Psychologische Beratung in der manualtherapeutischen Behandlung



Autor: Wijnand Haantjes

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	Seite	3
Die Manuelle Therapie		4
 Das Bio-Psycho-Soziale Denkmodell 		4
 Die Schmerzmechanismen 		5
 Die Inputmechanismen 		6
 Die Verarbeitungsmechanismen 		7
 Die Outputmechanismen 		8
Gelbe Flaggen		8
 Physiotherapie mit psychologischem Ansatz 		9
Die Psychologische Beratung		10
Das Verhalten		11
 Persönlichkeitsmodell nach Riemann 		13
 Die Bedürfnisse der Menschen 		14
 Resilienz 		15
Kommunikation		16
 Six-Pack der Kommunikation 		19
Fallbeispiel		21
■ Erste Sitzung		21
 Konditionieren 		27
 Zweite Sitzung 		28
 Die nächsten Sitzungen 		30
Nachwort		31
Referenzen		32

Einleitung

Physiotherapeuten behandeln in den meisten Fällen Patienten mit Beschwerden am Haltungs- und Bewegungsapparat. Es gibt Aufzeichnungen, dass es Jahrtausende vor Christus schon Menschen gegeben hat, die wegen Schmerzen Hilfe gesucht haben. Sie waren der Meinung, der Schmerz sei das Werk von Dämonen. Zauberer versuchten, den Dämonen zu drohen, damit der Schmerz verschwinden würde. Der Schmerz wurde als Strafe höherer Mächte erklärt. Einige Jahrhunderte vor Christus war man der Auffassung, der Schmerz werde verursacht von disharmonischen Verhältnissen der Körperatome (1). Über Aderlass und Opium kam im 17. Jahrhundert eine Revolte der Schmerzphysiologie. René Descartes entwickelte eine ganz neue Theorie, wie Schmerzen entstehen. Damit ist auch die Behandlung von Schmerzen in eine andere Perspektive gerückt. Das Nervensystem und seine Funktion wurden genauer unter die Lupe genommen. Seit Anfang des 19. Jahrhunderts konnten sich die Patienten vom Vorläufer des Physiotherapeuten behandeln lassen. Mit `Leibesübungen´ und `Körperertüchtigungen´ hat er versucht, die Beschwerden zu lindern. Das Ziel wurde immer wieder erreicht, es gab jedoch damals auch immer wieder Patienten, die ihre Beschwerden nicht los wurden.

Hat jemand in der heutigen Zeit z. B. Kreuzschmerzen, hat derjenige verschiedene Möglichkeiten seine Schmerzen behandeln zu lassen. Von Spritzen bis Akupunktur, Nahrungsumstellung bis Massage, Stoßwelle bis Elektrotherapie, Manuelle Therapie bis Magnetfeldtherapie, aktive Übungstherapie bis Schmerzmittel: es gibt zum Glück viele Möglichkeiten. Vergleicht man die Erklärungsmodelle der jeweilige Therapien miteinander, kommt man zur Schlussfolgerung, dass es nur einen gemeinsamen Nenner gibt: **Das Gehirn!** Jede einzelne Therapie gibt ihren Input, **das Gehirn** verarbeitet diese Informationen und gibt dann einen Output: Der Schmerz wird weniger oder verschwindet ganz (im Optimalfall).

Das Erklärungsmodell in der Medizin hat sich im Laufe der Jahrtausende einige Male geändert. Im Bio-Psycho-Sozialen Denkmodell, das seit Ende des letzten Jahrhunderts in der Medizin seinen Einzug gehalten hat, werden die früheren Erfahrungen, kognitive und Verhaltens- Aspekte, soziale, kulturelle und emotionale Bedingungen des Patienten mit berücksichtigt. Aus dem Grund ist eine psychologische Beraterfunktion für einen Physiotherapeuten wichtig. Der erste Teil dieser Facharbeit beschreibt dieses Denkmodell in Bezug zur Manuellen Therapie.

Im zweiten Teil liegt der Schwerpunkt auf verschiedenen psychologischen Aspekten der Menschen. Darüber hinaus wird beschrieben, wie der Physiotherapeut, dann Coach genannt, eine positive Kommunikation aufbauen soll. Mit einem realistischen Fallbeispiel wird die vorher beschriebene Theorie praktisch veranschaulicht.

Die Manuelle Therapie

Im Gesundheitswesen nimmt die Physiotherapie eine wichtige Rolle ein. Patienten suchen oft einen Physiotherapeuten auf, damit sie schnell wieder die Funktionalität erhalten, die sie sich wünschen. Einen wichtigen Bereich in der Physiotherapie übernimmt die Manuelle Therapie. Die Manuelle Therapie befasst sich mit der Befundaufnahme und Behandlung von Funktionseinschränkungen im Bewegungs- und Haltungsapparat. Dieser Apparat setzt sich zusammen aus Knochen, die miteinander in Verbindung stehen über Gelenke. Die wiederum werden umfasst von Kapseln und Bändern. Damit diese Knochen in den Gelenken bewegt werden können, gibt es Muskeln und die dazu gehörenden Sehnen. Diese Muskeln werden von Nerven gesteuert. Das Nervensystem spielt eine entscheidende Rolle im Ablauf der optimalen Funktion dieses Apparats. Es nimmt über Rezeptoren Reize aus der Umgebung auf und leitet diese Informationen zum Gehirn. Hier werden die Informationen, im günstigsten Fall, adäquat verarbeitet. Die Reaktionen aus dieser Verarbeitung heraus leitet das Nervensystem dann wieder weiter zum betreffenden 'Zielorgan'. Davon gibt es in unserem Körper einige, z.B. Muskeln, Verdauungsorgane, Herz-/Kreislaufsystem u.v.m.

Das Wiederherstellen der Funktionen des Bewegungs- und Haltungsapparats verläuft im Falle einer akuten Verletzung meistens ohne Komplikationen. Somit ist eine rasche Rückkehr in den Alltag kein großes Thema. In der Behandlung von chronischen Schmerzpatienten verhält es sich anders. Im Weiteren sollte es dem Leser klarer werden, wie chronische Beschwerden entstehen können, und wie (Manual) Therapeuten es, mittels psychologischer Beratungstechniken und Beratungsübungen, Patienten ermöglichen können, ihre Beschwerden besser in den Griff zu bekommen.

Das Bio-Psycho-Soziale Denkmodell

In den 70er und 80er Jahren haben die Mediziner hauptsächlich aus einem `Bio-Medizinischen' Denkmodell geschöpft. Die Grundlage dieses biomedizinischen Modells liegt in der Naturwissenschaft. Es besteht aus zwei, sich gegenüber stehenden, ergänzenden Sichtweisen, die Schmerz, Leiden und Behinderung mit gestörten pathophysiologischen Prozessen (Pathophysiologie: Lehre von den Funktionsstörungen des menschlichen Organismus) erklären. Der Schmerz steht in direkter Beziehung zum beschädigten (körperlichen) Gewebe. Die Therapie ist darauf ausgerichtet, die pathophysiologischen Prozesse wieder zu normalisieren. Leiden und Behinderungen werden als Folge der Schmerzen und pathophysiologischen Prozesse betrachtet. Vom biomedizinischen Denkmodell ausgehend, sollte das Leiden bzw. die Behinderung des Patienten behoben sein, wenn die Schmerzen nachgelassen haben. Wenn keine pathophysiologischen Dysfunktionen diagnostiziert werden können, der Patient jedoch Beschwerden hat, müssen psychische Ursachen angenommen werden. In einem Bio-Psycho-Sozialem Denkmodell steht der Patient als denkender, fühlender Mensch im Mittelpunkt. Von einer biomedizinischen Grundlage heraus, werden kognitive, emotionale, soziale, kulturelle und Verhaltensaspekte mit einbezogen. Sie werden als wichtige Faktoren des Schmerzerlebens betrachtet (2). Seit Ende des 20. Jahrhunderts, Anfang des 21. Jahrhunderts arbeiten Mediziner und Paramediziner verstärkt mit diesem Denkmodell.

Die Schmerzmechanismen

Schmerzen gehören zum Leben. Die 'Schmerzwissenschaft' beschäftigt sich seit vielen Jahren damit, eine Erklärung zu finden, wie Schmerz entsteht und funktioniert. Mitte des 17. Jahrhunderts entwickelte René Descartes (1596-1650) ein Denkmodell (Abb. 1), das bis heute immer noch für viele Laien und/oder Patienten als eine Selbstverständlichkeit gilt. Descartes ging davon aus, dass es Nervenbahnen gibt, die Informationen vom verletzten Gewebe zum Gehirn leiten, wo der Schmerz übers Bewusstsein wahrgenommen wird. Dieses klassische sogenannte 'Bottom-Up' Paradigma hat sich im Laufe der Jahre weiter entwickelt. Diese Entwicklung war dringend notwendig, man kann mit dem Denkmodell von Descartes nämlich nicht erklären, wie es sein kann, dass jemand Schmerzen am Fuß spürt, der vor einem Jahr amputiert wurde. Vielleicht kennen Sie jemanden, der auf Grund eines Unfalls in 'Schock' geraten ist. In dem Moment spüren diese Personen häufig keine Schmerzen, obwohl körperliche Beschädigungen erkennbar sind. Einige Stunden (manchmal Tage) später kommen dann die Schmerzen. Auch in so einem Fall können wir das 'Bottom-Up' Denkmodell von Descartes nicht anwenden.



Abbildung 1 Das `Bottom-Up' Denkmodell von Descartes

Louis Gifford entwickelte Ende der 90er Jahre das Mature Organism Model (MOM)(3). Das` Model des reifen Organismus' (Abb. 2) gilt als `Top-Down' Paradigma. Die Schmerzwahrnehmung wird nicht nur von der Größe der Beschädigung des Gewebes beeinflusst. Es gibt noch einige andere Faktoren, die diese Wahrnehmung zustande oder nicht zustande bringen können.

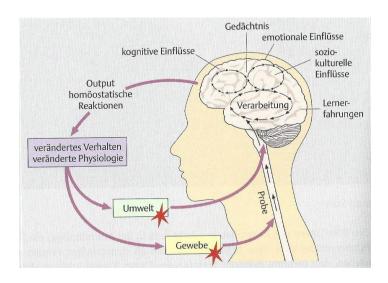


Abbildung 2. Das Modell des reifen Organismus von L. Gifford

Wenn wir Menschen Schmerzen verspüren, arbeiten immer drei verschiedene Schmerzmechanismen:

- Input-Mechanismen: Schmerzen durch Gewebeverletzung (Nozizeptiver Schmerz)
- Verarbeitungsmechanismen (Zentrales Nervensystem)
- Output-Mechanismen (Autonomes Nervensystem)

Diese drei Schmerzmechanismen überlappen sich nicht nur stark, sondern interagieren kontinuierlich in einer Art von Wechselwirkung und Feedback.

Die Input-Mechanismen

Die Input-Mechanismen gleichen dem 'Bottom-Up' Modell von Descartes auf den ersten Blick. Unter 'Input' sollte man die Reizung von freien Endigungen der Nerven im Gewebe verstehen. Im Normalfall verhalten sich diese freien Endigungen der Nerven (die peripheren Nozizeptoren) relativ ruhig. Diese Rezeptoren haben, unter optimalen Bedingungen, eine ziemlich hohe Entladungsschwelle: die Reizung soll stark genug sein, damit auch ein Schmerz wahrgenommen werden kann. Diese Reizung kann von chemischer (z.B. Säure), thermischer (z.B. Hitze) oder mechanischer (z.B. starker Druck) Art sein. Wird die Entladungsschwelle überschritten, dann fährt das Alarmsystem hoch. Das beschädigte Gewebe gibt Informationen über das Nervensystem zum Gehirn. Hier werden die Informationen verarbeitet und das Gehirn leitet auch Nachrichten zum verletzten Gewebe zurück. Hier verlassen wir das Descartes-Modell, und es wird die Überlappung zum nächsten Schmerzmechanismus deutlicher.

