

# Psychosomatische Aspekte der Harninkontinenz der Frau

## Psychosomatic Aspects of Urinary Incontinence in Women

### Autoren

G. Debus<sup>1</sup>, R. Kästner<sup>2</sup>

### Institute

<sup>1</sup> Frauenklinik, Klinikum Dachau, Dachau

<sup>2</sup> Frauenklinik Maistraße, Universitätsklinik München, München

### Schlüsselwörter

- Harninkontinenz
- Lebensqualität
- Urogynäkologie
- Psychosomatik
- Sexualität

### Key words

- urinary incontinence
- quality of life
- urogynaecology
- psychosomatics
- sexuality

**eingereicht** 8. 8. 2013  
**revidiert** 8. 1. 2015  
**akzeptiert** 11. 1. 2015

### Bibliografie

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1396257>  
 Geburtsh Frauenheilk 2015; 75:  
 1–5 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York ·  
 ISSN 0016-5751

### Korrespondenzadresse

**Prof. Gerlinde Debus**  
 Klinikum Dachau  
 Frauenklinik  
 Krankenhausstraße 15  
 85221 Dachau  
 gerlinde.debus@  
 helios-kliniken.de

### Zusammenfassung

Harninkontinenz bei der Frau ist ein häufiges Problem. Mit dem Alter steigt ihre Prävalenz und die Schwere ihrer Ausprägung. Bei Bewohnerinnen von Pflegeheimen beträgt die Häufigkeit 43–77%, 6–10% der Heimeinweisungen erfolgen wegen Harninkontinenz. Das Risiko für eine Harninkontinenz ist bei Frauen mit kognitivem Defizit um den Faktor 1,5–3,5 erhöht gegenüber Frauen mit ungestörter mentaler Funktion. Die häufigste Harninkontinenz ist die Belastungsinkontinenz (50%), gefolgt von der gemischten Belastungs-Drang-Inkontinenz (40%) und der reinen Dranginkontinenz (ÜAB = überaktive Blase, 20%). Letztere bleibt hinsichtlich ihrer Ursache in ca. 80% der Fälle ungeklärt. Sie ist gelegentlich schwierig zu behandeln. Es gibt Fälle, in denen eine Dranginkontinenz im Zusammenhang steht mit traumatisierenden Ereignissen. Dann können zusätzliche verhaltenstherapeutische und psychotherapeutische Ansätze hilfreich sein. Fast zwangsläufig hat jede Form von Inkontinenz psychische Folgen: mit unkontrolliertem Urinverlust sind häufig Scham und Unsicherheit verbunden. Sie führen u. U. langfristig zur Vermeidung von sozialen Kontakten, und evtl. zu Depressivität und Vereinsamung. Unter 3 Gesichtspunkten ist die Berücksichtigung der Psychosomatik bei der Therapie der weiblichen Inkontinenz wichtig: 1. die Effizienz der Behandlung wird der Patientin besser gerecht, 2. die Kosten der Behandlung sinken, 3. die Arbeitszufriedenheit der behandelnden Ärzte und Ärztinnen steigt.

### Einleitung

Harninkontinenz ist ein zunehmendes, von den Betroffenen lange Zeit verschwiegenes Gesundheitsproblem in unserer schnell alternden Gesellschaft, das erhebliche Kosten nach sich zieht. In

### Abstract

Urinary incontinence in women is a common problem. With increasing age its prevalence and severity of its manifestations increase. Among nursing home residents the frequency is between 43 and 77%, 6 to 10% of all admissions to nursing homes are due to urinary incontinence. The risk for urinary incontinence among women with cognitive deficits is 1.5- to 3.4-fold higher than for women without mental disorders. The most common form is stress incontinence (50%), followed by mixed stress-urge incontinence (40%) and purely urge incontinence (OAB = overactive bladder, 20%). With regard to its cause, the latter remains unclarified in about 80% of the cases. It is often difficult to treat. There are also cases in which urge incontinence is related to traumatic events. In such cases behavioural and psychotherapeutic options may be helpful. Almost inevitably every form of incontinence has psychological consequences: shame and insecurity are often results of uncontrolled loss of urine. Among others, in the long term, they lead to the avoidance of social contacts and possibly to depression and isolation. Consideration of the psychosomatics is important in the therapy for female urinary incontinence from three points of view: 1) the efficacy of treatment is better suited to the patient, 2) the treatment costs are lower, 3) the professional satisfaction of the responsible physician increases.

den USA werden die im Jahre 2015 durch Dranginkontinenz erzeugten Kosten auf fast \$ 82,6 geschätzt, mit wachsender Tendenz [1].

