

# Integrative Bewegungstherapie

## Internetzeitschrift für klinische Bewegungstherapie, Körperpsychotherapie und bio-psycho-sozial- ökologische Gesundheitsförderung

(peer reviewed)

begründet 1990 von *Anne Schubert*, *Apostolos Tsomplektis*, *Hilarion G. Petzold*, *Martin J. Waibel*

**Herausgeber:** Deutsche Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB e.V.),  
*Cornelia Jakob-Krieger*, Geldern; *Annette Höhmann-Kost*, Ludwigsburg; *Martin J. Waibel*, Aulendorf;  
*Hermann Ludwig*, Hannover; *Hilarion G. Petzold*, Hückeswagen

in Verbindung mit:

**„Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Naturtherapien und Kreativitätsförderung“**

Materialien aus der EAG, 2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückes-  
wagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

„Integrative Bewegungstherapie“ ISSN 1437-2304

### Ausgabe 01/2014

## Kommunikation mit traumatisierten Patienten - Umgang in der physiotherapeutischen Praxis

*Hanna Kyseley \**

---

\* Aus der „Deutschen Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB)“, Im Obstgarten 6, 88326 Aulendorf, Tel: 07525-7449, Mail: [info@ibt-verein.de](mailto:info@ibt-verein.de), Leitung: Cornelia Jakob-Krieger, Geldern; Annette Höhmann-Kost, Ludwigsburg; Martin J. Waibel, Aulendorf; Hermann Ludwig, Hannover; sowie der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: [forschung@integrativ.eag-fpi.de](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de), oder: [info@eag-fpi.de](mailto:info@eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com>). Erschienen in: *Physiotherapie med*, 5/2009.

### **Zusammenfassung: Kommunikation mit traumatisierten Patienten - Umgang in der physiotherapeutischen Praxis**

In der physiotherapeutischen Praxis sind viele Patienten traumatisiert, oft werden wir es nicht wissen und sie werden es uns nicht mitteilen. Nichts desto trotz hat dies Auswirkung auf die Kommunikation zwischen Patient und Physiotherapeut und damit auf das Behandlungsergebnis. Hat ein Patient z. B. ein traumatisches Erlebnis mit Kälte gehabt, kann dies bei einer Anwendung der Kryo-therapie zu einem für ihn neuro-physiologischem Wiedererleben mit entsprechender Todesangst im Hier und Jetzt kommen, ohne dass es ihm möglich ist, dies dem Physiotherapeuten mitzuteilen. Der Patient ist dann plötzlich wie erstarrt oder er zeigt deutlich Stresssymptome. Nicht in jedem Fall ist das Erleben für den Physiotherapeuten erkennbar und er bemerkt vielleicht erst im plötzlichen Wegbleiben des Patienten, das etwas nicht in Ordnung ist. Was wird unter Trauma verstanden, die Entwicklung der Traumatherapie und welche Konsequenzen dies für die Kommunikation zwischen Patient und Physiotherapeut haben kann wird nachfolgend erläutert.

**Schlüsselwörter:** Traumatisierte Patienten, Kommunikation, Physiotherapie, neuro-physiologisches Wiedererleben, Konsequenzen

### **Summary: Communication with traumatized patients - dealing in physiotherapeutic practice**

In physiotherapeutic practice many patients are traumatized, often we will not know it and they will not tell us. Nevertheless, this has an impact on the communication between patient and physiotherapist and thus on the treatment outcome. For example, if a patient has had a traumatic experience with cold, this may result in a neuro-physiological re-experiencing for him with a corresponding fear of death in the here and now during an application of Kryo-therapy, without him being able to communicate this to the physiotherapist. The patient is then suddenly frozen or clearly shows symptoms of stress. Not in every case is the experience recognizable to the physical therapist and he may only notice that something is wrong when the patient suddenly stays away. What is understood by trauma, the development of trauma therapy and what consequences this can have for the communication between patient and physical therapist is explained below.

