

Verhaltenstherapie einer Patientin mit Genitalkarzinom, somatoformer Schmerzstörung und Dyspareunie

K. Härtl^a S. Kraemer^b^aI. Frauenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität,^bKlinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München, Deutschland

Schlüsselwörter

Genitalkarzinom · Somatoforme Schmerzstörung · Dyspareunie · Psychosomatik

Zusammenfassung

Die vorliegende Kasuistik beschreibt eine verhaltenstherapeutische Behandlung mit 30 Sitzungen bei einer Patientin mit Genitalkarzinom, somatoformer Schmerzstörung und Dyspareunie. Auf der Basis eines biopsychosozialen Modells der Schmerzsymptome der Scheide wurden ein Schmerztagebuch und Entspannungstechniken durchgeführt. Zur Reduktion der depressiven Symptome wurden kognitive Techniken, Ressourcenorientierung, Positivtagebuch und Genusslisten eingesetzt. Die Patientin beschrieb mehrfach ihre mit der Krebserkrankung verbundenen Gefühle von Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit und Angst. Nach einer ausführlichen sexuellen Anamnese wurden stufenweise Übungen nach dem Konzept des *Sensate Focus* durchgeführt. Die Patientin übte in Rollenspielen mit Videofeedback Konfliktsituationen mit dem Ehemann, der ansatzweise in die Therapie mit einbezogen werden konnte.

Die zu Therapiebeginn formulierten Ziele wurden nach 30 Sitzungen weitgehend erreicht: Die Schmerzsymptomatik der Scheide und die depressiven Symptome reduzierten sich stark. Frau W. beschreibt sich als lebensfroher und zeigt mehr Interessen und Unternehmungen, auch außerhalb der Familie. Durch angeleitete Übungen sammelte sie neue Erfahrungen auf dem Weg zu einer genussvollen Sexualität. Das Ehepaar spricht öfter über Gefühle und Bedürfnisse. Die Patientin lernte, gegenüber ihrem Mann und ihren Kindern stärker ihre Meinung zu vertreten. Schließlich setzte sie sich wiederholt mit ihren Ängsten wegen ihrer Krebserkrankung auseinander, auch mit ihrer Angst vor Schmerzen und Tod. Die erzielten Veränderungen spiegeln sich in der Therapieevaluation wider: Die zu Therapiebeginn erhöhten Werte im Beck-Depressions-Inventar, BDI, (26) und der Symptom-Checkliste, SCL-90, (GSI: 0,92; T-Wert: 67) lagen am Ende im Normbereich (BDI-Summenwert: 8; GSI: 0,49; T-Wert: 55). Insgesamt zeigt die Falldarstellung, dass psychosomatische Behandlungsansätze bei gynäkologischen Patientinnen ihre Berechtigung besitzen.

Key Words

Genital cancer · Somatoform disorder · Dyspareunia · Psychosomatics

Summary

Behavior Therapy of a Patient with Genital Cancer, Somatoform Disorder and Dyspareunia

The present case study describes a behavior therapy with 30 treatment sessions for a patient with genital cancer, somatoform disorder and dyspareunia. On the basis of a bio-psycho-social model, daily pain appraisals and relaxation techniques were used. Treatment procedures to reduce depressive symptoms involved cognitive strategies, diary method, pleasure scales and resource acquisition. The patient repeatedly described her feelings of sadness, hopelessness and fear in respect to her cancer. On the basis of her sexual history 'sensate focus' treatment was gradually introduced. The patient underwent role-play and performance feedback of conflict situations with her husband who was partially involved in the psychotherapy.

The patient was able to accomplish the set objectives to a great extent after 30 treatment sessions: The vaginal pains and the depressive symptoms strongly decreased. The patient describes herself as being more encouraged, shows more interests and is more active even outside of her family. Through the instructions she was able to acquire practical knowledge which helped her experience a more fulfilling sexual life. Having completed treatment the couple now talks about feelings and needs more often. The patient also learned to stand up more to her husband and children. Finally, she was able to deal with her fears about her genital cancer, especially regarding her fear of pain and death. The evaluation of the therapy progress reflects these changes: The scores obtained from the Beck-Depression-Inventory (BDI) and the Symptom-Checklist (SCL 90-R) had decreased to normal range at the end of the therapy (BDI: 8; SCL 90-R: GSI: 0,49; T-score: 55) compared to scores at the beginning of the treatment (BDI: 26; SCL 90-R: GSI: 0,92; T-score: 67). In conclusion the study emphasizes the importance of offering psychosomatic treatment to gynecological patients.

Einleitung

Psychosomatische Behandlungsansätze nehmen einen wichtigen Platz in der Frauenheilkunde ein, da bei gynäkologischen Patientinnen viele Symptome psychisch bedingt oder mitbedingt sind, die Frauen in vulnerablen Lebensphasen wie Schwangerschaft oder Klimakterium behandelt werden oder traumatisierende Erkrankungen wie ein Genitalkarzinom haben [Stauber et al., 2001]. Die folgende Falldarstellung soll einen psychosomatischen Behandlungsansatz bei einer Patientin mit onkologischer Grunderkrankung und multiplen psychischen Störungen zeigen.