Die Prävalenz von Harninkontinenz nimmt mit dem Alter zu. So berichten Buckley et al. [2] und Markland et al. [3], dass 25-57% aller von ihnen

befragten Frauen angegeben hätten, im vergangenen Jahr mind. 1-mal unwillkürlich Urin verloren zu haben. Die Häufigkeit in den Altersklassen beschreiben Nygaard et al. [4] wie folgt:

- ▶ 20–39 Jahre: 7%
- ▶ 40–59 Jahre: 17%
- ▶ 60–79 Jahre: 23%
- ▶ 80 und älter: 32%

In Pflegeheimen ist die Zahl inkontinenter Frauen deutlich höher, sie liegt bei 43–77% [5]. Inkontinenz ist in 6–10% der Grund für die Einweisung in Pflegeheime. Bei dementen Frauen besteht ein 1,5- bis 3,5-fach erhöhtes Risiko für eine Inkontinenz gegenüber Frauen mit uneingeschränkter Hirnfunktion [6]. In diesem Zusammenhang soll an die sog. HAKIM-Trias erinnert werden, ein ab dem 6. Lebensjahrzehnt häufig übersehenes Krankheitsbild, bei dem ein Normaldruckhydrozephalus Ursache für Demenz, Harninkontinenz und Gangstörung ist und seine Entlastung eine ursächliche Therapie darstellt [7].

In der Schwangerschaft ist die Harninkontinenz ein häufiges Phänomen, sie betrifft 30–60% der Schwangeren und bildet sich in mehr als der Hälfte der Fälle nach der Geburt zurück [8]. Evidenzbasierte Faktoren zur Vermeidung geburtsbedingter Inkontinenz und Beckenbodenverletzungen sind ausführlich beschreiben [9]. Mit zunehmendem Alter nimmt die Häufigkeit der Inkontinenz zu, die Dranginkontinenz, die bei jungen Frauen eine geringere Rolle spielt, nimmt insbesondere postmenopausal mehr zu als die Belastungsinkontinenz. Obwohl die folgenden pathogenetischen Vorgänge zur Inkontinenz prädisponieren, ist Inkontinenz nicht unabdingbar Bestandteil des Alterungsprozesses:

- ▶ myogene Zunahme der Detrusoraktivität mit Detrusorinstabilität
- ▶ Verlust von Detrusorkontraktilität mit Abnahme des Urinflusses
- ▶ Degeneration der Muskelzellen der Blasenwand und Kollagen-einlagerung ins Interstitium [10]
- ▶ Atrophie der superfizialen und intermediären Epithelschichten der Urethralmukosa (Irritation, Verlust an Compliance) [11]
- ▶ verstärkte Flüssigkeitsausscheidung während der Nacht [12]

Wenn die betroffenen Frauen schließlich den Mut haben, sich einem Arzt zu offenbaren, sind Gynäkologen und Allgemeinärzte oft ihre ersten Ansprechpartner. Sie sollen durch diese Übersichtsarbeit in die Lage versetzt werden, neben einer ausführlichen Anamnese mit wenigen orientierenden Untersuchungen erste wirksame Maßnahmen zu ergreifen.

In diesem Beitrag soll der Zusammenhang zwischen den Symptomen und der komplexen und komplizierten Verknüpfung der Blasenfunktion mit der Hirnfunktion dargestellt und Indikationen und Möglichkeiten aufgezeigt werden für eine psychosomatische Behandlung der Patientinnen, insbesondere wenn sich psychogenetische Ursachen für die Inkontinenz herauskristallisieren.

