

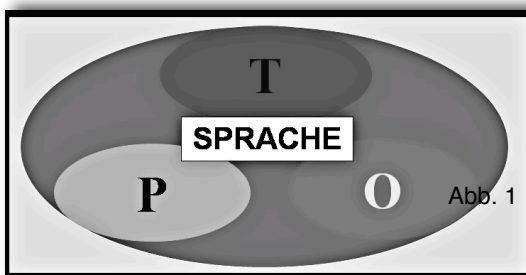
Susanne Wopfner :

Sprache verzaubert das therapeutische Team

Innhalb der neurokognitiven Rehabilitation spielt die Sprache eine ganz besondere Rolle. Sie ist ein wesentlicher Bestandteil des konzeptuellen Kerns der Übung. Erst die Sprache - die verbale wie die nonverbale (Gestik, Mimik) - verwandelt die therapeutische Situation zu einem einzigartige Moment.

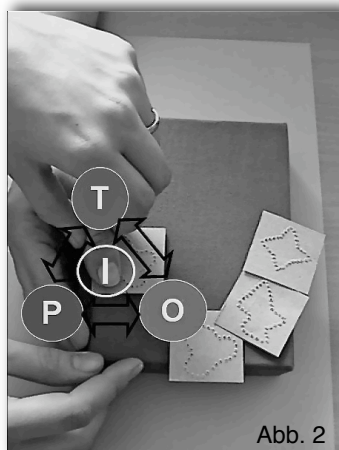
Sowohl die Sprache des Therapeuten als auch die Sprache des Patienten als auch die „Sprache“ der Umwelt sind wichtige Mittel für die Gestaltung der therapeutischen Situation.

Durch die Sprache verschmelzen diese drei Elemente zu einer Einheit, zu einer emergenten funktionellen Einheit (Abb.1).



Erst durch die Sprache können Therapeut und Patient eine intentionale Beziehung eingehen d.h. eine Beziehung, die eine ganz bestimmte Intention verfolgt, nämlich eine vorprogrammierte, gezielte Interaktion mit der Umwelt einzugehen (Abb. 2).

Das Erfassen oder Begreifen von Informationen der Umwelt mit



Hilfe seines Körpers ist nur durch das emergente Zusammenspiel von Therapeut, Patient und Therapiemittel möglich.

Welche Aufgaben müssen nun die einzelnen Teile erfüllen, damit das therapeutische System einen Erkennungsprozess hervorbringen kann?



Das Therapiemittel bietet ganz bestimmte Informationen, Informationen die vom Therapeuten als wichtig erachtet werden für eine günstige Reorganisation und es veranlasst den Patienten, sich in einer ganz bestimmten Art und Weise zu fragmentieren. Ohne Therapiemittel würde der Patient nicht die entsprechenden Informationen bekommen und er würde gar nicht in die Situation kommen, sich fragmentieren zu müssen.

Der Therapeut macht es erst möglich, dass der Patient zu den notwendigen Informationen kommt, indem er entweder, wie bei Übungen I. Grades, die Bewegungen des Patienten komplett führt oder indem er zumindest mit-hilft, die Bewegungen korrekt auszuführen, sodass es letztendlich erfasst

sende, begreifende Bewegungen werden. Das ist so zu sagen die mechanische Hilfe des Therapeuten. Was aber noch viel wichtiger ist, ist die mentale Hilfe des Therapeuten, denn durch gezielte Fragen, verbale Hinweise und verbale Erläuterungen kann der Therapeut die mentalen Strategien des Patienten beeinflussen, also sein Denken, seine Vorgangsweise und damit sein Fühlen und Handeln. Oft wird erst durch die Veränderung der mentalen Strategien ein Erkennungsprozess möglich. Das heißt, ohne Therapeut wird es dem Patienten zumindest zu Beginn nicht gelingen, seinen Körper so zu bewegen bzw. zu fragmentieren, dass er damit die geforderten Informationen einholen kann, und ohne seine Hilfe wird es oft nicht möglich für den Patienten, die vielleicht durch korrekte Bewegungen eingeholten Reize korrekt zu verarbeiten und zu kohärenten Informationen werden zu lassen. Der Therapeut bietet also eine mechanische und mentale Hilfe.

