

Persönliche PDF-Datei für Ulrike Hohenfellner

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Psychosomatische Urologie – wie therapiere ich chronische urologische Erkrankungen?

DOI 10.1055/a-0834-5989
Akt Uro 2019; 50: 184–189

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:
© 2019 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 0001-7868

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags

 **Thieme**

Psychosomatische Urologie – wie therapiere ich chronische urologische Erkrankungen?

Psychosomatic urology: how to treat chronic urological diseases

Autor

Ulrike Hohenfellner

Institut

Ambulantes Rehabilitations-Zentrum für Urologie und Gynäkologie Heidelberg, Facharztpraxis für Urologie, Heidelberg

Schlüsselwörter

Harnwegsinfekte, Überaktive Blase, Enuresis, Chronisches Beckenschmerzsyndrom, Post-Prostatektomie-Harninkontinenz

Keywords

Urinary tract infection, Overactive bladder, Enuresis, Chronic pelvic pain syndrome, Post-prostatectomy incontinence

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0834-5989> | Online-Publikation: 14.2.2019 | Akt Urol 2019; 50: 184–189
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0001-7868

Korrespondenzadresse

Dr. Ulrike Hohenfellner, Ambulantes Urologisches Rehabilitations-Zentrum für Urologie und Gynäkologie Heidelberg, Praxis für Urologie und Psychotherapie, Friedrich-Ebert-Anlage 1, 69117 Heidelberg
dr.hohenfellner@praxishohenfellner.com

ZUSAMMENFASSUNG

In urologischen Facharztpraxen weisen 50–70% der Patienten chronische urologische Erkrankungen auf, nämlich rezidivierende Harnwegsinfekte, die somatoforme überaktive Blase und die Enuresis des Erwachsenen und des Kindes, das chronische Beckenschmerzsyndrom und die psychosomatisch bedingte Form der Post-Prostatektomie-Harninkontinenz. Denn die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung beträgt 28% [1]. Bereits 20% der Kinder und Jugendlichen zeigen psychische Auffälligkeiten [2]. Häufig findet sich eine begleitende somatoforme Beschwerdesymptomatik, oftmals eine psychosomatische Miktionsstörung mit konsekutiv komplexer Beckenboden-Dysfunktion [3–6]. Die meisten Patienten berichten über einen langjährigen Leidensweg, da sowohl der funktionelle Charakter als auch die psy-

chosoziale Belastung bisher unerkannt geblieben sind, aus denen die Entstehung und Aufrechterhaltung der Beschwerden resultieren. So haben sie meist diverse Therapieversuche erlebt, die nicht indiziert waren, entsprechend frustriert und evtl. gar von Komplikationen begleitet. Dadurch wurden die Somatisierung und die Symptomatik i. d. R. noch verstärkt.

Zur ursächlichen Behandlung ist die Beseitigung der zugrundeliegenden psychosomatischen Miktionsstörung und Beckenboden-Dysfunktion notwendig. Dieses erfordert eine multimodale Therapie wie z. B. PELVICFIT®, die ein körperorientiertes Training auf dem Boden der progressiven Muskelrelaxation mit Schulung der Körperwahrnehmung und eine ärztliche psychotherapeutische Begleitung miteinander vereint. Denn sowohl das (Wieder-)Erlernen der Willkürkontrolle über den externen urethralen Sphinkter und die Herstellung eines physiologischen Miktionsverhaltens als auch die Reduktion der psychosozialen Belastung sind erforderlich, um einen Therapieerfolg der so chronifizierten Symptomatik erreichen zu können [7–9].

ABSTRACT

In specialist urology clinics, 50–70% of patients have chronic urological diseases such as recurrent urinary tract infections, a somatoform overactive bladder, adult and infantile enuresis, a chronic pelvic pain syndrome, and the psychosomatic form of post-prostatectomy incontinence. The 12-month prevalence of psychological disorders in the general adult population is 28% [1]. As many as 20% of children and adolescents are found to have psychological abnormalities [2]. These are frequently accompanied by somatoform symptoms, often consisting of a psychosomatic voiding disorder with a consecutive complex pelvic floor dysfunction [3–6]. Most patients report a long history of suffering as both the functional nature and the psychosocial stress causing and perpetuating the discomfort have remained unrecognised. Therefore, most patients have undergone various treatment attempts that were not indicated and thus unsuccessful and maybe even associated with complications. This tends to further increase the somatisation and the symptoms.

