

Vertrauen schenken

Syndrom des hyperaktiven Beckenbodens

Ein hyperaktiver Beckenboden kann Schmerzen im Beckenbereich verursachen und hängt nicht selten mit sexuellen, körperlichen und psychischen Traumata zusammen. Der Auszug aus dem Buch „Physiotherapie in der Gynäkologie“ macht deutlich, welchen Stellenwert ein vertrauensvolles Verhältnis besonders bei dieser Patientinnengruppe hat.

➔ In Großbritannien wurde die Prävalenz von chronischem Beckenschmerz bei Frauen im Alter von 18–50 Jahren in der Höhe von 24% ermittelt [1]. In Deutschland gibt es keine ähnliche Erhebung. Patientinnen mit chronischen Beckenschmerzen leiden in der Regel zugleich unter Depressionen, Angstzuständen, Persönlichkeitsstörungen und/oder Medikamentenmissbrauch [2]. Beim gleichzeitigen Auftreten genitaler, gastrointestinaler, sexueller und urologischer Schmerzen im Beckenbereich könnten diese Beschwerden einen gemeinsamen Ursprung haben [3].

Meist durch traumatische Erfahrungen ausgelöst → Chronisches Zurückhalten und Hinausschieben der Miktion und Defäkation, auch übermäßiges Beckenbodenkrafttraining ohne Entspannungsphasen können zu einem hypertonen Beckenboden führen. Der nachweislich hypertone Beckenboden könnte Schmerz auslösen, wenn man ihn als Ausdruck eines Abwehrmechanismus gegen Bedrohung ansieht [4]. Reflektorische Aktivität der Beckenbodenmuskulatur ist eine normale Reaktion auf Eingriffe im Urorektogenitalbereich. Nach z. B. wiederholten invasiven Untersuchungen kann die Abwehrreaktion pathologisch werden. Bei Tieren zeigt die Haltung des Schwanzes, der vom Beckenboden bewegt wird, die augenblickliche Stimmung. Bei Furcht ist der Schwanz eingezogen, der Beckenboden angespannt. Bei Freude ist er angehoben, der Beckenboden entspannt. Traumatische sexuelle Erfahrungen wie Inzest, Vergewaltigung, Missbrauch, die häufig bei diesen Patientinnen vorkommen, führen zu Veränderungen des Körperbildes, zu Allodynie und Hyperalgesie [5–7]. Das gleichzeitige Auftreten von Beckenbodenbeschwerden, Angstzuständen, Somatisierung und traumatischen Erfahrungen weist auf zirkuläre Prozesse hin, die sich gegenseitig verstärken. Neben dem hyperaktiven Beckenboden treten häufig Detrusorinstabilität [8], interstitielle Zystitis [9],

anale Fissuren und Coccygodynie [10] auf. Weitere mögliche Erkrankungen sind nicht eindeutig zuzuordnende muskuloskelettale Dysfunktionen, Atemstörungen und unerklärliche orofaziale Symptome [11, 10]. Die Anamnese derart betroffener Patientinnen weist erstaunlich viele erfolglose medizinische und chirurgische Interventionen auf. Auf diese Patientinnen treffen gleichzeitig Kriterien für posttraumatische Stressstörungen (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD), somatoforme Störungen und Syndrome chronischen Schmerzes zu. Selten hängt der hyperaktive Beckenboden nicht mit sexuellen, körperlichen und psychischen Traumata zusammen, sondern scheint durch verhaltensbedingte Aspekte, Muskelüberlastungen oder besondere Lebensereignisse ausgelöst worden zu sein.

➔ Definition

Schmerzen im Beckenbereich

Chronischer Beckenschmerz (Chronic Pelvic Pain, CPP)

Bezeichnet einen nicht zyklischen Schmerz in Zusammenhang mit Strukturen im Beckenbereich bei Frauen, der dauernd oder wiederkehrend seit 6 Monaten auftritt. Er hat negative kognitive und soziale Folgen und verändert das Verhalten.

