

Psychische Komorbiditäten bei somatoformen Miktionsstörungen

U. Hohenfellner

Der Urologe

Organ der Deutschen Gesellschaft für Urologie
Organ des Berufsverbandes der Deutschen Urologen

ISSN 0340-2592

Volume 55

Number 8

Urologe (2016) 55:1109-1120

DOI 10.1007/s00120-016-0193-3



Redaktion

M.-O. Grimm, Jena
A. Gross, Hamburg
C.-G. Stief, München
J.-U. Stolzenburg, Leipzig
in Zusammenarbeit mit
A. Haferkamp, Mainz
Vorsitzender der Akademie
der Deutschen Urologen



CrossMark



Online teilnehmen

3 Punkte sammeln auf CME.SpringerMedizin.de

Teilnahmemöglichkeiten

Die Teilnahme an diesem zertifizierten Kurs ist für 12 Monate auf CME.SpringerMedizin.de möglich. Den genauen Teilnahmeschluss erfahren Sie dort.

Teilnehmen können Sie:

- als Abonnent dieser Fachzeitschrift,
- als e.Med-Abonnent.

Zertifizierung

Diese Fortbildungseinheit ist zertifiziert von der Ärztekammer Nordrhein gemäß Kategorie D und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Es werden 3 Punkte vergeben.

Anerkennung in Österreich und der Schweiz

Gemäß Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) werden die auf CME.SpringerMedizin.de erworbenen Fortbildungspunkte von der Österreichischen Ärztekammer 1:1 als fachspezifische Fortbildung angerechnet (§26(3) DFP Richtlinie).

Kontakt

Springer Medizin Kundenservice
Tel. 0800 77 80 777
E-Mail: kundenservice@springermedizin.de

CME Zertifizierte Fortbildung

U. Hohenfellner

Praxis für Urologie und Ambulantes Urologisches Rehabilitationszentrum für Urologie und Gynäkologie Heidelberg, Arbeitskreis für Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Heidelberg, Deutschland

Psychische Komorbiditäten bei somatoformen Miktionsstörungen

Zusammenfassung

Viele Patienten mit chronischen urologischen Erkrankungen berichten über einen langjährigen Leidensweg. Sie sind aufgrund bisheriger Verkennung der psychosomatischen Diagnose frustriert therapiert oder leiden sogar unter den Komplikationen erfolgloser Behandlungsversuche, die retrospektiv nicht indiziert gewesen sind. Die Betroffenen sind verzweifelt und setzen all ihre Hoffnungen und Erwartungen in jeden neuen Behandler. Sie setzen uns Urologen damit unter enormen Leistungsdruck und stellen eine Herausforderung für unsere diagnostische und therapeutische Kompetenz dar. Kenntnisse über psychische Komorbiditäten und über deren Auswirkung auf den Urogenitaltrakt sind unumgänglich, um die urologischen Beschwerden differenzialdiagnostisch abklären und zielführend therapieren zu können.

Schlüsselwörter

Psychische Komorbiditäten · Harnwegsinfekte · Überaktive Blase · Enuresis · Chronisches Beckenschmerzsyndrom

Lernziele

Nach Absolvieren dieser Fortbildungseinheit ...

- haben Sie eine Vorstellung von psychosomatischer Urologie.
- verstehen Sie, wie und warum psychosoziale Belastung zur Somatisierung und damit zur funktionellen Miktionsstörung führt.
- wissen Sie, dass chronische urologische Erkrankungen durch eine somatoforme Miktionsstörung bedingt sind und einer entsprechenden Therapie bedürfen.
- kennen Sie die häufigen psychischen Komorbiditäten bei urologischen Patienten.
- haben Sie gelernt, wie Sie die psychosoziale Belastung bei Patienten ermitteln können.

Versorgungsproblem: chronische urologische Erkrankungen

Die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung ist mit 28 % hoch [1]. Auch bereits 10–20 % der Kinder und Jugendlichen zeigen psychische Auffälligkeiten [2]. Nicht selten findet sich eine begleitende somatoforme Beschwerdesymptomatik, oftmals eine psychosomatische Miktionsstörung [3, 4, 5, 6]. Viele der Betroffenen sind wahrscheinlich deshalb nicht zufriedenstellend versorgt, da sowohl die funktionelle Symptomatik als auch die psychische Komorbidität unerkannt geblieben sind. Entsprechend möchte der Artikel ein Verständnis für die psychische Komorbidität bei Patienten mit chronischen urologischen Erkrankungen vermitteln, insbesondere für die Bedeutung der psychosozialen Belastung in der Entstehung und Aufrechterhaltung der Beschwerden.

Psychosomatische Urologie

Es ist nicht eine bestimmte Krankheit, die behandelt werden muß, sondern es ist immer der Kranke selbst, der behandlungsbedürftig ist.

