Psychische Aspekte der Harninkontinenz

Schweigen aus Scham

S. Zettl

© Bilderbox, A-Thening

Viermal jährlich erscheint die Mitgliedszeitschrift „GIH aktuell" mit weiteren Informationen und Nachrichten zum Thema Inkontinenz, Adressen von Selbsthilfegruppen beziehungsweise Beratungsstellen und einem Veranstaltungskalender (s. Kasten S. 44).

Bei Inkontinenz spielt auch die Psyche eine bedeutende Rolle. Oft wagen sich die Betroffenen aus Scham nicht mehr in die Öffentlichkeit und brechen ihre sozialen Kontakte ab. Isolation und Depressionen sind die Folge. Umgekehrt kann die Inkontinenz psychisch bedingt sein. In beiden Fällen ist es wichtig, den Patienten mit seinem Problem ernst zu nehmen und Unterstützung anzubieten.

Eine Inkontinenz hat negative Einflüsse auf die Lebensqualität und die subjektive Befindlichkeit der Betroffenen und kann unter anderem das Selbstwerterleben, die Zufriedenheit mit der Partnerschaft und Intimität sowie die sozialen Beziehungen beeinträchtigen (Übersicht bei *Swithinbank*, *Abrams*, 1999). Der Typ der Inkontinenz scheint dabei in unterschiedlicher Weise Einfluss zu nehmen: Personen mit einer Dranginkontinenz fühlen sich deutlich mehr beeinträchtigt als solche mit einer Stressinkontinenz (*Hunskaar*, *Vinsnes*, 1991; *Wyman*, 1993; *Wyman et al.*, 1987). Davon ausgehend, dass ein Teil der harninkontinenten Frauen und Männer auch über Stuhlschmieren oder Symptome einer Analinkontinenz klagen, wird die Einschränkung der Lebensqualität besonders evident. Nicht selten brechen die Betroffenen ihre zwischenmenschlichen Kontakte ab und isolieren sich.

Tabuthema Inkontinenz?

Die Tabuisierung des Themas ist fast das größte Problem: „Physicians don't ask and patients don't tell" (*Welz-Barth et al.*, 2000, S. 436). In einer 1999 durchgeführten konsekutiven Untersuchung von über 50-jährigen Patienten in ärztlichen Praxen Deutschlands (Welz-Barth et al., a. a. O.) zeigte sich, dass 62,4% der Befragten Symptome einer Inkontinenz aufwiesen, jedoch 50,5% das Thema gegenüber ihrem Arzt nicht angesprochen hatten und deshalb auch nicht adäquat versorgt wurden. Dabei tendierten die jüngeren Patienten (50–64 Jahre) deutlich mehr dazu, die Inkontinenz zu verleugnen oder zu bagatellisieren, als die über 65-jährigen.

Scham ist das Empfinden, in einer bestimmten Situation seine Selbstachtung zu verlieren, sich als mangelhaft, defizitär, entwürdigend zu erleben. Man fühlt sich schutzlos und den bewertenden Blicken anderer ausgesetzt. In diesem Gefühl spürt die betreffende Person eine Diskrepanz zwischen der Idealvorstellung von sich selbst und dem Realbild, das heißt dem, was und wie es gerade ist oder in ihrem Erleben zu sein scheint.

Die Vorstellung, unkontrolliert Urin zu verlieren und dadurch Anderen aufzufallen, ist von mehr oder weniger

starkem Schamgefühl begleitet. Deshalb tendieren die Betroffenen dazu, die damit verbundenen Probleme zu bagatellisieren. Der hilfreich gemeinte Ausspruch: „Sie brauchen sich deshalb nicht zu schämen!" hilft in der Regel überhaupt nicht, sondern kann das Problem noch verschlimmern: Nicht nur, dass der Patient sich sowieso schon schämt – jetzt muss er sich auch noch dafür schämen, dass er sich weiterhin schämt. Gefühle von Peinlichkeit und Scham kann man nicht „ausreden."