Das verletzte Gewebe ist in diesem Zustand stärker erregbar: ein normalerweise nicht schmerzhafter Reiz auf oder in der beschädigten Struktur wird jetzt als schmerzhaft wahrgenommen (Allodynie). Ist der Reiz im Normalzustand schon schmerzhaft, dann wird er jetzt als übermäßig stark empfunden (primäre Hyperalgesie). Findet dieses Phänomen, mit einer gewissen Verzögerung, im angrenzenden, gesunden Gewebe statt (sekundäre Hyperalgesie) ist das zentrale Nervensystem involviert. Somit sind wir fließend im zweiten Schmerzmechanismus gelandet.

Die Verarbeitungsmechanismen

Die Verarbeitungsmechanismen funktionieren im zentralen Teil des Nervensystems (Gehirn) und sind geprägt von einer verstärkten Erregbarkeit, auch zentrale Sensibilisierung genannt. Außer den Stimuli (z.B. schmerzhaftem Reiz) auf Gewebeebene, können auch kognitive, emotionale oder Verhaltensfaktoren die Schmerzwahrnehmung beeinflussen. Diese Faktoren können dazu beitragen, dass der Heilungsverlauf nicht optimal verläuft. Der optimale Heilungsverlauf wird im Allgemeinen über klar definierte Phasen (Abb.3) beschrieben.

Verletztes Gewebe kann im optimalen Fall ab dem 10. Tag wieder leicht belastet werden. Schmerzen sollten dabei nicht entstehen. Ab der ca. 3. Woche dürfen, unter Belastung des Gewebes, leichte(!) Schmerzen gespürt werden: der Patient sollte keine Angst haben, dass das Gewebe wieder kaputt geht.

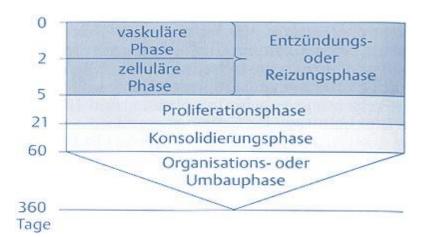


Abbildung 3 allgemeine Wundheilungsphasen

Kognitive, emotionale oder Verhaltensfaktoren können die Heilungsphasen beeinträchtigen. Hat z.B. ein Arzt einem Patienten gesagt, dass auf Grund der MRI-Bilder (Kernspintomographie) starke Schäden an der Wirbelsäule erkennbar sind, kann es sein, dass der Patient sich nicht traut, manche Bewegungen durchzuführen. Auf Grund dessen kann es in der Konsolidierungsphase zu Wundheilungsstörungen kommen. In dieser Phase sollte sich das neue Gewebe in der optimalen Richtung aufbauen, mit der Folge, dass die Struktur optimal belastbar wird. Werden die reparierten und/oder neuen Fasern nicht funktionell *belastet*, bekommen diese neuen Fasern eine Grundsubstanz, die nicht funktionell *belastbar* werden kann. Die Funktion bestimmt in der Weise die Form der Struktur.

Frühere Erfahrungen oder Erlebnisse haben immer einen Einfluss auf diese

Verarbeitungsmechanismen. Negative Erfahrungen, schon in der frühen Kindheit oder in späteren

Entwicklungsphasen, können einen dementsprechenden Einfluss auf die Verarbeitungsmechanismen

haben. In der Manuellen Therapie gibt es `Gelbe Flaggen', die der Therapeut in seiner

Befundaufnahme erkennen sollte, sie warnen vor Risikofaktoren im Krankheitserleben oder –

verhalten. Solche Risikofaktoren entstehen unter anderem durch frühere, negative Erfahrungen. Ist
der Mensch optimal durch seine Entwicklungsphasen gekommen oder hat er im Verhalten dem

Schmerz gegenüber positive Erfahrungen gemacht, spielen die Verarbeitungsmechanismen bei dieser

Person eine kleine Rolle. Die zentrale Sensibilisierung ist dementsprechend eine dynamische und

veränderbare Reaktion. Das bedeutet, dass sie umkehrbar ist. Durch positive Erfahrungen kann diese

Sensibilisierung abklingen. Hier kann die psychologische Beratung eine wichtige Rolle spielen.

Die Output-Mechanismen

Eine der wichtigsten Output-Systeme ist das autonome (`unbewusste') Nervensystem. Es gibt auch noch andere Systeme (die hier nicht näher beschrieben werden müssen), die eng miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig beeinflussen.

Stresszustände aktivieren das autonome Nervensystem. Die Aktivität dieses Systems wird sogar erhöht durch die Kombination von Stress mit Schmerz. In solchen (Gefahren-)Situationen schaltet das autonome Nervensystem hoch mit der sogenannten `Fight-Flight-Freeze' Reaktion. Der Körper wird vorbereitet in den Kampf zu ziehen (Fight) oder rechtzeitig auf die Flucht zu gehen (Flight). Das Bewegungssystem bekommt ausreichend Blut und baut die Spannung in den benötigten Muskeln auf. Unsere Sinnesorgane schalten auf hochsensibel: wir passen ganz genau auf, was wir hören, sehen und spüren. Im Falle einer länger anhaltenden Stresssituation, steigt der Kortisolspiegel im Blut. Das Kortisol stimuliert wiederum das Stresssystem, wobei die Überlebensfunktionen erste Priorität haben. Der Bewegungsapparat und die Sinnesorgane bekommen weiterhin viel Aufmerksamkeit. Körperfunktionen wie die Verdauung oder Wundheilung werden jedoch vernachlässigt. In solchen Situationen ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass verletztes Gewebe nicht optimal verheilt und Patienten über einen längeren Zeitraum Beschwerden haben. Jemand kann aufgrund anhaltenden Stresses chronische Schmerzen bekommen. Es ist wichtig für den Therapeuten diese Stresssituation beim Patienten zu erkennen und dementsprechend zu behandeln und zu beraten. Wie Therapeuten diese Risikofaktoren erkennen können, wird unten beschrieben.

Gelbe Flaggen

Jeder Manualtherapeut sollte die sogenannten Red Flags kennen. Gibt es im Befund oder in der Behandlung Hinweise auf Risikofaktoren für eine ernsthafte strukturelle Pathologie, dann muss der Therapeut den Patienten zurück zum Arzt schicken. Es gibt noch anders gefärbte Flaggen:

Klinische Flaggen:



Risikofaktoren für eine ernsthafte strukturelle Pathologie

Risikofaktoren für eine ernsthafte psychische Pathologie

Psychosoziale Flaggen:



Risikofaktoren im Krankheitserleben und -verhalten

arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren

sozio-ökonomische Risikofaktoren

Diese verschieden gefärbte Flaggen sollten den Therapeuten signalisieren, wie sie zu handeln haben. Bei den gelben und schwarzen Flaggen kann die Therapeutin dem Patienten Strategien aus der psychologischen Beratung zeigen, wie er z.B. anders mit dem Schmerzthema umgehen kann.

Physiotherapie mit psychologischem Ansatz

In der Physiotherapie gibt es verschiedene psychologische Ansätze. Angefangen von Erklärungen wie (chronische) Schmerzen entstehen (4,5,6,7), über kommunikative Eigenschaften des Therapeuten bis hin zu Behandlungsansätzen. Die Kommunikation ist ein wesentlicher und wichtiger Bestandteil der Therapie. Sowohl die verbale als auch die non-verbale Kommunikation (8) können einen großen Einfluss auf das Therapieergebnis haben. Schon Geoffrey Maitland widmete ein ganzes Kapitel in seinem Buch 'Vertebral Manipulation' (9) der Kommunikation in der Therapie.

Psychologische Behandlungsansätze gibt es in der Physiotherapie hauptsächlich in Richtung Kognitive Verhaltenstherapie (4,5,6,7,10). Obwohl der Erfolg gegenüber herkömmlichen physiotherapeutischen Behandlungsmethoden in einer wissenschaftlichen Studie nicht direkt bestätigt werden konnte (5), ist die Kombination von Manueller Therapie mit kognitiver Verhaltenstherapie als sinnvoll und erfolgreich zu betrachten (4,5,6,7).

Das `Fear-avoidance' Modell von Vlaeyen und Linton (7) nimmt in diesem Konzept eine wichtige Rolle ein. Es dreht sich hierbei um die schmerzbezogene Angst. Chronische Schmerzpatienten berichten oft, dass die anfänglichen Schmerzen sehr stark gewesen sind. Die auslösende Aktivität wird vom Betroffenen direkt in Verbindung gebracht mit der Entstehung der starken Beschwerden. Als Folge wird diese Aktivität vermieden. In erster Instanz wird die Wahrscheinlichkeit, dass die Person in eine Situation gerät, in der die Beschwerden wieder entstehen oder sich verstärken könnten, geringer. Im Sinne einer negativen Verstärkung wird damit das Vermeidungsverhalten aufrecht erhalten. Die Überzeugung, dass diese Aktivität oder die Bewegung des Körpers diese Schmerzen auslöst, wird bestätigt und die Angst bleibt oder verstärkt sich eventuell. Dadurch, dass die verletzte Struktur circa drei Wochen nach Anfang der Beschwerden nicht vorsichtig belastet wurde, bekommt dieses Gewebe eine nicht-optimale Grundsubstanz (Matrix): sie wird weniger belastbar. Hierdurch ist das Gewebe anfälliger für weitere Verletzungen. Eine andere Folge der Bewegungsangst oder Bewegungsvermeidung ist die Verschlechterung der körperlichen Fitness. Die chronischen Schmerzpatienten entwickeln oft eine Katastrophisierung, die Neigung, negative Aspekte einer Situation oder mögliche negative Konsequenzen in übertriebenem Maße wahrzunehmen und darüber zu grübeln. Dies resultiert in einen allgemeinen Bewegungsmangel. Die Muskulatur lässt in ihrer Funktion nach und gewisse Alltagsaktivitäten können nicht oder nur mit Schmerzen ausgeführt werden. Die Lebensqualität wird langsam geringer. Folglich können depressive Stimmungen entstehen. In solchen Situationen kann die psychologische Beratung eine Hilfe zur Selbsthilfe bieten. In den nächsten Kapiteln wird erklärt und beschrieben, wie das funktionieren könnte.

Die Psychologische Beratung

`Psychologische Beratung bezeichnet eine psychologische Maßnahme zur Aufarbeitung und Überwindung von Problemen sowie Konflikten und ist eine zentrale Interventionstechnik im Bereich der nichtheilkundlichen Psychologie' (11).

Psychologie: Seelenkunde (11,12)

Psychiatrie: Ärztliche Seelenheilkunde (inkl. Medizin)(11,12)

Psychotherapie: die Lehre von der psychotherapeutischen Behandlung bzw. Heilung des erkrankten Menschen (ohne Medizin)(11,12)

Der große Unterschied zwischen der psychologischen Beratung einerseits und Psychiatrie/Psychotherapie andererseits, liegt in der Tatsache, dass der Berater keine pathologischen Störungen (Neurosen, Psychosen) behandeln darf. Der psychologische Berater kann mittels bestimmten Techniken und Methoden den Beratungssuchenden helfen, seine persönlichen oder sozialen Konflikte aufzuarbeiten und zu überwinden (11). Diese Konflikte können unterschiedliche Ursachen haben: Schwierigkeiten Entscheidungen im beruflichen sowie im privaten Kontext zu treffen, Probleme mit der Partnerschaft, Probleme am Arbeitsplatz, Verbesserung der Kommunikation, Fragen zu Bildungs- und Karrieremöglichkeiten und vieles mehr (12).

Der psychologische Berater hat die Möglichkeiten mit Coaching, Supervision und Mediation die Ziele der Klienten zu erreichen, Veränderungen zu kreieren.