**Keywords:** traumatized patients, communication, physiotherapy, neuro-physiological re-experiencing, consequences.

# Kommunikation mit traumatisierten Patienten

## Umgang in der physiotherapeutischen Praxis

von Hanna Kysely

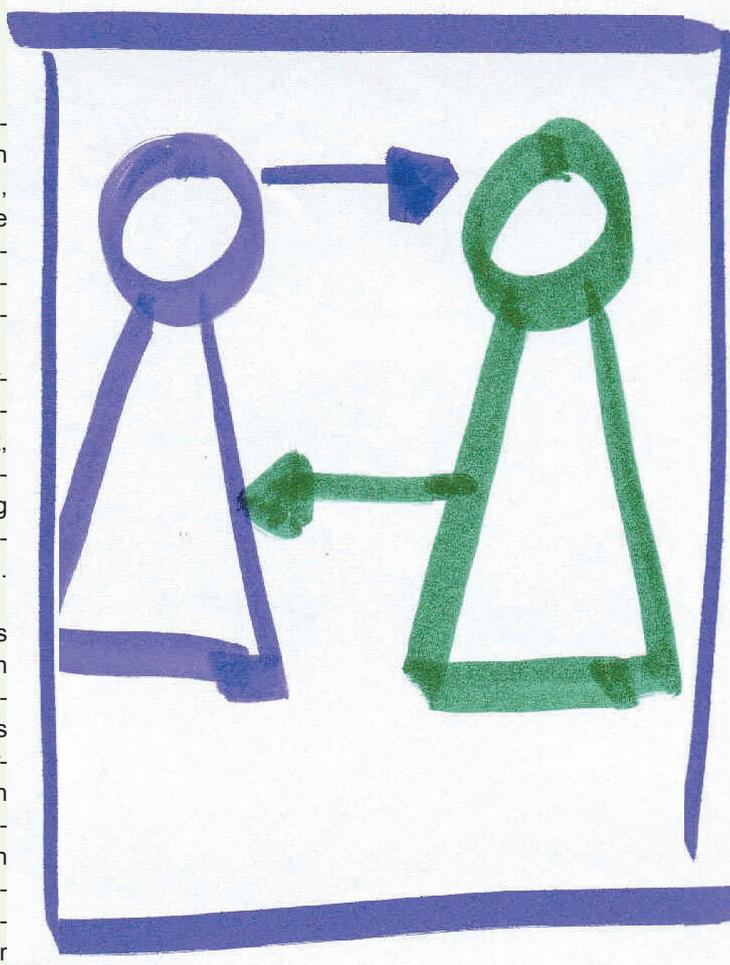
**Zusammenfassung:** In der physiotherapeutischen Praxis sind viele Patienten traumatisiert, oft werden wir es nicht wissen und sie werden es uns nicht mitteilen. Nichts desto trotz hat dies Auswirkung auf die Kommunikation zwischen Patient und Physiotherapeut und damit auf das Behandlungsergebnis. Hat ein Patient z. B. ein traumatisches Erlebnis mit Kälte gehabt, kann dies bei einer Anwendung der Kyrotherapie zu einem für ihn neuro-physiologischem Wiedererleben mit entsprechender Todesangst im Hier und Jetzt kommen, ohne das es ihm möglich ist, dies dem Physiotherapeuten mitzuteilen. Der Patient ist dann plötzlich wie erstarrt oder er zeigt deutlich Stresssymptome. Nicht in jedem Fall ist das Erleben für den Physiotherapeuten erkennbar und er bemerkt vielleicht erst im plötzlichen Wegbleiben des Patienten, das etwas nicht in Ordnung ist. Was wird unter Trauma verstanden, die Entwicklung der Traumatherapie und welche Konsequenzen dies für die Kommunikation zwischen Patient und Physiotherapeut haben kann wird nachfolgend erläutert.

### Das Trauma

Unter einem Trauma versteht man ein existentiell bedrohliches Ereignis, welches eine Person selbst erlebt oder davon Zeuge wird. Dies können z. B. schwere Unfälle, Krankheiten, invasive medizinische Eingriffe (Intensivstationen), sexuelle Gewalt, Misshandlungen, schwere Vernachlässigung, Raubüberfälle, Mord, Kidnapping, Folter, Natur- und Verkehrskatastrophen, plötzliche Verluste vertrauter Menschen und sozialer Sicherheit sein.

Die gewöhnlichen Bewältigungsstrategien sind überfordert durch die Überstimulierung aller Sinne. Die Person empfindet extreme Gefühle von Hilflosigkeit, intensiver Angst, Kontrollverlust, massive Verwirrung und Erschütterung. Damit werden die kognitiven Funktionen, die Affektsteuerung und Körperregulation erheblich beeinträchtigt. Dies verursacht häufig dauerhafte substantielle, psychische Schäden. (L. Besser 2005)

Michaela Huber (1997) bezeichnet diese Situation als traumatische Zange: Die Person kann weder fliehen noch kämpfen, erleidet Todesangst, ist der Situation völlig ohnmächtig ausgeliefert. Das existentiell-bedrohliche Ereignis wird eingefroren (Freeze), Dissoziationen helfen zu überleben. Das Trauma selbst wird fragmentiert gespeichert in Sinneseindrücke (visuell, auditiv, taktil, olfaktorisch), Kognitionen (Gedanken), Emotionen, körperlichen Empfindungen (Schmerz, Muskelspannung, Lage, Druck, Temperatur), Atmosphäre/Kontext, Beziehung, Szene und Amnesien/Dissoziationen. Diese Fragmente treffen auf den Thalamus, in der



Amygdala (heiße Organ) werden sie mit den Emotionen angereichert, die Verbindung zum Hippokampus (kaltes Organ) und zum Broca-Sprachzentrum ist gestört und werden fragmentiert im präfrontalen Kortex abgespeichert.