Welche Aufgabe kommt nun dem **Patienten** zu? Er muss sich aktiv in einen Zustand versetzen, der es ihm ermöglicht, Reize durch geführte oder aktive Bewegungen aufzunehmen und zu verarbeiten. Das heißt die Hauptaufgabe des Patienten liegt zumindest zu Beginn rein im mentalen Bereich. Ohne dass der Patient sich aktiv in einen Zustand der Aufmerksamkeit versetzt, könnte der Therapeut sämtliche Hilfen anbieten und es würde zu keinem Ergebnis kommen.

Das heißt, alle drei Elemente - Therapiemittel, Patient und Therapeut - sind von einander abhängig. Nur wenn alle drei in einer ganz bestimmten Art zusammenspielen, wird der Erkennungsprozess möglich (Abb. 3). Sie gehen ganz bestimmte Beziehungen ein, nämlich physische und mentale Beziehungen. Wobei man sagen muss, dass es primär nicht die physischen Beziehungen sind, die aus dieser therapeutischen Situation einen besonderen Moment machen. Schnell erlernt ein geschickter Therapeut, wie man die Hand oder das Bein des Patienten korrekt führt. Auch welches Therapiemittel bei welcher Situation eingesetzt werden soll, ist erlernbar. Aber das, was den besonderen, den herausragenden Therapeuten kennzeichnet, ist die gezielte Verände-

rung der mentalen Strategien.

Denn der wichtigste Teil in der therapeutischen Situation ist nicht der, den man sieht, also das Handeln, sondern der Teil, den man nicht sieht, also das Denken und Fühlen des Patienten. Und hier spielt die Sprache eine besondere Rolle, und zwar sowohl die Sprache des Patienten wie die Sprache des Therapeuten.

DIE SPRACHE DES THERAPEUTEN:

Die Sprache des Therapeuten hat viele Funktionen. Der Therapeut kann die Sprache verwenden:

- ➔ um eine Interaktion mit dem Patienten zu beginnen
- ➔ um die gestörten kognitiven Prozesse zu entdecken
- ➔ um kognitive Prozesse des Patienten beim Hervorrufen variabler Beziehungen mit der Umwelt zu lenken
- ➔ um herausfinden wie der Patient die kognitiven Prozesse während der Übung benutzt
- ➔ um diese gestörten Prozesse zu aktivieren und zu normalisieren
- ➔ um kognitive Prozesse anzuwenden, mit dem Ziel gestörte Funktionen wiederherzustellen

Die Sprache des Therapeuten kann also kognitive Bedeutung haben, also notwendig sein, um den Patienten zur Aktivierung einer Reihe von kognitiven, also erkennenden Prozessen (Richtung, Distanz, Gewicht, Kontakt) zu lenken.

Die Sprache des Therapeuten kann aber auch emotionale Bedeutung haben.

Emotionen spielen bei der gesamten Organisation eine übergeordnete Rolle. Sie verändern mein Fühlen, Denken und schließlich auch mein Handeln. Nicht umsonst sagt man: "Angst lähmt". Emotionen können also die Arbeitsweise des gesamten ZNS verändern, man könnte auch sagen das Bewusstsein. In den letzten Jahren haben wir versucht zunehmend mehr auch das Bewusstsein des Patienten zu erforschen und daher hat sich jetzt die Anwendung der Sprache um eine Facette erweitert:

