

Der Urologe

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

Elektronischer Sonderdruck für U. Hohenfellner

Ein Service von Springer Medizin

Urologe 2015 · 54:97–106 · DOI 10.1007/s00120-014-3696-9

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

U. Hohenfellner

Psychosomatische Grundversorgung bei Harninkontinenz

Diese PDF-Datei darf ausschließlich für nichtkommerzielle Zwecke verwendet werden und ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen – hierzu zählen auch soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Austauschplattformen.

Redaktion

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



3 Punkte sammeln auf...

**springermedizin.de/
eAkademie**

Teilnahmemöglichkeiten

Diese Fortbildungseinheit steht Ihnen als e.CME und e.Tutorial in der Springer Medizin e.Akademie zur Verfügung.

- e.CME: kostenfreie Teilnahme im Rahmen des jeweiligen Zeitschriftenabonnements
- e.Tutorial: Teilnahme im Rahmen des e.Med-Abonnements

Zertifizierung

Diese Fortbildungseinheit ist mit 3 CME-Punkten zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Hinweis für Leser aus Österreich

Gemäß dem Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) der Österreichischen Ärztekammer werden die in der e.Akademie erworbenen CME-Punkte hierfür 1:1 als fachspezifische Fortbildung anerkannt.

Kontakt und weitere Informationen

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

CME Zertifizierte Fortbildung

U. Hohenfellner

Praxis für Urologie, Ambulantes Urologisches Rehabilitationszentrum
für Urologie und Gynäkologie Heidelberg

Psychosomatische Grundversorgung bei Harninkontinenz

Zusammenfassung

Die Harninkontinenz stellt eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität dar, viele Patienten sind nicht zufriedenstellend behandelt oder leiden sogar zusätzlich unter den Komplikationen der Inkontinenzchirurgie. Die psychosomatische Grundversorgung dient einerseits der Verbesserung der differenzialdiagnostischen Abklärung und unterstützt die Auswahl der geeigneten Therapieoption. Andererseits optimiert sie das Therapieergebnis durch Ergänzung der somatisch ausgerichteten Behandlung mit dem psychosomatisch orientierten erweiterten ärztlichen Gespräch und körperorientierten Verfahren. Die psychosomatische Grundversorgung stützt sich auf das biopsychosoziale Modell und bedient sich theoretischen Wissens und praktischer Techniken, die unter Anleitung erlernbar sind.

Schlüsselwörter

Biopsychosoziales Modell · Psychosomatische Urologie · Überaktive Blase · Kindliche Harninkontinenz · Postprostatektomieinkontinenz

Lernziele

Nach der Lektüre dieses Fortbildungsbeitrags ...

- **haben Sie eine Vorstellung von psychosomatischer Grundversorgung.**
- **wissen Sie, was der Begriff „psychosomatische Urologie“ beinhaltet.**
- **verstehen Sie das biopsychosoziale Modell.**
- **kennen Sie den psychosomatischen Hintergrund somatoformer Inkontinenzformen.**
- **können Sie die Diagnose einer funktionellen Blasenentleerungsstörung stellen.**

Versorgungsproblem Inkontinenz

Die Harninkontinenz stellt mehr als andere chronische Beschwerden eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität dar [1]. Trotz diverser uns heute zur Verfügung stehender effektiver Behandlungsoptionen sind viele Patienten nicht zufriedenstellend versorgt und leiden zum Teil zusätzlich unter gravierenden Folgeerscheinungen der Inkontinenzchirurgie [2, 3]. Die Erkrankung ist – trotz oftmals identischer Symptomatik – in verschiedene Formen zu unterscheiden, die auf unterschiedliche Ursachen zurückzuführen sind und folglich auch unterschiedlicher Therapieansätze bedürfen. Insbesondere die funktionell bzw. somatoform bedingten Inkontinenzformen sind in der Versorgung problematisch. Deren Erkennen erfordert Hintergrundwissen und genaue Kenntnis der differenzialdiagnostischen Befunde. Für die Behandlung hat sich ein multimodaler Therapieansatz inklusive psychosomatischer Grundversorgung als zielführend gezeigt [4, 5].

Der Artikel möchte zu einem umfassenderen Verständnis der funktionellen Inkontinenzformen mit resultierender Sicherheit in Diagnosestellung und therapeutischer Strategie führen.

