

Aus dem
CharitéCentrum 17 für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin
mit Perinatalzentrum und Humangenetik
Klinik für Gynäkologie
Direktor: Prof. Dr. med. Jalid Sehoul
&
aus der
Frauenklinik des Martin-Luther-Krankenhauses Berlin
Akademisches Lehrkrankenhaus der Humboldt-Universität zu Berlin
Chefarzt: Prof. Dr. med. Uwe Ulrich

Habilitationsschrift

Psychosomatische Frauenheilkunde und ihre Bedeutung im Kontext ausgewählter gynäkologischer Erkrankungen

zur Erlangung der Lehrbefähigung für das Fach
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

vorgelegt dem Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Dr. med. Friederike Marie-Charlotte Siedentopf

geboren am 04. Mai 1968 in Göttingen

Eingereicht im Mai 2013

Dekanin: Prof. Dr. med. Annette Grütters-Kieslich

1. Gutachterin: Prof. Dr. med. Pauline Wimberger
2. Gutachterin: Prof. Dr. med. Tanja Fehm

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
1.1. Historische Grundlagen	3
1.2. Prävalenz psychosomatischer Erkrankungen in der Bevölkerung.....	7
2. Wichtige psychische Konstrukte in der Gynäkologischen Psychosomatik	9
2.1. Besonderheiten der Arzt-Patientinnen-Beziehung	9
2.2. Körperbild.....	9
2.3. Das Konstrukt der Lebensqualität.....	12
2.4. Compliance	14
2.5. Partizipative Entscheidungsfindung („Shared decision making“)	15
2.6. Psychosoziale Unterstützung	16
3. Ausgewählte Erkrankungen in der Gynäkologie und ihre psychosomatischen Aspekte	18
3.1. Chronische organische Erkrankungen und ihre psychischen Folgen	18
3.2. Mammakarzinom.....	20
3.3. Endometriose	22
4. Eigene Arbeiten	24
4.1. Bedarf und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung bei Brustkrebspatientinnen.....	25
4.2. Capecitabine in der Behandlung des fortgeschrittenen Mammakarzinoms: Ergebnisse einer nicht-interventionellen Beobachtungsstudie bei 870 Patientinnen	27
4.3. Das Management der Milchgangsfistel: eine Evaluation 13-jähriger Erfahrung mit Fistelexstirpation und primärem Wundverschluss.....	28
4.4. Immunstatus, psychosoziale Belastung und reduzierte Lebensqualität bei Patientinnen mit unerfülltem Kinderwunsch und Endometriose.....	30
4.5. Körperbild und Entscheidungsprozess bei Brustkrebspatientinnen.....	31
5. Diskussion	33
6. Zusammenfassung und Ausblick	44
7. Literatur	45
8. Abkürzungsverzeichnis	55
9. Danksagung	57
10. Eidesstattliche Erklärung	58

Psychosomatische Frauenheilkunde und ihre Bedeutung im Kontext ausgewählter gynäkologischer Erkrankungen

1. Einleitung

Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind psychosomatische Aspekte in der Frauenheilkunde. Dabei wird der Bogen von der Grundlagenforschung zu psychosomatischen Aspekten in der klinischen Versorgung gynäkologischer Patientinnen gespannt. In diesem Sinne werden in der vorliegenden Arbeit die verschiedenen Aspekte psychosomatischen Forschens berücksichtigt und das Spektrum der Psychosomatischen Frauenheilkunde von der Grundlagenforschung (Siedentopf et al. 2008) hin über bestimmte Konzepte der psychosomatischen Theorie wie dem Körperbild (Siedentopf et al. 2008) bis zum Einfluss von Konstrukten wie der Lebensqualität bei organischen Erkrankungen dargestellt (Siedentopf et al. 2009, Siedentopf und Schoenegg 2008). Diese verschiedenen Aspekte der psychosomatischen Frauenheilkunde werden an ausgewählten gynäkologischen Krankheitsbildern untersucht und dargelegt. Es soll illustriert werden, in wieweit die Psychosomatik Implikationen sowohl für die Grundlagenforschung, und damit für die physiologischen Grundlagen psychischer Prozesse, als auch für die klinische Versorgung von Patientinnen in der Gynäkologie hat.

1.1.Historische Grundlagen

In der Medizin spiegelt sich der Umgang der Gesellschaft mit den Menschen ihrer Zeit wider. Technischer Fortschritt in der Medizin birgt das Risiko, den Menschen aus dem Zentrum des ärztlichen Handelns zu verdrängen und ihn zu instrumentalisieren. Historisch betrachtet ist Medizin aber vor allem Fürsorge für den einzelnen Patienten. Darüber hinaus ist jeder Mensch in einen systemischen Gesamtzusammenhang integriert. Früher gab im Wesentlichen das Symptom Hinweise auf die Geschichte eines kranken Menschen, d.h. die behandelnden Ärzte beachtetten nicht nur das Aussehen des Körpers und seiner Organe, sondern immer auch die seelische Verfassung, da zwischen Psyche und Soma intensive Wechselwirkungen bestehen.

Der Versuch, Krankheiten, insbesondere chronische, nur auf ihre somatischen Ursachen zu reduzieren, ist aus diesem Grunde nicht sinnvoll und muss scheitern. Jedes neue Paradigma in der Medizin wird sich daher der Herausforderung stellen müssen, naturwissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen, sie aber gleichzeitig in einen bio-psycho-sozialen Gesamtzusammenhang einzubetten.

Die Frauenheilkunde als medizinische Spezialisierung ist noch relativ jung. 1751 entstand die erste akademische Entbindungsanstalt in Göttingen. 1885 erfolgte die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, die 1972 auf Initiative der Geburtshelfer hin in die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG e.V.) umbenannt wurde. Die Gynäkologie war in ihren Anfängen ein operatives, der Chirurgie nahestehendes Fach. Bald jedoch entwickelte sich jedoch die Erkenntnis, dass gerade in der Frauenheilkunde psychische und soziale Aspekte Entstehung und Verlauf von Erkrankungen stark beeinflussen. Verglichen mit anderen medizinischen Disziplinen existiert in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe somit eine besonders ausgeprägte Tradition der Integration psychosomatischer Aspekte von Erkrankungen. Darüber hinaus sind auch die Lebensübergänge im Lebenszyklus der Frau, wie es z. B. das Klimakterium darstellt, Gegenstand psychosomatischer Wissenschaft und Forschung.

Der psychische Aspekt fand unter anderen bei Rudolf Kaltenbach Beachtung. Er sah 1890 als Grund für die Hyperemesis gravidarum eine unerwünschte Schwangerschaft und deutete das Erbrechen als Ablehnung des Kindes. Pionierleistungen auf dem Gebiet der Psychosomatischen Frauenheilkunde vollbrachte Max Walthard, der schon 1909 die erste Abteilung für Frauen mit funktionellen gynäkologischen Störungen in Frankfurt einrichtete. Das "Handbuch der Biologie und Pathologie des Weibes" enthielt 1924 erstmalig ein Kapitel "Psychotherapie", das von Walthard verfasst worden war. Im gleichen Jahr schrieb Wilhelm Liepmann, seit 1921 außerordentlicher Professor an der Universität Berlin, das erste Lehrbuch "Gynäkologische Psychotherapie" (Rauchfuß).

Historisch betrachtet reichen also die Anfänge der gynäkologischen Psychosomatik bis etwa in das letzte Viertel des 19. Jahrhunderts zurück. Im Wesentlichen lassen sich nach David et al. (2011) drei Wurzeln der Entwicklung nachweisen.

Eine Wurzel bildet die Psychoanalyse, deren Erkenntnisse in den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts in Berlin Eingang in gynäkologisch-wissenschaftliche Veranstaltungen fand. Unterbrochen wurde diese wissenschaftliche Verbindung durch die Zeit des Nationalsozialismus und des Zweiten Weltkrieges, so dass sich nach 1933 z. B. in der Zeitschrift ‚Zentralblatt für Gynäkologie‘ de facto keine Arbeiten mehr mit einem psychosomatisch-frauenheilkundlichen Fokus finden lassen.

Die zweite Grundlage der gynäkologischen Psychosomatik in Deutschland stellt die Frauenkunde dar, die ebenfalls ihre Anfänge mit Beginn des 20. Jahrhunderts nahm. Max Hirsch charakterisierte diese als die ‚Wissenschaft von der Frau in all ihren Lebensbeziehungen und Lebensäußerungen‘ (Hirsch 1912). Weiter schreibt er: ‚Soziale Medizin und soziale Hygiene bilden den Unterbau ärztlichen Denkens und Handelns... Die Gynäkologie muss als Sozialgynäkologie gelebt und betrieben werden...‘ Die Frauenkunde wird in Deutschland vor allem geprägt durch Max Hirsch und Wilhelm Liepmann, die beide wegen ihres jüdischen Glaubens 1933 zur Emigration gezwungen wurden.

Die dritte Wurzel der heutigen psychosomatischen Frauenheilkunde wird durch die Integration bio-psycho-sozialer Faktoren in das Krankheitsgeschehen gebildet. Dieses Konzept spielt seit den 1960er Jahren im Rahmen des Paradigmenwechsels in der Medizin eine bedeutende Rolle. Sie ist maßgeblich geprägt vom Gründungsvater der psychosomatischen Medizin Thure von Uexküll. Hier wird das psychoanalytische Krankheitsverständnis, welches Erkrankungen als eine Folge von psychischen Vorgängen und Konflikten versteht, erweitert, indem eine bio-psycho-soziale und damit systemische Betrachtungsweise integriert wird. Im bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell wird die klassische-medizinische Dichotomie von Soma und Psyche verlassen und weicht einer integrierten Betrachtungsweise von Krankheit unter Einbeziehung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren (Engel 1977).

Nach dem 2. Weltkrieg begannen in beiden Teilen Deutschlands erneute psychosomatische Aktivitäten in der Geburtshilfe und Gynäkologie etwa gleichzeitig in den 70iger Jahren. In der DDR entstand 1979 die Arbeitsgemeinschaft für Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe (OGPGG). In der BRD wurde 1981

die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie (DGPGG e.V.) gegründet. Ihr Ziel war es, die Praxis der Frauenheilkunde durch eine angewandte Psychosomatik zu erweitern und zu bereichern. Schon bald wuchs die DGPGG zu einer der stärksten frauenärztlichen Vereinigungen heran. Inzwischen zählt die Gesellschaft, die sich nach der Verschmelzung der ost- und der westdeutschen Sektion Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH e.V.) nennt, ca. 800 Mitglieder, überwiegend Frauenärztinnen und Frauenärzte, aber auch Hebammen, Psychologen und Psychologinnen, Soziologen und Soziologinnen, die der Frauenheilkunde verbunden sind. Die International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology (ISPOG) gibt es seit 1962.

In der Weiterbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe sind die psychosomatischen Aspekte fest verankert (David, Siedentopf, Kentenich 2011). Initial war die Fort- und Weiterbildung in beiden Teilen Deutschlands ein wichtiger Impuls für die Gründung der frauenheilkundlich-psychosomatischen Gesellschaften. In dieser Tradition hat es die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe erreicht, dass in der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer von 2003 zum Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Erwerb der psychosomatischen Grundversorgung mit einem Kurs von 80 Stunden als integraler Bestandteil festgeschrieben wurde. Mittlerweile hat sich ein bundesweites Netz von Curricula zur Erlangung der Psychosomatischen Grundversorgung in der Frauenheilkunde etabliert. Die Schaffung des neuen Zusatztitels ‚Fachgebundene Psychotherapie‘ war für die DGPFH Anlass ein Weiterbildungsinstitut für Psychosomatische Frauenheilkunde zu gründen und ein Curriculum für den Erwerb des Zusatztitels zu entwickeln. Die Kooperation mit der gynäkologischen „Muttersgesellschaft“, der DGGG, ist ein wesentlicher Aspekt weiterer Integration psychosomatischen Denkens und Handelns in das gynäkologische Fachgebiet.

Mittlerweile ist die psychosomatische Sichtweise ein fester Bestandteil der frauenärztlichen Praxis.

Grundsätzlich kann man Psychosomatik als ärztliche Haltung in der Patientenversorgung von der Psychosomatik als Wissenschaft unterscheiden. Auf

Wunsch und Initiative der Patientinnen werden bio-psycho-soziale Aspekte in der täglichen Praxis integriert und sehr positiv angenommen. Ein Beispiel aus der Praxis stellt die Entwicklung in der Geburtsmedizin dar, die sich sehr familienorientiert entwickelt hat, soweit dies ohne medizinische Risiken vertretbar ist.

Eine mögliche Zukunftsperspektive in der Psychosomatischen Medizin stellen die neueren Entwicklungen der Grundlagenforschung dar, die zunehmend Einblick in die physiologischen Grundlagen psychischer Prozesse ermöglichen. Beispielhaft sei die Forschung zur funktionellen Bildgebung oder zur psychosomatischen Kardiologie genannt. Aus dem Bereich der Frauenheilkunde sind in dieser Hinsicht noch wenige Forschungsergebnisse vorzuweisen, wobei interessante Ansätze denkbar sind und in der vorliegenden Arbeit beispielhaft aufgezeigt werden.