To treat the root cause, it is necessary to eliminate the underlying psychosomatic voiding disorder and pelvic floor dysfunction. This requires a multimodal treatment ap-

proach such as PELVICFIT®, which combines a body-oriented training based on progressive muscle relaxation, training of body perception, and medical psychotherapy. This is crucial because patients must learn how to (re)gain control

of the external urethral sphincter, achieve a physiological voiding behaviour, and reduce psychosocial stress in order to successfully treat the chronified symptoms [7–9].

„Es ist nicht eine bestimmte Krankheit, die behandelt werden muß, sondern es ist immer der Kranke selbst, der behandlungsbedürftig ist.“ Michael Balint (1896–1970)

Schon 1905 beschrieb Freud seine Theorien über die Funktionen, die Störungen der Miktion und der Sexualfunktion für den Patienten haben, sowie über den ursächlichen psychischen Hintergrund benigner urologischer Erkrankungen. Diese libidotheoretischen Überlegungen zur Urethralerotik berücksichtigend, veröffentlichte Oswald Schwarz, damals Privatdozent für Urologie in Wien, dann 1925 sein Lehrbuch „Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome“. Vor mehr als 100 Jahren ist also schon sehr genau beobachtet und dokumentiert worden, dass chronische urologische Beschwerden in Begleitung mit psychischen Merkmalen bzw. speziellen Verhaltensmustern auftreten.

Freud, Schwarz und nachfolgende Autoren haben eindrucksvoll beschrieben, dass intensive Affekte wie Wut, Frustration, Hilflosigkeit, Ohnmachtsgefühle und Angst die Miktion und die Sexualität beeinflussen. Sie konnten zeigen, dass urologische Störungen häufig eine kompensierende Funktion in Kränkungssituationen oder bei Wahrnehmung eines negativen Selbstbildes haben. Es wurde anhand vieler Fallbeispiele erläutert, wie empfindlich der Urogenitaltrakt sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen auf Beziehungsstörungen und konsekutive psychische Belastung reagiert. Neben begleitenden Angststörungen, Depression und Traumatisierungen wurden insbesondere Zusammenhänge mit Persönlichkeits-Akzentuierungen aufgezeigt. Tatsächlich erweist sich die übermäßige Ausprägung folgender Persönlichkeitsanteile als disponierend: selbstunsicher-dependent, ängstlich-vermeidend, histrionisch-katastrophisierend und narzisstisch-zwanghaft [5–6, 9–12].

Die Erklärung für die Somatisierung ist einfach: 1977 beschrieb Engel das bio-psycho-soziale Modell und hat damit die enge Interaktion zwischen Psyche und Körper transparent und fassbar gemacht [13]. Das naturwissenschaftliche Korrelat der Psyche-Soma-Einheit hat die psycho-neuro-immunologische Forschung in den 1980er-Jahren geliefert. So wurde nachgewiesen, dass psychosoziale Belastung zur Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse führt, wodurch dann konsekutiv humorale und zelluläre Prozesse ausgelöst bzw. alteriert werden. Neben negativer Beeinflussung des Immunsystems kommt es ebenso zu Auswirkungen auf das somatische und das autonome Nervensystems mit u. a. muskulären und sensorischen Dysfunktionen [14]. Interessanterweise zeigen Daten der psycho-neuro-immunologischen Forschung, dass offensichtlich Stress-Situationen im familiären bzw. nahen Beziehungssystem zur Somatisierung über die Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Achse führen, während „emotional entfernt“ ausgelöster Stress wie z. B. Erdbeben oder Krieg eher keine funktionelle Beschwerdesymptomatik bedingt [15].

Somatisierung – wenn der Harntrakt schmerzt und weint

Wenn man weint heißt es nicht, dass man schwach ist. Es bedeutet, dass man in diesem Moment mehr fühlt, als das Herz ertragen kann! Verfasser unbekannt

