

Trauerberatung in der Gynäkologie

Birgit Hladschik-Kermer

Trauer ist die emotionale und verhaltensbezogene Reaktion auf bedeutsame Verluste. In der Medizin handelt es sich zumeist um den Verlust der Gesundheit und des Wohlbefindens, den drohenden Verlust des eigenen Lebens und den Tod nahestehender Menschen. Auch der Verlust von Möglichkeiten, wie zum Beispiel bei einem unerfüllten Kinderwunsch, löst einen Trauerprozess aus. Zur Trauer zählt auch der Prozess des Umgangs mit dem erlebten oder befürchteten Verlust.

Kommunikation über die dabei auftretenden Gedanken und Gefühle hilft nachweislich bei der Bewältigung. Gespräche über Sterben, Tod und Verlust stellen Betroffene vor eine große Herausforderung. Auch Ärzte scheuen sich bisweilen davor, mit Patienten über deren spezifische Sorgen und Ängste zu sprechen. Findet jedoch eine patientenorientierte Kommunikation und Information statt, können dadurch die Bewältigung der Situation und die Lebensqualität der Betroffenen und Angehörigen erheblich verbessert sowie aufkommende Ängste beträchtlich reduziert werden.

Gynäkologen sind vielfach mit Trauer bei ihren Patientinnen konfrontiert: etwa durch schwere gynäkologische Krebserkrankungen, ungewollte Kinderlosigkeit oder Schwangerschaftsabbruch.

Was ist Trauer?

Trauer ist eine natürliche Reaktion auf Verluste, die sich auf das eigene Leben bedeutsam auswirken. Der Tod eines Menschen löst Trauer in uns aus, wenn wir in irgendeiner Form eine Bindung an ihn hatten. Aber selbst, wenn das nicht der Fall ist, reagieren Menschen auf den Tod beispielsweise verwirrt, überfordert oder auch schockiert.

Trauernde Menschen können eine Vielzahl von psychosomatischen

Symptomen aufweisen. Dazu zählen: Schock, Appetitverlust, Schlafstörungen, starke Unruhe, Empfindungslosigkeit, generelle Erschöpfung, Sucht und tiefe Traurigkeit. Das Verhalten ist geprägt durch Rückzug, Isolation, Hyperaktivität oder Nicht-allein-sein-Wollen, um nur einige Aspekte zu nennen. Das bisherige Wertesystem kann einbrechen und der Sinn im Leben verloren gehen.

Neuere Ansätze in der Trauerverarbeitung leiten sich aus der Stresstheorie ab. Stroebe und Shut (1999) sehen in einem Trauerfall eine Stresssituation im Sinne eines belastenden Lebensereignisses (9). Der Stress besteht darin, dass die Betroffenen durch den Verlust wichtige Ressourcen

Arzt-Patienten-Kommunikation

Auf welche Kommunikationsaspekte es beim Thema „Ärztliche Gesprächsführung in der Gynäkologie und Geburtshilfe“ ankommt, zeigt der FRAUENARZT an verschiedenen Beispielen in einer kleinen Publikationsreihe auf.

In lockerer Folge werden für die gynäkologische Praxis relevante kommunikative Herausforderungen und Besonderheiten sowie der Umgang mit spezifischen Patientengruppen herausgearbeitet wie

- ▶ Wie kann ärztliche Gesprächsführung gelingen?
- ▶ Schambesetztes Thema Inkontinenz
- ▶ Unerfüllter Kinderwunsch
- ▶ Trauerberatung in der Gynäkologie
- ▶ Ärztliche Gesprächsführung bei intrauterinem Fruchttod

wie Bindung, Zugehörigkeit und Sicherheit, aber auch Lebensperspektiven und die Möglichkeit verlieren, wichtige Werte zu verwirklichen.