Psychosomatische Urologie

„Der ist ein Arzt, der das Unsichtbare weiß, das keinen Namen hat, keine Materie und doch seine Wirkung.“ (Paracelsus, 1493–1541)

Die psychosomatische Urologie ist keine Subspezifität der Urologie, sie integriert die wissenschaftlichen Daten der Psychoneuroimmunologie und der neurobiologischen Hirnforschung in die Diagnostik und Therapie urologischer Krankheitsbilder. Sie steht im Gegensatz zu ideologischen Denkansätzen mit resultierenden alternativen Methoden und meist Verschmähung der Schulmedizin. Die psychosomatische Urologie ist Schulmedizin und auch nicht als Konkurrenz zur somatischen Medizin misszuverstehen. Sie ermöglicht neben der üblichen fachurologischen Apparatediagnostik ein über das bloße Auswerten von Untersuchungsbefunden hinausgehendes Erfassen einer Krankengeschichte [6]. Neben der hochtechnisierten chirurgischen Reparatur der Harnorgane, den effizienten medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten und der Physiotherapie bereichert sie die urologischen Therapieoptionen bei chronischen Erkrankungen um die psychosomatische Grundversorgung. Zur

Die psychosomatische Urologie bereichert die urologischen Therapieoptionen bei chronischen Erkrankungen um die psychosomatische Grundversorgung

Psychosomatic primary care for urinary incontinence

Abstract

Urinary incontinence is a significant impairment of the quality of life. Many patients are treated insufficiently or even suffer from complications of incontinence surgery. Psychosomatic primary care serves to improve the diagnostic work-up and helps to select the appropriate therapeutic option. It also optimizes the treatment outcome by supplementing the somatically oriented urological therapy with the psychosomatically aligned extended medical dialogue and body-oriented methods. Psychosomatic primary care is based on the biopsychosocial model and uses theoretical knowledge and practical techniques that can be learnt under professional guidance.

Keywords

Biopsychosocial model · Psychosomatic urology · Overactive urinary bladder · Pediatric urinary incontinence · Incontinence after prostatectomy

Verbesserung der Rekonvaleszenz stellt sie der Pathogenese die **Salutogenese** an die Seite, d. h. sie ergänzt das Verständnis dafür, was krank gemacht hat, mit dem Wahrnehmen dessen, was der Patient neben der somatischen Behandlung für seine Heilung braucht [7].

Biopsychosoziales Modell

„Wir haben eine Medizin für Organe, Gewebe und Zellen, aber keine für kranke Menschen und für individuelle Wirklichkeiten, in denen sie leben.“ (Thure von Uexküll, 1908–2004)

Die psychosomatische Urologie sieht den Patienten nicht als defektes Gerät oder zur Ausbesserung abgeliefertes Organ, sondern als lebendiges Wesen mit seinem individuellen inneren und äußeren Milieu. Analog werden bei chronischen Krankheitsverläufen mit Versagen somatischer Therapieoptionen drei Dimensionen betrachtet, 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).

Dabei wird das körperliche Symptom nicht als primär destruktiv verstanden, sondern als eine Funktion innehabend. Es entsteht in der Beziehung zu anderen Menschen und drückt unbewusste oder nicht geäußerte Beziehungsaspekte aus, drückt die persönliche Wahrnehmung und innere Lebenshaltung aus. Das therapierefraktäre Symptom resultiert aus einem seelischen Konflikt bzw. psychosozialer Belastung, zu dessen Lösung bzw. Verarbeitung derjenige aufgrund seiner inneren und äußeren Umstände derzeit allein nicht in der Lage ist [8].

Psychosomatische Grundversorgung

Die psychosomatische Grundversorgung wird von primär somatisch orientierten Urologen in der Praxis oder Klinik erbracht, sie beinhaltet die psychosomatische Basisdiagnostik und Basistherapie. Entsprechend stellt sie eine eigenständige Ergänzung zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung dar; die Zusammenarbeit von Grundversorgern mit den Spezialdisziplinen kann gelegentlich sinnvoll sein. Sie bedient sich spezifischen Wissens und spezieller Techniken, welche unter professioneller Anleitung erlernbar sind.

Empathie und intuitives Verstehen

Wichtige Komponenten sind Empathie und Authentizität, die allerdings überwiegend in sich selbst zu finden und nur begrenzt in Balint-Gruppen vermittelbar sind. Qualität und Effektivität der Grundversorgung hängen von der Kompetenz des Arztes ab, insbesondere von seiner Gesprächsführung und der Fähigkeit, eine komplementäre (die Bedürfnisse des Patienten erfüllende), belastbare Arzt-Patienten-Beziehung zu etablieren und aufrechtzuerhalten. Um das über die bloße Beschwerdeschilderung hinausgehende innere Erleben des Patienten (das, was er nicht sagt) zu erfahren, ist eine professionell gestaltete unmittelbare Begegnung zur gegenseitigen Aktivierung der Spiegelneurone beider Gehirne erforderlich [9].

Psychosomatische Basisdiagnostik

Indikation ist die Verdachtsdiagnose einer funktionellen Beschwerdesymptomatik, sodass im ersten Schritt bei den Patienten wertschätzenderweise differenzialdiagnostisch abgeklärt wird, ob psychosoziale Belastungen (z. B. fehlende Bewältigung einer Tumorerkrankung oder unerfüllte Grundbedürfnisse) an der Symptomatik anteilig sind. Oftmals kann die zusätzliche Nutzung standardisierter Fragebögen oder die Erfassung einer autobiographischen Anamnese hilfreich sein.

