

### Zusammenfassung

Die Endometriose ist eine vielfältige und unspezifische Störung, die bei subtiler Diagnostik bei immer mehr Frauen nachweisbar ist.

In einem Fall stellt sie einen unbedeutenden Nebenbefund dar, im anderen Fall ist sie eine krebsartige, meist unheilbare, chronische Schmerzerkrankung, welche sehr häufig Sterilität und aggressive Therapien nach sich zieht.

Für die Genese der Endometriose werden multifaktorielle Ursachen diskutiert. Die Theorie der retrograden Menstruation bei hyperperistaltisch-dystokem Uterus bietet zunächst ein organisches Erklärungskonzept. Aus psychosomatischer Sicht lassen sich diese unphysiologischen Menstruationsabläufe auch als Ausdruck eines unbewältigten Konfliktes deuten, der möglicherweise in Zusammenhang mit der Geschlechterrolle oder persönlichen, familiären und gesellschaftlichen Einstellungen zur Menstruation steht. Die exogene und endogene Hormonzufuhr in einer Zeit vermehrter Menstruationen bei weniger Schwangerschaften tut ihr Übriges zur Entstehung und Entwicklung dieser Störung. Daneben impliziert die Überlegung, dass es sich bei der Endometriose um eine Autoimmunerkrankung handelt, ebenfalls psychosomatische Fragestellungen.

Obwohl immer wieder vom „Krebs der Karrierefrau“ die Rede ist, gibt es zum Thema Endometriose nur wenige psychosomatische Forschungsprojekte.

Dabei ist es eines der Charakteristika dieser Erkrankung, dass Befund und Befindlichkeit oft in krassem Widerspruch stehen. Allein diese klinische Beobachtung macht die Bedeutung psychosomatischer, psychosexueller, sozialer und biografischer Aspekte in Zusammenhang mit der Endometriose klar.

Diese Sichtweise stellt natürlich ein für Arzt und Patient plausibles, organisches Erklärungskonzeptes für chronischen Unter-

### Abstract

Endometriosis is a varied and unspecific disorder, which can be detected by way of subtle diagnostics in almost every woman. In one case it is a minor accidental finding, in another case it is a cancerlike, mostly incurable, chronic painful a disease, which often has sterility and aggressive therapies as subsequence. For the origin of endometriosis many causes are discussed. The theory of retrograde menstruation through an hyperperistaltic-dystocic uterus presents on one hand an organic explanation-concept. From the psychosomatic point of view this unphysiological menstruation could also be seen as the result of an unsolved conflict, which might be connected with the gender-role or personal, familiar and social attitudes about menstruation. The exo- and endogenic supply with hormones in a time with less pregnancies and therefore more menstruation is also a contributing factor to the origin and development of this disturbance. Beside the theory of endometriosis as an autoimmune-disease also implicates psychosomatic thoughts. Though there is always a repeatedly talk the "cancer of the career-woman", there are however very few psychosomatic researchprojects regarding endometriosis. Therefore it is a characteristic of this disease, that finding and feeling are very often contraversal. This emphasizes the importance of psychosomatic, psychosexual, social and biografical aspects in connection with endometriosis. This point of view makes a relative plausible and comfortable explanation for the CPPS and sterility uncertain. Without question diagnosis and therapy of endometriosis followed on one hand by stigmatisation and on the other hand by often restriction of quality of life leads to a lot of subsequent psychosocial problems.

### Key words

Endometriosis · psychosomatics · menstruation

### Institutsangaben

<sup>1</sup> Frauenklinik AKH Viersen, Viersen

<sup>2</sup> Klinik für Psychatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Aachen, Aachen

### Korrespondenzadresse

Wolf Lütje · Hoserkirchweg 63 · 41747 Viersen · Tel.: 02162/1042345 · Fax: 02162/1042376 ·

E-mail: Luetje@akh-viersen.de

### Bibliografie

Zentralbl Gynakol 2003; 125: 281–285 © J. A. Barth Verlag in Georg Thieme Verlag KG · ISSN 0044-4197

bauchschmerz und Sterilität infrage. Völlig unabhängig von der Ursächlichkeit ziehen Diagnose und Therapie der Endometriose mit einerseits unnötiger Stigmatisierung, andererseits häufig schwerer Beeinträchtigung der Lebensqualität psychosoziale Folgeprobleme nach sich.