Durch das Coaching werden die Ressourcen des Klienten entwickelt. Der Coach fordert und fördert die Talente, Fähigkeiten und Fertigkeiten des Coachees (Klienten). Die professionelle Unterstützung, Anleitung und Reflexion des Begleiters , wie man den Coach auch nennen kann, ermöglichen ein schnelles Aktivwerden von Veränderung. Dem Klienten wird aus einer anderen Perspektive, der des Beraters, gezeigt, wie er sich bewusst für sich und die Zukunft entscheiden kann (12). Coaching wird dann sinnvoll eingesetzt, wenn der oder die Coachee es alleine nicht schafft eine für den Moment zu hohe Hürde im Leben zu nehmen. Diese Hürden können verschiedener Art sein. Eine Problemstellung des/der Coachee kann z.B. der chronische Schmerz sein. Andere Anlässe (12) für Coaching können sein:

- Persönlichkeitsentwicklung
- Motivationsanschub
- Karriereentwicklung
- Mobbing
- Burn-Out-Syndrom
- Persönliche Lebenssituation

Supervision optimiert das (berufliche) Funktionieren des Einzelnen, des Teams, der Gruppe und der Organisation durch das Reflektieren des Funktionierens (12). Die Konzentration liegt dabei auf der Qualität der Beziehungsdynamik zwischen z.B. Klient und Supervisand, Teammitglieder untereinander in einer (größeren) Firma oder in einer Familie (z.B. eines chronischen

Schmerzpatienten). Um die Führungsrolle und –aufgabe im Unternehmen oder in der Familie zu reflektieren, kann die Supervision sinnvoll eingesetzt werden. Anlässe für eine Supervision (12) können sein:

- (Arbeits-)Gruppenreflektion
- Finden von pragmatischen Lösungen für das jeweilige Thema
- Psychohygienische Problemstellung in der Gruppe/im Betrieb/ in der Familie
- Verbesserung der Kommunikationsprozesse
- U.v.m.

In der Mediation geht es um Konfliktlösung im Alltag. Dies geschieht unter Anleitung einer neutralen Person: der Mediator/die Mediatorin. Er/Sie versucht auf neutraler Ebene, neue Sichtweisen zu erlangen, mit denen Potenziale zur Konfliktlösung erweckt werden sollten (12). Die Mediation ist ein sinnvolles Mittel, wenn die am Konflikt beteiligten Personen es alleine bis dato nicht geschafft haben diesen Konflikt zu lösen, jedoch miteinander zu einer Lösung kommen wollen. Anlässe für eine Mediation (12) können sein:

- Familiäre Konflikte
- Konflikte unter Kollegen
- Streit unter Freunden/Nachbarn
- Konflikte zwischen Eltern und Schule/Kindergarten
- Konflikte in der Ehe
- Mobbing in verschiedenen Situationen

Im Weiteren wird erklärt, wie es dazu kommen kann, dass jemand chronische Schmerzen bekommt. Dazu wird eingegangen auf das Verhalten, die psychologische Entwicklung, die Bedürfnisse und die Resilienz des Menschen.

Das Verhalten

Das Verhalten des Menschen ist das Produkt von äußeren Reizen und deren innerer Verarbeitung durch Prozesse der Psyche. Das reaktive Verhalten ist zu erklären mittels zweier Modelle. Das Reiz-Reaktions-Modell beschreibt das Verhalten des Menschen, aufgrund eines Reizes aus dem Umfeld des Menschen, mit einer (emotionaler) Reaktion. Diese Reaktion läuft automatisch ab und wird vom vegetativen Nervensystem gesteuert. Sie kann nicht bewusst verhindert werden (13). Die Reize aus dem Umfeld werden Ereignisse genannt. Diese Ereignisse werden verknüpft mit einem Gefühl (Emotion) und haben eine Reaktion als Folge. Diese Kombination von Ereignis, Gefühl und Reaktion heißt EPISODE (12). Ein Beispiel für eine positive Episode:

Die Berührung eines brennenden Ofens (Schmerzreiz) geht zusammen mit der Emotion `Angst für Gewebebeschädigung' und wird gefolgt mit der unbewussten Reaktion vom Wegziehen der Hand.

Ein Beispiel einer kritischen Episode:

Das Aufheben des (nicht aufgeräumten) Spielzeugs gibt im Rücken starke Schmerzen (Reiz). Die Angst davor, solche Schmerzen wieder zu bekommen, resultiert in der Reaktion, das Aufheben von Gegenständen mittels Bücken zu vermeiden.

Episoden werden gesammelt im sogenannten 'Episodengedächtnis', auch Unbewusstsein, Seele oder Psyche genannt (12). Mit dieser Sammlung entwickelt der Mensch sein ICH, seinen Charakter, seine Persönlichkeit. Eine Sammlung von ähnlichen Episoden führt zu einer stabilen Bahnung im Unterbewusstsein. So eine stabile Bahnung wird 'Priming' genannt. Ein Beispiel: eine Frau bückt sich beim Aufräumen des Kinderspielzeugs hinunter und nimmt einen sehr starken Schmerz im unteren Rücken (Lendenwirbelsäule LWS) wahr. Am nächsten Tag hört sie vom Orthopäden, dass sie sich nicht mehr bücken sollte. Das Bücken sei nicht gut für die LWS. Nach circa drei Wochen verspürt sie noch leichte Schmerzen. Sie hat sich die letzten drei Wochen absolut nicht mehr gebückt. Das hätte bestimmt wieder starke Schmerzen ausgelöst. Der Spezialist hatte das vor drei Wochen gesagt. Noch einmal zwei Monate später (an die leichten Schmerzen hat sie sich mittlerweile gewöhnt) beugt die Frau sich in den Kofferraum des Autos. Sie hebt den Einkaufskorb heraus und spürt ihre LWS wieder verstärkt. Die Schmerzen sind nicht so stark wie beim ersten Mal, es erinnert sie aber stark an die der ersten Situation. Sie konsultiert den Hausarzt und der bestätigt die Aussage vom Orthopäden: sie soll sich nicht mehr bücken. Er verschreibt ihr ein Rezept für Physiotherapie. Der (sehr empathische) Physiotherapeut 'versteht' das Problem der Patientin und zeigt ihr, wie sie sich jetzt verhalten sollte. Sie soll in der Zukunft in die Knie gehen statt die LWS zu bewegen. NICHT BÜCKEN!! Die Patientin kräftigt ihre Rückenmuskulatur und nach circa zwei weiteren Monaten ist sie beschwerdefrei. In verschiedenen Zeitungen und im Internet hat sie immer wieder gelesen, dass das Bücken nicht gut sei für die LWS. Bücken tut sie sich nicht; wenn sie etwas vom Boden hoch heben möchte, geht sie in die Knie. Im Alltag gibt es jedoch immer wieder Situationen, wo sich die LWS in die `Bück-'Richtung bewegt. Morgens früh zieht sie sich ihre Socken im Sitzen an, wobei sie die LWS in die Richtung bewegen muss, und das resultiert oft in wenig oder mehr Schmerz.

Im Grunde genommen legt das Gehirn beim Priming Spuren an und bereitet so das Unterbewusstsein auf kommende Ereignisse vor. Durch einen Reiz reagiert das Gehirn aufgrund früher gemachter Erfahrungen mit spezifischen Assoziationen. Das Gehirn sucht assoziativ passende Inhalte zu dem betreffenden Wort oder Verhalten. Obwohl dieser Prozess unbewusst abläuft, werden sowohl ihr Verhalten als auch ihre Gefühle und ihr Gedächtnis von diesem Effekt beeinflusst. In einer Studie von Kirwilliam und Derbyshire wird dieses Phänomen bestätigt (14).

Das zweite Modell ist das Lernen am Modell. Es beschreibt einen aktiven Lernprozess, nachdem der Mensch beobachtet hat, wie Personen aus seiner Umgebung (Soziale Zonen) sich in gewissen Situationen verhalten und somit sein eigenes Verhalten weitgehend verändert oder sich das Verhalten der anderen Person aneignet. Im oben beschriebenen Fall lernt die Frau unter anderem vom Arzt. Eventuell hat diese Frau als Kind Vorbilder (Eltern = soziale Nahzone (12)) gehabt, die stark auf die Empfehlungen des Arztes gehört haben, oder selber starke Rückenbeschwerden gekannt haben und auf eine sehr ähnliche Weise damit umgegangen sind. In der Art entwickelt sich das Verhalten eines Menschen.

Persönlichkeitsmodell nach Riemann

Fritz Riemann (15) beschreibt in seinem Buch `Grundformen der Angst' vier Persönlichkeitsformen, die aus den vier Grundformen der Angst entstehen:

- Die Angst vor der Selbstwerdung. Sie wird in einer Form von Ungeborgenheit und Isolierung erlebt.
- Die Angst vor der Selbsthingabe. Sie wird in einer Form vom Verlieren des Ich-Seins und Abhängigkeit erlebt.
- Die Angst vor der Wandlung. Sie wird in einer Form von Vergänglichkeit und Unsicherheit erlebt.
- Die Angst vor der Notwendigkeit. Sie wird in einer Form von Endgültigkeit und Unfreiheit erlebt.

Die Menschheit kennt viele verschiedene Ängste, die alle Varianten dieser vier Grundformen sind. Welche Angst in einer Person vorherrscht, ist zum Teil abhängig von Situationen in den verschiedenen Entwicklungsphasen der frühen Kindheit. Sigmund Freud, Begründer der Psychoanalyse, benennt diese Phasen folgendermaßen (12):

- 0-6 Monate: früh-orale Phase. In dieser Phase ist der Mensch nur beschäftigt mit sich selbst, jedoch komplett abhängig von Hilfe der Mutter bzw. eines Erwachsenen. Unter- oder Überversorgung vom Säugling kann zu einer Angst vor der Selbstwerdung führen.
- 6-18 Monate: spät-orale Phase. Der Säugling macht die ersten Versuche sich von der Mutter (Bezugsperson) zu entfernen. Er erfährt, dass Mama nicht unbedingt verschwunden ist, wenn er sie einmal nicht sehen kann. Klammert sich die Bezugsperson zu stark an das Kind, führt dies eventuell zur Entstehung der Angst vor der Selbsthingabe.
- 18 Monate 3 Jahre: anale Phase. Hier spürt das Kind, dass es nicht mehr Mittelpunkt der Welt ist. Es gewinnt Fertigkeiten im Umgang mit Gefühlen und lernt das Lösen kindlicher Probleme. Auch die Trotzphase gibt es in diesem Zeitraum. Gibt es starke Hindernisse in dieser Entwicklungsphase im Sinne von Unterversorgung (z.B. lässt die Mutter das Kind zu lange alleine) oder Überversorgung (z.B. bleibt die Mutter in einer zu starken Symbiose mit dem Kind) kann die Angst vor der Wandlung entstehen.
- 3-6 Jahre: ödipale Phase. Das Kind erfährt, dass es männlich bzw. weiblich ist. Das Mädchen möchte später Papa heiraten, der Junge die Mama. Freundschaften entstehen und Probleme werden durch Nachahmung und Kreativität gelöst. Störungen in dieser Phase können zur Entstehung von Angst vor Notwendigkeit beitragen.

In den weiteren Entwicklungsphasen (Latenzphase, Pubertät, frühes, mittleres, höheres Erwachsenenalter, hohes Alter) kann es auch sogenannte Live-Events geben, die die Persönlichkeit prägen können. Solche Situationen gehen einher mit starken Gefühlen.

Die vier Persönlichkeitstypen von Riemann hängen stark zusammen mit den Grundformen der Angst (12,15).