Zu den somatoformen urologischen Erkrankungen zählen die überaktive Blase (OAB) und die Enuresis des Kindes und des Erwachsenen, die rezidivierenden Harnwegsinfekte (HWI), die somatoforme Post-Prostatektomie-Harninkontinenz, und das Chronische Beckenschmerzsyndrom (CPPS) mit seinen konsekutiven sexuellen Funktionsstörungen bei Frauen und Männern sowie das Infrequent Voiding Syndrom und die Paruresis, die den zuvor genannten Beschwerden oft vorausgehen [6, 9]. All diese Erkrankungen sind lediglich unterschiedliche Ausdrucksformen einer basalen funktionellen Miktionsstörung. Entsprechend finden sich die Beschwerden häufig miteinander vergesellschaftet oder es kommt im Laufe der Zeit zur Verschiebung der Symptomatik. Eine Symptomverschiebung liegt zum Beispiel dann vor, wenn es zur Manifestation des Chronischen Beckenschmerzsyndroms und dadurch zum Sistieren der vorangegangenen rezidivierenden Harnwegsinfekte kommt.

Pathogenetisch erfolgt die Somatisierung durch psychosoziale Belastung bei gleichzeitigem Fehlen von Resilienz. D. h. eine funktionale, den Konflikt lösende Stressbewältigung ist nicht möglich, sodass es zu fortgesetzt erhöhter psychischer und muskulärer Anspannung kommt, woraus sich konsekutiv psychische Beeinträchtigungen und Störungen der Körperfunktionen entwickeln. Insbesondere bei Belastung durch problembehaftete Bindungen manifestieren sich typischerweise somatoforme Miktionsstörungen. Die anhaltende innere Anspannung führt hier nicht nur zur Dauer-Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden- bzw. „Stress-Achse“ sondern auch zur unbewussten Ausbildung einer Dysfunktion des externen urethralen Sphinkters. Diese kann sich auf 2 verschiedene Arten äußern, einerseits durch eine Hyperaktivität im Sinne eines Miktionsaufschubs und einer ggf. zusätzlichen Detrusor-Sphinkter externus-Dyskoordination, andererseits durch eine Hypoaktivität im Sinne einer gelegentlichen Relaxation des Sphinkters mit Einleitung einer physiologischen Miktion [9, 16]. Die Enuresis findet sich genauso bei Erwachsenen wie bei Kindern und kann sowohl während des Schlafs als auch im Wachsein auftreten. Differenzialdiagnostisch ist hier die Abgrenzung zur Belastungs-Harninkontinenz wichtig, um ein Therapieversagen und evtl. Komplikationen der Behandlung zu vermeiden. Bei Jugendlichen manifestiert sich die Enuresis auch gelegentlich als sog. Giggle-Harninkontinenz mit Sphinkterrelaxation beim Lachen, auch hier liegt keine Belastungs-Harninkontinenz vor. Die Enuresis findet sich häufig bei sexueller

Ausbeutung oder schwerem emotionalem Missbrauch und Deprivation.

Die Patienten sind verzweifelt und setzen all ihre Hoffnungen und Erwartungen in jeden neuen Behandler. Damit setzen sie uns Urologen unter enormen Leistungsdruck, sie bedeuten eine Herausforderung für unsere diagnostische und therapeutische Kompetenz. Deshalb sind Kenntnisse über die psychosomatische Urologie und die Auswirkung psychischer Morbidität auf den Urogenitaltrakt so wichtig. Nur wenn wir Urologen wissen, was bei den Betroffenen am Harntrakt überhaupt passiert, sind wir in der Lage, die urologischen Beschwerden differenzialdiagnostisch abklären und zielführend therapieren zu können. Denn man kann einen Patienten bekanntlich auf sehr verschiedene Arten untersuchen, insbesondere die urologische Funktionsdiagnostik kann sehr variabel durchgeführt werden. Je nachdem, wie achtsam-aufmerksam und wie umfangreich man weiterführend abklären möchte.

Drei Dimensionen: Das bio-psycho-soziale Modell

„Es hat alles seine zwei Seiten. Aber erst wenn man erkennt, daß es drei sind, erfaßt man die Sache.“ Heimito von Doderer (1896–1966)

Für den Umgang mit den chronischen urologischen Erkrankungen ist es primär entscheidend zu realisieren, dass es sich um psychosomatisch bedingte bzw. funktionelle Beschwerden handelt. Erforderlich ist also eine besondere Kompetenz in Diagnostik und Therapie, die nur auf einem grundlegend anderen Verständnis von chronischen Symptomen des Urogenitaltrakts erworben werden kann. Dieses andersartige Herangehen an die Beschwerden geschieht durch die Verwendung des sog. bio-psycho-sozialen Modells. Die psychosomatisch-ganzheitlich denkende Urologie bedient sich dadurch eines erweiterten ärztlichen Blickwinkels und beschränkt ihren Fokus nicht nur auf das Symptom und einzelne Organe, sie hat den ganzen Patienten mit seinem individuellen inneren und äußeren Milieu im Blick.