## Inkontinenz und Lebensqualität

▼  
Inkontinenz führt bei jeder Altersgruppe von Frauen, sogar bei gebrechlichen Heimbewohnerinnen, zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität [13]. Auch Kelleher et al. [14] fanden in einer Befragung von 293 Patientinnen, die sich zur Abklärung einer Inkontinenz vorstellten, heraus, dass Patientinnen mit Detrusorinstabilität eine größere Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität haben als andere inkontinente Patientinnen. Mit einem

spezifischen Fragebogen, dem King's Questionnaire, haben sie ein sehr gutes Instrument zur Überprüfung der psychischen Beeinträchtigung von Frauen durch Inkontinenz entwickelt. Die deutsch validierten Fragebögen [15] können kostenlos bezogen werden über <http://www.icicq.net/index.html>.

Mithilfe dieses Fragebogens konnten Hensel et al. [16] prospektiv an 53 Patientinnen mit kombinierter Belastungsinkontinenz und OAB nachweisen, dass die Wirkung einer suburethralen Schlingeneinlage eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität erbrachte.

Mit ca. 40% der Harninkontinenz bei der Frau ist die Dranginkontinenz ein häufiges Problem in der gynäkologischen Sprechstunde. In ungefähr 80% der Fälle findet sich keine organische Ursache, sodass die Behandlung in praxi rein symptomatisch erfolgt.

Coyne et al. [17, 18] konnten in ihren Arbeiten nachweisen, dass Frauen mit Drang- und gemischter Drang- und Belastungsinkontinenz sowohl signifikant höhere Inkontinenzgrade als auch eine signifikant schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität haben als Frauen mit einer Belastungsinkontinenz. Steward et al. [19] ermittelten in der NOBLE-Studie (National Overactive Bladder Investigation) die Prävalenz und psychische Belastung durch die überaktive Blase in den USA. Die Autoren folgern, dass Frauen offensichtlich aufgrund ihrer kurzen Urethra von der Dranginkontinenz stärker betroffen sind als Männer. Unabhängig vom Geschlecht besteht allerdings eine deutlich verminderte Lebensqualität, höhere Depressions-Scores und eine schlechtere Schlafqualität als bei kontinenten Personen.

## Psychosomatik der Inkontinenz

▼  
Nicht zuletzt aus eigener langjähriger urogynäkologischer Erfahrung lässt sich eine psychosomatische Komponente bei relativ vielen Patientinnen mit Dranginkontinenz beobachten bzw. anhand der Anamnese herleiten.

Seit den 1980er-Jahren haben Autoren versucht, anhand von psychometrischen Untersuchungen psychische Ursachen bei der Inkontinenz zu identifizieren. Norton et al. [20] konnten keine deutlichen psychometrischen Unterschiede zwischen Frauen mit Dranginkontinenz und Frauen mit anderen Inkontinenzformen finden. Berglund et al. [21] fanden höhere Werte für körperliche und psychische Angst und Misstrauen bei Frauen mit Belastungsinkontinenz, während die Untersuchungen von Freeman et al. [22], Macaulay et al. [23] und Lamm et al. [24] erhöhte Werte für Angst und Depression bei der Dranginkontinenz aufzeigten. Das bestätigen auch die Untersuchungen von Chiara et al. [25]. Diese Gruppe konnte bei Frauen mit Drang- und gemischter Drang- und Belastungsinkontinenz gegenüber Frauen mit einer reinen Belastungsinkontinenz häufiger Ängste finden, die sich (nach dem Ergebnis der angewandten Fragebögen) als Unsicherheit und generelle Krankheitsfurcht äußerten. Diese Patientinnen tendierten dazu, psychosomatische Reaktionen zu entwickeln in Abhängigkeit zur Schwere ihrer Symptome.