Neurophysiologisch ist das Ereignis nicht verarbeitet. Untersuchungen zeigten, dass bei massiv Traumatisierten der Hippokampus (Gedächtnis) wesentlich kleiner als bei nicht Betroffenen ist. Dies ist ein Hinweis auf Störung der kognitiven Funktionen und ist auch Folge der stressphysiologischen Abläufe (G. Hüther 2007).

Durch Trigger (Auslöser, z. B. bestimmter Geruch) werden Flashbacks ausgelöst, d. h. die Person erlebt stressphysiologisch das traumatisierende Ereignis erneut im Hier und Jetzt, was unter anderem auch zum Abbau des Hippokampus führen kann. Spätfolgen sind unter anderem Gedächtnisstörungen. Olbricht spricht auch von Entwicklung von Demenz bei Frauen, deren Traumata nicht behandelt wurden.

## Symptome der Traumatisierung

Die Symptome von Traumatisierungen sind:

- “Flashbacks“ das Aufblitzen traumatischer Bilder/Sinnesindrücke
- Depressionen, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Stumpfheit (Leere)
- Angst, Panikattacken
- Getriebenheit, Unruhe; Hektik
- Selbsthass, Selbstzweifel, Selbstverletzendes Verhalten SVV
- zahlreiche körperliche Beschwerden
- Ärger, Wut, Gereiztheit
- Rückzug bis zur Isolation
- Suizidalität
- Derealisation/Depersonalisation
- Dämmerattacken Ohnmachtsanfälle
- psychogene Amnesie
- katatonie und stuporöse „Krampfanfälle“
- “Ich“ Fragmentierungen
- dissoziative Persönlichkeitsstörungen (DIS/MPS), die meist bei schwerer, langandauernder körperlicher, sexueller Gewalt unter 6 Jahren entstehen können
- Selbstbetäubungen = Suchtmittelmissbrauch
- Essstörungen (Anorexie, Bulimische Essattacken)
- Reinszenierungen alter traumatischer Situationen
- Zwangsrituale
- Gewaltausbrüche gegen andere

Neben der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS/PTSD), haben Patienten mit traumatischen Erlebnissen oft auch eine Borderline-Störung, Angst- und Panikstörung, Depressionen, Dissoziative Störungen, Dissoziative Identitätsstörung/Multiple Persönlichkeitsstörung (DIS/MPS), somatoforme Störungen oder eine psychogene Psychose.

Zu unterscheiden sind Monotraumata, serielle, sequentielle Traumata. Die Schwere, die Häufigkeit und das Alter des Opfers während des Geschehens u. a. mehr, sind beeinflussend auf die Beeinträchtigung um die Lebensqualität und bestimmen wesentlich die nötige Dauer der Therapie.

## Körperliche Auswirkungen und die Beziehung zum eigenen Körper bei frühen Traumatisierungen

Der Leib ist der Ort des subjektiven Empfindens, Wahrnehmens und Erlebens. Bereits im Mutterleib macht das Kind verschiedenste sensorische und akustische Erfahrungen. Nach der Geburt erlebt das Kind Durst, Hunger, Befriedigung, Mangel, Entleerung, Darmdruck, evtl. Wundliegen, Blähungen, Müdigkeit, Schwitzen, Frieren, Geborgenheit oder Verlassenheit. Auf diese Innenreize, Empfindungen, Gefühle erfolgen unterschiedliche Antworten von außen wie Füttern oder Hungernlassen, Pflege oder Vernachlässigung, Zuwendung oder Ablehnung. Der Säugling macht durch Berührungen die Erfahrungen, dass seine Haut die Körpergrenze ist, er erfährt dabei Stimulierungen auf allen Sinneskanälen. Der Säugling reagiert unterschiedlich auf diese für ihn angenehmen und unangenehmen Empfindungen. Durch diese Erfahrungen lernt der Mensch innere und äußere Reize zu unterscheiden, entwickelt Körpergrenzen, unterscheidet Selbst und Nicht-Selbst. Dabei ist der Säugling aktiv in der Kommunikation (M. Dornes 1996, H. Petzold 1993, I. Olbricht 2004). Wird die Haut als Körpergrenze in der Kommunikation angemessen gestreichelt, gewärmt, gepflegt, kann das Kind die Haut als Körpergrenze positiv besetzen. Dagegen lösen zu häufige, unangenehme und unangemessene Körperkontakte Schmerzen und Vermeidung der Wahrnehmung von Körpergrenzen aus. Mangelhafte Körperkontakte, entstehend aus Vernachlässigung, Ekel und Ablehnung führen zur Unsicherheit und Undeutlichkeit in den Körpergrenzen/Leibgrenzen (I. Olbricht 2004).