Die Tabuisierung des Themas gilt jedoch umgekehrt auch für eine Reihe von Ärzten, die sich in supportiver Gesprächsführung oft nur unzureichend ausgebildet fühlen. *Tsechovski* (1998, S. 2) fragt provokativ zum Thema Inkontinenz: „Sind die Ärzte psychologisch darauf vorbereitet, effektiv damit umzugehen oder einen behinderten Menschen zumindest professionell beraten zu können?" Die häufig zu beobachtende Sprachlosigkeit zwischen Ärzten und ihren Patienten – wenn es nicht um Fragen der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten geht – spiegelt sich auch in der wissenschaftlichen Literatur wider: In vielen Publikationen (z. B. *Höfner* und *Jonas*, 2000) findet man beispielsweise keinerlei Hinweise auf mögliche psychische Begleit- und Folgeerscheinungen einer Inkontinenz. Nur wenige Arbeiten zu den unterschiedlichen Therapieverfahren (vordere Kolporrhaphie, Depot-Inkektionen, endoskopische Blasenhalssuspension, Schlingenoperationen, Kolposuspension) enthalten Informationen zum Ausmaß der psychosozialen Beeinträchtigung vor und nach der Behandlung.

Objektiver Befund, subjektive Befindlichkeit

Auffallend ist der oft fehlende Zusammenhang zwischen den objektivierbaren, durch Untersuchungen festgestellten Beschwerden und dem subjektiven Leidensdruck (z. B. *Kelleher et al.*, 1993; *Norton*, 1982). Bereits ein geringer Urinverlust löst bei dem einem Patienten heftige Schamgefühle aus, während ein anderer, der mehrmals täglich seine Vorlagen wechseln muss, sich kaum beeinträchtigt fühlt. Dieses unterschiedliche Erleben basiert unter anderem auf eigenen Erfahrungen mit der Sauberkeitserziehung: Der Patient verknüpft die eigenen Körperausscheidungen mit mehr oder weniger heftigen Gefühlen von Schmutz und Ekel.

Ob das Alter einen Einfluss auf die Wahrnehmung und Bewertung der Inkontinenz hat, ist unklar. Während einige Autoren in ihrer Untersuchung jüngere Frauen als mehr belastet ansehen (z. B. Hunskaar, Vinsnes, 1991; *Ory et al.*, 1986), lassen andere Daten diesen Rückschluss nicht zu (z. B. Kelleher et al., 1993; Norton, 1982).

Kränkungen des Älterwerdens

Da die Inkontinenz altersabhängig ist, gewinnt sie bei der derzeitigen Bevölkerungsentwicklung in Deutschland zunehmend an Bedeutung: Harninkontinenz im Alter wird zu einer unerwünschten Begleiterscheinung des medizinischen Fortschritts, der das Altwerden erst ermöglicht hat. Das Älterwerden ist jedoch in einer Gesellschaft, in der Jugendlichkeit, Spannkraft und Leistungsfähigkeit zu den gesellschaftlichen Idealen zählen, für viele Betroffene schon schwer genug. Die Akzeptanz altersbedingter Veränderungen des Körpers ist für viele Menschen eine Herausforderung. Die Vorstellung, „wie ein Säugling Windeln tragen zu müssen", kränkt sie besonders; oft fühlen sich die Patienten mit ihrer Scham im Stich gelassen.

Nur nicht auffallen!

Aus Scham und Angst, entdeckt zu werden, verbergen die Betroffen ihre Probleme lange Zeit – selbst dann, wenn Flecken an Kleidung und Bettwäsche sowie der charakteristische Geruch längst dominieren. Der Inkontinente geht verstohlen in die Apotheke, Drogerie, Sanitätshaus oder einen Selbstbedienungsladen, um sich Hilfsmittel zu besorgen – anstatt einen Arzt um Rat zu fragen, der die Ursache abklärt und eine gezielte Therapie einleitet. Norton (1982) fand heraus, dass sich inkontinente Frauen nicht so sehr um die möglichen Ursachen oder die gesundheitlichen Folgen der Inkontinenz sorgen; viel mehr beunruhigen sie die gesellschaftlichen Einschränkungen. Die größte psychische Belastung ist die Angst, Anderen durch den Uringeruch aufzufallen; oft ist ein Waschzwang die Folge. Häufig vermeiden die Betroffenen soziale Kontakte oder Sexualität – vor allem Partnerschaft und Familienharmonie leiden darunter. Dies führt letztlich zur Isolation. Damit der Urinverlust nicht auffällt, nehmen die Patienten teilweise schwerwiegende Konsequenzen in Kauf:

- restriktive Flüssigkeitszufuhr,
- Vermeidung von Orten ohne leichten Zugang zu einer Toilette,
- Vermeidung sportlicher Aktivitäten;
- ältere Frauen, die ihren Ehemann oder Partner verloren haben, scheuen sich, neue Beziehungen einzugehen; sexuelle Kontakte werden häufig gemieden;
- Vermeidung freundschaftlicher oder gesellschaftlicher Kontakte mit der Gefahr der zunehmenden sozialen Isolation.

