

Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:

Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



Hermann J. Berberich

Der Beckenbodenschmerz des Mannes

Eine somatoforme urologische Schmerzstörung

Viele Urologen tun sich schwer bei der Behandlung von Patienten mit einem chronischen Beckenschmerzsyndrom (Chronic Pelvic Pain Syndrom, CPPS). Häufig wird der psychosomatische Hintergrund der Beschwerden nicht erkannt und der Patient ungezielt mit Medikamenten behandelt, ohne dass ein Erfolg eintritt. Dabei kann in vielen Fällen bereits eine Behandlung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung über Psychoedukation und Entspannungsverfahren Abhilfe bringen.

Anstrengendes Krankheitsbild Laut einer Umfrage unter niedergelassenen Urologen bezeichnen 86% der Kolleginnen und Kollegen den Umgang mit CPPS-Patienten als schwierig. Sie empfinden sie als skeptisch, ungeduldig und fordernd. Die Patienten haben einen verhältnismäßig hohen Beratungsbedarf von durchschnittlich 3 Konsultationen pro Quartal. 75% der Urologen halten die Hälfte dieser Patienten im Prinzip für unbehandelbar.

Medikation führt nicht weiter Die Hilflosigkeit der Ärzte spiegelt sich u.a. in den vielen, meist frustrierten, medikamentösen Behandlungsversuchen wieder (Clewing 2009). Das Krankheitsbild der CPPS wird häufig nicht als somatoforme Schmerzstörung (ICD 10-GM, 2016) bzw. somatische Belastungsstörung mit überwiegendem Schmerz (DSM-5, APA 2013) erkannt, sondern stattdessen als chronische Prostatitis oder chronische Testalgie fehlgedeutet und ungezielt mit Antibiotika, Phytotherapeutika oder Analgetika behandelt.

Irreführende Klassifikation Eine der Ursachen für diese Fehldiagnosen liegt in der Tatsache, dass das Chronische Beckenschmerzsyndrom nach wie vor in der „Prostatitisklassifikation“ des amerikanischen

National Institute of Health (NIH) unter der Kategorie IIIb aufgeführt wird, obwohl diese Kategorie gerade dadurch gekennzeichnet ist, dass keine erhöhte Leukozytenzahl im Prostataexprimat, d.h. keine Entzündungszeichen nachweisbar sind. Diese Einordnung ist wissenschaftlich durch nichts gerechtfertigt und führt sowohl diagnostisch als auch therapeutisch in die Irre (Vahlensieck et al. 2013).

Diffuse Symptomatik Hinzu kommt, dass sich die Patienten mit einer eher diffusen Beschwerdesymptomatik vorstellen. Sie klagten über eines oder mehrere der folgenden Symptome:

- ▶ Druckgefühl im Damm
- ▶ ziehende Beschwerden in den Leisten, die z. T. in die Hoden ausstrahlen
- ▶ vermehrter Harndrang
- ▶ erschwerte, verlangsamte Blasenentleerung
- ▶ Brennen in der distalen Harnröhre
- ▶ Nachträufeln von Harn
- ▶ Druckgefühl oder Brennen hinter dem Schambein
- ▶ Spannungsgefühl in der Dorsolumbal- sowie in der Sakralregion
- ▶ Schmerzen bei oder nach der Ejakulation

Allein diese Diffusität lässt bereits einen somatoformen Hintergrund vermuten.

Was sind die Ursachen?

Psychische Spannung führt zu physischer Verspannung Zahlreiche somatoforme urologische Funktionsstörungen gehen mit chronischen Verspannungen im Unterbauch und Beckenbereich einher (► **Infobox 1**).

Affekte wie Wut, Ärger, Enttäuschung und insbesondere Angst erzeugen ein Gefühl der inneren Anspannung. Diese psychische Anspannung wird auf die Körpermuskulatur übertragen.

