

Psychosomatik der LBH-Region

Fallbeispiele aus der PT-Praxis

von Hanna Kysely

Zusammenfassung: Schmerz hat viele Gesichter und Ursachen. Die LBH-Region als Dreh- und Haltepunkt des Stütz und Bewegungsapparates ist auch ein Zentrum für somatoforme Erkrankungen. Was ist darunter zu verstehen? Welche Erklärungsmodelle für psychosomatische Zusammenhänge gibt es? Die Komplexität wird anhand von verschiedener Patientenbeispiele aus der physiotherapeutischen Praxis erläutert.

Einleitung

Chronische Schmerzpatienten stellen alle behandelnden Berufsgruppen auf Dauer vor große Herausforderungen und nicht selten stellt sich eine resignative, frustrierende Haltung auf Seiten der Patienten und der Behandler ein. Oft ist es im praktischen Alltag beobachtbar, dass organische und psychische Ursachen die Entwicklung einer chronischen Schmerzkrankheit begünstigen. Die historische Spaltung von Körper und Psyche/Geist, die bereits in der Antike ihren Ursprung hat, soll in der psychosomatischen Medizin aufgehoben werden, denn Erklärungsmodelle, die nur die Psyche betreffen, bergen die Gefahr, dass Organisches/Physiologisches übersehen wird. Ständige neue, ergebnislose Untersuchungen sind nicht nur kostenintensiv, sondern verstärken auch die Angst des Patienten an einer Krankheit zu leiden, die nur noch nicht gefunden wurde. Notwendig wäre eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Berufsgruppen, einschließlich der Psychotherapeuten.

Somatoforme Schmerzstörungen?

Die somatoforme Schmerzstörung ICD 10, F 45 ff sagt aus, dass der anhaltende, schwere, quälende Schmerz mindestens seit sechs Monaten bestehen muss. Der Schmerz kann durch keinen physiologischen Prozess oder körperliche Störung erklärt werden. Dieser Schmerz kann ein Organ, mehrere oder alle Organe betreffen. Der Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Häufig findet sich in der Biographie der Patienten ein Trauma, sei es durch körperliche oder sexuelle Gewalt oder Vernachlässigung. Trotz wiederholter medizinischer Untersuchungen und Erklärungen, dass kein hinreichender organischer Grund oder Ursache der Beschwerden



gefunden wurde, besteht der Patient darauf, das eine erneute Untersuchung stattfinden sollte.

Nach der Studie von Marras et al. (Spine 2000; 25(23): 3045-3054) erhöht psychosozialer Stress über Kokontraktion die Wirbelsäulenbelastung um bis zu 27 %. Die mangelnde Fähigkeit muskuläre Spannung zu regulieren, erhöht den Muskeltonus. Hilfreich ist dafür das Erlernen von Entspannungstechniken. Bleiben Entspannungstechniken wirkungslos, müssen weitere Ursachen mit in Betracht gezogen werden.

Schmerzgedächtnis und Traumata

Seelische Konflikte und Traumata verursachen Stress im Körper mit entsprechender Hormonausschüttung, die muskuläre Grundspannung im Körper und das Schmerzerleben erhöhen sich.



Abb. 1: getrennt – schutzlos oder frei?

Hildegund Heintz erklärt eine plötzliche Schmerzfreiheit, die einige Patienten in ihren Seminaren nach einem emotionalen Durcharbeiten ihrer Konflikte erlebten, mit der Neuroplastizität unseres Gehirns und damit, dass Gedanken damit eine große Macht haben. Man spricht auch von einem sogenannten **Schmerzgedächtnis**. Die Integrative Bewegungs- und Leibtherapie spricht von einem memorativen Leibgedächtnis, wo alle Erinnerung – seien es taktile, temporäre, atmosphärische oder sonstige Erfahrungen, Empfindungen – gespeichert sind.