Die Erfahrungen und die Kommunikation mit den Bezugspersonen sind entscheidend für die Entwicklung des Körperbildes, dem Bezug zum eigenen Körper/Leib. Bei Misshandlungen und sexualisierter Gewalt ist der Körper Ort der Traumatisierung, damit ist die Entwicklung des Körperbildes und der körperlicher Funktionen beeinträchtigt. Entscheidend ist auch in welcher Lebens- und Entwicklungsphase die Unter- bzw. Überstimulierung auf welchen Körper- oder Lebensbereich einwirkt (I. Olbricht 2004).

Dissoziationen helfen dem Überleben, sind damit Ressourcen. Später wird das Gefühl der Entfremdung, „ich bestimme nicht über meinen Körper“, noch durch die Dissoziationen bestätigt. Die Kontrolle über Körperfunktionen, Körperwahrnehmung, über den eigenen Körper kann sich nicht entwickeln, oder wird enteignet. Dabei geht die Entfremdung über die Störung der Abgrenzungsfähigkeit und der Selbstverfügung hinaus (M. Huber 1997, I. Olbricht 2004).

Der Körper dient der Machtausübung anderer und kann nicht ungestört, lustvoll selbst entdeckt werden. Der Körper ist die Quelle von Verletzung, Anspannung, Angst, Schmerz, Leiden, auf ihn kann alles Feindliche und Negative projiziert werden, er wird zum Feind.

Jedes Trauma wird als Körpererinnerung gespeichert, auch wenn es durch Lebensalter oder Dissoziationen nicht erinnert werden kann. Der Körper als Speicher des Traumas wird somit abgelehnt und mit Hass verfolgt (M. Huber 1997, B. I. Olbricht 2004, H. Petzold 2000).

Die **Integrative Therapie** unterscheidet verschiedene Sektoren des Gedächtnisses: das propriozeptive, das atmosphärische, das ikonische, das szenische und das verbal-symbolische Gedächtnis (H. Petzold 1988,1993). Nach der Kleinkindphase wirken alle zusammen als integrales Gedächtnis (B. Hausmann, R. Neddermeyer 1996).

Wirkt der Stress wie bei früher sexueller Gewalt über lange Zeit an, entsteht Dauerstress mit emotionaler Anspannung. Anhaltende Auslieferung- und Ohnmachterfahrungen führen zu chronischen Stressreaktionen. Es gibt keine Phase der Entspannung und Ruhe mehr. Verhindert wird dies durch die Angst vor neuer Gewalt und der latent vorhandenen ohnmächtigen Wut. Auch, die von Olbricht berichtete Überlebenssucht führt zur Erhöhung des Anspannungs- und Erregungsniveau. Überleben ist eine hohe Leistung. Gelegentlich werden schwierige Situationen auch gesucht, da das Überleben Adrenalin und Endorphine freisetzt. Diese Hormonausschüttung kann süchtig machen; man braucht den Kick. Das Überleben ist damit nicht nur die Grundlage jeder weiteren Entwicklung, sondern stiftet auch Identität.

Entlastung kann dabei autoaggressives Verhalten bieten. Paradoxe Weise stellen Selbstverletzungen oft einen Versuch da, sich vor unerträglichen Schmerzen, Spannungen, Ängsten und sozialer Isolation zu schützen. Besondere Aufmerksamkeit erfordern suizidale Impulse und Handlungen. Bei früh Traumatisierten ist das Suizidversuchrisiko um das 12,5-fache erhöht ( Bühring, P. nach: Kindheit hat Folgen“ a.a.O., S.C. 1037).

Die Kontroll- und Handlungsfähigkeit ist stark beeinträchtigt. Eine Möglichkeit wenigstens ein wenig Kontrolle über den Körper zu bekommen ist die, eine Essstörung zu entwickeln.

Die Schuldthematik der Betroffenen hat oft ein erhebliches Ausmaß. Sie hat auch eine Bewältigungsfunktion, deshalb kann das Schuldgefühl nicht ohne weiteres aufgegeben werden. Die natürliche Scham der Opfer, wurde nicht respektiert. Scham ist ein wichtiges Schutzgefühl. Neben dem heftigen Schweigegebot, unter welchem viele Patientinnen liegen, ist auch die Scham sich vor Anderen damit zu offenbaren (I. Olbricht 2004).

## Spezifische Techniken der Traumatherapie

Traumatherapie erfordert erfahrene Therapeuten und eine Methodenintegration aller Techniken, um dem Erscheinungsbild und den Folgen von traumatischen Erfahrungen von Menschen gerecht zu werden.

