

Negatives Körpererleben, eingeschränkte Belastbarkeit, beeinträchtigte Sexualität

# Psychosomatische Aspekte bei Endometriose

Um Patientinnen dabei zu helfen, ein möglichst zufriedenes Leben mit einer chronischen Endometriose zu führen, sollten Betreuungskonzepte auch psychosoziale Unterstützungsangebote beinhalten. Besondere Bedeutung hat neben der Schmerzreduktion die Sexualberatung.

**+** Afin d'aider les patients avec une endométriose chronique de vivre une vie aussi heureuse que possible, des stratégies de soutien devrait également inclure l'offre d'un soutien psychosocial. Au dehors de la réduction de la douleur, le conseil sexuel est particulièrement important

Die Endometriose zählt mit einer Prävalenz von 7–10% zu den häufigsten gynäkologischen Erkrankungen bei Frauen im reproduktionsfähigen Alter. Klinische Symptome variieren von einem asymptomatischen Zufallsbefund bis zu einer chronisch invalidisierenden Erkrankung. Auch bei adäquater Therapie leiden ca. 20% der betroffenen Frauen innerhalb von 12 Monaten unabhängig von der durchgeführten Behandlung erneut unter Schmerzen, weitere 50% innerhalb von 5 Jahren (1, 2).

Bisher konzentrieren sich medizinische Unterstützungsangebote auf die körperliche Behandlung und richten sich nur vereinzelt auf die Integration einer chronischen Endometriose in die gesamte Lebenssituation. In Bezug auf die Lebensqualität gibt es bei chronischen Schmerzkrankungen umfangreiche wissenschaftliche Daten, jedoch fehlen diese für die Endometriose (3). Da klinischer Befund und Befindlichkeit oftmals differieren, stellt sich die Frage, welche Faktoren die Befindlichkeit bestimmen. Insgesamt ist die methodische Qualität der aktuell zur Verfügung stehenden Literatur zu psychosomatischen Aspekten der Endometriose sehr eingeschränkt. Daher wird derzeit ein Forschungsprojekt zur Lebensqualität bei Endometriose zur Verbesserung bestehender Versorgungsstrukturen unter Leitung der Klinik für Reproduktions-Endokrinologie am UniversitätsSpital Zürich durchgeführt. Um die Studienergebnisse durch eine möglichst umfangreiche Datenbank zu sichern, sollen Daten von insgesamt 800 Frauen mit Endometriose mit einer Kontrollgruppe verglichen werden (s. Kasten).

Der folgende Beitrag fasst den gegenwärtigen Stand der Kenntnisse zusammen und stützt sich vor allem auf qualitative Forschungsergebnisse bei Frauen mit einer chronisch rezidivierenden Endometriose, welche zu einer Einschränkung der Lebensqualität führt.

## Ursächliche Beteiligung

Obwohl verschiedene Einzelergebnisse und pathophysiologische Überlegungen eine ursächliche Beteiligung z.B. von Geschlechterrollenkonflikten, problematischen Grundeinstellungen gegenüber



PD Dr. med. Brigitte Leeners  
Zürich

Menstruation, Pubertät und Sexualität nahelegen, ist diese insgesamt kritisch zu bewerten. Belaisch und Allart (4) stellten 2006 eine Hypothese auf, nach der traumatische Erlebnisse in der Kindheit/Jugend über einen ungünstigen Effekt auf das Immunsystem und psycho-neuro-endokrinologische Regulationsprozesse die Entstehung einer Endometriose begünstigen. Sowohl eine Beteiligung des Immunsystems bei der Genese der Endometriose wie auch Wechselwirkungen zwischen Psyche und Immunsystem konnten in verschiedenen grundlagenwissenschaftlichen Untersuchungen gesichert werden (3). Weitere Untersuchungen (5) deuten auf einen Zusammenhang zwischen spezifischen über Elektroenzephalogramm (EEG), Elektromyographie etc. quantifizierbaren stressbedingten psycho-neuro-endokrinologischen Veränderungen und einer Endometriose.

