Christine Stelzhammer

Studiengang Physiotherapie, Fachhochschule Campus Wien, Wien, Österreich

„Hilfe ich spür mich nicht!“

Wahrnehmungsstörungen im Bereich des Beckenbodens

Hintergrund

Wahrnehmungsstörungen sind in der Physiotherapie ein großes Thema. Vor allem Körperregionen wie der Rücken oder das Becken entziehen sich dem visuellen Zugang und damit einem wichtigen selbstgesteuerten Feedback. Speziell der Beckenboden mit der zugehörigen Verschlussmuskulatur für Harn und Stuhl ist für viele PatientInnen unabhängig von Alter, Bildungshintergrund und Diagnose kaum vorstellbar, da die Aktivität im Gegensatz zu anderen Muskeln nicht als gelenkgeführte Bewegung im Raum beobachtbar ist.

Prinzipiell begrüßenswerte Intentionen zur Beckenbodenaktivierung durch diverse Bewegungsangebote verlaufen daher oft im Sand, da seitens der PatientInnen/KlientInnen Unklarheit über die gewünschte Aktivität des Beckenbodens bestehen bleibt. Bei deutlicher Muskelschwäche wird auf Basis unklarer Wahrnehmung einerseits und der gering ausgeprägten kortikalen Repräsentation des Beckenbodens andererseits häufig das Hinunterdrücken des Beckenbodens (Pressen) deutlicher gespürt als ein aktives Anheben. Bei manchen PatientInnen resultiert daraus in weiterer Folge, dass gerade dieses Pressen als vermeintliches Beckenbodentraining mit durchaus negativem Effekt fleißig geübt wird.

Auch PatientInnen, die den Beckenboden zwar schwach, aber doch aktivieren können, stellen sich oft die Frage ob sie richtig angespannt haben, weil die Aktivität des Muskels minimal und damit kaum zu spüren war. Typischerweise setzt sehr rasch eine Ermüdung ein, sodass zum Zeitpunkt des bewussten Lockerlassens oft gar keine Anspannung mehr vor-

handen ist, was die Unsicherheiten über eine Aktivität des Beckenbodens erhöht.

Neben der Schwäche ist die Verspannung des Beckenbodens ein weit verbreitetes und oft mit Schmerzen und/oder Entleerungsstörungen verbundenes Problem. Diese PatientInnen brauchen in aller Regel viel Hilfestellung und Feedback, um die hypertone Muskulatur anzusteuern und das physiologische Wechselspiel von Spannen und Entspannen wieder zu erlernen, weshalb die Wahrnehmungsschulung für die gesamte Beckenregion oft am Beginn der Behandlung steht.

Das Thema der Wahrnehmung als Basis der korrekten Ansteuerung des Beckenbodens ist daher von zentraler Bedeutung in der Physiotherapie, beginnend bei der Befunderhebung mit Überprüfung der Sensibilität und Wahrnehmung bis hin zu gezielten Maßnahmen, um eben diese zu verbessern.

Wahrnehmung versus Sensibilität

Die von den Rezeptoren an der Peripherie gelieferten Impulse erfahren auf verschiedenen Niveaus hemmende und bahnende Einflüsse, werden erkannt, interpretiert und mit Assoziationen und Deutungen verknüpft [1]. Wahrnehmung ist somit, im Gegensatz zur Sensibilität, eine Interpretation jener Reize, die von den Rezeptoren an der Peripherie gemeldet werden, und ist untrennbar mit Emotionen und Erfahrungen verknüpft. So können negative Erlebnisse im Bereich der Sexualität (z. B. sexueller Missbrauch), prägende Einflüsse in der Kindheit zum Umgang mit der Region Becken oder ausgeprägte Schamgefühle

die Wahrnehmung deutlich verändern, obwohl die Sensibilität prinzipiell intakt ist. Diese individuellen Befindlichkeiten und Wahrnehmungen einer Person können die physiotherapeutische Arbeit massiv beeinflussen und bedürfen u. U. einer zusätzlichen psychologischen oder psychotherapeutischen Intervention.