Freud berichtete in seinen ersten Arbeiten von frühen traumatischen, sexuellen Gewalterfahrungen von Patientinnen. Später korrigierte er dieses, indem er diese Geschichten der Hysterie, der Phantasie der Patientinnen zuordnete. Lange Zeit wurde in der Psychoanalyse eine reale sexuelle Gewalterfahrung so behandelt, wie eine sexuelle Phantasie. Damit wurden viele Patientinnen retraumatisiert. Ferenczi beschrieb in seinen Fallbeispielen traumatische Erlebnisse seiner Patientinnen. Janet beschrieb bereits um die Jahrhundertwende über die Folgen von Traumen. Mit der Frauenbewegung seit 1970 trat das Thema sexuelle Gewalt aus der Tabuzone der gesellschaftlichen Öffentlichkeit. Die Traumaforschung entwickelte sich durch die feministische Bewegung und durch die Folgen des Vietnamkrieges in den USA. Die aktuelle Traumatherapie basiert auf der traumaspezifischen Neurobiologie. Die Ergebnisse der Traumaforschung bestätigen das phasenspezifische Vorgehen der Traumatherapie, besonders wichtig ist, dass die Stabilisierung vor der Konfrontation erfolgt, um das Trauma auf allen Sinneskanälen zu integrieren, d. h. kognitiv, körperlich, visuell und emotional. Damit verändern sich auch neurobiologische Strukturen des Gehirns und haben in der Folge Auswirkungen auf die Stressverarbeitung (G. Hüther/U. Sachse 2007).

In der spezifischen Traumakonfrontation behält der Patient die Kontrolle. Er sollte nie ohne spezifische Traumatechniken und entsprechende Begleitung in die Konfrontation gehen. Auch ein Bergsteiger steigt nicht ohne Ausrüstung auf einen 4000 m Berg. Jüngere Ich-Zustände (Innere Kinder) werden vorher und eventuell auch während der Konfrontation in Sicherheit gebracht. Wichtig ist auch die Bearbeitung der inneren Bewertung des damaligen Verhaltens und Erlebens in der traumatisierenden Situation durch den Klienten und die eigene heutige Bewertung im Betrachten der Situation von damals. Wünschenswert wäre ein Reframing (Neubewerten, Einordnen). Ziel der Konfrontation ist die Integration des Erlebten. Symbolisch heilt eine seelische Wunde von innen, bis nur noch eine Narbe zurückbleibt. Die Stabilisierungsphase bildet im Bearbeitungsprozess ein Gegengewicht zum erlebten Schrecken (Konfrontation), die stabilisierenden Techniken sind für den Patienten vor und nach der Konfrontation eine selbstregulierende Emotions- und Spannungsregulationsmöglichkeit.

Die Integrative Therapie verfolgt einen ressourcenorientierten Ansatz (H. Petzold 1977, 1982, 1997, 2000 ), bezog neben der Krankheitslehre, immer schon die Gesundheitslehre mit ein. Die Arbeit mit stabilisierenden, stützenden Angeboten ist in der Integrativen Therapie nicht neu. Die Diffe-

renzung der Gefühle, und vor allem die Entwicklung von sanften Gefühlen werden angestrebt. Der Mensch lebt sozial in Gruppen, ist auf andere Menschen bezogen und wandert nach Petzold durch sein Leben in verschiedenen Konvois, die ihn begleiten (H. Petzold 2000). Die Netzwerkarbeit stellt damit ein wichtiges Kernstück der Integrativen Therapie, und damit der IBT dar.

Die Stabilisierungsphase nimmt zunächst den ersten und wichtigsten Teil ein (dies kann auch mehrere Jahre dauern). Wegen der Gefahr der Retraumatisierung ist ein zu früher Zeitpunkt der eigentlichen Traumabearbeitung contraindiziert.

Zu den Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken gehören z. B. die Tresorübung, inneren Helfer, inneres Team, Leinwandtechnik, Lichtstromübung, Baumübung, Gepäckabladen, innerer Garten (L. Redemann 2006) u. a.

Zu den Notfallmaßnahmen gehören starke Reize, Dinge, die dem Patienten helfen, um aus depersonalen und de-realen Zuständen in das Hier und Jetzt zu gelangen, z. B. Gummibändchen um das Handgelenk, Merretich oder Chilischoten essen, Igelball. Der Reiz muss häufig deshalb so stark sein, damit der Drang sich selbst zu verletzen unterbrochen werden kann.

Die innere Kindarbeit, ermöglicht eine innere Unabhängigkeit vom Therapeuten, die erwachsene Person kümmert sich um das innere Kind von damals (z. B. Bergen aus der Gefahr, Zuwendung im Hier und Jetzt). Die Integrative Therapie hat dazu den zweiten Weg der Heilung beschrieben (H. Petzold 1988, 1993, 1996). Die damals nicht erfolgte Zuwendung erfolgt nun in der therapeutischen Beziehung, es erfolgt eine sogenannte Nachbeelterung. Der Patient macht eine korrigierende Beziehungserfahrung und lernt sich zu bemuttern beziehungsweise zu bevatern. Das Entdecken von Kuschtieren, Steinen und anderen Übergangsobjekten (D. W. Winnicott 1993) sind nicht einer Regression, sondern eher

der Entwicklung einer Progression im Sinne von Selbstfürsorge zu zuordnen (I. Olbricht 2004).

