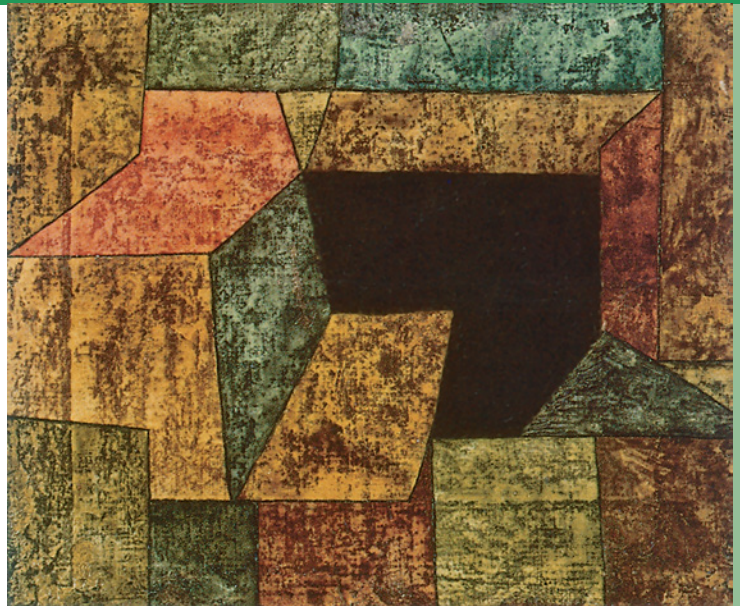


Ernst-Albrecht Günthert

# Psychosomatische Urologie

Leitfaden  
für die Praxis

2. Auflage



 **Schattauer**

Ernst-Albrecht Günthert

# Psychosomatische Urologie

---

2. Auflage

SCHRIFTENREIHE DER



THURE VON UEXKÜLL-AKADEMIE  
FÜR INTEGRIERTE MEDIZIN

---

Die Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin wurde begründet von  
**Thure von Uexküll** und wird herausgegeben von

**Rolf H. Adler**, Bern

**Wulf Bertram**, Stuttgart

**Werner Geigges**, Glottertal

**Bernd Hontschik**, Frankfurt

Die 2. Auflage wurde unterstützt durch die Ernst-Albrecht Günthert Stiftung  
„Psychosomatische Urologie“ der Technischen Universität München.

Ernst-Albrecht Günthert

# Psychosomatische Urologie

---

Leitfaden für die Praxis

2. überarbeitete und aktualisierte Auflage

 **Schattauer**

## **Dr. med. Ernst-Albrecht Günthert**

Facharzt für Urologie,

Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Englschalkinger Straße 199

81927 München

### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

#### Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2004, 2013 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: [info@schattauer.de](mailto:info@schattauer.de)

Internet: [www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)

Printed in Germany

Projektleitung: Dr. Sandra Schmidt

Umschlagabbildung: Paul Klee: Das Tor zur Tiefe, 1936, 25 (K5), 24×29 cm; Feder und Wasserfarbe auf Grundierung und Baumwolle auf Karton auf Keilrahmen; Privatbesitz, Schweiz

Umschlaggestaltung: Medienfabrik GmbH, 70174 Stuttgart

Satz: Stahlinger Satz GmbH, 35305 Grünberg

Druck und Einband: Himmer AG, 86167 Augsburg

ISBN 978-3-7945-2897-4

## Vorwort

Es ist kein Zufall, dass der Autor des ersten Buches über psychosomatische Medizin in deutscher Sprache, Oswald Schwarz ein Urologe war. Er schreibt in dem von ihm herausgegebenen Buch „Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome“ (Wien: Springer 1925) über „Psychogene Miktionsstörungen“. Leider wurden gerade in der Urologie die psychosomatischen Aspekte in den folgenden Jahrzehnten vernachlässigt. Nach Veröffentlichungen über psychische Ursachen bei der Harnsteinbildung (Schneider et al. 1973) erschien 1985 erstmals ein Kapitel „Psychosomatische Aspekte in der Urologie“ (Diederichs und Günthert 1985) in Thure von Uexküll (Hrsg): „Psychosomatische Medizin“ (München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg). Das aktuelle Standardwerk erschien in seiner siebten Auflage (München: Urban & Fischer 2011) mit einem abermals neu überarbeiteten Kapitel „Urologie“ (Günthert und Drossel 2011).

„Psychosomatische Urologie“ – Leitfaden für die Praxis soll besonders dem niedergelassenen Urologen vor dem Hintergrund des derzeitigen Wissensstands Erklärungs- und Verständnismodelle psychosomatischen „Krankseins“ vermitteln. Der Text entspricht den Erfahrungen aus der täglichen Sprechstunde. Anhand von Patientengeschichten werden psychosomatische urologische Beschwerde- und Krankheitsbilder sowie deren Erkennung und Behandlung dargestellt. Auf das verursachende Konfliktgeschehen und seine tiefenpsychologischen Aspekte wird so weit eingegangen, wie es den Anforderungen des Urologen in seinem Berufsalltag entspricht (s. a. Diederichs 2000).

