

# Psychotraumatologie in der somatischen Medizin – Gynäkologische Vorsorgesprechstunde

Katja Hämmerli Keller<sup>1</sup>, René Hornung<sup>2</sup>, Roger Schmidt<sup>1</sup>, Monika Krolak<sup>2</sup>, Gloria Nobel<sup>3</sup>, Nicolas Germann<sup>1</sup>, Michelle Schönenberger<sup>1</sup>, Michelle Bürgin<sup>1</sup>, Dagmar A. Schmid<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatik und Konsiliaripsychiatrie, <sup>2</sup>Frauenklinik, <sup>4</sup>Zentrum für Schlafmedizin, Kantonsspital St.Gallen, Schweiz  
<sup>3</sup>Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Bern, Schweiz

## Hintergrund

- Bis zu 30% der Patientinnen und Patienten in der somatischen Medizin leiden an klinisch relevanten psychischen Symptomen **(1)**.
- Folgen: unbefriedigende Behandlungsverläufe, längere Liegedauern, höhere Kosten und Chronifizierung **(1)**.
- Psychisch traumatisierende Lebensereignisse sind häufig ursächlich beteiligt an anhaltenden und komplexen Gesundheitsstörungen **(2, 3)**.
- Drücken sich traumatische Lebensereignisse in körperlichen Symptomen und Beschwerden aus, bleiben sie klinisch mitunter im Dunkeln **(4)**.

## Fragestellungen

1. Hat das Vorliegen einer früheren und/oder aktuellen Traumatisierung einen Einfluss auf die Interaktion von behandelndem Arzt und Patientin?
2. Unterscheiden sich Patientinnen mit einer Traumatisierung in der aktuellen psychischen Belastung von denjenigen ohne Traumatisierung?
3. Haben Faktoren wie Psychosomatik- resp. Traumafortbildungen oder Berufserfahrung in der Gynäkologie einen Einfluss auf die Arzt-Patienten-Interaktion?

## Methode

**Stichprobe:** n = 200 weibliche Patientinnen, welche in der Frauenklinik am Kantonsspital St.Gallen für eine Vorsorgeuntersuchung vorstellig wurden.

Alter	Min.	18
	1. Quartil	31
	Median	37
	Mittelwert	43.66
	3. Quartil	60
	Max.	83

**Design:** einmalige Erhebung

PRÄ Erstkonsultation POST

## Psychometrie

### Patientinnenseite

PRÄ Erstkonsultation	Messinstrument
Aktuelle Traumatisierung	IES-R [ $\leq 0$ oder $> 0$ ]
Frühere Traumatisierung	CTQ [25-125]
Insomnie	ISI [0-28]
Depression & Angst	HADS [0-21]
Dissoziation	FDS-20 [0-100]
Allgemeine Belastung	Belastungsthermometer [0-100]
POST Erstkonsultation	Messinstrument
Arzt-Patienten-Interaktion	PRA-D [15-105]

### Behandlungsseite

POST Erstkonsultation
Einschätzung aktueller psych. Belastung & früherer Traumatisierung [JA oder NEIN]

## Resultate

- n = 23 (11.5% der Stichprobe) erfüllten Kriterien einer **früheren Traumatisierung** (CTQ; Cut-Off > 51).
- n = 13 (6.5% der Stichprobe) erreichten einen entsprechenden Score bei der **aktuellen Traumatisierung** (IES-R; PTB-Verdachtsdiagnose bei > 0).

Hypothese 1	UV*: Traumatisierung?	Mann-Whitney U Test			
		AV*: Arzt-Pat.-Interaktion	Z	p	R
Die Arzt-Patienten-Interaktion unterscheidet sich bei Patientinnen mit früheren und/oder akuten Traumatisierungen zu denjenigen Patientinnen ohne Traumatisierung.	JA (CTQ)	97.22; 102; 9.49	-.111	<b>.456</b>	.008
	NEIN (CTQ)	98.81; 100; 6.65			
	JA (IES-R)	95.92; 98; 10.31	-.720	<b>.236</b>	.051
	NEIN (IES-R)	98.81; 100; 7.09			
JA (CTQ oder IES-R)	96.50; 99; 9.19	-.708	<b>.240</b>	.050	
NEIN (CTQ oder IES-R)	99.00; 100; 6.67				

Hypothese 2	UV: Traumatisierung?	Mann-Whitney U Test		
		AV: aktuelle psychische Belastung	p	R
Die aktuelle psychische Belastung ist bei Patientinnen mit früheren und/oder akuten Traumatisierungen höher als bei Patientinnen ohne Traumatisierung.	JA (CTQ)	alle	<b><math>\leq .046</math></b>	.119 - .202
	NEIN (CTQ)	alle		
	JA (IES-R)	alle	<b><math>\leq .007</math></b>	.175 - .324
	NEIN (IES-R)	alle		
JA (CTQ oder IES-R)	alle	<b><math>\leq .049</math></b>	.117 - .289	
NEIN (CTQ oder IES-R)	alle			

Hypothese 3	UV: Ausbildungsstatus	Mann-Whitney U Test & (gewichtete) Regressionsanalyse			
		AV: Arzt-Pat.-Interaktion	Z / F	p	R
Der Ausbildungsstatus der Ärztinnen und Ärzte hat einen Einfluss auf die Arzt-Patienten-Interaktion.	Psychosomatik	JA 98.83; 100; 7.29	Z	<b>.138</b>	.077
	-fortbildung?	NEIN 97.10; 95; 7.89	(-1.088)		
	Trauma-	JA 99.15; 101; 7.20	Z	<b>.026</b>	.108
fortbildung?	NEIN 97.75; 98; 7.55	(-1.951)			
Berufserfahrung	F	(1,196)	<b>.041</b>		.126
= 4.227					