Die Arbeit mit positiven Lebensereignissen, wie Glück, Stolz und Zufriedenheit (L. Besser 2005) integriert Kognition, Emotion, Körperempfindung und Visuelles (Bild). Werden diese Events gescreent sind sie nicht nur stabilisierend, sondern dienen auch der Vorbereitung der eigentlichen Traumabear-

beitung durch screenen auf allen diesen Ebenen (L. Besser 2005). Die ursprünglich fragmentierte Speicherung wird neuronal vernetzt und ist damit dem Gedächtnis zugänglich. Dies ist die Voraussetzung, dass das Trauma nun in das Erleben und Verhalten integriert werden kann.

## Auswirkungen auf die Kommunikation in der PT-Praxis

Körperliche Berührung beim Friseur und in der Physiotherapie werden allgemein hin akzeptiert. In der physiotherapeutischen Praxis in der Psychosomatik fiel mir auf, dass dies für eine bestimmte Patientengruppe nicht zutrifft. Die Berührung innerhalb der Einzel - KG, in der Atemtherapie, die rein funktional intendiert waren, führten dazu, dass der Patient ohne dies verbal oder in einer anderen erkennbaren Weise die Behandlung abbrach. Erst durch mein beharrliches Nachfragen erfuhr ich, dass durch das Berühren von Körperstellen Erinnerungen ausgelöst wurden von traumatischen Erlebnissen: wie dort hat mich mein Vater so sehr geschlagen, er hat mir im Alter von 9 J. meinen Kopf in die Kloschüssel gesteckt, ich dachte ich ertrinke usw.. Der Patient teilt dies dem Physiotherapeuten in der Regel nicht so einfach mit, die Berührung wirkt als Trigger (Auslöser), damit wird die Erinnerung von damals so erlebt, als würde sie im Heute, im Hier und Jetzt stattfinden. Damit verbunden ist die Ausschüttung von Stresshormonen, der Patient gerät unter einen enormen Stress. Er gerät damit in einen Zustand der Übererregung oder in eine Starre, wobei diese für den Patienten selbst alles andere als ruhig ist. Nun träumt sich der Patient vielleicht weg, oder gerät in einen dissoziativen Zustand. Damit schützt sich der Patient vor dem aktuellen Wiedererleben im Hier und Jetzt. Gleichzeitig hat der Patient den Impuls zu fliehen (aus dem Behandlungsraum) oder zu kämpfen (mit dem Behandler). Der Patient hat das Trauma nicht verarbeitet, sonst könnte er ja ruhig dem Behandler mitteilen, dass war damals so und ich möchte, dass sie mich da nicht berühren. Der Patient wird nun, so wie er es früher gelernt hat zu Überleben, sein Erleben, seine Gefühle wie Angst, Todesangst, Scham vor dem Behandler verbergen. Es kann auch sein, dass er mehr oder wenig offen aggressiv auf den Behandler reagiert. Für den Behandler ist dieses Erleben so erst einmal nicht nachvollziehbar. Dies ist die Grundlage einer erheblichen Kommunikationsstörung zwischen Physiotherapeut und Patient. Diese führt dazu, dass der Patient nicht die Behandlung von Physiotherapie erhält, die er zum Lindern seiner körperlichen Beschwerden braucht. Nach meiner Erfahrung geht kein Weg daran vorbei, dass der Behandler selbst aktiv die Kommunikation in die Hand nehmen muss. Also dem Patienten mitzuteilen, dass man wahrnimmt, dass der Patient gerade eine muskuläre Gegenspannung aufbaut, oder Nachfragen, ob es in Ordnung ist, an dieser körperlichen Stelle zu berühren und wie das für den Patienten ist.

Abb. 1: Kommunikation das zentrale Schüsselement für die den



Es sollte darauf geachtet werden, dass der Patient nicht sein ganzes Trauma erzählt. Um den Patienten nicht in einen Zustand der Dissoziation geraten zu lassen, weil er dann im Erleben überflutet wird. Gerät der Patient in eine Überflutung, dann sollte er reorientiert werden, wie, sie sind hier im Behandlungsraum, sie sind jetzt hier sicher, nennen sie mir 5 verschiedene Gegenstände hier im Raum. Ist der Trigger die körperliche Berührung, kann gut vereinbart werden erst wieder zu berühren, wenn der Patient dies will. Dann können erst einmal Übungen gemacht werden, ohne Berührung. Bei Berührungen wird klar vorher gesagt, was gemacht wird, nachgefragt, ob der Druck so stimmig ist etc.. Der Patient erhält damit die Möglichkeit, dass er die Berührung kontrollieren kann, er ist heute nicht wie damals der Situation hilflos, ohnmächtig ausgeliefert. Allerdings kann alles mögliche ein Trigger sein, auch jedes Behandlungsgerät. Besonders häufig ist dies Seil (da habe ich jemanden gefunden, der sich erhängt hat), oder Stab (ich wurde von meinem Vater geschlagen). Es ist gut, dies als Behandler mit im Blick zu haben und Gesten, Mimik der Patienten zu beobachten bzw. wahrzunehmen und nach zu fragen, ob alles in Ordnung ist. Dem Erleben kurz Raum zu geben und den Gegenstand erst einmal weg zulegen. Auch da gilt, dass es wichtig ist, dass der Patient im Erleben wieder Kontrolle über sein Befinden erhält. Wünschenswert wäre eine Zusammenarbeit zwischen dem Physiotherapeuten, dem behandelnden Arzt und dem Psychotherapeuten. Auch der Physiotherapeut kann sich weiterbilden in der Kommunikation mit Schmerz- und traumatisierten Patienten. Die Beziehung zwischen Patient und Physiotherapeut wird auch beeinflusst durch Depression des Patienten. Manche Patienten haben eine Mangelenerfahrung an Zuwendung, Vernachlässigung in der Kindheit erlebt. Weiter wird die Kommunikation auch von dem Bindungsverhalten und dem Bindungsmuster des Patienten und des Physiotherapeuten. Möglich sind auch ambivalente Botschaften, die der Patient dem Behandler sendet. Dies kann sein: Berühre mich endlich, aber wehe du tust es.