Den funktionellen Somatisierungsstörungen, die als somatoforme funktionelle Spannungsbeschwerden im Urogenitalbereich ein „urologisches Problem“ vortäuschen können, wird besondere Beachtung gewidmet. Die vielschichtigen sexuellen Funktionsstörungen beim Mann und bei der Frau, bei denen seelische Einflüsse eine wichtige Rolle spielen, werden sowohl im Hinblick auf ihre Entstehung und ihre Darbietung als auch auf ihre Behandlung ausführlich besprochen.

Im Mittelpunkt des vorliegenden Werkes steht im Sinne der bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise der psychosomatisch kranke urologische Patient in seiner individuellen Wirklichkeit und Betroffenheit. Anliegen dieses Buches ist es, Wege aufzuzeigen, psychosomatisches Geschehen zu erkennen sowie mit psychosomatisch Kranken und psychosomatischem „Kranksein“ umzugehen. Praktische, auch für den nicht speziell ausgebildeten Urologen umsetzbare diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen werden angeboten.

Mit der Bezeichnung Patient sind beide Geschlechter gemeint.

Bei der ausführlichen Bearbeitung dieser 2. Auflage wurden neu gewonnene Erkenntnisse eingebracht. Einige Einschätzungen in der Erstausgabe wurden

entsprechend angepasst. Als Überraschung kann gelten, dass sich nicht nur Ärzte verschiedener medizinischer Fachrichtungen sowie Psychotherapeuten und Physiotherapeuten die Erstausgabe des Buches „Psychosomatische Urologie“ (2004) vorgenommen haben, sondern auch zahlreiche betroffene Patienten.

Klinisch erforschte und belegte körperbezogene Daten werden als bekannt vorausgesetzt. Sie sind nicht Thema dieses Buches. Da die psychosomatische Urologie bestrebt ist, bei den beschriebenen Beschwerde- und Krankheitsbildern ohne Medikamente auszukommen, wird bewusst auf diesbezügliche Behandlungsvorschläge verzichtet. Ausnahmen sind der akute Schub der bakteriellen Prostatitis und die Rezidivneigung der Urethrozystitis der Frau sowie die pharmakologischen Erektionshilfen.

Das Umschlagbild des großen Expressionisten Paul Klee (1879–1940), mit dem Titel „Das Tor zur Tiefe“ ist, eingedenk der Tatsache, dass der Autor des ersten Buches über psychosomatische Medizin ein Urologe war, Sinnbild und Anstoß für das Anliegen dieses Buches, tiefenpsychologisch fundiertes psychosomatisches Denken und Handeln in der Urologie neu zu beleben.

München, im Januar 2013

**Ernst-Albrecht Günthert**

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einführung</b> .....	1
1.1	<b>Mein Weg zur psychosomatischen Urologie</b> .....	1
1.1.1	Rückblick auf 45 Jahre Erfahrung mit psychosomatischer Urologie ...	1
<b>2</b>	<b>Einleitung</b> .....	5
2.1	<b>Wichtige Erfahrungsgrundsätze aus der psychosomatischen Medizin</b> .....	6
2.2	<b>Spannungsbeschwerden als Konversion und als Somatisierung</b> .....	7
<b>3</b>	<b>Der psychosomatisch Kranke als urologischer Patient</b> .....	8
<b>4</b>	<b>Psychopathologie psychosomatischer Erkrankungen</b> ..	10
4.1	<b>Entwicklungspsychologische Zusammenhänge</b> .....	11
4.1.1	Taktile Phase .....	12
4.1.2	Orale Phase .....	12
4.1.3	Anal-urethrale Phase .....	13
4.1.4	Frühe genitale Phase .....	13
<b>5</b>	<b>Typische psychosomatische urologische Krankheitsbilder</b> .....	14
<b>6</b>	<b>Zugang zu psychosomatischem Geschehen</b> .....	16
6.1	<b>Die ausführliche psychosomatische Anamnese</b> .....	16
6.1.1	Setting .....	18



