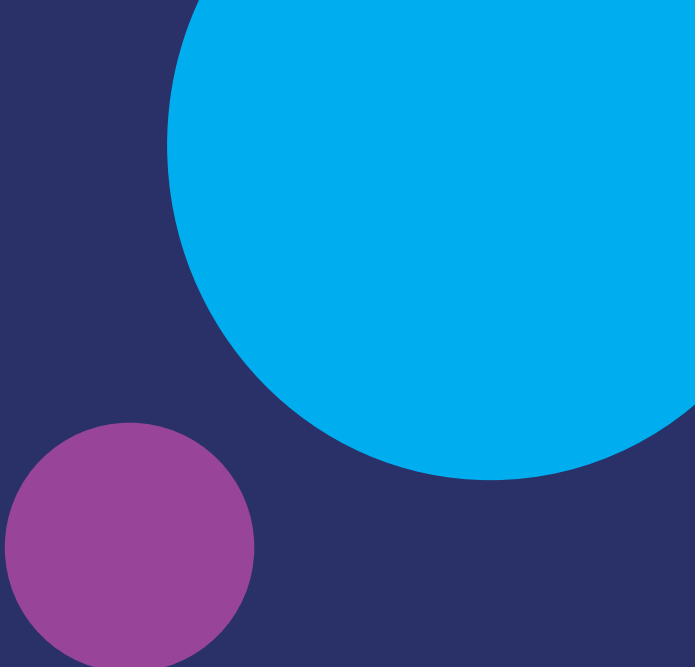




Fachreihe No.1

SEXUALISIERTE GEWALT, TRAUMA UND BECKENBODEN- FUNKTIONSTÖRUNGEN

Traumafolgestörungen und somatoforme
Beschwerden im Urogenitaltrakt:
Eine Sensibilisierung

Dr. med. Monika Leïße-Stankoweit

Impressum

Herausgeber und verantwortlich
für den redaktionellen Inhalt:
Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
1. Vorsitzender
Prof. Dr. med. A. Wiedemann
Dr. med. Leiß-Stankoweit
Dr. phil. Marion Friers
Friedrichstraße 15
60323 Frankfurt am Main

Diese Publikation wurde auch unter Einsatz KI-gestützter Werkzeuge erarbeitet.
Konzeption, fachliche Prüfung und inhaltliche Verantwortung liegen bei der
Deutschen Kontinenz Gesellschaft. Alle medizinisch-fachlichen Aussagen wurden
von Expert:innen geprüft.

Layout, Design & Illustrationen
Rebecca Donner
www.rebecca-donner.de

Alle Rechte vorbehalten.
Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft behält
sich sämtliche Rechte an den Inhalten dieser
Publikation vor – einschließlich Nachdruck,
Vervielfältigung, öffentlicher Vorführung, Sendung
(z. B. über Funk, Fernsehen oder Tonträger)
sowie Speicherung in elektronischen Systemen.
Dies gilt auch für Auszüge und Abbildungen.

INHALTSVERZEICHNIS: SEXUALISIERTE GEWALT UND INKONTINENZ



INHALTSVERZEICHNIS

- 6** Einleitung
- 11** Die Reflex-Kaskade
- 12** Die Dissoziation
- 19** Exkurs: Sexuelle Gewalt und Sexualisierte Gewalt
- 24** Körperliche Traumafolgen im Urogenitalbereich
- 28** Untersuchung als Symptomauslöser: Empfohlene Diagnostik
- 32** Psychische Folgen: Angst, Scham, Rückzug
- 35** Neurobiologische Veränderungen:
 Wenn das Gehirn nicht abschalten kann
- 37** Psychotische Symptome: Wenn die Realität zerbricht
- 38** Die Blase als Spiegel der Seele
- 40** Schmerzsyndrome im Beckenbereich
- 41** Sexualstörungen als Folge Sexualisierter
 oder Sexueller Gewalt
- 42** Chronische Verspannungssyndrome im kleinen Becken
- 46** Sexualstörungen
- 48** Funktionelle urologische Beschwerden
 im Kontext traumatischer Erfahrungen
- 58** Trauma erkennen: Symptome und Urologische
 Befunde mit Verdachtsmomenten auf Sexualisierte Gewalt
- 60** Traumasensible Haltung und Vorgehen in der urologischen Praxis
- 64** Trigger erkennen: Situative Auslöser urologischer Beschwerden
- 66** Untersuchungssituation: Wenn Diagnostik retraumatisiert
- 68** Traumatherapie: Zurück ins Leben
- 72** Therapeutische Verfahren
- 74** Wichtige Telefonnummern im Bedarfsfall

EINLEITUNG: TRAUMATA UND IHRE FOLGEN IM UROGENITALBEREICH

Traumatische Erfahrungen sind in der heutigen Gesellschaft weit verbreitet und können vielfältige Ursachen haben. Ihre Auswirkungen sind individuell unterschiedlich und betreffen sowohl die psychische als auch die körperliche Gesundheit. **Besonders relevant für die urologische Versorgung ist der Zusammenhang zwischen Traumata – insbesondere durch sexualisierte Gewalt – und funktionellen urologischen und chronisch entzündlichen Beschwerden.** Dieser Zusammenhang ist wissenschaftlich gut dokumentiert, wird jedoch in der klinischen Praxis häufig nicht ausreichend berücksichtigt.

Patient:innen mit traumatischer Vorgeschichte stellen sich nicht selten mit urologischen Symptomen vor, für die sich keine organpathologische Ursache finden lässt. In solchen Fällen sollte differentialdiagnostisch auch eine psychotraumatologische Genese in Betracht gezogen werden. Der Körper reagiert auf traumatische Erlebnisse oft ebenso intensiv wie die Psyche. Somatoforme Störungen sind ein Ausdruck dieser Reaktion. (1)

In der Psychotraumatologie hat sich ein interdisziplinärer Ansatz etabliert, der die Verarbeitung des Erlebten als zentralen Faktor für die Entwicklung von Traumafolgestörungen betrachtet. Nicht jedes belastende Ereignis führt zwangsläufig zu einer Störung, entscheidend ist die individuelle Verarbeitung (2), etwa im Rahmen der persönlichen Resilienz und natürlich der Dauer und Schwere der Traumatisierung. **Dabei können Folgesymptome und Somatisierungen jedes Organsystem betreffen.** Insbesondere sexualisierte Gewalt in der Kindheit kann langfristige Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit bis ins späte Erwachsenenalter haben. **In der urologischen Praxis sind gehäuft somatoforme Störungen des Urogenitalsystems – etwa Schmerzen, Miktionsstörungen, rezidivierende Harnwegsinfekte, Blasenentleerungsstörungen, Libidostörungen, sexuelle Funktionsstörungen – ohne organischen Befund zu sehen.** Diese Beschwerden sind real und beeinträchtigend, auch wenn sich die Ursachen nicht durch klassische Diagnostik erklären lassen.

Diese Informationsbroschüre richtet sich an Ärzt:innen und medizinisches Fachpersonal und verfolgt **zwei Ziele:**

Sensibilisierung für die Zusammenhänge zwischen Traumata und urologischen Funktionsstörungen, insbesondere im Kontext sexualisierter Gewalt.

Vermittlung erster Hinweise für den **Umgang mit betroffenen Patient:innen**, um eine Chronifizierung akuter Belastungsreaktionen und unnötige psychisch belastende Untersuchungen zu vermeiden. Ein achtsamer, traumasensibler Umgang ist essenziell, insbesondere bei invasiven diagnostischen Maßnahmen wie der Zystoskopie, die bei Betroffenen als Reinszenierung des Missbrauchs erlebt werden können.

Urolog:innen kommt eine Schlüsselrolle zu:

Häufig sind sie die ersten, die auf somatoforme Beschwerden stoßen und damit die Möglichkeit haben, eine weiterführende psychotraumatologische Abklärung anzustoßen.



„IN DEN ‚HELFENDEN‘ BERUFEN BESTEHT DIE TENDENZ, BEI DER BESCHREIBUNG EINES TRAUMAS DAS VERURSACHENDE EREIGNIS IN DEN VORDERGRUND ZU STELLEN, STATT DAS TRAUMA ALS EIGENSTÄNDIGES PHÄNOMEN ZU VERSTEHEN. DA WIR DAS PHÄNOMEN TRAUMA NICHT GENAU DEFINIEREN KÖNNEN, KANN ES SCHWIERIG SEIN, ES ZU ERKENNEN.“

WAS PASSIERT BEI EINEM TRAUMA?

Die neurobiologischen Grundlagen: Reflexkaskaden, Dissoziation und somatoforme Folgen.



DIE REFLEX-KASKADE: KAMPF-FLUCHT-ERSTARRUNG (FIGHT-FLIGHT-FREEZE)

Wenn ein Mensch in eine Situation gerät, die als bedrohlich und ausweglos erlebt wird, übernimmt reflexartig das Stammhirn die Kontrolle, der evolutionär älteste Teil unseres Gehirns. In solchen Momenten wird eine automatische Reflexkaskade ausgelöst, die dem unmittelbaren Überleben dient.

Diese Reaktion erfolgt instinktiv und ist bei Menschen wie Tieren gleich: Der Körper versucht zunächst, sich durch Kampf oder Flucht zu schützen. Ist beides nicht möglich, folgt die dritte Reaktion: die Erstarrung.

Psycholog:innen sprechen hier von der Immobilitätsreaktion, einem uralten Schutzmechanismus, der auch als „Sich-tot-Stellen“ bekannt ist.

Die Erstarrung ist keine Schwäche, sondern eine letzte Überlebensstrategie. Sie geht mit einem veränderten Bewusstseinszustand einher. Der Körper „friert ein“, Schmerz und Schrecken werden nicht mehr bewusst wahrgenommen.

DIE DISSOZIATION: TRENNUNG KÖRPER - PSYCHE

Parallel zur Erstarrung kommt es zur Dissoziation, einer Trennung zwischen Körper und Psyche. Betroffene berichten in solchen Momenten häufig von einem veränderten Schmerzempfinden, einem gestörten Zeitgefühl, dem Gefühl, nicht mehr im eigenen Körper zu sein oder davon, das Geschehen wie von außen zu beobachten.

Während Tiere nach überstandener Gefahr oft minutenlang zittern, um die gespeicherte Überlebensenergie und Spannung zu entladen und ihr inneres Gleichgewicht wiederherzustellen, erfolgt dieser natürliche Entladungsmechanismus beim Menschen häufig nicht. Ursache ist der rationale Teil des Gehirns (präfrontaler Cortex), der das instinktive Verhalten überlagert. Statt Entladung entstehen Verwirrung, Angst und eine anhaltende Alarmbereitschaft. Die Reflexe des Stammhirns überlagern die Regulation durch Zwischenhirn und Großhirn, der Mensch reagiert weiterhin, als befände er sich noch in der traumatischen Situation. (3) Gelingt es nicht, die immobilisierte Energie (Residualspannung im autonomen Nervensystem) zu lösen, wird dieser Zustand quasi eingefroren. Es kommt zur Daueranspannung mit anhaltender „Gefechtsbereitschaft“, auch **Hyperarousal** (Übererregung) genannt. Biochemisch gesehen ist dies vergesellschaftet mit übermäßiger Cortisol- und Adrenalinausschüttung, auf der Ebene des autonomen Nervensystems mit einem betonten Sympathikotonus.

Traumatische Erfahrungen hinterlassen auch **neurobiologische Spuren**. Studien zeigen, dass Frauen mit Missbrauchserfahrungen einen **kortikalen Substanzverlust** aufweisen. Je früher das traumatische Ereignis stattfand, desto ausgeprägter sind diese Veränderungen, insbesondere in Hirnarealen, die für die Verarbeitung von Erlebtem und das autobiografische Gedächtnis zuständig sind. Während solche Anpassungen bei Kindern einen Schutz darstellen können, führen sie bei Erwachsenen häufig zu langfristigen gesundheitlichen Problemen. (4)

Die Studie „**Understanding and breaking the intergenerational cycle of abuse in families enrolled in routine mental health and welfare service (UBICA I und UBICA II)**“, bei der neben der Charité auch das Universitätsklinikum Heidelberg und die Uniklinik der RWTH beteiligt sind,

DER KÖRPER
VERSUCHT ZUNÄCHST,
SICH DURCH KAMPF ODER
FLUCHT ZU SCHÜTZEN.
IST BEIDES NICHT MÖGLICH,
FOLGT DIE DRITTE REAKTION:
DIE ERSTARRUNG UND
DANN DIE DISSOZIATION.