Fallbericht

Spontan berichtete Symptomatik und Krankheitsanamnese

Die 53-jährige Patientin mit der Diagnose eines Endometriumkarzinoms wird nach erfolgter Operation und Radiotherapie in der I. Universitätsfrauenklinik München an die Abteilung für Psychosomatische Gynäkologie überwiesen. Im Erstgespräch schildert Frau W. starke Schmerzen ihrer Scheide bei jeder Berührung, extrem seien die Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und beim Gebrauch einer Tamponade. Hinzu kämen starke Schmerzen im Bereich der Operationsnarbe selbst bei kleinen körperlichen Belastungen. Die Patientin klagt, dass sie sich von den Gynäkologen schlecht behandelt fühle und den Ärzten insgesamt viel Misstrauen und oft Wut entgegenbringe. Sie interessiere sich kaum noch für andere Dinge, ziehe sich zurück, fühle sich kraftlos, einsam, reizbar und oft traurig. Häufig kämen Ängste über den weiteren Verlauf ihrer Krebserkrankung in ihr hoch. Sie fühle sich von ihrer Familie, insbesondere von ihrem Mann mit ihrer Erkrankung im Stich gelassen. Ihr Körperbewusstsein habe sich durch die Unterleibsoperation negativ verändert, sie schäme sich für ihre Narbe. Auch die als schmerzhaft und unbefriedigend erlebte Sexualität belaste sie sehr. Seit 3 Monaten sei es nicht mehr zum Geschlechtsverkehr gekommen. Die Patientin hatte vorher noch keinen Kontakt zu Psychotherapeuten.

Biographische Vorgeschichte

Die Patientin hat ihre Kindheit und Jugend in Brasilien verbracht, da ihr Vater dort als Bauingenieur tätig war. Dieser sei ein draufgängerischer und dominanter Mensch gewesen, der für seine Kinder wenig Zeit und Interesse gehabt habe. Die Mutter, Musiklehrerin, wird als streng und überlegen beschrieben, sie habe der Patientin wenig Freiräume gelassen. Frau W. habe sich von beiden Eltern, die inzwischen verstorben sind, eher geduldet als geliebt gefühlt. Zum 5 Jahre jüngeren Bruder, der ein gehorsames, ruhiges Kind gewesen sei, sei das Verhältnis während der Kindheit und auch heute noch herzlich.

Bezüglich der Entwicklung ihres Sozialverhaltens beschreibt sich die Patientin als stilles Kind, sie habe sich am liebsten zurückgezogen. Auch heute sei sie in Gruppen sehr zurückhaltend und habe das Gefühl, selten das Richtige zu sagen. Die Schule sei ihr nicht schwer gefallen, sie habe gerne gelernt. Der Vater habe ihre schulischen Erfolge wenig honoriert, ihre Mutter hingegen habe großen Leistungsdruck ausgeübt. Frau W. hat in Brasilien studiert und war bis zu ihrem Umzug nach Deutschland als Lehrerin tätig. Aufgrund der fehlenden Anerkennung ihres Studiums in Deutschland konnte sie ihren alten Beruf nicht mehr ausüben. Seit einigen Jahren ist sie ehrenamtlich in einer sozialen Einrichtung tätig.

Mit 20 Jahren habe sie ihren 6 Jahre älteren Mann kennen gelernt, den sie mit 24 Jahren geheiratet habe und dem sie nach Deutschland gefolgt sei. Die Patientin beschreibt ihn als Einzelgänger, sehr gewissenhaft und überaus ordentlich. Seine Arbeit als promovierter Physiker stehe immer an erster Stelle. Die Partnerschaft erlebe sie als sehr schwierig, sie fühle

sich ihrem Mann stark unterlegen und von ihm kaum beachtet. Die Krebserkrankung der Patientin ignoriere er völlig. Insgesamt gebe es wenig Kommunikation zwischen den Ehepartnern, gemeinsame Gespräche hätten sachliche, wenig emotionale Inhalte. Die erste sexuelle Begegnung zwischen beiden, und damit ihre erste sexuelle Erfahrung mit Männern, habe sie als entwürdigend empfunden. Der Ehemann habe sie nie gestreichelt, der Geschlechtsverkehr sei extrem kurz und mechanisch. Die Patientin hat zwei Söhne (26 und 23 Jahre) und eine Tochter (24 Jahre), die alle studieren und noch zu Hause wohnen. Der älteste Sohn lebe weitgehend sein eigenes Leben, mit dem Jüngsten gebe es häufig Spannungen. Zur Tochter habe die Patientin das herzlichste Verhältnis, mit vielen Gesprächen und gegenseitigem Verständnis. Insgesamt richte sich die Patientin auch heute noch stark nach den Kindern, sie übernehme alle Haushaltspflichten und häufig auch Verantwortung für organisatorische Dinge der Kinder.