\*UV = unabhängige Variable, AV = abhängige Variable

## Diskussion

- Trotz des Ausschlusses von Patientinnen mit diagnostizierter PTBS oder anderen schwerwiegenden psychiatrischen Störungen waren die Raten früherer Kindheitstraumata (6.5%) oder aktueller Psychotraumata (11.5%) nach wie vor hoch, wie auch in ähnlichen Studien berichtet wurde **(5 - 9)**. Die Dunkelziffer dürfte jedoch noch höher sein.
- **Hypothese 1** ✗: Dieses Ergebnis deckt sich nicht mit anderen Studien, die einen Einfluss früherer oder aktueller Traumatisierung auf die Arzt-Patienten-Interaktion gezeigt haben **(10, 11)**. Der Zusammenhang zwischen Patienten mit PTBS und Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Interaktionen wurde in Studien mehrfach beschrieben **(12, 13)**. Höhere PRA-D-Werte bei den Patientinnen könnten dadurch begründet sein, dass Gynäkologen vor unserer Studie eine hohe Rate an zusätzlichen psychosomatischen (89%) und psychotraumatischen Schulungen (63%) absolvierten.
- **Hypothese 2** ✓: Unsere Ergebnisse sind im Einklang mit anderen Studien, die eine hohe Korrelation zwischen PTBS und komorbiden depressiven oder Angststörungen **(14)**, schlechter Schlafqualität **(15)**, allgemeiner Belastung **(16)** und Dissoziation **(17)** gezeigt haben.
- **Hypothese 3** ✗ ✓: Psychotraumaspezifische Schulungsprogramme und Berufserfahrung (Arbeitsjahre) auf Seiten der Gynäkologen führten zu höheren PRA-D-Werten bei den Patienten.

## Ausblick

- Untergründige Traumafolgestörungen werden von Gynäkologen als klinisch relevant bewertet. Die Vermittlung von Fachwissen und kommunikativen Fähigkeiten sowie ein „**Werkzeugkasten**“ für konkrete Interventionen werden als erforderlich betrachtet **(17, 18)**.
- Es ist geplant, das vorliegende Studiendesign in anderen somatischen Fachgebieten, z.B. der Onkologie oder Kardiologie, anzuwenden.

Referenzen: (1) Stein et al. 2018, ICD-11-Guideline Working Group. (2) Keane, Rivard C., et al. "Traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey." *Archives of general psychiatry* 52.12 (1995): 1048-1050. (3) Krause, T., et al. "PTSD in somatic disease." *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 73.4 (2005): 200-217. (4) Aouf, Y., et al. "Posttraumatic stress disorder: PTSD is not the only diagnosis." *Encephale* 47.6 (2019): 402-406. (5) Hauer, W., et al. "Maltreatment in childhood and adolescence: results from a representative sample of the German population." *Deutsches Ärzteblatt International* 108.17 (2011): 237. (6) Scher, Christine D., et al. "Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample." *Child abuse & neglect* 28.2 (2004): 193-203. (7) Walker, Edward R., et al. "Cost of health care use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect." *Archives of general psychiatry* 56.7 (1999): 609-613. (8) Marner, Andreas, et al. "Psychosomatische Belastungsstörungen in Deutschland." *Der Nervenarzt* 79.5 (2008): 577-586. (9) Broke, J., R. Moks, and G. H. Geider. "Posttraumatische Belastungsstörungen und gynäkologische Symptome in einer Frauenambulanz." *Geschlecht und Frauenbewusstsein* 14.05 (2000): 461-463. (10) Wynn, Kasia, et al. "Prevalence of posttraumatic stress disorder among gynecological patients with a history of sexual and physical abuse." *Journal of Interpersonal Violence* 35.5 (2020): 344-358. (11) Green, Sandra L., et al. "Primary care providers' experiences with trauma patients: A qualitative study." *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 3.1 (2011): 37. (12) Bell, Victoria, et al. "When trust is lost: the impact of interpersonal trauma on social interactions." *Psychological medicine* 48.6 (2018): 1041-1046. (13) Guo, Catherine M., Robert Young, and Paul Barron. "Loss of trust comprises the core of PTSD and severe mental illness." *Journal of Personal & Interpersonal Loss* 25.3 (2010): 103-112. (14) Guat, Delmond M., et al. "The structure of distress following trauma: posttraumatic stress disorder, major depressive disorder, and generalized anxiety disorder." *Journal of abnormal psychology* 119.3 (2010): 622. (15) Sheikh, Doreen C., et al. "Bidirectional associations between daily PTSD symptoms and sleep disturbances: A systematic review." *Sleep Medicine Reviews* (2022): 101623. (16) Fang, Siq, Man Cheung Chung, and Yuting Wang. "The impact of past trauma on psychological distress: The roles of deliberate self-harm and self-harm." *Frontiers in Psychology* 11 (2020): 592. (17) van der Kolk, Cato, et al. "Resilience among posttraumatic dissociation and posttraumatic stress: A critical review." *Journal of Trauma & Dissociation* 9.4 (2008): 481-505. (18) Tschudin, Sibi, et al. "Psychosomatische Belastungen in Gynäkologie und Gynäkologie—evaluation of a computerized standardized testing program." *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 34.3 (2013): 100-115.

Einblick in weitere Forschungsprojekte von uns? Scann mich!