## Entwicklungsneurologische Grundlagen für die Entwicklung von Blasenfunktionsstörungen

▼  
Die Kontrolle der Blasenfunktion wird in den ersten Lebensjahren erlernt. Sie stellt physiologisch ein sehr komplexes System dar, das extrem störanfällig ist. Neurophysiologisch ist das Mik-

**Tab. 1** Somatopsychogenese der Miktionsstörungen.

	Somatogenese	→	Psychogenese
Form der Harninkontinenz	Belastungsinkontinenz, fassbare Ätiologie	gemischte Urge-Stress-Inkontinenz, motorische Urgeinkontinenz	sensorische/idiopathische Urgeinkontinenz
Pollakisurie, Dysurie, Drangsymptome	Infekte, Tumoren des unteren Harntrakts	chronisch-rezidivierende/interstitielle Zystitis	Urethralesyndrom, Reizblase (Pain bladder)
Entleerungsstörungen	morphologische Obstruktion	larvierte funktionelle Störung	psychogene Harnretention

tionsverhalten ein hierarchisch strukturierter Regelkreis mit kognitiv bewussten, motorischen Anteilen und affektiv unbewussten Anteilen. So hat das Miktionieren im weitesten Sinne mit Loslassen, Verströmen, das Anhalten von Urin mit Zurück- und Festhalten zu tun [26].

Grundsätzlich besteht zwischen der menschlichen Psyche und Blasenfunktionsstörungen (Inkontinenz, Pollakisurie, Dysurie, Drangsymptome, Entleerungsstörungen) ein intentionales Verhältnis: eine somatische Erkrankung beeinflusst die psychische Befindlichkeit. Sie trifft dabei auf eine individuelle psychische Verfassung, die durch Erlebtes (sog. Life-Stress) wesentlich geprägt ist. Das erklärt die Tatsache, dass ähnliche Situationen von verschiedenen Menschen unterschiedlich erlebt und bewältigt werden (Coping). Daher ist es nötig, die individuelle psychische Situation bei der Entstehung von Blasenfunktionsstörungen zu berücksichtigen.

Die Blase ist ein Speicherorgan, das entleert wird und werden muss, und zwar vom ersten Lebenstag an. Im Gegensatz zu anderen Säugern erlernt der Mensch in den ersten Lebensjahren, die Blasenentleerung so lange zu kontrollieren, bis ein geeigneter Zeitpunkt und Ort dafür gegeben sind, d.h. bis es sozial erwünscht ist. In dieser Zeit erlebt das Kind einerseits durch willkürliches Zurückhalten der Ausscheidung seine Macht gegenüber den Eltern, andererseits erlebt es sich als ohnmächtig gegenüber dem äußeren Zwang zur „Miktion auf Befehl“, ggf. mit Bestrafung. Belohnung für die Miktion am richtigen Ort ist eine Form des Wahrgenommen-Werdens, die beim Erlernen der Blasen- und Darmkontrolle, dann später nochmals im Alter eine Rolle spielt, wenn der pflegebedürftige Mensch mit Inkontinenz erlernt, die Miktion zurückzuhalten, bis die Toilette erreicht ist.

Damit betrifft die Bedeutung der Ausscheidung den Menschen vom Säuglingsalter bis ins hohe Alter. Gerade in der Entwicklungsstufe der Sauberkeitserziehung besteht die Gefahr von psychopathologischen Entwicklungen und psychosomatischen Störungen der Blasenfunktion [27].

Unter psychophysischen Gesichtspunkten ist der Urogenitaltrakt gleichzeitig Lust-, Produktions- und Reproduktionsorgan. Daraus leitet sich eine Affektpsychologie des Beckenbodens ab, die in 3 wesentlichen Affekten besteht: in aggressiven Affekten des Loslassens („in die Hose machen“, auch: Anspannen bei Ärger, Wut), in retentiven Affekten (Zurückhalten, Abwarten mit der Entleerung, bis geeigneter Ort vorhanden ist, auch Verkrampfen z. B. infolge vorangegangener Traumatisierung) und in depressiven Affekten (verminderter Muskeltonus bei Deszensuszuständen) [28].

## Inkontinenzformen mit psychosomatischer Genese



Zu den Formen eher psychogen bedingter Inkontinenz gehören

- ▶ die Reizblase (painful bladder),
- ▶ die überaktive Blase und
- ▶ rezidivierende Harnwegsinfekte (◉ Tab. 1).

Es handelt sich um für die Patientin sehr belastende Symptome, die Therapie stellt die behandelnden Ärzte oft vor große Probleme.

## Definitionen

**Reizblase**, im englischen Sprachgebrauch als „bladder pain syndrome (BPS)“ bezeichnet, ist definiert als chronischer pelviner Schmerz, der als blasenbezogen empfunden wird. Zusätzlich sind entweder persistierender Harndrang oder gehäufte Miktionsfrequenz vorhanden [29–31]. Die interstitielle Zystitis (IC) ist eine Unterform mit nachweisbaren Ulzerationen.