Was passiert mit unserem Gedächtnis bei einem Trauma? Ein **Trauma** ist ein überwältigendes Ereignis, welches alle bisherigen Bewältigungsmöglichkeiten außer Kraft setzt. Der Mensch kann weder fliehen noch kämpfen, er ist der Situation hilflos, ohnmächtig ausgeliefert. Dabei übernehmen Amygdala und Hippocampus, die zum limbischen System zählen, eine wichtige Rolle. Der Hippocampus ist unter anderem für die Verarbeitung der Reize des Alltagslebens und die Integration in den lebensgeschichtlichen Alltag verantwortlich. Er hat eine Verbindung zum Sprachzentrum. Bei

Reizüberflutung schaltet der Hippocampus zum Schutz des Menschen ab und die Amygdala springt ein. Gedächtnisinhalte werden bruchstückhaft und ohne Zusammenhang abgespeichert. Es besteht *keine* Verbindung zum Sprachzentrum. Das heißt, bei einem Trauma werden die Körperempfindungen, die Gerüche, die Gedanken, Bilder, Geräusche, Gefühle oder Atmosphären fragmentiert im Gehirn abgespeichert. Die Übereinstimmung der Farbe des Teppichbodens des ehemaligen Kinderzimmers (Ort der frühen Misshandlungen) mit dem Teppich des Behandlungsraumes, kann dadurch zu einem „Trigger“ werden. Dies bedeutet, dass der Mensch im Hier und Jetzt das Trauma erneut erlebt, mit allen stressbedingten Hormonausschüttungen – er ist im traumatischen Erleben. Dabei wird der Mensch von seinen Gefühlen überflutet, er kann sie nicht mehr steuern. Das Trauma kann hirnpfysiologisch nicht verarbeitet und auch nicht verbal mitgeteilt werden. Das heißt – bei obigen Beispiel folgend –, dass der Patient wegen der Farbe des Teppichs den Behandlungsraum vermutlich nicht betreten kann/wird.

Bespiele aus der PT-Praxis

Anhand von Fallbeispielen aus einer physiotherapeutischen Praxis in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik, die um die Dimension der Integrativen Bewegungstherapie erweitert wurde, sollen weitere Erklärungsmodelle erfolgen.

Fallbeispiel I: Patientin A. 36 J. alt, klagte über Schmerzen im Beckenbereich und der LWS. Sie verfügt über therapeutische Vorerfahrungen und benannte, dass sie als Kind im Alter von 9 Jahren sexuell missbraucht wurde. Seit zwei Jahren hat sie nun eine liebevolle, stabile Partnerschaft, kann aber körperliche Berührungen nicht zulassen. Darunter leidet die Patientin. Die Physiotherapeutin behandelt die Patientin mit direkter und indirekter Berührung, wobei die Patientin die Kontrolle bekommt bzw. die Physiotherapeutin ihr mitteilt, was sie macht. Die Patientin berührt sich auch selbst, Atemtherapieübungen vor allem in den Beckenbereich kommen zur Anwendung. Zunehmend gelingt es, der Patientin angenehme Berührungserfahrungen zu vermitteln. Im zunehmenden Außmass, so wie die Patientin Berührungen zulassen und genießen kann, nehmen ihre Schmerzen im Becken und lumbalen Bereich ab. Über ihr Erleben, also Schutz, Geborgenheit, das sie in der physiotherapeutischen Behandlung erhielt, stellte sie die Tonfigur her und schenkte sie ihr zum Abschluss.

Fallbeispiel II: Herr G., 47 J., Zustand nach einer Operation einer Spinalstenose L3/4, ein Jahr vor Behandlungsbeginn. Im ersten physiotherapeutischen Kontakt gab er an, dass er noch nie Einzelphysiotherapie hatte. Als Grund gab er an, dass seine operierende Ärztin ihm mitgeteilt hätte, sie wolle sich ihre Ergebnisse durch Physiotherapeuten nicht kaputt machen lassen. Der Patient klagte er über Herzrhyth-