Psychosomatische Basistherapie

Im zweiten Schritt versucht der Arzt, dem Patienten den erkannten Konflikt und das daraus resultierende krankheitsfördernde Verhaltensmuster verständlich und vor allem für ihn annehmbar zu ma-

Bei chronischen Krankheitsverläufen mit Versagen somatischer Therapieoptionen werden drei Dimensionen (biologische, psychologische und soziale Ebene) betrachtet

Die psychosomatische Grundversorgung beinhaltet die psychosomatische Basisdiagnostik und -therapie

chen. Im dritten Schritt versuchen Arzt und Patient gemeinsam, den Konflikt zu lösen bzw. das negativ verstärkende Verhalten und Denken zu verändern, um dadurch die persönliche Integrität bzw. vegetative Balance wiederherzustellen. Wichtige Elemente sind das erweiterte ärztliche Gespräch bzw. die sog. verbale Intervention sowie körperorientierte Verfahren wie **progressive Muskelrelaxation** oder **autogenes Training** [10].

Funktionelle bzw. somatoforme überaktive Blase

Die nichtneurogene überaktive Blase kann durch unterschiedliche Pathomechanismen verursacht sein, wodurch u. a. die zum Teil recht hohe Versagensrate anticholinergischer Präparate und auch das Restharnrisiko nach niedrig dosierter intravesikaler Botulinumneurotoxininjektion verständlich werden [11, 12]. So kann die Symptomatik bei beiden Geschlechtern durch eine anatomische infravesikale Obstruktion oder idiopathisch bedingt sein, andererseits kann aber auch eine subvesikale funktionelle Obstruktion als psychosomatische Erkrankung mit Spannungscharakter dafür verantwortlich sein.

Biopsychosozialer Zusammenhang

Auf dem Boden eines erworbenen Beckenbodenhypertonus oder einer Detrusor-Sphincter-externus-Dyskoordination besteht eine sog. **funktionelle bzw. dynamische Stenose der proximalen Urethra**, die zudem die oftmals begleitende Symptomatik rezidivierender Harnwegsinfekte oder eines chronischen Beckenschmerzsyndroms hervorrufen kann. Beim Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung dieser funktionell bedingten überaktiven Blase ist der psychosoziale Hintergrund zu berücksichtigen. Dieser ist vielfältig – so kann die Symptomatik u. a. der unbewussten Vermeidung bzw. der pathologischen Lösung interpersonell bedingter Konflikte dienen, sie kann ein Mittel zur Abwehr darstellen, sie findet sich häufig bei unbewussten Ängsten und unerkannter Depression, bei Selbstwertregulationsstörung und fehlender Abgrenzbarkeit, aber typischerweise auch als Folge emotionalen oder auch in seiner Häufigkeit deutlich unterschätzten sexuellen Missbrauchs [4].

Physiologisches Korrelat psychosozialer Belastung

Ätiologisch ist eine durch den seelischen Konflikt ausgelöste fortgesetzt erhöhte innere Anspannung, die ihren Niederschlag in einem erhöhten Tonus der Beckenbodenmuskulatur und nicht mehr möglicher willkürlicher Relaxierbarkeit des externen Sphinkters findet. So ist insbesondere die Sonderform der koitalen Harninkontinenz nicht nur vergesellschaftet mit Belastungsinkontinenz; das Symptom tritt häufig auf bei überaktiver Blase und scheint verursacht durch unbewusstes und abwehrendes Pressen nach kaudal aufgrund von Schwierigkeiten in der Partnerschaft [13, 14].

Urologische Funktionsdiagnostik inklusive psychosomatischer Basisdiagnostik

Neben Hinweisen in der Anamnese und in standardisierten Fragebögen erhärten die Körpersprache des Patienten und insbesondere sein Verhalten während der invasiven Diagnostik die Verdachtsdiagnose einer funktionellen Blasenentleerungsstörung. So sind bei der Zystoskopie wegweisende Reaktionsmuster von inadäquat apathisch bis irrational panisch zu beobachten, das tatsächlich atraumatische Eingehen in die Blase ist meist eine Herausforderung. Entsprechend ist bei der Frau sorgfältig zwischen der anatomischen Stenose der distalen Harnröhre, also der Meatusstenose, und der proximalen funktionellen bzw. dynamischen Stenose, also der erworbenen bzw. habituellen Überaktivität des externen Sphinkters, zu unterscheiden.