Meist besteht ein Zusammenhang zwischen häufigem Harndrang beziehungsweise Inkontinenz und Ängsten, Depressionen oder Phobien (z. B. *Frewen*, 1984). Die psychischen Symptome sind dabei meist Folgen der Belastungen durch die Inkontinenz. Umgekehrt ist die Verarbeitung der Inkontinenz bei schon vorher bestehender Angsterkrankung oder Depression schwerer.

Rolle der Psyche

Neben neurologischen Erkrankungen, zerebralen Abbauerscheinungen, Veränderungen im Bereich des Beckenbodens, der Harnröhre, der Blase oder des Blasenhalses werden immer wieder auch psychogene Faktoren als auslösendes oder verstärkendes Element diskutiert. Da die Blasenkontrolle im Kindesalter anerzogen wird, unterliegt sie unweigerlich familiären, sozialen und kulturellen Einflüssen. Konflikte können sich deshalb auch in Blasenfunktionsstörungen widerspiegeln. Während das Einnässen bei Kindern jedoch schnell zu einer psychosomatisch orientierten Fragestellung führt („Befindet sich das Kind derzeit in einer konflikthaften Situation?"), ist das bei Erwachsenen seltener der Fall. Dabei äußerte *Burnside* bereits 1980: „Incontinence which is temporary and reversible, may be related to anxiety, pain,

hostility or inadaequate attention" (S. 723). Insbesondere bei älteren Menschen ist dieser Zusammenhang offensichtlich: Veränderungen der Wohnsituation wie eine Klinikeinweisung oder der Umzug in ein Altersheim können eine bis dahin geringfügige Inkontinenz verschlechtern oder erneut hervorrufen. Mehrere Studien zur pflegerischen Betreuung der Betroffenen lassen Inkontinenz als eine „Daseinstechnik" erscheinen: Ältere Menschen, die Probleme haben, mit ihrer Umwelt zu interagieren, neigen manchmal zu inkontinentem Verhalten. Die Symptomatik kann dann als Ausdruck der Suche nach Zuwendung und Beachtung, aber auch als Provokation, Rache oder Rebellion verstanden werden.

Daneben sind möglicherweise eine Reihe weiterer Faktoren für die Auslösung oder das Persistieren einer Inkontinenz bedeutsam (Übersicht bei *Grond*, 1993). Sie kann als Begleit- oder Folgeerscheinung auftreten von

- Wahrnehmungsstörungen (z.B. durch fremde Umgebung, Medikamenteneinnahme),
- regressiven Entwicklungstendenzen (z.B. Wunsch nach Versorgung),
- Depressionen,
- Altersverwirrtheit und Demenz,
- hirnorganischem Psychosyndrom,
- Stressreaktionen
- als belastend erlebten, lebensverändernden Ereignissen (z.B. Einzug ins Altersheim).

Trotzdem sollte unbedingt eine vorschnelle Psychologisierung der Inkontinenzproblematik vermieden und zuerst eine fundierte somatische Diagnostik durchgeführt werden.

Befriedigende Sexualität trotz Inkontinenz?

Zahlreiche Untersuchungen beschreiben störende Auswirkungen einer Inkontinenz auf die Intimität und Sexualität (z.B. Kelleher et al., 1993; *Norton et al.*, 1988; *Suthers*, 1979). Die qualitative Auswertung von persönlichen Interviews mit Betroffenen bestätigen diese Befunde (*Roe, May*, 1999). Die Angaben zur Häufigkeit sexueller Einschränkungen durch eine Inkontinenz schwanken zwischen 6% (*Lam et al.*, 1992) und 65% (*Walters et al.*, 1990). Aus den vorliegenden Untersuchungen zu Inkontinenz und Sexualstörungen ergeben sich folgende mögliche Zusammenhänge:

- ▶ Die Inkontinenz ist der Grund für Einschränkungen in der Sexualität (z.B. durch Schamgefühle wegen des unkontrollierten Urinaustritts beim sexuellen Verkehr).
- ▶ Die Inkontinenz wird zwar von den Betroffenen als Ursache sexueller Störungen angegeben, dient jedoch bewusst oder unbewusst nur als Vorwand zur Vermeidung von Intimität (z.B. Nähe-Distanz-Konflikt).
- ▶ Die Inkontinenz ist Ausdruck einer sexuellen Störung.