Michael Balint (1896–1970)

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

Bereits vor mehr als 100 Jahren ist dokumentiert worden, dass chronische urologische Beschwerden in Begleitung mit psychischen Merkmalen bzw. speziellen Verhaltensmustern auftreten

Psychological comorbidities in patients with psychosomatic disorders of micturition

Abstract

Many patients with chronic urological diseases report a long-term suffering. Because of previous failure to recognize the psychosomatic diagnosis they are inefficiently treated or even suffer from complications of unsuccessful therapy attempts, which in retrospect were not indicated. The patients are desperate and put all their hopes and expectations in every new doctor, which is why they put us urologists under tremendous pressure to perform and are a challenge for our diagnostic and therapeutic expertise. Knowledge of psychological comorbidities and their effect on the urogenital tract are essential for the differential diagnostics of the urological complaints and for a purposeful therapy.

Keywords

Psychological comorbidities · Urinary tract infections · Overactive urinary bladder · Enuresis · Chronic pelvic pain syndrome

Freud, Schwarz und nachfolgende Autoren haben eindrucksvoll beschrieben, dass insbesondere intensive Affekte wie Wut, Frustration, Hilflosigkeit und Angst die Miktion und die Sexualität beeinflussen. Es konnte gezeigt werden, dass urologische Störungen häufig eine kompensierende Funktion in Kränkungssituationen oder bei Wahrnehmung eines negativen Selbstbilds 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 Persönlichkeitsakzentuierungen beschrieben. Insbesondere folgende Persönlichkeitsanteile scheinen disponierend [5, 7, 8, 9]:

- unsicher-vermeidend,
- dependent,
- histrionisch,
- zwanghaft.

Die Erklärung für die Somatisierung ist einfach: 1977 beschrieb Engel das biopsychosoziale Modell und hat damit die enge Interaktion zwischen Psyche und Körper transparent und fassbar gemacht [10]. Das naturwissenschaftliche Korrelat der Psyche-Soma-Einheit hat die psychoneuroimmunologische 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 [11].

Somatisierung – wenn der Harntrakt 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** („overactive bladder“, OAB) und die **Enuresis** des Erwachsenen, die **kindliche Harninkontinenz**, die **rezidivierenden Harnwegsinfekte** (HWI), das **chronische Beckenschmerzsyndrom** („chronic pelvic pain syndrome“, CPPS) sowie das **Infrequent-voiding-Syndrom** und die **Paruresis**, die den zuvor genannten Beschwerden oftmals vorausgehen. All diese Erkrankungen sind lediglich unterschiedliche Ausdrucksformen einer funktionellen Miktionsstörung. Entsprechend finden sich die Beschwerden oftmals miteinander vergesellschaftet. Pathogenetisch erfolgt die Somatisierung durch die unbewusste Ausbildung einer Dysfunktion des externen urethralen Sphinkters. Diese kann sich auf zwei verschiedene Arten äußern, zum einen durch eine Hyperaktivität im Sinne eines Miktionsaufschubs und einer ggf. zusätzlichen Detrusor-Sphinkter-externus-Dyskoordination und zum anderen durch eine Hypoaktivität im Sinne einer gelegentlichen Relaxation des Sphinkters mit Einleitung einer physiologischen Miktion [12].

Biopsychosoziales Modell

Es hat alles seine zwei Seiten. Aber erst wenn man erkennt, daß es drei sind, erfäßt man die Sache.

Heimito von Doderer (1896–1966)

Für den Umgang mit diesen Erkrankungen ist es wichtig zu realisieren, dass es sich um psychosomatisch bedingte bzw. funktionelle urologische 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. biopsychosozialen Modells. Die psychosomatische 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.

Insbesondere intensive Affekte wie Wut, Frustration, Hilflosigkeit und Angst beeinflussen Miktion und Sexualität

Die psychosomatische Urologie beschränkt sich nicht nur auf das Symptom und einzelne Organe, sie hat den ganzen Patienten mit seinem individuellen inneren und äußeren Milieu im Blick

Das körperliche Symptom wird nicht als primär destruktiv verstanden

Von einem urologischen Beschwerdebild darf nicht starr auf eine spezifische Charakterstruktur oder ursächliche Konfliktdynamik geschlossen werden

Therapie kann nur effizient sein, wenn sie sowohl den somatischen Befund als auch die psychosoziale Belastung behandelt

Dreidimensionale Betrachtung des Problems

Das Modell lässt drei miteinander verbundene Dimensionen betrachten, um die Komplexität der Erkrankung und den Patienten in seinem persönlichen Kontext erfassen zu können:

- biologische Ebene (Symptom/krankes Organ),
- psychologische Ebene (Denken/Empfinden),
- soziale Ebene (Beziehung zu anderen Menschen).

Vor allem 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 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 [10].

Anders als bei Freuds Libidotheorie und einem rein psychoanalytisch orientierten Ansatz verdeutlicht das biopsychosoziale Modell, dass man von einem urologischen Beschwerdebild nicht starr auf eine spezifische Charakterstruktur oder ursächliche Konfliktdynamik schließen darf. Sondern es zeigt, dass jede Symptomentwicklung als multifaktoriell und individuell in seiner Entstehung verstanden werden muss. Darüber hinaus berücksichtigt das Modell im Gegensatz zur 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 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 behandelt [5, 7, 13, 14].