1.2. Prävalenz psychosomatischer Erkrankungen in der Bevölkerung

Die Prävalenz von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung ist hoch. Jacobi et al. (2004) fanden für Erwachsene eine Ein-Jahres-Prävalenz für psychische Störungen von insgesamt 31,1%. Dabei waren die Prävalenzraten bei Frauen mit 37% wesentlich höher als bei Männern mit 25,3 %. Als häufigste Diagnosen fanden sich Angststörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen (v.a. Alkohol), affektive Störungen (v.a. Depressionen) sowie somatoforme Störungen. Die deutlichsten Geschlechtsunterschiede fanden sich hinsichtlich der Angststörungen, der somatoformen Störungen und der affektiven Störungen. Frauen waren davon etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Bei Befragungen geben Frauen generell mehr Beschwerden an als Männer. Besonders auffällig sind die höhere Prävalenz von psychischen und psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen, wie sie z.B. mit der Zerssenliste (von Zerssen 1976), es handelt sich hierbei um eine Beschwerdeliste, die aktuell bestehende Körperbeschwerden abfragt) erfasst werden, und die stärkere Betroffenheit bei psychiatrischen Erkrankungen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2005).

Angaben der Rentenversicherungsträger zufolge besteht eine starke Zunahme der Frühberentungen infolge psychischer Erkrankungen. Im Jahr 2005 erfolgten bei den Frauen 39,6% der Berentungen aufgrund psychischer Erkrankungen, während die Berentungen aufgrund anderer Ursachen gleichbleibend oder sogar abnehmend sind. Bei der Arbeitsunfähigkeit haben als einzige Gruppe die psychischen Erkrankungen zugenommen, während insgesamt der Krankenstand sehr niedrig war

(Bühren et al. 2008). Gerade in der Frauenarztpraxis ist also von einer hohen Prävalenz von psychischen/psychosomatischen Beschwerden auszugehen, sie wird auf etwa 30-35 % geschätzt.

2. Wichtige psychische Konstrukte in der Gynäkologischen Psychosomatik

2.1. Besonderheiten der Arzt-Patientinnen-Beziehung

Jede Patientin bringt in die Behandlungssituation nicht nur ihre Krankheit als bedrängendes akutes Ereignis mit ein, sondern gleichermaßen eine Summe an Vorerfahrungen mit ihrem Körper und mit medizinischen Institutionen. Hier unterscheidet sich die gynäkologische Behandlungssituation von vielen anderen medizinischen Interventionen dadurch, dass ein besonders ich-naher, emotionaler Bereich berührt wird.

An den gynäkologischen Organen zu erkranken, bedeutet für die Patientin in der Regel eine große psychische Belastung. Vom Gynäkologen/der Gynäkologin erfordert dieser Umstand besonderes Gespür für Intimität und Distanz. Häufig wird schon die normale körperliche Entwicklung der Frau medizinisch begleitet. Der Gynäkologe/die Gynäkologin ist hier oft Partner und Ratgeber bei Lebensentscheidungen. Durch psychosomatische Kompetenz können diese schwierigen Situationen gelöst werden.

Je bewusster die Arzt/Ärztin-Patientin-Beziehung gestaltet ist, umso geringer ist das Risiko, dass Grenzverletzungen zu zwischenmenschlichen Problemen führen können. Welche ‚Beziehungsfallen‘ wirksam werden können, hängt auch mit der Persönlichkeit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zusammen. Intrapsychische Abwehrmechanismen, die unbewusst sind, können das ärztliche Verhalten gegenüber der Patientin beeinflussen. Besondere Bedeutung gewinnt das bei Patientinnen, die aus anderen Kulturkreisen stammen und uns zunächst fremd sind.

Die Arzt-Patientinnen-Kommunikation ist einerseits gerade in Krisenzeiten, wie sie beispielsweise eine Krebsdiagnose darstellt, sehr störanfällig, andererseits aber gelingt die psychische Bewältigung von Krisen auch über die Kommunikation.

2.2. Körperbild

Die Wahrnehmung des eigenen Körpers hat im Bereich der Psychologie und Psychotherapie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine Renaissance erfahren. Körperbildbezogene Themen werden durch die Medienpräsenz von Fitness und Gesundheit immer häufiger öffentlich diskutiert und damit sind gesellschaftliche

und kulturelle Einflussfaktoren auf das Körpererleben und das Körperbild von großer Bedeutung. Geschlechtsrollenzuschreibung, Sexualität sowie Alltagsrituale prägen unser Bild vom Körper. Auch der Umgang mit dem eigenen Körper (z. B. Körperpflege, Ernährung, Sport, Gesundheitsverhalten) ist gesellschaftlich beeinflusst.

Das Körperbild ist ein Teil des Selbstkonzepts. Es beschreibt das Konzept einer Person von ihrem Körper und ihre Gefühle in Bezug auf ihren Körper. Selbstbewusstsein und Sexualität sind eng damit verknüpft. Generell tendieren Frauen zu einem negativeren Körperbild als Männer während die Aufmerksamkeit, die sie ihrem Körper zuwenden im Vergleich höher ist (Strauß & Richter-Appelt 1996).

Anknüpfend an die Tradition der ‚Körperpsychologie‘ aus den Anfängen des letzten Jahrhunderts sind verschiedene Aspekte des Körpererlebens Gegenstand der empirischen Forschung. Der Begriff Körperbild, im englischen Sprachraum als Bodyimage bezeichnet, ist der am häufigsten zur Beschreibung leibbezogener Phänomene benutzte Terminus (Röhrich et al. 2005). Im Rahmen der Renaissance des Körperbilds in Psychologie und Psychotherapie kam es zur Entwicklung einer Vielzahl verschiedener Fragebögen und Tests, die dazu herangezogen werden, das Körperbild zu untersuchen. Die Annäherung an das Gesamtkörper- und Leiberleben ist jedoch schwierig und über verbale Instrumente insgesamt schwer zu erfassen (Borkenhagen 2009). Viele Arbeiten, die zum Körperbild publiziert werden, beschränken sich auf Essstörungen sowie Folgeerscheinungen schwerer psychischer Erkrankungen wie z. B. der Anorexia nervosa. Darüber hinaus können diese Fragebögen jedoch auch bei organisch erkrankten Patienten zur Exploration von Gefühlen und Haltungen gegenüber dem eigenen Körper dienen. Ein weiteres wichtiges Forschungsfeld ist die Auswirkung körperlich verändernder ärztlicher Maßnahmen (Borkenhagen 2009).

In der Frauenheilkunde spielen das Konstrukt des Körperbildes und der iatrogene Einfluss auf das Körperbild vor allem in der operativen Therapie, und hier insbesondere der operativen Therapie des Mammakarzinoms, eine wichtige Rolle. In diesem Kontext ist die wissenschaftliche Untersuchung gynäkologischer Eingriffe und ihrer Auswirkung auf das Körperbild, das Selbstverständnis als Frau und die Sexualität wünschenswert und von praktischer Bedeutung in der Beratungssituation vor und nach einem operativen Eingriff.

Die Auswirkungen der möglichen operativen Verfahren auf das Körperbild und die Sexualität sowie die Weiblichkeit wurden verschiedentlich untersucht. Frühe Studien fanden, dass jede dritte Frau nach einer Mastektomie sogenanntes ‚maladaptives Coping‘ (und damit eine ungünstige Form der Krankheitsverarbeitung) zeigt (Maguire 1975). Sexuelle postoperative Probleme sollen einerseits unabhängig von der operativen Technik sein, andererseits kamen Studien auch zu Ergebnissen, die darauf hinweisen, dass verschiedene Operationstechniken auch unterschiedliche Auswirkungen auf Körperbild und Sexualität mit sich bringen. Margolis et al. (1990) beschrieben eindeutig negative Auswirkungen auf das Sexualleben nach Mastektomie. Wellisch et al. (1989) fanden ebenfalls, dass das Körperbild nach brusterhaltender Therapie oder nach Rekonstruktion weniger gestört war. Neuere Studien bestätigen diese Ergebnisse. Im Gegensatz dazu ist bei Nano et al. (2005) die Lebensqualität unabhängig vom operativen Verfahren.

Eine Studie von Neises und Sabok Sir (1995) zeigte, dass viele Frauen postoperativ sexuelle Probleme haben, die vom gewählten Operationsverfahren eher unabhängig sind. Ob im Falle einer Mastektomie eine primäre oder sekundäre Rekonstruktion durchgeführt wird, scheint ebenfalls eher von sekundärer Bedeutung zu sein. Die psychosozialen Funktionen (Lebensqualität, Sexualität, krebs-assoziiertes Distress, Körperbild, Depression, Angst) nach einem Jahr verbessern sich bei allen Patientinnen (Metcalf et al. 2012). Psychosoziale Belastung entsteht durch die Brustkrebsdiagnose und lässt sich durch Rekonstruktion nicht per se verhindern. Generell ist es so, dass rekonstruktive Maßnahmen häufiger von jüngeren (Fallbjörk et al. 2010), berufstätigen (Rowland et al. 1995) und besser ausgebildeten (Ananian et al. 2004) Frauen gewünscht und dann auch ärztlicherseits eher durchgeführt werden.

Vor diesem theoretischen Hintergrund wurden in einer eigenen Arbeit 60 Brustkrebspatientinnen im Rahmen einer Fall-Kontrollstudie frühpostoperativ zu ihren Entscheidungsprozessen sowie ihrem Körperbild befragt. Hier wurde deutlich, dass für die Frauen weniger die operative Technik das subjektiv entscheidende ist, sondern die Einflussnahme auf die Entscheidung und das Einbezogenensein in den Prozess der Entscheidungsfindung für sie wichtig sind (Siedentopf et al 2008, Originalarbeit 5).

Es handelt sich hier um einen Aspekt psychologischer Forschung, der von praktischer Relevanz für die operativ tätigen Gynäkologen ist und Einfluss auf das Aufklärungsverhalten haben sollte. Der in unserer Untersuchung eingesetzte Fragebogen ist der im deutschen Sprachraum am häufigsten verwendete Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FbeK) (Strauß & Richter-Appelt 1996). Es ist eine retrospektiv ausgerichtete Selbstbeurteilungsskala, deren Ziel die Erfassung der globalen kognitiv-affektiven Bewertung des eigenen Körpers ist.

2.3. Das Konstrukt der Lebensqualität

Nach der WHO-Definition ist Lebensqualität die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen (WHO 1993). Verschiedene Autoren betonen, dass Lebensqualität weniger die objektive Verfügbarkeit von materiellen und immateriellen Dingen umfasst, sondern den Grad, mit dem ein vom Einzelnen erwünschter Zustand an körperlichem, psychischem und sozialem Befinden auch tatsächlich erreicht wird. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat besondere Bedeutung bei Erkrankungen, die nicht geheilt werden können, und ist mittlerweile in der Onkologie als Zielkriterium für den Erfolg von Interventionen fest etabliert. Betrachtet man die Forschung zur Lebensqualität, so wird deutlich, dass diese in der westlichen Welt in dem Maße zugenommen hat, indem die Behandlung chronischer Erkrankungen in den wissenschaftlichen Fokus gerückt ist (Rose 2003).

Zur Erfassung der Lebensqualität steht eine Vielzahl von Erhebungsinstrumenten zur Verfügung, die in der Regel nach den Prinzipien der klassischen Testtheorie entwickelt wurden (Rose 2003). In der Onkologie werden häufig der EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) QLQ-C30 (Aaronson et al. 1993) als Selbstbeurteilungsinstrument, das aus einem Kernfragebogen besteht, der mit verschiedenen weiteren Modulen ergänzt werden kann, oder die FACT-Skalen (Functional Assessment of Cancer Therapy) (Cella et al. 1993), die in gleicher Weise konzipiert sind, eingesetzt. Aber auch bei nicht-malignen Erkrankungen mit chronischem Verlauf spielt die Erfassung der Lebensqualität eine herausragende Rolle. Die eigene Untersuchung, die in dieser Habilitationsschrift integriert ist, befasst sich mit der Lebensqualität bei an Endometriose erkrankten

Frauen. Wir konnten feststellen, dass Infertilität in Kombination mit Endometriose zu einer Minderung der Lebensqualität führt (Siedentopf et al. 2008, Originalarbeit 4). Methodenkritisch muss man konstatieren, dass beim Einsatz von Fragebögen ihre Anfälligkeit für Fehler in der Erinnerung problematisch ist und zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen kann (sog. Re-Call Bias) oder natürlich auch eine Beantwortung im Sinne der sozialen Erwünschtheit denkbar ist (Rose 2003).

Grundsätzlich kann man sagen, dass die Güte der Lebensqualität nicht linear abhängig ist von der Schwere der Erkrankung (Lebensqualitätsparadoxon nach Herschbach). Soziale Unterstützung verbessert dabei die Lebensqualität.

Wie eine Krise, ein traumatisches Erlebnis oder eben auch eine chronische Erkrankung verarbeitet wird, hängt auch von der Resilienz der betroffenen Person ab. Unter Resilienz (von lat. *resilire* „zurückspringen“ „abprallen“, deutsch Widerstandsfähigkeit) wird die Fähigkeit verstanden, auf die Anforderungen wechselnder Situationen flexibel zu reagieren und schwierige Lebenssituationen zu meistern. Es konnte eine Reihe von Faktoren identifiziert werden, die es Erwachsenen ermöglichen, ein Trauma zu verarbeiten:

- Sie gehen mit Stress effektiv um.
- Sie haben gute Problemlösungsfähigkeiten.
- Bei Problemen bitten sie um Hilfe.
- Sie glauben, dass es Möglichkeiten gibt, mit Lebensproblemen umzugehen.
- Ihre Beziehungen zu Freunden und Familienmitgliedern sind eng.
- Mit Freunden und Familie sprechen sie über das Trauma und ihre Gefühle.
- Sie sind spirituell/religiös eingestellt.
- Statt als „Opfer“ sehen sie sich als Überlebende.
- Sie helfen Anderen.
- Sie versuchen, dem Trauma etwas Positives abzugewinnen.