Somatische Anamnese

Acht Monate vor Beginn der psychotherapeutischen Behandlung wurde die 53-jährige Patientin von ihrem Gynäkologen mit der Verdachtsdiagnose eines Uteruskarzinoms an die I. Universitätsfrauenklinik überwiesen. Es erfolgte eine Abrasio zur Diagnosesicherung. Der histologische Befund erbrachte die Diagnose eines Endometriumkarzinoms im TNM-Stadium pT1b NX G2. Das operative Vorgehen umfasste die abdominelle Hysterektomie mit Adnektomie beidseits, aufgrund des frühen Tumorstadiums ohne Lymphadenektomie und wegen Gefäßinjektion der Appendix eine Appendektomie. Der postoperative Verlauf war völlig komplikationslos. Die Abschlussuntersuchung ergab ebenfalls ein unauffälliges Resultat. Alle Routinelaboruntersuchungen lagen im Bereich der Norm. Die Röntgen-Thoraxaufnahme sowie das Oberbauchsonogramm ergaben keinen Hinweis auf eine hepatische oder pulmonale Metastasierung.

Im Anschluss an die Operation wurde eine adjuvante Radiotherapie (Brachytherapie) der Restscheide in der Strahlenabteilung der Universitätsfrauenklinik durchgeführt: Viermal Kontakttherapie in Afterloading-Technik (Einzeldosis: 10 Gy, Gesamtdosis: 40 Gy). Die Abschlussuntersuchung erbrachte einen tumorfreien Befund. Bei der Kontrolluntersuchung einen Monat nach Radiotherapie reagierte die Patientin bei leichten Berührungen des Unterbauchs auch im nicht operierten Gewebe mit intensivem Schmerzerleben. Es konnte keine Rötung, Reizung oder Schwellung im Bereich der Operationsnarbe festgestellt werden. Verschiedene Behandlungsversuche mit Schmerzpräparaten und Lokaltheraeutika erbrachten keine Linderung. Einzig nachweisbare Komplikation war eine kurzzeitige radiogene Stenose der Scheide. Eine interdisziplinäre Fallkonferenz fasst die somatischen und psychischen Befunde dahingehend zusammen, dass die Unterbauchschmerzen der Patientin nicht ausschließlich auf Operations- und Strahlungsfolgen zurückgeführt werden können, sondern psychosomatische Aspekte bei der Schmerzentstehung und -chronifizierung mitbedacht werden müssen.

Anamnese der Krankheitsverarbeitung und Unterbauchschmerzen

Unmittelbar nach Diagnosestellung und Operation zeigte Frau W. eine akute Belastungsreaktion mit Gefühlen von Betäubung, Trauer, Verzweiflung. Im weiteren Krankheitsverlauf, insbesondere nach Abschluss der Radiotherapie, entwickelte sie eine Anpassungsstörung mit vorwiegend depressiven Symptomen von Traurigkeit, Antriebsmangel, sozialem Rückzug, Grübelneigung. Die biographische Anamnese der Patientin weist keine früheren depressiven Episoden auf.

Nach Beendigung der Radiotherapie begannen die Unterbauchschmerzen und reduzierten sich trotz mehrfacher Behandlungsversuche nicht. Die Patientin führte ihre Schmerzen auf Behandlungsfehler seitens der Strahlenabteilung zurück und suchte in Folge mehrere, auch weit entfernt wohnende onkologische Spezialisten auf. Durch die mangelnde Erklärung ihrer Schmerzen und fehlgeschlagenen Therapieversuche wurde die Patientin immer misstrauischer, wütender, fühlte sich in ihrem Schmerzerleben nicht ernst genommen, beschrieb ihre Ärzte als «korrupt» und «unfähig».

Tab. 1. Therapieziele und Behandlungsplan der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Frau W.

Therapieziele	Interventionen
Verminderung der Schmerzsymptomatik der Scheide	Erarbeitung eines biopsychosozialen Modells für die Entstehung der Schmerzsymptome Schmerztagebuch Entspannungstechniken und Körperwahrnehmungsübungen
Reduktion der Schmerzen beim Geschlechtsverkehr; Einüben einer genussvollen Sexualität	Erklärungsmodell der klassischen und operanten Konditionierung Sexuelle Anamnese Stufenweise Übungen nach dem Konzept des <i>Sensate Focus</i>
Verbesserung der Kommunikation mit dem Ehemann und Stärkung von Autonomie	Soziales Kompetenztraining, Rollenspiele mit Videofeedback Üben spezieller Konfliktsituationen Einbeziehung des Ehemanns
Verminderung der depressiven Symptome; Stärkung von Genussfähigkeit und Lebensfreude; adäquate Verarbeitung der Krebserkrankung	Positivtagebuch Ressourcenorientierung, Aktivitätssteigerung, Genussliste Kognitive Techniken: Kognitive Umstrukturierung, sokratischer Dialog u.a. Analyse von Ängsten in Bezug auf die Krebserkrankung; Ausdruck von Gefühlen Biographische Arbeit
Abgrenzung von den erwachsenen Kindern	Rollenspiele und Üben von Konfliktsituationen Kognitive Techniken