Es handelt sich um körperliche Bereitstellungsreaktionen nach dem Flucht-Kampf- (Cannon 1915) bzw. Rückzug-Konservie-

Infobox 1

Somatoforme urologische Störungen mit Spannungscharakter

- ▶ Reizblasensymptomatik
- ▶ psychogene Harninkontinenz
- ▶ psychogene Harnverhaltung
- ▶ chronischer Beckenschmerz
- ▶ Urethralyndrom

rungs-Muster (Engel 1959). Infolge dieser dysfunktionalen psychischen Konflikt- bzw. Stressverarbeitung entwickelt sich mit der Zeit eine chronische Muskelverspannung bis hin zur Ausbildung schmerzhafter Myogelosen. Dies gilt auch für das Chronische Beckenschmerzsyndrom.

Unwillkürliche Schutzreaktion Die muskulären Verhärtungen werden auch Triggerpunkte (Trigger = Auslöser) genannt. Die Triggerpunkte sind nicht nur lokal druckempfindlich, sondern auch verantwortlich für die Auslösung myofaszialer Schmerzen in den sog. Referenzonen.

Bei der Anspannung der Beckenbodenmuskulatur handelt es sich wahrscheinlich um eine unwillkürliche Reaktion zum Schutz der Urogenitalregion, die auch durch eine vorausgegangene Erkrankung in dieser Körperregion ausgelöst werden kann. Sie ist gewissermaßen der körpersprachliche Ausdruck einer Kastrations- bzw. Versagensangst.

Begleitbeschwerden In vielen Fällen lassen sich bei der körperlichen Untersuchung der Patienten ein hoher Analsphinktertonus sowie eine schmerzhaft verspannte Beckenbodenmuskulatur tasten. Oft geht das CPPS mit weiteren Beschwerden wie Rücken- Gelenk- und Gliederschmerzen einher. Am häufigsten korreliert es jedoch mit sexuellen Funktionsstörungen (Beutel & Brähler 2004).

Komorbiditäten Mehrere Studien weisen auf eine ganze Reihe psychischer Komorbiditäten hin, z. B. Angststörungen, insbesondere Hypochondrie, depressive Störungen und Persönlichkeitsstörungen (Keltikangas-Jarvinen et al. 1981, de la Rosette et al. 1993, Mehik et al. 2001). So scheint es einen Zusammenhang zwischen den Möglichkeiten der Wahrnehmung und Regulation von Affekten sowie der Steuerungsfähigkeit in Beziehungen und der subjektiven Schmerzwahrnehmung zu geben (Albrecht et al. 2015).

Diagnostisches Vorgehen

Wie bei anderen chronischen Schmerzen sollte eine ausführliche bio-psycho-soziale Schmerzanamnese erhoben werden. Dabei sollten die in **Infobox 2** genannten Punkte erfasst werden. Zusätzlich sollte der Patient angehalten werden, ein Schmerztagbuch zu führen. Im Rahmen der Differenzialdiagnostik ist eine eingehende körperliche/urologische Untersuchung unbedingt erforderlich (**Infobox 3**).

Therapie

Psychoedukation Eine verständliche Erläuterung der psychophysiologischen Zusammenhänge für die Entstehung des chronischen Beckenbodenschmerzes führt bei den meisten Patienten bereits zu einer deutlichen Entlastung. Hierdurch werden Ängste abgebaut (Angst vor einem Prostatakarzinom, Impotenz oder Operationen) und Behandlungsvorschläge eher akzeptiert.

Entspannungsverfahren Eine direkte Kompressionsbehandlung der Triggerpunkte, wie sie z. B. von Wise & Anderson (2010) empfohlen wird, kann nur einer ersten Schmerzreduktion dienen. Ihr müssen weiterführende Behandlungen folgen, die den Patienten aktiv einbeziehen. Von einem großen Teil der Patienten wurden als Folge eines überzogenen Pflicht- und Leistungsdenkens über lange Zeit positive Ausgleichsaktivitäten vernachlässigt. Deshalb spielen bei der Behandlung des CPPS Entspannungsverfahren eine wesentliche Rolle (Egle & Zentgraf 2014).