## Forschungsprojekt

### Lebensqualität und Endometriose

**Studienleitung:** PD Dr. med. Brigitte Leeners, Klinik für Reproduktions-Endokrinologie, Universität Zürich

Untersuchung des Zusammenhanges somatischer Charakteristika einer Endometriose mit:

- ▶ Therapiestrategien
- ▶ Unterbauchschmerzen
- ▶ Müdigkeit/Erschöpfung
- ▶ Beruflicher Entwicklung
- ▶ Familienplanung
- ▶ Kindheitserfahrungen
- ▶ Angst/Depressionen
- ▶ Partnerschaft/Sexualität
- ▶ Betreuungssituation etc.

**Ziel:** Vergleich von 800 Frauen mit histologisch gesicherter Endometriose mit entsprechender Kontrollgruppe

**Aktueller Stand:** Ca. 300 betroffene Frauen + entsprechende Kontrollgruppe in Studie eingeschlossen

**Rekrutierung:** Praxen und Zentren der Schweiz, Österreich und Deutschland

**Unterstützung der Studie willkommen!**

Bei Interesse bitte Frau PD Dr. Leeners kontaktieren

Derzeit sind solche Zusammenhänge jedoch entweder Einzelergebnisse oder hypothetisch. Methodisch ausgereifte Studien insbesondere Longitudinaluntersuchungen, welche eine klare Differenzierung zwischen Ursachen und Folgeerscheinungen ermöglichen, liegen nicht vor.

### Auswirkungen

Die Beeinträchtigung durch eine Endometriose wird bestimmt durch den Schweregrad der Erkrankung, die Häufigkeit und Intensität von Rezidiven, dem Mass, in dem die Krankheit kurz- und langfristige Ziele der betroffenen Frau beeinflusst, Stressverarbeitungsstrategien und weitere psychische Ressourcen sowie soziale Unterstützung. Zu den Belastungsfaktoren zählen neben Schmerzen, Infertilität und Nebenwirkungen der Therapien eine häufig **verzögerte Diagnose**, welche auch heute zwischen sechs und elf Jahren beträgt (3). Ein häufig geschildertes Problem betroffener Frauen ist das Gefühl mit ihren Symptomen nicht ernst genommen zu werden.

**Chronische Unterbauchschmerzen**, welche oftmals als sehr bedrohlich und eingreifend erlebt werden, treten bei bis zu 66% aller Frauen mit pelviner Endometriose auf und nehmen oftmals im Krankheitsverlauf zu (6). Der pathophysiologische Mechanismus dieser Schmerzen ist bis heute nicht abschliessend geklärt (3). Diskrepanzen zwischen klinischem Endometriosebefund und subjektivem Schmerzempfinden deuten darauf hin, dass die subjektive Verarbeitung der körperlichen Veränderungen eine wesentliche Rolle spielt. Interaktionen zwischen somatischen und psychosomatischen Faktoren bei endometriosebedingten Schmerzen sind in Abbildung 1 zusammengestellt.

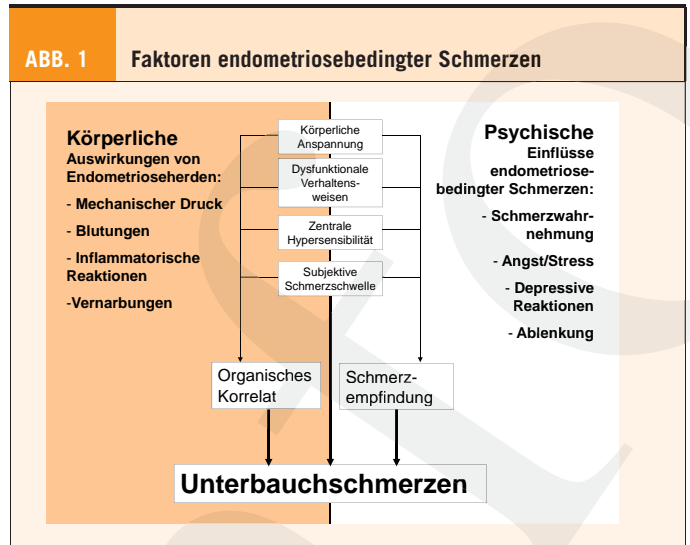
Eine wichtige Determinante ist die sogenannte „somatische Verstärkung“ (7) d.h. eine individuell unterschiedlich ausgeprägte Neigung, körperliche Empfindungen zu beobachten und unangenehme Körperreaktionen als pathologisch zu interpretieren (8). Negative Einstellungen in Bezug auf eine Kontrolle der Schmerzen wirken symptomverstärkend (8). Naturgemäss entwickeln Patientinnen mit zunehmender Beschwerdedauer eine pessimistischere Haltung, welche mit einer herabgesetzten Schmerzschwelle assoziiert ist (8, 9). So sind Frauen mit chronischer Endometriose aufgrund einer zentralen Hypersensibilität überdurchschnittlich sensibel gegenüber Schmerzen (9). Schmerzempfindungen können dysfunktionale Verhaltensweisen z.B. sozialen Rückzug begünstigen (8). Schmerzen führen über durch Angst und Stress ausgelöste vasculäre Veränderungen, muskuläre Spannungen und/oder Schlaflosigkeit zu einer weiteren Verstärkung (8).

