

# Psychosomatische Urologie

Leitfaden für die Praxis-Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin

Bearbeitet von  
Dr. Ernst A Günthert

2., überarb. und aktualisierte Aufl. 2013 2013. Taschenbuch. 188 S. Paperback  
ISBN 978 3 7945 2897 4  
Format (B x L): 16,5 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Human-Medizin, Gesundheitswesen > Allgemeinmedizin, Familienmedizin](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

**beck-shop.de**  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](http://beck-shop.de) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

## 7 Funktionelle Somatisierungsstörungen im Urogenitalbereich

Funktionelle Somatisierungsstörungen (somatoforme [autonome] funktionelle Störungen) spielen in der Urologie eine wichtige Rolle. Im Urogenitalbereich haben sie überwiegend Spannungscharakter. Sie tragen zum Verständnis vieler urologischer Beschwerde- und Krankheitsbilder bei, die sich mit der herkömmlichen Diagnostik nicht erklären lassen. Der niedergelassene Urologe begegnet ihnen nahezu täglich. Nicht selten werden Betroffene als ungeklärte Fälle an die Polikliniken überwiesen. Aufgrund ihrer Häufigkeit und ihrer Bedeutung wird ihnen in dem folgenden Text ein breiter Raum gewidmet.

### Funktionelle Somatisierungsstörungen mit Spannungscharakter im Urogenitalbereich

#### Beim Mann:

- Urogenitalsyndrom-Beckenbodenmyalgie
- anogenitales bzw. anorektales Syndrom

#### Bei der Frau:

- Reizblasensymptomatik
- Urethrasyndrom

#### Bei Mann und Frau:

- psychogene Miktionsstörungen
- psychogene Harninkontinenz und Harnverhaltung
- psychogene passagere Polyurie (der Spannungscharakter ist nicht offensichtlich)

### 7.1 Begriffsbestimmung und Terminologie

In der ICD-10 wird der bisher vornehmlich gebräuchliche Begriff „funktionelles Syndrom“ durch die Bezeichnung „somatoforme [autonome] funktionelle Störung“ bzw. „funktionelle Somatisierungsstörung“ abgelöst. „Autonom“ bezieht sich auf Organbereiche, in denen Sympathikus und Parasympathikus an der nervalen Versorgung beteiligt sind. In der Urologie sind dies unter anderem Erkrankungen der Blase, das heißt Störungen der Miktion. Unter den sexuellen Funktionsstörungen ist stellvertretend der vielschichtige Ablauf der Erektion zu nennen.

Nicht nur in der Urologie, sondern in allen medizinischen Disziplinen sind bei der Begriffsbestimmung und Terminologie Diagnosebezeichnungen anzustreben, die etwas über die Ursache des Beschwerde- und Krankheitsbildes aussagen. So genannte beschreibende Diagnosebezeichnungen sollten die Aus-

nahme bleiben, da sie als „Verlegenheitsdiagnose“ offenbaren, dass über den ursächlichen Hintergrund des infrage stehenden Beschwerde- und Krankheitsbildes keine Kenntnis besteht. An dem Beispiel „Diffuse Beckenbeschwerden des Mannes“ als Oberbegriff (s. Kap. 8) wird dies deutlich. Während diffuse Beckenbeschwerden des Mannes von der klinischen urologischen Forschung mehrheitlich der Prostata als „Prostatitis“ oder als „Prostatitisyndrom“ zugeordnet werden, beschreibt die im vorliegenden Text verwendete Diagnosebezeichnung „Urogenitalsyndrom-Beckenbodenmyalgie“ (s. Kap. 8.2) die vielschichtigen Beschwerden im Urogenitalbereich, die durch eine muskuläre Verspannung des Beckenbodens (Beckenbodenmyalgie) ausgelöst werden. Auch „Chronisches Beckenschmerzsyndrom“ (chronic pelvic pain syndrome [CPPS]) oder – noch weniger aufschlussreich – „Chronischer Beckenschmerz“ helfen weder als Oberbegriff noch als Diagnosebezeichnung weiter, da sie die vielschichtigen Begleitsymptome unter anderem die Miktionsbeschwerden vernachlässigen (s. Kap. 8: NIH – Prostatitis-Klassifikation).