Progressive Muskelrelaxation Da Männer aufgrund ihrer Sozialisation handlungsorientiert sind, ist die Progressive Muskelrelaxation (PME) hierfür besonders gut geeignet. Sie ist das am besten evaluierte Entspannungsverfahren und wird in den S3-Leitlinien der AWMF „Zum Umgang mit Patienten mit nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ ausdrücklich empfohlen (AWMF 2012). Ihre

Infobox 2

Bio-psycho-soziale Schmerzanamnese (angelehnt an Egle & Zentgraf 2014)

- ▶ zeitliches Auftreten der Beschwerden, Qualität, Intensität, Lokalisation, Ausstrahlung
- ▶ Zusammenhang mit anderen Beschwerden
- ▶ Umstände, unter denen die Beschwerden auftreten, sich abmildern oder verstärken
- ▶ emotionale Verfassung (Depression, Angst)
- ▶ biografische Schmerzerfahrungen (OP, Gewalterfahrungen)
- ▶ kognitive Bewertung (Schmerz-fokussierung, -verständnis etc.)
- ▶ Verhalten beim Auftreten der Beschwerden (Wie versuchen Sie, sich selbst zu helfen?)
- ▶ anhaltende belastende Lebenssituationen
- ▶ unsichere Bindung („misstrauisch“, „verwickelt“)

Infobox 3

Differenzialdiagnostik bei CPPS

- ausführliche körperliche Untersuchung:
- ▶ Suche nach Triggerpunkten, insbesondere im Bereich der Adduktoren, dem symphyären Ansatz der Recti abdomini und der Beckenbodenmuskulatur bei der digitalen rektalen Untersuchung
- spezielle urologische Untersuchungen:
- ▶ urologische Sonografie inkl. transrektale Sonographie der Prostata
 - ▶ Uroflowmetrie, sonografische Restharn-Bestimmung, IPSS (International Prostate Symptom Score) 4-Gläser-Probe, Chlamydien, Mykoplasmen, Ureaplasmen, Pilze, TBC, Ejakulatkultur, PSA; evtl. proktologische Untersuchung

Wirkung erklärt sich aus der neurobiologischen Überlappung zwischen Schmerz- und Stressverarbeitungssystem. Mithilfe der PME können Gefühle von Ruhe, Wärme,

Wohlbefinden und Gelassenheit induziert werden. Das damit einhergehende Erleben der Selbststeuerung stärkt internale Kontrollüberzeugungen und schafft bessere Voraussetzungen für eine aktive Schmerzbe-wältigung (Egle & Zentgraf 2014). Es erfolgt eine neuronale Umsteuerung auf hypothala-mischer Ebene, der Parasympathikus wird aktiviert und der Sympathikus gedämpft (Egle & Zentgraf 2014). Die PME kann in wenigen Stunden erlernt und fast an jedem Ort durchgeführt werden. Damit die Ent-spannungsreaktion gebahnt und stabilisiert wird, ist regelmäßiges Üben erforderlich.

Biofeedback-Training Ebenfalls geeignet ist das sog. Biofeedback-Training mithilfe eines Beckenbodensummatums-EMG. Physiologische Signale, z. B. die Muskelspan-nung, werden visuell oder akustisch an den Patienten zurückgemeldet. Unbewusste bzw. unwillkürliche Körperprozesse wer-den dadurch wahrnehmbar gemacht und können in eine günstige Richtung verändert werden (Mück-Weymann & Einsle 2005). Handliche Biofeedbackgeräte können heut-zutage als Hilfsmittel zum selbständigen Einsatz rezeptiert werden. Die Patienten müssen allerdings von einer Fachkraft in den Gebrauch eingeführt werden.