musstörungen, nachdem seine Ehefrau ihn verlassen hat. In der Psychotherapie waren seine Beziehungskonflikte Thema. Des Weiteren gab er an, dass Joggen vor der OP für ihn ein Spannungsausgleich war, den er jetzt nicht mehr entwickeln könne. Ruhe bedeute für ihn Stress. Der Patient gab bei den ersten beiden Behandlungen an, keine Schmerzen zu haben. Er absolvierte Spannungsübungen nach Brunkow. Zum dritten Termin erschien er nicht. Von der Physiotherapeutin angesprochen kam er wieder in die Behandlung. Im Gespräch war der Patient sehr zögerlich, mit der Erklärungen, warum er nicht kam. Es wurde deutlich, dass er Angst vor der Bewegung hatte und die Übungen schmerzhaft seien. (Dies begründet sich mit der muskulären Spannungserhöhung.) Dies konnte er in den ersten beiden Terminen nicht mitteilen.

Daraufhin änderte die Physiotherapeutin die Behandlung, um das Gefühl von Entspannung kontrolliert zu vermitteln. Der Patient wurde in Bauchlage bei entsprechend verstellter Behandlungsliege über die ganze dorsale Körperfläche mit einem Igelball massiert. In der folgenden Stunde erklärte er, dass er erstmals in seinem Leben in der Nacht auf dem Bauch schlafen konnte und damit auch erstmals keine Schlafprobleme in der Klinik hatte. Des Weiteren machte er auf dem Schaukelbrett eine zusätzliche, vertiefte Erfahrung von Entspannung. Es folgten Abheprobe nach Schaarschuch-Haase und Behandlungen nach TER-Blum. Der Patient war nach sechs Behandlungen schmerzfrei.

Fallbeispiel III: Herr F., 43 Jahre, kam zur Einzelphysiotherapie mit der Diagnose „unspezifischer Rückenschmerz“ mit dem Ziel Muskelaufbautraining. Koordinative und konstitutionelle Fähigkeiten bildete er als Kind beim Haltungsturnen. Im Berufsleben hingegen hatte er häufig Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen der Rückenschmerzen. Die Schmerzen verstärkten sich, wenn er Stress oder Belastungen wahrnahm. Er absolvierte Spannungsübungen äußerst intensiv – eine Spannungsübung konnte nur fünf mal durchgeführt werden, weil er sich lange davon erholen musste. Während der Behandlung bekam er Augenflimmern, wenn er die Zimmerdecke und das dort angebrachte Bild betrachtete. Im Gespräch stellte Hr. F. heraus, dass er in das Bild „abgetaucht“ wäre. Im Selbsterleben des Patienten war eine Trennung von der (körperlich wahrgenommenen) Bank und dem (visuell wahrgenommenen) Bild nicht mehr deutlich. Der Patient bemerkte, dass er auch im Kontakt zu seinen Mitmenschen ab einem bestimmten Zeitpunkt Schwierigkeiten hatte zu merken, wo er selbst ist und wo sein Gegenüber. Er formulierte den Wunsch, seine eigene körperliche Kraft zu spüren. In der folgenden Stunde bekam er dafür erst einmal viel Raum in der Turnhalle, wo er mit Freude agierte. Plötzlich stoppte er. Im Reflektieren erkannte Hr. F., dass er sich nach dem anfänglich freien Spiel, selbst blockierte, wenn er seine eigene Kraft spürt. Er saß der Physiotherapeutin gegenüber, sein Oberkörper war zu ihr gedreht, der restliche Körper zeigte in eine andere Richtung. Darauf angesprochen antwortete er, dass er einerseits im Kontakt bleiben möchte, anderer-



Abb. 2: Die Einheit

seits fliehen möchte. Es tauchte das Gefühl auf, gegenüber seinem eigenen Vater versagt zu haben. Die weitere Arbeit widmete sich dem Grounding, d. h. dem festen Kontakt der Füße zum Boden, der Standfestigkeit, dem leiblichen Selbsterleben. In dem Ausmaß, wie der Patient sich deutlich selbst abgegrenzt, leiblich, kraftvoll und energiegeladen erlebte, so reduzierten sich seine Schmerzen. Nach 10 Terminen war er schmerzfrei.