Bei PatientInnen, die mit Inkontinenz, Senkung, Schmerzen oder anderen Problemen in der sensiblen Region des Beckenbodens konfrontiert sind, existiert oft eine hohe Motivation, sich aktiv mit der Thematik auseinanderzusetzen, selbst wenn diese eher negativ besetzt ist. Das ausführliche Anamnesegespräch, das Erfragen von Problemauslösern, kritischen Situationen und Vermeidungsstrategien sowie andere, den/die PatientIn miteinbeziehende Untersuchungen sind dabei oft eine Erstintervention auf dem Weg zur bewussten eigenen Wahrnehmung.

Wahrnehmung im Kontext mit Sensorik

Bewegung funktioniert nicht als Einbahnsystem von efferenten Aufträgen aus dem Zentralnervensystem an die Peripherie, sondern ist ein ständiger Kreislauf, in dem über aufsteigende Nervensysteme Informationen geliefert werden, die für die Feinsteuerung (Zielsensorik) und für die Erhaltung des Gleichgewichts (Stützsensitivität) notwendig sind [2]. Diese Rückmeldung über die erfolgte Muskelaktivität ist Voraussetzung für Nachjustierungen und Anpassungen der jeweils gewünschten Bewegung, wobei bei automatisierten Bewegungen die vorhandenen motori-

schen Programme und Erfahrungen als Referenzwerte dienen.

Fehlende oder falsch interpretierte Rückmeldungen verändern die motorische Antwort und führen oft zu unerwünschten kompensatorischen Bewegungen, Ausweichbewegungen und/oder Ersatzhandlungen und können die gewünschte Entspannungsfähigkeit verhindern. Für das Erlernen oder Wiedererlernen der physiologischen Beckenbodenaktivität stellt das eine Hürde dar, welche durch wiederholtes Feedback im Rahmen der Therapie zu überwinden ist.

Physiotherapeutischer Ansatz

Dieser zielt vorzugsweise auf aktive Mitarbeit, „empowerment“, zum Eigentaining und die frühestmögliche Umsetzung von verbesserter motorischer Leistung (die auch Entspannungsfähigkeit inkludiert) in Funktionen des Alltags ab. Wahrnehmungsschulung und Feedback über motorische Aktivitäten bzw. Spannungszustände sind Voraussetzung für motorisches Lernen und stellen zentrale Therapieelemente dar.

Die Untersuchung umfasst deshalb – auf der Basis eines expliziten Einverständnisses des/der PatientIn – eine digitale Palpation oder eine geräteunterstützte Untersuchung mittels Elektromyographie (EMG), Druckmessung oder Ultraschall. Der Vorteil des „realtime ultrasound“ ist die unmittelbare, bildgebende Darstellung der Aktivität des Beckenbodens, der Nachteil liegt in den relativ hohen Anschaffungskosten für eine letztendlich zusätzliche Form der Instruktion. Das EMG und die Druckmessung haben für die Untersuchung eine eingeschränkte Aussagekraft, da die Geräte nicht unterscheiden können, von welchen Muskeln die gemessene Aktivität kommt oder welchen Ursprungs der gemessene Druck ist. Bei entsprechender Schulung des/der PatientIn bieten diese Verfahren aber ein Potenzial für selbstständiges Training mit einem Heimgerät, sofern sichergestellt ist, dass der gewünschte Messwert am Gerät nicht über eine Mitaktivierung von Hilfsmuskeln oder Pressmanöver erzeugt wird.