6.1.2	Psychosomatisch orientierte Gesprächsführung	18
6.1.3	Übertragung und Gegenübertragung	19
6.1.4	Averbale Informationen	20
<b>6.2</b>	<b>Krankheitsanamnese</b>	<b>20</b>
6.2.1	„Was hat sich in Ihrem Leben zugetragen, als die Beschwerden erstmals auftraten?“	21
6.2.2	Erfassung der Beschwerden im Einzelnen	22
6.2.3	Anamnestische Symptomeinkreisung am Beispiel Miktionsstörungen und Miktionsbeschwerden	22
<b>6.3</b>	<b>Biographische Anamnese</b>	<b>23</b>
<b>6.4</b>	<b>Familienanamnese</b>	<b>24</b>
<b>6.5</b>	<b>Sozialanamnese</b>	<b>25</b>
<b>6.6</b>	<b>Sexualanamnese</b>	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>Funktionelle Somatisierungsstörungen im Urogenitalbereich</b>	<b>27</b>
<b>7.1</b>	<b>Begriffsbestimmung und Terminologie</b>	<b>27</b>
7.1.1	Die WHO-Klassifikation ICD-10	29
<b>7.2</b>	<b>Funktionelle Somatisierungsstörungen mit Spannungscharakter im Urogenitalbereich</b>	<b>29</b>
7.2.1	Psychische und psychosomatische Zusammenhänge	30
<b>7.3</b>	<b>Myofasziale Beschwerden erklären Somatisierungs- störungen mit Spannungscharakter im Urogenitalbereich</b>	<b>31</b>
7.3.1	Beispiel für den Urologen	33
<b>7.4</b>	<b>„Urologische“ Somatisierungsbeschwerden im Unterbauch-Becken-Bereich</b>	<b>34</b>

<b>8</b>	<b>Diffuse Beckenbeschwerden des Mannes</b> .....	35
8.1	Spannungsmyalgie des Beckenbodens nach Sinaki .....	39
8.2	Urogenitalsyndrom-Beckenbodenmyalgie .....	40
8.3	<b>Prostatabezogene Erklärungen diffuser Beckenbeschwerden</b> .....	48
8.3.1	Chronisch bakterielle Prostatitis (NIH II) .....	48
8.3.2	Chronisch abakterielle Prostatitis, chronisches Schmerzsyndrom des Beckens (NIH III) .....	50
<b>9</b>	<b>Psychosomatische Symptome und Erkrankungen der Blase</b> .....	52
9.1	Reizblasensymptomatik – Reizblasenbeschwerden der Frau .....	53
9.2	Psychosomatisches Urethralesyndrom der Frau .....	59
9.3	Interstitielle Zystitis der Frau .....	67
9.4	Rezidivneigung der Urethrozystitis der Frau .....	70
9.5	<b>Psychogene Miktionsstörungen</b> .....	75
9.5.1	Psychogene Harninkontinenz .....	75
9.5.2	Psychogene Blasenentleerungsstörung und psychogene Harnverhaltung .....	78
9.5.3	Psychogene Miktionshemmung in Gegenwart anderer – Paruresis ...	82
9.5.4	Enuresis diurna et nocturna .....	85
<b>10</b>	<b>Gezielte, psychosomatisch relevante, muskulentspannende Maßnahmen bei Spannungsbeschwerden im Unterbauch-Becken-Beckenboden-Bereich</b> .....	91
10.1	Übung zur Lockerung des M. rectus abdominis und des Beckenbodens nach Hanna Somatics .....	91

<b>10.2</b>	<b>Übung zur Lockerung der Adduktoren nach Hanna Somatics</b> .....	92
<b>10.3</b>	<b>Muskelentspannende Maßnahmen in Eigeninitiative</b> .....	93
10.3.1	Eigenübung für Betroffene zuhause .....	93
10.3.2	Lockereres Joggen .....	94
<b>11</b>	<b>Psychosomatisch bedingte Symptome und Erkrankungen der Niere</b> .....	96
11.1	Passagere psychogene Polyurie .....	96
11.2	Urolithiasis aus psychosomatischer Sicht .....	99
11.3	Nierenschmerzen .....	100
<b>12</b>	<b>Sexuelle Funktionsstörungen</b> .....	101
12.1	Vertieftes Anamnesegespräch bei sexuellen Funktionsstörungen .....	101
12.2	Sexuelle Funktionsstörungen des Mannes .....	102
12.2.1	Psychogen gestörte Erektion (erektiler Dysfunktion [ED]) .....	102
12.2.2	Orgasmusstörungen des Mannes .....	117
12.3	Sexuelle Störungen der Frau .....	128
12.3.1	Lustlosigkeit, Frigidität, Inappetenz .....	130
12.3.2	Scheidentrockenheit .....	130
12.3.3	Anorgasmie .....	131
12.3.4	Dyspareunie und Vaginismus .....	131
<b>13</b>	<b>Psychosomatische Erkrankungen an der Genitalschleimhaut</b> .....	133
13.1	Psychosomatische Aspekte bei Erkrankungen der Genitalschleimhaut .....	134
13.2	Behandlung .....	134