Bei beiden Geschlechtern zeigt die digitale Evaluation des Beckenbodens eine hypertone Muskulatur bei nur geringer oder gar fehlender willkürlicher Ansteuerbarkeit, das willkürliche Lockerlassen ist kaum oder gar nicht möglich. Analog zeigt die Uroflowmetrie meist eine typische **Detrusor-Sphincter-externus-Dyskoordination** unterschiedlicher Ausprägung im Sinne einer obstruktiven Miktions, manchmal sogar mit Restharnbildung (■ **Abb. 1**). Die Urodynamik dokumentiert einen stabilen Detrusor mit sensorischer oder motorischer Urge, bei der Frau findet sich ein normaler bis überhöhter Verschlussdruck im Urethradruckprofil. Die in Narkose bestimmte anatomische Kapazität ist meist normal oder sogar vergrößert, wenn zuvor ein „**Infrequent-voiding**“-Syndrom be-

Bei der Frau ist sorgfältig zwischen der anatomischen Stenose der distalen Harnröhre und der proximalen funktionellen bzw. dynamischen Stenose zu unterscheiden

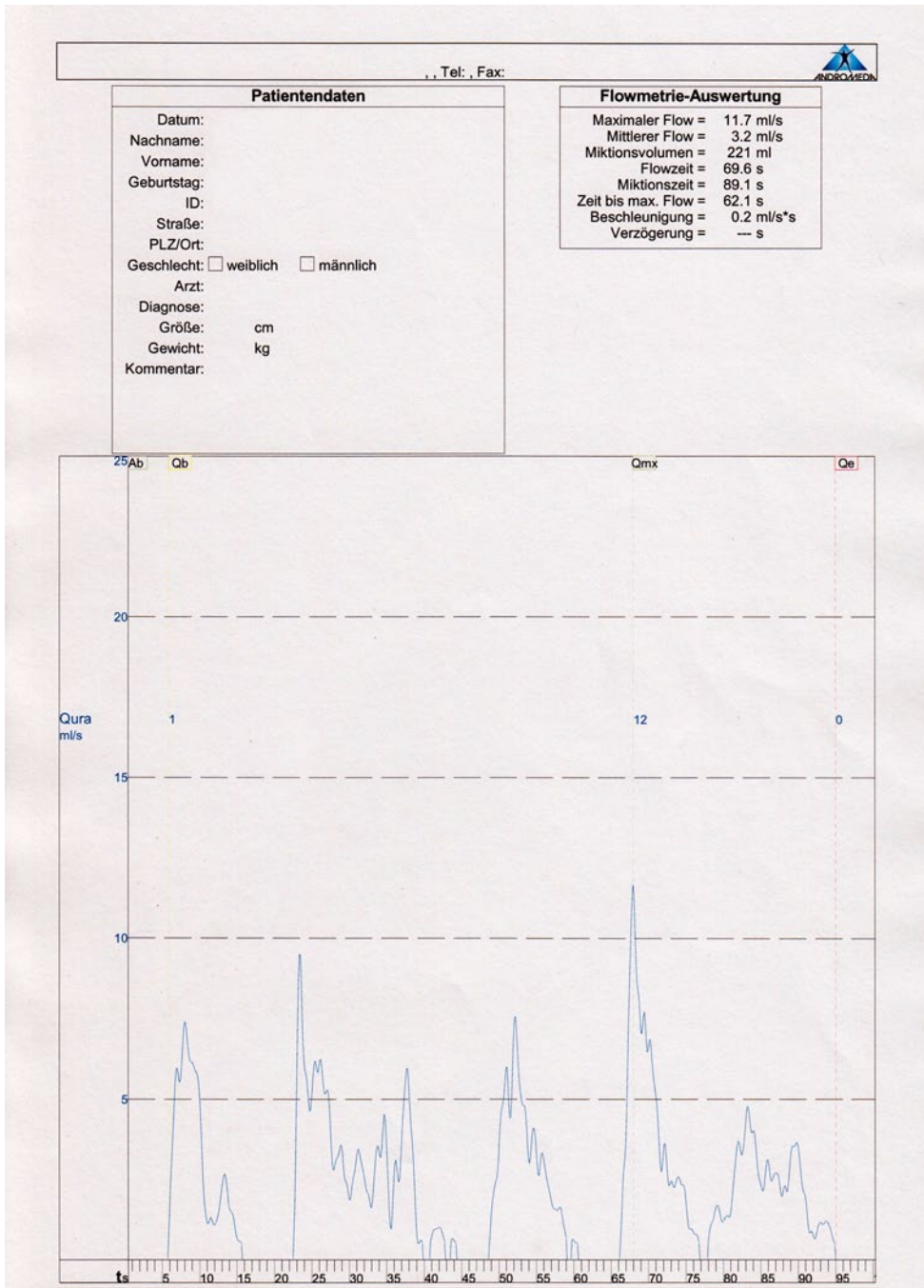


Abb. 1 ▲ Detrusor-Sphincter-externus-Dyskoordination bei funktioneller Blasenentleerungsstörung. (Mit freundl. Genehmigung von U. Hohenfellner)

standen hatte. Eher selten findet sich die Kapazität reduziert im Sinne einer begleitenden fibrosierten „**Low-compliance**“-Blase, meist bei Frauen, die über viele Jahre unter begleitenden rezidivierten Harnwegsinfekten durch die funktionelle obstruktive Blasenentleerungsstörung gelitten haben.