Das Dual-Prozess-Modell (DPM) (9) unterscheidet zwei Arten von Stressoren: den Verlust an sich sowie die Notwendigkeit, sich an die veränderte Situation anzupassen. Beides kann jedoch nicht gleichzeitig geschehen. Zum einen geht es bei der verlustorientierten Trauerbewältigung um die Auseinandersetzung mit dem Verstorbenen (der Fortsetzung des eigenen Lebens, der Möglichkeit, ein Kind

Krankheitsbild Brustkrebs

- 2013 erkrankten rund 71.600 Frauen und fast 700 Männer an Brustkrebs.
- Die Zahl der Sterbefälle im gleichen Jahr lag bei etwa einem Viertel der Neuerkrankungen.
- Etwa 45 % der Neuerkrankungen treten in der Screening-Altersgruppe auf, 18 % bis zum 50. Lebensjahr und 37 % im Alter von 70 Jahren und darüber.
- Absolut betrachtet hat sich die Zahl der Erkrankungsfälle in Deutschland seit 1970 mehr als verdoppelt, die Zahl der Sterbefälle ist um etwa 40 % gestiegen.
- In den letzten Jahren deutet sich in Deutschland an, dass die Häufigkeit von Neuerkrankungen, die erst in fortgeschrittenen Stadien diagnostiziert werden, verringert werden konnte.
- Auskunft zur Lebensqualität von Patienten mit Brustkrebs gibt die VERDI-Studie (11).

zu bekommen), den Umständen des Todes (Sterben, Verlust), Erinnerungen an beziehungsweise Hoffnungen auf gemeinsame Erlebnisse usw. In diesem Zustand kann sich der Trauernde nicht auf die Wiederherstellung seiner Funktionstüchtigkeit im Alltag (wie z. B. dem Lösen finanzieller Probleme, Umgang mit Einsamkeit) konzentrieren. Zum anderen geht es um die wiederherstellungsorientierte Bearbeitung, wie die Anpassung an die veränderte Lebenssituation. Beide Prozesse wechseln sich im Laufe der Trauerverarbeitung immer wieder ab. Dem DPM zufolge ist Trauern ein dynamischer Prozess. Die Betroffenen wechseln zwischen den beiden Bereichen und in jedem davon durchleben sie viele verschiedene Emotionen, die sehr positiv (eine neue Aufgabe erfolgreich bewältigt) bis zu sehr negativ (starke Gefühle der Einsamkeit, Depression, Verzweiflung) sein können. So ist die Auseinandersetzung mit dem Verlust wichtig für die erfolgreiche Bewältigung. Gleichzeitig sind jedoch bewusste Pausen vor der verlustorientierten Auseinandersetzung notwendig, um sich an das veränderte Leben anpassen zu können. Auf die richtige Dosierung kommt es an.

Trauer bei unheilbarer Erkrankung

Patientenbeispiel: Frau S. ist 48 Jahre alt. Sie hatte vor 5 Jahren Brustkrebs. Die Geschwulst in der Brust war noch recht klein und konnte operativ im Gesunden entfernt werden. Die damals empfohlene Hormontherapie erlebte sie als sehr belastend, weswegen sie diese auch vorzeitig abbrach. Bei der letzten Kontrolle im Krankenhaus wurde festgestellt, dass der Tumormarker stark angestiegen ist. Die bildgebende Diagnostik zeigte ossäre Metastasen in der Lenden- und Brustwirbelsäule. Der Arzt erklärt ihr die Befunde und deren Bedeutung für den weiteren Krankheitsverlauf. Er spricht davon, dass der Tumor nicht mehr ganz zum Verschwinden gebracht werden kann, die Krankheit

aber wie eine chronische Erkrankung therapiert werden könne.

Als der Arzt sie ermuntert, Fragen zu stellen, sagt die Patientin: „Wie lange werde ich noch hierbleiben?“ Der Arzt könnte hier der Frage nach der Prognose ausweichen, indem er die Frage nach dem Hierbleiben damit beantwortet, wie lange die Patientin noch im Krankenhaus bleiben muss. Oder er könnte das Thema aufgreifen und fragen, was die Patientin denn genau wissen wolle. Damit eröffnet der Arzt eine kommunikative Plattform. Diese zu betreten und auch jederzeit wieder zu verlassen, bleibt der Patientin freigestellt. Jeder schwerkranke Mensch setzt sich im Laufe seiner Erkrankung mit der Endlichkeit des Lebens auseinander. Mit Fortschreiten der Erkrankung wird die ursprüngliche Angst zur zunehmenden Gewissheit. „Wie werde ich sterben? Werde ich Schmerzen haben? Wird es lange und qualvoll sein?“, sind Fragen, welche die Betroffenen belasten. Sprechen Ärzte dieses Thema aktiv an und gehen auf Fragen seitens des Patienten adäquat ein, können sie sehr viel zur Linderung des Leids beitragen.