TRAUMATISCHE
ERFAHRUNGEN
HINTERLASSEN AUCH
NEUROBIOLOGISCHE
SPUREN.

erforscht, wie traumatische Kindheitserfahrungen von Eltern die Gesundheit ihrer Kinder beeinflussen und sich über Generationen fortsetzen. Die Studie zeigt, dass belastende Kindheitserfahrungen von Müttern – insbesondere Misshandlungen – das Risiko für psychische und körperliche Gesundheitsprobleme ihrer Kinder deutlich erhöhen. (5)

Traumatische Erfahrungen können über Generationen weitergegeben werden und prägen die Entwicklung nachhaltig. Daher sind eine frühzeitige Identifikation und Unterstützung betroffener Familien entscheidend, um langfristige Folgen zu verhindern.

Durch gezielte Präventionsprogramme soll der Kreislauf frühzeitig unterbrochen und Familien nachhaltig gestärkt werden. (6)

Ein vertieftes Verständnis traumatischer Reaktionen erfordert auch die Berücksichtigung **neuerer Konzepte wie der Polyvagal-Theorie.**(7) Stephen Porges beschreibt darin die hierarchische Organisation des autonomen Nervensystems und die zentrale **Rolle des Vagusnervs** bei der Regulation und Registration von Sicherheit und Bedrohung. Je nach wahrgenommener Gefahr aktiviert der Körper unterschiedliche Reaktionsmuster des autonomen Nervensystems. Bei Situationen vertrauensvoller sozialer Verbundenheit werden besonders die zentralen Vagusfasern aktiv; bei Kampf und Flucht bis hin zur Erstarrung überwiegen der Sympathikotonus und die dorsalen Vagusfasern, jeweils mit den bekannten Auswirkungen auf alle Organsystemen.

Diese Reaktionen sind nicht willentlich steuerbar, sondern tief im autonomen Nervensystem verankert. Ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit geht nach den Erkenntnissen der Polyvagal-Theorie mit einer Betonung der zentralen Vagusfasern einher und dies mit Beginn einer jeden organisierten Bindung. Das erklärt die immensen psychovegetativen Folgen eines perpetuierten Vertrauensbruchs, wie beispielsweise den sexuellen Missbrauch.

Das vegetative Nervensystem scannt (neben seinen vielen anderen längst bekannten Funktionen) ständig Zeichen von Sicherheit und Gefahr. Vertrauensbrüche führen zu einer permanenten Alarmbereitschaft mit für Außenstehende oft scheinbar übertriebenen psychophysischen Reaktionen.

Damit erklärt sich, dass nicht nur akute Schocktraumata, sondern auch sogenannte Bindungs- und Entwicklungstraumata – etwa durch emotionale Vernachlässigung, inkonsistente Bezugspersonen oder chronische Überforderung in der Kindheit – über das autonome Nervensystem ähnliche Folgen haben wie die komplexen Traumafolgestörungen. (8)

Damit wird die Bedeutung verlässlicher, frühkindlicher Bindungen für einen balancierten Tonus (Grundspannung) im autonomen Nervensystem klar. Traumata und Bindungsvorgeschichte wirken sich auf die Körperwahrnehmung, den Tonus (Grundspannung), das Selbstbild und die Fähigkeit zur Selbstregulation aus. (9)

Traumafolgesymptome sollten dennoch nicht vorschnell als pathologisch bewertet werden. Vielmehr handelt es sich eigentlich um „normale Reaktionen auf unnormale Ereignisse“, die in Körper, Geist und Seele ‚eingefroren‘ sind. Körperliche Beschwerden, emotionale Dysregulation oder dissoziative Zustände sind Ausdruck eines Nervensystems, das versucht, mit überwältigender Belastung umzugehen. Die Reaktionen, die in der Zeit der Traumatisierung und Vernachlässigung sinnvoll waren, sind nun als Dauerreaktion implantiert. Der Mensch kann oft nur noch aus der Perspektive des Erlebten in die Welt schauen.

Wenn keine organischen Ursachen vorliegen, ist es ein schwerwiegender Fehler, diese Symptome als Einbildung oder als psychosomatisch abzutun. Sie sind Ausdruck einer tiefgreifenden körperlich-seelischen Dauerreaktion auf erlebte Bedrohung, Vertrauensmissbrauch und Auswegslosigkeit.

Eine traumasensible Haltung im medizinischen und therapeutischen Kontext ist von zentraler Bedeutung, gerade in einem Fachgebiet, das Scham, Grenzverletzungsgefühle und Kontrollverletzungsgefühle provoziert.

Patient:innen mit chronischen, nicht erklärbaren Beschwerden benötigen ein Umfeld, das Sicherheit (Parasympathikotonus) vermittelt, Symptome ernst nimmt und die Verbindung zwischen Körper und Psyche anerkennt.



**TRAUMA-
FOLGESYMPTOME
SIND AUSDRUCK EINES
NERVENSYSTEMS,
DAS VERSUCHT, MIT
ÜBERWÄLTIGENDER
BELASTUNG
UMZUGEHEN.**



DIE WISSENSCHAFTLICHE
LITERATUR ZEIGT,
DASS SEXUALISIERTE GEWALT
EINE ZENTRALE ROLLE
BEI DER ENTSTEHUNG
FUNKTIONELLER
UROLOGISCHER
STÖRUNGSBILDER
SPIELEN KANN.

EXKURS: SEXUELLE GEWALT UND SEXUALISIERTE GEWALT

In den letzten Jahren haben sich in der wissenschaftlichen Literatur die Hinweise weiter verdichtet, dass insbesondere sexualisierte oder sexuelle Gewalt eine zentrale Rolle bei der Entstehung funktioneller urologischer Störungsbilder spielen kann. (10)

Traumatische Erfahrungen, die mit Scham, Kontrollverlust und körperlicher Grenzverletzung einhergehen, manifestieren sich nicht selten in somatischen Symptomen im urogenitalen Bereich.

Insbesondere für Urolog:innen bedeutet dies, dass es durchaus sinnvoll sein kann, nicht nur körperliche Symptome zu behandeln, sondern auch die Möglichkeit einer psychischen Traumatisierung in Betracht zu ziehen. Eine traumasensible Haltung kann dabei helfen, Re-Traumatisierungen zu vermeiden und Patient:innen ganzheitlich zu begleiten – insbesondere in einem Fachgebiet, das mit Intimität, Körpergrenzen und Vertrauen eng verbunden ist.

Daher lohnt sich an dieser Stelle ein kurzer Blick auf die Thematik sexuelle und sexualisierte Gewalt zu werfen. An dieser Stelle sei angemerkt, dass der Begriff der „sexualisierten Gewalt“ zu bevorzugen ist.

Während bei sexueller Gewalt die sexuelle Handlung - häufig gegen den Willen einer Person - im Vordergrund steht, etwa Vergewaltigung oder sexueller Missbrauch, beschreibt sexualisierte Gewalt auch Handlungen, bei denen Sexualität als Mittel zur Ausübung von Macht, Kontrolle oder Erniedrigung eingesetzt wird. Der Begriff der sexualisierten Gewalt betont die Gewaltkomponente stärker und macht deutlicher, dass die Sexualität instrumentalisiert wird.

Formen und Dimensionen sexualisierter Gewalt:

- Das Zeigen oder Versenden von anzüglichen Fotos, E-Mails oder Nachrichten mit sexuellen Inhalten
- Sexuelle Belästigung (z. B. unerwünschte Berührungen/Bemerkungen)
- Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung
- Sexuelle Gewalt in Partnerschaften oder Familien
- Sexuelle Ausbeutung (z. B. durch Zwangsprostitution)

An dieser Stelle ist wichtig zu erwähnen, dass nicht nur das eigene Erleben, sondern auch übergriffige Ansprachen oder das „Zeuge-Werden“ von sexualisierter Gewalt traumatisierende Wirkungen entfalten können.

Laut Bundeskriminalamt (BKA) wurden im Jahr **2023** insgesamt **16.375 Fälle von sexuellem Missbrauch von Kindern** registriert, was einem Anstieg von 5,5% im Vergleich zum Vorjahr entspricht. (11)

Die Zahl der gemeldeten Sexualstraftaten in Deutschland steigt seit Jahren. (12) Im Jahr 2024 wurden laut Bundeskriminalamt rund 128.000 Fälle registriert, ein neuer Höchststand. Besonders alarmierend ist die hohe Dunkelziffer: Viele Betroffene schweigen aus Angst, Scham oder aufgrund von Schuldzuweisungen (Victim Blaming). Gerade im medizinischen Kontext ist es von Bedeutung sich sowohl der unterschiedlichen Bedeutungen von sexueller und sexualisierter Gewalt als auch der steigenden Zahlen bewusst zu sein.

AUSWIRKUNGEN SEXUALISierter GEWALT ERKENNEN

Die Auswirkungen von sexualisierter Gewalt auf die Betroffenen sind vielschichtig. Sexualisierte Gewalt hinterlässt tiefgreifende Spuren, seelisch und körperlich. Neben körperlichen Verletzungen und Infektionen können sich auch somatoforme Störungen entwickeln, die sich in der urologischen Praxis etwa durch Schmerzen, Harndrangstörungen oder sexuelle Dysfunktionen äußern, für die sich keine ausreichende organische Ursache finden lässt. Diese Symptome sind real, belastend und Ausdruck einer tiefgreifenden seelischen Verletzung.

Häufig treten auch dissoziative Symptome auf. Merkmale wie Erinnerungslücken, das Sich-Abspalten oder das Gefühl, das eigene Leben laufe wie ein fremder Film ab, sind nicht selten und stellen eine Schutzreaktion des Gehirns auf extreme Belastung dar. Diese Abspaltung kann als erste Bewältigungsstrategie verstanden werden, die es dem Betroffenen ermöglicht, das Erlebte zumindest kurzfristig zu verdrängen.

Die Reaktionsweisen sind abhängig vom Ausmaß und der Dauer der Misshandlung, aber auch von der individuellen Resilienz oder der Anwesenheit von Menschen, die unterstützt oder beschützt haben.

Für Urolog:innen bedeutet dies, gerade bei unklaren Beschwerden auch psychosoziale Belastungen in Betracht zu ziehen und gegebenenfalls interdisziplinär mit Psychotherapeut:innen oder Traumaambulanzen zusammenzuarbeiten.

Eine achtsame Anamnese, die Raum für das Erleben der Patient:innen lässt, kann helfen, Zusammenhänge zu erkennen und eine angemessene Versorgung zu ermöglichen.

WENN DER KÖRPER NICHT VERGISST: REAKTIONEN NACH SEXUELLER ODER SEXUALISierter GEWALT



Dieses Kapitel zeigt, wie der Körper auf belastende Erfahrungen reagieren kann und warum diese Reaktionen wichtig für den Heilungsprozess sein können. Die Beschwerden können Ausdruck eines körperlichen Versuchs sein, das Erlebte zu verarbeiten. Im Folgenden wird dargestellt, wie sich traumatische Erfahrungen, insbesondere die Erfahrung der sexuellen oder sexualisierten Gewalt, körperlich äußern können.

A photograph of a woman with long brown hair, wearing a white shirt and dark blue pants, sitting and looking down with her hands clasped. A large blue circle is overlaid on the image, containing white text.

KÖRPERLICHE UND
FUNKTIONALE
BESCHWERDEN
KÖNNEN AUSDRUCK
EINES KÖRPERLICHEN
VERSUCHS SEIN,
DAS ERLEBTE ZU
VERARBEITEN.