Bei der Stressinkontinenz scheinen dabei Urinverluste vermehrt bei den körperlichen Bewegungen während der Kohabitation aufzutreten, bei der Dranginkontinenz vor allem bei Erreichen des Orgasmus (*Hilton*, 1988). Dyspareunie scheint eher bei Frauen mit einer Detrusorinstabilität als bei Frauen mit einer Stressinkontinenz aufzutreten (*Sutherst*, 1979). Tritt die Harninkontinenz während der Kohabitation auf, lehnen in erster Linie die Frauen den sexuellen Kontakt ab: 20% der Frauen und nur 3,3% ihrer männlichen Partner gaben als Grund dafür ihre Harninkontinenz an (*Vierhout, Gianotten*, 1990). Umgekehrt scheint ein therapeutisches Vorgehen nicht zwingend die sexuelle Zufriedenheit zu verbessern. Nach einer schwedischen Studie (*Berglund et al.*, 1996) verbessert ein chirurgischer Eingriff bei inkontinenten Frauen die Sexualität auch postoperativ nicht – zumindest änderte sich die Häufigkeit des sexuellen Verkehrs nicht.

Besser spät als nie!

Obwohl das Thema gesellschaftlich immer noch tabuisiert ist, suchen Betroffene zunehmend häufiger nach Hilfe und sprechen ihren Arzt darauf an; die Prozentzahlen sind jedoch teilweise stark widersprüchlich und schwanken zwischen 50% (Welz-Barth et al., 2000) und 83% (*Brocklehurst*, 1993). Allerdings vergehen zwischen den ersten Anzeichen einer Inkontinenz und der Erwähnung gegenüber dem Arzt Zeiträume von mehreren Monaten bis Jahren.

Für Ärzte und Betroffene

Die Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e.V. (GIH) wurde 1987 als gemeinnütziger Verein mit dem Ziel gegründet, die Forschung und Maßnahmen zur Prävention, Diagnostik, Behandlung sowie die Versorgung der Harn- und Stuhlinkontinenz zu fördern. Mitglieder sind Ärzte beziehungsweise weiteres medizinisches Fachpersonal und Betroffene. Unterstützt wird der Verein von einem Förderkreis, zu dem sich Firmen mit besonderen Erfahrungen auf dem Gebiet der Inkontinenzdiagnostik und -behandlung zusammengeschlossen haben.

Die Gesellschaft will durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit die Inkontinenz enttabuisieren und Betroffenen mit Rat und Hilfe zur Seite stehen. In diesem Zusammenhang versendet sie regelmäßig Informationsmaterial, veranstaltet Fortbildungsseminare und unterstützt Selbsthilfegruppen. Einmal jährlich findet außerdem ein GIH-Kongress auf Bundesebene statt.

Ausführliche Informationen zur GIH und zum Thema Inkontinenz gibt es im Interner unter http://www.gih.de oder bei der

Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e.V.,
Friedrich-Ebert-Str. 124, 34119 Kassel

Die Gründe dafür liegen jedoch nicht in einer Indolenz gegenüber der Inkontinenz, sondern sind hauptsächlich

- Schamgefühle,
- die Hoffnung, die Beschwerden gehen von alleine zurück,
- Ängste vor einer eventuell notwendigen Operation.

„Eines ist sicher: Wenn eine Frau wegen ihrer Harninkontinenz einen Arzt konsultiert, ist sie im allgemeinen so stark belästigt, dass die Furcht vor den sozialen Konsequenzen größer ist als ihre Scham, ihre Beschwerden zu offenbaren" (*Debus-Thiede* und *Dimpfl*, 1993, S. 333).

Tipps zum Umgang mit Betroffenen

Das Thema Inkontinenz ist in besonderer Weise mit Schamgefühlen verbunden. Die Erfahrung zeigt allerdings auch, dass man sein Gegenüber ermutigen kann, indem möglichst offen und selbstverständlich damit umgegangen wird. Es kann hilfreich sein, wenn mögliche Schamgefühle indirekt angesprochen werden und dem Patienten beispielsweise gesagt wird: „Es ist für Sie vielleicht sehr ungewohnt, mit einem fremden Menschen über so intime Dinge zu sprechen." Keinesfalls darf der Versuch unternommen werden, die Gefühle des Patienten zu „unterlaufen" und durch möglichst geschicktes Fragen doch noch in ihn einzudringen. Will oder kann der Patient eine Frage nicht beantworten, sollte dies akzeptiert und das Gespräch auf andere Inhalte gelenkt werden.