Körpertherapie mit ggf. symptomatischer Begleitbehandlung

Therapeutisch ist im Hinblick auf den somatischen Befund und im Sinne progressiver Muskelrelaxation die professionell angeleitete Beckenbodenedukation zum Erlernen der willkürlichen Sphinkterrelaxation und einer koordinierten Miktion effektiv [15]. Die zumindest passagere Medikation eines Alphablockers ist meist sinnvoll. Die intravesikale Botulinumneurotoxininjektion ist im Hin-

Therapeutisch ist die professionell angeleitete Beckenbodenedukation effektiv



Abb. 2 ◀ Wandverdickung der Blase bei psychosomatisch bedingter kindlicher Harninkontinenz. (Mit freundl. Genehmigung von U. Hohenfellner)

blick auf die zu erwartende Restharnbildung prinzipiell kontraindiziert. Im Einzelfall kann es dennoch sinnvoll sein, sich gemeinsam mit der Patientin parallel zur kurativen Therapie für die Injektion zu entscheiden, wofür dann aber postoperativ ggf. die Notwendigkeit des passageren intermittierenden Selbstkatheterismus in Kauf genommen werden muss.

Verbale Intervention

Um mit der Beckenbodentherapie aber nicht nur eine kurzfristige Beschwerdebesserung, sondern auch eine Heilung erzielen zu können, ist parallel dazu die Reduktion auch der psychischen Anspannung erforderlich. Dazu sind die gut nachvollziehbare Erläuterung der Erkrankung als somatoform und die Erarbeitung eines Verständnisses für die reaktive Symptomatik mit Bewusstmachung des ursächlichen Hintergrunds in wohlwollender und nichtwertender Sprachführung unabdingbar [10]. In der Regel stellt die psychosomatische Grundversorgung sogar eine erste, ganz wichtige emotionale Entlastung für den Patienten dar und ermöglicht darüber hinaus die Einleitung einer gelegentlich sinnvollen begleitenden biographisch-systemischen Verhaltenstherapie oder auch einer Traumatherapie nach emotionalem oder sexuellem Missbrauch.

Kindliche Harninkontinenz

Der kindlichen Harninkontinenz liegt vergleichbar zur überaktiven Blase des Erwachsenen eine erworbene, funktionell obstruktive Blasenentleerungsstörung mit Spannungscharakter zugrunde [16]. Auch hier ist die Detrusorhyperaktivität durch eine dynamische Stenose der proximalen Urethra bedingt.

Biopsychosozialer Zusammenhang

Ursächlich ist eine Reifungs- und Selbstwertregulationsstörung des Kindes, oftmals auf dem Boden einer gestörten, ambivalenten Mutter-Kind-Beziehung und einer wenig liebevollen, nicht tragfähigen Beziehung der Eltern, sodass die Grundbedürfnisse des Kindes unbefriedigt bleiben. Das „innere Kind“ muss verstoßen werden, die Beziehung zu sich selbst und damit das Sich-Fühlen aufgegeben werden, um in der Familie bestehen zu können [17]. Pathogenetisch resultiert aus dem inneren Konflikt eine fortgesetzt erhöhte innere Anspannung, die sich in erhöhtem Beckenbodentonus oder einer Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination mit typischen Befunden der Sonographie (Wandverdickung der Blase, Restharn über 5 ml; **Abb. 2**) und Uroflowmetrie (reduzierte Kapazität, zackige Kurve, v. a. typischerweise in mehreren Versuchen veränderbar gegenüber anatomischer und neurogener Genese) wiederfindet. Dabei erfüllt der ursächliche Miktionsaufschub die Funktion der Selbstwerterhöhung im Sinne von Sich-Wahrnehmen und des Ausdrucks noch verbliebener Autonomie. Die anschließende Miktion wird umso mehr als Erleichterung und angenehme Spannungsabfuhr von den Kindern beschrieben [18].