<b>14</b>	<b>Dysmorphophobien</b> .....	136
<b>15</b>	<b>Somatopsychisches Geschehen</b> .....	137
15.1	Verändernde plastische Operationen am Genitale .....	137
15.2	Angeborene Missbildungen der Genitalorgane und ihre operative Korrektur .....	137
15.3	Die psychische und sexuelle Situation nach Genitaloperationen .....	139
15.4	Operationen an der Prostata .....	141
<b>16</b>	<b>Somatopsychische und psychoonkologische Aspekte bei bösartigen Tumoren des Urogenitaltrakts</b> .....	143
16.1	Somatopsychische Aspekte bei Hodentumoren .....	144
<b>17</b>	<b>Psychosomatisch relevante Gespräche</b> .....	145
17.1	<b>Das vertiefte ärztliche Gespräch</b> .....	145
17.1.1	Das Therapiegespräch .....	145
17.1.2	Befundmitteilung .....	147
17.1.3	Präoperatives Gespräch .....	148
17.1.4	Postoperatives Gespräch, Visitengespräch .....	149
17.1.5	Gespräch mit unheilbar Kranken .....	149
17.1.6	Kontrollgespräch .....	150
17.1.7	Gespräch mit Langzeit- und geriatrisch Erkrankten .....	150
17.1.8	Gespräch mit Angehörigen .....	150
17.1.9	Gespräch mit Ausländern .....	151
17.1.10	Krisengespräch .....	151
17.2	<b>Gesprächsaufzeichnung</b> .....	152
17.2.1	Anamnestiche Aufzeichnung beim Erstbesuch in der Sprechstunde .....	152

17.2.2	Befundaufzeichnung der Erstuntersuchung, vorläufige Diagnose und Behandlungsplan .....	153
17.2.3	Aufzeichnungen bei Wiederbesuchen .....	154
17.3	<b>Erklärung der psychosomatischen Zusammenhänge und Erläuterung der vorgesehenen Behandlung .....</b>	154
<b>18</b>	<b>Körpertherapeutische und übende Verfahren zur Entspannung .....</b>	156
<b>18.1</b>	<b>Körpertherapie in Eigeninitiative .....</b>	156
18.1.1	Lockereres Joggen .....	156
18.1.2	Eigenübung in Anlehnung an Hanna Somatics .....	157
<b>18.2</b>	<b>Behandlungen unter Anleitung .....</b>	157
18.2.1	Lehrmethode nach Feldenkrais .....	157
18.2.2	Hanna Somatics: Körpertherapie nach Hanna .....	158
18.2.3	Funktionelle Entspannung .....	158
18.2.4	Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson .....	159
<b>18.3</b>	<b>Übende Verfahren .....</b>	159
18.3.1	Autogenes Training .....	159
<b>19</b>	<b>Psychotherapie .....</b>	161
<b>20</b>	<b>Interaktion und therapeutische Aspekte .....</b>	162
<b>21</b>	<b>Schlussbemerkung und Ausblick .....</b>	164
<b>Literatur</b>	.....	165
<b>Sachverzeichnis</b>	.....	171

# 1 Einführung

## 1.1 Mein Weg zur psychosomatischen Urologie

### 1.1.1 Rückblick auf 45 Jahre Erfahrung mit psychosomatischer Urologie

Liebe Leserin, lieber Leser,

Sie haben sich ein Buch über „Psychosomatische Urologie“ vorgenommen. Vielleicht nehmen Sie sich die Zeit, zur Einstimmung diese biographisch geprägten Ausführungen zu lesen, da sie – ebenso wie die Einleitung – zum Verständnis des Buchtextes beitragen. Obwohl ich bei allen Beschwerde- und Krankheitsbildern – auch wenn dabei Wiederholungen nicht zu vermeiden sind – auf die psychischen und psychosomatischen Zusammenhänge eingehe, sollen Sie schon aus diesen Zeilen entnehmen, dass es in der psychosomatischen Medizin nicht allein um diagnostische und therapeutische Erklärungen und Anregungen geht, sondern auch und insbesondere um die Erfassung des Konfliktgeschehens, das heißt um die seelische Ursache von psychosomatischem Kranksein. Diese Einführung soll Ihnen vermitteln, dass Sie es in der psychosomatischen Medizin – und hier speziell in der psychosomatischen Urologie – nicht mit abstrakten Krankheitsbildern zu tun haben, sondern immer auch mit dem betroffenen Patienten in seiner individuellen Wirklichkeit. Jeder unserer Patienten hat seine *eigene* Krankheit, das heißt an einem Beispiel aus der urologischen Praxis, dass die „diffusen Beckenbeschwerden“ des Patienten A nicht oder nur bedingt mit den „diffusen Beckenbeschwerden“ des Patienten B vergleichbar sind.

