Psychosomatische Bewältigungsstrategien bei Pelvipathie – eine gemeinsame Herausforderung an Gynäkologen und Psychologen

C.	Christine	Arenas
R.		Pavelka

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung – Schwerpunktkrankenhaus Oberwart
(Vorstand: Prim. Dr. R. Pavelka)

Dr. Christine Arends, Schwerpunktkrankenhaus, Dornburggasse 80, A-7400 Oberwart

Schmerz bedeutet für den Betroffenen, daß etwas mit ihm nicht stimmt, er einen zugrunde liegenden Konflikt unbewußt nicht erkennt und sich daher mit ihm auch nicht auseinandersetzen muß. Diese Konfliktspannung wird in ein sozial akzeptiertes Symptom, den Schmerz, umgewandelt und der Betroffene hofft auf eine Erleichterung und Hilfe von Seiten seiner Umwelt. Der zum Ausdruck gebrachte Schmerz setzt bei jeder Person entsprechend unterschiedliche Mechanismen in Gang. Das häufigste Verhalten ist das Vermeidungs- und Schonungsverhalten des Partners, aber auch der Arzt fühlt sich berufen diesen Schmerz zum Verschwinden zu bringen. Bei beiden Personen setzt ein Unbehagen ein, eine Hilflosigkeit wird spürbar und Rücksicht, Mitleid und Beseitigungsstrategien werden zu entwickeln gesucht. Mit diesen Verhaltensweisen rechnen Pelvipathiepatientin-nen, teils bewußt, teils unbewußt. Der Schmerz im Unterbauch ist ein Ruf nach Aufmerksamkeit, Vermeidung und Schonung, Partner und Arzt reagieren mit aggressiven Verhaltensweisen: beim Partner: Abkehr, Gleichgültigkeit, Ärger, fehlende Rücksichtnahme, sogar Partnerwechsel; beim Arzt: Ärger, Gekränktheit, fehlende Empathie, Überweisung, Verordnung von aggressiven Medikamenten oder invasive Methoden wie Laparoskopie oder Uterusexstirpation. Wir sollten daher auf unsere Gefühlsreaktionen im Bezug auf die Patientin achten und damit arbeiten.

Dazu die Krankengeschichte und der Leidensweg der Patientin F., einer Lehrerin, geschieden, 41 Jahre alt: Gastrointestinaler Reizzustand und neurotische Depressionen, Nierensteine, Schleimbeutelzyste, jahrelange schwere Dysmenorrhöen, unklare Unterbauchbeschwerden, Verdacht auf Endometriose, Harnverlust unklarer Genese (Inkontinenzprüfung negativ), Uterusexstirpation mit Nachblutung, Gestagenbehandlung, kolikartige Schmerzen im Unterbauch, zuletzt Laparoskopie (unauffällig).

Im Laufe dieser jahrelangen Beschwerden kam es zum mehrmaligen Wechsel des Arztes. Dieses Verhalten zeigt die hilflose, unverständene und auch aggressive Seite der Patientin. Beim Aufforderungsbesuch der Psychologin bei der Patientin stellte sich eine forschende, leicht aggressiv abwehrende Frau dar. Auffallend an ihr war ihr lautes und pseudolustiges Verhalten, mit dem sie über alle ihre Schwierigkeiten hinwegspielte und die starke Frau, die mit allem Unbill des Lebens alleine fertig wird, zu verkörpern suchte.