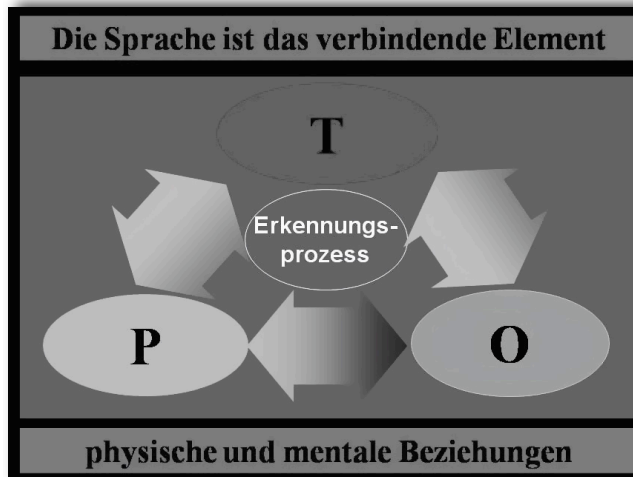


Abb. 3

- Die Sprache des Therapeuten soll also nicht mehr nur dazu dienen,
- kognitive Elemente beim Patienten zu erkennen und meist auch zu verändern (also wie erkennt er, wie geht er vor, welche Strategien wendet er an, worauf richtet er seine Aufmerksamkeit etc.)
- sondern die Sprache des Therapeuten soll zusätzlich dazu dienen, emotionale Elemente zu erkennen aber auch zu verändern,
- also insgesamt sein Bewusstsein zu erfahren und es auch zu beeinflussen.

Anstatt zu fragen: Wie fühlt sich der Schwamm an?" fragen wir nun häufiger: "Wie empfinden Sie diesen Schwamm?" Oder auch "Wie geht es Ihnen bei dieser Übung?" oder auch "Was geht in Ihnen vor, wenn Sie an diese Bewegung denken?"

Der Erkennungsprozess hat sich bei den „Kognitiv-Therapeutischen Übungen“ somit im Laufe der Zeit verändert: Zuerst stand nur das

- Einholen von Afferenzen im Vordergrund, also das Verarbeiten von Reizen, die zum ZNS gelangen.
- Dann wurde es mehr ein Einholen von Informationen, nicht mehr nur Afferenzen, denn Informationen stehen immer in Verbindung mit meiner Intention.
- Mit der Entdeckung der Imagination stand nicht nur das Einholen von Informationen im Mittelpunkt des therapeutischen Interesses, sondern auch das Vorhersehen von Informationen. Das heißt, es wurde zunehmend ein Konstruieren von Informationen.
- Schließlich kam es durch die Erforschung des Bewusstseins zu einer Aktivierung von bestimmten Repräsentationen mit allen begleitenden

emotionalen Bewusstseins-ebenen.

Die Sprache des Therapeuten soll also auf das "Gesamtpaket" einwirken und es beeinflussen, also nicht nur das Spüren des Patienten verändern, sondern auch sein Denken, sein Bewegen aber auch seine Emotionen sollen Gegenstand der Übung werden dürfen, die man bewusst hervorruft, um sie überhaupt für den Patient bewusst zu machen und um sie dann auch bewusst verändern zu können.

Dies ist ein sehr hoher Anspruch an die Sprache des Therapeuten. Um all diesem gerecht zu werden, verwenden wir auch Metaphern:

- ➔ um einerseits beim Patienten bestimmte kognitive Prozesse zu aktivieren,
- ➔ um andererseits gleichzeitig auch Emotionen hervorzurufen.

Metaphern wie "Frei wie ein Vogel", "Leicht wie ein Schmetterling", "Gehen wie eine Prima Ballerina" bewirken beim Patienten meist eine Veränderung seines Fühlens, seines Denkens also seiner emotionalen Grundlage und damit auch eine Veränderung seiner Motorik.

Aber auch das Aktivieren von Gedächtnisinhalten ist häufig sehr sinnvoll, um emotionale und motorische Veränderungen hervorzurufen. "Stellen Sie sich selber vor - Sie sind nun der junge fescbe, 20jährige Mann, der die Promenade entlang schlendert und Sie spüren die bewundernden Blicke der jungen Mädchen." Dieser Satz hat bei einem 70jährigen Parkinsonpatient eine so starke Veränderung bewirkt, dass er schwungvoll und dynamisch losgehen und mit aufrechtem Gang dahin schlendern konnte.