Als **überaktive Blase** werden die (Blasen-)Speichersymptome Pollakisurie, imperativer Harndrang und Nykturie mit oder ohne Inkontinenz bezeichnet, wobei keine lokale, metabolische, neurologische oder endokrine Pathologie vorliegen darf [32].

Einen guten Überblick über Definitionen, Pathogenese und psychosomatische Zusammenhänge der manchmal schwierig abzugrenzenden und sich überschneidenden Bereiche „chronischer Unterbauchschmerz der Frau“, „Somatisierungsstörung“ und „somatoforme Störungen“ finden sich in der aktualisierten Leitlinie der DGPF [33].

In der urogynäkologischen Sprechstunde findet sich die **Reizblase** eher bei Frauen, die gleichzeitig sexuelle Schwierigkeiten angeben und die an chronischen emotionalen Spannungen leiden. Nach Diederichs [34] können die psychischen Korrelate dazu eine latente Sexualstörung, somatisches Korrelat einer Angst-erkrankung bzw. Folge narzistischer Kränkung sein.

Bodden-Heidrich R, Beckmann MW, Libera B et al. [35] haben sich mit den psychogenen Ursachen der **überaktiven Blase** beschäftigt. Sie fanden anhand der Auswertung der psychosomatischen Tests heraus, dass kein kausaler Zusammenhang zwischen Inkontinenz und Persönlichkeitseigenschaften bestand. Andererseits halten sie es für wahrscheinlich, dass die individuelle Wahrnehmung der Inkontinenz die Persönlichkeitsstruktur beeinflusst. Die 1978 erschienene Arbeit von Frewen [36] beschreibt ebenfalls nach Ausschluss einer organischen Ursache der überaktiven Blase eine psychogene oder emotionale Ursache. Ein Blasen-Training führte nach 3 Monaten zu einer erheblichen Symptomverbesserung.

Die **chronisch-rezidivierende Zystitis** kann nach Diederichs [37] Ausdruck eines unbewussten Nähe-Distanz-Konflikts, einer „Hingabestörung“ sein. Es wird postuliert, dass sie im Zusammenhang mit urethral-aggressiven Elementen und dem Nicht-Loslassen-Können/-Wollen steht. Entgegen einer häufig vertretenen Meinung konnte ein Zusammenhang zwischen chronisch-

rezidivierenden Harnwegsinfekten und Sexualstörungen und zwischen Geschlechtsverkehr und Zystitis ebenso wenig nachgewiesen werden wie eine partnerbezogene Abhängigkeit der sexuellen Erlebnisfähigkeit. Eher ist eine veränderte sexuelle Aktivität und eingeschränkte Erlebnisfähigkeit die sekundäre Folge der chronisch-rezidivierenden Zystitis.

Auch der wissenschaftliche Diskurs zum Thema ist gekennzeichnet durch uneinheitliche Bezeichnungen und durch ein Fehlen von systematischen und präzisen Untersuchungen. Möglicherweise ist dies auch ein Ausdruck der Hilflosigkeit angesichts der komplexen und z.T. tabuisierten Thematik. Bezeichnend erscheint, dass in der aktuellen DGGG-Leitlinie zur überaktiven Blase die Psychogenese mit keinem Wort erwähnt wird und die Leitlinie ohne entsprechenden fachlichen Beitrag erstellt wird. Forschungsbedarf besteht allenthalben.

### Psychosomatisch orientiertes Vorgehen

Ein psychosomatisch orientiertes Vorgehen bei Miktionsstörungen besteht aus den folgenden Schritten:

- ▶ Symptomanamnese, inkl. Erfassung des Trink- und Essverhaltens
- ▶ psychosoziale Anamnese inkl. Beziehungs- und Sexualstörungen und Hinweisen auf Angst, Depressivität und Somatisierungs- und Adaptationsstörungen
- ▶ Erfragen von neurologischen Symptomen anderer Organsysteme
- ▶ allgemeine gynäkologische Anamnese
- ▶ urogynäkologische Diagnostik

Die Differenzialdiagnostik muss verschiedene psychische Erkrankungen erfassen, denn Symptome wie Pollakisurie und Blasenentleerungsstörungen können Teil eines psychosozialen Beschwerdebilds sein.