KÖRPERLICHE TRAUMAFOLGEN IM UROGENITALBEREICH

Sexuelle oder sexualisierte Gewalt kann, wie wir nun wissen, tiefgreifende Spuren hinterlassen. Viele Betroffene erleben körperliche Reaktionen, die sie sich zunächst nicht erklären können. Diese Reaktionen sind Ausdruck eines Traumas, das im Nervensystem und Körpergedächtnis verankert ist. Im Grunde handelt es sich um biologische Schutzmechanismen, die in einer extremen Bedrohungssituation aktiviert wurden und weiterwirken.

Die Fight-Flight-Freeze-Reaktion, also die Schutzmechanismen des Körpers, die bei traumatischen Erfahrungen aktiviert werden, können später als überschießende Alarmreaktionen wieder auftreten. Viele Betroffene erleben deshalb im Alltag plötzliches Erstarren, Fluchtimpulse oder kämpferische Anspannung, obwohl objektiv keine Gefahr mehr besteht. Dies kann sich auch körperlich manifestieren.



WIE DER KÖRPER TRAUMATA AUSDRÜCKT

Verspannungen

„Freeze“-Reaktionen

**Schmerzen beim
Geschlechtsverkehr**

**Taubheit oder
Überempfindlichkeit
im Genitalbereich**

Schmerzen bei der Miktion

Inkontinenz

MUSKULÄRE ERSTARRUNG: AKUT UND CHRONISCH

In der akuten Bedrohungssituation reagiert der Körper häufig mit einer reflexhaften muskulären Immobilität – einem neurobiologisch verankerten „Freeze“ oder „Totstellreflex“. Die Erstarrung dient dem Selbstschutz, kann aber Spuren im Körper hinterlassen. Traumatische Erfahrungen werden häufig im somatischen Gedächtnis gespeichert und äußern sich später in Form chronischer Muskelverspannungen, Schmerzsyndromen oder Sensibilitätsstörungen, im Übrigen häufig im Bereich des Beckenbodens und des Unterbauchs. Der Körper vergisst nicht.

Die Psychologin Francine Shapiro beschrieb, dass traumatische Erinnerungen im Nervensystem „unverarbeitet“, im Grunde „eingefroren“ gespeichert bleiben. (13) Bestimmte Reize oder Erinnerungen in bestimmten Situationen können Flashbacks auslösen. Die körperliche Reaktion kann sich darüber hinaus chronifizieren.

Chronifizierte körperliche Reaktionen umfassen unter anderem:

- Muskuläre Hypertonie, also ein Zustand erhöhter Muskelspannung (Muskeltonus), der über das normale Maß hinaus geht. Dies ist im Grunde eine Abwehrspannung und ein Totstellreflex.
- Funktionelle Schleimhautreaktionen, Schmerzen, Reizungen oder Entzündungen ohne infektiöse Ursache.
- Vermeidungsverhalten gegenüber körperlicher Nähe oder auch medizinischer Untersuchungen.

Diese Symptome sind Ausdruck einer persistierenden neurovegetativen Alarmbereitschaft und sollten im Kontext traumasensibel eingeordnet werden.

SENSORISCHE DISSOZIATION: TRENNUNG VON KÖRPERWAHRNEHMUNG UND PHYSISCHER GEWALT

In traumatischen oder stark belastenden Situationen kann es zu Dissoziationen kommen, einem psychischen Schutzmechanismus, bei dem die Verbindung zwischen körperlicher Wahrnehmung und emotionaler Verarbeitung vorübergehend unterbrochen wird. Die Betroffenen „spalten sich innerlich ab“. Diese Reaktion dient dem Überleben in Extremsituationen, kann jedoch zu anhaltenden Veränderungen im Körpererleben führen. Es entsteht ein Gefühl der Entfremdung, häufig einhergehend mit einem Verlust von Kontaktfähigkeit.

Typische Symptome einer sensorischen Dissoziation sind:

- Taubheit oder Überempfindlichkeit im Urogenitalbereich, verändertes Schmerzempfinden
- Depersonalisation (das Gefühl, „nicht im eigenen Körper zu sein“)
- Gestörte Raum- und Zeitwahrnehmung

Diese Reaktionen sind Schutzmechanismen, die helfen sollten, das Un-erträgliche auszublenden; sie persistieren häufig und verändern damit das Körpergefühl dauerhaft.

Dies zeigt sich dann in dissoziativen Symptomen wie Taubheit, Hyperästhesien oder dem Gefühl der Körperfremdheit und können damit häufig als somatoforme oder funktionelle Störungen gewertet werden.

Eine sorgfältige Anamnese mit Fokus auf Traumaerfahrungen, psychische Komorbiditäten und subjektives Körpererleben ist essenziell.

UNTERSUCHUNG ALS SYMPTOMAUSLÖSER: EMPFOHLENE DIAGNOSTIK

Erste deutliche Hinweise ergeben sich oft bei der Nachfrage nach der akuten Symptomauslösung: manchmal ist es eine zufällige erneute Konfrontation mit Täter:innen oder den Täter:innen ähnliche Personen, es können Gerüche sein und Bilder mit Erinnerungsgehalt an das Trauma. Manchmal kommt ein Flashback durch ärztliche Untersuchungen, wie beispielsweise die Zystoskopie oder die rektale Untersuchung; manchmal reicht als Symptomauslöser nach schwerem Vertrauensmissbrauch schon einfaches Berühren und erst recht das Ausgeliefertsein in einem Untersuchungsraum. Um die Vielfalt dissoziativer Symptome zuverlässig zu erfassen, stehen verschiedene wissenschaftlich geprüfte Instrumente zur Verfügung. Dazu gehören strukturierte Interviews sowie Fragebögen, die sowohl der diagnostischen Einordnung als auch der Verlaufsbeurteilung dienen.

Empfohlene Instrumente zur Diagnostik sind u. a.:

- SKID-D (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-Dissoziation)
- FDS (Fragebogen zu dissoziativen Symptomen)
- DSS (Dissoziations-Spannungs-Skala) (14)

Zur Anwendung der beispielhaft genannten Diagnoseinstrumente und weil dissoziative Symptome häufig organische Beschwerden imitieren, ist es geboten, in diesen Fällen interdisziplinär mit einer Psychiater:in oder mit einer Psychotherapeut:in zusammen zu arbeiten.

Psychiater:innen können helfen psychogene Ursachen zu identifizieren und von neurologischen Erkrankungen abzugrenzen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit erleichtert die Differenzialdiagnose, die im Fall von dissoziativen Symptomen in der Regel erforderlich ist. **Die Behandlung dissoziativer Symptome erfordert dann ohnehin in jedem Fall psychotherapeutische Verfahren, die außerhalb des urologischen oder gynäkologischen Fachgebiets liegen.**





VIELE KÖRPERLICHE
SYMPTOME KÖNNEN
IHRE WURZEL IN
TRAUMATA HABEN.

ES LOHNT SICH,
GENAU HINZUSCHAUEN.



PSYCHISCHE FOLGEN: ANGST, SCHAM UND RÜCKZUG

Sexualisierte Gewalt kann tiefgreifende psychische Traumatisierungen verursachen, die sich in komplexen körperlichen, emotionalen und psychosozialen Reaktionen manifestieren. (15)

Missbrauch findet häufig im vertrauten familiären Kontext statt und ist damit ein schlimmster, irritierender, nicht einzuordnender Vertrauensbruch. (16) Dies beeinflusst das Selbstbild und beeinträchtigt in hohem Maße das Vertrauen in andere Menschen und in das Leben.

So persistieren die Symptome eines dauerhaften „Kampf-Flucht“ Modus mit erhöhter Wachsamkeit, Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit und Ängstlichkeit, motorischer Anspannung und Überreaktion, Schweißausbrüchen, Pulsbeschleunigung und weiteren Symptomen einer persistierenden Dysbalance des vegetativen Nervensystems.

Es bleibt ein anhaltendes unterschwelliges Gefühl von Bedrohung, selbst wenn die Gefahr längst vorüber ist. Die traumatisierende Situation ist eingefroren und der Mensch betrachtet die Welt vornehmlich nur noch aus diesem Blickwinkel.

In die urologische Praxis kommen diese Menschen wegen ihrer somatischen Beschwerden, die nach sexuellem Missbrauch typischerweise vor allem in den Urogenitalbereich projiziert werden. Verhaltensauffällig sind sie durch ihr ängstlich misstrauisches Verhalten, ihre Schutzreaktionen auf leichteste körperliche Annäherung und ihre häufig dramatischen Reaktionen bei invasiver Diagnostik wie etwa rektale Untersuchung und Zystoskopie.

Typische psychische Reaktionen sind:

- Angstzustände: generalisierte Angst, Panikattacken, Hypervigilanz (übermäßige Aufmerksamkeit gegenüber der Umgebung), Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit, Schlafprobleme etc.
- Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)
- Scham und Schuldgefühle
- Sozialer Rückzug und Misstrauen bis hin zur Soziophobie und Beziehungsunfähigkeit
- Somatoforme Schmerzstörungen, insbesondere im urogenitalen Bereich, ohne organischen Befund
- Identitätsveränderungen, das Gefühl der Entfremdung oder „nicht mehr dieselbe Person zu sein“



Das frühzeitige Erkennen psychischer Traumafolgen ist für die urologische und gynäkologische Praxis von hoher klinischer Relevanz. Insbesondere bei Patient:innen mit unklaren urogenitalen Beschwerden, die nicht durch organische Befunde erklärbar sind, sollte eine psychische Mitbeurteilung in Erwägung gezogen werden.

Traumafolgebedingte Symptome wie Schmerzstörungen, Scham, Rückzug oder das Gefühl der Entfremdung können somatische Krankheitsbilder überlagern oder imitieren. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ermöglicht eine differenzierte Diagnostik und verhindert unnötige oder sogar kontraproduktive somatische Interventionen.

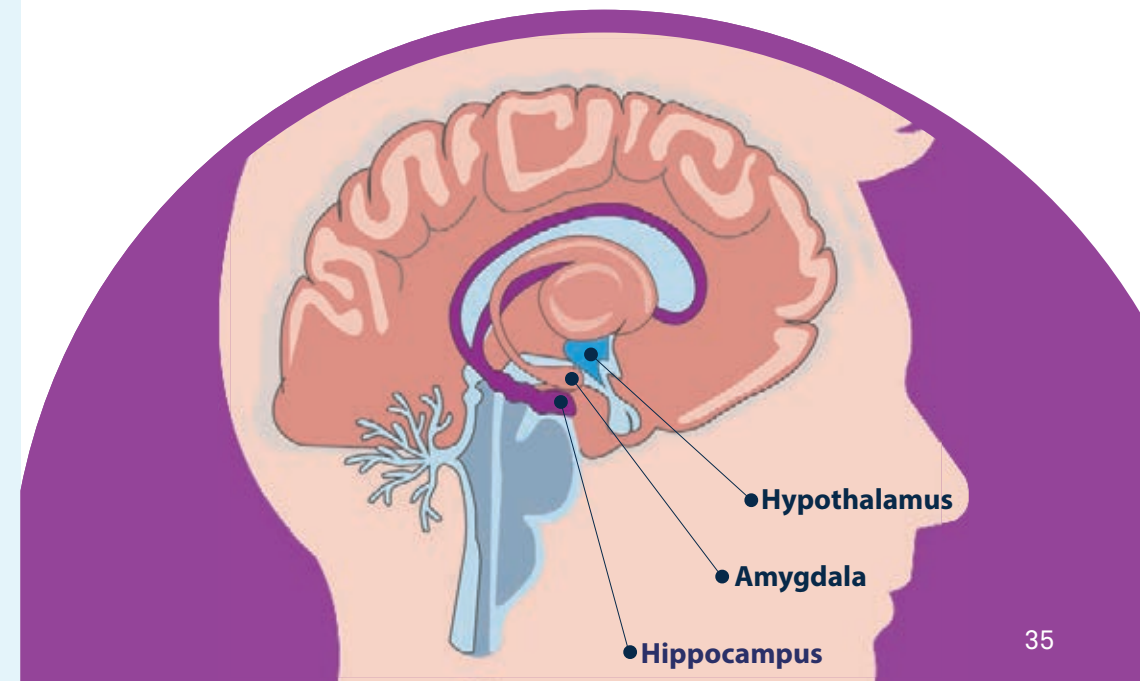
Dabei ist eine traumasensible Gesprächsführung essenziell, um Vertrauen aufzubauen und eine mögliche Traumatisierung behutsam zu explorieren. Häufig ist schon eine schlichte Beobachtung der Symptome und Spiegelung derselben ein Türöffner für Offenheit der Patient:innen, die sich erstmals verstanden und gesehen fühlen. Dem Trauma wird möglicherweise zum ersten Mal eine Sprache gegeben (außerhalb der Körpersprache). Dies kann der Anfang des Weges aus der Dissoziation sein.