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 über 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 [10, 13, 15]. Diese physische „Notfallreaktion“ ist naturgemäß dysfunktional, sie ermöglicht aber immerhin das Verschieben des Problems auf eine andere Ebene des biopsychosozialen Modells und damit eine akute Reduktion des psychischen Leidens.

Somatisierung zur defizitären Wahrnehmung von Emotionen und Bedürfnissen

Neben der Spannungsabfuhr erfüllt die Somatisierung auch eine interaktionelle Funktion. Sie ermöglicht die Ausbildung einer defizitären Wahrnehmung für sog. negative Gefühle wie Wut, Enttäuschung und Traurigkeit. Die somatische Fixierung des Patienten bzw. seine Beschäftigung mit dem körperlichen Symptom lässt die Wahrnehmung dieser Gefühle im Sinne einer Ablenkung der Aufmerksamkeit unterdrücken. Das ist eine weitreichende Funktion im Beziehungssystem, denn in Wirklichkeit sind diese Gefühle natürlich nicht negativ, sondern ein ganz wichtiger Indikator dafür, dass die eigenen Grundbedürfnisse nicht erfüllt sind. Durch das Nicht-(mehr)-Wahrnehmen dieser eigentlich also positiven und sehr 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, 16, 17, 18]. Das bedeutet, dass der Patient durch Selbstverleugnung in einem Beziehungssystem bleiben und durchhalten kann, was für ihn sonst emotional nicht machbar wäre. 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 durch krankheitsbedingten Rückzug sowie durch Rücksichtnahme und Zuwendung, die evtl. vermisst werden. Auch dienen die urologischen Symptome der Wahrung von Distanz und der Wiederherstellung verletzter Grenzen; sie erlauben Verweigerung von Nähe oder erreichen zumindest ein Sich-emotional-schützen. [5, 7, 12, 15].

Dysfunktionale Stressbewältigung und konsekutive Therapieresistenz

Das Symptom hat also wichtige Funktionen inne, die kurzfristig für den Symptomträger hilfreich sind, ihm die Fähigkeit zum Durchhalten und das emotionale Überleben sichern. Langfristig aber wird durch die dysfunktionale Stressbewältigung die Problematik auf allen drei Ebenen des biopsychosozialen Modells verschlimmert. Konsekutiv wird dadurch die kontinuierliche Zunahme der urologischen Beschwerden und des Leidensdrucks bedingt. Durch die jeweils kurzfristig erreichte Erleichterung und Stressreduktion 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 therapieresistenter wird.

Psychopathologische Befunde in der Urologie

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)

Die Publikationen zu psychischer Komorbidität urologischer Patienten sind spärlich. Durch das nationalsozialistische Regime mit Verfolgung jüdischer Ärzte und Psychoanalytiker ist damals vieles zum Thema Psychosomatik vernichtet worden und in Vergessenheit geraten. Erst seit den 1980er-Jahren wurde die psychosomatische Urologie allmählich wiederentdeckt [4, 5, 7, 13, 15, 18]. Interessanterweise zeigen Daten der psychoneuroimmunologischen Forschung, dass offensichtlich Stresssituationen 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 [19].

Diagnostik

Um bei somatoformen urologischen Erkrankungen bereits im Erstkontakt einen psychopathologischen Befund erstellen zu können, stehen mehrere Möglichkeiten zur Verfügung. Wichtigste Grundlage ist immer die Kombination aus einer ausführlichen Miktions- und Sexualanamnese sowie einer orientierenden biographischen Anamnese. Das Aufdecken der typischerweise vorhandenen Korrelation, die zwischen der Blasen- und Sexualfunktion mit Lebensphasen und speziellen Gegebenheiten besteht, ist meist rasch klärend. In Zusammenschau mit der Beobachtung der Körperhaltung und der Körpersprache des Patienten sowie mit seinem Gemütszustand lässt sich eine erste Einschätzung seiner Persönlichkeit und seiner Lebensbedingungen erstellen. Um einen Eindruck zu bekommen, ob und in welchem Ausmaß eine psychische Komorbidität vorliegt, ist die Hinzunahme standardisierter **psychometrischer Tests** hilfreich. Insbesondere zur

Das Symptom hat wichtige Funktionen inne, die kurzfristig für seinen Träger hilfreich sind

Wichtigste diagnostische Grundlage bildet eine Kombination aus Miktions-, Sexual- und biographischer Anamnese

Jeder Urologe mit Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung ist legitimiert, eine psychosomatisch ausgerichtete Anamnese zu erheben und psychometrische Tests einzusetzen

Qualitätssicherung bei der Erhebung dieser doch als sehr subjektiv zu empfindenden Daten ist die Verwendung von **validierten Fragebögen** empfehlenswert. Sinnvoll sind z. B.:

- Distress-Thermometer,
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS),
- Patient Health Questionnaire (PHQ-4),
- Maslach Burnout Inventory (MBI).