Somatisierungsstörungen sind als „funktionelle Störungen“ aufzufassen. Da sie im Urogenitalbereich mehrheitlich Spannungscharakter haben, erklärt sich die Störung der Funktion mit einer muskulären Spannung bzw. Verspannung im Unterbauch-Becken-Bereich. Das Fehlen *urologischer* Befunde ist typisch. Somatisierungsstörungen mit Spannungscharakter gehören zu der großen Gruppe spannungsbedingter Beschwerdebilder, die als so genannte Spannungsbeschwerden in allen Körperbereichen vorkommen. Spannungskopfschmerz, schmerzhafte Schulter-Nacken-Verspannung und Verspannungsschmerz des Rückens sind bekannte Beispiele.

Funktionelle Somatisierungsstörungen im Urogenitalbereich stellen sich als häufig breit gefächerte Beschwerdebilder dar, die die Betroffenen meist sehr belasten. Da das Verständnis der pathophysiologischen Entstehungskette der Beschwerden eine wichtige und grundlegende Voraussetzung für eine zielgerichtete und erfolgreiche Behandlung ist, kommt dem Spannungscharakter vieler Somatisierungsstörungen nicht nur im Urogenitalbereich besondere Bedeutung zu. Obwohl die symptomverursachende Muskelspannung als Funktionsstörung einen psychischen Ursprung haben kann, darf nach Tölle (1999) *funktionell* nicht mit psychisch oder psychogen gleichgesetzt werden, da nur die Störung der Funktion psychisch bedingt ist.

Neben psychogener Spannung können auch Verletzungen im Muskel-Skelett-Bereich, therapeutische Ruhigstellungen oder sekundäre Körperfehlhaltungen zu einer Muskelspannung führen und auf diesem Weg Beschwerden auslösen.

### 7.1.1 Die WHO-Klassifikation ICD-10

Die ICD-10 (s. a. Dilling et al. 2000) definiert Somatisierungsstörungen wie folgt:

*„Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherungen der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründet sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome oder das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.“*

Diese Definition bedarf nicht nur im Hinblick auf fehlende, erklärende Körperbefunde der Ergänzung, da bei den im Urogenitalbereich vorherrschenden „Somatisierungsstörungen mit Spannungscharakter“ die muskuläre Spannung für den erfahrenen und geübten Untersucher erkennbar ist. Dabei gilt eine erhöhte Spannung des M. rectus abdominis als Hinweis auf eine Spannungsneigung im gesamten Becken. Weitere greifbare Anhaltspunkte für eine Muskelspannung im Beckenbereich finden sich in den gut zugänglichen Adduktoren, insbesondere in ihrem kranialen Abschnitt. Darüber hinaus finden sich bei Männern mit „Urogenitalsyndrom-Beckenbodenmyalgie“ sehr häufig neben einem erhöhten Analsphinktertonus bei der transrektalen, digitalen Abtastung schmerzhafte Levatoren, die nach den Untersuchungen der Mayo Clinic ein Hinweis auf eine muskuläre Spannung im Beckenbereich – besonders im Beckenboden – sind (s. Kap. 8.1 „Spannungsmyalgie des Beckenbodens nach Sinaki“). Entsprechend sind funktionelle Somatisierungsstörungen im Sinne von Spannungsbeschwerden sehr wohl körperlich bedingt, auch wenn ihre Ursache mit der herkömmlichen technischen Diagnostik zumeist nicht erfasst wird. In gleicher Weise sind auch die beharrlichen Klagen der Patienten berechtigt.