Technisch stehen validierte Screening-Instrumente wie der FDS oder die DSS zur Verfügung, auf die bereits eingegangen worden ist, wesentlich ist jedoch die einfühlsame vorsichtige Begegnung und absolute Verlässlichkeit im Umgang mit der Patient:in. Für Urolog:innen, dies sei gesondert erwähnt, ist die Therapie häufig jedoch nur mit psychotherapeutischer Unterstützung der Patient:innen zu bewältigen.

NEUROBIOLOGISCHE VERÄNDERUNGEN: WENN DAS GEHIRN NICHT ABSCHALTET

Traumatische Erfahrungen können zu strukturellen und funktionellen Veränderungen im Gehirn führen. Besonders betroffen sind der **Hippocampus**, zuständig für Gedächtnis und zeitliche und räumliche Einordnung, sowie die **Amygdala**, das zentrale Angst- und Gefahrenzentrum.

Chronischer Stress, sexualisierte Gewalt, sexueller Missbrauch, chronisch desorganisierte Bindungen ohne Aufbau einer zwischenmenschlichen Vertrauensbasis können, neben den beschriebenen Auswirkungen auf das autonome Nervensystem auch zu einer Volumenminderung des Hippocampus und einer Hyperaktivität der Amygdala führen. (17) Die Folge ist eine persistierende Alarmbereitschaft des Körpers, auch in sicheren Situationen, die zu weiterem chronischen Stress führt. Betroffene haben Schwierigkeiten, zwischen vergangenen und aktuellen Erfahrungen zu unterscheiden, was ein zentrales Merkmal der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) darstellt. (18)





PSYCHOTISCHE SYMPTOME: WENN DIE REALITÄT ZERBRICHT

In schweren Fällen kann es zu psychotischen Reaktionen kommen. (19) Die Dosis-Wirkungs-Beziehung ist gut belegt: je mehr traumatische Erfahrungen, desto höher das Risiko für eine psychotische Entwicklung. Auch emotionale Vernachlässigung spielt eine Rolle.

Zu den psychotischen Symptomen zählen u.a.:

- Realitätsverzerrung oder Realitätsverlust
- Akustische Halluzinationen (z. B. Stimmenhören)
- Paranoide Wahrnehmungen (z. B. Verfolgungswahn)

Diese Symptome sind Ausdruck einer massiven psychischen Überforderung und bedürfen einer sofortigen psychiatrischen Mitbeurteilung und Behandlung. Sie treten häufig im Rahmen komplexer PTBS (Posttraumatischer Belastungsstörung) oder dissoziativer Störungen auf und erfordern eine differenzierte Diagnostik.

DIE BLASE ALS SPIEGEL DER SEELE: UROGENITALE FUNKTIONSTÖRUNGEN ALS SOMATISCHE LANGZEITFOLGE



Wie beschrieben, können traumatische Erfahrungen, somatische Langzeit-Folgereaktionen herbeiführen, insbesondere urologische Symptome. Sie sind Ausdruck einer körperlichen Reaktion auf ein seelisches Trauma. Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die klinischen Erscheinungsformen solcher Beschwerden im urologischen Kontext.



SCHMERZSYNDROME IM BECKENBEREICH

Chronische Schmerzsyndrome im Beckenbereich sind ein häufiges urologisches Beschwerdebild bei Patient:innen mit Erfahrungen sexualisierter Gewalt. Die Symptome sind häufig funktioneller Natur. Sie zeigen sich zum Beispiel als Verspannungssyndrome oder sie entziehen sich als somatoforme Störung einer rein organischen Erklärung.

Die Talgie (chronische Unterbauchschmerzen ohne strukturellen Befund) kann Ausdruck vegetativer Dysregulation, muskulärer Verspannung oder psychischer Belastung sein. Sie ist letztlich ein Kombinationsbild aus einem nicht ausbalancierten vegetativen Nervensystem mit überbetontem Sympathikotonus, kombiniert mit Überspannung in unterschiedlichen Muskelgruppen des Becken als Pendant des „Fight-Flight-Freeze“ Reaktionsmusters.

Die Algurie (Schmerzen beim Wasserlassen) tritt häufig im Rahmen einer Reizblase oder als Folge einer erhöhten Muskelspannung im Beckenboden auf. Hier ist die Abgrenzung zu infektiösen Ursachen sowie zu interstitieller Zystitis von Bedeutung.

Die Beckenbodenmyalgie manifestiert sich durch palpatorisch erfassbare Verspannungen der Beckenbodenmuskulatur, die zu lokalisierten oder ausstrahlenden Schmerzen führen können. Eine manuelle Untersuchung ist oft schon ausreichend aussagefähig, kann aber auch durch Anwendung von EMG-gestützter Diagnostik ergänzt werden.

Das Urethralyndrom ist gekennzeichnet durch brennende oder stechende Schmerzen in der Harnröhre. Patient:innen vergleichen den Schmerz mitunter mit Messerstichen in der Harnröhre, anfallsartig oder krampfartig. Dies bleibt meistens ohne mikrobiologischen Nachweis eines Infektes. Dieses Symptom ist ein besonders schmerzhaftes Spannungssyndrom, im Kontext von unbewussten traumatischen Konflikten mit unkontrollierbarer Spastik im Urethralbereich. Es ist eine klassische Traumafolge nach sexuellem Missbrauch. Das Urethralyndrom kann aber auch ein psychisch unbewusst getriggelter, symbolischer muskulärer Haltere reflex

bei Verlustängsten um nächste Angehörige und liebste Menschen sein. Bei Befragung nach dem Beginn des Symptoms zeigt sich oft eine Koinzidenz des Symptoms mit Verlustängsten um geliebte Menschen, häufig gepaart mit Überforderungsgefühlen und ambivalenter Wut: „Ich liebe sie und könnte sie zum Mond schießen“.

Das Urethralyndrom tritt auch psychosomatisch getriggert bei Menschen unter extremem Leistungsdruck auf, mit Angst „nicht zu genügen und den Job zu verlieren“, häufig gepaart mit Wut und Selbstzweifeln.

Aus dem Gesagten ergibt sich die Notwendigkeit einer üblichen urologischen Ausschlussdiagnostik und eine sensible Gesprächsführung, um mögliche traumatische oder konfliktreiche Hintergründe und Auslöser zu erfassen. Gesprächsöffner ist, wie so oft, die ärztlich vorsichtige, einfühlsame Spiegelung und Beschreibung der dargebotenen Körpersprache. Ziel ist es, die Beschwerden ganzheitlich zu erfassen und individuell angepasste Behandlungsstrategien zu entwickeln, die sowohl körperliche als auch seelische Aspekte berücksichtigen.



CHRONISCHE VERSPANNUNGS- SYNDROME IM KLEINEN BECKEN

Verspannungssyndrome im Bereich des kleinen Beckens chronifizieren häufig, insbesondere bei Patient:innen mit traumatischen Vorerfahrungen.

Die Symptome sind meist funktioneller Natur und reichen von Schmerzen im Dammbereich über Miktionsstörungen bis hin zu sexuellen Funktionsstörungen. Eine differenzierte Diagnostik ist essenziell, da organische Pathologien häufig ausgeschlossen werden können und die Beschwerden auf muskuläre, vegetative oder psychosomatische Ursachen zurückzuführen sind.

Viel diskutiert ist das sogenannte **Prostatitisyndrom**, eine leider sehr häufig gestellte Diagnose, bei der es sich eigentlich primär um eine Beckenbodenmyalgie handelt. 10% der Männer sind von dieser Diagnose betroffen. Tatsächlich handelt es sich nur bei wenigen Männern um eine bakterielle Prostatitis. In der NIH-Klassifikation wird zwischen entzündlichen (Typ IIIa) und nicht entzündlichen Formen (Typ IIIb) unterschieden. (20)

Bei der rektalen Palpation, die oft als sehr schmerzhaft empfunden wird, findet sich eine pralle, „gestaute“ Prostata. Der Analbereich und die Beckenbodenmuskulatur sind maximal verspannt, oft überlagert von neurogener Sensitivierung und vegetativer Dysregulation. Daraus resultieren Schmerzen und Druckgefühle im Dammbereich, häufig eine **Pollakisurie** und **Dysurie** oder **Erektionsstörungen**.

Dieses **chronifizierte Beckenschmerzsyndrom (CPPS)** ist typischerweise häufig primär ohne Nachweis einer Infektion oder Entzündung. Eine trotzdem durchgeführte Antibiose ist folglich sinnlos. Die Pathogenese ist multifaktoriell, im Vordergrund steht das Verspannungssyndrom auf der Basis traumatisierender Erfahrungen und auf dem Bedürfnis nach Kontrolle „über das Leben“: symbolisch werden die Halte- und Kontrollmuskeln im kleinen Becken angespannt. Folgesymptome sind gegebenenfalls funktionelle Obstruktionen. Überlagert ist dieses Symptom oft durch vegetative Reaktionen.

Es ist zu beobachten, dass es häufig sehr gewissenhafte, tendenziell zwanghaftere Menschen (Angstabwehr) sind, deren Lebensprinzip sich dem Leitgedanken „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser“ annähert.

Auch bei Frauen zeigt sich eine Verspannung des kleinen Beckens häufig als Folge chronischer Anspannung. Diese kann sich in Form von Druckgefühl, ziehenden Schmerzen oder Missempfindungen äußern, die oft in Ruhe auftreten und durch körperliche Aktivität nur temporär gelindert werden. Die Beschwerden sind häufig mit myofaszialen Triggerpunkten, Beckenbodenmyalgien und einer erhöhten Muskelspannung verbunden. Die Diagnostik erfolgt primär durch Ausschluss organischer Ursachen.

METHODEN DER DIAGNOSTIK

- 1 Urologische Basisuntersuchungen (Urinanalyse, Sonographie, ggf. Zystoskopie)
- 2 Palpation des Beckenbodens zur Erfassung von Triggerpunkten und Muskeltonus
- 3 EMG-gestützte Funktionsdiagnostik
- 4 Psychosoziale Anamnese zur Erfassung stressbedingter oder traumatischer Belastungen
- 5 Bei Männern — die 4-Gläser-Methode (Viergläserprobe oder Four-Glass Test) zur Differenzierung zwischen bakterieller und abakterieller Prostatitis.
- 6 Bei Frauen — vaginale Untersuchungen zur Beurteilung des Muskeltonus und der Schleimhautverhältnisse

Die Therapie chronischer Verspannungssyndrome im kleinen Becken sollte multimodal und individuell angepasst erfolgen.

Bewährt haben sich folgende Therapiemethoden:

THERAPIEMETHODEN CHRONISCHE VERSPANNUNGSSYNDROME

- 1 Physiotherapie des Beckenbodens, inklusive Biofeedback, Triggerpunktbehandlung und Entspannungstechniken, aber **cave!** für schwer traumatisierte Menschen oft unmöglich
- 2 Medikamentöse Schmerzmodulation, z. B. mit trizyklischen Antidepressiva oder Phytotherapeutika
- 3 Psychotherapeutische Begleitung, insbesondere bei Verdacht auf psychosomatische Genese oder traumatische Vorerfahrungen
- 4 Psychoedukation und Stressmanagement, zur Förderung der Selbstwirksamkeit und Reduktion vegetativer Übererregung

Das **frühzeitige Erkennen** und die **ganzheitliche Behandlung** dieser Beschwerden können nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen verbessern, sondern auch chronische Verläufe und sekundäre psychische Belastungen verhindern.