J Urol Urogynäkol 2018 · 25:15–18 <https://doi.org/10.1007/s41972-018-0033-3>
© Der/die Autor(en) 2018. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

C. Stelzhammer

„Hilfe ich spür mich nicht!“. Wahrnehmungsstörungen im Bereich des Beckenbodens

Zusammenfassung

Wahrnehmungsstörungen im Bereich des Beckenbodens sind in der Physiotherapie häufig anzutreffen und machen im Rahmen der konservativen Behandlung einen beträchtlichen Teil der Problemstellung aus. Bei PatientInnen mit Beckenbodenschwäche sind ein „Hinspüren können“ und gezieltes Ansteuern notwendig, um im Eigentaining den Beckenboden zu aktivieren, zu kräftigen und davon im Alltag zu profitieren. Auch bei hypertoniem Beckenboden sind Hilfestellungen für das Wahrnehmen von Spannung und Entspannung wesentliche Teile der Therapie.

Um den Prozess des motorischen Lernens zu optimieren, ist für viele PatientInnen Feedback (mittels Palpation durch den/die PhysiotherapeutIn oder gerätegestützt) von großer Bedeutung. Auf lange Sicht ist jedoch für eine Verbesserung der Beckenbodenfunktion im Alltag die Schulung der körpereigenen Wahrnehmung, unabhängig von externen Rückmeldungen, erforderlich.

Schlüsselwörter

Wahrnehmungsstörung · Beckenboden · Physiotherapie · Feedback

“Help, I do not feel me!”. Perception disorders in the area of the pelvic floor

Abstract

Perception disorders in the area of the pelvic floor are a common problem in physiotherapy. In patients with pelvic floor weakness, perception is prerequisite to activate and strengthen the pelvic floor during self-training. Patients with a hypertonic pelvic floor also need assistance for the perception of tension and relaxation, which is essential part of therapy. In order to optimize the process of motor learning, feedback (through

palpation by the physiotherapist or device-based) is of major importance. In the long term, however, improving pelvic floor function in everyday life requires the training of the body's own perception, independent of external feedback.

Keywords

Perception disorder · Pelvic floor · Physiotherapy · Feedback

Die vaginale und/oder rektale Palpation ist eine aussagekräftige und geräteunabhängige Untersuchung, die einen besonders hohen Stellenwert hat. Die unkomplizierte digitale Untersuchung nach dem PERFect-Schema ermöglicht die Einschätzung von Kraft, Ausdauer, Wiederholungsfähigkeit und Schnelligkeit [3]. In der modifizierten Form wird nach der aktuellen Empfehlung der ICI [4] auch die Entspannungsfähigkeit dokumentiert. Darüber hinaus erhalten TherapeutInnen im Rahmen der digitalen Palpation auch wertvolle Informationen über die Qualität der Anspannung, Asymmetrien, Triggerpunkte, Muskeltonus und Trophik der beteiligten Muskulatur und geben dem/der PatientIn unmittelbare Rückmeldung über spürbare und beobachtbare Aktivitäten.

Therapeutische Maßnahmen

Die zur Anwendung kommenden physiotherapeutischen Tools folgen nicht einer bestimmten Leitlinie, sondern sind gemäß der Individualität von Wahrnehmung auch speziell für den/die jeweilige PatientIn auszuwählen. Zu den vorhandenen „Werkzeugen“ gehören u. a. virtuelle Vorstellungshilfen, Körperreisen, Wahrnehmungsübungen mit gezieltem Einsatz von kleinen Hilfsmitteln (z. B. Kirschkerensäckchen oder kleine Bälle), Atemschulung und -lenkung, Entspannungstechniken, gezielte Lautbildungen und andere für den/die PatientIn gut erlernbare und selbstständig fortführbare Methoden.

Manuelle Hilfestellungen durch den/die TherapeutIn (z. B. gezielte Dehnreize), detonisierende manuelle Behandlungen

gen der Beckenbodenmuskulatur, Triggerpunktbehandlungen, viszerale Therapien und Narbenbehandlungen sind sehr wirksam, jedoch, von wenigen Ausnahmen abgesehen, auf das unmittelbare therapeutische Setting beschränkt und somit nur limitiert verfügbar.