Als Arzt nehmen Sie eine Haltung des aktiven Zuwartens ein. Das bedeutet, Sie signalisieren verbal und nonverbal, dass Sie bereit sind, alle Fragen des Patienten zu beantworten. Patienten fragen selten direkt nach ihrer Prognose oder der Art des Sterbens. Meist werden diese Fragen verdeckt gestellt oder nur angedeutet. Patienten tasten sich an das Thema langsam heran und erkunden dabei auch, inwieweit das Gegenüber bereit dazu ist, dieses Thema zu besprechen. Diese Hinweise gilt es aufzugreifen, um herauszufinden, was der Patient wirklich wissen will und wie detailliert.

Trauer spielt im Verlauf des Prozesses eine ganz entscheidende Rolle. Es geht nicht nur um den Verlust des eigenen Lebens, sondern zunächst um den Verlust von Lebensperspektiven und Möglichkeiten. Man wird

nicht miterleben, wie die Kinder aufwachsen, man wird zunehmend an Selbstständigkeit verlieren und sich nicht mehr auf seinen Körper verlassen können. Aber auch der Verlust, Alltägliches nicht mehr bewältigen zu können, wird von Patienten betrauert. Spricht die Patientin darüber, dass sie ihren Haushalt vernachlässigen muss und es nicht schafft, täglich Essen für die Kinder zu kochen, wird sie häufig beschwichtigt. Sie solle jetzt nur an sich selbst denken und ihre Kräfte schonen. Dabei wird übersehen, dass diese Tätigkeiten ein Teil des Selbst der Patientin sind, die sie verliert. Als Arzt sollten Sie diese Aussagen sehr ernst nehmen, die Patientin nicht beschwichtigen, sondern sie ermuntern, über ihre Gefühle diesbezüglich zu sprechen. Sie zeigen damit, dass Sie sie ernst nehmen und unterstützen so die verlustorientierte Trauerbewältigung.

Patientenbeispiel: Frau I., 55 Jahre alt, hatte vor 10 Jahren Brustkrebs. Die betroffene Brust wurde entfernt, sie erhielt eine Chemo- und Strahlentherapie. Fünf Jahre nach Therapieende wurde sie als gesund bezeichnet. In den letzten Jahren ist es ihr sehr gut gegangen. Im Winter hatte sie zu husten begonnen. Als der Husten auch nach Wochen nicht besser wurde und sie zusätzlich Schwierigkeiten beim Atmen hatte, suchte sie ihren Arzt auf. Die Untersuchungsergebnisse waren eindeutig. Ausgeprägte Lungenmetastasen und Pleura-Erguss. Sie weiß, dass ihre verbleibende Lebenszeit nun sehr begrenzt ist, womit sie sich auch bereits abgefunden hat. Sie sagt, sie habe ein erfülltes Leben gehabt und das sei schon so in Ordnung. Aber sie hat Angst davor, wie das Sterben ablaufen wird, vor allem die Vorstellung, langsam zu ersticken, belastet sie sehr. Als sie ihren Arzt danach fragt, antwortet dieser: „Daran müssen Sie jetzt noch gar nicht denken“. Der Arzt meint es gut und will sie damit beruhigen. Doch das Gegenteil ist der Fall. Sie spürt, dass sie mit dem Arzt

nicht darüber sprechen kann und bleibt mit der Ungewissheit allein.

Häufig haben Ärzte Bedenken, Themen wie Verlust und Trauer direkt bei den Betroffenen anzusprechen. Sie wollen die Patienten nicht zusätzlich belasten oder fürchten, dass diese nicht damit umgehen können. Die Konfrontation mit den psychosozialen Belastungen, die mit jeder schweren Erkrankung und dem drohenden Verlust des Lebens einhergehen, kann keinem Betroffenen erspart werden. Kann der Patient seine Sorgen und Ängste jedoch nicht mit dem Arzt besprechen, bleibt er damit allein. Patientenzentrierte Kommunikation und Information können jedoch die Ängste der Betroffenen deutlich reduzieren und die Bewältigung der Situation essenziell unterstützen (10).