Die im Zusammenhang mit der Resilienz gefundenen Reaktionsweisen entsprechen teilweise auch den für die Krankheitsverarbeitung als günstig angesehenen adaptiven Copingmechanismen.

Wie beim Coping und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität trägt auch die soziale Unterstützung durch Freundeskreis und Familie zur Resilienz bei. Obwohl die Beziehung im Kern unklar bleibt, scheint gesichert, dass soziale Unterstützung sich sogar positiv auf das Überleben einer Krebserkrankung auswirkt (Spiegel und Kato 2000). Es wird vermutet, dass es hierbei zu Interaktionen zwischen Erlebenswelt, endokrinen und immunologischen Systemen kommt.

Nicht nur bei malignen Erkrankungen, sondern einer Vielzahl chronischer Erkrankungen wie z.B. Endometriose kann dysfunktionales Krankheitsverhalten beobachtet werden. Es ist mit depressionsartigen Symptomen wie reduzierter motorischer Aktivität, Fatigue, Appetitlosigkeit, sozialem Rückzug und Libidoverlust assoziiert (Reichenberg et al. 2001).

2.4. Compliance

Unter Compliance versteht man in der Medizin die Einhaltung der ärztlichen Anweisungen durch den Patienten und allgemeiner gesprochen die Kooperation im Rahmen der Therapie. Sie spielt also eine bedeutende Rolle in jedweder Arzt-Patienten-Interaktion. Die subjektive Lebensqualität unter einer therapeutischen Maßnahme beeinflusst die Compliance.

Günstige psychosoziale Bedingungen wirken sich günstig auf die Compliance aus (Spiegel und Kato 2000). Zunehmendes Wissen und verminderte Angst können ebenfalls die Compliance positiv beeinflussen.

Psychotherapeutische Interventionen wirken in diesem Kontext angstmindernd und wissensvermehrend. Es wird angenommen, dass Non-Compliance, also die fehlende Kooperation mit behandlungsbedingt erforderlichen Maßnahmen, bei onkologischen Therapien hoch ist und dass sie häufig mit Unsicherheit über die Erkrankung vergesellschaftet ist (Lerman et al. 1991). Besonders deutlich wird dies, wenn man die Therapieadhärenz bei der antihormonellen Therapie des Mammakarzinoms betrachtet. Complianceverlust kommt besonders bei langer Therapiedauer zum Tragen (Fallowfield 2005). Partridge et al. (2008) fanden, dass ab dem dritten Einnahmejahr des Aromatasehemmers Anastrozol ca. 30% der Patientinnen die Medikation selbstständig abgesetzt hatte. Besteht eine große Diskrepanz zwischen

der subjektiven Theorie der Patientin und medizinischen Ätiologiekonzepten ist mit negativen Auswirkungen auf die Compliance zu rechnen.

Aber Non-Compliance kann auch aus kommunikativen Defiziten zwischen Arzt und Patientin resultieren. Nach der ‚Selfeffectiveness hypothesis‘ (Selbsteffektivitäts-Hypothese) wird das Verhalten von Menschen durch ihren Glauben an die Fähigkeit, ein bestimmtes Ziel zu erreichen, bestimmt (Spiegel und Kato 2000). Wird an eine Therapie nicht geglaubt, dann ist auch die Gefahr der Non-Compliance erhöht.

Die Compliance kann durch Psychoedukation verbessert werden. Auch die Teilnahme an einer Therapiegruppe kann Patientinnen motivieren, Behandlungsmaßnahmen durchzuführen (z.B. Wyszynski 1990). Zur Verbesserung der Compliance können auch andere Berufsgruppen beitragen. Onkologische Pflegekräfte z.B. ‚Breast care nurses‘ haben häufig eine gute unterstützende Funktion.

2.5. Partizipative Entscheidungsfindung (‚Shared decision making‘)

Im Zusammenhang mit der Compliance ist der Begriff der partizipativen Entscheidungsfindung (‚Shared decision making‘) von großer Bedeutung. Die partizipative Entscheidungsfindung beschreibt den Prozess zwischen Arzt und Patient, der erforderlich ist, um zu einer in gemeinsamer Verantwortung getroffenen Vorgehensweise zu gelangen. Zu den Kernelementen des ‚Shared decision making‘ gehört u.a. eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Patient und Arzt mit möglichst gleichem Informationsstand über Wahlmöglichkeiten bezüglich einer medizinischen Entscheidung. Dabei sollen Arzt und Patient ihre Entscheidungskriterien aktiv und gleichberechtigt in den Abwägungs- und Entscheidungsprozess einbringen und partnerschaftlich für die Entscheidung Verantwortung übernehmen. Rechtlich gesehen hat der Patient jedoch das Selbstbestimmungsrecht. Das ‚Shared decision making‘ löst das traditionelle paternalistische Modell ab, das durch die Autorität und alleinige Entscheidungssouveränität des Arztes charakterisiert ist. ‚Shared decision making‘ bedeutet nicht, die Patientin mit der Therapieentscheidung allein zu lassen. Auch wenn es sich dabei zur Zeit um ein wenig in Frage gestelltes Ideal handelt, muss dennoch diskutiert werden, ob ‚Shared decision making‘ überhaupt ein realisierbares Ziel ist oder nur eine Illusion darstellt, da die Patientinnen nie die ausreichenden und

genauen Informationen zur Verfügung haben werden, um Entscheidungen gleichberechtigt treffen zu können (Breitsameter 2010).

2.6. Psychosoziale Unterstützung

Unter dem Überbegriff der psychosozialen Unterstützung („Social support“) verbergen sich einige Aspekte, die positiv zur Krankheitsverarbeitung beitragen. Man versteht darunter das Mitleiden der Bezugspersonen mit der Betroffenen, Spenden von Trost und Empathie. Die psychosoziale Unterstützung spielt für die Krankheitsverarbeitung eine wichtige Rolle in der Onkologie, aber auch bei der Begleitung weiterer gynäkologisch-chronischer Erkrankungen wie Endometriose, unerfülltem Kinderwunsch oder von Komplikationen in der Schwangerschaft wie vorzeitigen Wehen oder Frühgeburtlichkeit. In der Literatur finden sich deutliche Hinweise auf die Bedeutung der psychosozialen Unterstützung für den Verlauf einer Schwangerschaft (z.B. Aaronson 1989, Da Costa 2000, Seguin et al. 1995).

Onkologisch erkrankten Frauen mit einem funktionierenden sozialen Netzwerk geht es besser, sie sind weniger depressiv (Haan et al. 2002). Leszcz (2004) fand einen klaren Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und guter Krankheitsbewältigung. Auch Stressreaktionen werden durch psychosoziale Unterstützung gemindert (Turner-Cobb et al. 2000). Härtl et al. (2010) berichten, dass der initiale Distress bei Diagnosestellung, den Mammakarzinompatientinnen erleben, der deutlichste prädiktive Faktor für die Güte der Lebensqualität nach zwei Jahren war.

Soziale Unterstützung findet sich in der Familie. Dem Partner kommt hier bei einer guten Beziehung die wichtigste Rolle zu, aber sie kann sich auch in der Netzwerkfunktion, die z.B. durch eine Selbsthilfegruppe entstehen kann, manifestieren. Allerdings darf die Belastung der Familie durch eine Krebserkrankung oder eine andere chronische Erkrankung eines Familienmitglieds nicht unterschätzt werden. Hier bieten Angehörigengruppen eine Möglichkeit zur Unterstützung des sozialen Netzes.

Zur Erhebung der psychosozialen Unterstützung stehen verschiedenen Fragebögen zur Verfügung. In unserer Untersuchung zur Endometriose (Siedentopf et al. 2008, Originalarbeit 4) verwendeten wir den Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-

Sozu), der von Fydrich und Sommer (2003) entwickelt wurde. Es handelt sich hier um eine Selbstbeurteilungsskala durch die Patienten.

Eine weitere Möglichkeit das Maß der psychosozialen Unterstützung bei onkologischen Patienten zu eruieren, ist der Einsatz einer Fremdbeurteilungsskala wie der Psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado) (Herschbach et al. 2008), die wir in einer Untersuchung von Mammakarzinompatientinnen eingesetzt haben (Siedentopf et al. 2009, Originalarbeit 1). Bei der PO-Bado handelt es sich um eine Fremdeinschätzungsskala, die in drei Varianten entwickelt wurde: Standardversion (17 Items), Brustkrebsversion (21 Items), Kurzversion (7 Items). Zu den Fragebögen liegen ein Handbuch und ein Interviewleitfaden vor und sie wurden mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), dem Fragebogen zur Belastung von Krebskranken und dem EORTC-Quality of life Fragebogen validiert, was gute Ergebnisse gezeigt hat. Die PO-Bado ist in der Praxis leicht einsetzbar und gibt im Endeffekt eine Hilfestellung hinsichtlich der Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung. Sie ist auch im weiteren Krankheitsverlauf wiederholt einsetzbar und bei der Beschreibung des seelischen Befindens von Krebspatienten hilfreich. Die Autoren gehen davon aus, dass eine breite Verwendung der PO-Bado der Verbesserung der Behandlungsqualität dienen würde (Herschbach et al. 2008).

3. Ausgewählte Erkrankungen in der Gynäkologie und ihre psychosomatischen Aspekte

In dem folgenden Abschnitt der Arbeit sollen diejenigen gynäkologischen Erkrankungen näher betrachtet werden, die in den eigenen Arbeiten bearbeitet wurden.

3.1. Chronische organische Erkrankungen und ihre psychischen Folgen

Chronische Krankheitsprozesse sind in der Medizin generell als Herausforderung zu sehen. Sie belasten häufig die Arzt-Patient-Beziehung und führen zu sekundären psychischen Veränderungen, die therapeutisch schwer zu beeinflussen sind. Bekannt sind diese Zusammenhänge unter anderem aus der Inneren Medizin, wo bei chronischen Krankheitsprozessen häufig depressive Begleitreaktionen im Sinne einer reaktiven Depression zu beobachten sind (Jiang et al. 2011). Umgekehrt sind schwere körperliche Erkrankungen mit einer hohen Rate sekundärer psychischer Störungen, vor allem mit Depression, verbunden (Salaycik et al. 2007, Deuschle & Lederbogen 2002). Das Auftreten einer schweren körperlichen Erkrankung ist häufig mit Ängsten, Verunsicherung und negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität assoziiert. So ist zum Beispiel ein Herzinfarkt ein häufiger und typischer Auslöser für eine erstmalig auftretende schwere depressive Episode (Bühren et al. 2008).

Andere chronisch-schmerzhaft Prozesse können ebenfalls zu erheblichem Leidensdruck und Einschränkungen der Lebensqualität führen. In einer weiteren Originalarbeit, die in dieser Habilitationsschrift hier integriert ist, evaluierten wir das operative Management der Milchgangsfistel in unserem Patientinnenkollektiv, die Schmerzsymptomatik der Patientinnen und den Krankheitsverlauf über die Zeit (Siedentopf & Schoenegg 2008, Originalarbeit 3). Daraus konnten wir Rückschlüsse auf den Leidensdruck der betroffenen Frauen ziehen.

Bei der Milchgangsfistel handelt es sich um eine seltene und in ihrer Pathogenese nicht vollständig verstandene Erkrankung der weiblichen Brust. Durch häufige, wiederholte Operationen leiden die Patientinnen unter schlechten kosmetischen Ergebnissen und chronischen Schmerzen. Es wurde deutlich, dass bei vielen Patientinnen ein sehr langer Beschwerdezeitraum vor der Operation besteht. In unserer Untersuchung ergab sich ein Mittelwert von 39 Monaten mit einer Range von

0-27 Jahren. Bei den Patientinnen wurde die Schmerzsymptomatik vor Operation mittels einer visuellen Analogskala mit einer Range der Werte von 0 bis 10 erfasst. Dies ergab einen Mittelwert von 6,6. Es ist hervorzuheben, dass die psychische Belastung von Frauen, die unter chronischen Prozessen an sekundären Sexualorganen leiden, erheblich ist und eine Versorgung in einem spezialisierten Zentrum zu empfehlen ist.

In der Gynäkologie findet sich als weiteres Schmerzsyndrom und häufiges Beschwerdebild der chronische Unterbauchschmerz der Frau. Dieser kann durchaus, wie es bei der Endometriose der Fall ist, mit einer organischen Erkrankung assoziiert sein. Der chronische Unterbauchschmerz ist sehr häufig den somatoformen Störungen zuzuordnen. Deren derzeit gültige Definition (s.u.) in der ICD-10-Klassifikation berücksichtigt die Tatsache, dass physiologische Veränderungen oder somatische Störungen und psychische Alterationen dabei zeitgleich auftreten können.

Definition: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.0)

Die vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt. Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung.

In besonderen Fällen z.B. beim Vorliegen einer Endometriose eignet sich bei Patientinnen mit chronischem Unterbauchschmerz zur Kodierung auch die Definition der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41):

Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen seit mindestens 6 Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen

wichtigen Funktionsbereichen. Der Schmerz wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der vorgetäuschten Störung oder Simulation). Schmerzstörungen insbesondere im Zusammenhang mit einer affektiven, Angst-, Somatisierungs- oder psychotischen Störung sollen hier nicht berücksichtigt werden.

Diese komplexen bio-psycho-sozialen Interaktionen sind meist nicht gleich zu erkennen und zu durchschauen. Die aktuelle Leitlinie zum Chronischen Unterbauchschmerz der Frau (AWMF 2009), bei deren Erstellung ich federführend beteiligt war, sieht deshalb als eine Voraussetzung für die frühzeitige Erkennung einer psychosomatischen Beteiligung das Bestehen einer tragfähigen Arzt-Patientin-Beziehung an, wobei dem Behandler die Komplexität des Krankheitsbildes bekannt sein sollte.