Bei Kindern und Jugendlichen werden psychopathologische Befunde sowohl der kleinen Patienten als auch der Eltern erhoben. Zur weiterführenden Einschätzung bezüglich sozialer Kompetenz, Unsicherheit und Aggressivität sind standardisierte Fragebögen nützlich, die die Eltern ausfüllen, wie z. B.:

- Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS),
- Child Behaviour Checklist (CBCL 4–18),
- Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche (PHOKI),
- Social Anxiety Scale for Children Revised – Deutsche Version (SASC-R-D).

Jeder Urologe, der die Weiterbildung für psychosomatische Grundversorgung besitzt, ist durch die Ärztekammer legitimiert, eine psychosomatisch ausgerichtete Anamnese zu erheben und psychometrische Tests einzusetzen. Die Diagnostik kann dann nach EBM und GOÄ abgerechnet werden. Informationen über das Selbstverständnis eines Menschen und über sein Beziehungsgefüge ergeben sich gut erkennbar daraus, ob und mit wem der Patient in Begleitung in die Praxis kommt und evtl. sogar in das Sprech- oder auch noch in das Untersuchungszimmer geht. Weitere Schlüsselszenen bieten sich oftmals im Zusammenhang mit der Diagnostik. So kann das Verhalten der Patienten oder der Eltern während der Sonographie und insbesondere der Urethrostoskopie wegweisend für das Vorhandensein ängstlich-unsicherer Persönlichkeitsanteile oder für ein übermäßiges Kontrollbedürfnis sein – sowohl bei den Patienten als auch bei den Eltern einnässender Kinder. Sind der Situation definitiv nicht angemessene Reaktionsmuster zu beobachten, kann dies ein Hinweis auf erlebte Gewalt oder sexuellen Missbrauch sein.

Eigene Daten

Seit 2011 werden sämtliche erwachsenen Patienten und Kinder mit somatoformen Erkrankungen anhand der oben angegebenen Diagnostik und der nachfolgenden therapeutischen Arzt-Patienten-Beziehung psychopathologisch befundet. Das bis März 2016 auswertbare Gesamtkollektiv umfasst 579 Patienten.

Patienten mit bereits bekannter oder zu vermutender schizophrener oder affektiver Psychose waren nur vereinzelt präsent. Anorexie oder mit deutlicher Adipositas einhergehende Essstörungen fanden sich bei einem Großteil der Frauen, die sexuellen Missbrauch erlebt hatten. Von 415 erwachsenen Frauen des Kollektivs gaben 17 % an, sexuelle Gewalt erfahren zu haben. Diese Beobachtungen am eigenen Patientengut gehen mit den von Alroggen et al. gerade publizierten Daten konform. So scheint sexueller Missbrauch im Vergleich zu den offiziell in der Kriminalstatistik erfassten Häufigkeiten deutlich unterschätzt zu sein; die Anzeigenquote nach Vergewaltigung betrug in ihrer Studie bei Frauen nur 4 % [20].

In der Auswertung wurde unter dem Parameter „auslösende **Beziehungsproblematik**“ Folgendes zusammengefasst:

- grenzüberschreitendes Verhalten in der Ursprungsfamilie oder in der Partnerschaft,
- Krankheit oder Tod eines Angehörigen,
- Geburt eines Kindes,
- Neuaufnahme oder Veränderungen einer Partnerschaft,
- intrapsychische oder interpersonelle Schwierigkeiten am Arbeitsplatz,
- eigene Berentung oder die des Partners.

Weitere Exploration hatte dann ergeben, dass durch diese Beziehungsproblematik Verlust-, Versagens-, Trennungs- oder Existenzängste, ein negatives Selbstbild oder eine Depression ausgelöst worden waren.

Rezidivierende Harnwegsinfekte

Das Auftreten chronisch-rezidivierender HWI wird im Zusammenhang mit Selbstunsicherheit und Versagensangst, mit Schwierigkeiten in der Abgrenzung und mit Unterdrückung der eigenen Bedürfnisse gesehen. Auslösend sind Situationen, die mit Gefühlen von Minderwertigkeit und Ausgeliefertsein einhergehen; es besteht ein Zusammenhang mit Liebesenttäuschung und anderen Kränkungsituationen [5, 7, 21, 22, 23].

Im eigenen Patientengut fanden sich 222 Patientinnen, die chronisch-rezidivierende HWI beklagten; bei 18 % bestand eine begleitende OAB. Patientinnen mit begleitendem CPPS wurden ausgeschlossen. Sie zeigten folgende Parameter psychosozialer Belastung:

- Angststörung (63 %);
- Depression (47 %);
- Erschöpfung, Schlafstörungen oder medikamentös behandeltes Burn-out-Syndrom (37 %);
- selbstunsicher-vermeidender Persönlichkeitsstil (84 %);
- dependenter Persönlichkeitsstil (53 %);
- histrionischer Persönlichkeitsstil mit begleitender Katastrophisierung (36 %);
- zwanghafter Persönlichkeitsstil (33 %);
- auslösende Beziehungsproblematik (59 %);
- Patienten mit 5 oder mehr der oben angegebenen Parameter (59 %).