Meine ersten Erfahrungen mit einem patientenzentrierten Vorgehen, einem wesentlichen Bestandteil psychosomatischen Denkens und Handelns, machte ich vor vielen Jahren während meiner Ausbildung zum Urologen im Hospital of the University of Pennsylvania in Philadelphia. Tatsächlich spielen psychosomatisches Denken und Handeln in Amerika auch heute noch eine eher untergeordnete Rolle. Das amerikanische Ausbildungssystem sowohl der Medizinstudenten als auch der Ärzte in der Facharztausbildung ist jedoch so ausgelegt, dass sich die Auszubildenden – auch in ihrem späteren Berufsleben – unbewusst ständig in der Nähe psychosomatischen Denkens und Handelns bewegen. Unter vielen anderen Bausteinen vermittelt in den USA allein schon das „bedside-teaching“ ab dem dritten Studienjahr eine Nähe zum Patienten, aus der sich dann ein enges Arzt-Patienten-Verhältnis entwickelt. Das amerikanische System legt großen Wert darauf, dass der Arzt in Ausbildung alle Patienten, insbesondere Patienten, die eines operativen Eingriffs bedürfen, von der

Erstbegegnung in der Poliklinik oder anlässlich der Krankenhauseinweisung bis zur Beendigung der gesamten, nicht nur der stationären, Behandlung durchgehend begleitet und betreut. Das bedeutet, dass Anamnesegespräch, Diagnostik, Planung, Festlegung und Durchführung der Behandlung, aber auch die Nachbehandlung ebenso wie der Kontakt mit den Angehörigen in ein und derselben Hand liegen. Erst dann wird der Patient wieder seinem Hausarzt übergeben. Dabei wird der junge Arzt in der Facharztausbildung in der Regel vom „chief-resident“ (Oberarzt) und von einem „assistant-professor“ beratend und helfend betreut. Parallel dazu begleiten ein „intern“ (AIP) sowie in akademischen Krankenhäusern auch ein Student im klinischen Semester („extern“) den Patienten ebenfalls von der Erstbegegnung bis zu seiner Entlassung. „Intern“ und Student stellen aufgrund ihrer eigenen persönlichen Anamneseerhebung und Körperuntersuchung eine eigenständige Diagnose, die differenzialdiagnostisch schriftlich zu begründen ist. Darüber hinaus entwerfen sie, neben vorzuschlagenden Labor- und technischen Untersuchungen, einen schriftlichen Behandlungsplan, der dann mit den übergeordneten Kollegen diskutiert sowie von diesen überwacht und beratend begleitet wird.

Alle medizinischen Handlungen vor und nach einer Operation, wie Verbands- oder Katheterwechsel, werden vom Arzt – sehr oft dem Operateur persönlich – vorgenommen. Blutabnahmen und Infusionen obliegen dem „intern“, dem der beigeordnete Medizinstudent assistiert und auf diesem Weg erste praktische Erfahrungen nicht nur in der intravenösen Technik, sondern auch in der Technik der Lumbalpunktion oder dem Einlegen einer Magensonde – als Beispiele – sammeln kann. Neben der Umsetzung praktischer Erfahrungen in allen Bereichen der Medizin entsteht auf diese Weise ein enges und persönliches Arzt-Patienten-Verhältnis. Diese Grundeinstellung wird auch in die spätere Berufsausübung, im Krankenhaus oder in der eigenen Praxis, hineingetragen.

Unter den vielfältigen urologischen Erkrankungen kamen in die tägliche Sprechstunde der urologischen Poliklinik auch zahlreiche, meist junge Männer mit diffusen Beckenbeschwerden, die unter der Bezeichnung „prostatitis“ („Prostatitis“) liefen, obwohl die Untersuchungen in der Mehrzahl der Fälle keine erklärenden, von der Prostata ausgehenden Ursachen ergaben. Dies ist ein Hinweis auf die langjährige, weltweit heute noch vorherrschende, unselige Einschätzung vieler Urologen, diffuse Beckenbeschwerden des Mannes unbedacht der Prostata zuzuordnen.

Da bei jedem Poliklinikbesuch in der Krankenakte vermerkt werden musste, ob Diagnose oder Behandlung beibehalten werden oder geändert werden müssen, enthielten die meisten Krankenblätter Betroffener mit diffusen Beckenbeschwerden unter der Rubrik Behandlung den Eintrag „councelling“ (Beratungsgespräch). Es handelte sich dabei um nichts anderes als um ein Therapiegespräch (s. S. 145), wenn auch diese Bezeichnung in Amerika nicht üblich war. Obwohl – wie erwähnt – die „Psychosomatische Medizin“ damals wie heute in Amerika kaum beachtet wird, wurde bei „diffusen Beckenbeschwerden des Mannes“ (s. Kap. 8) bewusst vermieden, weiter und wiederholt

nach möglichen körperbedingten Ursachen in der Prostata zu suchen, sondern man war vielmehr bemüht, den Patienten beruhigend beizustehen. Das heiße Sitzbad stand an erster Stelle der aktiven Behandlung. Phytopharmaka waren damals in Amerika nicht üblich. Sie wären wohl auch nicht verordnet worden, da man immer darauf bedacht war, den Patienten nicht auf eine unbewiesene Krankheit zu fixieren. Unnötige und wiederholte Untersuchungen sollten ebenfalls unterbleiben, denn in Amerika wird auf vermeidbare Kosten geachtet.