### Schlüsselwörter

Endometriose · Psychosomatik · Menstruation

Nach wie vor ist die Endometriose eine unspezifische, rätselhafte und nicht klar definierte Erkrankung, bei der die Frage offen ist, ob sie mit einer Infektion, einem Tumor oder einem toxischen Prozess, ob sie mit Genetik, Umweltfaktoren, autoimmunologischen Prozessen oder auch psycho-sozialen Faktoren zusammenhängt oder ein Mischbild von allem ist. Nach wie vor gibt es kein schlüssiges Erklärungskonzept u. a. auch dafür, warum diese Störung in einem Fall nur ein unbedeutender Nebenbefund, im anderen Fall eine oft unheilbare Erkrankung ist, die mit chronischen Schmerzen, Sterilität und den Belastungen aggressiver Therapien verbunden ist. Der aktuelle Stand der Forschung liefert mit dem Bild der hyperperistaltisch-dystoken Uterusaktivität mit retrograder Menstruation auf den ersten Blick ein biologisches und mechanisches Erklärungsmodell für die Entstehung der Endometriose. Auf den zweiten Blick lässt dieses Modell aber eine Fülle von Fragen und Aspekten offen. Aus endokrinologischer Sicht beobachten wir weltweit eine dramatische Zunahme hormongetriggelter Erkrankungen. Dazu gehören die Myome, Blutungsstörungen, Brustkrebs, das Endometriumkarzinom und natürlich auch die Endometriose. Einer der Gründe ist die zunehmende exogene Hormonexposition. Darüber hinaus gibt es eine endogene Hormonbelastung durch eine insgesamt verlängerte reproduktive Phase mit einer erhöhten Anzahl an Menstruationen bei weniger Schwangerschaften. Die Immunforschung wiederum findet Hinweise dafür, dass es sich in bestimmten Fällen bei der Endometriose um eine Autoimmunerkrankung handeln könnte.

Bei der Abklärung von Unterbauchschmerzen, Dysmenorrhoe, Dyspareunie, aber auch der Sterilität lässt sich mit den verfeinerten diagnostischen Möglichkeiten als Nebenbefund häufig eine Endometriose nachweisen. Gerade auf dem Gebiet dieser oft psychosomatischen Störungsbilder hat der Nachweis eines Organbefundes immer eine entlastende Funktion, weil endlich eine Grund für die oft chronischen Beschwerden gefunden wurde. Ob die Endometriose aber im Einzelfall wirklich die Bedeutung hat, die ihr zugeschrieben wird, bleibt fraglich und wird an anderer Stelle noch einmal diskutiert.

So vielfältig wie die Erklärungsmodelle und die diagnostischen Möglichkeiten, sind auch die polypragmatischen Therapieversuche, die den zirka 10% betroffenen Frauen allerdings nur zu einem geringen Teil eine echte und nachhaltige Hilfe sind.

Wie denken, fühlen, hoffen, leiden und bewältigen die meist jungen Patientinnen diese Erkrankung, die von der Aura etwas Krebsartigem und meist Unheilbarem umgeben ist, mit chronischen Schmerzen einhergeht und um die sich Ängste vor einer aggressiven Therapie und möglicherweise dem Verlust von Or-

