

Psychosomatische Miktionsstörungen

Wie erkenne ich sexuell missbrauchte Patienten?

Ulrike Hohenfellner

Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen hat eine klinisch relevante Dimension. Die Betroffenen stellen sich – oftmals Jahre später – mit psychosomatischen Miktionsstörungen und deren Komplikationen in der urologischen Praxis vor, ebenso wie erwachsene Frauen, die in der Partnerschaft Nötigung und Rücksichtslosigkeit erfahren. Voraussetzung um betroffene Patienten wahrzunehmen, ist ein Verständnis der Ätiopathogenese und der aus dem Missbrauch resultierenden somatoformen Befunde.

Die psychosomatischen Miktionsstörungen stellen keine destruktive Symptomatik dar – so sehr sie auch vordergründig die Lebensqualität beeinträchtigen. Es handelt sich um somatoforme urologische Erkrankungen mit Spannungscharakter, die wichtige Funktionen für den Patienten erfüllen. Zum einen bewahren sie den Patienten vor einer Überflutung von negativen Emotionen und psychischer Belastung, die aufgrund fehlender Möglichkeit zur Stressverarbeitung nicht bewältigt und ertragen werden könnten. Diese physische „Notfall-Reaktion“ ist naturgemäß dysfunktional, sie ermöglicht aber immerhin eine akute Reduktion der inneren Anspannung und des Leidens, die aus dem psychischen Druck und der emotionalen Überforderung resultieren. Darüber hinaus beinhaltet die Symptomatik eine kommunikative Funktionalität, die Schutz durch Kranksein und Kontrolle der Interaktion mit dem Täter durch zunehmende sexuelle Unattraktivität und versuchsweiser Auslösung eines schlechten Gewissens ermöglicht.

Pathogenetisch erfolgen diese Funktionen durch die Entstehung einer somatoformen Dysfunktion des externen urethralen Sphinkters. Diese kann sich auf zwei verschiedene Arten äußern: zum einen durch eine Hyperaktivität im Sinne eines Miktionsaufschubs und einer gegebenenfalls zusätzlichen Detrusor-Sphinkter-externus-Dyskoordination und zum anderen durch eine Hypoaktivität im Sinne einer ge-

gentlichen Relaxation des Sphinkters mit Einleitung einer physiologischen Miktions zu unpassender Zeit.

Hyperaktive Dysfunktion des Sphinkters

Die erlernte Hyperaktivität des Schließmuskels kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein. So kann aus der Somatisierung lediglich ein moderater Sphinkter-Hypertonus resultieren, der im Sinne einer funktionellen subvesikalen Obstruktion den Miktionsdruck erhöht und einen laminaren Harnstrahl verhindert. Daraus entstehen dann klinisch die Symptomatik einer Überaktiven Blase bzw. Dranginkontinenz und der rezidivierenden unkomplizierten Harnwegsinfekte, mit denen sich Patienten häufig vorstellen, die sexuellen Missbrauch erfahren haben oder noch immer z. B. unter dem Deckmantel der Ehe regelmäßig erfahren.

Es können sich aber auch ein Infrequent Voiding Syndrome bzw. eine Lazy Bladder und eine ausgeprägte Detrusor-Sphinkter-externus-Dyskoordination entwickeln. Hier resultieren dann deren typische Komplikationen wie großkapazitäre Blase, Restharnbildung und erhebliche Tonuserhöhung des Sphinkters und auch des übrigen Beckenbodens inklusive umgebender Muskulatur. Entsprechend können sich die Betroffenen mit Symptomen des chronischen Beckenschmerz-Syndroms vorstellen, das durch die Entstehung schmerzhafter Trigger-