**Müdigkeit und Erschöpfung** werden von Frauen mit Endometriose als ein Hauptbelastungsfaktor teilweise noch bedeutender als endometriosebedingte Schmerzen genannt (10).

Betroffene Frauen setzen sich naturgemäss intensiv mit Krankheitssymptomen und Therapieoptionen auseinander. Eine **Konzentration auf die Erkrankung** kann insbesondere private Kontakte erschweren.

Die **Unsicherheit über den weiteren Krankheitsverlauf** stellt eine weitere Belastung dar.

Insbesondere die mit der Endometriose verknüpften Unterbauchschmerzen, aber auch Nebenwirkungen starker Schmerzmittel führen zu einer **Beeinträchtigung von Ausbildung und Berufstätigkeit**. Ursache von Problemen am Arbeitsplatz sind häufige Ausfallszeiten und ein grosser Druck, den Erwartungen von Kolle-



**TAB. 1 Mögliche psychosoziale Konsequenzen einer chronischen Endometriose**

- ▶ Negatives Körpererleben
- ▶ Verringerter Selbstwertgefühl
- ▶ Schwierigkeiten mit der weiblichen Identität
- ▶ Störungen bei Freizeitaktivitäten
- ▶ Schwierigkeiten in Partnerschaft/ soziale Kontakten
- ▶ Beeinträchtigung der Sexualität
- ▶ Infertilität
- ▶ Reduzierter Belastbarkeit bei Ausbildung bzw. Ausübung einer Berufstätigkeit
- ▶ Eingeschränkter Zukunftsperspektiven

nach: [3]

gen/Vorgesetzten nicht gerecht werden zu können. Diese Situation führt zu Überforderungen und Schuldgefühlen. (3)

Heute geht man davon aus, dass bei ca. 10% aller infertilen Frauen eine Endometriose ursächlich beteiligt ist (11). Ein **unerfüllter Kinderwunsch** stellt somit neben Schmerzen einen Hauptbelastungsfaktor dar.

Frauen mit Endometriose zeigen durch ihr Unvermögen berufliche/private Ziele zu realisieren, Schmerzen und evtl. den Verlust weiblicher Genitalorgane vermehrt ein **negatives weibliches Körperbild** sowie eine **Einschränkung des Selbstwertgefühls** (3). Letzteres wird durch ein Erleben von Ineffektivität und Kontrollverlust über das eigene Leben verstärkt. Ausserdem können aggressive Gefühle, Depressionen, Schuldgefühle und Einsamkeit bei unzureichende verbalen Austausch das Selbstwertgefühl beeinträchtigen.

Endometriosebedingte Schmerzen führen oftmals zu **Störungen sozialer Beziehungen**. Partner, Familie etc. sind durch vermehrte Aufgaben in Bereichen wie Haushalt, Freizeitaktivitäten, Erwirtschaftung des Familieneinkommens etc. verstärkt belastet und positive geplante gemeinsame Aktivitäten können krankheitsbedingt gehäuft nicht realisiert werden. Die sexuelle Aktivität kann durch Dyspareunie und Müdigkeit/Erschöpfung eingeschränkt sein (3) und so die partnerschaftliche Beziehung belasten. Während das soziale Umfeld bei Diagnosestellung meist zunächst Unterstützung entgegenbringt, sinkt dieses Verständnis in vielen Fällen mit zuneh-