3.2. Mammakarzinom

Das Mammakarzinom ist nach Schätzung des Tumorregisters München mit ca. 70.000 Neuerkrankungen/Jahr das häufigste Karzinom der Frau in Deutschland. Jährlich sind ca. 18.000 Sterbefälle zu verzeichnen. Das 5-Jahres-Überleben beträgt 78,4%, das 10-Jahres-Überleben 59,8% (Gesamtüberleben) (Engel et al. 2007).

Die wichtigsten Risikofaktoren für Brustkrebs bei Frauen sind Alter, familiäre Belastung sowie Hormonanwendungen. An reproduktiven Faktoren sind ein niedriges Menarchealter, ein hohes Alter bei Erstparität, fehlende Stillperiode, Nulliparität und ein hohes Menopausenalter zu verzeichnen. Diese Faktoren steigern das relative Risiko (RR) auf 1,5 – 3. Ein hoher Body-mass-Index (BMI) erhöht das Erkrankungsrisiko in der Postmenopause. Dies wird auf eine gesteigerte Estrogenproduktion zurückgeführt. Heute geht man davon aus, dass exogen zugeführte Estrogene zur Erhöhung des Mammakarzinomrisikos beitragen.

Das absolute Risiko steigt kontinuierlich mit dem Alter, es beträgt in der Altersgruppe von 25 – 44 Jahren weniger als 0,5%, in der Altersgruppe der über 80ig-jährigen 1,5 – 2,0%. Bei etwa 5% der erkrankten Frauen liegt eine Mutation der Gene BRCA 1 oder/ und BRCA 2, bei weiteren 5% besteht der Verdacht auf eine Mutation bei unbekannter Genetik. Für Trägerinnen einer BRCA-Mutation ist das Risiko der Erkrankung deutlich erhöht (Goldberg et al. 2006) und es sollte eine spezielle genetische Beratung und Risikokalkulation sowie die Betreuung im Rahmen eines strukturierten Früherkennungsprogramms angeboten werden. Dieses Programm

steht Frauen mit nachgewiesener BRCA 1 oder 2-Mutation und Frauen aus negativ getesteten Familien mit einem heterozygoten Risiko von $\geq 20\%$ oder einem verbleibenden Lebenszeitrisko von mehr als 30% zur Verfügung. Integriert in das Früherkennungsprogramm ist die ausführliche Beratung sowie psychoonkologische Unterstützung, da die psychische Belastung in den betroffenen Familien erheblich ist (Leitlinie Mammakarzinom 2012). Im Fokus der psychologischen Beratung ist nicht nur die Angst um die eigene Gesundheit, sondern auch der Umgang mit der genetischen Diagnostik (Durchführen oder Nicht-Durchführen?) sowie die Bearbeitung von Schuldgefühlen bei Genträgerinnen und negativ-getesteten Frauen gegenüber den anderen weiblichen Familienmitgliedern. Die bisherigen Studienergebnisse, die zu psychischen Auswirkungen genetischer Testung vorliegen, weisen auf eine Abnahme der Ängste hin (Lobb et al. 2004).

Tritt eine Metastasierung des Mammakarzinoms auf, ist die Heilbarkeit der Erkrankung nicht mehr gegeben. Die Fortschritte in der Behandlung des metastasierten Mammakarzinoms sind jedoch in den letzten Jahrzehnten erheblich geworden. Insbesondere die verschiedenen Therapieoptionen, auch im Hinblick auf zielgerichtete Therapien haben deutlich zugenommen. Eine wichtige Bedeutung hat bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung die Lebensqualität, so dass bei der Wahl der Therapie einerseits auf gute Verträglichkeit geachtet wird sowie andererseits eine stabile Krankheitssituation erzielt werden soll. Mit der Zunahme an Langzeitüberlebenden nach einer Mammakarzinomerkrankung tritt auch die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität besonders in den Fokus der Betrachtung. Diese ist vor allem bei jungen Patientinnen reduziert (Härtl et al. 2010).

In der metastasierten Situation ist nun einerseits erstrebenswert, dass die Lebensqualität auf einem möglichst hohen Niveau erhalten bleibt, um wiederum andererseits die Gabe von effektiven Chemotherapeutika zu ermöglichen. Wenn es vom Remissionsdruck her vertretbar ist, sollte diese Chemotherapie als Monotherapie erfolgen, da dies in der Regel die Therapienebenwirkungen reduziert. Ein weiterer Faktor, der zur Lebensqualität beiträgt, ist die Applikationsform des Chemotherapeutikums: In der metastasierten Situation sollte die orale Administration angestrebt werden, da sie den Patientinnen eine möglichst unabhängige Einnahme ermöglicht und somit Arzttermine reduziert.

Auf Capecitabine, das in der Habilitationsschrift eingeschlossenen Multicenterstudie untersucht wird (Siedentopf et al. 2009, Originalarbeit 2), treffen die obengenannten

Parameter zu. 876 Patientinnen konnten in die Studie eingeschlossen werden und es konnte die gute Verträglichkeit von Capecitabine bestätigt werden.

Bei Capecitabine handelt es sich um ein orales Chemotherapeutikum, das eine sogenannte ‚Prodrug‘ von 5-Fluorouracil (5-FU) ist (Diasio 2002). Im Organismus wird es über drei enzymatische Reaktionen zu 5-FU umgewandelt, das wiederum zu den Antimetaboliten gehört (Hennessy et al. 2005). Die Therapieadhärenz beim metastasierenden Mammakarzinom mit Capecitabine wird als gut beschrieben (Partridge et al. 2010).

3.3. Endometriose

Eine weitere Erkrankung, die in der primären gynäkologischen Patientinnenversorgung eine große Bedeutung hat, ist Endometriose. Viele von an Endometriose erkrankten Patientinnen leiden zum einen unter chronischen Schmerzen, wie auch zum anderen unter der häufig mit der Grunderkrankung verbundenen Infertilität. Obwohl es eine Vielzahl von Theorien zur Entstehung der Endometriose gibt, ist ihre Ätiologie letztlich ungeklärt. Es scheint denkbar, dass immunologische Prozesse in der Pathogenese eine wichtige Rolle spielen. Z. B. gibt es den Nachweis, dass bei Endometriose-erkrankten Frauen die Konzentration an intraperitonealen Makrophagen erhöht ist im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen. Denkbar ist es, dass lokale immunologische Vorgänge wie die veränderte Konzentration von Zytokinen im Rahmen eines Regelkreises auch nach zentral zurückgemeldet werden und so eine spezifische neuronale Reaktion hervorrufen sowie Veränderungen im Verhalten der betroffenen Frauen bewirken. Zu dysfunktionalem Krankheitsverhalten („Sickness behavior“) können depressive Symptome genauso gehören wie verminderte Aktivität, Fatigue, Appetitlosigkeit, veränderte soziale Interaktionen und verändertes Sexualverhalten. Die Erkrankung an Endometriose und die häufig damit verbundene Infertilität kann des Weiteren zu einem erhöhten Stresslevel bei den betroffenen Frauen beitragen. Dieses hohe Stressniveau ist ebenfalls bekannt bei anderen Erkrankungen mit psychosomatischer Ätiologie bzw. Mitbedingtheit wie z. B. Kolon irritabile (Reizdarmsyndrom), verschiedenen dermatologischen Erkrankungen oder Komplikationen in der Schwangerschaft wie habituellen Aborten und Schwangerschaftsinduzierter Hypertonie.

An diesem Punkt schließt sich der Kreis zwischen Grundlagenforschung und Gynäkologischer Psychosomatik. Die möglichen Zusammenhänge zwischen peripherem Immunstatus, neuroendokrin-immunologischen Regelkreisen und psychosozialer Situation bei Endometriose weiter zu untersuchen, war Ziel der Studie, die hier als Originalarbeit 4 integriert ist (Siedentopf et al. 2008). Wir verglichen sterile Patientinnen mit und ohne Endometriose und prüften, ob sich die Erkrankung an Endometriose in messbaren Korrelaten auf immunologischer und psychosozialer/psychischer Ebene niederschlägt. Des Weiteren suchten wir nach Indikatoren im Serum, die das Vorhandensein von Endometriose anzeigen.

4. Eigene Arbeiten

4.1. Bedarf und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung bei Brustkrebspatientinnen

Siedentopf F, Marten-Mittag B, Utz-Billing I, Schoenegg W, Kentenich H, Dinkel A

Fragestellung:

Die Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado) wurde verwendet, um die somatische und psychischen Belastung sowie den psychosozialen Unterstützungsbedarf bei Brustkrebspatientinnen zu erfassen. Es handelt sich dabei um eine Fremdbeurteilungsskala mit 12 Items, die somatische, psychische und soziale Probleme bei Krebspatienten erfasst. Des Weiteren untersuchten wir soziodemographische und medizinische Prädiktoren der psychosozialen Belastung.

Material und Methode:

Von 2/2005 bis 09/2007 wurden 333 konsekutive Brustkrebspatientinnen untersucht. Zwei Ärztinnen evaluierten die psychosoziale Belastung der Patientinnen und stellten die Indikation zur professionellen psychosozialen Unterstützung anhand des PO-Bado-Manuals.

Ergebnisse:

Erschöpfung/Müdigkeit erreichte in der somatischen Belastungsskala die höchsten Werte, in der psychischen Belastungsskala waren dies die Items Angst/Sorgen/Anspannung und Trauer/Niedergeschlagenheit/Depression. Jüngeres Alter und die Vorgeschichte einer psychiatrischen/psychotherapeutischen Therapie waren mit höherer Belastung assoziiert. Frauen, bei denen eine Mastektomie geplant war, zeigten eine höhere somatische Belastung als Frauen vor brusterhaltender Therapie, hinsichtlich der psychischen Belastung zeigte sich jedoch kein Unterschied. Objektive, Brustkrebs-bezogene Variablen (Tumorgroße, Grading) waren nicht mit höherer Belastung assoziiert. Eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung wurde bei 23% der Patientinnen gesehen. Vorangegangene psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung war mit erhöhtem Unterstützungsbedarf assoziiert.

Schlussfolgerungen:

Die Erfassung des erweiterten psychosozialen Betreuungsbedarfs erfordert ein geeignetes Screening-Instrument. Die PO-Bado kann einfach in den klinischen Alltag integriert werden, dies hilft die psychosoziale Versorgung von Brustkrebspatientinnen zu verbessern.

(Siedentopf F, Marten-Mittag B, Utz-Billing I, Schoenegg W, Kentenich H, Dinkel A: Experiences with a specific screening instrument to identify psycho-social support needs in breast cancer patients. European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology 2010 Feb;148(2):166-71)

4.2. Capecitabine in der Behandlung des fortgeschrittenen Mammakarzinoms: Ergebnisse einer nicht-interventionellen Beobachtungsstudie bei 870 Patientinnen

Siedentopf F, Göhler T, Hesse T, Nusch A, Sülberg H

Fragestellung:

Diese Beobachtungsstudie untersuchte die Patientencharakteristika, Behandlungsschemata, Wirksamkeit und Verträglichkeit von Capecitabin in der klinischen Routine in Deutschland.

Material und Methode:

Patientinnen mit vorbehandeltem oder nicht für ein Anthrazyklin geeignetem fortgeschrittenem Mammakarzinom wurden mit Capecitabin behandelt. Daten der Behandlung bis zum Progress oder max. 12 Zyklen mit zusätzlicher Nachbeobachtung wurden dokumentiert.

Ergebnisse:

846 der 870 Patientinnen von 2002 bis 2007 konnten eingeschlossen werden. Capecitabin wurde als Monotherapie bei 64% der Patientinnen (mediane Startdosis 1,070 mg/m² b.i.d.) und bei 36% der Patientinnen als Kombinationstherapie (mediane Startdosis 987 mg/m² b.i.d.) verabreicht. Capecitabin wurde bei 35% als Erstlinientherapie gegeben. Die Ansprechrage betrug 41% und das mediane progressionsfreie Überleben war 7,5 Monate. Ein guter Allgemeinzustand zu Therapiebeginn war ein signifikanter Prädiktor der Wirksamkeit. Die häufigste nicht-hämatologische Toxizität war das Hand-Fuß-Syndrom (Alle Grade: 54%, Grad 3: 7%). Myelosuppression und Alopezie traten substantziell seltener unter Monotherapie als unter Kombinationstherapie auf.

Schlussfolgerungen:

Capecitabin allein oder in Kombination ist eine effektive Behandlung beim metastasierten Mammakarzinom. Unsere Ergebnisse aus dem Klinikalltag sind vorteilhaft im Vergleich zu interventionellen Studien, was eventuell an einer längeren Behandlungsdauer mit einer besser verträglichen Dosierung liegt.

(Siedentopf F, Göhler T, Hesse T, Nusch A, Sülberg H: Capecitabine in the routine treatment of advanced breast cancer: results of a non-interventional observational study in 870 patients. *Onkologie* 2009, 32(11):631-636)

4.3. Das Management der Milchgangsfistel: eine Evaluation 13-jähriger Erfahrung mit Fistelexstirpation und primärem Wundverschluss

Siedentopf F, Schoenegg W

Fragestellung:

Die Milchgangsfistel ist eine eher seltene und unvollständig verstandene Erkrankung der Mamma. Die Belastung für die betroffenen Frauen kann allerdings erheblich sein. Sie leiden unter Schmerzen, rezidivierenden Infektionen und schlechten kosmetischen Ergebnissen. Die adäquate chirurgische Herangehensweise ist nicht abschließend geklärt. In dem Artikel wird ein Überblick über die aktuell verfügbare Literatur gegeben und unsere Erfahrungen aus 13 Jahren operativer Behandlung der Milchgangsfistel dargestellt.