ganen und der reproduktiven Potenz ranken? Wie bewältigen sie die meist auch schweren psychosozialen Folgen mit häufigen Krankschreibungen, Beziehungs- und Sexualproblemen, die nicht selten Rückzug und Einsamkeit nach sich ziehen? Und wie mag es den Frauen gehen, deren Endometriose vielleicht wirklich nur ein Nebenbefund ist, die sich aber entsprechend informiert mit den Ängsten vor möglichen schwerwiegenden Folgen quälen. Und was ist mit den Frauen, bei denen mit der Diagnose „Endometriose“ jede weitere Anamnese und Diagnostik entfällt, die dazu dienen könnte, ihre Unterbauchschmerzen als einen ungelösten Konflikt zu verstehen, der z. B. nach sexueller Gewalt, einer Beziehungskrise oder anderen Belastungssituationen entstanden ist?

Vor dem Hintergrund der Folgen von Therapie aber auch der Diagnostik ist es nachvollziehbar, dass paramedizinische Therapieansätze Furore machen, andererseits Selbsthilfegruppen sich um diese Frauen bemühen und ihnen in vielen Fällen mehr helfen können wie fehlgedeutete Diagnosen, häufige Operationen und einschneidende medikamentöse Therapien. Eine australische Studie zeigte, dass fast alle Frauen mit dem Gespräch mit einem Vertreter einer australischen Selbsthilfegruppe hoch zufrieden waren [8].

Um sich in diese Patientinnen einzufühlen, ist es wohl am besten, sie selbst zu Wort kommen zu lassen.

Bei einer Internet-Recherche im Chatroom einer Endometriose-Selbsthilfegruppe wurden folgende Zitate herausgefiltert:

- ...so habe ich 3 Jahre meinem Arzt geglaubt, der mir sagte, ich hätte „psychische Schmerzen“, weil mein Kinderwunsch so groß sei...
- ...ich möchte nicht direkt zum Doc gehen, weil ich vor dem Eingriff Probleme hatte, überhaupt mit meinen Beschwerden erst genommen zu werden (vorher haben sie es auf die Psychoschiene geschoben, was mich ziemlich geschockt hat)...
- ...die Ärzte haben mich irgendwann als „überempfindlich“ dargestellt und das als „Frauen-weh-wehchen“ während der Periode erklärt...
- ...endlich fühlte ich mich nicht mehr als „überempfindliche SimulantIn“, aber geholfen hat es bis heute eher nicht...
- ...die Arroganz des o.g. Arztes ließ mir wieder einmal sämtlich Haare zu Berge stehen: „Also es wurde nur ein neuer Herd gefunden, nicht weiter schlimm.“ Brauchen die immer gleich einen kompletten Endo-Bauch, um uns die „Annehmlichkeiten“ dieser Krankheit zugestehen zu können?...
- ...bei mir selber war nach der Bauchspiegelung nur 2 Monate Ruhe, dann hatte ich meine Beschwerden wieder und nach 5 Monaten hatte sich auch schon wieder eine Cyste gebildet...
- ...2 Std. Schlaf pro Tag und Dauerkopfschmerzen sowie Waltungen in 5 Min-Abständen – 24 Std am Tag und das im tiefsten Winter, so dass mein Mann frieren musste, während ich beim offenen Fenster saß, waren die Hölle...
- ...habt ihr auch den Eindruck, dass es Endo-Schübe gibt, die durch Stress oder seelische Belastungen ausgelöst werden?...
- ... ich habe mir ein Zeitlimit bis Ende dieses Jahres gesetzt, dann werde ich halt eine kinderlose Meckerziege...
- ... ich habe mich auf meine kreative Ader besonnen und mich bei der VHS zum Töpfern angemeldet...

- ...so, nun lasse ich mich von meinen Jungs zuhause schön pflegen und genieße die Zeit bis zum Arbeitsantritt in ein paar Wochen...