Chronisches Beckenschmerzsyndrom

Die Literatur dokumentiert eine positive Korrelation des CPPS bei Frauen mit Depression und Angst [24]. Typischerweise entwickeln und unterhalten jene Frauen chronische Schmerzen, die auf eine Verletzung mit Katastrophisieren, Aufmerksamkeitsfixierung, Angst und Vermeidung reagieren [25].

Auch für Männer konnte gezeigt werden, dass psychosoziale Faktoren wie dysfunktionale Stressbewältigung, somatoforme Fixierung, Katastrophisieren, Traumatisierung und Depression das Beschwerdebild begünstigen und aufrechterhalten [14, 26, 27].

Im eigenen Patientengut fanden sich 105 Frauen und 31 Männer, die ein CPPS beklagten, zum überwiegenden Anteil von chronisch-rezidivierenden HWI und OAB sowie von Dyspareunie begleitet. Sie zeigten folgende Parameter psychosozialer Belastung:

- Angststörung (Frauen: 72 %, Männer: 97 %);
- Depression (Frauen: 39 %, Männer: 45 %);
- Erschöpfung, Schlafstörungen oder medikamentös behandeltes Burn-out-Syndrom (Frauen: 47 %, Männer: 71 %);
- selbstunsicher-vermeidender Persönlichkeitsstil (Frauen: 80 %, Männer: 87 %);
- dependenter Persönlichkeitsstil (Frauen: 71 %, Männer: 74 %);
- histrionischer Persönlichkeitsstil mit begleitender Katastrophisierung (Frauen: 30 %, Männer: 23 %);
- zwanghafter Persönlichkeitsstil (Frauen: 80 %, Männer: 87 %);
- auslösende Beziehungsproblematik (Frauen: 64 %, Männer: 97 %);
- Patienten mit 5 oder mehr der oben angegebenen Parameter (Frauen: 75 %, Männer: 100 %).

Somatoforme überaktive Blase und Enuresis des Erwachsenen

Auch bei somatoformer OAB und Enuresis des Erwachsenen ist der psychosomatische Hintergrund vielfältig. So kann die Symptomatik u. a. der unbewussten Vermeidung bzw. pathologischen Lösung interpersonell bedingter Konflikte dienen, sie kann ein Mittel zur Abwehr darstellen, sie findet sich häufig bei unbewussten Ängsten und unerkannter Depression, bei intrapsychisch bedingten Gefühlen von Minderwertigkeit und Selbstunsicherheit. Typischerweise resultieren die somatoforme OAB und die Enuresis auch als Folge emotionalen oder auch in seiner Häufigkeit deutlich unterschätzten sexuellen Missbrauchs [5, 7, 15, 28].

Im eigenen Patientengut fanden sich 88 Patientinnen, die eine monosymptomatische OAB beklagten. Sie zeigten folgende Parameter psychosozialer Belastung:

Auslösend sind Situationen, die mit Gefühlen von Minderwertigkeit und Ausgeliefertsein einhergehen

Die Literatur dokumentiert eine positive Korrelation des CPPS bei Frauen mit Depression und Angst

Auch bei somatoformer OAB und Enuresis des Erwachsenen ist der psychosomatische Hintergrund vielfältig

Den psychosomatischen Hintergrund der OAB und Enuresis des Kindes bilden eine Reifungs- und Selbstwertstörung mit Unsicherheit, Angst und Depression

Somatoforme urologische Erkrankungen werden typischerweise durch problembehaftete nahe Beziehungen ausgelöst

- Angststörung (75 %);
- Depression (39 %);
- Erschöpfung, Schlafstörungen oder medikamentös behandeltes Burn-out-Syndrom (33 %);
- selbstunsicher-vermeidender Persönlichkeitsstil (84 %);
- dependenter Persönlichkeitsstil (59 %);
- histrionischer Persönlichkeitsstil mit begleitender Katastrophisierung (47 %);
- zwanghafter Persönlichkeitsstil (33 %);
- auslösende Beziehungsproblematik (99 %);
- Patienten mit 5 oder mehr der oben angegebenen Parameter (81 %).

Überaktive Blase und Enuresis des Kindes

Den psychosomatischen Hintergrund der OAB und Enuresis des Kindes bilden eine Reifungs- und Selbstwertstörung mit Unsicherheit und Angst sowie Depression. Bis zu 40 % der einnässenden Kinder zeigen eine bis zu 4-mal höhere Rate an klinisch relevanten psychischen Störungen als kontinente Kinder. Häufig konnten dem Alter entsprechende und für die Anforderungen in Kindergarten und Schule erforderliche Fähigkeiten nicht erlernt werden, sodass das Kind sich inkompetent und minderwertig fühlt. Nicht selten findet sich eine gestörte bzw. ambivalente **Mutter-Kind-Beziehung**, ebenso eine nicht tragfähige Beziehung der Eltern oder ein strenger und keinen Platz lassender Vater, der das Kind einschüchtert. [2, 4, 29, 30].