Ihre erste Abwehr war, daß sie nicht an psychogene Hintergründe glaube. Sie stellte die bange Frage, was denn diese Beschwerden mit ihrer Psyche zu tun haben könnten. Sie ahnte die

Zusammenhänge, wollte sie aber nicht wahrhaben. Hoffnung auf keinen Zusammenhang sollte eine Laparoskopie bringen. Sie war allerdings bereit unter der Bedingung,
Freie Vorträge (Gynäkologie)

257

daß die Laparoskopie keine pathologischen Befunde erbrächte, sich dem Wagnis einer gezielten psychologischen Betreuung auszusetzen. Diese Betreuung sollte das Ziel haben, einen besseren Zugang zu den Schmerzen zu bekommen und zu erkennen, was sie über die Patientin aussagen um dann eventuell beseitigt werden zu können. Daneben boten wir auch Massagen an. Nach der ergebnislosen Laparoskopie erschien die Patientin mit der Bemerkung, jetzt könne sie nicht mehr an dem psychischen Geschehen vorbeisehen. Im Gespräch wurde deutlich, daß die eigene Mutter als sehr kämpferisch und asexuell abgewertet wurde, die die Sexualität der Tochter immer zu unterdrücken suchte. Trotz starkem Wunsch nach sexueller Betätigung erlaubte sich die Pat. keine Masturbation. Trotz vieler wechselnder Partner und einer geschiedenen Ehe erlebte diese Frau erst seit einigen Jahren die Fähigkeit zum Orgasmus und zwar mit einem 20 Jahre älteren, unverheirateten Mann, mit dem sie zwar in fester aber sehr problematischer Beziehung stand. Dieser Mann lebt mit seiner ebenfalls unverheirateten Schwester in einem Haushalt. Diese Schwester wehrte sich gegen diese „unpassende“ Beziehung ihres von ihr behüteten Bruders, z. B. durfte er niemals auswärts übernachten. Die Tatsache, daß dieser Mann in der Öffentlichkeit nicht zu seiner Freundin stehen konnte, kränkte unsere Patientin sehr. Wenn sie fallweise sogar jeglichen Kontakt mit ihm abbrach, waren die Schmerzen, vor allem die Regelschmerzen, am stärksten.

Faßt man die Faktoren nochmals zusammen, so finden wir [1]: Konflikt mit der Mutter, Sexualtabuisierung und teilweises Verbot durch die Mutter, schlechter Zugang zum eigenen Körper, Unzufriedenheit bzw. unzureichende sexuelle Betätigung, Partnerschaftskonflikt, kokettes Verhalten, Diskrepanz zwischen triebhaftem Verlangen und tatsächlicher Befriedigung. Bereits nach dem zweiten Gespräch erfolgte eine deutliche Verbesserung der Schmerz-situation, zum ersten Mai blieben die Regelschmerzen ganz aus, die weitere psychologische Betreuung erfolgte ambulant. Die familiäre und partnerschaftliche Situation der Patientin verbesserte sich im Laufe der nächsten vier Sitzungen. Mit der psychischen Veränderung der Patientin ging Hand in Hand auch eine deutliche Verbesserung beim 14jährigen Sohn, welcher bis dahin Bettnässer war. Frau F. erlangte in nur wenigen Sitzungen, innerhalb von vier Monaten, eine Autonomie, die es ihr ermöglichte ihre Ängste und Abhängigkeit bezüglich ihres Partners und ihres Kindes in den Griff zu bekommen; eine notwendige Distanz konnte aufgebaut und klare Bedingungen an den Partner gestellt werden. Die körperlichen Schmerzen sind bis heute verschwunden und die Patientin erscheint weicher und nicht mehr so kämpferisch wie früher.

Jeder Arzt sollte sich der unterschiedlichen Gefühlskomponenten bewußt sein: Stolz über den Apell an die ärztliche Kompetenz, danach Frustration gefolgt von Aggression. Diese Falle von Idealisierung und anschließender Abwertung [2] sollte sowohl dem Arzt als auch der Patientin bewußt werden und auch therapeutisch genutzt werden.

Literatur

Arends, Christine: Psychosexuelle Aspekte bei „Adnexitis“, Gynäk. Rdsch. 28: suppl. 2, 95–97 (1988).

Springer-Kremser

Marianne: Patientin mit chronic pelvic pain. Gynäk. Rdsch. 28: suppl. 2 84–89 (1988).