Feedback stellt während der gesamten Therapie einen wichtigen Aspekt der Behandlung dar, insbesondere bei vorhandener Wahrnehmungsstörung. Untersucht wurde dies jedoch v. a. in Hinblick auf das motorische Outcome: Ein „Cochrane systematic review“ belegte mögliche positive Auswirkungen von zusätzlich zum Beckenbodentraining verabreichtem Feedback bei Patientinnen mit Harninkontinenz [5]. Der Stellenwert von externem Feedback wurde auch von Wulf [6] betont, die bei ihren Studien schnelleres Lernen und raschere Anpassung an veränderte Situationen als Ergebnis feststellte, dabei jedoch v. a. sportliche Leistungen untersuchte.

Die unmittelbar mit dem Beckenboden verbundenen Funktionen der Speicherung und Entleerung von Harn und Stuhl, der Sexualfunktion sowie ggf. der Schwangerschaft, Entbindung und Rückbildung sind jedenfalls Teil der Untersuchung und der Therapie. Gerade bei PatientInnen mit Wahrnehmungsstörung sind Miktion und Defäkation oft mit einem unphysiologischen Verhalten (z. B. Pressen, nicht Entspannen können, schlechte Sitzposition) verbunden. Beratung und Information zum richtigen Verhalten auf der Toilette fließen von Anfang an in die Therapie ein. Die Umsetzung der Therapiesituation in den Alltag (z. B. bestmögliche Entspannung des Beckenbodens auf der Toilette) braucht hingegen oft einiges an Übung und Konzentration.

Ziel der Wahrnehmungsschulung ist eine Ansteuerbarkeit des Beckenbodens sowohl für Aktivität als auch für Entspannung, die unabhängig von externem

Feedback ist und so in den Alltag transferiert werden kann.

Das Becken und seine Umgebung

Vor dem Hintergrund der Expertise im Bewegungssystem umfassen die physiotherapeutische Untersuchung und Behandlung nicht nur den Beckenboden im engeren Sinn, sondern auch jene Körperregionen, die in einem strukturellen oder funktionellen Zusammenhang mit dem Becken stehen. So wirken sich z. B. Aufrichtung, Sitzhaltung sowie Bück- und Hebeverhalten auf die gesamte Rumpfmuskulatur und damit auch auf den Beckenboden aus. Weder die Schulung der Wahrnehmung in der Beckenregion noch eine gezielte Aktivität und/oder Entspannung im Beckenboden lassen sich völlig getrennt von der Umgebung betrachten. Anatomische Zusammenhänge mit den Hüft- und tiefen Rumpfmuskeln sowie mit

Hier steht eine Anzeige.

der Wirbelsäule und den Hüftgelenken belegen eindeutig die strukturelle Assoziation. Auch der funktionelle Zusammenhang, beispielsweise mit der Atmung oder mit dem richtigen Timing der Beckenbodenaktivität beim Husten, ist leicht nachvollziehbar.

Bezogen auf die Wahrnehmung ist es naheliegend, dass PatientInnen, die ihre Wirbelsäule, ihr Becken und ihre Atmung nicht gut wahrnehmen können, diese auch im Alltag nicht physiologisch zum Einsatz bringen und vice versa. PhysiotherapeutInnen sind dabei gefordert, den Transfer von der Therapie zur Alltagssituation genau anzuleiten und Schritt für Schritt mit den PatientInnen zu üben. Da vielen Betroffenen das Gefühl für erwartbare Steigerungen fehlt, sind eine genaue Dokumentation und das Sichtbarmachen auch kleinerer Erfolge wesentliche Teile der Therapie und der Motivation für alle Beteiligten.