Diese Statements unterstreichen nicht nur das breite Spektrum an Not und Verzweiflung, sie zeigen auch, wie intensiv sich Patientinnen Gedanken zu ihren Beschwerden und ihrer letztlich diagnostizierten Erkrankung machen und eine subjektive Krankheitstheorie entwickeln. Diese Zitate machen aber auch deutlich, wie hilflos wir Ärzte oft im Umgang mit diesen anstrengenden und verzweifelten Patientinnen sind. Wenn wir mit unseren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten am Ende sind, schieben wir gerne die Beschwerden auf die Psyche. Dieses Erkenntnis hat aber leider oft keine Konsequenzen. So lassen wir unsere Patientinnen nicht nur mit ihren Beschwerden, sondern auch noch mit einer weiteren schwer zu bewältigenden Diagnose alleine. Die Frauen haben dann oft das Gefühl, nicht nur im Bauch, sondern auch noch im Kopf krank zu sein. Und weder für die eine noch die andere Störung wird ihnen ein therapeutisches Konzept angeboten.

Wenn wir andererseits die Diagnose einer Endometriose überbewerten, tun wir der Patientin im doppelten Sinne Unrecht: Wir belasten sie unnötig mit Ängsten und Sorgen um mögliche Folgen ihrer Erkrankung oder ergreifen einschneidende Therapiemaßnahmen, die nicht angemessen sind.

Bevor nun psychosomatische Fragestellungen im Zusammenhang mit der Endometriose vertieft werden, sei an dieser Stelle zur Vermeidung von Missverständnissen eine Definition von „Psychosomatik“ gewagt: Es handelt sich um den Versuch, Störungen ganzheitlich zu betrachten und in all ihren Dimensionen und Facetten zu erkennen und zu behandeln.

Die Medizin erscheint demnach wie eine Gradwanderung auf dem Rand einer Münze, die immer wieder von beiden, möglicherweise sogar noch von mehr Seiten betrachtet werden sollte.

Was bei der Endometriose zum psychosomatischen Denken zwingt ist die Tatsache, dass es kaum eine Erkrankung gibt, bei der Befund und Befindlichkeit häufig in so krassm Widerspruch stehen.

Wie oft finden wir intraoperativ ein endometrioseüberwuchertes Becken, welches so gut wie keine Beschwerden macht. Andererseits sehen wir minimale Endometriose mit schwersten Dysmenorrhöen, Dyspareunien und Sterilität.

Demnach gibt es also keine typische Endometriosepatientin, sondern nur eine Patientin mit *ihrer* Endometriose.

Auch die schon erwähnte Theorie des hyperperistaltisch-dystoken Uterus könnte aus psychosomatischer Sicht die Frage aufwerfen, ob es sich bei der Endometriose nicht doch um eine Stresserkrankung z. B. im Rahmen unbewältigter Konflikte in Bezug auf die Menstruation oder die Geschlechterrolle handeln könnte.

Dabei sei eingeräumt, dass es sicher einiger Überwindung bedarf, die Endometriose als ein beliebtes somatisches Erklärungs-

modell für den chron. Unterbauchschmerz kritisch zu hinterfragen, nachdem Cysten, Verwachsungen, Myome, die Retroflexio uteri und die pelvine Varicosis als mögliche Erklärungsmodelle der Organmedizin weitgehend ausgedient haben.

Unbestritten sind aber in jedem Fall die nicht unerheblichen psychosozialen Belastungen, die mit Diagnostik und Therapie der Endometriose einhergehen.

Auch von Seiten der Psychosomatik gibt es bisher wenig überzeugende Erklärungsmodelle für die Endometriose.

Selbst auf den Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatik in Frauenheilkunde und Gynäkologie gab es in den letzten 10 Jahren einen einzigen Beitrag zu diesem Themenkomplex [3]. Und auch die psychosomatische Forschung weist in puncto Endometriose so gut wie keine Publikationen auf.

Wie schon angedeutet, ergeben sich eine Fülle von psychosomatischen Fragestellungen im Zusammenhang mit der Endometriose.