Bindungsverhalten wie unsicher, unsicher vermeidend, desorganisiert ängstlich

Frage: noch darauf eingehen?

## Fallbeispiel aus der Praxis

Fr. V. war stationär in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik. Sie kam zur Einzel-Physiotherapie, Zustand nach OP eines Pseudosarkoms im Bereich des linken Schulterblattes. Die OP war vor einem  $\frac{3}{4}$  Jahr. Zugleich hatte sie auch Massagen bei einem Kollegen verordnet bekommen, nun äußerte sie den Wunsch bei der Physiotherapeutin Massagen zu erhalten, die Auskunft, dass der Masseur dafür zuständig sei und jetzt eigentlich Muskelaufbau stattfinden sollte, verwirrte die Patientin. Daraufhin gab die Physiotherapeutin dem Wunsch der Patientin nach körperlicher Berührung, sprich Massage nach. Auf der nonverbalen Ebene bemerkte



Abb. 1: Kommunikation das zentrale Schüsselement für die den Therapieerfolg unterstützenden Faktoren

die Physiotherapeutin eine Ambivalenz, der verbale Wunsch der Patientin nach Berührung stand im Gegensatz zu der körperlichen Reaktion, nämlich der Gegenspannung der Muskulatur. Die Patientin sagte: Kommen sie nur nicht so nahe an die Narben, damit sie nicht größer werden, da unten schmerzen die inneren Narben besonders..“. Dann wollte die Patientin wissen, ob die Muskulatur sich verändert hat, wie ihr Rücken aussieht. Die Physiotherapeutin fragte vorsichtig nach, was den der Arzt, oder die Physiotherapeutin, die sie nach der OP behandelt hatte zurückgemeldet haben. Darauf brach die Patientin in Weinen aus. Sie habe bisher ihren Rücken noch nicht anschauen können. Daraufhin richtete die Physiotherapeutin die Behandlung tröstend aus. Das Ambivalenzgefühl war für die Physiotherapeutin nicht mehr spürbar, bei ihr selbst verwandelte sich die Narbe in einen Drachen, ein Kamel, eine Landschaft, so wie Wolken am Himmel sich verändern. Dies teilte sie der Patientin nicht mit.

Zum folgenden Termin kam die Patientin nicht. Nachdem sie daraufhin angesprochen wurde, teilte diese mit: weil sie ja bei dem Kollegen Massagen bekomme, hätte sie ja nun keine Einzel-Physiotherapie mehr. Die Massage konnte jedoch nicht durchgeführt werden, da die Patientin zu starke Schmerzen hatte. Die Verordnung wurde in eine Saugwellenmassage verändert, dies musste wegen erneuter Schmerzen abgebrochen werden. Aufgrund des Wunsches der Patientin wurde ihr Muskelaufbautraining verordnet, wobei auch diese Behandlung abgebrochen werden musste. Die Patientin war ärgerlich über den Kollegen der physikalischen Therapie, wobei der Kollege äußerst besorgt um die Patientin war. Die Patientin lies sich auf die Einzel-Physiotherapie erneut ein, wobei sie noch einmal betonte, dass sie verwirrt über die Trennung der Behandlungen wäre. Die Physiotherapeutin ging nun ganz bewusst weg von der körperlichen Berührung und machte Hanteltraining, Übungen mit dem Terraband. Sie achtete darauf, dass die Patientin selbst bestimmte, die Kontrolle behielt. Die Patientin akzeptierte nicht einmal eine Übungsvorlage, aber sie probierte sehr viel selbst aus. In der durchgeführten Technik PNF hatte die Patientin das starke Gefühl, dass sie mit ihrem Arm an einem Faden hängt. Die



Abb. 1: Kommunikation das zentrale Schüsselement für die den Therapieerfolg unterstützenden Faktoren

Physiotherapeutin gab ihr den Auftrag, dass sie die Führung in der Bewegung in der Bewegung übernimmt, dabei hatte Frau V. den Eindruck, dass sie die Physiotherapeutin über den Tisch zieht und dass in ihrem Körper Fäden sind, die ziehen. (Wechsel von Führen und Folgen) Im Anschluss der Übung fühlte sie sich kraftvoll und entspannt. Bei der nächsten körperlichen Berührung hatte sie durchgehend ein angenehmes Gefühl, es tauchte aber immer wieder die Sorge der Patientin wegen dem Bleiben der Narben und das die Muskulatur zu schwach bliebe auf.