Entspannungsverfahren können den Einstieg in eine Psychotherapie erleichtern. Diese ist dann indiziert, wenn psychische Komorbiditäten vorliegen oder der Schmerz das Leit-symptom einer psychischen Störung ist.

Passive Methoden weniger geeignet Regelmäßige körperliche Bewegung (Joggen, Nordic Walking, Wassergymnastik) haben einen wichtigen Stellenwert im Gesamt-behandlungskonzept (Egle & Zentgraf 2004). Behandlungsmethoden, die eine passiv-regressive Haltung verstärken, sind bei Pati-enten mit einer somatoformen Schmerzstö-rung wie der CPPS weniger geeignet (z. B. Massagen, Wärme-, Magnetfeld- oder Ult-raschallbehandlung), auch wenn sie einen kurzfristigen Behandlungserfolg zu verspre-

chen scheinen. Gleiches gilt für die Gabe von Analgetika oder Muskelrelaxanzien, die zudem noch ein hohes Abhängigkeitsrisiko bergen.

Fallbeispiel

„Ein 37-jähriger Patient bittet mich um einen Beratungstermin. Er leide seit Langem unter häufigem Harndrang und ziehenden Schmerzen im Unterleib. Er sei schon mehrfach in urologischer Behandlung gewesen, man habe ihm verschiedene Antibiotika, Ibuprofen und Tabletten gegen den Harndrang (Anticholinergika) verschrieben. Die Blasenspiegelung, die sehr schmerzhaft gewesen sei, habe nichts ergeben, die Medikamente hätten leider nicht viel gebracht. Die Tabletten gegen Harndrang hätten bei ihm sogar Sehstörungen verur-sacht. Dies habe ihm beim Autofahren große Probleme bereitet, und da er täglich mit dem Auto zur Arbeit fahren müsse, habe er sie von sich aus wieder abgesetzt. Längere Strecken im Auto zu fahren, sei für ihn sowieso ein Problem, besonders wenn er in einen Stau gerate. Er habe dann panische Angst, nicht auf die Toilette zu können, wenn er plötzlich Harndrang verspüre. Er bekomme in einer solchen Situation regelrechte Schweißausbrüche. Hinterher habe er den ganzen Tag starke Schmerzen im Unterbauch und in den Hoden. Er habe jetzt immer ein großes Glas mit Schraubdeckel dabei, in das er notfalls urinieren könne. Glücklicherweise habe er es noch nie gebraucht. Der Patient ist seit 7 Jahren mit einer 2 Jahre älteren Frau verheiratet. Seit mehreren Jahren besteht ein unerfüllter Kinderwunsch. Bei seiner Frau sei bei einer Laparoskopie eine Endometriose diagnostiziert worden, bei ihm ein schlechtes Spermogramm. Seine Frau wolle keine Kinderwunschbehandlung – sie müssten sich wohl damit abfinden, keine Kinder zu bekom-men. Er selbst könne mit Kindern sowieso wenig anfangen. Die Sexualanamnese ergab, dass sie in letzter Zeit sehr selten Sex hätten, im letzten Jahr höchstens einmal im Monat, im letzten halben Jahr eher noch weniger. Beruflich sei er sehr stark eingespannt. Er arbeite im Controlling einer Versicherung. In der letzten Zeit seien erhebliche innerbetriebliche Umstruk-turierungen vorgenommen worden. Die Folge