So wurde die Endometriose in Amerika lange Zeit als Erkrankung der „kinderlosen Karrierefrau“ bezeichnet. Führt demnach die Ablehnung der Mutterrolle zur Endometriose? Und warum ist umgekehrt die Schwangerschaft oft ein Schutz vor und manchmal sogar eine echte Behandlung der Endometriose

Wenn wir die Endometriose unter gewissen Aspekten als eine Autoimmunerkrankung verstehen, dann wäre die physiologische Immobilisation des Immunsystems während der Schwangerschaft eine mögliche Erklärung.

Doch warum hält dieser therapeutische Effekt oft nach der Schwangerschaft noch an?

Es bleibt sicher hypothetisch, anzunehmen, dass mit der Anerkennung der Mutterrolle auch die Endometriose inaktiviert wird.

Trotz drohender Sterilität durch die Endometriose und trotz möglicher positiver Auswirkung einer Schwangerschaft, sollte eine solche zu rein therapeutischen Zwecken nicht empfohlen werden. So produzieren wir nur den nächsten Konflikt mit teilweise verheerenden Auswirkungen.

Selbstverständlich sollten wir die möglichen Folgen der Endometriose für die Reproduktion nicht verschweigen und Frauen unmissverständlich, aber non-direktiv beraten.

Auch die Menstruation sollte in ihrer möglichen psychologischen Bedeutungsdimension beleuchtet werden, weil sie in engem Zusammenhang mit der Endometriose steht.

Die Regelblutung ist zunächst ein Zeichen für die reproduktive Potenz, sie ist aber auch ein Hinweis auf eine nicht eingetretene Schwangerschaft.

Andererseits definiert die Menstruation zweifelsfrei die weibliche Geschlechterrolle und Forscher wie Collins, Low und Strauß [2, 4, 7] fanden bei Endometriosepatientinnen einen Ge-

schlechtsrollenkonflikt mit einem negativem Erleben der Menarche und Pubertät, frühen gynäkologischen Problemen und negativen sexuellen Erfahrungen.

Menstruationstörungen bis hin zur Amenorrhoe kennen wir auch bei essgestörten Patientinnen, bei denen häufig Geschlechtsrollenkonflikte und hohe Leistungsansprüche nachweisbar sind.

An der Universität Kiel wurde 1996 eine psychosomatische Studie publiziert, bei der 30 Patientinnen mit Endometriose mit 20 anderen Patientinnen verglichen wurden [5].

Hierbei fanden sich folgende Unterschiede:

Die Endometriosegruppe zeigte eine relativ hohe Rate an Konflikten mit den Eltern, weniger Interesse der Väter an ihren Töchtern und eine problematische Grundeinstellung zur Sexualität in der Familie, alles zusammen mögliche Gründe für ein Gefühl von Unsicherheit bezüglich der Geschlechtsidentität und der Geschlechterrolle.

Zudem zeigten die Endometriosepatientinnen höhere Angstlevels und hatten eine sehr sensible Körperwahrnehmung.

Ein dritter Aspekt der Menstruation ist der der Hygiene. Oft wird Menstruation als etwas Schmutziges definiert, welches versteckt werden muss. Dies wird in vielen Fällen im familiären System gelernt oder unbewusst verinnerlicht.

In einem Werbespot sieht man, wie ein Tampon in einer Frauenhand verschwindet und auch im Text wird deutlich darauf aufmerksam gemacht, dass das Blut direkt dort aufgenommen wird, wo es entsteht und mit Hilfe des Tampons erst gar nicht in Erscheinung tritt. Vielleicht führt diese versteckte Forderung nach einer unsichtbaren Menstruation dazu, dass manche Frauen sogar nach innen menstruieren.

Nicht zuletzt ist die Zeit der Menstruation für viele Frauen mit Stimmungsschwankungen und Leistungseinbußen verbunden und nicht wenige reagieren mit Kreislaufschwäche, manche entwickeln ein PMS, welches im Einzelfall sogar als ein psychiatrisches Krankheitsbild gedeutet wird [3].