- Depressiver Persönlichkeitstyp: Angst vor Selbstwerdung
- Schizoider Persönlichkeitstyp: Angst vor Selbsthingabe
- Zwanghafter Persönlichkeitstyp: Angst vor Wandlung
- Hysterischer Persönlichkeitstyp: Angst vor Notwendigkeit

Den depressiven Persönlichkeitstyp beschreibt man als jemanden der nicht gerne alleine ist, gerne anderen Menschen hilft, es jedem recht machen möchte. Er stellt sich selber hinten an: zuerst die anderen, dann ich. Konflikten geht er aus dem Weg. Tiefe Beziehungen hat er wenig und braucht den `Fels in der Brandung´. Er ist sehr empathisch, kann sich gut in Andere und deren Situationen einfühlen.

Der schizoide Persönlichkeitstyp ist das Gegenteil des depressiven Typs. Er hält sich für sehr wichtig, eher egoistisch. Oberflächliche Kontakte hat er viele. In engeren Beziehungen kommt er nicht zurecht. Konflikte meidet er nicht. Er ist auf vielen Partys unterwegs und steht hier gerne im Mittelpunkt. Er ist sehr sachlich, rational, kann sich jedoch in Andere nicht gut einfühlen.

Der zwanghafte Persönlichkeitstyp ist strukturiert, möchte alles bis zur Perfektion machen, braucht Sicherheit und alltägliche Abläufe. Regeln sollten befolgt werden, Ordnung soll sein. Verschwenderisch ist er nicht, eher sparsam bis geizig. Ein bodenständiger Typ, der konsequent und zuverlässig ist.

Der hysterische Persönlichkeitstyp ist das Gegenteil des zwanghaften Typs. Er liebt die Kreativität und ist sehr spontan und sprunghaft. Leidenschaftlich fängt er neue Hobbies an, um kurze Zeit später plötzlich damit aufzuhören, weil es noch was Besseres, Schöneres gibt. Er hat ständigen Hunger nach Neuem, ist abenteuerlustig.

Alle vier Persönlichkeitstypen sind in jedem Menschen vorhanden, jedoch nicht zu gleichen Teilen. Oft ist einer der vier Persönlichkeitstypen am stärksten ausgeprägt oder es gibt Misch-Typen in Form von depressiv-zwanghaft oder schizoid-hysterisch. Nicht selten zeigt jemand im Job einen anderen Persönlichkeitstyp als im privaten Leben.

Die Bedürfnisse der Menschen

Jeder Mensch hat seine Bedürfnisse. Wie oben beschrieben unterscheiden sich die Menschen auch in ihren Bedürfnissen. Manche möchten eher mit ihrem Partner gemütlich zuhause auf der Couch sitzen, andere wollen unbedingt in die Stadt und suchen die Menschenmenge. Es gibt Menschen, die ihr Auto genau und kerzengerade auf dem Parkplatz parken, der noch frei ist. Andererseits kennt man auch die Menschen, die ihr Transportmittel auf vier Rädern da parken, wo es irgendwie Platz gibt.

Clayton Alderfer hat als Motivationspsychologe die Bedürfnispyramide von Abraham Maslow angepasst und drei Bedürfniskategorien aufgestellt. Jeder Mensch hat Grundbedürfnisse zur Selbsterhaltung seiner Person. Wir brauchen alle Sauerstoff, Wasser, Nahrung, Bewegung (!!), Ruhe, Sonnenlichtbedingungen, Sicherheit und Sexualität. Die zweite Kategorie sind die Kontaktbedürfnisse. Der Mensch hat das Bedürfnis nach sozialen Kontakten. Mittels dieser sozialen

Kontakte findet ein Austausch von Informationen statt oder es gibt körperliche Nähe. Als dritte Kategorie gibt es die Selbstverwirklichungsbedürfnisse. Der Mensch möchte das werden oder erreichen, was in ihm steckt (12). Alderfer beschreibt in seiner ERG-Theorie, dass es Gründe zur Frustration gibt, wenn die Bedürfnisse in einer höheren Kategorie nicht befriedigt werden. Dieser Frust äußert sich in einer verstärkten Bemühung, die nächst niedrigere Kategorie zu befriedigen (16). Diese verstärkte Bemühung ist immer mit Aufwand verbunden und ist daher als kritisch einzustufen.

Erinnern Sie sich kurz an die Frau mit LWS-Beschwerden. Bewegung ist eines der Grundbedürfnisse. Die Bewegung der Patientin ist eingeschränkt. Sicherheit gehört auch zu den Grundbedürfnissen. Ist der Schmerz jeden Tag spürbar und beeinträchtigt den Menschen, fühlt sich dieser Mensch nicht mehr wirklich sicher in seinem Körper. Auch fehlt die Ruhe in dieser Person. Der Schmerz lässt sie nicht los, lässt sie nicht in Frieden, in Ruhe. Wenn die Grundbedürfnisse schon nicht befriedigt werden können, ist die Lage mehr als kritisch einzustufen.

Resilienz

Naturwissenschaftlich heißt Resilienz, die Rückkehr einer Struktur in die ursprüngliche Form nach Verformung dieser Struktur. In der Psychologie wird die Resilienz als psychische Widerstandsfähigkeit erklärt. Wie gut übersteht der Mensch Lebenskrisen oder Schicksalschläge? Personen mit einer hohen Resilienz kommen aus solchen Situationen unbeschadet oder vielleicht sogar gestärkt heraus. Diese Menschen vertrauen nicht auf den Zufall, sie haben ihr Schicksal selbst in der Hand (Impulskontrolle) und ergreifen Chancen die ihnen auf ihrem Weg begegnen. Sie sind oft in der Lage, ihre eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten realistisch einzuschätzen. Faktoren (12), die die Resilienz bestimmen, sind:

- Akzeptanz/Optimismus
- Impulskontrolle
- Netzwerkorientierung
- Selbstwirksamkeitsüberzeugung
- Verantwortung
- Lösungsorientierung
- Zukunftsorientierung
- Sinnorientierung

Patienten mit chronischen Rückenbeschwerden sind meist nicht optimistisch eingestellt, haben ihr Schicksal selber nicht in der Hand, haben Gleichgesinnte um sie herum, die sie bestätigen in ihrem Leiden. Sie wissen nicht was *sie* tun sollen, damit *sie* die Beschwerden los werden, denken nicht in Lösungen, sondern an Methoden, wie sie mit den Beschwerden umgehen können. Chronische Schmerzpatienten sollten ihre Resilienz aufbauen. Mit der psychologischen Beratung gibt es diese Möglichkeit, wie im Weiteren beschrieben wird.

Chronische Schmerzpatienten haben oft kein großes Selbstbewusstsein. Ihr `lch-Vertrauen' ist beschädigt, dadurch dass einige Ziele, die diese Personen hatten, nicht mehr verfolgt werden können. Vor einigen Jahren haben sie noch zwei bis drei Mal der Woche Sport getrieben, den Garten gepflegt, sind in die Arbeit gegangen. Wegen der Schmerzen geht das nicht mehr. Sie fühlen sich

nicht mehr als die Menschen, die sie mal waren. Früher sind sie gelobt worden von Vorgesetzten, vom Ehemann, Trainer, von Freunden. Jetzt gibt es kaum noch Lob: sie sind ja auch nichts mehr wert, meinen sie oft. Dafür gibt es immer wieder Konflikte mit dem Partner. Sie fragen sich, warum sie dieses Schicksal tragen müssen. Fragen wie: "Habe ich etwas falsch gemacht?" oder: "Was hätte ich anders tun sollen?" werden oft gestellt.

Betrachtet man das dreidimensionale Persönlichkeitsmodell von innen nach außen, verursacht dieses geringe Selbstvertrauen gehäuft Konflikte, reduziert die Motivation und das soziale Umfeld, sowie den Sinn des Seins. Als Folge dessen, werden die Prioritäten und Ziele verändert, die Erfolge von irgendwelchen Handlungen verringert und die Selbstreflexion ist häufig unrealistisch. Auch hier kann die psychologische Beratung Erfolge erzielen. Mit einem Coaching kann das `lch-Vertrauen' gestärkt werden.

Kommunikation

`Die Kunst richtig miteinander zu kommunizieren ist wie laufen lernen: man fällt so oft auf die Nase bis man liebevoll an der Hand genommen wird' (17)

©-Wilma-Eudenbach

Menschen haben das Bedürfnis nach sozialen Kontakten (siehe oben). In dem Moment, wenn zwei oder mehr Menschen miteinander in Kontakt kommen, findet Kommunikation statt. Diese soziale Interaktion findet auf verschiedene Arten statt. Die verbale Kommunikation über die Stimme, die Worte produziert, und die non-verbale Kommunikation. Die Körperhaltung, der Gesichtsausdruck, die Gestik, sogar das Schweigen trägt einen enormen Beitrag zur Kommunikation. Informationsaustausch über technische Hilfsmittel gehört ebenso zur non-verbalen Kommunikation. Während dieser sozialen Interaktion ist der Anteil der nonverbalen Kommunikation deutlich größer als der verbale Anteil.

Der Austausch von Informationen zwischen Menschen untereinander umfasst immer eine Nachricht mit Informationen, einen Sender und einen Empfänger. Der Sender gibt die Informationen mit einer bestimmten Absicht und der Empfänger nimmt sie auf. Jede Nachricht beinhaltet immer vier Botschaften (18) zum gleichen Zeitpunkt.

- 1. Sachinformation: was ist das Thema?
- 2. Selbstkundgabe: was gebe ich von mir zu erkennen?
- 3. Beziehungshinweis: was halte ich vom Gegenüber und wie stehe ich zu ihm?
- 4. Appell: was möchte ich beim Gegenüber erreichen?

Auf der Sachebene geht es um Daten, Fakten und Sachverhalte. Hierbei stellen sich die Fragen, ob diese zutreffen oder nicht, sie relevant sind oder nicht und ob die Sachhinweise für betreffendes Thema ausreichend sind oder

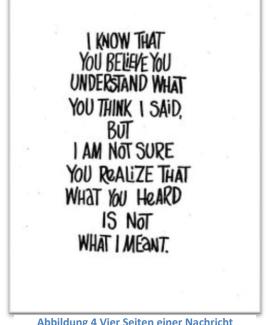


Abbildung 4 Vier Seiten einer Nachricht

nicht. Der Sender soll seine Nachricht klar und verständlich ausdrücken. Der Empfänger kann dementsprechend reagieren.

Außer der Sachhinweise gibt der Sender auch immer etwas von seiner Persönlichkeit preis. Dies geschieht entweder gewollt oder ungewollt. Der Empfänger nimmt diese Selbstkundgabe des Senders auf: Was ist das für eine? Ist irgendwas nicht in Ordnung mit ihm? Oder: Der ist aber vorsichtig!

Die Beziehungshinweise lassen erkennen, was der Sender vom Empfänger hält. Auch dieser Informationsfluss findet entweder bewusst oder unbewusst statt. Der Sender kann diese Hinweise sehr deutlich zu erkennen geben oder auf eine versteckte Art. Der Gegenüber des Senders bekommt diese Informationen und fühlt sich z.B. respektiert oder gedemütigt, missachtet oder geachtet.

Auf der Appellebene geht es darum, dass der Sender beim Empfänger etwas erreichen möchte. Die Frage, die beim Empfänger aufkommt ist: Was soll ich jetzt (nicht) machen, denken oder fühlen?