Material und Methode:

Es erfolgte die retrospektive Analyse der Krankengeschichten von Patientinnen, die zwischen 1993 und 2007 in unserem Zentrum behandelt wurden. Sie wurden mittels Telefoninterview anhand eines Fragebogens befragt. Die Gesamtzahl der betroffenen Frauen im Zeitraum von 07/1993 bis 10/2007 betrug 110, beim Follow-up wurden 78 Patientinnen erreicht.

Ergebnisse:

Der Mittelwert des Follow-up betrug 31 Monate (Range 4 - 175 Monaten). Das Durchschnittsalter der Patientinnen zum Zeitpunkt der Vorstellung betrug 40.5 Jahre (Range 20 - 65 Jahren). Die Beschwerdedauer vor der Operation ergab einen Mittelwert von 39 Monaten (Range 0 - 27 Jahre). Die Rezidivrate betrug 12%. 46% der Frauen waren voroperiert. Die Beeinträchtigung durch Schmerzen war erheblich: auf einer visuellen Analogskala von 0 bis 10 gaben die Patientinnen im Mittel 6,6 an.

Schlussfolgerungen:

Der lange Zeitraum bis zur definitiven operativen Versorgung verdeutlicht, wie wenig bekannt das Management der Milchgangsfistel ist. Bei den betroffenen Frauen besteht ein erheblicher Leidensdruck, der durch deutliche Schmerzen gesteigert wird. Die Operationstechnik der Fistelexstirpation mit primärem Wundverschluss unter antibiotischer Abdeckung bringt sehr gute Resultate und die Behandlung sollte in spezialisierten Zentren erfolgen.

(Siedentopf F, Schoenegg W: Das Management der Milchgangsfistel: eine Evaluation 13-jähriger Erfahrung mit Fistelexstirpation und primärem Wundverschluss. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2008; 68:1166-1170)

4.4. Immunstatus, psychosoziale Belastung und reduzierte Lebensqualität bei Patientinnen mit unerfülltem Kinderwunsch und Endometriose

Siedentopf F, Tariverdian N, Rücke M, Kentenich H, Arck PC

Fragestellung:

Endometriose ist eine häufige chronische Erkrankung bei Frauen, ihre klinischen Manifestationen sind chronischer Unterbauchschmerz und unerfüllter Kinderwunsch. Es wird vermutet, dass immunologische Prozesse wesentlich an der Entstehung und/oder dem Fortschreiten einer Endometriose beteiligt sind. Ziel dieser Studie war es, Zusammenhänge zwischen Immunstatus, psychosozialer Belastung, dysfunktionalem Krankheitsverhalten sowie Lebensqualität betroffener Frauen zu evaluieren.

Material und Methode:

In die Fall-Kontroll-Studie wurden 103 Frauen eingeschlossen. Es wurden psychosoziale Daten erhoben und die Serumwerte der Interleukine (IL) IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, IL-10, IL-12, IL-13, von Interferon (INF) INF- α und INF- γ sowie von tumor necrosis factor TNF- α und soluble intercellular adhesion molecule-1 (sICOM-1) analysiert.

Ergebnisse:

Bei 38 der 69 Patientinnen, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurde die Endometriose bestätigt. Patientinnen mit Endometriose berichteten eine reduzierte Lebensqualität, eine veränderte Th1/Th2-Ratio zugunsten Th1, sowie erhöhte IFN- α -Werte. sICOM-1-Werte wiesen dagegen keine Unterschiede auf. Zwischen den psychosozialen und den immunologischen Parametern konnte keine eindeutige Korrelation gefunden werden.

Schlussfolgerungen:

Frauen mit Endometriose könnten von stressreduzierenden Maßnahmen und der Entwicklung günstiger Copingmechanismen profitieren, die unterstützend dabei wirken, den Circulus vitiosus von Stress, dysfunktionalem Krankheitsverhalten und Depression zu durchbrechen.

(Siedentopf F, Tariverdian N, Rücke M, Kentenich H, Arck PC (2008): Immune Status, Psychosocial Distress and reduced Quality of Life in Infertile Patients with Endometriosis. American Journal of Reproductive Immunology; 60:449-461)

4.5. Körperbild und Entscheidungsprozess bei Brustkrebspatientinnen

Siedentopf F, Nagel M, Weidner K, Kentenich H

Fragestellung:

Brustkrebs, in Kombination mit der erforderlichen Operation, kann erhebliche psychologische Auswirkungen haben. Der Entscheidungsprozess vor der Operation ist bestimmt von der präoperativen Diagnostik, hängt aber auch von den Wünschen der Patientin ab. Das Körperbildkonzept spielt in diesem Kontext eine große Rolle.

Material und Methode:

Zwischen 1/2001 bis 1/2004 wurden 60 Brustkrebspatientinnen der DRK-Kliniken Westend im Rahmen einer Fallkontrollstudie frühpostoperativ zum Körperbild mit dem ‚Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers‘ (Fbek) befragt.

Ergebnisse:

Die Mittelwerte der FBeK-Skalen sind höher als in der gesunden Kontrollgruppe. Der Vergleich der Skalen mit der operativen Intervention zeigte einen signifikanten Unterschied in der Skala ‚Körperlich-sexuelles Missempfinden‘ ($p = 0.002$). Die postoperative Zufriedenheit hängt von der operativen Technik ab. Patientinnen nach Mastektomie mit oder ohne simultane Rekonstruktion sind zufriedener als Patientinnen mit brusterhaltender Therapie. Für die meisten Frauen ist eine Einflussnahme auf die Operationstechnik wichtig (68.3%, $n=41$). Für Frauen mit Mastektomie mit oder ohne Rekonstruktion ist der Entscheidungsprozess von größerer Wichtigkeit als bei brusterhaltender Therapie ($p=0.005$). Die meisten Patientinnen haben die präoperative Entscheidung als eine gemeinsame von Arzt und Patientin erlebt.

Schlussfolgerungen:

Die frühpostoperative Reaktion ist in hohem Maße von Coping- und Abwehrmechanismen geprägt. Probleme mit dem Körperbild sind wahrscheinlich erst zu einem späteren Zeitpunkt der Krankheitsverarbeitung relevant. Dies bedeutet, dass besonderer Wert auf das Follow-up der Patientinnen gelegt werden sollte und im Rahmen der Nachsorge bewusst Fragen nach dem Körperbild aufgegriffen werden sollten. In der frühpostoperativen Phase sind die meisten Patientinnen zufrieden mit dem Grad der Information und dem postoperativen Ergebnis.

(Siedentopf F, Schoenegg W (2008): Das Management der Milchgangsfistel: eine Evaluation 13-jähriger Erfahrung mit Fistelexstirpation und primärem Wundverschluss. Geburtshilfe und Frauenheilkunde; 68:1166-1170)

5. Diskussion

In der vorliegenden Habilitationsschrift werden die Einflüsse psychosomatischer Modelle und psychologischer Konstrukte auf die Betreuung von Patientinnen in der Frauenheilkunde sowie die Forschungstätigkeit in diesem Bereich illustriert. Grundannahme ist sowohl die Entstehung und Aufrechterhaltung von Erkrankungen auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells (Engel 1977), als auch die besondere Situation in der Frauenheilkunde, deren historische Wurzeln schon früh psychosomatische Ansätze und Gedanken erkennen lassen. Der ich-nahe und intime Untersuchungsgegenstand in der Frauenheilkunde, nämlich die weiblichen Genitalorgane, bedarf per se besonderer Aufmerksamkeit hinsichtlich psychischer Auswirkungen. Insofern ist es folgerichtig, dass nicht nur bei klassischen Psychosomatosen wie dem chronischen Unterbauchschmerz der Frau psychosomatische Aspekte mitbedacht werden, sondern dass auch Routinemaßnahmen wie die Aufklärung vor Operationen hinsichtlich ihrer Wirkung auf die Psyche reflektiert werden. Niedergeschlagen haben sich die in der Praxis erforderlichen psychosomatischen Kenntnisse in der Weiterbildungsordnung des Fachgebietes, in dem der Erwerb psychosomatischer Grundkenntnisse durch den Nachweis der Psychosomatischen Grundversorgung seit 2004 verpflichtend ist.

Darüber hinaus ist der Frauenarzt oder die Frauenärztin primärer Ansprechpartner bei einer Vielzahl von Lebensereignissen von Frauen, die er/sie oft nur in beratender und gar nicht unbedingt ärztlich-heilender Weise begleitet. Dies führt auch zur vielfach verwendeten Bezeichnung des Frauenarztes als ‚Hausarzt der Frau‘. In der gynäkologischen Praxis ist also frauenärztlich-psychosomatisches Handeln eher Haltung der ärztlich Tätigen denn Wissenschaft.

Neben dieser wenig in Frage gestellten Bedeutung der psychosomatischen Aspekte für die Versorgungsrealität, ist Forschung in der Psychosomatik dagegen eher schwierig umzusetzen. Oft fehlen die scheinbar objektiven Parameter, die mess- und reproduzierbar sind. Die Subjektivität der Patientin rückt in den Fokus der Betrachtung und das scheint ein Widerspruch in sich zu sein. Fragebogenbefragungen als häufiges verwendetes Instrument in psychosomatischen Studien können nur eine Annäherung an dahinterliegende psychische Prozesse sein.

Auch bei organischen Erkrankungen, bei denen hinsichtlich ihrer Entstehung und ihres Verlaufs nicht prima vista an psychosomatische Zusammenhänge gedacht wird, können wir in unseren Arbeiten Schnittstellen mit der psychosomatischen Frauenheilkunde aufzeigen.

Beim metastasierten Mammakarzinom tritt in der Wahl der Therapie die Lebensqualität der betroffenen Frauen in den Vordergrund. Auch wenn die Lebenserwartung durch neue, zielgerichtete Therapien steigt, ist mit der Diagnose einer Fernmetastasierung die Erkrankung per se nicht mehr heilbar und jede ärztliche Maßnahme dient der Palliation. Die primären Therapieziele umfassen nach einem Konsensuspapier der Central European Cooperative Oncology Group (CECOG) beim metastasierten Mammakarzinom die Maximierung der Lebensqualität, die Prävention und Palliation von tumorbedingten Symptomen sowie die Verlängerung des Überlebens (Beslija et al. 2009).

Die Therapiewahl wird von einer Reihe von Faktoren mitbestimmt und muss individuell getroffen werden. Es gilt unter Berücksichtigung psychosozialer Gesichtspunkte, Schemata zu etablieren, die nebenwirkungsarm sind und der Patientin ein Maximum an Unabhängigkeit vom medizinischen System ermöglichen. Beispielsweise sollte hierbei einer oralen Applikation von Medikamenten der Vorzug gegeben werden. Idealerweise besteht dabei auch eine gute Ansprechrate und progressionsfreies Überleben.

Mitberücksichtigt werden muss auch die Tumorbiologie und damit der Hormonrezeptorstatus, HER-2-neu-Status, die Länge des rezidivfreien Intervalls, Lokalisation und Anzahl der Metastasen sowie weitere tumorbedingte Symptome (Beslija et al. 2009).

In der Originalarbeit 2 (Siedentopf et al. 2009) konnte in einer Multicenterstudie die Effektivität und gute Akzeptanz von Capecitabine in der first-line-Therapie beim metastasierten Mammakarzinom nachgewiesen werden. Es konnte sogar mit einer reduzierten Dosis des Chemotherapeutikums (und damit verbundenen geringeren Nebenwirkungen) ein progressionsfreies Überleben von im Median 7,5 Monaten und eine Ansprechrate von 40% erreicht werden. Gerade die reduzierte Dosis führte zu einer guten Therapieadhärenz der Patientinnen mit einem geringen Ausmaß an ausgeprägter Toxizität (Grad 3 oder 4). Für die Patientin von Vorteil ist außerdem die

ausbleibende Alopezie und geringe Hämatoxizität bei der Anwendung von Capecitabine. Im Vergleich zu anderen Monochemotherapien, die beim metastasierten Mammakarzinom first-line eingesetzt werden, ist das progressionsfreie Überleben insgesamt günstig zu bewerten (O'Shaughnessy et al. 2012).

Sowohl in der adjuvanten als auch in der metastasierten Situation ist beim Mammakarzinom die psychosoziale Unterstützung ein wichtiger Faktor bei der Krankheitsverarbeitung.

In der Originalarbeit 1 (Siedentopf et al. 2010) untersuchten wir den Bedarf an psychosozialer Unterstützung bei primären Mammakarzinompatientinnen mit Hilfe der PO-Bado. Die Diagnose Brustkrebs bedeutet eine enorme psychosoziale Belastung, die die Lebensqualität der Frau wesentlich beeinträchtigen kann. Psychische Reaktionen auf die Diagnose Brustkrebs reichen von Gefühlen der Verletzlichkeit, Trauer und Angst bis hin zu stark einschränkenden Problemen wie Depression, Angststörungen, Panik, sozialer Isolation und Lebenskrisen. Etwa ein Drittel der Patientinnen mit Brustkrebs leiden unter einer Angststörung oder Depression, bis zu 40% der befragten Frauen äußern Bedarf an einer weitergehenden psychosozialen Unterstützung (Söllner et al. 2004).