**TAB. 2 Psychosoziale Unterstützungsoptionen**

- ▶ Ernstnehmen der von der Patientin geschilderten Beschwerden
- ▶ Möglichst rasche Diagnosestellung unter Berücksichtigung
  - somatischer und
  - psychosomatischer Faktoren
- ▶ Sorgfältige Aufklärung der Patientin und enger Bezugspersonen über die Erkrankung inkl. psychosozialer Aspekte
- ▶ Ganzheitliches Therapiekonzept unter Ausnutzung
  - Chirurgischer
  - Medikamentöser
  - Weiterer Therapieoptionen z.B. Hinweise auf bzw. Vermittlung von:
    - Sportliche Aktivität
    - Copingstrategien
    - Entspannungstechniken
    - Schmerz-Management
    - Sexualberatung
- ▶ Falls indiziert Unterstützung bei der Verarbeitung von Verlusten (Trauerprozess)
- ▶ Falls gewünscht Vermittlung des Kontaktes zu einer Selbsthilfegruppe

nach: [3]

mender Dauer der Erkrankung; teilweise geben betroffene Frauen an, als hypochondrisch wahrgenommen zu werden (1).

Endometriosepatientinnen zeigen gegenüber Kontrollprobandinnen vermehrt Ängste und **Depressionen**. Bisher wurde nicht adäquat untersucht, ob es sich ausschliesslich um eine nachvollziehbare Auswirkung der Erkrankung oder auch um einen ursächlich beteiligten Faktor handelt. Zur Korrelation zwischen spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen und einer Endometriose liegen widersprüchliche Ergebnisse vor (3).

### Psychosomatische Therapieoptionen

Forschungsergebnisse zu psycho-sozialen Belastungsfaktoren und Copingstrategien zeigen, dass Informationen und ein aktives Mitgestalten der Behandlungsoptionen für Betroffene essentiell sind, um ein Gefühl der Kontrolle über ihre Gesundheit zu gewinnen. Hier besteht in Bezug auf die aktuelle Betreuungssituation Handlungsbedarf.

Für das langfristige Wohlbefinden der Patientin ist wichtig, zwischen somatischen und psychischen Anteilen bzw. Verstärkern der Krankheitssymptome zu differenzieren und beide Anteile adäquat zu behandeln. Ein wichtiger Aspekt bei der psychologischen Schmerztherapie ist, dysfunktionale Verhaltensweisen (z.B. unangemessene Schonhaltung, Vermeidung körperlicher Aktivitäten, sozialer Rückzug) zu verändern (8). Insbesondere körperliche Aktivität kann zu einer deutlichen Reduktion der Schmerzen beitragen. Schmerzassoziierte negative Gedanken können mittels kognitiver Behandlungsansätze modifiziert werden (8). Zu den häufigsten Verfahren zählen Techniken zur positiven Selbstverbalisation, kognitive Umstrukturierungen, sowie Veränderungen des Aufmerksamkeitsfokus (8). Über Entspannungsverfahren kann der Schmerz-Spannungskreislauf unterbrochen und so die Schmerzintensität reduziert werden. Neben der „progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson“ und dem „autogenen Training“ werden in jün-

gerer Zeit vermehrt körperorientierte psychotherapeutische Verfahren eingesetzt (8).

Nach Weinstein (12) müssen Frauen mit Endometriose eventuelle mit der Erkrankung verknüpfte Verluste z.B. von einem erfüllten Lebensalltag mit Kindern, unbeschwerten Freizeitaktivitäten, etc. verarbeiten, um ein erfülltes Leben, bei dem sie ihren Alltag an die eingeschränkten Möglichkeiten anpassen, gestalten zu können. Hier kann der Austausch mit anderen Betroffenen, neue Lösungsansätze eröffnen (12).