Ganzheitliche Betrachtung der Symptomatik

Das bio-psycho-soziale Modell lässt drei miteinander verbundene Dimensionen betrachten, um die Komplexität der Erkrankung und den Patienten in seinem persönlichen Kontext erfassen zu können: die biologische Ebene (Symptom/krankes Organ), die psychologische Ebene (Denken/Empfinden) und die soziale Ebene (Beziehung zu anderen Menschen). Insbesondere wird das körperliche Symptom nicht als primär destruktiv verstanden, sondern es wird als Funktionen innehabend begriffen, die für den Patienten in seinen momentanen Umständen wichtig sind. Das Symptom entsteht also dreidimensional in der Beziehung zu anderen Menschen und drückt unbewusste oder nicht geäußerte Beziehungsaspekte aus, es drückt die persönliche Wahrnehmung und die innere Lebenshaltung eines Menschen aus. Die Beschwerden sind das somatisierte Resultat einer dysfunktionalen Stressbewältigung, die aufgrund einer

psychosozialen Belastung bzw. Überlastung zustande gekommen ist [13].

Anders als bei Freuds Libidotheorie und einem rein psychoanalytisch orientierten Ansatz verdeutlicht das bio-psycho-soziale Modell, dass man von einem urologischen Beschwerdebild nicht starr auf eine spezifische Charakterstruktur oder ursächliche Konfliktodynamik schließen darf. Es zeigt, dass jede Symptom-Entwicklung als multifaktoriell und individuell in ihrer Entstehung verstanden werden muss. Darüber hinaus berücksichtigt das Modell im Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse neben den intrapsychischen auch die interpersonellen Prozesse, d. h. es können sowohl die Persönlichkeitsstrukturen des Patienten für die Manifestation funktioneller Beschwerden disponierend sein als aber auch die äußeren Umstände oder beides. Entsprechend macht die Dreidimensionalität des Modells mit seinem ganzheitlichen Krankheitsverständnis deutlich, dass eine Therapie nur effizient sein kann, wenn sie sowohl den somatischen Befund als auch die psychosoziale Belastung beachtet [5–6, 9, 17].

Funktionen der somatoformen Beschwerden

„Die Freiheit eines Menschen liegt nicht darin, daß er tun kann, was er will, sondern daß er nicht tun muß, was er nicht will.“

Jean-Jaques Rousseau (1712–1778)

Durch die Somatisierung findet eine Entlastung des psychischen (Über-)Drucks durch den Körper im Sinne einer Ventilfunktion statt, wenn der Patient aufgrund eingeschränkter Kapazitäten oder mangelnder Kompetenzen derzeit allein nicht in der Lage ist, den auf ihn einwirkenden Stress konstruktiv bzw. funktional zu bewältigen [9, 13, 18]. Diese physische „Notfall Reaktion“ ist naturgemäß dysfunktional, sie ermöglicht aber immerhin das Verschieben des Problems auf eine andere Ebene des bio-psycho-sozialen Modells und damit eine akute Reduktion des psychischen Leidens.

Defizitäre Wahrnehmung von Emotionen, Bedürfnissen und Konflikten

Neben der Spannungsabfuhr erfüllt die Somatisierung auch eine interaktionelle Funktion. Sie ermöglicht die Ausbildung einer defizitären Wahrnehmung für die schwierigen Gefühle wie Wut, Enttäuschung, Hilflosigkeit und Traurigkeit, die nicht konstruktiv verarbeitet werden können und also re-traumatisieren würden. Die somatische Fixierung des Patienten bzw. seine Beschäftigung mit dem körperlichen Symptom ist somit eine Schutzfunktion für die eigene Psyche und lässt die Wahrnehmung dieser Gefühle im Sinne einer Ablenkung der Aufmerksamkeit unterdrücken. Darüber hinaus ergibt sich eine weitreichende Funktion im Beziehungssystem, denn diese schwierigen Gefühle sind ein ganz wichtiger Indikator dafür, dass die eigenen Grundbedürfnisse nicht erfüllt sind. Durch das Nicht-(mehr)-Wahrnehmen dieser so wichtigen Gefühle lässt sich das natürliche menschliche Streben nach Erfüllung seiner Bedürfnisse unterdrücken. Nur so ist es dem Betroffenen möglich, sein sog. „inneres Kind“ zu verstoßen, um wenigstens