SEXUALSTÖRUNGEN

Sexualstörungen zählen zu den häufigen, jedoch oft tabuisierten Folgeproblemen nach sexualisierter oder sexueller Gewalt. Die klinischen Ausprägungen sind vielfältig und reichen von Schmerzen beim Geschlechtsverkehr über Vermeidungsverhalten bis hin zu Störungen der sexuellen Erregbarkeit und des Verlangens. Eine differenzierte Diagnostik ist essenziell, da organische, funktionelle und psychogene Faktoren häufig ineinandergreifen.

Dyspareunie bezeichnet wiederkehrende oder persistierende Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, die nicht ausschließlich durch organische Pathologien erklärbar sind, wie etwa Entzündungen, Narbenbildungen, Endometriose. Neben entzündlichen oder hormonellen Ursachen spielen muskuläre Hypertonie des Beckenbodens sowie Schleimhautüberempfindlichkeit eine zentrale Rolle.

Die diagnostische Abklärung umfasst eine gynäkologische Untersuchung, Beurteilung des Beckenbodentonus, pH-Wert-Analyse, Hormonanalyse, ggf. transvaginale Sonographie sowie die Anwendung validierter Fragebögen wie den Female Sexual Function Index (FSFI).

Vaginismus ist durch eine unwillkürliche Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur gekennzeichnet, die eine vaginale Penetration erschwert oder verhindert. Die ICD-11 fasst Vaginismus und Dyspareunie unter dem Begriff „Genito-pelvine Schmerz-Penetrations-Störung“ zusammen.

Die diagnostische Abklärung erfolgt durch manuelle Palpation, EMG gestützte Funktionsanalyse und eine ausführliche psychosoziale Anamnese.

Libidostörungen manifestieren sich als verminderte sexuelle Motivation oder als vollständiger Verlust sexuellen Verlangens. Sie treten häufig infolge traumatischer Erfahrungen, depressiver Episoden oder medikamentöser Einflüsse auf. Eine differenzierte Abklärung sollte psychische Komorbiditäten, hormonelle Dysregulationen und partnerschaftliche Dynamiken berücksichtigen. Auch psychogene Faktoren wie Scham, Angst oder gestörte Körperwahrnehmung können Gründe für die Libidostörung sein.

Orgasmusstörungen betreffen die Fähigkeit, einen Orgasmus zu erreichen oder als befriedigend zu erleben. Sie können durch Angst, Scham, gestörte Körperwahrnehmung oder neurophysiologische Veränderungen bedingt sein. Bei männlichen Betroffenen sind Ejaculatio praecox und sexuelle Aversionen häufige Ausdrucksformen psychischer Belastung. Auch hier sind eine sensible Gesprächsführung und die Berücksichtigung traumatischer Vorerfahrungen unerlässlich.

Die Behandlung sexualbezogener Funktionsstörungen im Kontext traumatischer Erfahrungen erfordert einen interdisziplinären Ansatz: Psychotherapeutische Interventionen, insbesondere traumazentrierte Verfahren (z. B. EMDR, IRRT, CBASP).

Die therapeutische Zielsetzung liegt in der Wiederherstellung sexueller Autonomie, der Reduktion von Schmerz und Angst sowie der Förderung eines positiven Körpererlebens.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN TRAUMAZENTRIERTE VERFAHREN

- 1 Sexualtherapie mit Fokus auf Körperwahrnehmung, Kommunikation und Re-Integration positiver sexueller Erfahrungen
- 2 Physiotherapie des Beckenbodens, ggf. mit Biofeedback und Desensibilisierungstraining
- 3 Medikamentöse Therapie bei komorbiden affektiven Störungen
- 4 Psychoedukation und Paarberatung, sofern gewünscht und indiziert

FUNKTIONELLE UROLOGISCHE BESCHWERDEN IM KONTEXT TRAUMATISCHER ERFAHRUNGEN



Sexualisierte Gewalt betrifft häufig den Intimbereich – einen besonders vulnerablen Körperbereich mit hoher somatischer und emotionaler Sensibilität. Funktionelle urologische Beschwerden, die ohne organpathologischen Befund auftreten, sind bei Betroffenen keine Seltenheit und können Ausdruck einer komplexen psychophysischen Reaktion auf traumatische Erlebnisse sein.



HÄUFIGE BESCHWERDEBILDER

Zu den häufig beobachteten Symptomen zählt der **Harnverhalt**, bei dem die Blase nicht oder nur unvollständig entleert werden kann. Neben neurogenen und organisch bekannten Ursachen sind psychogene Faktoren in Betracht zu ziehen.

Die psychogen induzierte **Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie** mit der Folge **Blasenkoordinationsstörung** bis hin zur **Überlaufinkontinenz** ist eine vegetative Fehlsteuerung des autonomen Nervensystems, oft überlagert von maximaler Verspannung im Bereich der Beckenbodenmuskulatur und auffälligem psychischen Verhalten.

Symbolisch ist diese Form der Körpersprache ein möglicher Ausdruck für die beschriebene „Freeze-Reaktion“, oft muss man sie zusätzlich als Symbol für ein angstvolles „Kontrolle-halten-wollen“ sehen. Hintergrund kann eine Traumafahrung sein.

Der Blasenverschluss ist ein wichtiger Kontrollmechanismus, der sich in der frühen Kindheit – meist zwischen dem zweiten und fünften Lebensjahr – durch die Entwicklung der Muskelkontrolle und des Körpergefühls für Ausscheidungen herausbildet. Er steht symbolisch auch für das Erleben von Selbstwirksamkeit.

Die diagnostische Abklärung erfolgt in der Regel mittels Sonographie zur Restharnbestimmung, Uroflowmetrie und gegebenenfalls Elektromyographie. Von immenser Bedeutung ist ein behutsames und entspannendes Therapeut:innenverhalten, da im Zweifelsfall zunächst notgedrungen eine Katheterisierung durchgeführt werden muss.

Auch **Harninkontinenz**, sowohl in Form nächtlicher (**Enuresis nocturna**) als auch tagsüber auftretender Enuresis (**Enuresis diurna**), kann psychogen bedingt sein – selbst im Erwachsenenalter. Neben der traumainduzierten Dissoziation spielt auch die zuvor beschriebene Dysbalance des autonomen Nervensystems, insbesondere am „Erforgsorgan“ Blase, eine zentrale Rolle. Hinzu kommen posttraumatisch anhaltende muskuläre Verspannungen im Unterbauch und kleinen Becken, die die korrekte Steuerung der Blasenfunktion erheblich beeinträchtigen können.



DIE UNTERSCHIEDLICHEN
BESCHWERDEBILDER
KÖNNEN AUSDRUCK FÜR
DIE FLIGHT-FIGHT-FREEZE
REAKTION SEIN.

Eine sorgfältige Differenzierung zwischen organischen Ursachen, etwa einer neurogenen Blase, und funktionellen Störungen ist essenziell. Die Anamnese sollte explizit traumatische Vorerfahrungen berücksichtigen.

Die überaktive Blase, auch als Reizblase bezeichnet, äußert sich durch häufigen, plötzlichen Harndrang ohne Infektionsnachweis. Die zugrunde liegende Pathophysiologie kann nach Traumatisierung eine vegetative Dysregulation, chronische muskuläre Anspannung oder eine gestörte Wahrnehmung des Blasenfüllungszustands umfassen.

Die psychogene Inkontinenz zeigt sich als unkontrollierter Harnabgang und kann ebenfalls Ausdruck einer posttraumatischen Dissoziation sein.

Urethralesyndrom, die **Beckenbodenmyalgie** oder das **Prostatitisyndrom** sind durch muskuläre Verspannungen und vegetative Fehlregulation gekennzeichnet. Sie treten oft gemeinsam auf und lassen sich durch gezielte Palpation, manuelle Untersuchung und EMG differenzieren.

Die interstitielle Zystitis sowie **rezidivierende Zystitiden ohne bakteriellen Nachweis** stellen ebenfalls relevante Beschwerdebilder dar. Langfristig führen sie zu einer Schleimhautüberempfindlichkeit und konsekutiver Infektanfälligkeit. Psychogene Ursache und „organisches Entgegenkommen“ überlagern sich.

Die Behandlung dieser funktionellen Beschwerden erfordert ein traumasensibles, interdisziplinäres Vorgehen. Eine empathische Gesprächsführung ist ebenso wichtig wie die Vermeidung retraumatisierender diagnostischer Maßnahmen, etwa invasiver Untersuchungen ohne klare Indikation, möglichst auch ein Aussparen von invasiven Wiederholungsuntersuchungen.

Therapeutisch sind physiotherapeutische Maßnahmen zur Entspannung des Beckenbodens, gegebenenfalls unter Einsatz von Biofeedback und Elektrostimulation, möglich. Bei diesen Verfahren ist jedoch große Vorsicht geboten, da traumatisierte Patient:innen jede Form von Physiotherapie übergreifig empfinden können. Wichtiger sind deshalb zunächst vertrauensbildende Maßnahmen, psychotherapeutische Begleitung mit traumazentriertem Ansatz, ggf. medikamentöse Symptomlinderung sowie psychoedukative Maßnahmen zur Förderung von Selbstkontrolle und Körperwahrnehmung.

Die frühzeitige Erkennung und ganzheitliche Versorgung dieser Beschwerden können nicht nur die urologische Symptomatik lindern, sondern auch zur Stabilisierung der psychischen Gesundheit und zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

Die sogenannte Angstpolyurie beschreibt einen vermehrten Harndrang oder häufiges Wasserlassen, das durch psychische Anspannung, insbesondere durch Angstzustände, ausgelöst wird. Die Symptome treten typischerweise in belastenden Situationen auf, häufig auch im Kontext festgeschriebener verankerter traumatischer Erfahrungen und sind nicht mit infektiösen oder strukturellen Veränderungen der Blase verbunden. Die **diagnostische Abklärung** erfolgt über eine sorgfältige Anamnese, Ausschluss organischer Ursachen und die Erhebung psychosozialer Belastungsfaktoren. **Therapeutisch** sind Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie und ggf. medikamentöse Unterstützung angezeigt.



Der psychogene Harnverhalt stellt eine funktionelle Blasenentleerungsstörung dar, bei der die Patient:innen nicht in der Lage sind, die Blase willentlich zu entleeren, trotz fehlender mechanischer Obstruktion. Die zugrunde liegende Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie ist häufig mit chronischer Beckenbodenverspannung und emotionaler Blockade verbunden.

Die diagnostische Abklärung umfasst urodynamische Untersuchungen, EMG und eine psychosoziale Anamnese. **Therapeutisch** kommen physiotherapeutische Maßnahmen, Biofeedback und psychotherapeutische Verfahren zum Einsatz. Grundsätzlich ist ein traumasensibles, ganzheitliches Vorgehen immer entscheidend, um diese Beschwerden angemessen zu erfassen und einer wirksamen Behandlung zuzuführen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Urologie, Psychosomatik und Physiotherapie bildet dabei die Grundlage für eine nachhaltige Versorgung.

UNSPECIFISCHE REAKTIONEN IM GENITALBEREICH NACH TRAUMATISCHEN ERFAHRUNGEN

Bei Patient:innen mit Erfahrungen von sexualisierter Gewalt können sich im Genitalbereich unspezifische Beschwerden zeigen, die nicht eindeutig auf infektiöse oder organische Ursachen zurückzuführen sind. Diese Symptome sind häufig Ausdruck einer gestörten lokalen Regulation, vegetativer Dysbalance oder psychogener Reaktionsmuster und bedürfen einer sorgfältigen, traumasensiblen Abklärung.

Ein vermehrter **vaginaler Ausfluss (Fluor vaginalis)**, die unspezifische **Vaginitis** oder **Urethritis** äußern sich durch Reizungen, Brennen oder unangenehme Entzündungszeichen. Sie können durch eine gestörte Vaginalflora oder mechanische Irritationen ausgelöst sein, sind häufig aber auch eine psychosomatische Reaktion.