Während der sozialen Interaktion senden die jeweiligen Beteiligten positive und negative Signale aus (12). Die Reaktion auf positive Signale sind positive Antworten, auf negative Signale gibt es negative Antworten, mit mindestens zwei negativen Signalen des Gegenübers. Diese Signale (positiv oder negativ) werden verbal als auch nonverbal gesendet. Eine Auflistung (12) von negativen verbalen Kommunikations-Signalen zeigt viele alltäglich benutzte Worte:

- Problem, problematisch...
- Nicht, nie, niemals
- Aber
- Schwer, schwierig, Schwierigkeit
- Gefahr, gefährlich
- Alle Konjunktive: sollte, würde, möchte, könnte....
- Muss, mehr (erzeugt Druck, Belastung)
- Alle Worte, die mit `Ver...´ anfangen: verspätet, verzogen, verlangen, verteilt, vergeben, verletzt...
- Alle Worte, die mit 'Vor...' anfangen: vorbei, vorsichtig, vorher...
- Alle Worte, die mit `Ent...' anfangen: entfernt, entfremdet, entschieden...
- Alle Worte, die mit `Be...' anfangen: belastet, bedeutet, befristet, bevorzugt, bewiesen...
- Alle Worte, die mit `Zu…' anfangen: zuwider, zuletzt, zugegeben, zuvor, zuziehen…
- Alle Worte, die mit `Über...' anfangen: überfordert, übertrieben, überlegen, überlegt...
- Alle Worte, die mit `Un...' anfangen: unglücklich, unsicher, unvergesslich, unklar...
- Alle Worte, die mit `...lich' enden: niedlich, scheußlich, erfreulich, eigentlich, selbstverständlich...
- Alle Worte, die mit `...chen' enden.

Hiermit wird klar, dass es im alltäglichen Austausch von Informationen viele negative Signale gibt, die der Sender vielleicht nicht einmal bewusst weitergeben möchte. Im Falle der chronischen Schmerzpatientin soll es dem Manual-Therapeuten (ab hier wird er **Coach** genannt) klar sein, dass es

hier jedoch einige Fettnäpf*chen* gibt, in die er hinein tappen kann. Damit die Kommunikation positiv gestaltet (siehe Resilienz) wird, baut der Coach die Botschaft ohne negativen Anteil auf und bringt mindestens einen positiven Bestandteil mit hinein. Die Auflistung der positiven Kommunikations-Signale (12):

- Wichtig
- Sicher
- Richtig
- Bestimmt
- Besonders
- Gut
- Genau
- Interesse, interessiert, interessant
- Gerne
- Schön
- Stark
- Ja

Während der ersten Sitzung mit der Patientin (ab hier wird sie Klientin genannt), kann der Coach erkennen, mit welchem Persönlichkeitstyp er wahrscheinlich zu tun hat. Diese Erkenntnis ist wichtig, damit die Kommunikation so optimal wie möglich verläuft. Hat er es mit einem depressiven Typ zu tun, sollte er das `Wir-Gefühl' stärken und Worte wie miteinander, harmonisch oder wir nutzen. Seine Körpersprache zeigt am besten eine Offenheit. Die Arme des Coaches sind nicht verschränkt. Würde es als Manual-Therapeut zum Körperkontakt kommen, dann bereitet er die Patientin ausführlich darauf vor. Beim schizoiden Typ wiederum gilt genau das Gegenteil: hier steht die Klientin im Mittelpunkt und wird mit 'Sie' oder 'Du' angesprochen, es gibt kein wirkliches 'Wir-Gefühl'. Der Coach lässt die Klientin über sich selbst sprechen, soll sie sich selbst darstellen lassen. Die Körperhaltung des Coaches ist eher verschlossen, kompakt. Der Klientin werden Komplimente gemacht, mit nur wenig Blickkontakt. Die zwanghafte Klientin mag es, wenn der Coach eine deutliche Struktur in seiner Beratung zeigt. Er gibt ihr eine Methode, die richtig ist. Informationen werden der Klientin genau und detailliert gesendet anhand von Zahlen, Daten und Fakten. Die Gestik ist einfach und wird nicht viel geändert. Hat die Klientin einen hohen Anteil vom hysterischen Typ, soll der Coach verschiedene, neue Möglichkeiten anbieten mit offenen, runden und verschiedenen Gesten. Er redet viel und eventuell sogar um den heißen Brei herum.

Als Reaktion negativer Kommunikations-Signale können Übersprungshandlungen (12,19) zu erkennen sein (siehe Reiz-Reaktions-Modell). Es sind kleine, oft unbewusst gemachte Bewegungen, unpassend zur Situation. Frust oder innere Konflikte können zu diesen Handlungen führen. Das Kratzen am Ohr, imaginäre Flusen vom Sakko zupfen, das ununterbrochene Knipsen eines Kugelschreibers sind Beispiele von Übersprungshandlungen. Die Folge eines negativen Kommunikations-Reizes ist ein innerer Erregungszustand, der zu diesem Zeitpunkt nicht in sinnvolle Handlungen umgesetzt werden kann. An Übersprungshandlungen kann der Coach erkennen, dass die Klientin sich in einem inneren Konflikt befindet. "Habe ich etwas angesprochen (Bücken??), wodurch

die Patientin sich nicht wohl fühlt?" Auf die nonverbale Kommunikation soll geachtet werden, damit keine Informationen von Seiten der Klientin übersehen werden.

Six-Pack der Kommunikation (12)

Als Coach will man eine vertrauensvolle Beziehung mit der Klientin aufbauen. Dafür ist eine positive Kommunikation notwendig. Besprochen werden jetzt sechs Methoden oder Techniken die dem Coach zur Verfügung stehen, damit ein positiver Informationsaustausch stattfinden kann.

Wie vorher besprochen, kann der Coach positive verbale Kommunikations-Signale geben, die sogenannten positiven Schlüsselreize. Die sieben wichtigsten sind: Wichtig, Richtig, Sicher, Genau, Bestimmt, Besonders, Interessant oder Interessiert. Werden diese Worte benutzt, läuft das Gespräch deutlich besser.

Die Position des Coaches bezüglich der Klientin soll so gewählt sein, dass der Coach an der linken Körperseite der Klientin sitzt. Auf dieser Position wird sich die Klientin sicherer und wohler fühlen. Sie wird leichter Informationen senden können, die der Coach nutzen kann. Der Coach sitzt in der `Herz-Seiten-Position'.

Eine nächste Technik in der positiven Kommunikation sind die `Wie-' oder `Was-' Fragen. Fängt eine Frage mit `Warum' an, folgt nicht selten eine Übersprungshandlung. Der Coach soll die Frage mit `Wie' oder `Was' angehen. Ein Beispiel: Die Klientin hat gerade berichtet, dass sie sich seit längerem nicht mehr bückt, sondern nur noch in die Knie geht. Der Coach will den Grund dafür wissen und stellt die Frage: " Wie ist es dazu gekommen, dass Sie nur noch in die Knie gehen?" Die Folge ist, dass sie nicht in einem inneren Konflikt kommt.

Die vierte Methode ist die `ICH-Botschaft'. Fängt der Satz mit `DU/SIE' an, führt das oft zum Vorwurf. Das Thema oder unangenehme Gefühl des Senders wird am Empfänger festgemacht. Der Sender dieser `Du-' Nachricht spricht etwas Definitives aus, wodurch er sich über den Empfänger erhebt. Die Gefühle und Meinungen sind nicht mehr wichtig in diesem Fall, hier geht es darum, Recht zu haben. Der Empfänger wird direkt in eine Verteidigungsposition gezwungen, wird versuchen sich zu rechtfertigen. Günstiger ist es, eine `Ich-Botschaft' zu senden: "Ich stelle fest, dass die Lockerungsübung, die Sie zeigen, nicht zu dem Ziel führt, das wir miteinander aufgestellt haben".

Die Spiegeltechnik führt zu einer entspannten Lage im Gespräch. Wenn wir unser Gegenüber ähnlich sehen, führt das zu einer Gleichgesinntheit, was wiederum zu einem entspannten Setting des Beratungsgesprächs führen wird. Die Klientin gibt dem Coach in einer entspannten Situation leichter Informationen als in einer gespannten (20). Sitzt die Klientin in einer geschlossenen Haltung und resultiert diese Position in wenig Informationsfluss von ihrer Seite, dann spiegelt der Coach diese Position. Er setzt sich genau so hin, wie die Klientin. Sie bemerkt auf unbewusster Ebene, dass diese Haltung bei ihr ein unangenehmes Gefühl erzeugt und ändert ihre Position, auch wieder unbewusst, in eine offenere.

Als letzte Technik für eine positive Kommunikation gibt es das `Aktive Zuhören'. Als Empfänger der Informationen der Klientin, soll der Coach wirklich wissen, was sie gesagt hat. Der Sender, die Klientin, soll auch wissen, dass der Coach verstanden hat, was sie gesagt hat. Mit dieser Technik,

wiederholt der Empfänger die Botschaft des Senders auf Sachebene. Der Empfänger wird zum Sender, gibt jedoch die Information zurück zum Gegenüber, damit der Gegenüber hört, dass seine Nachricht beim Empfänger angekommen ist. Die Klientin bekommt zunehmend das Gefühl, dass sie gehört wird, jemand hört ihr zu.

Das `Aktive Zuhören' ist damit ein Teil des reflektierenden Dialogs. Im reflektierenden Dialog wird die Information des ursprünglichen Senders nicht genau wiederholt, sondern aus seiner Perspektive gibt der ursprüngliche Empfänger seine Meinung zur ursprünglichen Information. Der ursprüngliche Sender nimmt seine ursprüngliche Information aus der Perspektive des ursprünglichen Empfängers wahr und hat damit die Möglichkeit bekommen, jetzt differenziert über seine ursprüngliche Information nachzudenken.

Fallbeispiel

Dieses Kapitel beschreibt die Methoden, die der Therapeut bei der Beratung einer chronischen Schmerzpatientin nutzen kann bzw. nutzt. Da die Patientin beim Physiotherapeuten einen Termin macht, wird der Therapeut anfangs nicht *Coach* genannt. Das **Fett-**gedruckte gibt den Dialog zwischen Coach und Coachee wieder. Das *kleinere*, *kursiv* gedruckte stellt die theoretische Erklärung dar. Der Beratungs- oder Behandlungsablauf wird in der, für diese Facharbeit, üblichen Schriftgröße wiedergegeben.

Erste Sitzung

Die Patientin, Frau Ratlos, kommt zum ersten Mal in diese physiotherapeutische Praxis und hat sich vor zwei Tagen für Termine angemeldet. Per Telefon hat sie berichtet, sie leide schon über zwanzig Jahren an zwei Bandscheibenvorfällen und einer kaputten Wirbelsäule. Die Schmerzen seien teilweise unerträglich: sie brauche dringend Termine für Physiotherapie. Heute steht Frau Ratlos im Wartebereich, sie hat ihren Mantel aufgehängt und die Formulare ausgefüllt, die erforderlich sind beim Erstbesuch in der Praxis. Frau Ratlos ist 54 Jahre jung und kommt mit einem Rezept für Manuelle Therapie. Auf diesem Rezept hat der Orthopäde die Diagnose Spondylose, Spondylarthrose, NPP L4,5 und L5,S1 geschrieben.

Die Patientin wird begrüßt vom Therapeuten, Herr Kutscher:

"Sie sind bestimmt Frau Ratlos, richtig?"

Frau Ratlos antwortet: "Ja, stimmt"

Therapeut: "Schönen guten Morgen, Frau Ratlos. Mein Name ist Manuel Kutscher, ich bin Ihr Therapeut. Stimmt es, Frau Ratlos, dass Sie heute das erste Mal hier sind?"

Frau Ratlos: "Ja, ich war noch nie in dieser Praxis."

Therapeut (mit einem Lachen im Gesicht): "Na, dann, heute ist ein besonders guter Tag für diesen Termin! Würden Sie mir ins Behandlungszimmer folgen?"

Frau Ratlos: "Ja, gerne. Danke!"

In der Begrüßung gibt es von Seiten des Therapeuten einige positive Schlüsselworte und Frau Ratlos kann drei Fragen des Therapeuten mit "Ja" beantworten. Frau Ratlos ist jetzt in einen bestätigenden Modus gekommen, was der Beziehung zum Therapeuten zugutekommt (12).