Trauer bei unerfülltem Kinderwunsch

Ungewollte Kinderlosigkeit ist im engeren Sinn keine Krankheit und wird

vielfach als belastendes Lebensereignis betrachtet. Tritt die erwünschte Schwangerschaft trotz aller Bemühungen nicht ein, werden unterschiedliche Reaktionen beobachtet: Sexualstörungen, Angst, Depression und Trauer, um nur einige zu nennen (2).

Im Sinn der Trauertheorie von Stroebe und Shut (1999) besteht der Stress der Betroffenen darin, dass wichtige Bedürfnisse wie Generativität, Bindung oder Elternschaft nicht erfüllt werden können.

Jahrzehntelang nahm man an, dass Frauen wesentlich mehr unter Infertilität leiden als ihre männlichen Partner. Neuerdings gibt es allerdings Hinweise, dass die Unterschiede in der Reaktion auf ungewollte Kinderlosigkeit mehr auf Geschlechterunterschiede zurückzuführen sind. Frauen und Männer leiden nicht weniger oder mehr als der andere, aber sie tun es auf unterschiedliche Weise. Bei Frauen scheint die verlustorientierte Verarbeitung zu dominieren.

Unerfüllter Kinderwunsch

- Die Anzahl der kinderlosen Paare wird in Deutschland auf mehr als 1,5 Millionen geschätzt. Man nimmt an, dass etwa 15–20 % aller Paare unfruchtbar sind (7).
- Es handelt sich in etwa 40–50 % um rein weibliche Sterilität, in etwa 30 % um rein männliche Sterilität und in etwa 10–15 % um kombinierte Sterilität bei beiden Partnern.

Sie spüren starken Schmerz, drücken ihre Gefühle aus und suchen eher nach Unterstützung. Männer scheinen mehr wiederherstellungsorientiert zu agieren. Sie unterdrücken oder verleugnen ihren Schmerz und versuchen, das „Problem“ aktiv zu lösen (8).

Patientenbeispiel: Frau S. ist 35 Jahre alt, ihr Partner 40. Sie haben den dritten Versuch, mittels IVF ein Kind zu bekommen, hinter sich. Soeben

GinoRing®

Komfortabel. Einfach. Praktisch.

Die richtige Wahl



giningring.de

Die Evolution des Vaginalrings

KOMFORTABEL
DANK GLEICHMÄßIGER HORMONABGABE

EINFACH
DA KEINE KÜHLKETTENPFLICHT

PRAKTISCH
DURCH 6 MONATSPACKUNG

Packungsgrößen	PZN
1x1 GinoRing® N1	13423191
3x1 GinoRing® N2	13423222
6x1 GinoRing®	13423239

KEINE KÜHLKETTE!