Psychischer Befund zu Therapiebeginn

Frau W. wirkt im Erstgespräch niedergeschlagen und nervös. Bei der Schilderung ihrer Schmerzen hat sie Tränen in den Augen. Im Kontakt ist das große Misstrauen der Patientin deutlich spürbar, aber auch ihre starke Bedürftigkeit und Vehemenz, möglichst viel Unterstützung zu bekommen. Die Persönlichkeit trägt narzisstische Züge von hoher Selbstaufmerksamkeit und starker Abhängigkeit ihres Selbstwerts von Fremdverstärkung, ohne dass die Kriterien einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 erfüllt wären. Im Beck-Depressions-Inventar (BDI) erzielt die Patientin mit 28 Punkten eine klinisch relevante Ausprägung depressiver Symptome. Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL 90-R) zeigt eine erhöhte psychische Belastung durch körperliche und psychische Symptome (GSI = 0,92; T-Wert: 67) im Vergleich zu einer gesunden Stichprobe, insbesondere in den Skalen «Somatisierung», «Ängstlichkeit» und «Depressivität».

Verhaltensanalyse

Mikroanalyse

Die Patientin erlebt nach einem anstrengenden Tag mit Hausarbeit und Erledigungen für ihre drei Kinder am Abend die körperliche Annäherung ihres Mannes (S). Mit ihrer Überlebensregel, keine Schwäche zeigen zu dürfen und die Pflicht zu erfüllen (O), wagt Frau W. nicht, sich ihrem Mann zu widersetzen und lässt ihn gewähren (R). Angst steigt in ihr auf, dass ihr Mann ihr beim Geschlechtsverkehr weh tun könnte (R^{Emotion}). Gedanken, dass sich die Schmerzen im Scheidenbereich durch den Geschlechtsverkehr verstärken könnten, jagen durch ihren Kopf (R^{Kognition}). Unmittelbar beim Eindringen des Mannes erlebt sie einen starken Schmerz in der Scheide (R^{Physiologie}) und krampft sich innerlich zusammen (R^{Motorik}). Der Mann lässt von ihr ab (C⁻), und sie rollt sich auf die andere Seite, um schnell einzuschlafen.

Makroanalyse

Die Lebenssituation ist gekennzeichnet durch eine familiäre Beziehungsgestaltung, in der die Bedürfnisse der Patientin zugunsten der Belange des Ehemanns und der Kinder zu kurz kommen. Durch die Nichtbeachtung der Krebserkrankung von Seiten ihrer Familie fühlt sich die Patientin in ihren Ängsten nicht gesehen. Insbesondere die Bedürfnisse nach Zuwendung und Zärtlichkeit vom Ehemann werden frustriert, die sexual-

le Beziehung wird als extrem unbefriedigend und erniedrigend erlebt. Die früher zufrieden stellende Lebensgestaltung durch den Lehrerinnenberuf ist durch das Hausfrauendasein nicht mehr gegeben.

Die Patientin ist in einer Familie aufgewachsen, in der ihre Bedürfnisse nach ausreichender Aufmerksamkeit und Zuwendung durch die Eltern frustriert wurden. Durch den Leistungsdruck der Mutter und später des Ehemanns hat die Patientin die Überlebensregel, dass man nur durch Leistung und Funktionieren Anerkennung und Beachtung erhält. Durch die Krebserkrankung, Unterleibsoperation und Bestrahlungen ist das Selbstbild der körperlichen Unversehrtheit stark beeinträchtigt.

Die Erlebens- und Verhaltensgewohnheiten zeichnen sich aus durch ein stark vermindertes Selbstwertgefühl, Schmerzen, insbesondere Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, häufige Arztbesuche, Klagen und eine Neigung zu Rückzug.

Als Folge der depressiven Reaktionen und der Somatisierung erhält sie einerseits Aufmerksamkeit von ihrer Umgebung, insbesondere den Ärzten, andererseits vermeidet sie durch ihre Schmerzen den als unbefriedigend erlebten Geschlechtsverkehr.

Diagnose

Nach ICD-10 können bei Frau W. folgende Diagnosen gestellt werden:

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung auf der Basis eines Endometriumkarzinoms nach Hysterektomie und Radiotherapie (F 45.4)
- Nichtorganische Dyspareunie (F 52.6)
- Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion vor dem Hintergrund einer Krebserkrankung und unbefriedigten Partnerbeziehung (F 43.21)

Therapieziele, Prognose und Behandlungsplan

Die Therapieziele und den Behandlungsplan zeigt Tabelle 1. Die Prognose ist zu Therapiebeginn schwer zu stellen, da die

Motivation der Patientin zur Psychotherapie trotz ihres Leidensdrucks unklar ist. Ungünstig für die Prognose ist, dass Frau W. in einem schwierigen sozialen Umfeld lebt und die Schmerzsymptomatik starke positive Funktionalität für sie besitzt.

