

Das Zurück aus der Inkontinenz



Die Therapie der Beckenbodenmuskulatur wird bei Patienten in der Neurorehabilitation selten angewandt, obwohl Beckenbodentraining die Kontinenzfunktion nachweislich verbessert und somit die Lebensqualität steigert. Die fehlende Kontinenzfunktion wird bei zentralneurologischen Störungen nicht selten als „Begleiterscheinung“ angesehen. Als solche bleibt sie häufig unbehandelt.

Von Mag.^a Heidi Halbedl

Neben der günstigen Beeinflussung der Kontinenzfunktion trägt das gezielte Training der Beckenbodenmuskulatur zur Stabilisierung des Rumpfes bei und steht im Zusammenhang mit der Gleichgewichtsfunktion. Alle drei Parameter sind häufig auftretende Defizite im Rahmen neurologischer Erkrankungen. Die Gründe für mangelndes Beckenbodentraining sind vielfältig: Zum einen fehlt es an Effektivitätsnachweisen für Beckenbodentherapien bei neurologischen Erkrankungen, zum anderen sind vorhandene Effektivitätsnachweise noch nicht ins Praxiswissen eingegangen. Hinzu kommt, dass es sich sowohl bei neurologischen Erkrankungen als auch bei Harninkontinenz um komplexe Beschwerdebilder mit unterschiedlichsten Ausprägungen handelt. Die Vergleichbarkeit für Effektivitätsnachweise gestaltet sich somit schwierig.

Neuronale Ermüdung

Neuropsychologische Begleitsymptomatiken wie reduzierte Aufmerksamkeit erschweren die oft schon im gesunden Zustand schwierige Wahrnehmung der Beckenbodenmuskulatur und somit auch seine Aktivierung. Auch im Bereich der Beckenbodentherapie ist in der Behandlung neurologischer Patienten die „neuronale Ermüdung“ ein Thema. Auf die raschere Ermüdung der Nervenzellen muss in der Therapie etwa mittels Herabsetzung der Wiederholungszahlen oder der Übungszeit entsprechend reagiert werden. Neurologische Patienten brauchen häufig mehr Zeit und folglich mehr Geduld, um einen Zugang zu finden und ihren Beckenboden besser wahrzunehmen. Klare Anweisungen von therapeutischer Seite und ein entsprechender Zeitraum begünstigen die Therapiesituation.

Therapeutische Grenzen

Es gibt neurologische Erkrankungen mit der Begleiterscheinung Harninkontinenz, bei denen sich durch Beckenbodentherapie aufgrund der massiven Schädigung im Bereich der steuerungszuständigen Strukturen oder aufgrund kognitiver Einschränkungen keine Verbesserung der Kontinenzfunktion erreichen lässt.

Allerdings sind auch Teilerfolge der Beckenbodendysfunktion möglich. Zum einen gilt es, Grenzen zu akzeptieren, zum anderen geht es darum herauszufinden, was therapeutisch möglich ist. Deswegen sollte bei der Kontinenzsicherung nichts unversucht bleiben. Denn schon kleine Erfolge können die Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinflussen.

Beckenbodentherapie in der Gruppe

Am Neurologischen Rehabilitationszentrum Rosenhügel, Wien, gibt es seit 2010 Beckenbodentherapie in der Gruppe. Im optimalsten Fall nehmen Patienten zehn Tage für jeweils 30 Minuten daran teil. Voraussetzungen sind, dass die Patienten selbstständig sitzen können und kognitiv fähig sind, den Inhalten zu folgen. Ziel der Beckenbodentherapie in der Gruppe ist es, über anatomisches Wissen und Sensibilisierungsübungen einen ersten Zugang und somit die Grundlage für die Ansteuerung zu schaffen. Die entsprechenden Nervenzellen im Gehirn müssen aktiviert werden, damit die jeweilige Muskelstruktur reagieren kann. Das Auffinden von wichtigen knöchernen Referenzen wie dem Schambein und ein reaktives Aktivieren über Laute sowie die Arbeit mit Vorstellungen wie „Blinzeln mit dem Beckenboden“ sind wichtig, um die Wahrnehmung für den Beckenbereich zu verbessern und die Aufmerksamkeit in Richtung Beckenbodenmuskulatur zu leiten. Es geht darum herauszufinden, was mit Beckenbodenmuskulatur überhaupt gemeint ist (und was nicht) bzw. welcher Teil der Beckenbodenmuskulatur die stützende Kraft entfalten und in welcher Form dieser sinnvoll trainiert werden kann. Aufschubstrategien wie z.B. „Blasenbefehle“ als mentale Hilfe oder etwa die Aktivierung des Mundbodens („virtuelles Bonbonlutschen“; Tanzberger 2003) haben sich bei neurologischen Patienten als besonders effektiv erwiesen. Sie kompensieren oft mit bewussten Strategien, was bei Gesunden ganz automatisch vor sich geht. Wenn die Aufschubstrategien wirken, können auch die letzten Meter bis zur Toilette „trocken“ geschafft oder das erste Aufsetzen