Basisinformation GinoRing® 0,120 mg/0,015 mg pro 24 Stunden, vaginales Wirkstofffreisetzungssystem
 Abgekürzte Verschreibungsinformation für GinoRing® 0,120 mg/0,015 mg pro 24 Stunden, vaginales Wirkstofffreisetzungssystem – bitte konsultieren Sie v. d. Verschreibung d. vollständige Fachinformation. Verschreibungspflichtig. Zus.: 1 Ring enth.: 0,120 mg Etonogestrel u. 0,015 mg Ethinylestradiol. Sonst. Bestand.: Poly(ethylen-co-vinylacetat) (72:28), 28 % Vinylacetat; Polyurethan. Anwend.: Hormon. Kontrazeption für Frauen im gebärfähigen Alter. Verträglichk. u. Wirksamk. zw. 18 u. 40 J. nachgewiesen. Dos.: GinoRing am 1. Tag d. Monatsblutung in die Scheide einbringen; nach 21 T. den Ring entfernen. Nach einem Ring-freien Intervall von 7 T. einen neuen GinoRing einlegen. Gegenanz.: Überempfindl. gg. d. Wirkstoffe od. einen d. sonst. Bestandt.. Vorliegen einer od. Risiko f. eine ven. Thromboembolie (VTE): bestehend od. i. d. Vorgeschichte; bek. erbl. od. erworbene Prädispos. f. eine VTE; groß. Operationen mit l. Immobilit.; hohes Risiko f. eine VTE aufgrund mehrerer Risikofakt.; Vorliegen einer od. Risiko f. eine arter. Thromboembolie (ATE): bestehend, i. d. Vorgeschichte od. i. Prodromalstadi. (Angina pectoris); zerebrovask. Erkr. (bestehend od. prodromale Erkr.); bek. erbl. od. erworb. Prädispos. f. eine ATE; Migräne mit fok. neurolog. Sympt. i. d. Vorgesch.; hohes Risiko f. eine ATE aufgrund mehrerer Risikofakt.; od. e. schwerwie. Risikofakt. od. e. Diabetes mellit. m. Gefäßschäd.; schw. Hyperton.; schw. Dyslipoproteinämie, best. od. vorausg. Pankreatitis i. Assoz. m. schw. Hypertriglyzeridämie, best. od. vorausg. Lebererkr., abnorm Leberfunktionswerte, Lebertumoren (bestehend od. anamnetisch bekannt), maligne Erkr. d. Geschlechtsorgane (bekannt od. Verdacht), unkl. Vaginalblut, kontrah. bei gleichz. Anw. mit Arzneimitteln, die Omicitasvir/Paritaprevir/Ritonavir und Dasabuvir enthalten. Nebenw.: häufig: Vagin. Infekt., Depression, vermind. Libido, Kopfschm., Müdigkeit, Reizbarkeit, Unwohlsein, Ödeme, Fremdkörpergefühl, Blutdruckerhöhung, Komplikationen bei d. Anw. d. Rings, Brechen d. Rings; selten: Venöse Thromboembolie, Arterielle Thromboembolie, Galaktorrhö, nicht bekannt: Überempfindlichkeit, Chloasma, Urtikaria, Penisbeschwerden. Zul.-Inhaber: Exeltis Germany GmbH, Adalperstraße 84, 85737 Ismaning, Tel.: +49 89 4520529-0. Stand d. Information: Juli 2017



hat sie erfahren, dass es leider wieder nicht geklappt hat. Sie ruft ihren Partner in der Arbeit an und erzählt ihm weinend, was passiert ist. Er hört kurz zu und sagt dann, dass sie ja jetzt die schon länger geplante Weltreise in Angriff nehmen könnten.

Frau S. fühlt sich völlig unverstanden und wirft ihrem Partner vor, gefühllos zu sein. Für sie kommt diese wiederherstellungsorientierte Verlustbearbeitung viel zu früh. Herr S. fühlt sich ungerecht behandelt und ebenso unverstanden, da sein gut gemeinter Vorschlag auf Misstrauen und Ablehnung gestoßen ist. Wird diese Situation nicht geklärt, wird es die Partner immer mehr in die jeweilige Isolation treiben und die Partnerschaft nachhaltig belasten.

Bedeutung der Arzt-Patienten-Kommunikation

Als Arzt können Sie den Trauerprozess positiv unterstützen, wenn Sie die Patientin konkret nach der Art ihres Umgangs mit dem Verlust ansprechen. Ermutigen Sie die Patientin, auch über ihre Gefühle zu sprechen und diese zuzulassen. Es geht in einem ersten Schritt nicht darum, Lösungen anzubieten, sondern den emotionalen Ausdruck zu fördern, die wahrgenommenen Gefühle aufzugreifen, weiter zu explorieren und (emotionale) Unterstützung anzubieten. Bezüglich des unterschiedlichen Umgangs von Frauen und Männern können Ärzte hier eine wichtige Vermittlerrolle einnehmen, indem sie beiden Arten der Trauerverarbeitung wertschätzend gegenüberstehen und dies auch kommunikativ vermitteln. Wenn sie als Ärzte das Thema von sich aus aufgreifen, können sie viel zur Entlastung beitragen und den Trauerprozess fördern. In diesem Zusammenhang sind besonders auch soziokulturelle Begebenheiten zu beachten. Der Leidensdruck, aber auch der Mangel an sozial verträglichen Ventilen scheint für Männer aus stark pronationalistischen Kulturen besonders groß zu sein. Dies ist ein wesent-

licher Aspekt, wenn es um die Behandlung von Migrantinnen geht.