In einer folgenden Stunde trauerte sie um die Sinnlosigkeit der OP. Erstmals verschwand das Taubheitsgefühl im Bereich der Narben. Sie berichtete von ihrem Lebenspartner, der sie nach der OP an der Stelle streichelte. Dies war ihr einerseits höchst unangenehm, andererseits war dies für sie aber auch die Bestätigung, dass er sie mit diesem Makel akzeptiert. Darüber reden konnte sie mit ihrem Lebenspartner nicht. Im Verlauf der weiteren Therapie nahen ihre Schmerzen ab, ihre Muskulatur baute sich Zusehens auf.

In der begleitenden Psychotherapie konnte sie wiederholte invasive Eingriffe bis ins 4 Lebensjahr erinnern, wobei sie aufgrund eines Behandlungsfehlers eine Niere verlor. Den Rücken erlebte sie vor der OP als den schönsten Körperteil. Wegen des Krebsverdacht wurde ihr sehr viel Muskelgewebe entfernt. Sie fühlte sich in ihrer Weiblichkeit beschädigt. Gegen Ende der Therapie konnte sie ihren Rücken im Spiegel betrachten, sie arbeite an der Akzeptanz ihres Rückens.

**Zusammenfassung:** Die Patientin bringt in ihrem ambivalenten Beziehungsangebot: berühre mich, aber wehe du tust es ihre innere Schwierigkeit zum Ausdruck. Einerseits besteht der Wunsch nach Heilung, andererseits war für sie die Berührung ein Trigger, der das Trauma: sinnlose OP, körperliche Verletzung und empfundene Entstellung und die dahinter liegenden Traumata, wie Krankenhausaufenthalt als Vierjährige, später Verlust der Niere im Erleben hervorholte. Der Patientin selbst war dies nicht bewusst, sie konnte dies somit nicht klar mitteilen. Wenn die Therapeuten sich

nicht ausgetauscht hätten, dann hätte ihr Verhalten entweder dazu führen können, dass die Therapeuten sich stritten, oder sie gar nicht behandelt worden wäre, bzw. kein Muskelaufbau erfolgt wäre. Das Trauma geht mit dem Gefühl der völligen Hilflosigkeit, Kontrollverlust einher. Wichtig war für die Patientin, dass sie das Gefühl für die Kontrolle zurückerhalten hatte, damit sie Berührung zulassen konnte.

## Literatur

- Martin Dornes (1996): Der kompetente Säugling, die präverbale Entwicklung des Menschen; Fischer Verlag
- Hildegund Heintl, Peter Heintl (2004): Körperschmerz-Seelenschmerz, Kösel Verlag
- Michaela Huber (1997): Multiple Persönlichkeiten, Überlebende extremer Gewalt; IN: Handbuch, die Frau in der Gesellschaft; Fischer Verlag
- Gerald Hüther, Ulrich Sachse (2007): Angst- und stressbedingte Störungen, Auf dem Weg zu einer neurologisch fundierten Psychotherapie; In: Psychotherapeut 4/2007, Springer Verlag
- Gerald Hüther (1994): Biologie der Angst, wie aus Streß Gefühle werden; Sammlung Vandenhoeck
- Hanna Kysely (2008): Schmerz als Lebensinhalt, Integrative Bewegungs- und Physiotherapie, angewandte Physiologie; 2. Auflage Bd. 4, Thieme
- Ralf Nickel (1999): Egle-Therapie Somatoforme Schmerzstörung, Manual zur psychodynamisch – interaktionellen Gruppentherapie; Schattauer
- Ingrid Olbricht (2004): Wege aus der Angst, Gewalt gegen Frauen, Ursache, Folgen, Therapie; Verlag C. H. Beck
- Hilarion Petzold (2000) ?????? IN: Van der Kolk u.a. Traumatic Stress, Grundlagen und Behandlungsansätze, Junfermann Verlag
- Luise Reddemann (2006): Integration als heilsame Kraft, Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren; Klett-Cotta Verlag
- Ellen Spangenberg (2008): Dem Leben wieder trauen, Traumaheilung nach sexueller Gewalt; patmos

Autorin  
Hanna Kysely  
Wigbertstr. 9a  
36251 Bad Hersfeld  
06621/73172  
hannelore.kysely@freenet.de