Im eigenen Patientengut von 133 Kindern zeigten 85 % Selbstunsicherheit und Ängste, 75 % zeichneten sich durch einen Mangel an altersentsprechenden Kompetenzen aus, 69 % zeigten ein negatives Selbstbild und Pessimismus. Der weit überwiegende Anteil dieser Kinder wies eine von Resignation und Desinteresse geprägte Haltung auf, zum Teil mit negativistischer Einstellung, was häufig auch mit Enkopresis einherging. Nur selten fand sich bei den einnässenden Kindern mit negativem Selbstbild ein überhöhter Leistungsanspruch mit Perfektionismus; 65 % zeigten Angepasstheit und Fehlen von Spontanität.

Neben der intrapsychischen Problematik fand sich bei 71 % eine psychosoziale Belastung durch eine mindestens nicht liebevolle bis sogar vernachlässigende Mutter-Kind-Beziehung; 79 % der Mütter zeigten einen kontrollierenden und die psychische Reifung des Kindes hemmenden Erziehungsstil, entweder als fordernd-ehrgeizig und intolerant oder als dem Kind alles abnehmend, entmündigend und erdrückend. Bei 48 % der Kinder konnte der Vater entweder die pathologische Mutter-Kind-Beziehung nicht kompensieren, da die Eltern getrennt lebten bzw. er berufsbedingt kaum Zeit für das Kind hatte, oder aber er belastete das Kind seinerseits psychisch durch Vorenthalten von Anerkennung und durch Bestrafung. Bei 25 % der Kinder bestanden zusätzlich zu gestörten Beziehungen zu und auch zwischen den Eltern ebenfalls psychisch belastende Beziehungen zu den Geschwistern, d. h. diese Kinder hatten keinerlei emotionale Kompensationsmöglichkeit; 86 % der Kinder wiesen 5 oder mehr der oben angegebenen Parameter auf.

Zusammenfassung

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 und gar traumatisierende Erfahrungen gemacht werden, dann resultieren oftmals psychosomatische Miktionsstörungen. Ursächlich dafür sind die Somatisierung der psychosozialen Belastung sowie die Ausbildung einer defizitären Selbstwahrnehmung mit Unterdrückung der eigenen Bedürfnisse und übermäßiger Anpassung bzw. Selbstaufgabe. Die oben aufgeführten eigenen Daten zeigen eindrucksvoll, dass somatoforme urologische Erkrankungen typischerweise durch problembehaftete nahe Beziehungen ausgelöst werden. Häufig zeigte sich die Beziehungsstörung von Erschöpfung, Depression oder Angsterkrankung begleitet. Als prädisponierende Charaktereigenschaft fanden sich im eigenen Patientengut der selbstunsicher-vermeidende, der dependente, der histrionische und der zwanghafte Persönlichkeitsstil; die Patienten zeichneten sich durch ein rasch entblößbares negatives Selbstbild aus. Entsprechend ist eine Genesung der Patienten nur erreichbar, wenn sowohl die psychosoziale Belastung als auch die

funktionelle Miktionsstörung beseitigt werden. Zielführend ist die Kombination eines effizienten Miktions- bzw. Beckenbodentrainings mit einer urologisch ausgerichteten psychosomatischen Grundversorgung. In Einzelfällen kann nach erster Besserung der Symptomatik die Bahnung einer ergänzenden Psychotherapie sinnvoll und dann auch erst erfolgreich sein [6, 12, 13].

Fazit für die Praxis

- Die psychosomatische Urologie ergänzt die somatisch ausgerichtete Medizin durch das Erfassen psychischer Komorbidität, um chronische urologische Erkrankungen dreidimensional begreifen und behandeln zu können.
- Den chronischen urologischen Erkrankungen liegt in der Regel eine somatoforme Miktionsstörung zugrunde, die durch psychische Komorbidität bedingt ist.
- Die psychosoziale Belastung kann sowohl intrapsychischer als auch interpersoneller Genese sein. Bei den meisten Patienten finden sich sowohl disponierende Persönlichkeitsakzentuierungen als auch belastende Beziehungsaspekte, die zu psychosozialer Überforderung und Somatisierung führen.
- Neben Angst und Depression ist ein negatives Selbstbild disponierend, mit dem meist folgende Persönlichkeitsanteile einhergehen: Selbstunsicherheit und Dependenz, Histrionie und Zwanghaftigkeit.
- Die Therapie somatoformer urologischer Erkrankungen sollte sowohl das Erlernen einer physiologischen Miktion als auch die psychosomatische Grundversorgung zur Aufdeckung und Behandlung der psychosozialen Belastung beinhalten.