Alle genannten Punkte können Grund für eine ambivalente Einstellung zur Menstruation sein. Die oft unbewusste Ablehnung der Menstruation und der daraus resultierende Konflikt könnte eine Dysmenorrhoe zur Folge haben, die zu unphysiologischen Kontraktionen und einer Hyperperistaltik des Uterus mit retrograder Menstruation und Verschleppung von Basalzellen in die Bauchhöhle führt. Vielleicht steht aber auch die Cervixdystokie am Anfang der Kausalkette und führt in der Folge zur Dysmenorrhoe und den bereits beschriebenen Effekten, die letztlich in einer Endometriose enden.

In der Tat hat die wenige psychosomatische Forschung nachgewiesen, dass Endometriose-Patientinnen ein hohes autoaggressives Potenzial haben. Manchmal meint man, dass sie ihre ersten schmerzlichen Probleme geradezu in sich hineinpumpen.

Wenn dann das Immunsystem zusätzlich eine autoaggressive Tendenz zeigt, dann können sich die harmlosen Endometriumzellen in wilde kleine Uteri verwandeln.

Interessant wäre noch die Frage, inwieweit Sexualität während der Menstruation die Endometriose fördert oder nicht. Dazu bedarf es sicher einer vergleichenden kulturellen Untersuchung zwischen Kulturen, in denen Sexualität während der Menstruation weit verbreitet ist, oder wie in manchen Regionen Afrikas ein Sexualverbot während der Periode besteht.

## Zusammenfassung und Ausblick

Die Bewältigung der Endometriose ist ein gutes Beispiel für eine der vielversprechendsten Gesundheitsdefinitionen:

*„Gesundheit ist die Fähigkeit mit Störungen zu leben“.*

Gerade Endometriosepatientinnen bleibt oft nichts anderes übrig, als ihre Störung und die vielen Folgeproblemen anzunehmen.

Wenn wir den Blick allerdings auf die Prävention der Endometriose richten, stellen sich folgende Fragen:

- Sollen wir die Anzahl der Menstruationen verringern?
- Brauchen wir sozusagen ein neues Periodensystem?
- Können wir unsere Einstellung zur Menstruation ändern – vielleicht als einer Zeit des „entspannten“ Rückzugs, selbst dann, wenn dies mit den Bedürfnissen einer leistungsorientierten Gesellschaft kollidiert?
- Lassen sich Menstruationsstörungen u.U. durch Erziehung und veränderte Einstellungen im familiären Kontext verhindern?
- Welchen Einfluss hat das veränderte Reproduktionsverhalten auf die Endometriose und wie können wir die Frage nach der Geschlechtsidentität beeinflussen?
- Wie wirkt sich unsere Umwelt und unsere Euphorie einer hormonellen Behandlung auf die Endometriose aus?

Möglicherweise ist also das Präventionskonzept für die Endometriose auch in seinem sozialen Kontext zu betrachten. Ohne aus ganzheitlicher Sicht „frustriert“ zu sein, ist anzunehmen, dass die besten Lösungen zur Prävention und Therapie der Endometriose aus der genetischen und immunologischen Forschung kommen werden. Bei einer großen Metaanalyse des Forschungsstandes zum „chronischen Unterbauchschmerz“ kam Knieknecht [6] nämlich zu folgendem ernüchternden Ergebnis:

Keine der möglichen Therapieoptionen, sei es operative, medikamentöse, psychotherapeutische, weder einzeln, noch in Kombination, war in der Lage, dieses somatoforme Störungsbild entscheidend positiv zu beeinflussen.

Trotzdem können psychosomatischen Fragestellungen hilfreich bei der Entwicklung von Krankheitstheorien und neuen Behandlungsstrategien sein.

Zunächst sollten wir aber aus psychosomatischer Sicht darauf achten, dass die Diagnose einer Endometriose nicht zu einer frü-

hen Stigmatisierung führt. Oft ist die Endometriose keine richtige Erkrankung, sondern nur eine relativ unbedeutende Nebenerscheinung.