Parallel zur Beckenbodentherapie ist auch die Reduktion der psychischen Anspannung erforderlich

Ursächlich ist eine Reifungs- und Selbstwertregulationsstörung des Kindes

Begleitpathologie

Begleitende Harnwegsinfekte oder ein „**High-pressure**“-**Reflux** sind nicht Auslöser des Einnässens, sondern Folge des Miktionsaufschubs. Demgemäß sind nach der Refluxtherapie die Pyelonephritiden in der Regel rückläufig, allerdings persistieren rezidivierende Zystitiden mit entsprechenden oben angegebenen Untersuchungsbefunden [19]. Das „Infrequent-voiding“-Syndrom bzw. die „**lazy bladder**“ resultiert aus Dekompensation der Blasenentleerungsstörung infolge Miktionsaufschubs, sodass therapeutisch die Empfehlung einer „Miktion nach der Uhr“ in der Regel nicht ausreicht.

Körpertherapie mit psychosomatischer Grundversorgung

Die Behandlung der kindlichen Harninkontinenz erfordert sowohl spezielle kinderurologische als auch psychosomatische Expertise. Therapeutisch kommen ähnliche Ansätze wie bei der funktionellen überaktiven Blase des Erwachsenen zur Anwendung. Grundstein ist die psychosomatische Grundversorgung mit Erschaffung einer für die Behandlung motivierenden und Entspannung zulassenden Atmosphäre, die die Grundbedürfnisse des Kindes erfüllt und positive zwischenmenschliche Erfahrungen machen lässt [20]. Kombiniert mit einer kindgerechten und empathischen multimodalen Beckenbodenedukation, lässt sich die fortgesetzt erhöhte innere Anspannung reduzieren und gezielt ein richtiges Wasserlassen erlernen, sodass das Kind trocken werden kann [21, 22].

Postprostatektomieharninkontinenz

Die Literatur beschreibt eindrucksvoll, dass Patienten mit Prostatakarzinom erheblich psychosozial belastet sein können. Dabei sind die Patienten nicht psychisch krank, d. h. sie leiden nicht unter Neurosen oder Phobien, sondern sie leiden unter begründeter und gut nachvollziehbarer Angst vor einer ganz realen Bedrohung [23].

Psychosoziale Belastung der Tumorerkrankung

Präoperativ befragt beschrieben 59% der Patienten ihre Tumorerkrankung als bedrohlich, davon 41% als „etwas bedrohlich“, 18% sogar als „sehr bedrohlich“. Nur wenige gaben Angst vor dem Behandlungsverlauf oder Angst vor erektiler Dysfunktion als Grund für die psychische Belastung an, etwa jeder Zweite nannte als Grund allein die Diagnose Prostatakrebs [24]. Zudem korreliert das Ausmaß der psychischen Belastung mit dem Grad der Inkontinenz, d. h. die Unterstützung einer raschen Krankheitsbewältigung scheint für den postoperativen Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Kontinenz essenziell zu sein [25]. Befragt danach, was ihnen im Umgang mit der psychischen Belastung durch die Tumorerkrankung hilfreich ist, benannten die Patienten mit nur geringem Prozentsatz folgende Antwortmöglichkeiten:

- positive Lebenseinstellung und Austausch mit anderen Patienten,
- Ablenkung,
- medizinische Behandlung
- gute Prognose,
- Familie und Freunde,
- Partnerin.

Ärztliche psychoonkologische Begleitung

Als am hilfreichsten zur Krankheitsbewältigung wurde von etwa jedem zweiten Patienten das Gespräch mit dem behandelnden Arzt angegeben [24]. Entsprechend scheint der Kombination aus ärztlicher psychoonkologischer Begleitung und effizientem Beckenbodentraining eine besondere Bedeutung sowohl für den Erhalt bzw. die frühe Erlangung von Kontinenz als auch für die Krankheitsbewältigung nach Prostatektomie zuzukommen. So waren z. B. 44% der eigenen Patienten (18/41), die präoperativ ein von psychosomatischer Grundversorgung begleitetes Muskelaufbautraining des Beckenbodens durchgeführt hatten und dann von nur einem Operateur prostatektomiert wurden, direkt nach Katheterentfernung kontinent, weitere 32% der Patienten (13/42) benötigten lediglich eine Vorlage und wurden durch eigenständiges Fortsetzen des präoperativ Erlernenen überwiegend inner-

Die Behandlung der kindlichen Harninkontinenz erfordert sowohl spezielle kinderurologische als auch psychosomatische Expertise

Das Ausmaß der psychischen Belastung korreliert mit dem Grad der Inkontinenz

Der Kombination aus ärztlicher psychoonkologischer Begleitung und effizientem Beckenbodentraining scheint besondere Bedeutung für die Kontinenz als auch für die Krankheitsbewältigung nach Prostatektomie zuzukommen

halb von 1 bis 4 Wochen kontinent [26]. Demgegenüber zeigen andere aktuelle Studien keine Verbesserung der postoperativen Kontinenzrate nach präoperativ eingesetzter alleiniger multimodaler Beckenbodentherapie [27, 28]. Für die postoperative alleinige Physiotherapie wurde sogar beschrieben, dass sie auch innerhalb eines Jahres die Kontinenzrate nicht verbessert [29, 30].