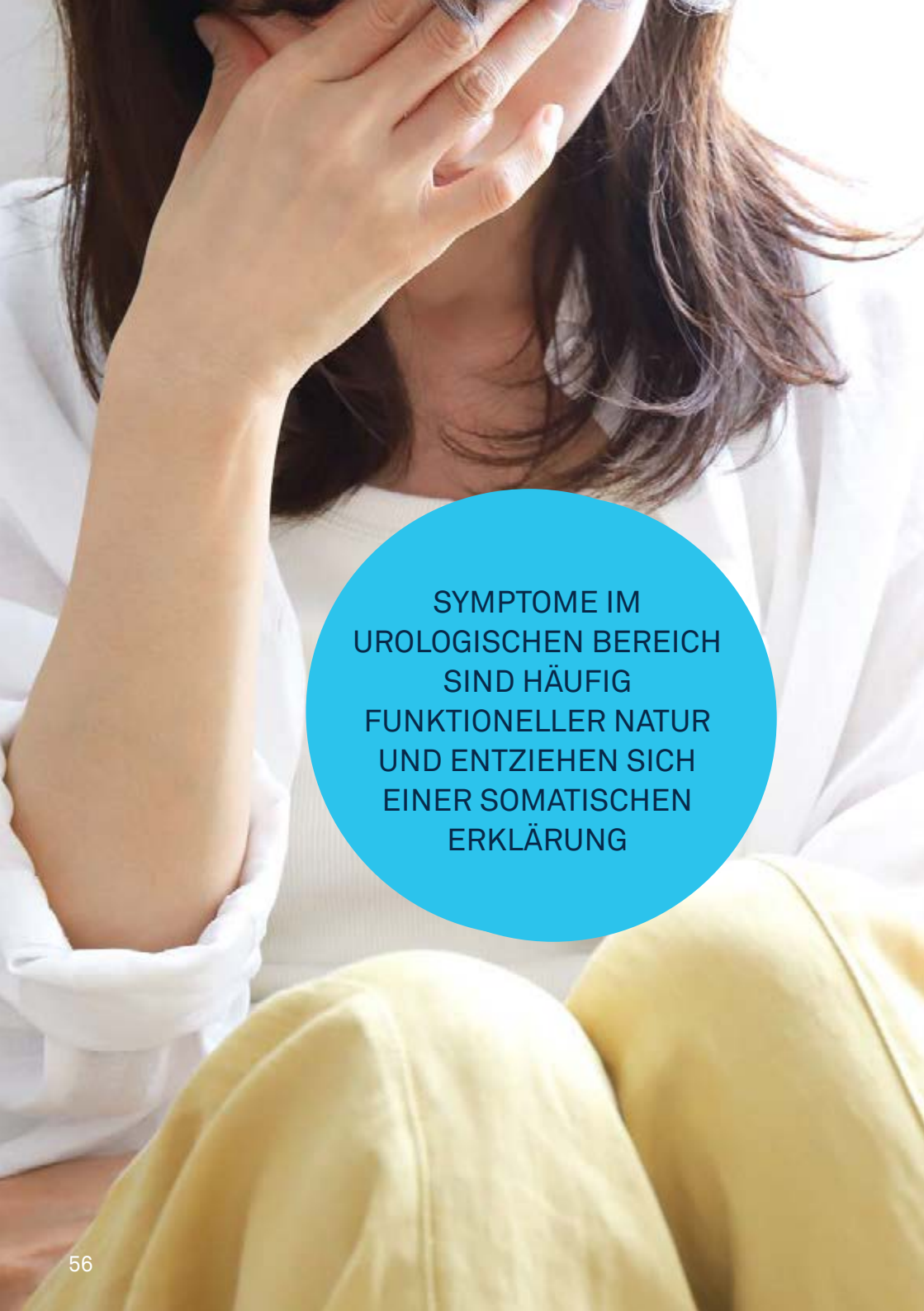
Die **diagnostische Abklärung** umfasst die Inspektion der Vulva und Vagina, ggf. Kolposkopie, pH-Wert-Bestimmung, Ausschluss sexuell übertragbarer Infektionen sowie die Erhebung psychosozialer Belastungsfaktoren.

Die Behandlung unspezifischer genitaler Beschwerden im Kontext traumatischer Erfahrungen sollte stets individuell und interdisziplinär erfolgen. Eine symptomatische Therapie ohne vorherige differenzierte Diagnostik ist zu vermeiden.

Die frühzeitige Erkennung und sensible Behandlung dieser Beschwerden können nicht nur zur Linderung der Symptome beitragen, sondern auch das Vertrauen in medizinische Versorgung stärken und einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der Patient:in leisten.

BEHANDLUNGSMAßNAHMEN

- 1 Traumassensible Gesprächsführung, die Raum für psychosoziale Belastungen lässt und invasive Diagnostik nur bei klarer Indikation vorsieht
- 2 Lokale Therapieansätze, z. B. mit östrogenhaltigen Präparaten bei Schleimhautatrophie oder probiotischen Vaginalzäpfchen zur Stabilisierung der Flora
- 3 Vermeidung irritierender Substanzen wie Intimsprays oder übermäßiger Hygieneprodukte
- 4 Psychotherapeutische Begleitung, insbesondere bei Verdacht auf psychosomatische Genese
- 5 Psychoedukation, um über physiologische Vorgänge und die Bedeutung vegetativer Reaktionen aufzuklären



SYMPTOME IM
UROLOGISCHEN BEREICH
SIND HÄUFIG
FUNKTIONELLER NATUR
UND ENTZIEHEN SICH
EINER SOMATISCHEN
ERKLÄRUNG

FAZIT: DER KÖRPER ERINNERT SICH

Psychosomatische Beschwerden sind bei Patient:innen mit traumatischen Vorerfahrungen keine Seltenheit. Die Symptome sind im urologischen Bereich häufig funktioneller Natur und entziehen sich einer rein somatischen Erklärung. (21) Die Störungen können häufig multifaktoriell bedingt sein und eine enge Verbindung zwischen vegetativen, muskulären und psychischen Prozessen darstellen. (22)

Eine differenzierte Diagnostik, die sowohl körperliche als auch psychische Faktoren berücksichtigt, ist essenziell für eine zielgerichtete Therapie.

Auch wenn keine organische Ursache gefunden wird, sind die Beschwerden real. Sie sind Ausdruck eines Körpers, der sich an das Trauma „erinnert“.

Eine traumasensible Haltung in der urologischen Praxis kann helfen, diese Signale zu verstehen und den Betroffenen einen Weg zur Heilung zu eröffnen.

TRAUMA ERKENNEN: SYMPTOME UND UROLOGISCHE BEFUNDE MIT VERDACHTSMOMENTEN AUF SEXUALISIERTE GEWALT



Die beschriebenen urologischen Beschwerden können Ausdruck tiefer seelischer Verletzungen sein. In der urologischen Praxis können sich Hinweise auf traumatische Erfahrungen in Form funktioneller Beschwerden, chronischer Schmerzsyndrome oder auffälliger Verhaltensweisen zeigen, die sich einer rein somatischen Erklärung entziehen. Die Herausforderung besteht darin, diese Signale zu erkennen, ohne zu interpretieren oder zu diagnostizieren, und dabei die Grenzen der ärztlichen Rolle zu wahren. Dieses Kapitel sensibilisiert für mögliche körperliche und psychosoziale Hinweise auf sexualisierte Gewalt und zeigt auf, wie eine traumasensible Haltung in der urologischen Versorgung zur Stabilisierung und Weitervermittlung beitragen kann.



TRAUMASENSIBLE HALTUNG UND VORGEHEN IN DER UROLOGISCHEN PRAXIS

Eine **traumasensible Haltung** bedeutet, Patient:innen mit potenziellen Gewalterfahrungen in einer Atmosphäre von Sicherheit, Respekt und Empathie zu begegnen. Sie basiert auf dem Verständnis, dass körperliche Symptome Ausdruck seelischer Belastungen sein können und medizinische Untersuchungen und Behandlungen – insbesondere im Intimbereich – retraumatisierend wirken können.

Traumasesensibles Vorgehen umfasst eine achtsame Kommunikation, transparente Information über diagnostische Schritte, das Einholen informierter Zustimmung und die Möglichkeit zur Mitgestaltung der Untersuchungssituation.

Ziel ist es, die Autonomie der Patient:innen zu stärken, Vertrauen aufzubauen und medizinische Versorgung als stabilisierenden Faktor erfahrbar zu machen. In der urologischen Praxis bedeutet dies auch, Symptome nicht vorschnell zu bewerten, sondern psychosoziale Belastungen als mögliche Ursache mit einzubeziehen und gegebenenfalls interdisziplinär weiterzuleiten.

Diese Haltung bildet die Grundlage für alle weiteren Schritte in der Versorgung, insbesondere für die strukturierte Anamnese, die sensible Erhebung möglicher Auslöser sowie die Gestaltung einer möglichst sicheren und respektvollen Untersuchungssituation.



ANAMNESE: LEBENSGESCHICHTLICHE HINWEISE

Ein sensibel geführtes Anamnesegespräch kann erste Hinweise auf mögliche traumatische Erfahrungen liefern, auch wenn diese von den Betroffenen selbst nicht offen angesprochen werden.

Besonders aufmerksam sollten Fachkräfte werden, wenn sich in der Biografie der Patient:in wiederkehrende psychosomatische Beschwerden ohne klare organische Ursache zeigen, urologische Symptome bereits seit der Kindheit bestehen oder eine auffällige sexuelle Entwicklung bzw. ein ungewöhnliches Scham- oder Vermeidungsverhalten gegenüber bestimmten Untersuchungen oder Gesprächsthemen erkennbar ist.

Weitere mögliche Hinweise können Brüche im Lebenslauf, Unfähigkeit einem Beruf nachzugehen, Schwierigkeiten im Aufbau stabiler sozialer Beziehungen, frühkindliche oder familiäre Belastungen (z. B. Gewalt oder Vernachlässigung), eine ausgeprägte Leistungsorientierung („Überfunktionalisieren“) oder auch psychiatrische Vorerkrankungen wie Angststörungen, Depressionen, Borderline-Störungen oder selbstverletzendes Verhalten sein. Auch stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen oder eine Vorgeschichte mit psychotischen Episoden können auf eine komplexe Traumatisierung hinweisen. In manchen Fällen zeigen sich auch Verhaltensmuster, die auf eine Wiederholung des Erlebten in Täterrollen hindeuten.

Die Anamnese ist dabei kein Ort der Offenlegung, sondern ein Raum für achtsames Zuhören und behutsames Verstehen. Voraussetzung hierfür ist das Erkennen und das behutsame, aber gezielte Nachfragen. Dabei ist es wichtig, nach sexualisierter Gewalt zu fragen. Offene Fragen, wie „Gibt es in Ihrer Biografie Ereignisse, über die Sie noch nie mit jemandem gesprochen haben?“ oder „Hatten Sie in der Kindheit traumatische Erlebnisse?“ können hier hilfreich sein.

Offene Fragen sollten im Anamnesegespräch zur Routine werden.



WICHTIG IST:
VIELE BETROFFENE SPRECHEN
NICHT OFFEN ÜBER IHRE
ERFAHRUNGEN. ES BRAUCHT GEDULD,
EMPATHIE UND EIN GESCHULTES
GESPÜR FÜR ZWISCHENTÖNE, UM
MÖGLICHE ZUSAMMENHÄNGE
ZWISCHEN UROLOGISCHER
SYMPTOMATIK UND TRAUMATISCHEN
ERLEBNISSEN ZU ERKENNEN - OHNE
ZU INTERPRETIEREN ODER ZU
PATHOLOGISIEREN.

TRIGGER ERKENNEN: SITUATIVE AUSLÖSER UROLOGISCHER BESCHWERDEN

Häufig treten bei Patient:innen mit traumatischen Erfahrungen die urologischen Beschwerden nicht kontinuierlich, sondern in bestimmten Situationen oder Kontexten auf. Spezifische Trigger können unbewusste Erinnerungen an das erlebte Trauma reaktivieren und körperliche Symptome auslösen, oft ohne dass den Betroffenen der Zusammenhang bewusst ist.

Besonders häufig zeigen sich Beschwerden im Rahmen körpernaher medizinischer Maßnahmen, etwa bei gynäkologischen oder urologischen Untersuchungen, physiotherapeutischen Behandlungen oder Körperübungen, die das Körperbewusstsein fördern sollen, wie etwa Beckenbodentraining oder Feldenkrais.