Therapieverlauf

Die Patientin nahm an einer ambulanten verhaltenstherapeutischen Einzelbehandlung teil, die 30 Therapiestunden umfasste. Folgende Veränderungen konnte die Patientin während der Therapie erreichen:

Verminderung der Schmerzsymptomatik der Scheide

Die Patientin hatte zu Beginn der Verhaltenstherapie ein ausschließlich medizinisch orientiertes Krankheitsmodell ihrer Unterbauchschmerzen. Daher war es wichtig, Informationen über Schmerzentstehung, Entwicklung des Schmerzgedächtnisses und Schmerztherapie [Egle et al., 2000; Richter, 1999] zu geben. Andererseits wurde der ausführlichen Schilderung der Intensität der Schmerzen, des bisherigen Behandlungsverlaufs und der damit verbundenen Gefühle Raum gegeben, um die Patientin in ihrem Schmerzerleben ernst zu nehmen und zu würdigen.

Parallel dazu wurden mit der Patientin Behandlungsstrategien gegen ihre Schmerzen erarbeitet. Durchgeführt wurden progressive Muskelrelaxation, Phantasieren, hypnotherapeutische Übungen und Körperwahrnehmungsübungen mit verschiedenen Sinnesmodalitäten. Für Frau W. waren diese Übungen eine positive, völlig neue Erfahrung. Sie kaufte sich Bücher und Kassetten und probierte selbst neue Dinge aus. Die Patientin führte während der ersten Hälfte der Therapie täglich ein Schmerztagebuch, das bezüglich der auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren ausführlich besprochen wurde. Dadurch lernte sie, ihre körperlichen Symptome mit physischen Belastungssituationen (z.B. längere Radtour, einseitige Haushaltstätigkeit), aber auch psychischen Auslöse- und Verstärkungsbedingungen (z.B. Ärger auf den Sohn) in Verbindung zu bringen. Daraus leitete sich ein weiterer therapeutischer Schwerpunkt ab, nämlich die Arbeit mit Gefühlen. An Beispielsituationen wurde die Patientin angeleitet, unterschiedliche Gefühle zu benennen sowie verschiedene Ebenen von Gefühlen wahrzunehmen und zu vertiefen. Dies wurde unterstützt durch Imaginationsübungen und biographische Arbeit.

Einüben einer genuss- und lustvollen Sexualität

Mit der Patientin wurde das Prinzip der klassischen und operanten Konditionierung als Erklärungsmodell ihrer Schmerzen beim Geschlechtsverkehr besprochen. Durch eine genaue sexuelle Anamnese kam erstmals zur Sprache, dass beim Ehemann eine Ejaculatio praecox vorlag und Frau W. mit ihrem Mann noch nie einen Höhepunkt erlebt hatte. Ausführlich be-

sprochen wurde die für die Patientin traumatische erste sexuelle Erfahrung mit ihrem Ehemann. Während sie anfänglich sehr technisch-distanziert über ihre Sexualität redete, lernte sie durch Gefühlsdifferenzierung langsam, sich ihre Enttäuschung und ihre Wünsche nach mehr Lust und Genuss einzugestehen. In der Therapie wurde das Behandlungsmodell nach dem Konzept des *Sensate Focus* ausführlich erklärt [Arentewicz und Schmidt, 1993; Kochenstein, 2000]. Frau W. lernte durch Literatur und Besprechen einzelner Übungen, ihrem Körper etwas Gutes zu tun und sich selbst zu streicheln. Sie probierte auch verschiedene Selbstbefriedigungstechniken aus. Schwierig war es dabei, dem Leistungsdruck der Patientin etwas entgegenzusetzen; sie konnte jedoch durch Lektüre und romantische Filme erotische Phantasien entwickeln. Als nächstes Ziel wurde erarbeitet, häufigeren körperlichen Kontakt mit dem Ehemann zu haben. In Rollenspielen wurde mit der Patientin geübt, mit ihrem Mann über ihre sexuellen Wünsche zu sprechen. Ziel war es, möglichst konkrete Wünsche und Anweisungen zu formulieren (z.B. morgens mit sanften Bewegungen den Rücken streicheln), ihm dies gegebenenfalls zu zeigen und Rückmeldung zu geben. Trotz erster Verhaltensänderungen beim Ehemann war es insgesamt schwierig, ihn in die Therapie einzubeziehen. Der Patientin gegenüber äußerte er mehrfach, dass es ihre Aufgabe sei, eine Sexualtherapie zu machen.