Im Behandlungszimmer setzen sich beide Personen an einen Tisch. Der Physiotherapeut sitzt an der linken Körperseite von Frau Ratlos, die Herzseitenposition. Herr Kutscher stellt sich weiter vor und informiert Frau Ratlos über seinen Ausbildungsstand: er ist diplomierter Physiotherapeut und orthopädischer Manualtherapeut und hat eine Ausbildung als psychologischer Berater absolviert. Frau Ratlos reagiert in Ihrer Mimik überrascht, schlägt die Arme übereinander sowie die Beine. Die Fußspitze ihres rechten Beines zeigt auf den Therapeuten.

In der Kommunikation sagt die Haltung einer Person etwas über die Sympathie dem Anderen gegenüber aus. Zeigt die Fußspitze zum Gesprächspartner, ist das ein Zeichen von Antipathie. Andersherum findet diese Person ihren Gesprächspartner sympathisch, wenn ihr Knie in seiner Richtung zeigt (12).

Der Therapeut nimmt diese antipathische Haltung von Frau Ratlos wahr und **denkt** sich:

"Meine Informationen gefallen Frau Ratlos nicht wirklich. Es gibt Erklärungsbedarf und ich möchte Ihre Haltung verändern in eine offenere"

Der Therapeut spiegelt die Haltung der Frau Ratlos. Er schlägt seine Arme übereinander und sagt:

"Der Grund, dass ich die Ausbildung zum psychologischen Berater gemacht habe, ist, dass es viele Patienten gibt, die mit Ihrer Thematik, die Ziele im Alltag mit Mühe oder nicht hin zu bekommen, nicht klar kommen. Ich habe von einigen Patienten erfahren, dass ihre Einstellung, im Vergleich zu den Zeiten vor den Beschwerden, negativer geworden ist. Durch die Ausbildung habe ich mich spezialisiert und gelernt, Menschen mit ähnlicher Thematik wieder belastbar zu machen für ihren Alltag. Dementsprechend führe ich auch die Berufsbezeichnung psychologischer Berater oder Coach."

Frau Ratlos nimmt ihr rechtes Bein hoch und stellt es neben ihr linkes Bein, die Unterarme legt sie auf ihre Oberschenkel.

Frau Ratlos: "Okay. Das hört sich interessant an."

Die Antipathie dem Therapeuten gegenüber hat sich - für den Moment – bei Frau Ratlos wieder gelegt. Der Coach soll zu jedem Zeitpunkt versuchen, ein Vertrauensband zum Patienten aufzubauen. Mit einer gegenseitigen Sympathie ist das möglich.

Nachdem der Coach sich vorgestellt hat, erklärt er, dass er der gesetzlichen Schweigepflicht unterliegt und dass Frau Ratlos nur die Informationen an ihn weitergeben soll, die sie möchte: sie soll nichts erzählen, was sie nicht will. Er hat eine Stunde für diesen Termin eingeplant und gibt ihr das Wort, indem er ihr die Möglichkeit bietet, zu sagen, "was sie gerne geändert haben würde."

Frau Ratlos (zögernd): "Entschuldigen Sie, bitte. Wie meinen Sie das?"

Coach: "Ich meine, Sie haben den Termin hier bei mir bestimmt gemacht mit einem gewissen Vorhaben, oder?"

Frau Ratlos: "Na, ja....Vorhaben? Wissen Sie, der Arzt hat mich halt geschickt."

Coach: "Der Arzt hat Sie geschickt? Dann meint er es sicher gut mit Ihnen! Was, glauben Sie, ist der Beweggrund des Orthopäden, dass er Ihnen das Angebot gemacht hat, beim Manualtherapeuten einen Termin auszumachen?"

Anstatt schicken lassen, das Schicksal nicht selber in die Hand nehmen, schiebt der Coach die Aufgabe zurück zur Patientin. Sie trägt die Verantwortung für ihren eigenen Körper und soll in der Zukunft lernen, welche Vorteile das für sie haben kann!

Frau Ratlos: "Vielleicht möchte er mir helfen? Ich weiß nicht....Er hat ja schon gesagt, ich sollte unbedingt einen Termin bei Ihnen machen."

Coach: "Und genau das haben *Sie* gemacht! Sie haben den Termin mit mir ausgemacht. Und die Tatsache, dass Sie den Termin bei mir ausgemacht haben und jetzt hier sind, bedeutet, dass sie mit diesem Termin etwas bezwecken möchten, oder?"

Frau Ratlos: "Ach, ich weiß nicht. Freilich möchte ich, dass es mir besser geht, dass ich weniger Schmerzen habe. Zeitweise habe ich mich schon gewöhnt an die Schmerzen, verstehen Sie?"

Coach: "Ja, das höre ich hin und wieder von Patienten, die schon über einen längeren Zeitraum Beschwerden kennen, dass sie sich teilweise an den Grundschmerz gewöhnt haben. Jeder Mensch möchte im Allgemeinen schmerzfrei sein, oder wie ich gerade von Ihnen gehört habe, weniger Schmerzen haben. Meine erste Frage war, was Sie gerne geändert haben wollen. Weniger Schmerzen, das ist eine Veränderung, oder?"

Frau Ratlos: "Ja, das stimmt..."

Coach: "Ich werde diese erste Frage jetzt noch mal stellen. Frau Radlos, was wollen Sie gerne verändert haben?"

Frau Ratlos (in geschlossener Haltung, sich klein zeigend und leise): "Ich möchte weniger Schmerzen haben."

Coach: "Gut. Ihre Stimme hat sich gerade vorsichtig (Positive Konnotation für `schwach') angehört. Von Ihnen wünsche ich mir, dass Sie diese Frage ganz bewusst beantworten, mit einer klaren, überzeugenden Stimme. Ist das in Ordnung für Sie?"

Frau Ratlos: "Ja, ich werde es versuchen."

Coach: "Sehr gut! Ich stelle die gleiche Frage nochmal. Frau Ratlos, was wollen SIE gerne verändert haben?"

Frau Ratlos (Ihre Körperhaltung ist jetzt aufrechter und ihre Stimme ist deutlich hörbar): "Ich möchte weniger Schmerzen haben!"

Coach: "Waauuww, das war gut! Ein ruhiger, klarer Satz. Was hat dieser Satz bei Ihnen bewirkt?

Frau Ratlos: Na ja, ich will wirklich weniger Schmerzen haben, das ist mir jetzt schon klar geworden!"

Coach: "Ihnen ist klar geworden, dass Sie weniger Schmerzen haben wollen. Dann haben wir doch schon eine Veränderung geschafft!"

Was der Coach Frau Ratlos jetzt erklären wird, heißt `der kybernetische Regelkreis' (Abb. 5) (12). Gibt es einen Unterschied (Inkongruenz) zwischen Ist- und Sollwert, veranlasst das den Menschen dazu etwas zu ändern, in einer Art, dass der Istwert dem Sollwert entspricht. Im Beispiel von Frau Ratlos steht der Istwert für **Starke Schmerzen** und der Sollwert für **Weniger Schmerzen**.

Der Coach zeichnet auf sein White Board den Kybernetischen Regelkreis (ähnlich wie Abb. 5). Er erklärt ihr, dass die momentane Situation (Istwert) den starken Schmerzen entspricht. Um auf weniger Schmerzen zu kommen (Sollwert) ist eine Veränderung vom Verhalten im Allgemeinen oder vom Schmerzverhalten erforderlich. Frau Ratlos nickt den Kopf bestätigend.

Coach: "Ich sehe, Sie nicken mit dem Kopf. Sind Sie damit einverstanden, dass dauerhafte Linderung Ihrer Schmerzen nur durch eine Veränderung in Ihrem Alltag zu erzielen ist?"

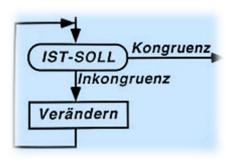


Abbildung 5 Kybernetischer Regelkreis

Frau Ratlos: "Ja, Sie haben recht. Es muss sich etwas ändern."

Frau Ratlos ist sich bewusst geworden, dass sich etwas ändern soll. Was soll Frau Ratlos jetzt ändern? Dafür braucht Herr Kutscher als Coach mehr Informationen. Er will wissen, wie oft Frau Ratlos die letzten fünf Jahren in physiotherapeutischer Behandlung gewesen ist, wie die verschiedenen Therapeuten gearbeitet haben, was sie gemacht haben und was Frau Ratlos bis jetzt aktiv gemacht hat. In deutlich mehr entspannter Haltung erzählt sie, dass sie die letzten drei Jahre nicht in Physiotherapie gegangen ist, obwohl sie Rezepte vom Hausarzt bekommen hatte. Früher ist sie circa vier Mal im Jahr behandelt worden. Sie wurde hauptsächlich massiert und "einer hat sogar so auf meinem Rücken herum gedrückt, dass ich mich danach eine Woche gar nicht rühren konnte!"

Für den Manualtherapeuten ein klarer Hinweis: er soll eher `Hands Off´ Methoden wählen. `Hands Off´ bedeutet keine passiven manualtherapeutischen Techniken ausgeführt von den Händen des Therapeuten, sondern aktiv, von der Patientin ausgeführte, Bewegungen.

Coach: "Gibt es irgendwelche Bewegungen, speziell im unteren Bereich der Wirbelsäule, die Sie aktiv durchführen?"

Erwartungsgemäß bekommt der Patient ein Übungsprogramm vom Physiotherapeuten mit nach Hause. Dieses Programm stößt oft auf innerlichen Widerstand: wann soll ich dieses Programm machen? Habe ich überhaupt Zeit diese Übungen durchzuführen? Wie weiß ich, ob ich die Übungen richtig mache? Kann ich die Übungen schmerzfrei machen? Oh, nein! Nicht schon wieder Übungen. Das hat mir noch nie etwas geholfen. Das Wort `Übung´ kann, je nach Assoziationen, die beim Patienten erweckt werden, auch Übersprungshandlungen verursachen, und wird zum negativen Kommunikations-Signal. Da die `Übungen´ vom Physiotherapeuten in den meisten Fällen ohnehin Bewegungen sind, benutzt der Therapeut eher das Wort `Bewegungen´.



Frau Ratlos scheint zu erschrecken: ihre Mimik zeigt große Augen und der Mund ist offen (Abb. 6).

Frau Ratlos: "Aktive Bewegungen? Na ja, ich weiß nicht. Der Arzt hat mir damals schon gesagt, ich darf mich nicht mehr bücken. Mein Rücken ist ja kaputt und zwei Bandscheibenvorfälle habe ich auch noch, wissen Sie?"

Abbildung 6 SCHRECK!!

Coach: "Ja, ich habe die Diagnose auf dem Rezept gelesen. Mir ist bekannt, dass sie zwei Bandscheibenvorfälle haben. Was verstehen Sie denn unter einem kaputten Rücken?"

Frau Ratlos: "Der Orthopäde hat mir vor fünf Jahren gesagt, meine Wirbelsäule sei ganz schlecht beieinander, kaputt halt. Sie würde ausschauen wie die von einer Achtzigjährigen."

Coach: "Welche Gedanken und Gefühle sind bei Ihnen aufgekommen, als der Arzt Ihnen diese Informationen gegeben hat?"

Frau Ratlos: "Keine guten! Seitdem traue ich mich nicht mehr, mich zu bewegen. Zumindest nicht zu bücken. Das hat sich nochmal verstärkt als ich bei dem einen Physiotherapeuten war, der mir eine Rückenschule empfohlen hatte."

Coach: "Was haben Sie in der Rückenschule gelernt?"

Frau Ratlos: " Ich habe gelernt, wie ich in der Zukunft meine Wirbelsäule schone. Ich gehe jetzt in die Knie und darf nichts mehr tragen."

Coach: "Was haben die Veränderungen, in die Knie gehen und nichts mehr tragen, Ihnen gebracht?"

Frau Ratlos: "Anfangs bin ich besser zurecht gekommen. Das hat aber nur ein paar Monate gehalten. Bücken und tragen tue ich seitdem nicht mehr, die Schmerzen habe ich immer noch, mittlerweile stärker als je zuvor."