In der Reproduktionsmedizin ist der Unterschied zwischen dem Wissen des Arztes und dem der Patienten meist viel größer als bei einem normalen Besuch beim Gynäkologen. Der Grund liegt in der sehr spezialisierten Diagnostik und Therapie. Die meisten Patientinnen wünschen sich, partizipativ in die Entscheidungsfindung einbezogen zu werden. Allerdings gibt es auch einen relativ hohen Prozentsatz an Patienten, die sich wünschen, der Arzt möge die Entscheidungen für sie treffen. Das kann den Arzt jedoch nicht davon entbinden, die Patientin über mögliche Risiken und realistische Erfolgchancen zu informieren. Häufig schätzen die Patientinnen die Erfolgchancen bei einer IVF viel zu hoch ein. Vielen ist auch nicht bewusst, dass eine erfolgreiche IVF nicht automatisch zur Geburt eines (gesunden) Kindes führt (3). Wird das seitens des Arztes nicht erkannt und thematisiert, werden die psychosozialen Folgen im Falle eines Misserfolgs deutlich ausgeprägter sein.

Bei Frauen zeigen sich im Rahmen der reproduktionsfähigen Diagnostik und Therapie leicht erhöhte Depressivität, Ängstlichkeit und körperliche Beschwerden, die vor allem auf die Therapie selbst zurückgeführt werden. Männer fühlen sich in diesem Prozess oft machtlos, sie sind mit der Stimmungslage ihrer Partnerinnen überfordert und sind hinsichtlich der gemeinsamen Sexualität unzufrieden (13).

Der Arzt sollte angesichts der oben dargestellten Probleme das Paar als Ganzes im Blick haben. Explizit sollte auch die psychosoziale Befindlichkeit der Partner exploriert werden, bevor mit der Behandlung begonnen wird. Frauen, die auf natürlichem Weg nicht schwanger werden können, fühlen sich häufig ohnehin unvollkommen und scheuen sich davor, zusätzlich noch psychische Probleme anzugeben. Vielfach wissen nicht

einmal die Partner von den emotionalen Nöten der Betroffenen. Ärzte dürfen sich nicht darauf verlassen, dass die Patientinnen von selbst über heikle Themen sprechen. Es ist die Aufgabe des Arztes, das Leiden an der Kinderlosigkeit zu thematisieren, konkret nach psychischen Problemen zu fragen und auch sehr intime Themen wie Sexualität und Sexualstörungen anzusprechen.

Gerade bei Patienten, die nach außen hin keine bis wenig Emotionen zeigen, sollten die Behandler alarmiert sein. „Ich könnte mir vorstellen, dass das jetzt sehr belastend für Sie ist“, wäre eine mögliche Einstiegsfrage. Von der Kinderlosigkeit ist zumeist das Paar betroffen, weswegen die oben genannten Bereiche auch mit dem Partner der Patientin angesprochen werden müssen.

Häufig belasten sich die Patientinnen mit Schuldgefühlen, denken an ein Fehlverhalten ihrerseits – das Falsche gegessen, zu viel oder zu wenig Bewegung usw. Die ärztliche Information über die medizinischen Gründe, die eine Schwangerschaft verhindert haben, kann hier wesentlich zur Entlastung beitragen. Fragen Sie als Arzt ihre Patientinnen ganz konkret nach ihren Gedanken, um mögliche Fehlinterpretationen identifizieren zu können. Beim Vermitteln von Informationen ist es wichtig, das Gesagte immer wieder zusammenzufassen und auch die Patientin zu ermuntern, das Gehörte in eigenen Worten zu wiederholen. Ärzte, die ihre Patientinnen aktiv dazu auffordern, Fragen zu stellen und darauf adäquat eingehen, tragen viel zum Verständnis und somit zur Entlastung der Patientin bei.

Trauer nach Schwangerschaftsabbruch

Auch wenn die Entscheidung für oder gegen ein Kind zu den schwersten im Leben zählt, können viele Frauen einen Schwangerschaftsabbruch schnell verarbeiten. Manche jedoch erlauben sich nicht zu trauern. Sie sagen sich:

„Es war ja meine Entscheidung, also darf ich mich jetzt auch nicht beschweren.“ Trotzdem ist es eher unwahrscheinlich, dass eine Frau nach einem Abbruch längerfristig unter psychiatrischen Störungen leidet. Allerdings steigt die Vulnerabilität für das Wiederauftreten von bereits bestehenden oder früheren psychischen Störungen durch das Ereignis (1).