Nach meiner Rückkehr aus den USA und meiner Niederlassung als Urologe stand ich dann in Eigenverantwortung vielen, meist jungen Männern mit diffusen Beckenbeschwerden gegenüber. Viele kamen schon mit der Diagnose „Prostatitis“, die andere Urologen gestellt hatten. In den meisten Fällen ergab jedoch die Untersuchung der Prostata keine krankhaften Befunde. Nur bei einer kleinen Minderheit der Männer mit diffusen Beckenbeschwerden fanden sich von der Norm abweichende Befunde im Prostataexprimat.

In Eigenverantwortung begann ich nachzudenken. Deshalb habe ich die eingehende Anamnese, insbesondere die genaue Erfassung der Beschwerden im Einzelnen, in den Vordergrund gerückt und festgestellt, dass Männer mit diffusen Beckenbeschwerden vornehmlich Symptome angeben, die nicht zur Prostata passen. Schon früh hat mich gestört, dass – selbst bei bakteriellen Exprimatbefunden – heiße Sitzbäder verordnet wurden, ein Widerspruch zur klassischen Entzündungstheorie, nach der bei einer Entzündung Kühlung angezeigt wäre. In gleicher Weise störend fand ich die Tatsache, dass viele Männer jeden Alters bakterielle Exprimatbefunde hatten, die jedoch *keine* Beschwerden verursachten. Es stellte sich die Frage, warum die lokal angewendete Wärme aber tatsächlich die Beschwerden dennoch lindert.

Bald behandelte ich bakterielle Befunde im Prostataexprimat nicht mehr antibakteriell, sondern versuchte, mit blanden Maßnahmen wie der Anwendung von lokaler Wärme sowie mit erklärenden und beruhigenden Gesprächen und dem Hinweis auf eine Beschwerden verursachende Muskelspannung im Beckenboden meinen Patienten mit diffusen Beckenbeschwerden gerecht zu werden. Meine Behandlungsergebnisse waren nicht schlechter, sondern in der Regel besser als die der Kollegen, die Beckenbeschwerden als Prostatitis mit Antibiotika behandelten, auch dann wenn keine bakteriellen Befunde im Prostataexprimat vorlagen. Der akute Schub einer bakteriellen Prostatitis mit schwerwiegenden Krankheitssymptomen galt für mich schon immer als eigenständiges Krankheitsbild mit typischer Symptomatik, das auf gezielte und testgerechte antibakterielle Behandlung rasch und gut anspricht, das heißt weder diagnostische noch therapeutische Probleme bereitet.

Mit der Zeit und zunehmender Erfahrung wurde mir bewusst, dass nicht nur Männer mit Beckenbeschwerden sehr oft keine erklärenden Körperbefunde aufweisen, sondern auch bei Frauen Beschwerdebilder im Urogenitalbereich vorkommen, die sich nicht durch Körperbefunde erklären lassen. Mit sehr ungu-ten Gefühlen denke ich noch heute an einige, meist junge Frauen mit akuten, anfallweise auftretenden, punktuellen Schmerzen am Harnröhrenaussgang und



im Bereich der Klitoris, für die es keine erklärenden ursächlichen Körperbefunde gab. Bis ich gelernt habe, dass es sich hier um ein psychosomatisches Urethraltsyndrom (s. Kap. 9.2) handelt, stand ich ihnen genauso hilflos gegenüber wie die Kollegen, die vorher versucht hatten, den schwer leidenden Frauen zu helfen. Viele Beobachtungen und auch konkrete Erkenntnisse haben mir zunehmend bewusst gemacht, dass die zur Verfügung stehenden apparativ-instrumentellen Mittel nicht ausreichen, um bestimmten Patienten gerecht zu werden. Als mein einziges Kind an Leukämie erkrankte und später daran starb, nahm ich psychotherapeutische Hilfe in Anspruch. Aufgrund der Aufgeschlossenheit meines Analytikers konnte ich auch viele Probleme aus meiner täglichen Sprechstunde einbringen. So entwickelte sich meine Therapie zu einer Art Lehranalyse, die mir auch den Zugang zu psychosomatischem Geschehen eröffnete. Unter diesem Gesichtspunkt sah ich dann viele Kranke und ihr „Kranksein“ aus einer neuen Perspektive. Die Berücksichtigung des unmittelbaren Zusammenhangs zwischen dem Patienten in seiner individuellen Wirklichkeit und seinem Kranksein gehörten bald zum unabdingbaren „Credo“ meiner ärztlichen Tätigkeit.