Eine Sexualberatung kann neben der Schmerzreduktion wichtige Hilfestellungen bieten. Wie bei anderen sexuellen Störungen gilt es, den Austausch beider Partner über ihre sexuellen Bedürfnisse zu fördern. Bei einer Dyspareunie sind Stellungen, bei denen die Frau die Kontrolle über Bewegungen und Eindringtiefe hat, oftmals günstiger. Ausserdem ist es hilfreich, dem Paar den Weg zu einem Experimentieren mit Elementen des Pettings im Sinne einer Erweiterung ihres sexuellen Spektrums zu ebnet.

Um betroffene Frauen bei einem möglichst zufriedenstellenden Leben mit einer chronischen Endometriose zu unterstützen, sollten zukünftige Betreuungmodelle neben den somatischen Therapieoptionen psychosoziale Aspekte berücksichtigen.

**PD Dr. med. Brigitte Leeners,**  
**Dr. med. Katharina Schiessl, Zürich**

Klinik für Reproduktions-Endokrinologie, UniversitätsSpital Zürich  
Frauenklinikstr. 10, CH-8091 Zürich  
Brigitte.Leeners@usz.ch

### + Literatur

am Online-Beitrag unter: [www.medinfo-verlag.ch](http://www.medinfo-verlag.ch)

### Take-Home Message

- ◆ Obwohl bei einer Endometriose immunologische Veränderungen nachgewiesen werden können und ein Zusammenhang zwischen Psyche und Immunsystem als gesichert gilt, sind die Daten zur Beurteilung einer ursächlichen Beteiligung psychosomatischer Faktoren bei der Entstehung einer Endometriose derzeit unzureichend.
- ◆ Eine oftmals sehr verzögerte Diagnose, ausgeprägte Müdigkeit/Erschöpfung, Schmerzen und ungewollte Kinderlosigkeit stellen mit Ihren Auswirkungen auf Berufsleben, weibliche Identität, Belastungsfähigkeit, soziale Kontakte inkl. Partnerschaft und Sexualität die hauptsächlichsten Belastungsfaktoren der chronischen Endometriose dar.
- ◆ Der endometriose-bedingte Schmerz, wird durch ein komplexes Netz interagierender somatischer und psycho-sozialer Faktoren determiniert.
- ◆ Medizinische Unterstützungsangebote sollten sich neben der körperlichen Behandlung auf die Integration einer chronischen Endometriose in die gesamte Lebenssituation richten.
- ◆ Informationen und ein aktives Mitgestalten der Behandlungsoptionen sind essentiell.

**Literatur:**

1. Cox H, Henderson L, Wood R, Cagliarini G. Learning to take charge: women's experiences of living with endometriosis. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2003;9(2):62-8.
2. Waller KG, Shaw RW. Gonadotropin-releasing hormone analogues for the treatment of endometriosis: long-term follow-up. *Fertil Steril* 1993;59(3):511-5.
3. Leeners B, Imthurn B. [Psychosomatic aspects of endometriosis--current state of scientific knowledge and clinical experience]. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 2007;47(3):132-9.
4. Belaisch J, Allart JP. [Endometriosis and surviving adolescence]. *Gynecol Obstet Fertil* 2006;34(3):242-7.
5. Harrison V, Rowan K, Mathias J. Stress reactivity and family relationships in the development and treatment of endometriosis. *Fertil Steril* 2005;83(4):857-64.
6. Low WY, Edelmann RJ, Sutton C. A psychological profile of endometriosis patients in comparison to patients with pelvic pain of other origins. *J Psychosom Res* 1993;37(2):111-6.
7. Barsky AJ, Coeytaux RR, Sarnie MK, Cleary PD. Hypochondriacal patients' beliefs about good health. *Am J Psychiatry* 1993;150(7):1085-9.
8. Greimel ER, Thiel I. [Psychological treatment aspects of chronic pelvic pain in the woman]. *Wien Med Wochenschr* 1999;149(13):383-7.
9. Audebert A. [Women with endometriosis: are they different from others?]. *Gynecol Obstet Fertil* 2005;33(4):239-46.
10. Lemaire GS. More than just menstrual cramps: symptoms and uncertainty among women with endometriosis. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33(1):71-9.
11. Malik E. Endometriose. In: Leienberger, editor.; 2004. p. 496-510.
12. Weinstein K. The emotional aspects of endometriosis: what the patient expects from her doctor. *Clin Obstet Gynecol* 1988;31(4):866-73.