Beckenschmerzsyndrom (Pelvic Pain Syndrome, PPS)

Wiederkehrende oder bestehende Schmerzepisoden am Beckenboden, die entweder mit der Entleerung der Blase oder mit Symptomen des unteren Harntraktes oder sexuellen Dysfunktionen zusammen auftreten. Dabei ist keine Infektion oder eine andere bekannte Pathologie zu finden (European Association of Urology [EAU] Guideline on Chronic Pelvic Pain [12]).

sexuell	urethrovessikal	anorektal	allgemein
→ Schmerzen beim Orgasmus	→ urethrales Syndrom: Detrusorinstabilität, hyperaktive Blase	→ Coccygodynie (schmerzhaftes Steißbein)	→ Kreuzschmerzen
→ Dyspareunie (genitaler Schmerz vor, während oder nach Geschlechtsverkehr)	→ urethrale Dysurie	→ Anismus	→ Hyperventilation
→ Vaginismus (unwillkürliche Muskelkontraktion des äußeren Drittels der Vagina)	→ interstitielle Zystitis (chronisch entzündliche Veränderung der Blasenwand, die mit Dysurie, Detrusorhyperaktivität und Schmerzen einhergeht)	→ Proctalgia fugax (krampfartige Schmerzen am After)	→ chronischer Beckenschmerz
→ Vulvodynie (Symptome von Schmerzen der äußeren weiblichen Geschlechtsteile)	→ Restharn	→ Reizkolon (Irritable Bowel Syndrome, IBS)	→ chronischer Beckenbodenschmerz
→ Vulvitis/Vestibulitis (Schmerzen am Scheidenvorhof)	→ Entleerungsstörung	→ Obstipation	→ perinealer Schmerz
→ Störung der sexuellen Erregbarkeit		→ Hämorrhoiden	→ Kongestion im Becken
→ Klitorissschmerzen		→ anale Fissuren	→ orofaziale Beschwerden (Kieferknirschen, Ohrgeräusche, mangelnde Mundöffnung)
		→ perianaler Schmerz	→ Endometriose

TAB. Schmerzdiagnosen und begleitende Symptome im Becken

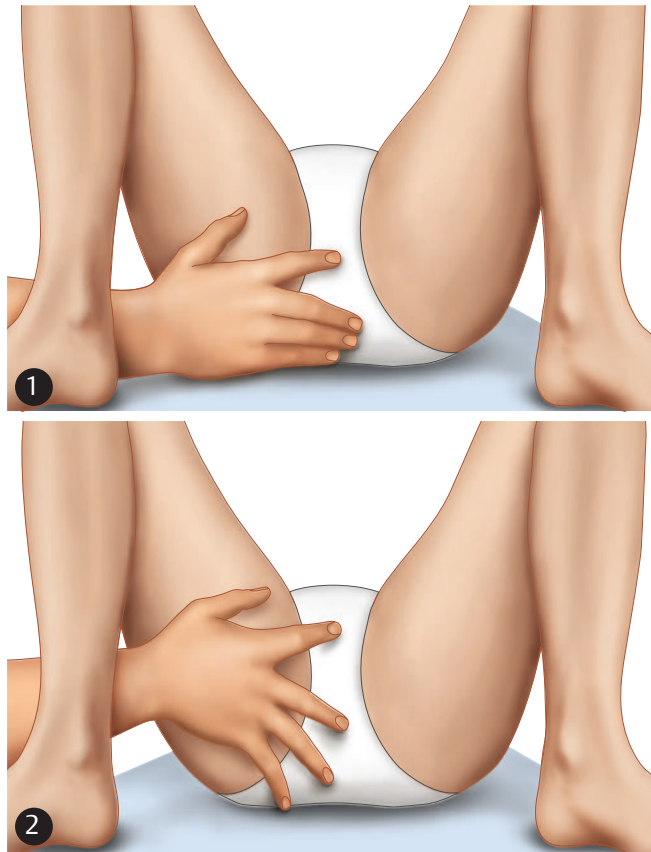


ABB. 1 Die dorsale Seite des kleinen Fingers ruht auf der Unterlage am Gesäß.
 ABB. 2 Die Ringfingerspitze liegt am Anus. Die Spitze des Mittelfingers befindet sich am Perineum, direkt unter dem Vestibulum, evtl. Daumen oder Zeigefinger an den Adduktoren (am Os pubis).