aus dem Bett ohne Harnverlust bewerkstelligt werden. Den Beckenboden entlastendes Verhalten beim Niesen und Husten gehört ebenso zum Programm wie Entspannungsübungen (Mundraumlösung, Selbstmassage Bläsensdermatom). Diese kommen dann zum Einsatz, wenn es Probleme bei der Harnabgabe gibt. Die Optimierung der Beckenposition für eine bessere Aufrichtung des Körpers im Raum und somit auch günstigere Tonussituation der Beckenbodenmuskulatur sind ebenso Inhalte der Therapie wie die Stabilisierung des Beckens und die Arbeit an der und über die Bein- und Fußmuskulatur. Probleme im Bereich des Beckenbodens gehen häufig mit Atemproblematiken wie Dysharmonien im Atemfluss einher. Die Atembewegungen spielen auch hinsichtlich des Synergismus der querliegenden Muskelstrukturen Beckenboden und Zwerchfell sowie in Bezug auf die lokale Stabilität und das Zusammenspiel mit dem tiefliegenden M. transversus abdominis eine Rolle. Diese Zusammenhänge sind die Basis für therapeutische Interventionen. Allem voran geht jedoch die Erarbeitung der selektiven Aktivierung. Die Beckenbodengruppe schafft Raum für Auseinandersetzung mit einem Tabuthema und kommt in dieser Hinsicht einem großen Bedürfnis neurologischer Patienten nach. Unabhängig davon, ob das gesetzte Ziel ganz oder nur teilweise erreicht wird oder vielleicht gar nicht erreicht werden kann, können die Patienten im kommunikativen Austausch größere Klarheit erlangen, was als erleichternd und orientierend empfunden wird.

Vorteile der Einzeltherapie

In der Einzeltherapie kann noch gezielter als in der Gruppe auf die vorliegende Problematik und die meist bei neurologischen Patienten vorhandene Bewegungseinschränkung eingegangen werden. Die Einzeltherapiesituation erlaubt eine gezielte Befundung und eine konkrete Anpassung der Maßnahmen an den Patienten. Die Möglichkeit der digitalen Palpation zur Befundung erlaubt eine genaue Auskunft über die tatsächliche Kraft- und Ausdauersituation sowie das Ansteuerungsvermögen der Beckenbodenmuskulatur. Der Vorteil dieser Befundung ist, dass sie konkrete, vergleichbare Ergebnisse liefert und der Patientin durch den taktilen Reiz ein klares Feedback gibt. Die Einzeltherapie ermöglicht neben den Kräftigungs- und Entspannungsübungen und dem Vermitteln von Strategien und Verhaltenstipps, die auch Inhalt einer Gruppeneinheit sind, ein direktes Arbeiten an Strukturen des Beckens und des Beckenbodens. Mittels viszeraler Manipulation werden Spannungen reguliert, Aufhängungen oder Verbindungsstellen zwischen den Beckenorganen wie etwa zwischen Uterus und Blase oder Muskeln im Beckenbereich bearbeitet. Dadurch werden optimalere Voraussetzungen für Lage und Mobilität der Beckenorgane sowie Funktion der Beckenbodenmuskulatur geschaffen.

Fazit

Die Erfahrungen mit Beckenbodentherapie bei neurologischen Patienten unterstreichen ihren Stellenwert in der Rehabilitation und machen folgende Aspekte sichtbar: Inkontinenzen bei neurologischen Patienten sind nicht zwangsläufig neurogenen Ursprungs – häufig wird eine bereits vorhandene Belastungs- oder Dranginkontinenz erst aufgrund der auftretenden motorischen Defizite wie etwa einem verminderten Gehtempo bedingt durch

muskuläre Dysbalancen problematisch. Die Entwicklung einer Inkontinenz kann Folge einer längeren krankheitsbedingten Immobilität sein. Patienten, die in das Rehabilitationszentrum kommen, haben nicht selten eine solche hinter sich. Immobilität geht meist mit einer allgemeinen Muskelschwäche und häufig auch einer Beckenbodenschwäche einher. Die Beckenbodentherapie schafft hier Möglichkeiten, solche Dysbalancen und auch Störungen infolge längerer Katheterisierungen entsprechend vor- und nachzubetreuen. Neurologische Patienten formulieren häufig das Rehabilitationsziel, „selbstständig auf die Toilette gehen zu können“. Dieser Wunsch impliziert die wechselseitige Beeinflussung zweier Motivationen: Fortbewegung und Kontinenz. Auch Patienten mit neurologischen Erkrankungen und daraus entwickelten Inkontinenzen ist es, wenn auch oft nur teilweise, möglich, in die eigene Problematik kontrollierend einzugreifen. Da oft nicht alle Steuerungsinstanzen ausgefallen sind, können Patienten durch die Beckenbodentherapie lernen, mit den verbleibenden Instanzen zu kompensieren. Beckenbodentherapie in der Neurologie bedeutet demnach nicht nur Training der Beckenbodenmuskulatur bzw. Behandlung von muskulären Strukturen, Ligamenten und anderen Verbindungen der Beckenorgane, sondern beschäftigt sich auch mit der Erarbeitung von Strategien im Umgang mit vorhandenen Defiziten.

Harninkontinenz schränkt die Partizipation am gesellschaftlichen Leben ein. Schon teilweises Wiedererlangen der Kontinenz kann den Handlungsspielraum im Alltag der Patienten erheblich erweitern. Eine fehlende Beckenbodenfunktion bei neurologischen Patienten darf daher nicht von vornherein als hoffnungslos betrachtet und deswegen unbeachtet bleiben, sondern sollte in den neurologischen Befund integriert und durch spezialisierte Physiotherapeuten behandelt werden.



Mag.^a Heidi Halbedl
Physiotherapeutin,
Praxisgemeinschaft Neurokompakt, Wien