Coach: "Wissen Sie, in akuten, starken Schmerzzuständen ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sich Gewebe beschädigt hat. Eine Entzündungsreaktion ist die natürliche Folge....."

Im Weiteren erklärt der Coach den allgemeinen Heilungsverlauf (siehe oben). Ausdrücklich weist er darauf hin, dass die ersten zehn Tage das Gewebe geschont werden sollte. Die Empfehlungen aus der Rückenschule sind für diese Zeit absolut richtig gewesen. Nach circa drei Wochen sollte das verletzte Gewebe wieder vorsichtig belastet werden. Frau Ratlos reagiert verwundert. Der Coach merkt ihre Reaktion und beruhigt sie, indem er erklärt, dass sie mit gezielten Bewegungen das muskuläre Gewebe wieder belastbar machen kann.

Coach: "Es gibt Achtzigjährigen die *keine* oder *nur wenig* Beschwerden an ihrem Rücken haben, ihre Muskeln sind fit, sie sind in Bewegung geblieben. Die Veränderungen an den Knochen oder Gelenken, die über Röntgen- oder Kernspinbilder erkennbar gemacht werden können, sind vergleichbar mit den Veränderungen an unserem Körper, die wir mit unseren eigenen Augen sehen können. An den meisten Menschen ist, unter anderem im Gesicht erkennbar, dass sie älter geworden sind. Im Körper ist das nicht anders. Die degenerativen Veränderungen sind Veränderungen, die im Alterungsprozess auftreten. Und das wichtigste, was in Studien gezeigt wird, ist, dass diese Veränderungen an unserem Körper keine Beschwerden geben müssen! Die Muskulatur soll in einer optimalen Verfassung sein, dann ist die Belastbarkeit des Körpers auch optimal"

Mittlerweile gibt es viele Studien (u.a. 21,22,23), die Beweise geliefert haben, dass degenerative Veränderungen am Skelett an sich nicht Schmerzen verursachen müssen. Indem der Coach Frau Ratlos diese Studien zeigt oder erklärt, kann das viel Unsicherheit wegnehmen. Eine Art des Reframings: Frau Ratlos kann jetzt ihren Glaubenssatz in einem anderem Kontext betrachten (12).

Frau Ratlos: "Also, muss ich meine Muskeln trainieren?"

Coach: "Ja, wahrscheinlich werden wir dort ansetzen können. Ich brauche weitere Informationen, in dem ich einen Befund von den Funktionen ihrer Wirbelsäule mache. Ich lade Sie ein, mir zu zeigen, wie Sie sich bewegen. Ich erkläre welche Bewegung Sie machen sollten und Sie machen diese. Die wichtigste Regel dabei ist, sich soweit zu bewegen, dass der Schmerz nicht auftritt!"

Frau Ratlos (vorsichtig, mit Zeichen von Skepsis in der Mimik): "Hm..., mal schauen."

Der Coach merkt, dass seine Klientin nicht wirklich aus dem Problem-Zustand heraus kommt oder kommen will. Er versucht es mit der Wunderfrage. Sie erzielt in kürzester Zeit einen `idealen' Zielzustand für die Klientin. Die Gefühlslandschaft von Frau Ratlos soll sich durch ihre Antwort verändern.

Coach: "Frau Ratlos, stellen Sie sich vor, Sie gehen heute Abend ins Bett, schlafen eine Nacht und während Sie schlafen geschieht ein Wunder. Eine gute Fee erscheint und die Probleme, die Sie mir geschildert haben, sind weg! Weil Sie geschlafen haben, wissen Sie nicht dass ein Wunder geschehen ist. Wie würden Sie am nächsten Morgen merken, dass sich etwas verändert hat?"

Frau Ratlos: "Oh, ööhhmmm.....Lassen Sie mich kurz nachdenken."

(drei Sekunden später): "Ich würde schmerzfrei aus meinem Bett aufstehen können, ohne Gedanken, dass der stechende Schmerz kommen könnte, wenn ich mir meine Hose und Socken anziehe. Ja, das wäre echt super…"

Coach: " Das hört sich gut an. Welche Gefühle stellen sich mit der Veränderung bei Ihnen ein?"

Frau Ratlos: "Erleichtert, hoffnungsvoll, glücklich."

Coach: "Gute Gefühle, oder?"

Frau Ratlos: "Absolut, ja."

Coach: "Dann machen wir jetzt weiter mit der Befundaufnahme?"

Frau Ratlos: "Ja, was soll ich machen?"

Der Coach, jetzt wieder in der Funktion als Physiotherapeut, führt mit Frau Ratlos die körperliche Untersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) durch. Auffällig dabei ist, dass Frau Ratlos beim Bücken (Beine bleiben gestreckt, der Oberkörper beugt nach vorne) die LWS nicht vorbeugen möchte, und bei allen anderen Bewegungen die LWS sehr steif gehalten wird. Eine gewisse Angst ist bemerkbar und auf die Nachfrage, wie es der Frau Ratlos bei den Bewegungen geht, antwortet sie, sie fühle sich unsicher und die Schmerzen würden allmählich stärker. Der Therapeut beendet daraufhin die körperliche Untersuchung und entscheidet sich, Frau Ratlos eine aktive Übung zu zeigen. Er nennt sie eine aktive Bewegung, die die LWS in Richtung Beugung bringen soll. Der Therapeut setzt sich auf einen Stuhl und kippt sein Becken vor und zurück. Er rollt über seine Sitzbeinhöcker und bewegt die LWS in Beugung und in die Gegenrichtung, Hohlrücken genannt. Frau Ratlos schaut mit einem schmerzverzogenen Gesicht zu.

Therapeut: "Ich meine feststellen zu können, dass es Ihnen schon beim Zuschauen Schmerzen bereitet. Stimmt meine Wahrnehmung?"

Frau Ratlos: "Ja, das kann man wohl sagen."

Der Therapeut erklärt Frau Ratlos, dass bei der Bewegung nicht viele Kräfte auf die LWS einwirken und lädt sie ein, die gleiche Bewegung selber, ohne Schmerzen, durchzuführen. Frau Ratlos, sie sitzt auf einem anderen Stuhl, versucht die Beckenkippung selber zu machen. Sie sagt, die Bewegung tue ihr weh. Der Therapeut betont, dass die Bewegung am Anfang der Bewegung etwas weh tun könne, sie sollte nicht in den Schmerz hinein bewegen, damit die Bewegung mit der Zeit leichter gehe. Frau Ratlos soll im schmerzfreien Bereich bewegen. Während er das erklärt, macht der Therapeut die Bewegung durchgehend ruhig vor und schaut, ob Frau Ratlos die Bewegung richtig macht. Sie bemüht sich sichtbar, die Koordination lässt sich noch verbessern. Der Therapeut lobt Frau Ratlos für ihre Bemühungen ("Ich sehe, Sie gehen die Sache motiviert an. Prima!") und erklärt, dass die Bewegung in der LWS ablaufen soll. Er möchte die Bewegung der Frau Ratlos taktil unterstützen. Er fragt sie, ob sie das zulassen würde, und nachdem Frau Ratlos ihm das genehmigt hat, gibt er ihr die Bewegung manuell vor, während sie aktiv mitmacht. Immer wieder bekommt Frau Ratlos Lob des Therapeuten. Die Gesichtszüge der Patientin werden weicher und entspannter. Nach circa fünf Minuten stimmt auch die Koordination. Frau Ratlos bewegt ihr Becken richtig und die LWS bewegt sich von der Streckung in die (eingeschränkte) Beugung. Am Ende der Beugung berichtet Frau Ratlos, leichte Schmerzen zu verspüren. Der Therapeut wiederholt nocheinmal, dass sie nicht in den Schmerz hinein bewegen soll und lobt sie weiter, dass sie engagiert mitmacht und "Ihre LWS eine schöne Bewegung zeigt". Er empfiehlt ihr, die oben beschriebene Bewegung oft (bis zu zwanzig Mal am Tag), circa eine Minute durchzuführen, ohne Schmerzsteigerung. Diese Bewegung ist eine Veränderung für die Frau Ratlos, die dazu führen soll die Soll-Situation zu erreichen. Er zeigt dabei aufs White Board. Sitzen tut Frau Ratlos immer wieder, die Bewegung kann mühelos im Alltag integriert werden. Auch soll sich Frau Ratlos die Antwort auf der Wunderfrage vier Mal täglich wiederholen, damit die Motivation weiter gesteigert wird. Die Bewegung soll Frau Ratlos jetzt, am Ende der Sitzung nochmal wiederholen. Im Sitzen bewegt sie das Becken von vornherein richtig. Die Schmerzen sind am Ende der Beugung anfangs wieder zu spüren, nach einigen Wiederholungen wird die Beweglichkeit jedoch größer und Frau Ratlos lächelt. Sie sagt:

"Ich glaube, die Schmerzen werden weniger!!"

Coach: "Das ist super! Sie machen das wirklich toll! Sie werden die Bewegung einsetzen können um den Schmerz zu lindern. Eine bessere Belohnung für die neu gelernte Bewegung können Sie wohl kaum bekommen!"

Frau Ratlos bedankt sich beim Therapeuten und er wiederum, bedankt sich bei Frau Ratlos für ihre motivierte Kooperation. Sie vereinbaren den nächsten Termin in einer Woche. Die Bewegung soll beobachtet und gegebenenfalls korrigiert werden.

Konditionieren

Konditionierung wird als eine Verknüpfung eines bestimmten Reizes mit einer bestimmten Reaktion definiert (12,24). Beim Erlernen neuer Verhaltensweisen spielt die Konditionierung eine wichtige Rolle. Unterschieden wird dabei zwischen klassischer und operanter Konditionierung. Bei der klassischen Konditionierung ist vorausgesetzt, dass eine bereits bestehende Koppelung von Reiz und Reaktion besteht. Zum (fast) gleichen Zeitpunkt wird neben dem bestehenden Reiz ein neutraler Reiz gegeben. Durch die zeitliche Koppelung des

neuen Reizes an den bestehenden Reiz und durch den wiederholten Vorgang entsteht eine neue Reiz-Reaktions-Koppelung. Die operante Konditionierung unterscheidet sich von der klassischen dadurch, dass das Lernen von neuen Verhaltensweisen beeinflusst wird von Konsequenzen eines bestimmten Verhaltens. Diese Konsequenzen können entweder ein Verstärker (des Verhaltens) oder eine Bestrafung (des Verhaltens) sein. Hierbei wird unterteilt in positive und negative Verstärker und positive und negative Bestrafung. Beispiele für einen positiven Verstärker sind Lob oder eine Belohnung nach positivem Verhalten. Frau Ratlos bekommt Lob vom Therapeuten, wenn sie die LWS in der richtigen Richtung bewegt. Als negativer Verstärker gilt z.B. das Vermeidungsverhalten: auf das Verhalten folgt ein Ausbleiben eines unangenehmen Ereignisses. Dadurch dass Frau Ratlos vor über zwanzig Jahren das Bücken gemieden hat und stattdessen in die Knie gegangen ist, hat sie festgestellt, dass die starke Schmerzen nicht kommen. Eine Strafe geben, z.B. beschimpfen, gehört zu den positiven Bestrafungen. Eine negative Bestrafung auf ein ungewolltes Verhalten ist der Entzug eines Privilegs ("Du darfst dich diese Woche nicht mit deinen Freunden treffen!")(12).