Gerade zum Zeitpunkt der Diagnosestellung hat die emotionale Unterstützung der Patientin durch Familie, Freunde und medizinisches Personal einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität (Arora et al. 2007).

Das frühzeitige Erkennen eines psychosozialen Bedarfs kann demnach bei der Krankheitsverarbeitung helfen und späteren psychosozialen Stress vermeiden.

Jedoch nur ein geringer Anteil der psychosozialen Belastungen und psychischen Störungen bei Krebspatienten wird tatsächlich frühzeitig erkannt und einem Interventionsangebot zugeführt (Hardman et al. 1989, Söllner et al. 2001). Die Gründe für das Nichterkennen werden ebenfalls benannt. Es handelt sich dabei um folgende:

- erhöhter Zeitaufwand des Ansprechens psychosozialer Probleme
- ungenügende personelle und finanzielle Ressourcen
- ungenügende Kenntnisse des Arztes/Pflegepersonals über die psychosoziale Belastung und deren Erfassung
- mangelnde kommunikative Fähigkeiten

- Einräumen eines geringen Stellenwertes für die psychosoziale Belastung

In unserem Kollektiv war der in der PO-Bado erhobene Unterstützungsbedarf niedriger als in der Untersuchung von Söllner et al. (2004). Dies kann damit zusammenhängen, dass in der zitierten Untersuchung die Patientinnen vorselektiert waren und im Rahmen eines psychosomatischen Konsil-Liaisondienstes befragt wurden, während wir in unserer Untersuchung alle Frauen mit der Diagnose Mammakarzinom explorierten.

Ein weiteres Ergebnis unserer Untersuchung mit Implikationen für die konkrete Betreuung ist, dass die somatische und psychosoziale Belastung bei denjenigen Patientinnen besonders groß ist, die angaben, schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung gewesen zu sein. Diese Vortherapie (und die damit assoziierte psychische Belastung) sind als Risikofaktoren für die Krankheitsverarbeitung bei der Diagnose eines Mammakarzinoms anzusehen.

Wir fanden, dass bei jüngeren Frauen die psychische Belastung besonders hoch ist, ohne dass dies einen höheren Bedarf an psychosozialer Unterstützung mit sich brachte. Unser Ergebnis deckt sich mit einer Untersuchung von Herschbach et al. (2004), die in einem Kollektiv von 1721 Tumorpatienten eine größere psychische und somatische Belastung bei Brustkrebspatientinnen im Vergleich zu den anderen untersuchten Tumorentitäten vor allem dann fanden, wenn die Patientinnen jünger (prämenopausal) waren und/oder eine fortgeschrittene Tumorerkrankung hatten.

Vor allem die einfache Anwendbarkeit der von uns in der Studie verwendeten PO-Bado sollte ein Argument dafür sein, diese in der Routineversorgung z.B. bei der Patientinnenaufnahme einzusetzen. Das besondere Merkmal der PO-Bado ist darüber hinaus, dass es sich um eine Fremdbeurteilungsskala handelt, die am häufigsten angewendeten Instrumente sind dagegen Selbstbeurteilungsfragebögen. Unzweifelhaft haben Selbstbeurteilungsbögen viele Vorteile, sie fokussieren auf die subjektive Erfahrung der Patienten, sind häufig sehr kurz und rasch auszuwerten. Nachteilig dagegen sind Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit oder eine generelle Weigerung der Patientinnen in der besonderen Belastungssituation auch noch Fragebögen auszufüllen. In einem Interview hingegen können auch non-verbale Signale psychosozialer Belastung verwertet werden und selbst bei schwerkranken Patienten, die evtl. nicht mehr selber in der Lage sind, selbstständig

Fragebögen zu beantworten, kann trotzdem ein Assessment stattfinden. Aus den genannten Gründen ist eine Fremdbeurteilungsskala wie die PO-Bado eine wertvolle und notwendige Ergänzung.

In unserem Patientinnenkollektiv zeigte sich außerdem, dass ein großer Teil der Frauen, bei denen zunächst kein professioneller Unterstützungsbedarf seitens der Interviewerin diagnostiziert wurde, im weiteren Verlauf doch weitere Unterstützung benötigten. Dies macht deutlich, dass sich der Betreuungsbedarf sehr rasch ändern kann, z.B. durch ein ungünstiges histologisches Ergebnis nach der Operation und somit auch das Screening ggf. in Abständen wiederholt werden sollte. Mögliche Zeitpunkte, zu denen in jedem Fall eine erneute Evaluation sinnvoll ist, wären z.B. wenn ein Rezidiv oder Fernmetastasen auftreten.

Insgesamt ließ sich in unserem Kollektiv kein Zusammenhang zwischen dem Unterstützungsbedarf und Tumorgröße, Tumorstadium oder geplanter operativer Maßnahme herstellen.

In der Regel wird während der Aufnahmesituation auch die Entscheidung bezüglich des operativen Vorgehens mit der Patientin diskutiert. Wir untersuchten bei 60 Mammakarzinompatientinnen die Faktoren der Entscheidungsfindung vor der Operation und das Körperbild zu einem frühpostoperativen Zeitpunkt. Dabei wurde deutlich, dass die subjektive Einflussnahme auf den Operationsmodus von den Patientinnen als sehr bedeutsam eingeschätzt wurde (Siedentopf et al. 2008, Originalarbeit 5).

Unmittelbar postoperativ ist das Körperbild im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen nicht negativ beeinflusst, wobei nicht auszuschließen ist, dass zu diesem Zeitpunkt auch Abwehrmechanismen wirken, die im weiteren Prozess der Krankheitsverarbeitung nicht mehr vorhanden sind. Wir fanden auch, dass die Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen und dem Operationsergebnis frühpostoperativ bei den meisten Frauen gut ist. Dies war in unserem Kollektiv unabhängig von der Operationsmethode (brusterhaltende Therapie oder Mastektomie). Hier handelt es sich um ein interessantes Resultat unserer Arbeit, da es von dem Gros der Literatur abweicht, die eher zu dem Ergebnis kommt, dass eine höhere Zufriedenheit nach brusterhaltender Therapie besteht.

Wir haben dieses Resultat in der Weise interpretiert, dass die Erleichterung über den überstandenen operativen Eingriff die emotionale Reaktion sehr beeinflusst

und damit auch ein stärker ins Körperbild eingreifender operativer Eingriff wie die Mastektomie zunächst nicht negativ hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis bewertet wird. Des Weiteren ist es denkbar, dass die hohe Zufriedenheit Resultat intrapsychischer Abwehrmechanismen ist, die zunächst im Rahmen der Krankheitsverarbeitung Teil einer unbewussten Copingstrategie sind. Somit kann sich dieser Status auch im weiteren Krankheitsverlauf durchaus wieder ändern und ist damit eher kein stabiles Ergebnis der angewendeten Operationsmethode. Dies hat Implikationen für die Betreuung der Patientinnen, beispielsweise im Rahmen der Nachsorge. Im Gespräch mit der Patientin sollten die Auswirkungen auf das Körperbild wiederholt thematisiert und aktiv nachgefragt werden.

Langzeitergebnisse im Rahmen der Mammachirurgie zeigen, dass die Patientinnen in hohem Prozentsatz erneut die gleiche Operationsmethode wählen würden und auch nach Jahren (im Prinzip) zufrieden sind (Gui et al. 2008). Die Rate der Zufriedenheit nimmt aber dennoch ab (Al Ghazal et al. 2000, Clough et al. 2001).

Mit der Durchführung einer Mastektomie wird eine Beeinträchtigung der Weiblichkeit und des Körperbildes assoziiert. Rowland et al. (2000) stellten nach Mastektomie mehr physische Beschwerden, sowohl mit als auch ohne Rekonstruktion, sowie eher sexuelle Einschränkungen als nach brusterhaltender Operation fest. Dies kann in einer reduzierten Lebensqualität resultieren. Für Frauen mit Mastektomie mit oder ohne Rekonstruktion war der Entscheidungsprozess in unserer Untersuchung von signifikant größerer Wichtigkeit als bei brusterhaltender Therapie. Das impliziert, dass insbesondere bei größeren operativen Eingriffen mit weitreichenden Folgen, ggf. auch Folgeeingriffen, in die Aufklärung und Entscheidungsfindung sehr viel Aufmerksamkeit investiert werden sollte, um dem Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung gerecht zu werden und negativen Auswirkungen auf die Krankheitsverarbeitung vorzubeugen.

Die meisten Patientinnen haben jedoch in unserer Untersuchung in diesem Sinne die präoperative Entscheidung als eine gemeinsame von Arzt und Patientin erlebt.

Die Erwartungen an eine rekonstruktive Maßnahme sind generell sehr hoch. Es geht um nicht weniger als die Wiederherstellung der körperlichen Integrität und des Körperbildes, Minimierung der sexuellen Funktionsstörung und damit einen Abschluss der Erkrankung und den Weg zurück in die physische und emotionale ‚Normalität‘. Für eine Rekonstruktion entscheiden sich eher die jüngeren und

gesünderen Frauen (z.B. Fallbjörk et al. 2010), die sexuell aktiv sind, sowie berufstätige (Rowland et al. 1995) und besser ausgebildete (Ananian et al. 2004) Frauen.

Die ärztliche Beratung ist dabei in der Entscheidungsfindung von großem Einfluss.

Es sollte in der Beratungssituation mit berücksichtigt werden, dass mit einer Sofortrekonstruktion evtl. eine geringere psychische Belastung (Al Ghazal et al. 2000) sowie gute kosmetische Resultate (Ananthakrishnan & Lucas 2008) verbunden sind. Falls onkologisch vertretbar, kann auch eine Nipple-sparing-Mastektomie erfolgen, was sich günstig auf die psychische Verarbeitung auswirken kann.

Mögliche Nachteile können dagegen eine Überforderung durch die Entscheidungsfindung, oft kurz nach Diagnosestellung, und damit die limitierte Auseinandersetzung mit den verschiedenen möglichen Methoden sein. Häufig steht auch die postoperative onkologische Therapie präoperativ noch nicht endgültig fest und kann das Ergebnis gefährden (z.B. bei einer adjuvanten Strahlentherapie).

In Analogie zu Metcalfe et al. (2012) sind wir der Auffassung, dass die psychosoziale Belastung durch die Brustkrebsdiagnose entsteht und sich durch Rekonstruktion nicht verhindern lässt. In der Konsequenz ist psychosoziale Unterstützung unabhängig vom operativen Procedere immer notwendig.

Als weitere Konsequenz für die Betreuung betroffener Frauen scheint es sehr sinnvoll, gerade die Untersuchung des sozialen Unterstützungsbedarfs wie auch des Körperbildes als veränderliche Größen im weiteren Krankheitsverlauf gelegentlich zu wiederholen, um Veränderungen zu erfassen und im Bedarfsfall unterstützende Konzepte anzubieten.

Auch nicht-maligne Erkrankungen in der Frauenheilkunde haben weitreichende Implikationen auf das Leben betroffener Frauen. Chronische Erkrankungen, gerade im Zusammenhang mit Schmerzen, haben gesellschaftlich erhebliche sozioökonomische Bedeutung. Chronische Schmerzpatienten sind häufig arbeitsunfähig, soziale Bezüge werden negativ beeinflusst mit der Folge einer verminderten Lebensqualität. Ein häufiges chronisches Schmerzsyndrom in der frauenärztlichen Praxis ist der chronische Unterbauchschmerz, mit oder ohne Zusammenhang zu Endometriose. Aber auch bei anderen nicht primär gynäkologischen Krankheitsbildern wie Fibromyalgie-Syndrom oder Migräne ist der

Frauenarzt häufig primärer Ansprechpartner für Betroffene. Dies liegt an der besonderen Rolle des Frauenarztes als ‚Hausarzt der Frau‘. An dieser Stelle sollen nun weitere, häufig chronisch verlaufende Krankheitsbilder aus der gynäkologischen Praxis diskutiert und Behandlungsmaßnahmen dargestellt werden.

Wir fanden bei Frauen mit Milchgangsfisteln einen oftmals langjährigen chronischen Krankheitsverlauf. Die Beschwerdedauer vor der Operation ergab einen Mittelwert von 39 Monaten (Range 0 - 27 Jahre) und nahezu die Hälfte der Frauen war voroperiert.

Die Beeinträchtigung durch Schmerzen konnten wir durch den Einsatz einer visuellen Analogskala von 0 bis 10 verdeutlichen. Im Mittel gaben die Patientinnen 6,6 an, was einer relativ hohen subjektiven Einschätzung entspricht (Originalarbeit 3, Siedentopf & Schoenegg 2008). Bei den betroffenen Frauen besteht ein erheblicher Leidensdruck, der durch die starken Schmerzen und den chronischen Verlauf mit teilweise wiederholten Operationen gesteigert wird.

Im Management der Milchgangsfistel ist das rechtzeitige Erkennen von grundlegender Wichtigkeit, denn häufig erfolgt keine vollständige Fistelexstirpation, sondern ausschließlich die Abszeßspaltung, die als ungenügend zur operativen Sanierung angesehen werden muss.

Die Rezidivrate nach Fistelexstirpation wird in der Literatur unterschiedlich angegeben. Hanavedi et al. (2006) berichten 23% Rezidive. In unserem Kollektiv liegt die Rezidivrate mit 12% eher niedrig. Dies könnte in unserem Kollektiv dadurch mitbedingt sein, dass eine langjährige Erfahrung der Operateure im Umgang mit der Fistelexstirpation besteht, weshalb auch die Empfehlung ausgesprochen wird, dass die Behandlung von Milchgangsfisteln in spezialisierten Zentren erfolgen sollte.