Jedoch gibt es deutliche Unterschiede hinsichtlich der Reaktionen von Frauen nach einem Spätabbruch wegen fetaler Missbildung im Vergleich zu einem frühen Abbruch aus sozialen Gründen.

Im ersten Fall ist die Schwangerschaft erwünscht. Die Frauen bereiten sich vor, haben eine Vorstellung von ihrem Kind und dem gemeinsamen Leben entwickelt. Sie fühlen sich als werdende Mütter und freuen sich zumeist sehr auf die Übernahme dieser Rolle. Die Diagnose einer Missbildung des Fötus und der damit verbundene Entschluss zum Abbruch der Schwanger-

Schwangerschaftsabbruch

- 2016 gab es in Deutschland rund 100.000 Schwangerschaftsabbrüche, wobei die meisten betroffenen Frauen zwischen 20 und 30 Jahre alt waren.
- Die Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch reichen von psychosozialer Indikation (sehr junges Alter, finanzielle und emotionale Notlagen) bis zu medizinisch indizierten Abbrüchen (schwere Missbildungen des Fötus, Bedrohung des mütterlichen Lebens).

schaft kann als traumatischer Verlust erlebt werden (5, 6). Die Auswirkungen sind vergleichbar mit einer Fehlgeburt. Es kann zu posttraumatischen Belastungsreaktionen, Depression und pathologischer Trauer kommen. Viele Frauen quälen sich mit Schuldgefühlen und machen sich große Vorwürfe. Kulturelle und religiöse Gründe können diese Symptome massiv verstärken.

Ist der Schwangerschaftsabbruch mit einer sekundären Infertilität oder auch mit früheren Fertilitätsproblemen verbunden, verstärken sich die psychischen Probleme (11). Soziale Unterstützung durch den Partner, aber auch das medizinische Umfeld, können wesentlich zur Linderung der Belastung und der damit verbundenen Ängste beitragen (4). Der kommunikative und kulturspezifische Zugang zum Umgang mit dem Verlust einer Schwangerschaft sollte hier oberste Priorität haben.

Wie können Sie als Arzt helfen?

Als Arzt können Sie den Trauerprozess der Patientin entscheidend beeinflussen. Leidet eine Frau unter Schuldgefühlen, ist es anzuraten, mit ihr noch einmal die Gründe, die zum Abbruch geführt haben, zu besprechen. Das bewusste Wahrnehmen der „objektiven“ Gründe bildet somit ein Gegengewicht zu den oft irrationalen Schuldgefühlen. So können Sie der

Sobelin® – jetzt NEU als Zäpfchen!

- Wirksam gegen Clindamycinempfindliche Bakterien
- 1 Vaginalzäpfchen täglich
- Geeignet bei Schwangeren ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel

Patientin helfen, sich selbst und ihre Entscheidung besser zu verstehen.

Eine weitere Möglichkeit ist es, die Patientin zu fragen, was sie einer guten Freundin in ihrer Situation geraten hätte. Zumeist sind Menschen in dieser Situation mit sich selbst viel kompromissloser, als sie das gegenüber anderen wären. Durch den Perspektivenwechsel wird vielen klar, dass sie an sich strengere Maßstäbe anlegen als an nahestehende Personen.

Anzeige

7. RHEIN RUHR SYMPOSIUM

Interaktive Falldiskussionen zu Diagnostik und Therapie bei Brustkrebs und bei Gynäkologischen Tumoren

25. NOVEMBER 2017 DÜSSELDORF

AUS DEM PROGRAMM:

- Naturheilkunde in Gynäkologie und Onkologie
- „Old Drugs“ und „New Drugs“: Management der Nebenwirkungen
- Ovarialkarzinom-Rezidiv: Welche Patientin ist eine geeignete OP-Kandidatin? Wie findet sie die richtige Klinik?
- Möglichkeiten der Lokalthherapie beim Mammakarzinom: Sinn und Unsinn

Das vollständige Programm und alle Informationen finden Sie auf:
www.rhein-ruhr-symposium.info