Rücksicht auf Schamgefühle ist auch bei der Behandlung erforderlich. So ist bei Durchführung eines Biofeedbacktrainings (s. Beitrag S. 38 ff.) besonders bei älteren Patientinnen darauf zu achten, äußerliche statt vaginale Elektroden zu verordnen, um nicht massive Schamgefühle zu provozieren. Gleiches gilt für die Konustherapie (Femcon-Set®), die bei jüngeren Frauen eine hohe Akzeptanz genießt. Die bei älteren Patientinnen wegen des größeren Kugeldurchmessers empfohlenen Geisha-Kugeln können zwar leichter gehalten werden, lösen aber nicht selten sehr konfliktreiche Empfindungen und Phantasien aus.

Fazit

Trotz des häufig hohen Leidensdrucks muss bei vielen Betroffenen erst eine Schamschwelle überwunden werden, um die Inkontinenz zum Thema zu machen. Daher ist es wichtig, dass der behandelnde Arzt diesen Problembereich von sich aus anspricht. Psychosoziale Probleme haben bei einer Reihe von Patienten einen entscheidenden Einfluss auf das Auftreten und/oder Persistieren einer Inkontinenz. Umfeldanalysen und die Erhebung einer Fremdanamnese sind deshalb unter Umständen von wichtiger differenzialdiagnostischer Bedeutung. Die fachgerechte Information über Möglichkeiten der Inkontinenzversorgung reicht alleine oft nicht aus, um den Betroffenen bei der Bewältigung ihrer symptombezogenen Belastungen zu helfen. Maßnahmen zur Verhinderung und/oder Reduzierung der Inkontinenz müssen deshalb mehrdimensional geplant werden und bei Bedarf psychosoziale Interventionen einschließen.

Die Versorgung Inkontinenter ist eine besonders schwierige Aufgabe, die pflegende Angehörige oft an die Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit bringt. Auch verheiratet zu sein schützt nicht vor Ekelgefühlen! Vielfach ist die Inkontinenz der letzte und ausschlaggebende Grund für die Einweisung in ein Alters- oder Pflegeheim. Häufig wird es schon als entlastend empfunden, wenn der Arzt sein Interesse an der Situation der Angehörigen bekundet.

Hilfe von außen

Selbsthilfegruppen wurden in Fachkreisen lange Zeit mit skeptischen Blicken betrachtet. Inzwischen sind sie jedoch fester Bestandteil unseres Gesundheitssystems. Ärzte und Psychotherapeuten sehen sie längst nicht mehr als Konkurrenz, sondern als ein hilfreiches Angebot für Betroffene und deren Angehörige, um chronische Krankheiten besser bewältigen zu können. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass Teilnehmer von Selbsthilfetreffen weniger als andere Patienten unter Ängsten und depressiven Verstimmungen leiden und vermehrt positive Gefühle wie Freude und Hoffnung verspüren. Leider existieren bisher keine empirisch gesicherten Kriterien, bei welchen Patienten die Empfehlung zum Besuch einer Selbsthilfegruppe sinnvoll ist beziehungsweise für welche der Kontakt zu anderen Patienten mit beispielsweise fortgeschrittenen Malignomerkrankungen eher eine zusätzliche Belastung bedeutet.

Neben den krankheitsspezifischen Selbsthilfegruppen (z. B. Frauenselbsthilfe nach Krebs) und der Deutschen Ileostomie-Colostomie-Urostomievereinigung e. V. (ILCO) ist es vor allem die 1987 gegründete „Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e. V." (GIH), die in den letzten Jahren das Thema mehr in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerückt hat und Betroffenen durch regionale Gruppen Unterstützung anbietet. Die GIH hat inzwischen mehr als 2.000 aktive Mitglieder, fast ein Drittel sind Betroffene, die sich in lokalen Selbsthilfegruppen zusammengeschlossen haben. Im Rahmen der Patientenbetreuung sollte auf das Angebot dieser Gruppen hingewiesen und bei Bedarf Kontaktadressen zur Verfügung gestellt werden (s. Kasten).

Literatur beim Verfasser

Dipl.-Psych. Dipl.-Biol. Stefan Zettl
Bliesweg 10, 69126 Heidelberg