Hyperaktiv ist nicht gleich hyperton → Die genaue Differenzierung zwischen hypertonem Beckenboden und dem komplexen hyperaktiven Beckenbodensyndrom ist nach Ramakers und van Lunsen [13] möglich. Ein hypertoner Muskel zeichnet sich durch einen erhöhten Muskeltonus, gesteigerte Muskelaktivität und vor allem eine reduzierte Muskelentspannung aus [14].

Vertrauen als Basis → Eine offene Gesprächsatmosphäre während der behutsamen Anamnese ist ein wichtiger Baustein dieses Prozesses. Nichtverbale Aspekte wie Haltung, Atmung, Stimme, Augenkontakt sind zu beobachten. Negative sexuelle Erfahrungen in der Vergangenheit wie Missbrauch, Vergewaltigung o.Ä. müssen erfragt werden.

Grundlage einer erfolgreichen Behandlung – besonders dieser Patientinnen – ist die Entwicklung eines vertrauensvollen Therapieverhältnisses.

Kriterien für die Diagnose → Van Lunsen [10] hat auf der Grundlage vorhandener Untersuchungen folgende Kriterien für das Syndrom des hyperaktiven Beckenbodens definiert:

- gleichzeitiges Vorliegen von mehr als 3 Symptomen (☞ TAB., S.21)
- Nachweis einer Beckenbodendysfunktion durch eine Beckenbodenuntersuchung und/oder funktionelle Tests
- bei gleichzeitigem Vorliegen von einer oder mehreren psychischen Erkrankungen

Es sollte eine Differenzialdiagnostik erfolgen, um eine Endometriose und Entzündungen der Genitalorgane auszuschließen.

Schmerzen messen → Schmerz stellt, unabhängig von der Definition, ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis dar. Naturgemäß ist Schmerz daher nicht mit objektiven Messverfahren quantifizierbar, sondern nur subjektiv eingrenzbar. Die klinische Schmerzmessung (Algesimetrie) beschäftigt sich mit der Schmerzwahrnehmung durch die Patient*innen. Eindimensionale Skalen, die entweder analog, numerisch oder verbal angelegt sind, erlauben eine schnelle Verlaufskontrolle. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass diese Verfahren einfach zu handhaben sind, über ausreichende Sensitivität und Reliabilität verfügen und für Patient*innen sehr verständlich sind. Allerdings erlauben sie keine differenzierten diagnostischen Aussagen. Bei visuellen Analogskalen (VAS) hat sich eine 10cm lange, horizontale Linie etabliert, an deren linkem Ende „kein Schmerz“ und am rechten Ende „maximal vorstellbarer Schmerz“ steht. Um die Nachteile eindimensionaler Skalen auszuräumen, wurden verschiedene Fragebögen und Tagebücher entwickelt, die mehr oder weniger allgemein bzw. auf spezifische Syndrome abzielend die Schmerzwahrnehmung mehrdimensional erfassen. Der McGill-Schmerzfragebogen (McGill Pain Questionnaire, MPQ) wurde von Melzack [15] vorgestellt. Neben dem MPQ gibt es verschiedene deutschsprachige Fragebögen, so den Fragebogen zur Schmerzerfassung [16], die revidierte mehrdimensionale

Schmerzskala [17], die Schmerzempfindungsskala [18]. Sehr empfehlenswert ist der Fragebogen „Modul viszerale und urogenitale Schmerzen für Frauen“ der Deutschen Schmerzgesellschaft (bit.ly/viszerale_urogenitale_Schmerzen_Frauen; Stand: 09.12.2021). Schmerztagebücher sind Berichte über verschiedene Facetten des Schmerzes, beinhalten aber auch schmerzbeeinflussende Bedingungen und Faktoren (z. B. Schlaf) sowie eingeleitete Maßnahmen gegen die Schmerzen. Hierbei halten die Patient*innen in schriftlicher, standardisierter Form die vorbestimmten Parameter über einen definierten Zeitraum fest. Das korrekte Führen des Tagebuches zeigt gleichzeitig die Therapiebereitschaft der Patient*innen. Schmerztagebücher eignen sich besonders als Methode zur Verlaufskontrolle und Therapieevaluation. Fragebogenmethoden und das Schmerzinterview zählen zu den Selbstberichtsmethoden. Beide dienen der Erfassung von Schmerzverhalten, Bewältigungsstrategien und von Einstellungen gegenüber dem Schmerz. Sie entsprechen daher am ehesten der Multikomponentenstruktur von Schmerz. Sie sind wesentlich aufwendiger als alle bislang beschriebenen Verfahren.