## 7.2 Funktionelle Somatisierungsstörungen mit Spannungscharakter im Urogenitalbereich

Im Gegensatz zu anderen Körperbereichen, z. B. dem Magen-Darm-Trakt, in dem sich psychosomatisches Geschehen häufig als manifeste Organerkrankung (unter anderem Gastritis, Ulkus, Enteritis regionalis [Crohn-Krankheit], Colitis ulcerosa) darstellt, sind die meisten psychosomatischen Erkrankungen im Urogenitalbereich funktionelle Somatisierungsstörungen, bei denen typischerweise der *urologische* Körperbefund nicht offensichtlich ist. Trotzdem leiden Betroffene erfahrungsgemäß mehr unter ihren Beschwerden und ihrem Kranksein als Patienten mit manifesten Organerkrankungen. Das nicht Greifbare und das „Geheimnisvolle“ macht ihnen nicht nur Angst, eine nicht erkennbare schwere, vielleicht unheilbare Krankheit zu haben, sondern lässt sie oft auch an der Kompetenz des Arztes zweifeln. Ein häufiger Arztwechsel ist oftmals die Folge. Viele dieser Patienten lassen den Arzt auch die Grenzen seines medizini-

schen Wissens und Könnens spüren und machen ihn in manchem Fall nicht selten hilflos. Umso mehr darf man bei diesen Patienten nicht beharrlich nach einer abstrakten Krankheit suchen. Vielmehr muss der Arzt bei der Betrachtung ihres Krankseins die individuelle Wirklichkeit des Betroffenen sowie seine Persönlichkeitsstruktur, die für die Art der Beschwerden und ihre Lokalisation eine wichtige Rolle spielen, in seine diagnostischen und therapeutischen Überlegungen einbeziehen.

Naturgemäß geben sich diese Patienten auch nicht mit der Bemerkung „Ihre Beschwerden sind nur psychisch“ zufrieden. Bei psychosomatischem Krankheitsgeschehen gilt es vielmehr, den Betroffenen im empathischen Anamnese- und Therapiespräch die psychosomatischen Zusammenhänge ihres Krankseins über das Verständnis des psychischen Hintergrundkonflikts, der psychodynamischen Auslöser und der pathophysiologischen Symptomentstehung in allen Einzelheiten zu erklären. Es geht darum, die Entstehungskette ihres Krankseins und ihrer Beschwerden aufzuzeigen. Auf diese Weise erfahren viele Patienten eine erste Entlastung. Es ermöglicht ihnen darüber hinaus, ein Erfolg versprechendes Behandlungsangebot für die Lösung der Verspannungen nicht nur anzunehmen, sondern mit dem gewonnenen Verständnis ihres Krankseins – auch in Eigeninitiative – umzusetzen.

### 7.2.1 Psychische und psychosomatische Zusammenhänge

Affekte wie Angst, Wut, Aggression Frustration und Enttäuschung können ebenso wie Abwehr, Vermeidung oder Stress im Sinne einer Überforderung psychoreaktive muskuläre Spannung in personenspezifischen Körperbereichen auslösen und auf diese Weise Beschwerden verursachen. Dabei kommt es – neben anderen Lokalisationen – in der vielschichtigen Unterbauch-Becken-Beckenboden-Muskulatur sehr häufig zu spannungsbedingten Symptomen im Sinne myofaszialer Beschwerden, die viele psychosomatische Beschwerdebilder im Urogenitalbereich sowohl beim Mann als auch bei der Frau pathophysiologisch erklären. Die beiden beispielhaften Patientengeschichten (s. S. 41 und S. 59) machen die Entstehungskette von psychosomatischem Krankheitsgeschehen mit Spannungscharakter deutlich.

Sexueller Missbrauch, sexuelle Belästigung oder körperliche Misshandlung in der Kindheit verursachen bei vielen Frauen und Männern in ihrem späteren Leben durch unbewusste, psychoreaktive Abwehrhaltung muskuläre Spannung im Becken-Beckenboden-Bereich, die dann zu spannungsbedingten Beschwerden im Urogenitalbereich führt. Obwohl Frauen häufiger betroffen sind, gilt dies in gleicher Weise für den Mann (s. Kap. 9.5 „Psychogene Miktionsstörungen“). Bei Frauen kann darüber hinaus eine so verursachte, dauerhafte Verspannung des Beckenbodens für eine ausgeprägte Rezidivneigung einer Urethrozystitis verantwortlich sein, mit der unbewusst Sexualität, aber auch ein ungeliebter Partner abgewehrt wird (s. Kap. 9.4 „Rezidivneigung der Urethrozystitis“). Bei Männern kann weit zurückliegender sexueller Missbrauch zu un-