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

Prof. Dr. med. Werner Meier, Düsseldorf
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Andreas du Bois, Essen
Priv.-Doz. Dr. med. Sherko Kümmel, Essen
Prof. Dr. med. Mathias Warm, Köln
Prof. Dr. med. Werner Neuhaus, Köln
Prof. Dr. med. Jacobus Pfisterer, Kiel

ORGANISATION, INFORMATION

Jörg Eickeler
Beratung • Organisation • Veranstaltung
Tel.: 0211/3033224 | info@eickeler.org

www.rhein-ruhr-symposium.info

Patientenbeispiel: Frau K. hat vor 11 Monaten ihr zweites Kind bekommen, als sie bemerkt, erneut schwanger zu sein. Die finanzielle Situation ist sehr angespannt, die Wohnverhältnisse schwierig. Sie, ihr Mann und die beiden Kinder leben auf 30 qm. Sie entschließt sich zum Abbruch. Beim Eingriff wirkt sie sehr ruhig und gefasst.

Beim nächsten Routinekontrolltermin bei ihrem Gynäkologen fragt sie der Arzt, wie es ihr denn jetzt gehe. Frau K. meint, dass sie schon oft an ihr ungeborenes Kind denken müsse. Aber sie wolle sich nicht beklagen. Sie habe es ja selbst so gewollt.

Der Arzt könnte hier das Gespräch beenden oder, falls geplant, ein anderes Thema besprechen. Empfehlenswert wäre jedoch, wenn der Arzt das Thema in etwa folgendermaßen aufgreift: „Was geht Ihnen denn durch den Kopf, wenn Sie an ihr ungeborenes Kind denken?“ Somit hat die Patientin die Möglichkeit, mehr über ihre Gefühle und Gedanken zu berichten. Mit einer Äußerung wie „Ich kann gut nachvollziehen, dass Sie das belastet“ signalisieren Sie als Arzt, dass Sie die Reaktionen der Patientin akzeptieren und wertschätzen. In dieser Situation sollte auch angesprochen werden, wo die Patientin Unterstützung erhalten kann. Auch den Umgang des Partners mit dem Verlust und mögliche Konflikte sollten Sie ansprechen. Als Arzt können Sie die Patientin nicht längerfristig in ihrem Trauerverlauf begleiten. Aber als zumeist erste Ansprechperson können Sie durch empathisches und gezieltes Nachfragen mögliche Stolpersteine auf dem Weg der Verarbeitung erkennen und die Patientin auf Unterstützungsangebote aufmerksam machen. Werden die Gefühle längerfristig unterdrückt, können später Depressionen und pathologische Trauerreaktionen auftreten.

Fazit für die Praxis

- Für eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation im Bereich der Trauerberatung ist es essen-

ziell, patientenorientiert vorzugehen, adäquat Informationen zu vermitteln und aktiv auf die Fragen der Patienten und Angehörigen einzugehen. Modelle und Techniken können hierbei als Leitfaden dienen, um Gespräche über Verlust und Trauer souverän zu meistern. Ob sich die Patientinnen emotional öffnen können, hängt maßgeblich von der inneren Bereitschaft der Behandelnden ab, sich mit den dabei entstehenden belastenden Gefühlen auf beiden Seiten zu konfrontieren.

- Gelingt die offene Kommunikation, zeigen sich positive Effekte auf die Lebensqualität und das psychosoziale Gleichgewicht von Ärzten und Betroffenen.
- Wenn Sie als Arzt erkennen, dass Personen daran gehindert sind, mit dem Trauerprozess voranzuschreiten, also die verlustorientierte Verarbeitung oder Schuldgefühle dominieren, sollten Sie gegebenenfalls auf entsprechende Hilfsangebote anderer Berufsgruppen hinweisen (Selbsthilfegruppen, klinisch psychologische Beratung, psychotherapeutische Behandlung usw.).

Literatur

Bei der Autorin oder in der Online-Version des Beitrags unter www.frauenarzt.de



Autorin

Mag. Dr. Birgit Hladschik-Kermer, MME
 Leiterin der Abteilung für Medizinische Psychologie
 Medizinische Universität Wien
 Kinderspitalgasse 15/0
 1090 Wien
birgit.hladschik-kermer@meduniwien.ac.at