Zahlreiche andere Beispiele finden sich in den verschiedenen Kapiteln dieses Buches.

Patientinnen mit phobischen Ängsten

Es gibt Patientinnen, die eine ausgeprägte phobische Angst vor allem haben, was mit medizinischen Prozeduren zu tun hat. Diese Ängste können sich auf Spritzen, Blut, Ärzte oder auch im Generellen auf Krankenhäuser als Ganzes beziehen. Eine solche Patientin wird wahrscheinlich erst sehr spät eine Behandlung in Anspruch nehmen und sich extrem schwer auf die erforderlichen Maßnahmen einlassen können. Eine sensible psychosomatisch bzw. psychotherapeutisch orientierte Behandlungsstrategie kann in solchen Fällen dabei helfen, die erforderlichen medizinischen Maßnahmen durchzuführen.

Patientinnen mit traumatischen Erfahrungen in der Vorgeschichte

An eine solche Vorgeschichte sollte immer dann gedacht werden, wenn Frauen vor diagnostischen Maßnahmen, wie der gynäkologischen Untersuchung, einer speziellen pränatalen Diagnostik oder bei der Geburtsvorbereitung besonders ängstlich sind oder aber auch besondere „Wünsche anmelden“, wie etwa, dass sie nur von einer Ärztin untersucht oder operiert werden wollen. Frauen mit einer solchen Vorgeschichte, besonders wenn es sich um sexuellen Missbrauch handelt, haben oftmals große Schwierigkeiten, sich auf gynäkologische Untersuchungen einzulassen. Es kann zur Reaktualisierung von früheren traumatischen Erfahrungen kommen. Um die Patientinnen in solchen Fällen nicht zusätzlich zu traumatisieren, ist das Vorgehen besonders gut zu planen. Das Einhalten von Absprachen und Zuverlässigkeit sind hier von besonderer Wichtigkeit.

Patientinnen mit lebensmüden bis suizidalen Gedanken

Suizidalität kann eine Folge von Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen sein, die eventuell unabhängig vom gynäkologischen Problem bestehen. Lebensmüde Gedanken können aber auch in äußerst belastenden Situationen auftreten, wie bei lang anhaltenden starken Schmerzen, wenig Aussicht auf Heilung z. B. einer onkologischen Erkrankung oder durch pathologische Trauer nach Verlust-erlebnissen z. B. eines ungeborenen oder frühgeborenen Kindes. Als Arzt ist man verpflichtet, Suizidalität bei Patientinnen zu erkennen und – wenn sie im Rahmen einer psychischen Störung auftritt – auch zu verhindern. Dafür ist es erforderlich, sehr offen danach zu fragen, ob die Patientin schon mal daran gedacht hat, sich etwas anzutun. Zu den Stadien der Suizidalität siehe auch Abschnitt „Das Gespräch mit der suizidalen Patientin“, S. 52.

6.2 Psychiatrische Anamnese

Generell gilt zunächst, dass im Falle einer schweren psychischen Störung der Patientin der behandelnde Psychiater in die Planung der gynäkologischen Maßnahmen (mit)einzubeziehen ist und eventuelle Veränderungen der Medikation mit ihm zu besprechen sind.

Bestehen bei der Patientin zum Zeitpunkt der frauenärztlichen Behandlung **psychopathologische Symptome**, sollte der behandelnde Arzt auf jeden Fall darüber informiert sein. Insofern ist eine Frage zur psychischen Befindlichkeit in der Anamnese sinnvoll. Wichtig ist es auch zu wissen, ob sich die Patientin derzeit in psychiatrischer Behandlung befindet. Es kann in diesem Zusammenhang von Bedeutung sein, **Informationen über frühere Erkrankungen** zu bekommen, weil vielleicht schon einmal eine psychische Störung im Zusammenhang mit organischen Prozessen aufgetreten ist. Unter Um-

Tab. 6-1 Häufige psychopathologische Symptome und ihre Relevanz

Symptom	Definition	Am ehesten Hinweis auf ...
Affektlabilität	Unstetige Stimmung, rascher Stimmungswechsel, z.B. von Euphorie zu Aggressivität oder von Glück zu Trauer	<ul style="list-style-type: none"> ● Affektive Störung (Depression, Manie) ● Hirnorganische Veränderung ● Persönlichkeitsstörung (z.B. emotional-instabile Persönlichkeit)
Aggressivität/ Gereiztheit	Unterscheiden sich qualitativ nicht von derartigen Stimmungen, wie sie auch im „normalen“ menschlichen Leben vorkommen, allerdings deutlich ausgeprägter	<ul style="list-style-type: none"> ● Akute Belastungsreaktion ● Affektive Störung (Manie) ● Hirnorganische Veränderung ● Persönlichkeitsmerkmal/-störung
Angst	Neben normal-psychologischer, ableitbarer Ängstlichkeit bei Krankheiten oder bevorstehenden medizinischen Maßnahmen gibt es eindeutig pathologische Ängste (Phobien, Panikattacken) <i>Phobie</i> : spezifische Angst, bezogen auf bestimmte Situationen, z.B. Angst vor engen Räumen (Klaustrophobie) oder Tieren <i>Panikattacken</i> : attackenartig auftretende massive Angst mit vegetativen Begleitsymptomen (z.B. Herzrasen, Schweißausbruch)	<ul style="list-style-type: none"> ● Unspezifische Reaktion auf eine Situation ● Angststörung ● Depression ● Bei starker Angst eventuell auch Psychose ● Persönlichkeitsmerkmal/-störung
Antriebsstörung	Kann als Antriebsminderung bei einer depressiven Episode oder auch als Antriebssteigerung bei einer Manie auftreten	<ul style="list-style-type: none"> ● Anpassungsstörung („reaktive Depression“) ● Affektive Störung (Depression, Manie) ● Psychose
Autoaggression	Z.B. als selbstverletzendes Verhalten („Ritzen“, Schneiden, Verbrennen mit Zigaretten, Kopf oder Hände gegen die Wand schlagen)	<ul style="list-style-type: none"> ● Borderline-Störung (emotional-instabile Persönlichkeit) ● Nicht selten bei sexuellem Missbrauch in der Vorgeschichte
Bewusstseinsstörung	Bewusstseinsveränderung von Schläfrigkeit bis Koma	<ul style="list-style-type: none"> ● Fieber ● Hirnorganische Störung ● Intoxikation ● Stoffwechsellentgleisung
Depressive Verstimmung	Breites Spektrum von leichter Niedergeschlagenheit bis zu schwerer Depression	<ul style="list-style-type: none"> ● Affektive Störung (depressive Episode, „endogene Depression“) ● Anpassungsstörung („reaktive Depression“) ● Persönlichkeitsmerkmal/-störung
Entfremdungsgefühle	Entfremdungs- bzw. Unwirklichkeitsgefühle können sich als <i>Depersonalisation</i> auf die eigene Person beziehen oder als <i>Derealisation</i> auf die Umgebung	<ul style="list-style-type: none"> ● Eher unspezifisch, können bei allen psychischen Störungen vorkommen (z.B. Psychose, Depression etc.) ● Können in Belastungssituationen auftreten, auch ohne vorher bestehende psychische Störung im engeren Sinne
Entscheidungsschwierigkeiten	Unfähigkeit, auch einfachste Entscheidungen zu treffen	<ul style="list-style-type: none"> ● Depression ● Persönlichkeitsmerkmal