

# 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 Konsiliarpsychiatrie, <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



## 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
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>
	NEIN (CTQ)	98.81; 100; 6.65		
	JA (IES-R)	95.92; 98; 10.31	-.720	<b>.236</b>
	NEIN (IES-R)	98.81; 100; 7.09		
JA (CTQ oder IES-R)	96.50; 99; 9.19	-.708	<b>.240</b>	
NEIN (CTQ oder IES-R)	99.00; 100; 6.67			

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

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

\*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. (2013). ICD-11 Trauma and Acute Stress Disorder. (2) Kessler, Ruscio, et al. (2002). Traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of general psychiatry 59(12), 1488-1496. (3) Krause, T., et al. (2013). PTSD in somatic disease? Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 73(4), 200-217. (4) Aouf, M., et al. (2013). Posttraumatic stress disorder: PTSD is not the only diagnosis. European Journal of Trauma 9(1), 1-6. (5) Hirsch, M., et al. (2013). Posttraumatic stress disorder in childhood and adolescence: results from a representative sample of the German population. Deutsches Ärzteblatt International 108(17), 237. (6) Scher, C. D., et al. (2002). Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. Child Abuse & Neglect 26(2), 193-208. (7) Walker, Edward R., et al. (2002). Correlates of health care use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. Archives of general psychiatry 59(7), 694-701. (8) Marshall, Andrew, et al. (2001). Posttraumatic stress disorder in the elderly. The New Zealand Journal of Psychiatry 36(3), 177-182. (9) Moku, J., et al. (2000). Posttraumatic stress disorder and psychiatric symptoms in elder Taiwanese. Geriatrics and Gerontology 45(5), 461-468. (10) Wynn, Kasia, et al. (2000). Prevalence of posttraumatic stress disorder among gynecological patients with a history of sexual and physical abuse. Journal of Interpersonal Violence 15(5), 544-552. (11) Green, Sandra L., et al. (2000). Primary care providers' experiences with trauma patients: A qualitative study. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 12(1), 37. (12) Bell, Victoria, et al. (2011). When trust is lost: the impact of interpersonal trauma on social interactions. Psychological medicine 41(6), 1041-1046. (13) Guo, Catherine M., Robert Young, and Paul Barron. (2009). Trust, trauma, and PTSD: The roles of trust, trauma, and PTSD in the development of posttraumatic stress disorder. Journal of Interpersonal Violence 24(12), 2823-2832. (14) Guo, Catherine M., et al. (2009). The impact of post-traumatic stress disorder on interpersonal relationships: A systematic review. Sleep Medicine Reviews 13(2), 101-112. (15) Fang, Siq, Man Cheung Chung, and Yung Wing. (2008). The impact of post-traumatic stress disorder on sleep: The roles of depressive symptoms and neurobiology. Frontiers in Psychology 11(2020), 1-12. (16) van der Kolk, C. M., et al. (2007). Resilience among posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder: A critical review. Journal of Trauma & Dissociation 8(4), 481-505. (17) Tschudin, Sibi, et al. (2013). Psychosomatics in obstetrics and gynecology—evaluation of a computerized standardized training program. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 34(3), 100-115.

Einblick in weitere Forschungsprojekte von uns? Scann mich!