Fallbeispiel IV: Fr. N., 34 J., kam mit Ischialgie-Beschwerden, worunter sie seit 15 J. litt, zur Behandlung. Als weitere Beschwerden gab sie an, dass sie einen zusätzlichen Lendenwirbel besitzt und unter Hüftdysplasie leidet. Das Reiten, welches ihr viel Freude machte, gab sie vor 5 Jahren auf, weil ihre Tochter geboren wurde. Die Patientin lebte als Kind in sehr instabilen Verhältnissen (Scheidung der Eltern, zeitweise wohnen bei den Großeltern, viele Umzüge usw.).

Die Patientin löste bei der behandelnden Physiotherapeutin ambivalente Eindrücke aus. Einerseits empfand die Behandlerin den unangenehmen Körpergeruch der Patientin als unangenehm, andererseits fühlte sie sich von deren Bedürftigkeit angerührt.

Zu Beginn der Behandlung wurden Entspannungsübungen durchgeführt. Die Patientin nahm eine Embryonal-lage in Seitlage ein. Sie erhielt die Kontrolle darüber, wie lange sie an- und entspannte. Die Physiotherapeutin legte ihre Hände dorthin, wo es ihr am meisten wehtat. In der folgenden Stunde kam die Patientin ganz aufgeregt zu der Physiotherapeutin. Sie war verunsichert, da sie eine Terminüberschneidung hatte. Der Termin bei der Physiotherapeutin war ihr aber wichtiger. Nachdem die Physiotherapeutin ihr mit-

teilte, dass es völlig in Ordnung sei, wie sie sich entschieden hatte, war die Patientin sehr erleichtert. Frau N. war verunsichert, ob sie sich selbst bewegt, oder ob die Therapeutin sie bewegt. Die Behandlerin stellte ihre Hände als Halt zur Verfügung und die Patientin bewegte sich.

Unter der haltgebenden, sichernden Hand der Physiotherapeutin fand die Patientin ihre eigene Bewegung und wurde schmerzfrei. Durch die Verantwortung für die Tochter, die Familiengründung und dem plötzlichen Tod ihres Mannes durch einen Unfall, kam die frühere Instabilität als Lebensgefühl wieder zum Tragen. Die Labilität zeigte sich im seelischen wie im körperlichen Bereich. Die Patientin brauchte deshalb konkrete leibliche Unterstützung und im therapeutischem Rahmen Zuwendung, um stabiler zu werden. Dies war die Grundlage, damit sie ihre Fähigkeit zur Selbstfürsorge für ihren eigenen Körper entwickelte.

Koexistenz von Körper und Psyche nicht ignorieren

Die Beispiele aus der Praxis liefern Erklärungen über die Wirksamkeit von Traumata und konflikthafter Beziehungen und Beziehungsmuster; das Symptom sind die Schmerzen, wie im Fallbeispiel III von Hr. F. und seinem Konflikt mit dem Erleben eines übermächtigen Vaters. Sein „sich klein fühlen“, seine Energielosigkeit drückt sich nicht nur in seiner Körperhaltung aus, sondern erschwert ihm darüber hinaus auch muskuläre Spannungsübungen durchzuführen. Er blockiert sich im Seelischen, wie im Körperlichen. Er behält seinen hypotonen Muskeltonus und seine psychische Hemmung. Therapie ist daher nur wirksam, wenn mit Körper und Psyche gleichermaßen gearbeitet wird. Für chronische Schmerzpatienten ist die Therapie nur effektiv, wenn Physiotherapie, verbale Psychotherapie, ärztliche Behandlung und Körperpsychotherapie interdisziplinär vernetzt zusammenarbeiten.