Auch in unserem Kollektiv verdeutlicht der teilweise sehr lange Zeitraum bis zur definitiven operativen Versorgung, wie wenig bekannt das Management der Milchgangsfistel ist.

Bei der Milchgangsfistel handelt es sich demzufolge um ein wenig bekanntes Krankheitsbild, das in vielen Fällen mit chronischem Schmerz vergesellschaftet ist. Die Therapie ist vielen gynäkologischen Operateuren nicht vertraut. Mit unserer Untersuchung erhoffen wir uns verstärkte Aufmerksamkeit für die erhebliche Belastung der betroffenen Frauen zu generieren, sowie die durch langjährige

Erfahrung untermauerte therapeutische Herangehensweise an unserem Patientinnenkollektiv darzustellen.

Die Integration von Methoden der Grundlagenforschung und neuere Entwicklungen bei den bildgebenden Verfahren bieten für die psychosomatische Forschung ein großes Potential (Lane et al. 2009). Die psychosomatische Forschung in der Frauenheilkunde steht in dieser Entwicklung noch ganz am Anfang.

In der hier vorliegenden Habilitationsschrift konnten wir in der integrierten Originalarbeit 4 (Siedentopf et al. 2008) das Zusammenwirken von immunologischen Prozessen, psychischer Belastung und der Lebensqualität bei Sterilitätspatientinnen mit Endometriose nachweisen. Die Endometriose ist eine klinisch relevante und wichtige Ursache für chronischen Unterbauchschmerz. Sie gilt als eine der häufigsten gynäkologischen Erkrankungen, wobei verlässliche Angaben zur Inzidenz und Prävalenz in der Literatur fehlen. In Deutschland wird von etwa 40.000 Neuerkrankungen pro Jahr ausgegangen. Problematisch ist neben dem chronischen Verlauf das lange im Durchschnitt sechs Jahre betragende Intervall bis zur Diagnosestellung (AWMF-Leitlinie Endometriose 2010). Fast jede Frau mit symptomatischer Endometriose leidet unter mehr oder weniger schwerer Dysmenorrhoe. Wenn dieses Symptom fehlt, sollten andere Differentialdiagnosen des Unterbauchschmerzes bedacht werden (Sillem & Teichmann 2003). Es gibt außerdem epidemiologische Untersuchungen, die auf eine Assoziation der Endometriose mit anderen chronischen Schmerzerkrankungen wie Migräne und chronischem Reizdarmsyndrom hinweisen (Lea et al. 2004, Tietjen et al. 2006, Tietjen et al. 2007).

Häufig besteht neben chronischem Unterbauchschmerz bei Endometriose ein unerfüllter Kinderwunsch, beide Symptome bedeuten für die betroffenen Frauen oft eine erhebliche psychische Belastung.

Fragestellung unserer Studie war es nun, Zusammenhänge zwischen Endometriose, Lebensqualität und neuro-endokrin-immunologischen Parametern zu untersuchen. Darüber hinaus ging es uns darum, ob sich im Serum immunologische Marker detektieren lassen, die hinweisend auf das Vorhandensein von Endometriose sind. Der Hintergrund dafür sind Beobachtungen, dass Depressionen mit der Erhöhung von Zytokinen wie IL-1, IL-2, IL-6 oder TNF- α (Anisman & Merali 2002) und Depressionsmarkern wie sICAM-1 assoziiert sein können. Des Weiteren gehen wir

davon aus, dass ein neuro-endokrin-immunologisches Ungleichgewicht wiederum dysfunktionales Krankheitsverhalten fördern kann. Auch dafür gibt es experimentelle Hinweise: dysfunktionales Krankheitsverhalten kann im Tierversuch durch die Gabe von IL-1 oder TNF- α ausgelöst werden (Avitsur et al. 1997; Yirmiya et al. 1999), Reichenberg et al. (2001) erzielten vergleichbare Resultate bei gesunden Versuchspersonen durch die Gabe von Endotoxin, was wiederum konsekutiv zur Erhöhung von u.a. IL-1 und TNF- α führt.

In unserem Kollektiv war die emotionale Belastung der Patientinnen so deutlich, dass sie das Niveau einer depressiven Reaktion erreichte sowie im Serum der betroffenen Frauen eine Erhöhung des Depressionsmarkers INF- α nachgewiesen werden konnte. Interessanterweise war auch bei Frauen mit leichter Endometriose ein hoher Grad an psychischer Belastung feststellbar. Reduzierte Lebensqualität und erhöhte Depressionsmarker im Serum fanden wir ebenfalls bei Patientinnen mit fortgeschrittener Endometriose.

Im Serum fand sich kein eindeutiger immunologischer Hinweis auf Endometriose, jedoch eine Verschiebung der Th1/Th2-Cytokin-Ratio zugunsten von Th1 gerade bei den frühen Endometriosestadien rASRM Grad I/II, was hinweisend auf eine pro-inflammatorische Konstellation ist.

Wir gehen davon aus, dass die hohe psychische Belastung in der Folge auch das Immunsystem in besonderem Maße beeinflusst. Hier scheint ein Circulus vitiosus von immunologischen Alterationen, depressiver Reaktion und Fortschreiten der Endometriose zu bestehen, der für die Versorgung der Patientinnen Implikationen mit sich bringt. Mit den erkrankten Frauen sollten Strategien erarbeitet und ihnen Konzepte angeboten werden, die Stress und psychosoziale Belastung mit der Zielsetzung reduzieren, auch das Fortschreiten der Endometriose positiv zu beeinflussen und dysfunktionales Krankheitsverhalten zu vermeiden.

Gerade im Umgang mit chronischen Schmerzen bieten sich Begleitung und Interventionen gemäß der psychosomatischen Grundversorgung an. Die primäre Betreuung sollte vom niedergelassenen Frauenarzt koordiniert werden, um so wiederholte Re-Operationen, die ein Problem bei chronischem Unterbauchschmerz sind, vermeiden zu helfen (AWMF-Leitlinie Chronischer Unterbauchschmerz der Frau 2009). Eine weitere Schwierigkeit in der therapeutischen Beziehung sind häufige

Arztwechsel („Ärzte-Hopping“), die ebenfalls durch eine kontinuierliche Arzt-Patientin-Beziehung vermieden werden können.

Die ärztliche Grundhaltung sollte sich um ein einführendes Verstehen der Beschwerden im Lebenskontext der Patientin, um eine konsequente Berücksichtigung sowohl somatischer als auch psychosozialer Faktoren und damit um eine Verbesserung von Lebensqualität und Leistungsfähigkeit bemühen. Es werden im Gespräch offene Fragen empfohlen, die es der Patientin überlassen, welche Aspekte sie zuerst schildert; diese fördern außerdem den Gesprächsfluss, die Motivation zur Zusammenarbeit und signalisieren die Bereitschaft zu einem Arbeitsbündnis. Verbal und nonverbal sollten Aufmerksamkeit und Interesse gezeigt werden (Schaefer et al. 2012, Hausteiner-Wiehle et al. 2012, Hausteiner-Wiehle et al. 2013).

6. Zusammenfassung und Ausblick

Schon früh in der Historie der Gynäkologie und Geburtshilfe als eigenständigem Gebiet im Fächerkanon der Medizin treten psychosomatische Aspekte sowohl in der Ätiologie als auch in der Aufrechterhaltung krankmachender Prozesse in Erscheinung.

Der aktuelle Diskurs in der gynäkologischen Psychosomatik macht deutlich, dass dies auch heute bei den verschiedensten Erkrankungen und Lebensbedingungen von Frauen relevant ist.

In der vorliegenden Habilitationsschrift konnten wir ausgewählte Aspekte der Psychosomatischen Frauenheilkunde darstellen und ihre Verbindung zur Grundlagenforschung, chronischen Erkrankungen sowie psychologischen Konstrukten verdeutlichen.

Eine mögliche Zukunftsperspektive im Hinblick auf Forschung und Wissenschaft ist, dass eine vermehrte Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen der Grundlagenforschung evtl. auch unter Nutzung der funktionellen Bildgebung (funktionelles MRT) und der Genetik weitere Erkenntnisse zu psychosomatischen Phänomenen in der Gynäkologie erbringen wird. Interdisziplinarität und Vernetzung ist dabei nicht nur wünschenswert, sondern essentiell und vereint die Disziplinen der Immunologie als spezialisierter Bereich der Physiologie, die bildgebenden Verfahren im Rahmen der Neurophysiologie, die Psychologie mit ihren Möglichkeiten der Quantifizierung und die Genetik vor allem mit den interessanten Phänomenen der Epigenetik.

7. Literatur

1. Aaronson LS. Perceived and received support: effects on health behaviour during pregnancy. *Nurs Res* 1989; 38: 4-9
2. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman S, de Haes JCJM, Kaasa S, Klee M, Osoba D, Razavi D, Rofe PB, Schraub S, Sneeuw K, Sullivan M, Takeda F. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85: 365-376
3. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer* 2000; 36(15): 1938-43
4. Ananian P, Houvenaeghel G, Protière C, Rouanet P, Arnaud S, Moatti JP, Tallet A, Braud AC, Julian-Reynier C. Determinants of patients' choice of reconstruction with mastectomy for primary breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2004; 11(8): 762-71
5. Ananthkrishnan P, Lucas A. Options and considerations in the timing of breast reconstruction after mastectomy. *Cleve Clin J Med* 2008; 75 Suppl 1:S30-3
6. Anisman H, Merali Z. Cytokines, stress, and depressive illness. *Brain Behav Immun* 2002; 16: 513-24
7. Arora NK, Finney Rutten LJ, Gustafson DH, Moser R, Hawkins RP. Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psychooncology* 2007; 16(5): 474-86
8. Avitsur R, Cohen E, Yirmiya R. Effects of interleukin-1 on sexual attractiveness in a model of sickness behavior. *Physiol Behav* 1997; 63: 25-30

9. Beslija S, Bonneterre J, Burstein H, Cocquyt V, Gnant M, Goodwin P, Heinemann V, Jassem J, Köstler WJ, Krainer M, Menard S, Petit T, Petruzella L, Possinger K, Schmid P, Stadtmaier E, Stockler M, Van Belle S, Vogel C, Wilcken N, Wiltchke C, Zielinski CC, Zwierzina H. Second consensus on medical treatment of metastatic breast cancer. *Ann Oncol* 2007; 18: 215–225
10. Borkenhagen A. Einstellungen und Erlebnisweisen des Körpers im Zusammenhang mit dem Wunsch nach einer Körpermodifikation - Körperleben bei subklinischen und klinischen Störungen des Körperbildes. Habilitationsschrift 2009, Universität Leipzig
11. Breitsameter C. Medical decision-making and communication of risks: an ethical perspective. *J Med Ethics*. 2010; 36(6): 349-52
12. Bühren A, Voderholzer U, Schulte-Markwort M, Loew TH, Neitscher F, Hohagen F, Berger M. Psychische Erkrankungen: Alle Fachgebiete sind gefordert, *Deutsches Ärzteblatt* 2008; 105: B 764-B 767
13. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, Silberman M, Yellen SB, Winicour P, Brannon J: The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993; 11(3): 570-9
14. Da Costa DM. A prospective study on the influence of stress, social support and coping on birth outcomes and depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum. *Dissertation Abstracts international: Section B: The Science & Engineering*. Vol 60(8-B) (2000) (pp 4213)
15. David M, Siedentopf F, Kentenich H: Anmerkungen zur Geschichte der psychosomatischen Frauenheilkunde in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert in Kreienberg R, Ludwig H (Herausgeber): 125 Jahre Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin/Heidelberg, Springer-Verlag 2011, S. 65-80

16. Deuschle M, Lederbogen F: Depression und koronare Herzerkrankung: pathogenetische Faktoren vor dem Hintergrund des Stresskonzeptes. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2002; 70: 268–75
17. Diasio RB. An evolving role for oral fluoropyrimidine drugs. *J Clin Oncol* 2002; 20: 894–896
18. Engel GL. The need for a new model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-13
19. Engel J, Beinert T, Delius M, Hölzel D, Schubert-Fritschle G. Epidemiologie. In: *Manual Mammakarzinome des Tumorzentrums*. München, Zuckschwerdt, 2007, S. 1-11
20. Fallbjörk U , Karlsson S , Salander P, Rasmussen BH. Differences between women who have and have not undergone breast reconstruction after mastectomy due to breast cancer. *Acta Oncologica* 2010; 49: 174–179
21. Fallowfield L. Acceptance of adjuvant therapy and quality of life issues. *Breast* 2005; 14(6): 612-6
22. Fydrich T, Sommer G, Brähler E. Fragebogen zur sozialen Unterstützung. Handanweisung. Göttingen, Hogrefe 2003
23. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2005. Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter
24. Goldberg J. I., Borgen P. I. Breast cancer susceptibility testing: past, present and future. *Expert Rev Anticancer Ther* 2006; 6 (8): 1205-1214
25. Gui GP, Kadayaprath G, Tan SM, Faliakou EC, Choy C, Ward A, A'hern R. Long-term quality-of-life assessment following one-stage immediate breast reconstruction using biodimensional expander implants: the patient's perspective. *Plast Reconstr Surg* 2008; 121(1): 17-24