Ein weiteres für die Patientin bislang unlösbares Problem waren die durch den sehr reduzierten Geschlechtsverkehr nach der Unterleibsoperation sich entwickelnden Stenosen in der Scheide. Es wurde mit ihr besprochen, zum regelmäßigen Dehnen der Scheide verschiedene Hilfsmittel auszuprobieren wie Glaskunstpenis und Hägarstift, was die Patientin mit Erfolg umsetzen konnte. Dies verschaffte ihr Unabhängigkeit vom Ehemann und reduzierte damit den «Zwang zum Geschlechtsverkehr» und dessen Technisierung.

Verbesserung der Kommunikation mit dem Ehemann und Stärkung von Autonomie

Mit Hilfe von Rollenspielen in der Therapiestunde und Umsetzung des Gelernten zu Hause wurde mit der Patientin geübt, dem Mann gegenüber Wünsche, eigene Meinungen und Kritik zu äußern [Schindler, 2000]. Hilfreich war das gemeinsame Betrachten der auf Video aufgenommenen Rollenspiele mit differenziertem Feedback. Beispielsweise konnte dadurch herausgearbeitet werden, dass die Patientin häufig «Double-bind»-Botschaften sendet. Anhand konkreter Konfliktsituationen wurde versucht, die dahinter liegenden Gefühle zu differenzieren. Neben Wut und dem Gefühl des Zurückgesetzts traten für die Patientin neue Gefühle von Eifersucht und Angst vor Trennung zu Tage. Andererseits wurde die Patientin durch Rollenwechsel im Rollenspiel angeregt, auch die Verletzungen und Bedürfnisse ihres Mannes sensibler wahrzunehmen. In einem Gespräch zu dritt wurde die Technik des zirkulären Fragens angewandt mit dem Ziel, Wünsche an den Partner zu formulieren und vom anderen va-

lidieren zu lassen. Es wurden konkrete Veränderungsziele besprochen. Der Ehemann war jedoch außer bei diesem einzigen Therapiekontakt nicht bereit, weiter in die Therapie einbezogen zu werden. Neben der Thematisierung konfliktreicher Aspekte der Paarbeziehung wurden durch mehrere Übungen die Ressourcen der Beziehung verstärkt, beispielsweise durch einen gegenseitigen Brief «Was ich am anderen mag». Einige Veränderungen konnten erreicht werden. So unternahm das Ehepaar öfter kleinere sportliche Aktivitäten und eine erste gemeinsame Reise ohne Kinder. Neben der Arbeit mit Gefühlen wurden auch kognitive Techniken (z.B. Technik des kritischen Fragens) eingesetzt, um unrealistische Erwartungen an die Paarbeziehung zu verändern. Hilfreich empfand die Patientin die Unterstützung ihrer Veränderungsversuche durch entsprechende Lektüre [Möller, 1988].

Reduktion der depressiven Symptome, adäquate Verarbeitung der Krebserkrankung, Stärkung von Genussfähigkeit und Lebensfreude

Ein weiterer therapeutischer Schwerpunkt bestand in der Exploration und Verstärkung von individuellen Bedürfnissen und Interessen außerhalb der Familie. Nach Beendigung des Schmerztagebuchs führte die Patientin ein «Positivtagebuch», in dem sie täglich festhielt, was sie für sich Positives unternommen und erlebt hatte. Allein durch das Aufschreiben trat bereits eine Veränderung ein, zusätzlich wurden durch eine Genussliste und ausführliche Exploration Veränderungsziele erarbeitet. Beispielsweise hat die Patientin erstmals seit ihrem Wegzug aus Brasilien wieder begonnen, sich ausgefallene Kleider zu nähen. Schwierig war es, das Ziel der Erweiterung des sozialen Netzes in Angriff zu nehmen. Einerseits erschwerten ungünstige Lebensumstände (Wegzug von zwei Freundinnen) ihr Vorhaben, andererseits war die Patientin sehr wählerisch im Umgang mit potentiellen neuen Bekanntschaften.

Auf der anderen Seite stand die Würdigung ihrer Krebserkrankung, der zugrunde liegenden Ängste und der durch die Operation bedingten Störungen des Körpererlebens [Bodden-Heidrich, 1999; Härtl et al., 2001]. Frau W. hatte ein großes Informationsbedürfnis zu ihrer Erkrankung. Mit Hilfe eines Anatomiebuchs wurden die Fragen genauer geklärt, und es wurden Kontakte mit den behandelnden Onkologen angebahnt. Diese Kontakte wurden durch Rollenspiele, Fragelisten und Korrektur unrealistischer Erwartungen vorbereitet. In der Therapie wurde der Patientin Raum gegeben, ihre Geschichte der Krebserkrankung ausführlich zu schildern. Die damit verbundenen Gefühle von Traurigkeit, Ohnmacht, Hoffnungslosigkeit, Angst vor dem Sterben wurden dabei in den Mittelpunkt gestellt. Die Patientin konnte Parallelen zu ihrer an Brustkrebs verstorbenen Mutter ziehen.