Wahrnehmung und chronischer Schmerz

Wahrnehmung ist die zentrale Verarbeitung und Interpretation der sensorischen Information. Schmerz stellt im Rahmen dieser zentralen Verarbeitung immer einen negativen emotionalen Input dar. Bei chronischen Schmerzen wird diese zentrale Verarbeitung durch Angst, Hilflosigkeit, Ärger, Scham und Tabuisierung deutlich verstärkt, auch wenn eine vorangegangene strukturelle Schädigung an der Peripherie vielleicht schon völlig geheilt ist. Speziell Patientinnen mit dauerhaft schmerzhaften Verspannungen und Triggerpunkten im Bereich des Beckenbodens leiden häufig an Dyspareunie, die sie selbst und ihre Partnerschaft belastet. Dies vermehrt den emotionalen Druck und führt zu einer maladaptiven Verarbeitung von sensorischen Inputs.

Die physiotherapeutische Arbeit widmet sich in diesem Kontext der Behandlung des schmerzhaften Hypertonus, wobei eine sexualmedizinische Abklärung und/oder Behandlung im Vorfeld erwünscht ist.

Die Reduktion des erhöhten Tonus erfolgt z. B. mit Hilfe der Behandlung von Triggerpunkten, detonisierenden ma-

nualtherapeutischen Griffen oder dem Einsatz von Dilatatoren. Abgesehen von diesem lokalen therapeutischen Ansatz sind alle Maßnahmen hilfreich, die das gesamtkörperliche Bewegungsverhalten, die Atmung und die Entspannungsfähigkeit verbessern.

Ein wesentlicher Punkt ist auch, auf Basis einer bewussten Wahrnehmung die „Kontaktaufnahme“ mit dem eigenen Körper, das Spüren von Grenzen zwischen Wohl- und Unbehagen sowie das eigenverantwortliche Kommunizieren, was und wie viel an Druck und Berührung angenehm ist, zu verbessern. Die Definition der eigenen Grenzen, zu der Patientinnen explizit aufgefordert werden, stellt oft eine wesentliche Vorbereitung für die Wiederaufnahme einer schmerzfreien Sexualbeziehung dar.

Der Komplexitätsgrad der Behandlung von chronischen Schmerzen und/oder länger andauernder Dyspareunie lässt jedenfalls eine Behandlung im interdisziplinären Team notwendig erscheinen.

Konklusion

Die Schulung der Wahrnehmung des Beckenbodens und der gesamten Beckenregion im Sinne der angeleiteten Kontaktaufnahme mit dem eigenen Körper ist ein zentrales Element der physiotherapeutischen Intervention und eine wesentliche Voraussetzung, damit PatientInnen selbstständig und aktiv an ihrer Regeneration arbeiten können.

Korrespondenzadresse

© Petra Spiola

C. Stelzhammer, PT, MEd
Studiengang Physiotherapie,
Fachhochschule Campus
Wien
Favoritenstraße 226,
1100 Wien, Österreich
christine.stelzhammer@
fh-campuswien.ac.at

Funding. Open access funding provided by FH Campus Wien - University of Applied Sciences.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Stelzhammer gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von der Autorin durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

1. Laube W (Hrsg) (2009) Sensomotorisches System. Thieme, Stuttgart
2. Shumway-Cook A, Woollacott MH (2017) Motor control – translating research into clinical practice, 5. Aufl. Wolters Kluwer, Philadelphia
3. Laycock J, Jerwood D (2001) Pelvic floor muscle assessment: the PERFECT scheme. *Physiotherapy* 87(12):631–642
4. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A (2016) Incontinence. 6th international consultation on incontinence, Tokyo, 09.2016 International Continence Society, Tokyo
5. Herderschee R, Hay-Smith EJ, Herbison GP, Roovers JP, Heineman MJ (2011) Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Neurourol Urodyn*. <https://doi.org/10.1002/nau.22329>
6. Wulf G (2009) Aufmerksamkeit und motorisches Lernen. Urban & Fischer, München