Als Co-Autor des Kapitels „Urologie“ in dem umfassenden Handbuch „Psychosomatische Medizin“ von Thure von Uexküll hatte ich dann schon früh Gelegenheit, mich mit der psychosomatischen Urologie auf wissenschaftlich-theoretischer Ebene auseinander zu setzen. Die Tatsache, dass das Kapitel „Urologie“ in jeder Auflage – auch in der aktuellen siebten Auflage (2011) – neu gestaltet werden musste, spricht nicht nur dafür, dass laufend neue Erkenntnisse über psychosomatische urologische Erkrankungen gewonnen werden, sondern auch dafür, dass sich das Wissen über psychosomatisches urologisches Kranksein ständig „im Fluss“ befindet.

Schließlich lieferten 1977 die klinischen Studien von Sinaki et al. an der Mayo Clinic in den USA und später die erhellenden Untersuchungen von Travell und Simons (1992) über „myofasziale Schmerzen und Triggerpunkte“, ebenfalls in Amerika, Grundlagen für das Verständnis der pathophysiologischen Entstehung von Beschwerden und Schmerzen im Urogenitalbereich, die nicht mit den herkömmlichen Untersuchungsmethoden erfasst werden können. Die Erkenntnis, dass Beschwerden verursachende, psychoreaktive, muskuläre Spannung viele Beschwerdebilder im Urogenitalbereich als funktionelle Somatisierungsstörungen mit Spannungscharakter erklären, sehe ich als den wichtigsten Durchbruch in der psychosomatischen Urologie. Sie stehen im Mittelpunkt dieses Buches.

Nicht nur urologische Krankheitsbilder erweckten meine psychosomatischen Interessen. Die sexuellen Funktionsstörungen erwiesen sich in hohem Maße als somatoforme Funktionsstörungen. So hat sich das Feld psychosomatischen urologischen Krankseins stetig erweitert. Die Behandlungserfolge vor dem Hintergrund psychosomatischen Denkens und Handelns bestätigen meine Einstellung und Einschätzung vieler Beschwerde- und Krankheitsbilder im Urogenitalbereich. Ich hoffe, dass ich dies in dem nachfolgenden Text deutlich machen kann.

## 2 Einleitung

Der Urogenitalbereich in dem die Urogenitalorgane mit ihren drei Funktionsebenen Produktion, Reproduktion und Lust angesiedelt sind, ist in hohem Maße anfällig für psychosomatisches Geschehen. Der Anerkennung und Umsetzung dieser Tatsache steht die vornehmlich manuelle, apparativ-instrumentelle Ausrichtung der Urologie im Wege. Umso mehr ist es die Aufgabe des aufmerksamen Arztes, den psychosomatischen Aspekten betroffener Patienten gerecht zu werden. Da die psychosomatische Urologie zeitaufwändig ist, begegnet man häufig dem Argument, dass dafür in der Urologie kein Raum sei. Diese Einschätzung ist jedoch mit der Erfahrung zu widerlegen, dass viele unnötige, oft sinnlos wiederholte Untersuchungen und Eingriffe zu vermeiden wären, wenn man dem Patienten als ganzheitlichem bio-psycho-sozialem Individuum mehr Zeit und seinen Beschwerden differenziertere Aufmerksamkeit widmen würde.

Naturgemäß lassen sich psychosomatische Beschwerden bzw. psychosomatisches Kranksein nicht unter ‚Evidence Based Medicine‘ einordnen. Individuelles psychosomatisches Geschehen lässt sich in seinen sensiblen Abläufen mit keiner auch nur denkbaren Methode beweisführend nachvollziehen. „Die Seele kann man nicht durchleuchten“. Psychosomatische Beschwerden und ihre Behandlung lassen sich nur an beispielhaften Patientengeschichten darstellen und erklären. Auch die Behandlungsergebnisse können allenfalls durch vergleichende Untersuchungen bewertet werden. So kann man nachvollziehen, dass der organorientierte und apparategläubige Urologe Schwierigkeiten hat, urologische Beschwerden psychosomatisch einzuordnen, geschweige denn psychosomatisches Denken und Handeln in seinen Umgang mit Patienten aufzunehmen.

Mit Ausnahme der kurzen Patientengeschichte im Kapitel 9.4 ‚Die Rezidivneigung der Urethrozystitis der Frau‘ stammen alle Patientengeschichten aus der Praxis des Autors.