Auch intime Situationen, sexuelle Kontakte oder die Nähe zu einem/einer Partner:in, der/die Erinnerungen an den/die Täter:in wachruft, können Symptome wie Harndrang, Schmerzen oder Harnverhalt auslösen. Weitere Auslöser können bestimmte Gerüche, Fragen in psychotherapeutischen Gesprächen, stressreiche Lebensphasen oder auch scheinbar „grundlose“ Situationen sein, was die Betroffenen zusätzlich verunsichern kann.

In manchen Fällen treten Symptome reaktiv bei erneutem Täterkontakt oder bei Konfrontation mit belastenden biografischen Inhalten auf.

Für Ärzt:innen und Fachkräfte ist es wichtig, diese Zusammenhänge zu kennen und sensibel zu beobachten, ohne vorschnelle Interpretation. Die Beschwerden sind real und verdienen eine ernsthafte, traumasensible Betrachtung. Ein achtsamer Umgang mit potenziellen Auslösern kann dazu beitragen, das Vertrauen der Patient:innen zu stärken und eine stabilisierende Versorgung zu ermöglichen.



HÄUFIG TRETEN BEI
PATIENT:INNEN MIT
TRAUMATISCHEN
ERFAHRUNGEN
DIE UROLOGISCHEN
BESCHWERDEN NICHT
KONTINUIERLICH, SONDERN
IN BESTIMMTEN
SITUATIONEN
ODER KONTEXTEN AUF



■ UNTERSUCHUNGSSITUATION: WENN DIAGNOSTIK RETRAUMATISIERT

Körperliche Untersuchungen, insbesondere im urologischen Bereich, können für Patient:innen mit Erfahrungen sexualisierter Gewalt eine erhebliche Belastung darstellen. Was medizinisch notwendig erscheint, wird von Betroffenen nicht selten als bedrohlich oder übergriffig erlebt.

Die Reaktionen reichen von starker körperlicher Anspannung, Erstarrung oder einem brettharten Bauch über ängstliches Ausweichen und Schutzbewegungen in Bezug auf die zu untersuchenden Areale, etwa durch Abwehr, einer Drehbewegung oder ein Wegrutschen. Auch der vollständige Abbruch der Untersuchung ist möglich.

Invasivere Maßnahmen wie die Einführung eines Zystoskops oder rektale Untersuchungen sind oft kaum durchführbar und mit heftigen Schmerzäußerungen verbunden.

Möglich sind auch starke vegetative Symptome wie Herzrasen, Schweißausbrüche, geweitete Pupillen oder es können emotionale Ausbrüche auftreten, etwa Weinkrämpfe, Schreie oder das Sprechen mit Kinderstimme. Manche Patient:innen dissoziieren während der Untersuchung, wirken „nicht mehr da“ oder ziehen sich innerlich zurück. Sensomotorische Störungen, etwa eine unkoordinierte Blasenentleerung oder eine gestörte Sphinkterfunktion, sind ebenfalls möglich.

Das sichtbare Verhalten kann stark variieren: Einige Patient:innen erscheinen extrem zurückhaltend, andere wiederum ungewöhnlich fordernd oder aggressiv – beides kann Ausdruck eines tiefen inneren Konflikts sein.

Für medizinisches Fachpersonal ist es entscheidend, solche Reaktionen nicht als Widerstand oder mangelnde Kooperativität zu deuten, sondern als mögliche Hinweise auf traumatische Vorerfahrungen. Ein traumasensibler Umgang, geprägt von Achtsamkeit, Transparenz und Respekt, ist von zentraler Bedeutung.

Es ist wichtig im Blick zu haben, dass urologische und gynäkologische Diagnostik letztlich als übergriffig und als Reinszenierung des Missbrauchs wahrgenommen werden kann, mit allen damit verbundenen Körperreaktionen. Es ist unverzichtbar, den Patient:innen Zeit zur Orientierung und Erdung zu geben. Die Patient:innen müssen sich in Raum, Zeit und in der Situation zurechtfinden. Bei traumatisierten Patient:innen ist es von immenser Bedeutung, alles ausführlich zu erklären. Auch Wiederholungsuntersuchungen sollten unbedingt vermieden werden.

Ein respektvoller, traumasensibler Umgang mit Patient:innen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, ist keine Zusatzleistung, sondern ein zentraler Bestandteil guter medizinischer Praxis. Die beschriebenen Reaktionen sind Ausdruck tiefer seelischer Verletzungen und verdienen ein hohes Maß an Empathie, Geduld und fachlicher Achtsamkeit.

Wer als medizinisches Fachpersonal aufmerksam beobachtet, sensibel kommuniziert und bereit ist, Untersuchungen individuell anzupassen, schafft eine Atmosphäre des Vertrauens und damit die Grundlage für eine gelingende Diagnostik und Therapie.

TRAUMATHERAPIE: ZURÜCK INS LEBEN

Traumatherapie spielt eine zentrale Rolle, wenn urologische Funktionsstörungen im Zusammenhang mit belastenden oder traumatischen Erfahrungen stehen. Viele Betroffene erleben, dass der Körper – insbesondere der Becken- und Urogenitalbereich – auf Stress, Erinnerungen oder innere Anspannung reagiert, ohne dass eine organische Ursache vorliegt. Traumatherapeutische Ansätze helfen dabei, diese körperlichen Reaktionen zu verstehen, die Verbindung zwischen Psyche und Körper behutsam wahrzunehmen und schrittweise wieder Kontrolle und Sicherheit zurückzugewinnen.

TRAUMATHERAPIE: SCHRITT FÜR SCHRITT ZURÜCK INS LEBEN

Menschen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, zeigen nicht selten körperliche Beschwerden wie Schmerzen, Verspannungen oder Inkontinenz.

Diese Symptome sind keine Zeichen von Schwäche, sondern Ausdruck eines Körpers, der versucht, mit extremen Belastungen umzugehen. Eine traumasensible medizinische Versorgung nimmt diese Signale ernst und anerkennt die Zusammenhänge von psychischer Belastung und körperlichen Beschwerden. Körper und Psyche sind bei diesen Patient:innen gemeinsam zu behandeln.

Wenn Urolog:innen bei ihren Patient:innen Hinweise auf eine mögliche Traumatisierung erkennen, kann eine gezielte Weiterleitung an eine Psychotherapeut:in oder Psychiater:in entscheidend sein. Gerade bei komplexen Beschwerden ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unerlässlich, um sowohl körperliche als auch seelische Aspekte angemessen zu behandeln.

Im Folgenden werfen wir einen kurzen Blick auf die Grundzüge der Traumatherapie.

ELEMENTE DER TRAUMATHERAPIE

Die Traumatherapie umfasst in der Regel verschiedene therapeutische Ansätze, die individuell auf die Art und Schwere der Traumatisierung abgestimmt werden. Dabei wird ein phasenorientierter Ansatz verfolgt, der Sicherheit, Verarbeitung und Integration ermöglicht.

Phasen der Traumatherapie

1 Stabilisierung

Ziel ist es, ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle zurückzugewinnen. Patient:innen lernen, mit belastenden Emotionen umzugehen, sich zu beruhigen und ihren Körper bewusst wahrzunehmen. Methoden wie Achtsamkeit, Atemtechniken oder imaginative Verfahren (z. B. der „innere sichere Ort“) sind hier hilfreich.

2 Traumabearbeitung

In einem stabilen Zustand kann das Erlebte behutsam bearbeitet werden, stets im Tempo der Patient:innen. Ziel ist es, die emotionale Belastung zu reduzieren und die Selbstwirksamkeit zu stärken.

3 Integration

Das Trauma wird als Teil der Lebensgeschichte anerkannt, ohne das Leben zu dominieren. Die Patient:innen entwickeln neue Perspektiven, stärken ihr Selbstwertgefühl und lernen, mit Stress und körperlichen Reaktionen besser umzugehen.

UNTERSTÜTZENDE THERAPIEFORMEN UND METHODEN

- **Körperorientierte Verfahren** (z. B. Somatic Experiencing, sensomotorische Psychotherapie) zur Förderung der Selbstwahrnehmung und Regulation. Hier geht es auch darum, Spannungen zu lösen.
- **Achtsamkeitsbasierte Ansätze** wie MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) zur Stabilisierung und Stressbewältigung.
- **Kognitive Verhaltenstherapie** zur Bearbeitung dysfunktionaler Gedanken und Verhaltensmuster.
- **Gruppentherapie** zur sozialen Unterstützung und Normalisierung von Symptomen.



THERAPEUTISCHE VERFAHREN

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (23)

EMDR ist ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren der Traumatherapie, das zur Verarbeitung belastender Erinnerungen eingesetzt wird. Es basiert auf bilateraler Stimulation (z. B. Augenbewegungen), um traumatische Inhalte neu zu verarbeiten und emotional zu entlasten. Die Methode ist strukturiert in acht Phasen und integriert Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie.

Ego-State-Therapie (24)

Diese ressourcenorientierte und körpernahe Psychotherapieform arbeitet mit inneren Persönlichkeitsanteilen („Ego States“), die durch traumatische Erfahrungen abgespalten oder belastet sein können. Ziel ist die Integration dieser Anteile durch direkte Ansprache, imaginative Techniken und ggf. hypnotherapeutischer Elemente. Sie eignet sich besonders bei komplexen Traumafolgestörungen und dissoziativen Symptomen.

Körpertherapie (25)

Körpertherapeutische Verfahren (z. B. funktionelle Entspannung, Yoga, Atemarbeit, Qigong, sensomotorische Psychotherapie) fördern die körperlich-seelische Balance und unterstützen die Selbstwahrnehmung. Sie werden häufig ergänzend zur psychotherapeutischen Arbeit eingesetzt, insbesondere bei psychosomatischen Beschwerden oder zur Stabilisierung.

Somatic Experiencing (SE) (26)

Diese körperorientierte Methode hilft, wieder in Kontakt mit dem eigenen Körper zu kommen. Es wird gelernt, Spannungen wahrzunehmen und langsam zu lösen. Besonders bei Dissoziation oder dem Gefühl „nicht im Körper zu sein“ kann SE sehr hilfreich sein.

An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass hier lediglich ein kurzer Blick auf Elemente und Verfahren der Traumatherapie geworfen wurde. Der Anspruch auf Vollständigkeit oder auf eine umfassende Darstellung der komplexen therapeutischen Möglichkeiten besteht nicht.

Vielmehr soll eine erste Orientierung gegeben werden, wenn bei Patient:innen Hinweise auf eine Traumatisierung bestehen. **In solchen Fällen ist es unerlässlich, eine Psychotherapeut:in oder Psychiater:in einzubeziehen. Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit ist entscheidend, um betroffene Patient:innen ganzheitlich und angemessen zu versorgen.**



WICHTIGE TELEFONNUMMERN IM BEDARFSFALL

TELEFONNUMMERN FÜR FACHKRÄFTE

Institut für Trauma Bearbeitung und Weiterbildung

Frankfurt am Main

Telefon: 069 46 99 00 53

orga@institut-fuer-traumabearbeitung.de

<https://www.institut-fuer-traumabearbeitung.de/>

Trauma.help – Deutsches Traumakompetenznetz e.V.

Plattform mit bundesweiter Übersicht über Beratungsangebote, Fortbildungen und Fachinformationen für Helfer:innen.

<https://traumanetz-sachsen.de>

Institut Trauma und Pädagogik

Bietet Supervision, Beratung und

Fortbildungen für Fachkräfte im Gesundheitswesen.

<https://institut-trauma-paedagogik.de/angebote/trauma-sensible-supervision-und-beratung/>

Hilfetelefon Sexueller Missbrauch – Fachberatung

Auch für Fachkräfte nutzbar, z. B. bei Unsicherheiten im Umgang mit Betroffenen.