durch angepasstes und ich-fremdes Verhalten Liebe und Anerkennung bekommen zu können [6, 8–9, 11, 19–21]. Das bedeutet, dass der Patient durch Selbstverleugnung in einem Beziehungssystem bleiben und durchhalten kann, was ihm sonst emotional nicht machbar wäre, da er kontinuierlich Re-Traumatisierung erfahren würde. So kann z. B. Kindern und Jugendlichen trotz innerer Ablehnung das Bleiben in destruktiven Familienstrukturen erträglich sein, da ihnen ein Ausbrechen altersbedingt nicht möglich ist. So kann z. B. Erwachsenen ein Bleiben in destruktiven Beziehungen erträglich sein, wenn Selbstständigkeit oder eine Trennung nicht gewollt oder derzeit nicht vorteilhaft sind.

Somatisierung zur Kommunikation

Darüber hinaus beinhaltet die Symptomatik eine kommunikative Funktionalität. Sie gewährt Schutz und Fürsorge auch interpersonell durch krankheitsbedingten Rückzug und lässt Rücksichtnahme und Zuwendung erfahren, die bisher vermisst wurden. Auch dienen die urologischen Symptome der Wahrung von Distanz und der Wiederherstellung verletzter Grenzen, sie erlauben die Kontrolle von Beziehungen durch Verweigerung von Nähe und erreichen so ein Sich-emotional-schützen [5–6, 10, 16, 18].

Dysfunktionale Stressbewältigung und dadurch Therapieresistenz

Das Symptom hat wichtige Funktionen inne, die kurzfristig für den Symptomträger hilfreich sind, ihm das Durchhalten-Können und das emotionale Überleben sichern. Durch die dadurch jeweilig kurzfristig erreichte Erleichterung und Stress-Reduktion für den Patienten im zwischenmenschlichen Miteinander findet im Sinne einer permanenten negativen Verstärkung eine Chronifizierung der Symptomatik statt, wodurch diese zeitgleich aufgrund des sekundären Krankheitsgewinns auch immer therapierefraktärer wird. Im Sinne eines Teufelskreises wird also die kontinuierliche Zunahme der urologischen Beschwerden und des Leidensdrucks bedingt. Da die urologischen Symptome aber nur eine Ventilfunktion haben und nicht kurativ ausgerichtet sind, kann durch die Somatisierung die psychische Überforderung nicht beseitigt oder reduziert werden, sodass sie stetig zunimmt. D.h. langfristig wird also durch die dysfunktionale Stressbewältigung die Problematik auf allen 3 Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells verschlimmert. Entsprechend findet sich bei vielen Patienten mit chronischen urologischen Erkrankungen eine manifeste Angststörung, diese ist oftmals noch von einer Depression begleitet.

Folglich ist zur ursächlichen Behandlung mit Beseitigung der zugrundeliegenden psychosomatischen Miktionsstörung und Beckenboden-Dysfunktion eine multimodale, gleichzeitig auf Soma und Psyche ausgerichtete Therapie erforderlich [8–9].

Therapie: Beseitigung der defizitären Selbst-Wahrnehmung und der Angststörung

„Zu sehen und hören, was in mir ist und mit mir ist und nicht, was dort sein sollte, dort war oder vielleicht sein könnte! Zu sagen, was ich fühle und denke und nicht, was ich sagen sollte! Zu fühlen, was ich fühle und nicht das, was ich fühlen sollte! Zu fragen, was ich möchte und nicht warten, warten, warten auf Erlaubnis! Zu wagen, was mich reizt, statt immer nur Sicherheit zu wählen.“
Virginia Satir (1916–1988)