Korrespondenzadresse

Dr. U. Hohenfellner

Praxis für Urologie und Ambulantes Urologisches Rehabilitationszentrum für Urologie und Gynäkologie Heidelberg, Arbeitskreis für Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin der Deutschen Gesellschaft für Urologie
Friedrich-Ebert-Anlage 1, 69117 Heidelberg, Deutschland
dr.hohenfellner@praxishohenfellner.com

Einhaltung ethischer Richtlinien

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

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Jacobi F et al (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Springer, Berlin/Heidelberg.
2. Schulte-Körne G (2016) Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld. Dtsch Arztebl 113(11):183–190
3. Hoffmann F et al (2012) Prevalence and comorbidities of adolescent depression in Germany. An analysis of Health Insurance Data. Zeitschrift für Kinder. Jugendpsychiatrie Psychother 40(6):399–404
4. von Gontard A (2004) Psychologisch-psychiatrische Aspekte der Enuresis nocturna und der funktionellen Harninkontinenz. Urologe A 43(7):787–794
5. Diederichs P (2000) Urologische Psychosomatik – Zur Theorie und Praxis psychosomatischer Störungen in der Urologie. Verlag Hans Gruber, Bern
6. Hohenfellner U (2016) Behandlung der kindlichen Harninkontinenz. UroForum 4:2–3
7. Günthert EA (2013) Psychosomatische Urologie. Leitfaden für die Praxis. Schattauer, Stuttgart
8. Hammelstein P et al (2003) Paruresis – ein bisher vernachlässigtes psychotherapeutisches Problem. Psychotherapeut 48(4):260–263
9. Coppola G et al (2011) Psychological correlates of enuresis: a case-control study on an Italian sample. Pediatr Nephrol 26(10):1829–1836
10. Engel GL (1977) The need for a new model: a challenge for biomedicine. Science 129:129–137
11. Irwin M-R (2008) Human psychoneuroimmunology: 20 years of discovery. Brain Behav Immun 22:129–139
12. Hohenfellner U (2015) Sexuell mißbrauchte Patienten in der Praxis erkennen. Urologische Nachrichten, Kongreßausgabe 1. 67. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Hamburg, 9/2015.
13. Berberich HJ, Siedentopf F (2016) Psychosomatische Urologie und Gynäkologie. Ernst Reinhardt Verlag, München

14. Uexküll T (1986) Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. Urban & Schwarzenberg, München
15. Neubauer H, Neubauer ME (2004) Wenn die Blase weint. Urologe 43(3):268–272
16. Schellenbaum P (2002) Die Spur des verborgenen Kindes. Heilung aus dem Ursprung. dtv, München
17. Grawe K (2000) Psychologische Therapie. Hogrefe, Göttingen, S 383
18. Olbing H (1993) Enuresis und Harninkontinenz bei Kindern. Marseille, München
19. Mahr AS (2009) Stress und Atopie. Eine psycho-neuro-immunologische Untersuchung zur Rolle von psychischer Belastung und neuro-immuner Interaktion im Vergleich zu hautgesunden Probanden. Medizinische Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin. http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_00000006582
20. Alloggen M et al (2016) Prävalenz sexueller Gewalt. Dtsch Arztebl 113(7):107–111
21. Boddien-Heidrich R (2004) Psychosomatic aspects of urogynaecology: model considerations on the pathogenesis, diagnosis and therapy. Zentralbl Gynakol 126(4):237–243
22. Fan Y-H et al (2008) Psychological profile of female patients with dysfunctional voiding. Urology 71(4):625–629
23. Hunt J-C, Waller G (1992) Psychological factors in recurrent uncomplicated urinary tract infection. Br J Urol 69(5):460–464
24. Kaya B et al (2006) Anxiety, depression and sexual dysfunction in women with chronic pelvic pain. Sex Relatsh Ther 21(2):187–196
25. Alapattu M et al (2011) Psychological factors in chronic pelvic pain in women: relevance and application of the fear-avoidance model in pain. Phys Ther 91(19):1542–1550
26. Krsmanovic A et al (2014) Psychological mechanisms of the pain and quality of life relationship for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS). Can Urol Assoc J 8(11–12):403–408
27. Riegel B et al (2014) Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric comorbidity associated with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) in men – a systematic review. J Psychosom Res 77(5):333–350
28. Hohenfellner U (2014) Therapieversagen und Restharn bei OAB vermeiden. Urologische Nachrichten, Kongreßausgabe 1. 66. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Leipzig, 9/2014.
29. Hinde M et al (1995) Poor self-esteem in children with enuresis. Lakartidningen 92(36):3225
30. Lettgen B et al (2002) Urge incontinence and voiding postponement in children: somatic and psychosocial factors. Acta Paediatr 91(9):987–984



CME.SpringerMedizin.de – noch einfacher CME-Punkte sammeln!