In der Praxis sind Hinweise auf eine psychogene Mitbedingtheit von Miktionsstörungen und Blaseninkontinenz nach Bitzer [26] besonders dann gegeben, wenn eine Diskrepanz zwischen objektiven und subjektiven Befunden auffällt. Auch das gleichzeitige Vorkommen von funktionellen Beschwerden als Begleitsymptome wie unklare Schmerzen, Darmprobleme, Fibromyalgie u. a. und psychischen Symptomen wie Ängstlichkeit und Depressivität lassen einen Zusammenhang vermuten. Auch der Rückzug aus der Intimität mit dem Partner ist ein Hinweis auf eine psychosomatische Komponente, ebenso wie die Angabe auslösender spezifischer Situationen. Somato- und Psychogenese greifen darüber hinaus oft ineinander (● Tab. 1). Man muss von der multifaktoriellen Pathogenese von Miktionsstörungen ausgehen.

### Urogynäkologische Diagnostik

Nach ausführlicher Anamnese ist die urogynäkologische Untersuchung erforderlich.

- ▶ Klinischer Beckenbodenbefund (neurologische Untersuchung, SpekulumEinstellung, Beurteilung des Scheidenmilieus, Senkungszustände beim Pressen, Stresstest beim Husten),
- ▶ Vaginal- und Perinealsonografie,
- ▶ Hormonstatus,
- ▶ Zystoskopie und
- ▶ ggf. Urodynamik

sind zur exakten Diagnostik der Blasenfunktionsstörung unabdingbar.

### Psychosomatische Differenzialdiagnostik

Diverse differenzialdiagnostische Überlegungen müssen getroffen werden, um ein spezifisches Vorgehen zu ermöglichen. In Frage kommen:

- ▶ larvierte Sexualstörung
- ▶ Kommunikationsstörung
- ▶ unbewusster, auf Körperebene transformierter Affekt
- ▶ Symptom einer schweren psychiatrischen Erkrankung wie posttraumatische Belastungsstörung, Angsterkrankung, affektive Störung oder psychotische Störung [38]

Um eine bio-psycho-soziale Anamnese zu erstellen, bedarf es oft nicht mehr, als Inhalte und Techniken der psychosomatischen Grundversorgung anzuwenden.

Im offenen, zugewandten Gespräch sollte nach besonderen Erlebnissen aus der Kindheit, der Schulausbildung, der Beziehung zu den Eltern und Geschwistern gefragt werden, darüber hinaus nach Schul- und Berufsausbildung und dem weiteren Lebensweg. Mit aufmerksamem Gespür fallen auch nicht offen ausgesprochene Konflikte, Life Events und Traumata auf, die später aufgegriffen werden können und in der Rückmeldung die Patientin vielleicht zu einer tiefergehenden psychotherapeutischen Therapie [39] motivieren können. Bisweilen sind auch einfache psychologische Erhebungsbögen zur Befindlichkeit von Nutzen.

Es darf dabei nicht vergessen werden, dass psychosomatische Zusammenhänge ja entstehen, weil in der Lebensgeschichte schwierige oder traumatische Erlebnisse unverarbeitet bleiben mussten und daher auch jetzt nicht leicht zu bearbeiten sind. Das Symptom entsteht ja aus deren Abwehr und ist dabei eine suboptimale, neurotische Lösung. Wann immer diese schweren Erlebnisse wieder aus dem abgewehrten Zustand hervorkommen, setzt der Widerstand gegen die Bewusstwerdung ein. Gekuld und Frustrationstoleranz auch aufseiten der Behandler sind erforderlich.

### Therapeutisches Konzept

Gerade bei der Dranginkontinenz haben die Frauen häufig einen langen Leidensweg hinter sich, der günstigenfalls immer wieder Verbesserungen der Symptomatik gebracht hat, die Störanfälligkeit der Blasenfunktion aber nicht grundlegend beseitigen konnte. Die psychosomatische Behandlung mit Berücksichtigung der psychischen Komponente kommt auch nicht ohne Therapie der somatischen Befunde aus, aber sie integriert die psychosomatische Behandlung z.B. mit begleitenden Gesprächen. Bei gravierender psychischer Komorbidität sollte die Patientin primär eine Psychotherapie erhalten [40].