Für das Verständnis der Erkrankung sind anamnestisch Faktoren der Biografie und die sozialen und psychologischen Umstände nicht minder wichtig wie die Einstellungen zur Menstruation, zur Sexualität, zum Körpererleben und zur Geschlechterrolle.

Mit Blick auf die Therapie ist es keine Frage, dass wir ein multiprofessionelles Team brauchen, das sowohl die operativen, endokrinologischen, immunologischen und anästhesiologischen Ansprüche einer differenzierten Therapie beherrscht.

Natürlich ist auch ein integriertes psychosomatisch-gynäkologisches Konzept gefragt, indem Psychotherapie, Physiotherapie, Alternativ- und Komplementärmedizin gemäß der individuellen Krankheitstheorie ihren Stellenwert haben.

In einem ressourcenarmen Gesundheitssystem sind die Krankenhäuser der Akutversorgung bei der Behandlung dieses komplexen Krankheitsbildes wahrscheinlich überfordert.

„Endopatienten“ sollten nach der Laparoskopie in ein Rehabilitationszentrum überwiesen werden, welches möglichst auch mit Selbsthilfegruppen kooperiert.

Selbstverständlich hilft immer jede Art von offener und ehrlicher Information über die oft begrenzten Chancen der Heilung, aber auch die Möglichkeiten ganzheitlich orientierter Hilfsangebote.

Die Endometriose ist möglicherweise physiologischer als wir annehmen – sie kann, aber muss keine Erkrankung sein.

Endometriose ist an Vielfalt kaum zu überbieten, sie ist durch viele, z.T. noch unbekannte Faktoren bedingt. Sie tangiert eine Fülle von medizinischen Fachgebieten.

Prävention, Diagnostik und Therapie können Paradebeispiele für ganzheitliche Betrachtungsweisen in der Medizin sein.

Diese Chance sollte nicht ungenutzt bleiben.

## Literatur

- <sup>1</sup> Bodden-Heidrich R, Anastasiadis G, Hucke J, Rechenberger I. Endometriose: Gibt es eine Beziehung zwischen psychosomatischer Prädisposition und somatopsychischem Krankheitserleben? Arch Gynäkol Obstet 1994; 255: 172
- <sup>2</sup> Collins ML. Personality correlates of endometriosis. Doctoral Thesis. Western Michigan University 1979
- <sup>3</sup> Jürgensen O. Das PMS im Grenzbereich zwischen Psychiatrie und Gynäkologie. In: Hawighorst-Knapstein S, Schönefuß G, Knapstein PG, Kentenich H. Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe Psychosozial-Verlag, Gießen 1998
- <sup>4</sup> Klentze M. Die Endometriose – Ein brennendes Schwert? In: Kentenich H, Rauchfuß M, Diederichs P (Hrsg). Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1993; 221–224
- <sup>5</sup> Low WY, Edelmann RJ. Psychological aspects of endometriosis. J Psychos Obstet Gynecol 1992; 12: 3–12
- <sup>6</sup> Roth H. Psychosomatische Aspekte der Endometriose. Dissertation. Universität Kiel 1996
- <sup>7</sup> Knieknecht K, Siedentopf F, Kentenich H. Chronischer Unterbauchschmerz: Auch der psychosomatische Ansatz hilft nicht immer. In: Brandenburg U, Leeners B, Petermann-Meyer A, Schwarte A, Dohmen C, Neises M (Hrsg). Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Psychosozial-Verlag, Gießen 2002; 223–225
- <sup>8</sup> Strauß B, Didzus A, Speidel H. Eine Untersuchung zur Psychosomatik der Endometriose. PpM 1992; 42: 242–252
- <sup>9</sup> Wingfield MB, Wood C. Treatment of endometriosis involving a self-help group. J Psychos Obstet Gynecol 1997; 18 (issue 4)