Auf CME.SpringerMedizin.de können Sie komfortabel und einfach Ihre Fortbildung planen sowie Ihren Lernerfolg messen und dokumentieren:

➤ CME.SpringerMedizin.de umfasst alle CME-Fortbildungen von Springer Medizin. Hier können Sie die gewünschten Kurse starten, für die spätere Teilnahme vormerken und die Kursdetails einsehen.

➤ In Ihrem Bereich **Mein CME** finden Sie alle Kurse, die Sie vorgemerkt oder bereits begonnen haben.

➤ **Mein CME** bietet Ihnen Überblick über Ihre Fortbildung auf CME.SpringerMedizin.de. Sie erfahren Ihren Punktestand, Ihre Ergebnisse und können die Teilnahmebescheinigung ansehen.

➤ **Update CME** informiert Sie über aktuelle Fortbildungsthemen. Sie können diesen kostenlosen Newsletter bestellen in Ihrem Profil unter *Meine Newsletter*.

Teilnehmen und weitere Informationen unter:
CME.SpringerMedizin.de

Unser Tipp: Noch mehr Fortbildung bietet das e.Med-Kombi-Abo. Hier stehen Ihnen alle CME-Kurse der Fachzeitschriften von Springer Medizin in elektronischer Form zur Verfügung. Auf Wunsch erhalten sie mit dem e.Med-Kombi-Abo darüber hinaus eine gedruckte Fachzeitschrift Ihrer Wahl.

Jetzt informieren unter
www.springermedizin.de/eMed
oder telefonisch unter 0800-77 80 777
(Montag bis Freitag, 10 bis 17 Uhr)





CME-Fragebogen

Teilnahme am zertifizierten Kurs auf CME.SpringerMedizin.de

- Der Teilnahmezeitraum beträgt 12 Monate, den Teilnahmeschluss finden Sie online beim CME-Kurs.
- Fragen und Antworten werden in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt.
- Pro Frage ist jeweils nur eine Antwort zutreffend.
- Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden.

? Was versteht man unter psychischer Komorbidität *nicht*?

- Dependenz
- Selbstunsicherheit
- Professionalität
- Angst
- Negativismus

? Was versteht man unter psychosomatischer Urologie?

- Einbeziehung psychischer Komorbidität
- Teilgebiet der Urologie
- Komplementäre Uroonkologie
- Psychotherapie bei urologischen Erkrankungen
- Alternative zu biomedizinischer urologischer Therapie

? Was bedeutet das biopsychosoziale Modell für die Urologie?

- Modell zur Generalisierung von Krankengeschichten
- System zur vereinfachten Erfassung von Patientendaten
- Erklärungsmodell für psychiatrische Erkrankungen
- Dreidimensionales Erfassen chronischer urologischer Erkrankungen
- Hilfsmittel zur Versorgung akuter urologischer Beschwerden

? Was führt zur somatoformen Miktionsstörung?

- Überhäufige Blasenentleerung
- Meatusstenose der Urethra
- Blasenstein
- Geburtsbedingtes Trauma mit Läsion des Sphinkters
- Fortgesetzte psychosoziale Belastung

? Was führt *nicht* zu kindlicher Harninkontinenz?

- Berufstätigkeit der Mutter
- Selbstunsichere Persönlichkeit der Mutter
- Zwanghafte Persönlichkeit des Vaters
- Nicht tragfähige Beziehung der Eltern
- Soziale Unsicherheit des Kindes

? Welche Funktion beinhalten rezidivierende Harnwegsinfekte *nicht*?

- Erreichen von Rückzug und Ruhe
- Kommunikative Funktion
- Emotionaler Schutz
- Funktionale Stressbewältigung
- Pathologische Lösung eines Konflikts

? Was muss die Therapie einer somatoformen überaktiven Blase *nicht* beinhalten?

- Erlernen von Selbstbewertung
- Erlernen von Hilfsbereitschaft
- Erlernen einer funktionalen Stressbewältigung
- Erlernen einer physiologischen Miktion
- Erlernen einer willkürlichen Sphinkterrelaxation

? Was lässt eine somatoform bedingte Inkontinenz vermuten?

- Physiologische Uroflowmetrie-Kurve
- Patient kommt allein zum Termin
- Sachliche Darstellung der Symptomatik
- 5- bis 6-malige Nykturie
- Selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsakzentuierung

? Warum ist die psychosomatische Urologie heute erst so wenig verbreitet?

- Weil der Zusammenhang zwischen Psyche und Soma spekulativ ist.

- Weil die Literatur jüdischer Ärzte und Analytiker vernichtet und vergessen wurde.
- Weil Somatisierung naturwissenschaftlich nicht nachvollziehbar ist.
- Weil es keine Fortbildungsmöglichkeiten dafür in der DGU gibt.
- Weil wir Ärzte nicht von der Zufriedenheit unserer Patienten leben.

? Welcher Parameter disponiert *nicht* zur Entstehung des chronischen Beckenschmerzsyndroms („chronic pelvic pain syndrome“, CPPS) beim Mann?

- Homosexualität
- Depression
- Selbstunsicherheit
- Perfektionismus
- Zwanghaftigkeit