Die Behandlung besteht aus einem individuellen Therapieplan, begleitenden Gesprächen, Entspannungsübungen und Beckenboden-Physiotherapie, ggf. Ernährungsberatung und Gewichtsreduktion und einer psychotherapeutischen Intervention.

### Ziel des psychosomatisch orientierten Behandlungskonzepts

Ziel der Behandlung ist die effiziente Verbesserung der Symptome ohne dauerhafte Medikamentengabe, möglichst sogar die Heilung der Grunderkrankung. Dabei ist zu beachten, dass eine Patientin immer dann einer Auseinandersetzung mit ihrer Blasenfunktionsstörung offen gegenüber steht, wenn sie das Gefühl

hat, dass sie in ihrer Persönlichkeit als psychophysische Einheit gesehen wird.

Die Überweisung einer Patientin mit Blasenfunktionsstörungen zum Arzt für Psychotherapie sollte dann erfolgen, wenn tiefergehende klärungsbedürftige Konstellationen vorliegen, und natürlich immer dann, wenn die Patientin selbst zu der Einsicht gekommen ist, dass eine psychogene Ursache vorliegen könnte und motiviert ist, ihr Problem wirklich anzugehen. Um dies zu erreichen, kann die Gynäkologin/der Gynäkologe durch oben erwähnten Einsatz ihrer/seiner psychosomatischen Basiskompetenz wichtige Motivationshilfe leisten.

Der psychosomatisch orientierte Behandlungsweg bei der weiblichen Harninkontinenz, insbesondere der gemischten und der reinen Dranginkontinenz ist allermeist effizienter, die Behandlungskosten unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten geringer und die Zufriedenheit der Patientin und mit großer Wahrscheinlichkeit auch die der behandelnden Ärztin und des Arztes höher.

### Interessenkonflikt



Nein.