Abgrenzung von den erwachsenen Kindern

Mit der Patientin wurden konkrete Veränderungsziele erarbeitet, ihre Überlastung durch den Haushalt und die Fürsorge

für ihre Kinder zu reduzieren und Arbeiten zu delegieren. Dies fiel ihr am Anfang sehr schwer, zumal Gefühle von Nutzlosigkeit und Alleinsein bei ihr auftauchten. Ausführlich wurde auf der kognitiven, Gefühls- und Verhaltensebene exploriert, wie ihr Leben nach dem Auszug der drei Kinder verlaufen könnte. Konkret wurde dies, da ihre Tochter einen längeren Auslandsaufenthalt plante. Anhand konkreter Beispielsituationen wurde im Rollenspiel geübt, positive und negative Gefühle den Kindern gegenüber auszudrücken.

Ergebnis

Die Patientin konnte physische und psychische Belastungsfaktoren in ihr Krankheitsmodell integrieren. Ab der zweiten Hälfte der Therapie traten keine Unterbauchschmerzen mehr auf mit Ausnahme von sehr seltenen Schmerzen nach körperlicher Überanstrengung, die die Patientin jedoch durch ihr Erklärungsmodell gut akzeptieren konnte. Frau W. verbalisierte zunehmend ihre sexuellen Wünsche und Frustrationen. Sie lernte, ihre Scheide durch Hilfsmittel selbst zu dehnen und damit unabhängig vom Ehemann das Risiko für eine Stenosenentwicklung der Scheide zu reduzieren. Erstmals in ihrer Ehe probierte sie verschiedene Selbstbefriedigungstechniken aus und konnte damit langsam mehr Lust und Genuss erleben. Kleine Veränderungen in der gemeinsamen Sexualität mit dem Ehemann wurden erreicht: Die Patientin erzählte ihm von sexuellen Wünschen, der Mann fragte nach ihren Vorlieben und streichelte sie mit sanften Bewegungen. Die Häufigkeit von Körperkontakten nahm insgesamt zu, teilweise konnten diese von der Patientin sogar genussvoll erlebt werden. Insgesamt ist das Ehepaar stärker in Kommunikation getreten und hat begonnen, über Gefühle zu sprechen; die von der Patientin erlebte Beziehungsstarre ist aufgebrochen. Durch die Verhaltensänderung, dem Ehemann öfter die Meinung zu sagen sowie Wünsche und Forderungen zu äußern, hat sich die depressive Stimmung von Frau W. deutlich gebessert. Allerdings ist dadurch auch mehr Konfliktpotential in die Paarbeziehung gekommen. Die Patientin hat Schritte in Richtung mehr Autonomie und Individualität unternommen und zunehmend eigene Unternehmungen ohne Ehemann und Kinder durchgeführt. So konnte sie an ihre erwachsenen Kindern häufiger Arbeiten im Haushalt delegieren, Forderungen der Kinder öfter ablehnen und Gefühle äußern. Angestoßen durch den geplanten Auslandsaufenthalt ihrer Tochter konnte sich die Patientin gefühlsmäßig mit einem Leben ohne ihre Kinder auseinandersetzen. Sie probierte neue Interessen aus, gönnte sich öfter etwas und war insgesamt lebensfroher und aktiver. Nicht erreicht wurde das Ziel, das soziale Netz zu erweitern. Trotz mehrfacher Veränderungsvorschläge blieb Frau W. sehr in ihrem kleinen Bekanntenkreis verhaftet und schloss keine neuen Bekanntschaften. Die Auseinandersetzung mit ihrem Unterleibskrebs war einerseits gekennzeichnet durch Stillen ihres großen Informationsbedürfnisses, was für

die Patientin eine gute Bewältigungsstrategie darstellte; zum anderen konnte sie ihre Gefühle stärker differenzieren und ihre Angst als etwas Normales bei Krebs akzeptieren.

Therapieevaluation

Die erzielten Veränderungen spiegeln sich in der Evaluation des Therapieergebnisses mittels Fragebögen wider: Die deutlich erhöhten Depressionswerte der Anfangsmessung (BDI-Summenwert: 26) reduzierten sich am Ende auf einen BDI-Summenwert von 8 und lagen damit im Normbereich. Zu Therapiebeginn zeigte Frau W. in der SCL 90-R eine deutlich messbare psychische Belastung (GSI: 0,92, T-Wert: 67), die entsprechenden Werte lagen in der Abschlussuntersuchung im Normbereich (GSI: 0,49; T-Wert: 55). Mit Ausnahme der Skala «Ängstlichkeit» (G₅: 1,10; T-Wert: 67), die sich jedoch gegenüber der ersten Messung verbessert hat (G₅: 1,30; T-Wert: 70), erzielte die Patientin bei Therapieende in allen Skalen der SCL 90-R Normwerte. Schließlich zeigen sich die Therapieerfolge der Patientin auch durch nichtstandardisierte Erhebungsinstrumente, nämlich durch die Tagebuchaufzeichnungen der Häufigkeit und Intensität der Unterbauchschmerzen und der Häufigkeit der Körperkontakte mit dem Ehemann.