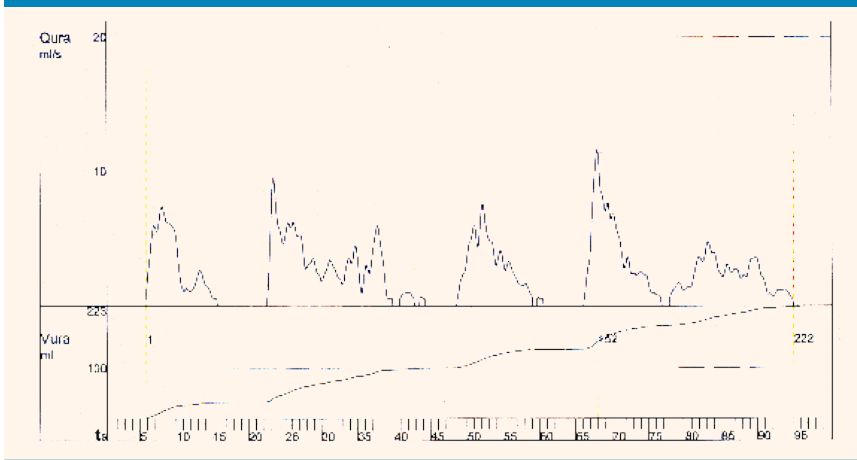
punkte in der kontrakten Muskulatur und durch begleitende psycho-neuro-immunologisch bedingte Veränderungen der zentralen Schmerzverarbeitung bedingt ist. Letztlich kann sich aus dem Infrequent Voiding Syndrome bzw. der Lazy Bladder das Vollbild einer dekompensierten psychosomatischen Blasenentleerungsstörung im Sinne der nicht-neurogenen neurogenen Blase (Hinman-Syndrom) mit einer atonen, hyperkapazitären und hypsensitiven Blase sowie der konsekutiven Beeinträchtigung des oberen Harntrakts entwickeln.

Hypoaktive Dysfunktion des Sphinkters

Die Hypoaktivität des Sphinkters äußert sich als gelegentliche, unwillkürliche Relaxation mit Einnässen, obwohl weder die Blasenkapazität erreicht ist noch ein Harndranggefühl besteht. Klinisch resultiert die Symptomatik der Enuresis, das heißt, es handelt sich hierbei um die Einleitung einer koordinierten und restharnfreien Miktions. Physiologisch betrachtet ist das Wegfallen der hemmenden Impulse aus den dem pontinen Miktionszentrum übergeordneten Zentren wahrscheinlich die Ursache. Möglicherweise ist die linke Hemisphäre in bestimmten Situationen nicht mehr in der Lage, die rechte Hemisphäre zu kontrollieren, sodass es zu Affekt-assoziierten Handlungen bzw. Miktions kommt, wie dieses z. B. für die Schizophrenie beschrieben ist.

Typischerweise ereignen sich die Inkontinenzepisoden initial nur während des Schlafs, der nicht durch Ausschaltung des Gehirns, sondern durch Phasen erhöhter Aktivität und durch die Beschäftigung mit Erlebtem und Emotionen in Träumen gekennzeichnet ist. Erst im Verlauf der Erkrankung und bei weiterhin fehlender Beseitigung der psychischen Belastung kommt auch eine Tagessymptomatik hinzu. Dazu passend berichten die Betroffenen, dass sich im Wachzustand die Relaxation des Sphinkters in Situationen und Lebensphasen ereignet, die

Detrusor-Sphinkter-externus-Dyskoordination



Der Ausschnitt aus der Uroflowmetrie einer 37-jährigen Patientin zeigt die Detrusor-Sphinkter-externus-Dyskoordination.

durch Verlust- und Trennungsängste oder aber durch Resignation und Ohnmacht gekennzeichnet sind. Offensichtlich dient das Loslassen des Sphinkters und Aufgeben der Blasenkontrolle nicht nur der Spannungsabfuhr, sondern somatisiert auch die fehlende Option zu Widerstand und die Selbstaufgabe.

Diagnostik und Befunde

Selbstverständlich können sich psychosomatische Miktionsstörungen auch bei Patienten manifestieren, die keinen sexuellen Missbrauch erlebt haben. Defizitäre Selbstwahrnehmung und die habituelle Neigung, die Wahrnehmung unangenehmer Gefühle zu vermeiden, können auch durch anderweitige interpersonelle Konflikte bedingt sein. Folglich darf nicht allein von der urologischen Symptomatik auf ursächlichen sexuellen Missbrauch geschlossen werden, nur wenn mehrere Befunde zusammenkommen, sollte diese Verdachtsdiagnose gestellt und weiter verfolgt werden. Erste Hinweise lassen sich in der ausführlichen und auch die biografische Entwicklung berücksichtigenden Miktionsanamnese sowie anhand standardisierter Fragebögen finden.