## 2.1 Wichtige Erfahrungsgrundsätze aus der psychosomatischen Medizin

### Wichtige Erfahrungsgrundsätze der psychosomatischen Medizin

- Bei der Beurteilung und Einschätzung von Krankheitsgeschehen sind die körperlichen, die seelischen und die sozialen Faktoren in gleicher Weise und Wertigkeit zu berücksichtigen (bio-psycho-soziales Modell nach Thure von Uexküll [2003]).
- Nach Michael Balint (1974) geht es nicht um eine bestimmte Krankheit oder ein isoliert betrachtetes erkranktes Organ, sondern immer um den betroffenen Patienten als ganzheitliches Individuum (Seele-Leib-Einheit).
- Ein psychosomatisches Geschehen darf nicht erst erwogen werden, wenn wiederholte körperliche Untersuchungen ergebnislos geblieben sind. Psychosomatisches Geschehen sollte vielmehr bei entsprechenden Hinweisen in der Anamnese schon bei der Erstbegegnung mit dem Patienten ins Auge gefasst werden (primär psychosomatisches Geschehen).
- Werden Körperbeschwerden nur im Wachzustand wahrgenommen, kann dies schon ein Hinweis auf psychosomatisches Geschehen sein.
- Mit dem Anamnesegespräch beginnt schon die Behandlung (von Uexküll u. Wesiak 2003).

Wie die Bezeichnung sagt, geht es bei psychosomatischen Erkrankungen um Krankheitsgeschehen, bei dem seelische Faktoren eine ursächliche bzw. eine begleitende oder verstärkende Rolle spielen. Da sich die meisten psychosomatisch Kranken jedoch ihres seelischen Konflikts nicht bewusst sind, sondern sie ihren Konflikt – im Sinne der Konversion – nur als Körpergeschehen zulassen können, suchen sie in der Regel ausschließlich wegen ihrer Körperbeschwerden den Arzt auf. Deshalb ist es die Aufgabe des Arztes, gemeinsam mit dem Patienten zunächst im empathischen Anamnesegespräch und später im Therapiegespräch das ursächliche Konfliktgeschehen offen zu legen und bewusst zu machen, die psychodynamischen Auslöser festzuhalten und die pathophysiologische Symptomentstehung, das heißt die Entstehungskette der Beschwerden zu erklären. Auf diesem Weg lassen sich die psychischen und psychosomatischen Zusammenhänge des Krankseins verdeutlichen. Erst mit diesem Verständnis kann der Patient sich selbst als einen Teil seines Krankseins verstehen und die angebotenen Behandlungsmaßnahmen annehmen und umsetzen. Viele Krankheiten in der täglichen Sprechstunde des Urologen sind nicht nur typische psychosomatische Beschwerde- und Krankheitsbilder, sondern stellen sich als funktionelle Somatisierungsstörungen (somatoforme [autonome] funktionelle Störungen) dar, bei denen einem oft ausgeprägten Beschwerdebild nur minimale oder keine erklärenden *urologischen* Körperbefunde gegenüberstehen. Darüber hinaus haben viele dieser funktionellen Somatisierungsstörungen

Spannungscharakter; hierbei führt eine psychoreaktive, muskuläre Spannung in personenspezifischen Körperbereichen zu Beschwerden. Da bei bestimmten, spannungsbedingten, psychosomatischen urologischen Beschwerdebildern zugängliche Muskelspannungen oder -verhärtungen vom aufmerksamen Untersucher ertastet werden können, zum Beispiel ein erhöhter Analsphinktertonus, gilt einschränkend, dass bei funktionellen Somatisierungsbeschwerden im Urogenitalbereich nicht verallgemeinernd von fehlenden Körperbefunden gesprochen werden darf.

## 2.2 Spannungsbeschwerden als Konversion und als Somatisierung

Die Konversion stellt die Verdrängung eines innerpsychischen Konflikts und der dazugehörigen Bedürfnisse, Affekte und Phantasien dar. Im Körpersymptom wird der psychische Inhalt in eine Körpersprache „übersetzt“ und verschlüsselt zum Ausdruck gebracht. Die Konversion kann der Abwehr von vielschichtigem Konfliktgeschehen dienen. Bei Konfliktaktualisierung- oder verdichtung kann die Somatisierung eine *somatoforme Ersatzbildung* darstellen. Affekte, Phantasien und Impulse können nicht mehr auf der sprachlich-symbolischen Ebene ausgedrückt werden. In der Somatisierung werden durch psychosoziale Belastungen „alte“, in der Frühzeit der Entwicklung angelegte Reaktionsmuster aktiviert, es findet eine „Resomatisierung“ von Affekten statt. Dabei entstehen somatoforme Funktionsstörungen als körperliche Entsprechungen. Zugleich wird die *Selbstwahrnehmung* auf körpersprachliche Ausdruckssymptome gerichtet und damit von der seelischen Dimension abgelenkt (Drossel 2011)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Hier beziehe ich mich auf das Kapitel ‚Urologie‘ (Günther und Drossel, 2011) in v. Uexküll, Hrsg. Psychosomatische Medizin, Urban und Fischer 2011, in dem H.-Chr. Drossel federführend für die Erstellung des Textes ‚Konversion‘ verantwortlich war.