Der die chronischen urologischen Erkrankungen auslösende psychosoziale Hintergrund ist ganz individuell und vielfältig. Allen Patienten gemeinsam ist eine erworbene defizitäre Selbstwahrnehmung mit habitueller Neigung, die Registrierung unangenehmer Gefühle, schlechter Behandlung durch andere und die Aufgabe ihrer Selbstwirksamkeit aus Angst zu unterdrücken. Aus Angst und Selbstunsicherheit, die durch negative Erfahrungen mit Bezugspersonen und Traumatisierung erlernt worden sind [6, 9]. Dieses Abgespalten-Sein vom eigenen Selbst findet sich am Sphinkter somatisiert, trotz unversehrter Sensibilität sind unter sogar digitaler Anleitung die Wahrnehmung und willentliche Steuerung des Beckenbodens aufgrund einer zentralen, sog. sensomotorischen Amnesie aufgehoben. Der Körperteil ist vom Bewusstsein abgespalten, daher ist die funktionelle Blasenentleerungsstörung ohne ärztliche Hilfe nicht korrigierbar. Therapeutisch erfolgreich kann also nur ein Konzept sein, das sowohl den somatischen Befund der Sphinkter-Dysfunktion als auch die psychische Problematik berücksichtigt. Da die gängigen Behandlungsmaßnahmen bei chronischen urologischen Erkrankungen wie z. B. Antibiotika, Botox, Klingelrose und Cystektomie weder das eine noch das andere leisten, werden deren Ineffizienz in der Behandlung der chronischen urologischen Erkrankungen und auch die hohen Placeboraten in den zugehörigen Studien verständlich [22]. Um einen Therapieerfolg der so chronifizierten Symptomatik erreichen zu können, ist eine multimodale Beckenboden-Therapie wie z. B. PELVICFIT erforderlich, die ein körperorientiertes Training auf dem Boden der progressiven Muskelrelaxation mit Schulung der Körperwahrnehmung und eine urologisch-fachärztliche psychotherapeutische Begleitung miteinander vereint. Die Behandlung umfasst sowohl die neuromuskuläre (Re-)Eduktion zur Behebung des senso-motorischen bzw. neuro-muskulären Defizits in der Ansteuerung des externen urethralen Sphinkters und Beckenbodens als auch die Auflösung der Somatisierung durch Integration erfahrener Traumatisierungen und kognitive Umstrukturierung für eine funktionale Stressbewältigung. So sind i. d. R., je nach Schweregrad und zeitlichem Bestehen der urologischen Erkrankung, erfreulicherweise innerhalb bereits weniger Wochen bis Monate die (Wieder-)Herstellung eines physiologischen Miktionsverhaltens und auch veränderte Denk- und Verhaltensmuster mit deutlicher Reduktion der psychosozialen Belastung erreichbar [7–9].

Neuro-muskuläre Re-Edukation

Den Zugang zu einem Menschen findet man immer nur von außen über die schützende Oberfläche, das Soma. So steht am Beginn der Therapie die neuro-muskuläre Re-Edukation, also die unter ärztlicher Aufsicht angeleitete Wiederherstellung der sensomotorischen Verbindung zwischen Gehirn und Beckenboden. Dabei werden dem Patienten die willkürliche Ansteuerung und die kontrollierte Relaxation bzw. Kontraktion des externen Sphinkters sowie der die Kontinenz unterstützenden Hilfsmuskulatur des Beckenbodens beigebracht. Bewährt hat sich hier ein körperorientiertes Training im Sinne der Mind-Body-Verfahren, das völlig anders als Physiotherapie und sozusagen doppeldeutig ist. Doppeldeutig meint, dass auch schon hier beide Ebenen angesprochen werden, Soma und Psyche. D. h. der Patient erlernt nicht nur das Wiederfinden seines Körpergefühls, er erlernt das Sich-Spüren und das Wiederfinden seines Selbst-Gefühls, seiner sog. inneren Mitte und Balance, er erlernt die Wahrnehmung seiner Körperfunktionen und seiner Bedürfnisse. Er wird angeleitet, seine eigene (Bedeutungs-) Schwere und Bodenhaftung zu fühlen, seinen Körper und seine Gefühle einordnen und diesen (wieder) vertrauen zu können, er erlernt Loslassen und Gelassenheit nicht nur am Beckenboden und übrigen Körper sondern auch vegetativ. Er kommt erstmals zur Ruhe in all seiner Anspannung, er spürt erstmals wieder ein bisschen Kongruenz von Seele und Körper. Auf dem Boden einer seit dem Erstkontakt mit dem Patienten parallel aufgebauten komplementären und tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung findet man nach dieser körperorientierten Vorarbeit dann den Zugang zur Psyche des Erkrankten.