Grundlage einer erfolgreichen Behandlung – besonders dieser Patientinnen – ist die Entwicklung eines vertrauensvollen Therapieverhältnisses.

Risiko für Retraumatisierung hoch → Viele Patientinnen mit dieser Diagnose sind missbraucht worden. Deshalb sollten vaginale oder rektale Untersuchungen, wegen der Gefahr der Retraumatisierung, möglichst vermieden werden. Die Patientin muss ihre deutliche Einwilligung zu äußeren körperlichen Untersuchungen, nach eingehender Aufklärung über die Durchführung und das Ziel, vorher geben. Da diese Patientinnen oft Schwierigkeiten haben, etwas abzulehnen, muss die Therapeutin nonverbale Signale bewerten, wie „Kopf wegrehen“ oder Augenkontakt vermeiden. Jeder Untersuchungsschritt sollte angekündigt und erläutert sein. Es ist möglich, die Beckenbodenmuskulatur therapiebegleitend von außen zu bewerten. Eine spezielle Palpationstechnik entwickelten Homann und Westerlink [19] (👁️ ABB. 1 UND 2). Die Patientin kann ihre Unterhose auf Wunsch anbehalten. Der Beckenboden kann beurteilt werden hinsichtlich:

- Wahrnehmung
- Kontrolle
- Kraft
- Entspannungsfähigkeit
- Grundtonus

➔ *Behutsam erfragen*

Anamnese

allgemeine Anamnese, besonders:

- Erwartungen an die Therapie
- traumatische sexuelle Erfahrungen (s. a. Hinweise auf Missbrauch)
- medizinische Vorgeschichte
- Hinweise auf psychische Erkrankungen
- Schlafverhalten
- Schmerzen allgemein
- Sprachstörungen
- Hyperventilationstendenzen

urologische Anamnese, besonders:

- Blaseninfektionen
- Schmerzen
- Miktionsfrequenz
- Urinverlust

gastroenterologische Anamnese, besonders:

- Hämorrhoiden, Fissuren
- Schmerzen
- Defäkationsfrequenz

gynäkologische Anamnese, besonders:

- Schmerzen, auch bei Untersuchungen
- Scheideninfektionen
- Menstruation
- Tamponbenutzung
- Vorlagengebrauch, auch Slipeinlagen
- Hygiene im Intimbereich
- Senkungsbeschwerden
- Schwangerschaften, auch Abtreibungen, Fehlgeburten, Kinderwunsch

sexologische Anamnese, besonders:

- Schmerzen
- Geschlechtsverkehr (Initialaktivität, Orgasmusfähigkeit, Libido, Position)
- Urinverlust bei sexuellen Aktivitäten

➔ **Hinweise erkennen**

Sexueller Missbrauch

Hinweise können sein:

- wenig Selbstachtung, unsicheres Auftreten, Vermeiden von Augenkontakt
- Angst vor Kontrollverlust
- wenig Körpergefühl
- Schwierigkeiten mit Ärger und Gewalt
- Schwierigkeiten mit Nähe und Sexualität
- Verweigern oder/und Vergessen von Behandlungsaufträgen
- schlechtes Gedächtnis
- Neigung zur Selbstverstümmelung
- zwanghaftes Verhalten
- Kontrollieren von Umgebung, Behandlung und Behandlungszeit
- Vorhandensein multipler Persönlichkeiten
- Dissoziation (Abwehrmechanismus nach Trauma, im Geist woanders sein)