26. Haan D, Baker F, Denniston M, Gesme D, Reding D, Flynn T, Kennedy J, Kieltyka L: The influence of social support on depressive cancer patients – age and gender differences. *J Psychosom Res* 2002; 52: 279-283
27. Härtl K, Schennach R, Müller M, Engel J, Reinecker H, Sommer H, Friese K. Quality of life, anxiety, and oncological factors: a follow-up study of breast cancer patients. *Psychosomatics*. 2010; Mar;51(2): 112-23
28. Härtl K, Engel J, Herschbach P, Reinecker H, Sommer H, Friese K. Personality traits and psychosocial distress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psychooncology* 2010; 19: 160-169
29. Hanavadi S, Pereira G, Mansel RE. How mammillary fistulas should be managed. *Breast J* 2005; 11(4): 254-6
30. Hardman A, Maguire P, Crowther D. The recognition of psychiatric morbidity on an oncology ward. *J Psychosom Res* 1989; 33: 235–239
31. Hausteiner-Wiehle C, Schaefert R, Sattel H, Ronel J, Herrmann M, Häuser W, Henningsen P. AWMF-Leitlinie zum Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. AWMF-Reg.-Nr. 051–001, 2012
32. Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P, Häuser W, Herrmann M, Ronel J, Sattel H, Schäfert R. Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. S3-Leitlinie mit Quellentexten und Praxismaterialien. Schattauer, Stuttgart 2013; in press
33. Hennessy BT, Gauthier AM, Michaud LB, Hortobagyi G. Lower dose capecitabine has a more favorable therapeutic index in metastatic breast cancer: retrospective analysis of patients treated at M. D. Anderson Cancer

- Center and a review of capecitabine toxicity in the literature. *Annals of Oncology* 2005; 16: 1289–1296
34. Herschbach P, Keller M, Knight L, Brandl T, Huber B, Henrich G, Marten-Mittag B. Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *Br J Cancer* 2004; 91(3): 504-11
35. Herschbach P, Book K, Brandl T, Keller M, Lindena G, Neuwöhner K, Marten-Mittag B: Psychological distress in cancer patients assessed with an expert rating scale. *Br J Cancer* 2008; 99(1): 37-43
36. Hirsch M. Was ist Frauenkunde? *Zentralblatt Gynäkologie* 1912; 36: 1648-1651
37. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* 2004; 34(4): 594–611
38. Jiang W, Krishnan R, Kuchibhatla M, Cuffe MS, Martsberger C, Arias RM, O'Connor CM; SADHART-CHF Investigators. Characteristics of Depression Remission and Its Relation With Cardiovascular Outcome Among Patients With Chronic Heart Failure (from the SADHART-CHF Study). *Am J Cardiol* 2011; 107(4): 545-51
39. Lane RD, Waldstein SR, Critchley HD, Derbyshire SW, Drossman DA, Wager TD, Schneidman N, Chesney MA, Jennings JR, Lovallo WR, Rose RM, Thayer JF, Cameron OG: The rebirth of neuroscience in psychosomatic medicine, part II: clinical applications and implications for research. *Psychosom Med* 2009, 71: 135–151
40. Leitlinie Chronischer Unterbauchschmerz der Frau. AWMF- Reg. Nr. 016-001, 2009

41. Leitlinie Diagnostik und Therapie der Endometriose. AWMF- Reg. Nr. 015-045, 2010
42. Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau. AWMF- Reg. Nr. 032-045, 2012
43. Lerman C, Miller SM, Scarborough R, Hanjani P, Nolte S, Smith D. Adverse psychologic consequences of positive cytologic cervical screening. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165(3): 658–662
44. Leszcz M. Gruppenpsychotherapie bei Brustkrebspatientinnen. *Psychotherapeut* 2004; 49: 314-330
45. Lobb E, Meiser B. Genetic counselling and prophylactic surgery in women from families with hereditary breast or ovarian cancer. *Lancet* 2004; 363(9424): 1841-2
46. Maguire P. The psychological and social consequences of breast cancer. *Nursing Mirror* 1975; 140: 54-57
47. Margolis G, Goodman RL, Rubin A. Psychological effects of breast-conserving cancer treatment and mastectomy. *Psychosomatics* 1990; 31: 33-39
48. Metcalfe KA, Semple J, Quan ML, Vadaparampil ST, Holloway C, Brown M, Bower B, Sun P, Narod SA. Changes in psychosocial functioning 1 year after mastectomy alone, delayed breast reconstruction, or immediate breast reconstruction. *Ann Surg Oncol* 2012; 19(1): 233-41
49. Nano MT, Gill PG, Kollias J, Bochner MA, Malycha P, Winefield HR. Psychological impact and cosmetic outcome of surgical breast cancer strategies. *ANZ J Surg* 2005; 75: 940-947
50. Neises M, Sabok Sir M. Lebensqualität von Mammakarzinompatientinnen unter den besonderen Aspekten der Operationsart und des Alters. In: Frick-Bruder V,

Kentenich H, Scheele M (Hrsg.). Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Psychosozial-Verlag Gießen 1995, S. 232-244

51. O'Shaughnessy JA, Kaufmann M, Siedentopf F, Dalivoust P, Debled M, Robert NJ, Harbeck N. Capecitabine monotherapy: review of studies in first-line HER-2-negative metastatic breast cancer. *Oncologist* 2012; 17(4): 476-84
52. Partridge AH, LaFountain A, Mayer E, Taylor BS, Winer E, Asnis-Alibozek A. Adherence to initial adjuvant anastrozole therapy among women with early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26(4): 556-62
53. Partridge AH, Archer L, Kornblith AB, Gralow J, Grenier D, Perez E, Wolff AC, Wang X, Kastrissios H, Berry D, Hudis C, Winer E, Muss H. Adherence and persistence with oral adjuvant chemotherapy in older women with early-stage breast cancer in CALGB 49907: adherence companion study 60104. *J Clin Oncol* 2010; 28(14): 2418-22
54. Reichenberg A, Yirmiya R, Schuld A, Kraus T, Haack M, Morag A, Pollmächer T. Cytokine-associated emotional and cognitive disturbances in humans. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58(5): 445-52
55. Röhricht F, Seidler KP, Joraschky P, Borkenhagen A, Lausberg H, Lemche E, Loew T, Porsch U, Schreiber-Willnow K, Kritt K. [Consensus paper on the terminological differentiation of various aspects of body experience]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Med Psychol* 2005; 55: 183-190
56. Rose M. Messung der Lebensqualität bei chronischen Erkrankungen. Habilitationsschrift 2003, Humboldt-Universität Berlin
57. Rowland JH, Dioso J, Holland JC, Chaglassian T, Kinne D. Breast reconstruction after mastectomy: who seeks it, who refuses? *Plast Reconstr Surg* 1995; 95: 812-22

58. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92(17): 1422-1429
59. Salaycik KJ, Kelly-Hayes M, Beiser A et al.: Depressive symptoms and risk of stroke. The Framingham Study. *Stroke* 2007; 38: 16–21
60. Schaefert R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Clinical Practice Guideline: Non-specific, functional and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109(47): 803–13
61. Seguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 583-9
62. Siedentopf F, Rauchfuß M, Kentenich H. Ist eine Weiterbildung ‚Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde‘ zwingend notwendig? *Geb Fra* 2011; 71: 312-313
63. Sillem M, Teichmann AT. Patientinnenorientierte Aspekte der Endometriose. *Gynäkologe* 2003; 36:41-52
64. Söllner W, Maislinger S, König A, DeVries A, Lukas P. Providing psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultation liaison service. *Psychooncology* 2004; 13: 893-897
65. Söllner W, DeVries A, Steixner E, Lukas P, Sprinzi G, Rumpold G, Maislinger S. How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *Br J Cancer* 2001; 84: 179-185
66. Spiegel D, Kato PM: Psychosoziale Einflüsse auf Inzidenz und Progression von Krebs. In: Larbig W, Tschuschke V (Hrsg.): *Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse* Ernst Reinhardt-Verlag München 2000, S. 111-150

67. Strauß B, Richter-Appelt H. Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körperbildes (FBek). Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie, 1996
68. Tietjen GE, Conway A, Utley C, Gunning WT, Herial NA. Migraine is associated with menorrhagia and endometriosis. *Headache* 2006; 46:422-8
69. Tietjen GE, Bushnell CD, Herial NA, Utley C, White L, Hafeez F. Endometriosis is associated with prevalence of comorbid conditions in migraine. *Headache* 2007; 47:1069-78
70. Turner-Cobb JM, Sephton SE, Koopman C, Blake-Motimer J, Spiegel D: Social support and salivary cortisol in women with metastatic breast cancer. *Psychosom Med* 2000; 62: 337-345
71. Uexküll von T. Geschichte der deutschen Psychosomatik, philosophische und historische Wurzeln. *Z Psychotherapie Med Psychol* 1986; 36: 18-24
72. Yirmiya R, Weidenfeld J, Barak O, Avitsur R, Pollak Y, Gallily R, Wohlman A, Ovadia H, Ben-Hur T. The role of brain cytokines in mediating the behavioral and neuroendocrine effects of intracerebral mycoplasma fermentans. *Brain Res* 1999; 829: 28-38
73. Walko CM, Lindley C. Capecitabine: a review. *Clin Ther* 2005; 27(1): 23-44
74. Wellisch DK, Di Matteo R, Silverstein M, Landsverk J, Hoffman R, Waisman J, Handel N, Waisman-Smith E, Schain W. Psychosocial outcomes of breast-cancer therapies: lumpectomy versus mastectomy. *Psychosomatics* 1989; 30: 365-373
75. World Health Organisation (1993): The development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (WHOQOL)., Study Protocol - WHO

76. Wyszinski AA. Managing noncompliance in the 'difficult' medical patient: the contributions of insight. A case report. *Psychother Psychosom* 1990; 54: 181-186
77. Zerssen von D. Die Beschwerden-Liste - Manual. Weinheim: Beltz Verlag, 1976

8. Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften
BMI	Body-mass-Index
BRCA	Breast Cancer
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DGPFG	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe
DGPGG	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer
FACT	Functional Assessment of Cancer Therapy
FbeK	Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers
F-Sozu	Fragebogen zur sozialen Unterstützung
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
ICD	International Classification of Diseases
INF	Interferon
INF	Interleukin
ISPOG	International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology
OGPGG	Arbeitsgemeinschaft für Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe
PO-Bado	Psychoonkologische Basisdokumentation
RR	relatives Risiko
rASRM	revised American Society of Reproductive Medicine Classification of Endometriosis
TNF	Tumor necrosis factor
Th	T-Helferzelle

WHO World Health Organization

5-FU 5-Fluorouracil

9. Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meinem wissenschaftlichen Lehrer und Mentor Prof. Dr. med. Heribert Kentenich, der meinen wissenschaftlichen und klinischen Werdegang von Anfang an immer wohlwollend begleitet, mich motiviert und unterstützt hat.

Dr. med. Winfried Schoenegg danke ich ebenfalls für die wissenschaftliche Unterstützung, vor allem aber für die exzellente klinische und operative Ausbildung im Bereich der Behandlung des Mammakarzinoms, die ich bei ihm genossen habe. Dies ist für mich von unschätzbarem Wert.

Prof. Dr. med. Joachim W. Dudenhausen hat mich hinsichtlich der gewählten Thematik und der Form der Habilitationsschrift unterstützt und beraten. Dafür bin ich ihm sehr dankbar.

Prof. Dr. med. Jalid Sehoulou danke ich ebenfalls für die Unterstützung dieser Arbeit und die wissenschaftliche Zusammenarbeit.

Prof. Dr. med. Petra Arck und Prof. Dr. med. Matthias David danke ich für die wissenschaftliche Kooperation und den kollegialen Austausch.

Mit PD Dr. med. Martina Rauchfuß, Prof. Dr. med. Mechthild Neises und Prof. Dr. med. Kerstin Weidner und einer Vielzahl weiterer Kolleginnen und Kollegen in der Psychosomatischen Frauenheilkunde verbinden mich zum Teil langjährige Freundschaften und wissenschaftliche Projekte. Ihnen allen danke ich sehr für die stets produktive Zusammenarbeit, die mir dazu oft noch viel Freude bereitet.

Meinen Eltern Dr. med. Dörte und Prof. Dr. med. Hans-Georg Siedentopf bin ich unendlich dankbar für die vielfältige Förderung, die ich im Lauf meines Lebens von ihnen erhalten habe. Die Grundlage meines Interesses für psychosoziale Zusammenhänge in der Medizin stammt von ihnen beiden. Von meinem Vater habe ich die Liebe zur Frauenheilkunde geerbt. Darüber hinaus haben meine Eltern uns ganz konkret seit der Geburt unserer Kinder vor organisatorischem Chaos bewahrt.

Meinem Lebensgefährten Dr. med. Peter Kern bin ich dankbar für seine Liebe, die starken Nerven und die Toleranz in den unterschiedlichsten Lebenssituationen.

Unseren Töchtern Jorinde, Fanny und Teresa danke ich für die Freude, die sie in unser Leben bringen und die unerschöpfliche positive Energie, die von ihnen ausgeht.

Ohne diese weitreichende Unterstützung auf den verschiedensten Ebenen wäre diese Arbeit nicht denkbar gewesen.

10. Eidesstattliche Erklärung

Gemäß § 4 Abs. 3 (k) der HabOMed der Charité

Hiermit erkläre ich, dass

weder früher noch gleichzeitig ein Habilitationsverfahren durchgeführt oder angemeldet wurde.

die vorgelegte Habilitationsschrift ohne fremde Hilfe verfasst, die beschriebenen Ergebnisse selbst gewonnen sowie die verwendeten Hilfsmittel, die Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftlern/Wissenschaftlerinnen und mit technischen Hilfskräften sowie die verwendete Literatur vollständig in der Habilitationsschrift angegeben wurden.

mir die geltende Habilitationsordnung bekannt ist.

Berlin, den 17.05. 2013

Dr. med. Friederike Siedentopf