seien verstärkte innerbetriebliche Konflikte. Er selbst habe große Probleme mit dem Leiter der Nachbarabteilung, mit der er täglich zusam-menarbeiten müsse. Dieser sei ein Choleriker. Wenn sie sich auf dem Flur begegneten, spüre er, wie sich sein Unterbauch regelrecht zusam-menziehe. Existenzängste brauche er eigentlich nicht zu haben, aber man wisse ja nie. Die Zeiten seien ja ziemlich unsicher geworden. Der Patient ist das jüngste von 3 Kindern. Er hat eine 9 Jahre ältere Schwester und einen 6 Jahre älteren Bruder. Seinen Vater, der nach der Arbeit seine Ruhe haben und sich mit den Kindern nur wenig abgeben wollte, schildert er als streng und jähzornig. Die Mutter sei sehr fürsorglich, aber auch kränklich gewesen. Sie habe ihn immer gewarnt, dass er sich nicht auf fremden Toiletten anstecken solle. Möglicherweise gebe es da einen Zusammenhang mit seinem Problem, fremde Toiletten aufzusuchen. Außerdem habe sie ihm beigebracht, keine Tiere anzufas-sen, diese seien schmutzig. Diagnosen: Somatoforme Schmerzstörung in Form einer CPPS (F45.40), Somatoforme Störung des Urogenitalsystems (F45.34), Angststörung (F41.3.) Therapie und Verlauf: Zur Linderung der Schmerzsymptomatik ließ sich der Patient von seinem Hausarzt manuelle Therapie verschrei-ben. Die Progressive Muskelentspannung hatte er bereits zu einem früheren Zeitpunkt erlernt, sie wurde von ihm aber nur unregelmäßig praktiziert. Zunächst wollte sich der Patient einen Psychotherapieplatz in der Nähe seines Wohnorts suchen, da die Entfernung zu meiner Praxis mehr als 50 km beträgt. Eine Anreise nach Feierabend quer durch das Rhein-Main Gebiet erschien dem Patienten aufgrund der zahl-reichen Baustellen und der damit verbundenen Staus und Fahrtzeit als ein fast unüberwindliches Hindernis. Nach einem halben Jahr kontaktierte mich der Patient erneut. Es war ihm nicht gelun-gen, zeitnah einen Therapieplatz in Wohnort-nähe zu finden. Im Rahmen der manuellen Therapie hatte sich die körperliche Beschwer-desymptomatik nur kurzfristig gebessert. Wir vereinbarten zunächst einige probatorische Sitzungen, um herauszufinden, ob angesichts der geschilderten Umstände eine psychothera-peutische Behandlung bei mir möglich sei.

Bei den Sitzungen beschrieb der Patient immer wieder akribisch seine körperlichen Beschwerden und wie er versuche, diese in den Griff zu bekommen. Die nähere Anamnese ergab, dass die Beschwerden im Urlaub fast weg seien, während sie am Arbeitsplatz deutlich zunähmen. Meine Hypothese, dass es möglicherweise einen Zusammenhang zwischen seinen Beschwerden und den Konflikten am Arbeitsplatz gebe, konnte der Patient gut annehmen. Im weiteren Verlauf kam er schließlich auf seine Ängste zu sprechen. Er habe das Gefühl, dass er bei der Arbeit keine Fehler machen dürfe. Bei einem Fehler nehme er die Verantwortung lieber auf sich, als anderen die Schuld zu geben. Er mache sich selbst Vorwürfe, Lob hingegen könne er nur schwer annehmen. Er neige ferner dazu, sich zurückzuziehen und abzukapseln. Außerdem habe er Angst, aufgrund seiner Beschwerden eines Tages nicht mehr arbeiten zu können, seine Partnerin zu verlieren und am Ende als Einsiedler zu sterben.

Der Patient war zwischenzeitlich von seinem Hausarzt arbeitsunfähig geschrieben worden. Schließlich teilte er mir mit, dass er wegen einer ganzen Reihe neuer Baustellen im Rhein-Main-Gebiet und den damit verbundenen Staus zwischen seinem Wohnort und meiner Praxis die Therapie vorläufig unterbrechen müsse. Ich schlug ihm vor, sich sobald wie möglich in eine psychosomatische Rehabilitationsklinik in stationäre Behandlung und anschließend wieder in eine ambulante psychotherapeutische Behandlung zu begeben. Die stationäre Behandlung wurde inzwischen vom Rentenversicherungsträger genehmigt. Der weitere Therapieverlauf bleibt abzuwarten.