Telefon: 0800 22 55 530

www.hilfe-telefon-missbrauch.de

S.I.G.N.A.L. e.V. - Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt

Telefon: 030 27 59 53 53

info@signal-intervention.de

www.signal-intervention.de

FÜR FACHKRÄFTE UND FÜR BETROFFENE

Hilfetelefon Sexueller Missbrauch

Beratung für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte
Telefon: 0800 22 55 530 (kostenfrei & anonym)
www.hilfe-telefon-missbrauch.de

Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen

Telefon: 116 016 (rund um die Uhr, täglich)
www.hilfetelefon.de

Hilfe-Telefon Berta (für organisierte und rituelle Gewalt)

Telefon: 0800 3050 750
Di 16–20 Uhr, Fr 9–13 Uhr
www.nina-info.de/berta

Nummer gegen Kummer (Kinder & Jugendliche)

Telefon: 116 111 (Mo–Sa 14–20 Uhr)
<https://www.nummergegenkummer.de/>

Muslimisches Seelsorgetelefon

Telefon: 030 4435
(24h, dienstags auch auf Türkisch)
<https://www.mutes.de/>

Telefonseelsorge

Telefon: 116 123
<https://www.telefonseelsorge.de/>

Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“

Telefon: 116 016
(kostenfrei, anonym, rund um die Uhr erreichbar)
Beratung in 18 Sprachen,
auch mit Gebärdendolmetschung und Online-
Chat für Frauen, Angehörige und Fachkräfte
www.hilfetelefon.de

Hilfetelefon „Sexueller Missbrauch“

Telefon: 0800 22 55 530 (kostenfrei & anonym)
Für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte
Beratung durch psychologisch und
pädagogisch geschulte Fachkräfte
www.hilfe-portal-missbrauch.de

LARA – Fachstelle gegen sexualisierte Gewalt an Frauen*

Telefon: 030 216 88 88 (Mo–Fr, 9–18)
Für Frauen, trans*, inter* und nicht-binäre
Personen ab 14 Jahren
Beratung auch per E-Mail oder Videokonferenz
www.lara-berlin.de

bff – Frauen gegen Gewalt e. V.

Netzwerk von über 210 Frauenberatungsstellen
und Frauennotrufen
Beratung zu sexualisierter Gewalt, Krisenintervention,
Trennung, Lebenskrisen
www.frauen-gegen-gewalt.de

Hilfe-Portal Sexueller Missbrauch

Bundesweite Datenbank für Beratungsstellen,
Krisendienste, Therapeut*innen
Für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte
www.beauftragte-missbrauch.de

Hilfe-Für-Jungs e.V.

Traumahilfe für Jungen + Männer
Telefon: 030499 52 047
E-Mail: gf@hilfefuerjungs.de
www.hilfefuerjungs.de

Männerhilfetelefon

Telefon: 0800 1239900
Telefonische Beratung

WER STEHT HINTER DER DEUTSCHEN KONTINENZ GESELLSCHAFT E.V.?

Mitglieder der Deutschen Kontinenz Gesellschaft sind Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Hebammen, Physiotherapeut:innen und Apotheker:innen. Förderer sind vor allem Unternehmen, die besondere Erfahrungen auf den Gebieten der Inkontinenz-Diagnose und Behandlung, sowie bei der Versorgung Betroffener mit Heil- und Hilfsmitteln haben.

VORSTAND

1. Vorsitzender

Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Wiedemann
Chefarzt Klinik für Urologie
Ev. Krankenhaus Witten GmbH
Pferdebachstraße 27
58455 Witten

2. Vorsitzende

Univ.-Prof. Dr. med. Christl Reisenauer
Leitende Ärztin der Sektion Urogynäkologie
Universitäts-Frauenklinik Tübingen
Calwerstr. 7
72076 Tübingen

Schatzmeister

Univ.-Prof. Dr. med. Werner Kneist
Direktor der Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Thoraxchirurgie
Klinikum Darmstadt GmbH
Grafenstraße 9
64283 Darmstadt

GESCHÄFTSSTELLE

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
Friedrichstraße 15
60323 Frankfurt am Main
Tel. 069795 88 393
info@kontinenz-gesellschaft.de

WEITERE ADRESSEN

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
www.kontinenz-gesellschaft.de

Inkontinenz Selbsthilfe e.V.
www.inkontinenz-selbsthilfe.com

World Federation of Incontinence and
Pelvic Problems (WFIPP)
www.supportincontinence.org
www.wfipp.org

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie,
Geburtshilfe, Urologie, Proktologie
(AG GGUP) im Deutschen Verband
für Physiotherapie ZVK e. V.
www.ag-ggup.de

FOTONACHWEISE

Stockfotos © Adobe Stock
Stockfotos © Shutterstock



QUELLENVERZEICHNIS

(1) Peter A. Levine, Trauma-Heilung, Essen 2022, S. 15.

(2) Nadine Wickert, David Mayrhofer, „Trauma – Unterschätzte Verbreitung und Langzeitfolgen“, in: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie 20 (2021), S. 1–7.

(3) Peter A. Levine, Trauma-Heilung, Essen 2022. Zitat auf Seite 8 bis 9 in dieser Broschüre, ebenfalls von Peter A. Levine, Trauma-Heilung, S. 32.

(4) Christine M. Heim, u. a., Decreased Cortical Representation of Genital Somatosensory Field After Childhood Sexual Abuse, in: The American Journal of Psychiatry. Volume 170, Number 6, S. 616–623, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070950>. Siehe auch www.deutschesgesundheitsportal.de „Die weitreichenden Folgen von Kindesmissbrauch.“

(5) Nora K. Mogg u. a., „Intergenerational Transmission of the Effects of Maternal Exposure to Childhood Maltreatment in the USA: A Retrospective Cohort Study“, in: The Lancet Public Health 8 (2023), S. 226–237.

(6) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), „UBICA II – Den Teufelskreis der Traumatisierung verstehen und unterbrechen“, <https://www.gesundheitsforschung-bmft.de/de/ubica-ii-den-teufelskreis-der-traumatisierung-verstehen-und-unterbrechen-8905.php>; UBICA-Projekt, <https://www.ubica.site/ubica1/index.html> (Zugriff: 01.06.2026).

(7) Stephen W. Porges, Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit, 5. Aufl., Lichtenau (Westf.) 2023.

(8) Sonja Hintermeier, Traumatisierung im Kindesalter und strukturelle Störungen. Die Spätfolgen von Bindungs- und Entwicklungstraumatisierung, in: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie 20 (2021), S. 9 – 22.

(9) Elke Garbe, Das kindliche Entwicklungstrauma. Verstehen und bewältigen, Stuttgart 2015.

(10) Hermann J. Berberich, „Psychosomatische urologische Störungsbilder“, in: Die Urologie (SpringerMedizin), https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/die-urologie/psychosomatische-urologische-stoerungsbilder?epediaDoi=10.1007%2F978-3-642-41168-7_26 (Zugriff: 01.06.2026).

(11) Bundeskriminalamt (BKA), „Sexueller Missbrauch von Kindern: Fallzahlen im Jahr 2023 um 5,5 Prozent gestiegen“, https://www.bka.de/DE/Presse/Listenseite_Pressemitteilungen/2024/Presse2024/240617_PM_Kriminalstatistik_Kindesmissbrauch.html (Zugriff: 01.06.2026).

(12) Statista, „Anzahl der Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung in Deutschland“, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/550357/umfrage/anzahl-der-straftaten-gegen-die-sexuelle-selbstbestimmung-in-deutschland/> (Zugriff: 01.06.2026).

(13) Trauma Therapist Institute, „Francine Shapiro and EMDR: Transforming Trauma Treatment“, 24.04.2026, <https://www.traumatherapistinstitute.com/trauma-therapist-institute-blog/francine-shapiro-and-emdr-transforming-trauma-treatment> (Zugriff: 01.06.2026).

(14) Martin Lambert, „Dissoziative Störungen erkennen und behandeln“, Präsentation, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), URL (Zugriff: 01.06.2026), Dazu auch Ursula Gast, Pascal Wabnitz, Dissoziative Störungen erkennen und behandeln, Stuttgart 2014. Ursula Gast, Pascal Wabnitz, Dissoziative Störungen erkennen und behandeln, 3. erw. und überarb. Aufl., Heidelberg 2023.

(15) Anna von Keudell, Sexualisierte Gewalt an allgemeinbildenden Schulen. Eine struktur- und machttheoretische Analyse, Heidelberg 2022. Dazu auch: David Vysoki, Alexander Schürmann-Emanuel, „Sexualisierte Gewalt und ihre psychischen Folgen“, in: Psychiatria Danubina 20 (2008), Nr. 4, S. 546–550.

(16) Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs, „Aufarbeitungskommission veröffentlicht Studie zu sexuellem Kindesmissbrauch in der Familie“, <https://www.aufarbeitungskommission.de/> (Zugriff: 01.06.2026). Ergänzend dazu auch Vgl. Statista, „Sexueller Kindesmissbrauch in der Familie“ (Infografik).

(17) Deutsches Ärzteblatt, „Abnormal metabolite concentrations and amygdala volume in patients with recent-onset posttraumatic stress disorder“, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 5 (Mai 2019), S. 231.

(18) Friedrich Riffer, „Zur Geschichte der Konzeption der Posttraumatischen Belastungsstörung“, in: Friedrich Riffer u. a. (Hrsg.), Die Vielgestaltigkeit der Psychosomatik, Heidelberg 2017, S. 139–147.

(19) A. Hasan, B. Maier, B. Pross, „Trauma und Psychose“, in: InFo Neurologie 25 (2023), S. 30–37.

(20) Vgl. J. N. Krieger, L. Nyberg Jr., J. C. Nickel, „NIH Consensus Definition and Classification of Prostatitis“, in: JAMA 282 (1999), Nr. 3, S. 236–237; G. Bonkat u. a., „EAU Guideline: Urological Infections“, <https://uroweb.org/guidelines/urological-infections/> (Zugriff: 01.06.2026).

(21) Ulrike Hohenfellner, „Psychosomatische urologische Erkrankungen“, in: Uro-News 23 (2019), S. 38–44.

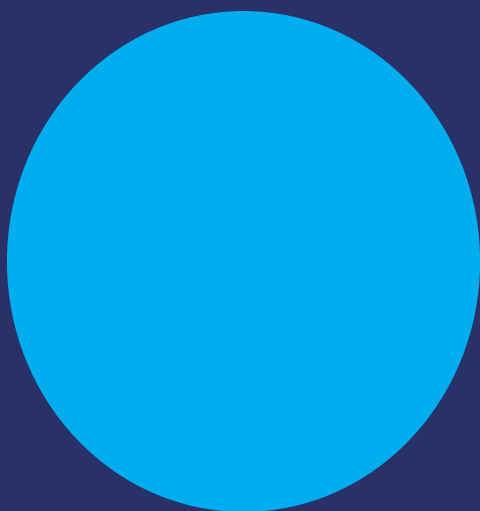
(22) Florian Wagenlehner, Daniela Schultz-Lampel, „Somatoforme Störungen: Erkrankungen in der Urologie“, in: Die Urologie 62 (2023), S. 569–570.

(23) Anna-Konstantina Richter (Hrsg.), EMDR. Ein Lehrbuch für Psychotherapie, Studium und Weiterbildung, Heidelberg 2023; Vgl. dazu auch EMDR Deutschland e. V., <https://www.emdr.de/forschung> (Zugriff: 01.06.2026).

(24) Kai Fritsche, Praxis der Ego-State-Therapie, Heidelberg 2013. Dazu auch: Carol Gorgash, James Knipe, „Integrating EMDR and Ego State Treatment for Clients with Trauma Disorders“, in: Journal of EMDR Practice and Research 6 (2012), Nr. 3, S. 120–128, <https://spj.science.org/doi/10.1891/1933-3196.6.3.120>.

(25) Andrea Schulten, Maria Truffer Summhammer, „Traumatisierung findet im Körper statt – Traumaheilung auch!“, in: Friedrich Riffer, Elmar Kaiser, Manuel Sprung, Lore Streibl (Hrsg.), Die Vielgestaltigkeit der Psychosomatik, Heidelberg 2017, S. 199–211.

(26) Danny Brom u. a., „Somatic Experiencing for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Outcome Study“, in: Journal of Traumatic Stress 30 (2017), Nr. 3, S. 304–312. <https://doi.org/10.1002/jts.22189>, aufgerufen am 01.06.2026.



INFOS UNTER:
[www.kontinenz-
gesellschaft.de](http://www.kontinenz-gesellschaft.de)