Fazit für die Praxis

- Die psychosomatische Urologie ergänzt die somatisch ausgerichtete Medizin durch das biopsychosoziale Modell, um therapierefraktäre Formen chronischer Harninkontinenz dreidimensional begreifen zu können.
- Die psychosomatische Grundversorgung dient der ganzheitlichen Betrachtung des Patienten durch Kombination von Pathogenese und Salutogenese.
- Für das Verstehen der Krankengeschichte ist eine erweiterte Anamnese im Rahmen psychosomatischer Basisdiagnostik auf dem Boden einer komplementären Arzt-Patienten-Beziehung erforderlich.
- Für die effiziente Therapie funktioneller urologischer Blasenentleerungsstörungen ist die Kombination von multimodaler Beckenbodenedukation und psychosomatischer Basistherapie sinnvoll.
- Die ärztliche psychoonkologische Begleitung ist essenziell zur Prophylaxe bzw. Therapie der Postprostatektomieinkontinenz und zur Krankheitsbewältigung.

Korrespondenzadresse

Dr. U. Hohenfellner

Praxis für Urologie, Ambulantes Urologisches Rehabilitationszentrum für Urologie und Gynäkologie Heidelberg, Friedrich-Ebert-Anlage 1, 69117 Heidelberg
ulrike@hohenfellner.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. U. Hohenfellner war in den letzten 5 Jahren als Referentin oder Beraterin für folgende Firmen tätig: Allergan, Apogepha, Bosana, Dr. Pfleger, Rehability, Rottapharm, Teleflex, Grachtenhaus, Rosen Pharma/MIP Pharma, Bayer/Jenapharm, Lilly, Pfizer, PubliCare, Hollister, Pfizer, Farco Pharma, Matritech/Alere, Uromed, CytoChemia, Coloplast, Takeda, Aristo Pharma. Sie gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Hampel C, Wienhold D, Benken DN et al (1997) Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology* 50(Suppl 6A):4–14
2. Hermieu J-F, Bron J, Momper W et al (2011) Stress urinary incontinence treatment using Surgimesh® Sling, evolution on patient quality of life and sexual activity during 12 months follow-up. *Prog Urol* 21:554–561
3. Pace G, Vicentini C (2008) Women's sexual health: female sexual function evaluation of the tension-free vaginal tape (TVT) and transobturator suburethral tape (TOT) incontinence surgery: results of a prospective study. *J Sex Med* 5:387–393
4. Günther EA (2013) Psychosomatische Urologie. Schattauer, Stuttgart
5. Walters MD, Taylor S, Schoenfeld LS (1990) *Obstet Gynecol* 75:22–26
6. Uexküll T (1986) *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin*. Urban & Schwarzenberg, München
7. Antonovsky A (1997) *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. dgvt, Tübingen
8. Engel GL (1977) The need for a new model: a challenge for biomedicine. *Science* 129:129–137
9. Bauer J (2006) *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Heyne, München
10. Diederichs P (2000) *Urologische Psychosomatik*. Huber, Bern
11. Serati M, Salvatore S, Uccella S et al (2008) Urinary incontinence at orgasm: relation to detrusor overactivity and treatment efficacy. *Eur Urol* 54:911–917
12. Hegele A (2013) *BTX-A-Injektion in den Detrusor bei idiopathischer OAB*. Posterpräsentation, 65. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Dresden
13. Coyne KS, Margolis MK, Jumadilova Z et al (2007) Overactive bladder and women's sexual health: what is the impact? *J Sex Med* 4:656–666
14. Lamm D, Fischer W, Maspfuhl B (1986) Sexuality and urinary incontinence. *Zentralbl Gynakol* 108:1425–1430
15. Hanna T (1990) *Beweglich sein ein Leben lang. Die heilsame Wirkung körperlicher Bewußtheit*. Kösel, München
16. Olbing H (1993) *Enuresis und Harninkontinenz bei Kindern*. Marseille, München

17. Schellenbaum P (2002) Die Spur des verborgenen Kindes. Heilung aus dem Ursprung. dtv, München
18. Schultz-Hencke H (1927) Einführung in die Psychoanalyse. G. Fischer, Jena
19. Anders D (1984) Mädchen mit rekurrierenden Harnwegsinfektionen. Therapiewoche 34:907–919
20. Grawe K (2000) Psychologische Therapie. Hogrefe, Göttingen, S 383 ff.
21. Bower WF, Yew SY, Sit KYF, Yeung CK (2006) Half-day urotherapy improves voiding parameters in children with dysfunctional emptying. J Eur Urol 49:570–574
22. Vasconcelos M, Lima E, Caiafa L et al (2006) Voiding dysfunction in children. Pelvic-floor exercises or biofeedback therapy: a randomized study. Pediatr Nephrol 21:1858–1864
23. Weyland P (2013) Psychoonkologie – Das Erstgespräch. Schattauer, Stuttgart
24. Mehnert A, Lehmann C, Graefen M et al (2009) Psychische Belastung und Lebensqualität bei Prostatakarzinompatienten im Krankheitsverlauf. In: Koch U, Weis J (Hrsg) Psychoonkologie. Eine Disziplin in der Entwicklung. Hogrefe, Göttingen, S 15–27
25. Seklehner S, Hladschik-Kermer B, Lussuardi L et al (2013) Psychological stress assessment of patients suffering from prostate cancer. Scand J Urol 47:101–107
26. Hohenfellner U (2013) Intensivierte Multimodale Kontinenztherapie. Urol Nachr 11/2013:17
27. Penson DF (2013) Post-prostatectomy incontinence and pelvic floor muscle training: a defining problem. Eur Urol 64:773–775
28. Laurienzo CE, Sacomani CA, Rodrigues TR et al (2013) Results of preoperative electrical stimulation of pelvic floor muscles in the continence status following radical retropubic prostatectomy. Int Braz J Urol 39:182–188
29. Glazener C, Boachie C, Buckley B et al (2011) Urinary incontinence in men after formal one-to-one pelvic-floor muscle training following radical prostatectomy or transurethral resection of the prostate (MAPS): two parallel randomised controlled trials. Lancet 378:328–337
30. Dubbelman Y, Groen J, Wildhagen M et al (2010) The recovery of urinary continence after radical retropubic prostatectomy: a randomized trial comparing the effect of physiotherapist-guided pelvic floor muscle exercises with guidance by an instruction folder only. BJU Int 106:515–522

CME-Fragebogen

Bitte beachten Sie:

- Teilnahme nur online unter: springermedizin.de/eAkademie
- Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.
- Es ist immer nur eine Antwort möglich.

? Was charakterisiert die psychosomatische Grundversorgung?

- Verhaltenstherapie
- Hypnosetechniken
- Psychoanalyse
- Verbale Intervention und körperorientierte Verfahren
- Traumatherapie

? Was versteht man unter psychosomatischer Urologie?

- Einbeziehung neurobiologischer Forschungsergebnisse in Diagnostik und Therapie
- Teilgebiet der Urologie
- Komplementäre Uroonkologie
- Psychotherapie bei urologischen Erkrankungen
- Alternative zu urologischer Tumorchirurgie und Chemotherapie

? Was bedeutet das biopsychosoziale Modell für die Urologie?

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

? Was führt zu funktioneller Blasenentleerungsstörung?

- Überhäufige Blasenentleerung
- Meatusstenose der Urethra
- Blasenstein

- Geburtsbedingtes Trauma mit Läsion des Sphinkters
- Fortgesetzt erhöhte innere Anspannung

? Was bedingt zuverlässig eine Verletzung der persönlichen Integrität?

- Grobe Beleidigung
- Unerkannter seelischer Konflikt
- Unwahre Behauptung
- Arbeitsüberlastung
- Scheidung

? Welcher Auslöser findet sich bei der funktionellen überaktiven Blase *nicht*?

- Rezeptorveränderungen des Detrusors
- Sexueller Missbrauch
- Emotionale Erpressung
- Partnerschaftskonflikte
- Fehlende Abgrenzbarkeit

? Welche urologische Begleitpathologie findet sich *nur zufällig* bei funktioneller Harninkontinenz?

- „High-pressure“-Reflux
- Chronisch-rezidivierende Harnwegsinfekte
- Chronisches Beckenschmerzsyndrom
- Restharnbildung
- Meatusstenose der Urethra

? Was lässt eine somatoform bedingte Inkontinenz vermuten?

- Sachliche Darstellung der Symptomatik
- Patient kommt allein zum Termin
- Vordergründig selbstbewusstes Auftreten
- Endoskopisch unauffällige Blasen Schleimhaut
- Physiologische Uroflowmetrie-Kurve

? Wieviel Prozent der Patienten mit Prostatakarzinom erleben präoperativ ihre Tumorerkrankung als bedrohlich?

- 89%
- 41%
- 18%
- 59%
- 70%

? Was beschreiben Patienten mit Prostatakarzinom als am hilfreichsten für die Krankheitsbewältigung?

- Psychotherapeut
- Gespräch mit dem behandelnden Arzt
- Ehefrau
- Selbsthilfegruppe
- Ablenkung

Diese zertifizierte Fortbildung ist 12 Monate auf springermedizin.de/eAkademie verfügbar. Dort erfahren Sie auch den genauen Teilnahmeabschluss. Nach Ablauf des Zertifizierungszeitraums können Sie diese Fortbildung und den Fragebogen weitere 24 Monate nutzen.



Für Zeitschriftenabonnenten ist die Teilnahme am e.CME kostenfrei