Ausgangsstellung: Die Patientin liegt in Rückenlage mit angestellten Beinen auf der Behandlungsbank. Die Untersucherin steht seitlich, in Beckenhöhe, neben der Patientin. Ablauf: Die ruhende Hand wird deutlich sichtbar hingelegt, z. B. hält sie ein angestelltes Bein. Die untersuchende Hand legt man an die verschiedenen Stellen des Beckenbodens:

- Die dorsale Seite des kleinen Fingers liegt auf der Unterlage am Gesäß (👁️ ABB. 1, S. 22).
- Die Ringfingerspitze liegt am Anus (👁️ ABB. 2, S.22).
- Die Spitze des Mittelfingers befindet sich am Perineum, direkt unter dem Vestibulum und der Daumen oder Zeigefinger an den Adduktoren am Os pubis (👁️ ABB. 2, S.22).

Die Bewegungen des gesamten Beckenbodens und der Synergisten sind so tastbar. Wenn der Beckenboden korrekt angespannt wird, hebt sich das Gewebe unter der untersuchenden Hand, bei Entspannung senkt es sich. Bei hyperaktivem Beckenboden kann die Patientin nicht „lockerlassen“. Sogar Atembewegungen sind fühlbar. Ein holländischer Beckenboden-Score [4], von spezialisierten Beckenbodentherapeutinnen durchgeführt, erzielt genauere Ergebnisse, die mit Laboruntersuchungen korrelieren.

Chronische Schmerzen behandeln → Maßnahmen zur Schmerzlinderung allein können, wenn überhaupt, nur vorübergehend Erleichterung verschaffen. Erfolgreichere Ansätze beinhalten multidisziplinäre Behandlungsprogramme, bei denen auf die verschiedenen Aspekte der Probleme geachtet wird [20]. Hilfreich ist die Europäische Leitlinie zu diesem Thema [21, 12]. Die Physiotherapie kann innerhalb eines Teams besonderen Einfluss auf die mangelnde Relaxationsfähigkeit des Beckenbodens nehmen und Bewegungsan-

gebote machen. Eine Therapiedauer von einer Stunde, eine Frequenz von 2-mal im Monat und eine lange Laufzeit wären ideal. Grundsätzlich muss die Behandlung ressourcenorientiert statt defizitorientiert stattfinden. Das Katastrophisieren von Schmerzen muss unbedingt vermieden werden. Therapieziele sind:

- Verminderung der Angst vor Schmerzen
- Reduzieren von Vermeidungsverhalten
- Schmerzkontrolle durch geeignete aktive Interventionen, z. B. Bewegung
- Wiederherstellung der Organfunktionen
- Veränderung der Stimmungslage

Weitere begleitende Therapieoptionen wie Atemtherapie, Bauchmassage, Entspannungstechniken und physikalische Maßnahmen sowie vor allem Bewegung sind sinnvoll. Invasive rektale und/oder vaginale Therapieformen wie Elektrostimulation und Elektromyografie mittels entsprechender Sonden oder Konentraining sind wegen der Gefahr der Retraumatisierung häufig kontraproduktiv. Zusätzliche anorektale, urethrovessikale und gynäkologische Dysfunktionen (s. entsprechende Kapitel) müssen bei der Therapieplanung bedacht werden.

Ulla Henscher

📖 **Literaturverzeichnis**

www.thieme-connect.de/products/physiopraxis > „Ausgabe 4/23“

🎁 **Gewinnen**

Physiotherapie in der Gynäkologie

Gewinnen Sie ein Exemplar des Buches „Physiotherapie in der Gynäkologie“. Klicken Sie dazu bis zum 3.5.2023 unter www.thieme.de/physiopraxis > „Gewinnspiel“ auf das Stichwort „Gynäkologie“.



👩 **Autorin**



Ulla Henscher ist die Herausgeberin und Autorin des Buchs „Physiotherapie in der Gynäkologie“. Mit der 4. Auflage gibt sie ein Update, welche Herangehensweisen in der PT-Gyn noch aktuell sind oder sich verändert haben und wo neue Fragestellungen aufgetaucht sind.