Abschließende Bewertung der Therapie

Die zu Therapiebeginn formulierten Ziele wurden nach 30 Sitzungen weitgehend erreicht: Die Schmerzsymptomatik der Scheide und die depressiven Symptome reduzierten sich stark. Frau W. beschreibt sich als lebensfroher und zeigt mehr Interessen und Unternehmungen, auch außerhalb der Familie. Durch angeleitete Übungen sammelte sie neue Erfahrungen auf dem Weg zu einer genussvollen Sexualität. Das Ehepaar spricht öfter über Gefühle und Bedürfnisse. Die Patientin

lernte, ihrem Mann und ihren Kindern gegenüber stärker ihre Meinung zu vertreten. Schließlich setzte sie sich wiederholt mit ihren Ängsten bezüglich ihrer Krebserkrankung auseinander, auch mit ihrer Angst vor Schmerzen und Tod.

Die therapeutische Beziehung blieb jedoch bis zuletzt sehr anstrengend. Insbesondere zu Therapiebeginn war die Patientin misstrauisch, stark fordernd, mehrfach die fachliche Kompetenz in Frage stellend und entwertend. Andererseits war eine Idealisierung der Person der Therapeutin zu beobachten. Durch Reflexion in der Supervision wurde erkennbar, dass Frau W. mit ihren narzisstischen Persönlichkeitszügen viel Verstärkung und Würdigung, aber auch eine klare innere Abgrenzung von Seiten der Therapeutin braucht. Immer wieder war es wichtig, die Arbeitsbeziehung zu klären und ein neues Arbeitsbündnis mit klaren Zielen zu schaffen. Dem hohen Autonomiebedürfnis der Patientin wurde versucht dadurch entgegenzukommen, dass sie bei der Festlegung der nächsten Therapieziele und der Struktur der Therapiestunde regelmäßig mitbestimmte. Ein implizites positives Therapieergebnis ist, dass die Patientin trotz ihrer Skepsis kontinuierlich in der Therapie geblieben ist und sich bemüht hat, viel von dem Besprochenen umzusetzen. Für den therapeutischen Erfolg wäre es sicherlich besser gewesen, den Partner stärker einzubeziehen, was leider durch dessen ablehnende Haltung nicht möglich war. Hierin sind auch die Grenzen der psychotherapeutischen Bemühungen zu sehen, insbesondere hinsichtlich der sexualtherapeutischen Ziele. Langfristig ist die Prognose der Aufrechterhaltung der therapeutischen Veränderungen von Frau W. von der weiteren Entwicklung der Paarbeziehung abhängig. Insgesamt zeigt die Falldarstellung, dass psychosomatische Behandlungsansätze bei gynäkologischen Patientinnen ihre Berechtigung besitzen. So kann die psychotherapeutische Behandlung als erfolgreich bewertet werden, auch angesichts der multiplen Störungen und starken Psychotherapieskepsis der Patientin, die vermutlich keine psychotherapeutische Praxis aufgesucht hätte.

Literatur

Arentewicz G, Schmidt G: Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie. Stuttgart, Enke, 1993.

Bodden-Heidrich R: Psychosomatische Aspekte der operativen Gynäkologie; in Stauber M, Kentenich H, Richter D (Hrsg): Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie. Berlin, Springer, 1999, pp 532–548.

Egle UT, Nickel R, Schwab R, Hoffmann SO: Die somatoforme Schmerzstörung. Dtsch Ärztebl 2000;97: 1249–1253.

Härtl K, Kästner R, Stauber M: Partnerschaftskonflikte und therapeutische Ansätze bei gynäkologischen Patientinnen. Gynäkologie 2001;34:270–277.

Kochenstein P: Sexualität und Partnerschaft aus sexualtherapeutischer Sicht; in Sulz S (Hrsg): Paartherapie: Von unglücklichen Verstrickungen zu befreiter Beziehung. München, CIP-Medien, 2000, pp 285–304.

Möller ML: Die Wahrheit beginnt zu zweit. Das Paar im Gespräch. Reinbeck, Rowohlt, 1988.

Richter D: Unterbauchschmerz; in Stauber M, Kentenich H, Richter D (Hrsg): Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie. Berlin, Springer, 1999, pp 511–521.

Schindler L: Interventionsbereich Partnerschaft; in Sulz S (Hrsg): Paartherapie: Von unglücklichen Verstrickungen zu befreiter Beziehung. München, CIP-Medien, 2000, pp 11–38.

Stauber M, Kästner R, Härtl K, Müller M, Gingelmaier A, Knobbe A, Friedl C: Perspektiven einer integrierten psychosomatischen Medizin – psychosomatische Projekte und Ergebnisse in der Frauenheilkunde; in Klüßmann R, Gross M, Kuse-Isingschulte M (Hrsg): Perspektiven einer integrierten Psychosomatischen Medizin. Sternenfeld, Wissenschaft und Praxis, 2001, pp 43–59.