Die menschlichen Beziehungen, vor allem die lebensgeschichtlich frühen, fördern Abhängigkeiten und prägen damit Bindungsmuster. Ein Mensch mit einem sicheren Bindungsmuster wird physiotherapeutische und andere medizinische Behandlungen in der Regel aufsuchen und gut annehmen können. Menschen mit einem unsicheren/ambivalenten Bindungsmuster werden ihre Ambivalenz und Unsicherheit in die Beziehungsgestaltung zum Physiotherapeuten mit hineinnehmen. Verbote, erfahrene Abwertungen, mangelnde Zuwendung der frühen Bezugspersonen, Traumata, widersprüchliche Botschaften der frühen Bezugspersonen finden in Beziehungen statt. Alte Beziehungsstile werden oft wiederholt, da sie Sicherheit bieten, vertraut sind oder weil versteckt auch der Wunsch nach einer Lösung enthalten ist. Der Schmerz kann Symptom eines Beziehungsproblems sein. Das heißt, der Lumbalschmerz könnte z. B. ein Schutz vor dem intimen Zusammensein mit dem Partner sein. Die Ursache hinter dem Schmerz ist eine Beziehungsstörung. Nicht gelebte Sexualität hat auch Auswirkungen auf

den Körper, z. B. auf Spannungszustände. Gynäkologische Erkrankungen, wie starke Menstruationsschmerzen, treten vermehrt nach sexueller Gewalt auf. Mangelnder Ausdruck von Trauer, also eine zurückgehaltene Emotion, kann die Ursache von Schmerz sein. Eine Patientin mit einem lumbalen Rückenschmerz nahm in der Integrativen Bewegungstherapie (Gruppenstunde) eine Handpuppe und spielte damit. Angesprochen von der Therapeutin, ob sie als Kind mit Puppen gespielt habe, brach sie in Tränen aus. Als sie sich beruhigte, konnte sie mitteilen, das sie als Kind keine Spielsachen besaß, ihre Mutter sich ihr nicht zuwendete und sie sich schämte, andere Kinder mit nach Hause zu nehmen, da ihre Mutter die Wohnung verwahrlosen ließ. Die Patientin machte eine innere Kindarbeit, wo sie sich selbst bemutterte. Als die Patientin den Raum verließ, war sie schmerzfrei.

Schmerzkrankheit kann auch transgenerationell übertragen werden. Die Ursache liegt dann in einer vorherigen Generation, ist aber zumeist Familientabu. Einer in der Familie ist dann der Symptomträger, meist die nachfolgende Generation, z. B. bei Kriegstraumata. Oder es handelt sich um die Weitergabe von Aufgaben oder Zuschreibungen an die nachfolgende Generation, so soll z. B. die Tochter nun die Zuwendung geben, die die eigene Mutter ihr nicht gewährte. Die Tochter entwickelt aufgrund dieser Überforderung einen Schmerz.

Psychosomatisches Denken und Handeln erfordert ein gleichzeitiges Wahrnehmen von Soma und Psyche bei Befund und in der Therapie. Der Weg der Integrativen Bewegungstherapie geht daher von den Phänomenen zu den dahinterliegenden Strukturen, Entwürfen.

Literatur

- Hildegund Heini (2004): Körperschmerz – Seelenschmerz, Kösel Verlag
H. Dilling, W. Mombacher et al. (2004): ICD 10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, klinische Diagnostische Leitlinien, 4. Auflage, Hans Huber
Hanna Kysely (2008): Integrative Bewegungstherapie/Physiotherapie; und Schmerz als Lebensinhalt; IN: Angewandte Physiologie, Bd. 4, 2. Auflage, Thieme, Integrative Bewegungstherapie/Physiotherapie und Schmerz als Lebensinhalt
Montagu (1990): Körperkontakt, Klett
Ralf Nickel, Tiber Egle (1999): Therapie somatoforme Schmerzstörung, Manual zur psychodynamisch – interaktionellen Gruppentherapie, Schattauer
Ellen Spangenberg (2008): Dem Leben wieder trauen, Traumaheilung nach sexueller Gewalt, Kösel
Hilarion Petzold (1996): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Bd. 1 und 2, 3 Auflage, Junfermann Verlag

Autorin

Hanna Kysely
Dipl. Religionspädagogin, Physiotherapeutin,
Integrative Bewegungs- und Tanztherapeutin,
Heilpraktikerin für Psychotherapie, Psychotraumatologie
und Traumatherapie
Parklandklinik Bad Wildungen
Tel. 05621/706622
E-Mail: hanna.kysely@googlemail.com