Zweite Sitzung

Wie ausgemacht, erscheint Frau Ratlos eine Woche später pünktlich zum zweiten Termin. Nach der Begrüßung fragt der Coach, wie es Frau Ratlos die Woche ergangen ist. Er hat sich dafür entschieden, Frau Ratlos mehr von sich erzählen zu lassen, damit er mehr Informationen erhält. Sie antwortet, es habe sich nicht viel verändert. Auch berichtet sie, dass sie die Bewegungen nicht so oft gemacht habe, wie vom Coach empfohlen. Als Begründung gibt sie den Schmerz an. Der Coach möchte wissen, ob sie die Bewegung ohne Schmerzen durchgeführt hat. Das wollte sie auch, nur waren die ersten Bewegungen schon etwas schmerzhaft und dann habe ihr Ehemann gemeint, sie solle doch aufhören, wenn sie Schmerzen spüre. Das habe sie dann auch gemacht. Der Coach fragt, ob Frau Ratlos sich erinnern kann an letzte Woche, als sie im gleichen Zimmer wie jetzt, die Bewegung am Ende der Sitzung auch gemacht habe, und mit einem Lächeln im Gesicht erzählte, die Schmerzen würden nachlassen. Diese Frage weicht Frau Ratlos mit der Bemerkung aus, dass sie "ja nicht mehr Schmerzen haben will". Sie könne sonst gar nicht mehr arbeiten. Der Coach fragt, welche Arbeit Frau Ratlos täglich mache. Sie ist zuständig für ihren Haushalt. Sie muss putzen, einkaufen, kochen (auch für zwei Enkelkinder) und den Garten pflegen. Sie wohnt mit ihrem Ehemann im oberen Geschoss eines Hauses; unten wohnt ihr Sohn mit Familie. Ihr Ehemann ist 62 Jahre und Frührentner. Er kümmert sich liebevoll um sie. Wenn sie starke Schmerzen hat ("und das kommt oft vor") übernimmt er manche Haushaltsaktivitäten. Sie liegt dann meistens auf der Couch, in Stufenlagerung. Ein Therapeut hat ihr vor mehr als zehn Jahren empfohlen, diese Position oft einzunehmen, weil das gut für den Rücken sein soll. Sie befindet sich täglich circa drei Mal eine halbe Stunde in dieser Lagerung (Abb. 7).



Abbildung 7 Stufenlagerung

Der Schmerz bestimmt ihr ganzes Leben. Wenn sie im Haushalt arbeitet, bekommt sie sofort mehr Beschwerden und legt sich dann wieder hin. Ihr Mann übernimmt die Arbeit, er passt ganz gut auf sie auf. Er bringt ihr auch oft noch das Schmerzmittel, das sie dann braucht. Der Coach hat Frau Ratlos erzählen lassen. Er möchte jetzt wissen, wie viel Schmerzmittel sie täglich nimmt. Frau Ratlos antwortet, sie nimmt zwei Ibuprofen 400 – Tabletten in der Früh und am Abend, manchmal auch eine gegen Mittag, je nach Schmerzpegel. Diese Dosierung handhabt sie wieder seit einigen Monaten. Früher hat sie das auch schon gemacht. Der Arzt hat ihr damals empfohlen, aufzuhören, weil diese Menge an Schmerzmittel schädigen könnte. Sie hat jedoch gemerkt, dass es ohne *IBU* nicht geht.

Der Coach entscheidet sich die Bewegung von letzter Woche zu wiederholen. Er möchte Frau Ratlos mit Aktivität aus dem 'Problem-Trance' holen und sie an den Nutzen der Bewegung erinnern. Auf die zweifelnde Reaktion von Frau Ratlos, reagiert der Coach mit der Frage, woran sie nochmal merken würde, dass eine gute Fee in der Nacht vorbei gekommen war. Frau Ratlos antwortet nach einer kurzen Pause. Sie nickt und gibt nahezu die gleiche Antwort wie vor einer Woche. Sie würde sich schmerzfrei anziehen können und ihren Haushalt selbst schaffen.

Während der Bewegungsübung, die anfangs nicht rund lief, lassen die Beschwerden wieder langsam nach und die Bewegung wird runder. Frau Ratlos guckt erleichtert und fragt sich, warum sie die Bewegung doch nicht öfter gemacht hat. Der Coach klärt sie auf, dass Bewegung ein probates Mittel ist, die Beweglichkeit zu verbessern und die Schmerzen zu lindern. Die Bewegung soll auf eine Weise durchgeführt werden, dass keine Schmerzen aufkommen. Frau Ratlos hat das selbst mit der Bewegung im Sitzen erfahren. Sie kann ihren Rücken bewegen! Der Coach empfiehlt ihr, die Stufenlagerung nur noch in ganz akuten Situationen zu machen. Das Mittel der Wahl ist die Bewegung.

Der Coach erklärt ihr ein geeignetes Werkzeug: die Autosuggestion. Auf einem Zettel, das aussieht wie ein ärztliches Rezept, soll Frau Ratlos selber hinschreiben:

ICH KANN MEINEN RÜCKEN BEWEGEN

Nachdem sie diesen Satz geschrieben hat, schreibt der Coach darunter:

- 3 Wochen lang 3-mal tgl. 30-mal notieren
- 3 Wochen lang 3-mal tgl. 10-mal notieren
- 3 Wochen lang 3-mal tgl. an Ehemann adressieren

Frau Ratlos soll gleich nach diesem Termin ein Heft kaufen und in diesem Heft den Satz 30-mal täglich notieren, für drei Wochen. Die nächsten drei Wochen soll sie das gleiche zehn Mal am Tag machen.

Frau Ratlos trainiert mit der Autosuggestion ihr Unterbewusstsein. Es werden Glaubenssätze gebildet. Nachdem der Satz aufgeschrieben wurde, soll Frau Ratlos die Bewegung im Sitzen machen. Durch die Häufigkeit entwickelt sich bei Frau Ratlos eine neue stabile neuronale Bahnung. Die Adressierung in der Richtung ihres Ehemannes sollte dazu führen, dass er seine Frau die Bewegungen machen lässt (12).

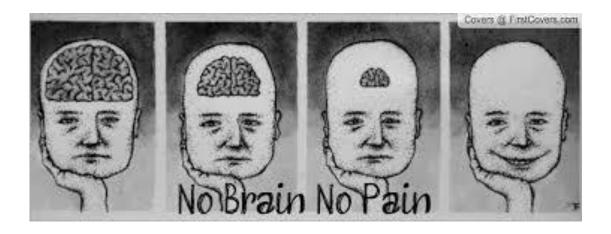
Den Satz lässt der Coach Frau Ratlos einmal klar aussprechen und danach macht sie die Bewegung im Sitzen. Sie erreicht nach ungefähr zwanzig Bewegungen eine runde und nicht eingeschränkte Bewegung, ohne Schmerz. Sie steht glücklich auf und sagt dem Coach, sie werde jetzt wirklich mehr üben. Die zweite Sitzung wird abgeschlossen. Der nächste Termin soll wieder in einer Woche stattfinden.

Die nächsten Sitzungen

Nachdem Frau Ratlos in der dritten Sitzung erzählen konnte, dass die Beschwerden deutlich weniger geworden waren, hat der Therapeut sich entschieden, die Bewegung in der LWS in einer anderen Ausgangsstellung machen zu lassen. Er erklärt, dass die Muskulatur auf diese Weise für den Alltag trainiert wird. Das Bücken im Alltag ist das angestrebte Ziel. Die Beweglichkeit der LWS wird allmählich besser und der Schmerz lässt weiter nach. Ihr Ehemann übernimmt jetzt weniger Haushaltsarbeit und motiviert Frau Ratlos auch mehr zu bewegen. Frau Ratlos hat selbst erfahren, dass Bewegung gut tut. Die Schmerzmitteleinnahme von Frau Ratlos nimmt deutlich ab, sie braucht (zwei Monate später) noch eine Tablette IBU-400 am späten Nachmittag. Nach drei Monaten traut sich Frau Ratlos auch längere Spaziergänge zu machen und macht deutlich mehr im Haushalt. Das Bücken im Alltag fällt ihr leichter. Nach der vierten Sitzung entscheiden Coach und Frau Ratlos miteinander, dass sie keinen weiteren Termin ausmachen: wenn es Bedarf geben würde, meldet sich Frau Ratlos bei ihrem Coach.

Nachwort

Die psychologische Beratung sollte in der Behandlung von chronischen Schmerzpatienten mit einbezogen werden. Meiner Meinung nach wird das nicht ausreichend gemacht. Viele Therapeuten stufen diese Patienten als `schwierig´ ein. Dabei sollte beachtet werden, dass diese Menschen Gründe haben, dass die Beschwerden chronisch geworden sind. Welche das sind, ist mit Coaching ermittelbar. Diese Patienten haben häufig schon viele verschiedene Therapien gemacht, ohne Erfolg. Die Kombination von aktiven Bewegungen mit psychologischer Beratung sollte in Erwägung gezogen werden.



Referenzen

- (1) http://www.zeit.de/2011/07/M-Schmerz-Historie/komplettansicht
- (2) Engel L. The Application of the Biopsychosocial Model. Am J Psychiatry 1980; 137(5): 535-544
- (3) Gifford L. The Mature Organism Model. (PDF) Kapitel 2 in Topical Issues in Pain 1. AuthorHouse 2013
- (4) **O'Sullivan P.** It's Time for Change with the Management of Non-Specific Chronic Low Back Pain. Br J Sports Med 2011; **46:** 224-227
- (5) Pincus T. et al. Delivering an Optimised Behavioural Intervention (OBI) to People with Low Back Pain with High Psychological Risk; Results and Lessons Learnt from a Feasibility Randomised Controlled Trial of Contextual Cognitive Behavioural Therapy (CCBT) vs.Physiotherapy. BMC Musculoskelet Disord. 2015; 16(1): 147
- (6) **Leeuw M. et al.** The Fear-Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence. J Behav Med 2007; **30(1)**: 77-94
- (7) **Vlaeyen J. W. S., Linton S.J.** Fear-Avoidance and its Consequences in Chronic Musculoskeletal Pain: a State of the Art. Pain 2000; **85**: 317-332
- (8) **Hargreaves S.** The Relevance of Non-Verbal Skills in Physiotherapy. Austr J Physiotherapy 1982; **4:** 19-22
- (9) Maitland G. D. Vertebral Manipulation. 5th ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1986
- (10) **Harding V., Williams A.C.de C.** Applying Psychology to Enhance Physiotherapy Outcome. Physioth Theory and Practice 1995; **11(3)**: 129-132
- (11) https://de.wikipedia.org/wiki/Psychologische_Beratung
- (12) Script Ausbildung Psychologische Beratung: Supervision/Coaching/Mediation
- (13) http://verhaltenspsychologie.com/grundlagen/das-verhalten/
- (14) **Kirwilliam S. S., Derbyshire S. W.** G. Increased bias to report heat or pain following emotional priming of pain-related fear. Pain 2008; **137:** 60-65
- (15) Riemann F. Grundformen der Angst. 41. Auflage München Basel: Ernst Reinhardt Verlag; 2013
- (16) https://en.wikipedia.org/wiki/ERG theory
- (17) http://de.101sharequotes.com/de/quote/%C2%A9-wilma-eudenbach-die-kunst--richtig-miteinander-z-64785
- (18) http://www.schulz-von-thun.de/index.php?article id=71
- $(19) \ \underline{\text{http://www.quali-training.de/wp-content/uploads/2012/07/\%C3\%9Cbersprungshandlungen-DFZ-06-2011.pdf}$
- (20) http://klare-kommunikation.com/erfolgreicher-kommunizieren-das-geheimnis-der-spiegeltechnik/#prettyPhoto
- (21) Matsumoto M. et al. MRI of Cervical Intervertebral Discs in asymptomatic Subject. J Bone Joint Surg 1998; 80-B(1): 19-24
- (22) **Boden S. D. et al.** *Abnormal Magnetic-Resonance Scans of the Lumbar Spine in Asymptomatic Subjects. A Prospective Investigation.* J Bone Joint Surg 1990; **72:** 403-408
- (23) **Matsumoto M. et al.** *Tandem age-related lumbar and cervical intervertebral disc changes in asymptomatic subjects.* Eur Spine J 2012; **22:** 708-713
- (24) http://lexikon.stangl.eu/241/konditionierung/ © Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik