

Überaktive Blase als Folge sexuellen Missbrauchs

Multimodale Therapie und psychosomatische Unterstützung – Was kann der Urologe tun?

HEIDELBERG Ebenso wie rezidivierende Harnwegsinfekte und das Chronische Beckenschmerzsyndrom kann auch die Überaktive Blase (OAB) Ausdruck einer somatoformen urologischen Störung mit Spannungszustand sein. Der psychosomatische Hintergrund ist vielfältig, so kann die Symptomatik unter anderem der unbewussten Vermeidung beziehungsweise pathologischen Lösung interpersonell bedingter Konflikte dienen, sie kann ein Mittel zur Abwehr darstellen, sie findet sich aber auch typischerweise als Folge sexuellen Missbrauchs.

Die Prävalenz des sexuellen Missbrauchs von Jungen und Mädchen unter 16 Jahren hat eine klinisch relevante Dimension. Aber auch Frauen, die als Erwachsene fehlende Rücksichtnahme bei der Intimität oder Nötigung in der Partnerschaft erlebt haben oder noch immer erleben, stellen in der urologischen Praxis keine Einzelfälle dar. Missbrauch hinterlässt kein spezifisches Merkmal am Körper und auch nicht im Verhalten, dadurch ist das Erkennen in der urologischen Sprechstunde so schwierig und erfordert ein biopsychosoziales Krankheitsverständnis. Neben achtsamer und empathischer ärztlicher Gesprächsführung im



Ulrike Hohenfellner

Umgang mit OAB-Patienten ist es wichtig zu wissen, wonach man bei der Befunderhebung suchen muss. Die richtige Diagnosestellung einer funktionellen Blasenentleerungsstörung ist Voraussetzung für einen Therapieerfolg, die Versagerate anticholinergischer Präparate bei OAB, insbesondere jene von 59 bis 95 Prozent bei OAB mit kotitater Inkontinenz, kann möglicherweise durch Fehldiagnose und falsche Indikationsstellung erklärt werden. Bei Verkennen der somatoformen OAB als idiopathische OAB mit Anticholinergika-Resistenz kann die intravesikale Injektion von Botulinumneurotoxin N selbst bei niedriger Dosierung von therapiebedürftigem Restharn mit Notwendigkeit des intermittierenden Selbstkatheterismus gefolgt sein.

Psychische und physische Anspannung

Als Folge sexuellen Missbrauchs resultiert eine fortgesetzt erhöhte innere Anspannung, die ihren Niederschlag in einer Tonuserhöhung der Beckenbodenmuskulatur und fehlenden willkürlichen Relaxierbarkeit des externen Sphinkters findet. Auf dem Boden dieser funktionellen proximalen Urethralstenose und konsekutiven Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination

entwickelt sich die somatoforme OAB, die im Gegensatz zur idiopathischen OAB der älteren Frau von den entsprechenden Befunden bei der Uroflowmetrie (Abb. 1), Endoskopie oder Beckenboden-Evaluation begleitet ist. Entsprechend muss die urologische Therapie auf die Wiederherstellung beziehungsweise das Erlernen der Willkürkontrolle über den Beckenboden, die Senkung des Sphinktertonus und die Anleitung zur koordinierten Miktions abzielen. Sinnvoll ist ein multimodales Konzept, das sowohl die Wahrnehmung des Beckenbodens und die gezielte Ansteuerbarkeit des externen urethralen Sphinkters schult als auch die aktive Dehnung und damit die Lockerung der meist kontrahierten Muskulatur ermöglicht. Bewährt haben sich insbesondere die wieder-

holte geduldige Anleitung unter elektromyographischer Kontrolle mit Oberflächen Elektroden, der Einsatz der Progressiven Muskelrelaxation, die Verwendung von Biofeedback-Geräten für das häusliche Training sowie die Massage der oftmals zusätzlich vorhandenen Triggerpunkte in der unteren Bauch-, Lenden- oder Oberschenkel-Muskulatur. Flankierend ist die passagere medikamentöse Blasenrelaxation mit Tamsulosin angebracht, bei Unverträglichkeit versuchsweise mit Alfuzosin in Kinderdosierung.

Psychosomatische Grundversorgung

Um mit der Beckenbodentherapie aber nicht nur symptomatisch und kurzfristig wirksam Beschwerdebesserung

erreichen zu können, ist unbedingt auch die Reduktion der psychischen Anspannung zur Heilung erforderlich. Dazu sind parallel zur multimodalen körperlichen Behandlung die gut nachvollziehbare Erläuterung der Erkrankung als somatoform und die Erarbeitung eines Verständnisses für die reaktive Symptomatik mit Bewusstmachung des ursächlichen Hintergrunds in wertschätzender und annehmender Sprachführung unabdingbar. In der Regel stellt die psychosomatische Grundversorgung sogar eine erste, wichtige emotionale Entlastung für die Patientin dar und ermöglicht zudem die Einleitung einer gegebenenfalls sinnvollen begleitenden biographisch-systemischen Verhaltenstherapie oder Traumatherapie. Durch Kombination eines pathogenetisch begründeten Beckenbodentrainings und einer salutogenetisch orientierten psychosomatischen Begleitung ist die OAB als Folge sexuellen Missbrauchs erfolgreich und oftmals sogar innerhalb weniger Monate für den Urologen therapierbar.

► Autorin:

Dr. med. Ulrike Hohenfellner
Privatpraxis für Urologie, Heidelberg
Ambulantes Rehabilitationszentrum für
Urologie und Gynäkologie Heidelberg
Arbeitskreis Psychosomatische Urologie und
Sexualmedizin
E-Mail: ulrike@hohenfellner.de

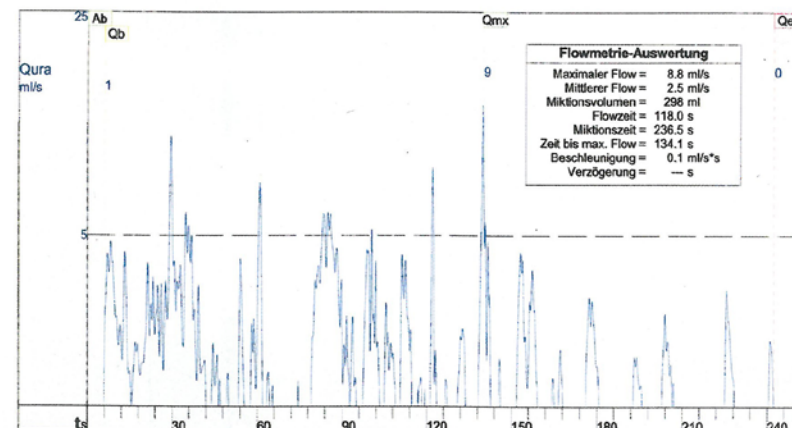


Abb. 1: Uroflowmetrie-Kurve einer Patientin.