Psycho-Edukation, Integration und kognitive Umstrukturierung

Das in harten Zeiten Sich-an-sich-selbst-festhalten-wollen und zumindest noch am eigenen Körper Autonomie-wahren-wollen findet sich in der Hyperaktivität und Kontraktur des Sphinkters somatisiert. Das (sich) aufgebende, erschöpfte Loslassen, wenn überwältigt von Emotionen ein Standhalten nicht mehr möglich ist, somatisiert sich mit der paroxysmalen Hypoaktivität des Sphinkters bei der Enuresis [9, 16]. Vom Vorliegen einer funktionellen Miktionsstörung kann aber nicht auf einen spezifischen psychosomatischen Hintergrund geschlossen werden. Insbesondere die Verdachtsdiagnose eines ursächlichen sexuellen Missbrauchs ist mit sehr viel Bedacht zu stellen. Der zweite Schritt besteht deshalb darin, den Zugang zur zugrundeliegenden psychosozialen Belastung des Patienten zu finden, also das innere Erleben des Patienten zu erfahren, das er selbst nicht kennt [7, 9]. Denn typischerweise kommt es bei negativen Erfahrungen mit hoher psychischer Belastung bzw. bei Traumatisierung zur Schutzreaktion mit dem Phänomen der sog. Dissoziation. Dabei erfolgt eine sofortige Abtrennung des Broca'schen Sprachzentrums und das Ablegen des Ereignisses in Hirnarealen, die dem Bewusstsein nicht zugänglich sind. Das bedeutet, dass das abgespaltene Erlebte dem sog. Alltags-Ich nicht bekannt ist, dass der Patient es tatsächlich nicht weiß. Und es bedeutet auch, dass der Patient nicht darüber sprechen kann, d. h. er beantwortet gestellte Fragen nicht falsch und ver-

schweigt auch nichts, er leugnet z. B. auch nicht seine existentielle Angst aufgrund der Tumorerkrankung, er kann es uns Urologen tatsächlich nicht sagen! Entsprechend muss die Ursache der Somatisierung behutsam und empathisch erarbeitet werden, wichtig ist dabei immer die Stabilisierung des Patienten neben dem explorativ-therapeutischen Arbeiten. Danach sind dem Patienten das Erlebte und seine damaligen Gefühle, die erfahrenen Kränkungen und erkannten Konflikte mit dem daraus resultierenden krankheitsfördernden Verhaltensmuster verständlich und v. a. für ihn annehmbar zu machen. Abschließend versuchen Arzt und Patient gemeinsam, bestehende Stressoren und Konflikte aufzulösen, dissoziierte Inhalte und sog. Ego-States in das Alltags-Ich zu überführen, das negativ verstärkende Verhalten und Denken zu verändern, um letztlich die persönliche Integrität und psychische Balance des Erkrankten wiederherzustellen. Essentieller Bestandteil ist auch hier wie in der zuvor begonnenen und parallel weitergeführten Körperarbeit das Sich-zurückorganisieren vom Beziehungselbst auf das eigene Selbst, d. h. das (Wieder-)Erlernen von Selbst-Wahrnehmung, -Wirksamkeit, -Behauptung und -Sicherheit.

Fazit für die Praxis

„Der Lohn für die Anpassung ist, daß einen alle mögen außer einem selbst.“ Rita Mae Brown (geb. 1944)

Wenn eine freie Entfaltung nicht möglich ist und die persönlichen Bedürfnisse unterdrückt werden müssen, wenn negative, traumatisierende Erfahrungen gemacht werden, dann resultieren oftmals psychosomatische Miktionsstörungen. Ursächlich dafür sind die anhaltende physische Stress-Reaktion mit Dauer-Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und konsekutiver Somatisierung im Sinne einer posttraumatischen Belastungsreaktion. Typischerweise findet sich bei den Patienten mit chronischen urologischen Erkrankungen die Ausbildung einer defizitären Selbst-Wahrnehmung mit konsekutiv Unterdrückung der eigenen Bedürfnisse und übermäßiger Anpassung bzw. Selbstaufgabe bei pathologischer Ärger- und Aggressionshemmung. Häufig weisen sie eine manifeste Angststörung und auch psychische Erschöpfung bzw. Depression auf [6]. Entsprechend ist eine Genesung der Patienten nur erreichbar, wenn sowohl die funktionelle Miktionsstörung als auch die psychosoziale Belastung beseitigt werden. Erforderlich ist eine Therapie wie z. B. PELVICFIT, die ein effizientes Miktions- bzw. Beckenboden-Training und eine fachärztlich-urologische Psychotherapie in kompakt-intensivierter Form mit Ausblick auf rasche Symptombesserung bietet und dadurch die Motivation zur Arbeit an sich selbst und psychischem Wachstum aufrechterhält [7–9, 15].