Typischerweise lässt sich eine Korrelation der Blasenfunktion mit Lebensphasen aufdecken. Zudem sind ein von

Angst und Sorgen bestimmtes Denken, eine depressive Stimmungslage, Nervosität, (Selbst-)Unsicherheit und ein erhöhtes Kontrollbedürfnis zu erkennen, die sich auch in der Körpersprache des Patienten wahrnehmen lassen. In der Regel finden sich eine eingeschränkte emotionale Variationsbreite sowie Inkongruenz zwischen verbalen Äußerungen und gezeigtem Gefühlsausdruck, sodass die Patienten unwahrhaftig wirken. Schlüsselszene ist die Urethrozystoskopie, neben im Vorfeld erfolgten Vermeidungsreaktionen und gegebenenfalls mehreren Terminverschiebungen sind im Endoskopieraum wegweisende und der Situation überhaupt nicht angemessene Reaktionsmuster von inadäquat apathisch bis irrational panisch zu beobachten.

Hyperaktivität des Sphinkters

Liegt eine somatoforme Hyperaktivität des externen Sphinkters vor, resultiert eine extrinsisch bedingte Stenose der proximalen Urethra, die ein atraumatisches Eingehen in die Blase zur Herausforderung macht. Darüber hinaus finden sich eine Trabekulierung des Detrusors; die Blasenkapazität kann normal, reduziert oder vergrößert sein. Die digitale Evaluation des Beckenbodens zeigt eine hypertone Sphinktermuskulatur; die willkürliche Relaxierung ist kaum oder gar nicht möglich. Analog zeigt die Uroflowmetrie eine

Detrusor-Sphinkter-externus-Dyskoordination (s. Abb.). Alternativ kann auch eine normkonfigurierte Kurve mit erhöhtem Miktionsdruck und maximaler Flussrate von um 70 ml/s im Sinne eines „Supervoidings“ gemessen werden. Sonografisch finden sich eine Verdickung der Blasenwand und gegebenenfalls Restharn. Die Urodynamik dokumentiert einen stabilen Detrusor ohne sensorische oder motorische Urge-Inkontinenz. Bei der Frau findet sich ein normaler bis überhöhter Verschlussdruck im Urethradruckprofil. Die in Narkose bestimmte anatomische Kapazität ist normal oder vergrößert.

Hypoaktivität des Sphinkters

Liegt eine Hypoaktivität mit gelegentlicher Einleitung einer koordinierten Miktion vor, so ist die Passage der proximalen Urethra problemlos möglich. Intravesikal imponiert ein physiologischer Befund bei normaler Blasenkapazität. Die digitale Beckenboden-Evaluation lässt den Muskeltonus und die Mobilität der Urethra als normal registrieren, durch Hustenprovokation ist weder im Liegen noch im Stehen ein Harnabgang provozierbar. Typischerweise ist eine eingeschränkte willkürliche Ansprechbarkeit des Sphinkters auch unter digitaler Anleitung tastbar. Es besteht also keine muskuläre Schwäche des Sphinkters wie bei der Belastungs-Harninkontinenz, sondern eine Insuffizienz der aktiven Sphinkterkontraktion bzw. der willentlichen Beckenboden-Kontrolle. Die Urodynamik zeigt eine physiologische Messung mit suffizienter Drucktransmission im Urethradruckprofil.



Autorin

Dr. med. Ulrike Hohenfellner

Privatpraxis für Urologie Heidelberg
Ambulantes Rehasentrum für
Urologie und Gynäkologie Heidelberg
Arbeitskreis Psychosomatische
Urologie und Sexualmedizin der DGU
ulrike@hohenfellner.de