### Literatur

- Coyne KS, Wein A, Nicholson S et al. Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: a systematic review. *J Manag Care Pharm* 2014; 20: 130–140
- Buckley BS, Lapitan MC. Epidemiology Committee of the Fourth International Consultation on Incontinence, Paris, 2008. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children – current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology* 2010; 76: 265–270
- Markland AD, Richter HE, Fwu CW et al. Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. *J Urol* 2011; 186: 589–593
- Nygaard I, Barber MD, Burgio KL et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA* 2008; 300: 1311–1316
- Offermans MP, Du Moulin MF, Hamers JP et al. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systemic review. *Neurourol Urodyn* 2009; 28: 288–294
- Milson I, Altman D, Lapitan MC et al. Epidemiology of urinary and faecal Incontinence and pelvic Organ Prolaps. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence*. 4th ed. Plymouth, UK: Health Publications Ltd.; 2009: 35
- Rendtorff R, Novak A, Tunn R. Normal pressure hydrocephalus as cause of urinary incontinence – a shunt for incontinence. *Geburtsh Frauenheilk* 2012; 72: 1130–1131
- Burgio KL, Zyczynski H, Locher JL et al. Urinary incontinence in the 12-month postpartum period. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 1291–1298
- Franz HBG, Erxleben C, Franz A et al. Prevention of labor-associated pelvic floor injuries – what is known for sure? *Geburtsh Frauenheilk* 2012; 72: 804–808
- Elbendawi A. Functional pathology of urinary bladder muscularis: the new frontier in diagnostic uropathology. *Semin Diagn Pathol* 1993; 10: 314–354
- Hendrix SL, Cochrane BB, Nygaard IE et al. Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence. *JAMA* 2005; 293: 935–948
- Kirkland JL, Lye M, Levy DW et al. Patterns of urine flow and electrolyte excretion in healthy elderly people. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1983; 287: 1665–1667
- Dubeau CE, Simon SE, Morris JN. The effect of urinary incontinence on quality of life in older nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 1325–1333
- Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V et al. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 1374–1379
- Bjelic-Radicic V, Dorfer M, Tamussino K et al. Psychometric properties and validation of the German-language King's Health Questionnaire in women with stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2005; 24: 63–68
- Hensel G, Kostal M, Göbel J. The effect of suburethral tape on the symptoms of overactive bladder. *Geburtsh Frauenheilk* 2014; 74: 63–68
- Coyne KS, Zhou Z, Thompson C et al. The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. *BJU Int* 2003; 92: 731–735
- Coyne KS, Kvasz M, Ireland AM et al. Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in Sweden, the United Kingdom and the United States. *Eur Urol* 2012; 61: 88–95
- Steward WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol* 2003; 20: 327–336
- Norton KR, Bhat AV, Stanton SL. Psychiatric aspects of urinary incontinence in women attending an outpatient urodynamic clinic. *BMJ* 1990; 301: 271–272
- Berglund AL, Eisemann M, Lalos O. Personality characteristics of stress incontinent women: a pilot study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1994; 15: 165–170
- Freeman RM, McPherson FM, Baxby K. Psychological features of women with idiopathic detrusor instability. *Urol Int* 1985; 40: 257–259
- Macaulay AJ, Stern RS, Stanton SL. Psychological aspects of 211 female patients attending a urodynamic unit. *J Psychosom Res* 1991; 35: 1–10
- Lamm D, Fischer W, Maspfuhl B. Sexuality and urinary incontinence. *Zentralbl Gynäkol* 1986; 108: 1425–1430
- Chiara G, Piccioni V, Perino M et al. Psychological investigation in female patients suffering from urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1998; 9: 73–77
- Bitzer J. Psychosomatik der Miktionsstörung der Frau. In: Stauber M et al., Hrsg. *Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie*. Berlin: Springer; 1999
- Bitzer J, Humburg J. Miktionsstörungen bei der Frau. In: Wollmann-Wohlleben V et al., Hrsg. *Psychosomatisches Kompendium der Frauenheilkunde und Geburtshilfe*. München: Hans Marseille Verlag; 2008
- Günther EA. *Psychosomatische Urologie*. Stuttgart, New York: Schattauer; 2004
- Rodewig K, Jansen PL. Somatoforme autonome Funktionsstörungen in der Urologie. *Psychotherapeut* 2003; 48: 336–341
- Engeler D, Baranowski AP, Elneil S et al. Chronic pelvic Pain. In: Engeler D, Baranowski AP, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, Oliveira P, van Ophoven A, de C. Williams AC, eds. *Guidelines on chronic pelvic Pain*. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology (EAU); 2012: 10–28
- Siedentopf F, Sillem M. Chronischer Unterbauchschmerz der Frau. *Schmerz* 2014; 28: 300–304
- Heidler H, Gauruder A, Schulz-Lampel D et al. Die überaktive Blase. S2k-Leitlinie. AWMF-Leitlinien Register Nr. 015/007, 1.6.2010
- Siedentopf F, Kölm P, Kentenich H et al. Chronischer Unterbauchschmerz der Frau. S2k Leitlinie. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 016/001, in *Überarbeitung*
- Diederichs P. *Urologische Psychosomatik*. Bern: Hans Huber; 2000
- Bodden-Heidrich R, Beckmann MW, Libera B et al. Psychosomatic aspects of urinary incontinence. *Arch Gynecol Obstet* 1999; 292: 151–158
- Frewen WK. An objective assessment of the unstable bladder of psychosomatic origin. *Br J Urol* 1978; 50: 246–249
- Diederichs P. *Urogynäkologische Erkrankungen*. In: Weidner K et al., Hrsg. *Leitfaden Psychosomatische Frauenheilkunde*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2012
- Neises M. Unterbauchschmerz. In: Bitzer J, Hoefert HW, Hrsg. *Psychologie in der Gynäkologie*. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2014: 203–216
- Rudolf G, Henningsen P. Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störung. *Z Psychosom Med Psychother* 2003; 5: 3–19
- Bodden-Heidrich R. [Psychosomatic aspects of urogynaecology: model considerations on the pathogenesis, diagnosis and therapy]. *Zentralbl Gynäkol* 2004; 126: 237–243