Interessenskonflikt:

U. Hohenfellner war in den letzten 5 Jahren als Referentin oder Beraterin für folgende Firmen tätig: Allergan, Apogepha, Bosana, Dr. Pflieger, Medac, Rehability, Rottapharm, Teleflex, Grachtenhaus, Rosen Pharma/MIP Pharma, Bayer/Jenapharm, Lilly, Pfizer, PubliCare, Hollister, Farco Pharma, Matritech/Alere, Uromed, CytoChemia, Coloplast, Takeda, Aristo Pharma, Teva, Symbiopharm.

U. Hohenfellner gibt an, dass kein Interessenskonflikt besteht. Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- [1] Jacobi F et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Berlin/Heidelberg: Springer; 2014
- [2] Schulte-Körne G. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld. Deutsches Ärzteblatt 2016; 113: 183 – 190
- [3] Hoffmann F et al. Prevalence and comorbidities of adolescent depression in Germany. An analysis of Health Insurance Data. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2012; 40: 399 – 404
- [4] von Gontard A. Psychologisch-psychiatrische Aspekte der Enuresis nocturna und der funktionellen Harninkontinenz. Urologe A 2004; 43: 787 – 794
- [5] Diederichs P. Urologische Psychosomatik – Zur Theorie und Praxis psychosomatischer Störungen in der Urologie. Bern: Verlag Hans Gruber; 2000
- [6] Hohenfellner U. Psychosomatische Komorbiditäten bei somatoformen Miktionsstörungen. Der Urologe 2016; 55: 1109 – 1120
- [7] Hohenfellner U. Psychosomatische Grundversorgung bei Harninkontinenz. Der Urologe 2015; 54: 97 – 106
- [8] Hohenfellner U. Behandlung der kindlichen Harninkontinenz. UroForum 2016; 4: 2 – 3
- [9] Hohenfellner U. Psychosomatische Miktionsstörungen. In: Berberich HJ, Siedentopf F. Psychosomatische Urologie und Gynäkologie. München: Ernst Reinhardt Verlag; 2016: 38 – 48 und S. 56-67
- [10] Günthert EA. Psychosomatische Urologie. Leitfaden für die Praxis Stuttgart: Schattauer; 2013
- [11] Hammelstein P et al. Paruresis – ein bisher vernachlässigtes psychotherapeutisches Problem. Psychotherapeut 2003; 48: 260 – 263
- [12] Coppola G et al. Psychological correlates of enuresis: a case-control study on Italian sample. Pediatric Nephrology 2011; 26: 1829 – 1836
- [13] Engel GL. The need for a new model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 129: 129 – 137
- [14] Irwin M-R. Human psychoneuroimmunology: 20 years of discovery. Brain Behav Immun 2008; 22: 129 – 139
- [15] Stress und Atopie: Eine psycho-neuro-immunologische Untersuchung zur Rolle von psychischer Belastung und neuro-immuner Interaktion im Krankheitsgeschehen an Patienten mit Neurodermitis im Vergleich zu hautgesunden Probanden. www.edocs.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS.../Deckblatt.pdf
- [16] Hohenfellner U. Sexuell missbrauchte Patienten in der Praxis erkennen. 67. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie 9/2015, Hamburg. Urologische Nachrichten, Kongressausgabe 1; 2015
- [17] Uexküll T. Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. München: Urban & Schwarzenberg; 1986
- [18] Neubauer H, Neubauer ME. Wenn die Blase weint. Urologe 2004; 43: 268 – 272
- [19] Schellenbaum P. Die Spur des verborgenen Kindes. Heilung aus dem Ursprung Dtv; 2002: ISBN: 3423351446
- [20] Grawe K. Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe; 2000: 383 ff. ISBN: 3-8017-1369-5
- [21] Olbing H. Enuresis und Harninkontinenz bei Kindern. München: Hans Marseille Verlag GmbH; 1993
- [22] Hohenfellner U. Therapieversagen und Restharn bei OAB vermeiden 66. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie 9/2014, Leipzig. Urologische Nachrichten, Kongressausgabe 1; 2014