Psychodynamische Überlegungen: Aufgrund des strengen Vaters und der überfürsorglichen, ängstlichen Mutter konnte der Patient keine ausreichend stabilen Objekt- und Selbstrepräsentanzen entwickeln. Er hat eine ängstliche, passiv aggressive und zwanghafte Persönlichkeitsstruktur. Um seine starken Versagens- und Selbstverlustängste abzuwehren, verschiebt er diese auf Blase und den Unterbauch. “

Fazit

Beim chronischen Beckenschmerz des Mannes lässt sich meist keine organopathologische Ursache nachweisen. Organische Befunde, mit denen versucht wird, die Beschwerden zu erklären, sollten nicht unkritisch übernommen werden. Es handelt sich in den überwiegenden Fällen um eine somatoforme Schmerzkrankung (ICD10-GM, 2016) bzw. eine somatische Belastungsstörung (DSM-5, APA 2013).

Die Beschwerden werden durch chronische Verspannungen der Becken- und Abdominalmuskulatur verursacht, die durch psychische Affekte wie Wut, Ärger und Angst ausgelöst werden. In vielen Fällen ist eine Behandlung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung (Psychoedukation, Entspannungsverfahren) ausreichend. Bei tiefer liegenden Ursachen oder psychischen Komorbiditäten ist zusätzlich eine psychotherapeutische Behandlung indiziert.

Das Literaturverzeichnis zu diesem Beitrag finden Sie im Internet unter www.thieme-connect.de/products. Klicken Sie einfach beim jeweiligen Beitrag auf „Zusatzmaterial“.



Dr. med. Hermann J. Berberich

Privatpraxis für Psychotherapie & Sexualmedizin
Breckenheimer Str. 1
65719 Hofheim a. T.
drberberich@gmx.de

Facharzt für Urologie, Andrologie und Psychotherapie, bis 2013 niedergelassener Urologe und Psychotherapeut in eigener Praxis in Frankfurt-Höchst, seit 2013 Privatpraxis für Ärztliche Psychotherapie und Sexualmedizin in Hofheim a. T.; Lehrtätigkeit an mehreren Akademien, Balintgruppenleiter (DBG), Mitglied der DGU, SWD-GU, DKG, DGPM, DBG, 1998–2009 Vorsitzender des Arbeitskreises „Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin“ der Akademie der Deutschen Urologen.

Interessenkonflikt

Der Autor gibt folgenden Interessenkonflikt an: 2013 Referent und Beratung für Berlin Chemie; seit 2014 verantwortlicher Leiter der Studie zur Progredienzangst bei Patienten mit Prostatakarzinom, Sponsor: Apogepha Arzneimittel GmbH, Dresden;

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-116776>

Es kann jeden treffen!



Ulrich Leutgeb

Episodische Depressionen

Erfolgreiche und effektive Behandlung in der Praxis

4., aktualisierte Auflage 2016.
136 S., 5 Abb., Kt
€ 19,95 / CHF 26.90
ISBN 978-3-456-85698-8
Auch als eBook erhältlich

Was ist der Grund für eine Depression? Wie kann der Arzt helfen? Was spielt sich aus neurophysiologischer Sicht bei einer Depression ab? Was bewirken Medikamente gegen Depression?

Der Autor Dr. Ulrich Leutgeb gibt in diesem Buch auf diese und weitere Fragen fundiert Antwort. Gut verständlich, allgemeingültig, lebens- und praxisnah und gestützt auf Ergebnisse moderner Forschung. Als niedergelassener Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie schätzt er die Erfolgsaussichten bei individueller Behandlung in der Praxis als sehr gut ein.

www.hogrefe.com



elektronisches Belegexemplar zur persönlichen Verwendung