Die gezielte Sprache des Therapeuten - auch mit dem Einsatz von Metaphern und der Hilfe von Gedächtniselementen - soll kognitive aber auch emotionale Prozesse aktivieren und verändern.

DIE SPRACHE DES PATIENTEN:

Die Sprache des Patienten, also die verbale Beschreibung des Patienten

hat in den letzten Jahren ganz große Bedeutung bekommen. Zu Beginn dieses Konzeptes hatte die Sprache des Patienten fast nur kognitive Bedeutung. Sie diente also dazu, dass der Patient die Antworten auf sein Erkennungsproblem gibt.

Im Laufe der Zeit hat die Sprache des Patienten noch eine weitere Bedeutung bekommen. Man will mit Hilfe der verbalen Beschreibung des Patienten sein Bewusstsein erschaffen. Man will also herausfinden:

- was er spürt er, wie er es spürt (Sensibilität)
- was er empfindet (Emotionen, Gefühle)
- was er erwartet zu spüren (perzeptive Hypothese, Simulation, Imagination)
- was er sich vornimmt zu versuchen (welche Strategie).

Die Schwierigkeit, das was man spürt und empfindet zu beschreiben:

Es wurde sehr schnell klar, dass für eine korrekte Planung und Durchführung der therapeutischen Behandlung das Bewusstsein des Patienten eine große Rolle spielt. Der Therapeut sollte in großen Zügen wissen, was sein Patient denkt, spürt und empfindet, um die korrekten Hilfestellungen geben zu können. Er muss also das „Innere“ des Patienten genau kennen. Aber gerade darin steckt die Schwierigkeit, denn nicht nur für Patienten sondern auch für gesunde Personen ist es sehr schwierig, das was man denkt und empfindet in Worte zu fassen. Somästhetische Zustände mit Worten zu beschreiben ist für jeden sehr schwierig.

Besonders die Beschreibung der Andersartigkeit der paretischen Seite bereitet oft große Probleme. Die Schwierigkeit kann soweit gehen, dass es zur Ablehnung kommen kann - „Es ist einfach anders, das kann ich nicht beschreiben, anders!“, sind Aussagen, die man von Patienten häufig hört, wenn man sie zum ersten Mal auffordert, die Andersartigkeit der betroffenen Seite näher zu beschreiben. Es sind daher eine sensible Vorgehensweise und ein vorsichtiges Hinführen zur „verbalen Beschreibung“ notwendig.

Mit zunehmender Erfahrung mit der „verbalen Beschreibung“ ist es möglich geworden, einige Hilfestellungen auszuarbeiten, die sich als sehr nützlich erwiesen haben und die in den meisten Fällen dazu geführt haben, dass es dem Patienten doch gelungen ist, das was er fühlt und empfindet in Worte zu fassen.

1. Es ist sehr wichtig, dem Patienten zu signalisieren, dass man weiß, wie schwierig es ist, etwas Gefühls zu beschreiben. Oft ist allein durch das simple „Verständnis zeigen“ die Barriere aufgehoben. „Ich weiß, das ist ganz schwierig! Auch ich hätte große Schwierigkeiten, wenn ich z.B. den Duft meines Parfums beschreiben müsste.“ Solche oder ähnlich Sätze genügen oft, um den Patienten zu einem gleichwertigen Partner zu machen, wodurch es möglich wird, gemeinsam als Team das „Innerste“ zu erkunden.

2. Genauso wichtig ist es, dem Patienten Zeit zu geben eine entsprechende Beschreibung zu finden. „Denken Sie darüber nach, vielleicht fällt Ihnen bis zur nächsten Therapiestunde ein passender Ausdruck ein.“

3. Zudem sollte man dem Patienten vermitteln, dass alle subjektiven Empfindungen (auch wenn sie noch so unwahrscheinlich klingen) von Bedeutung sind. Alles was der Patient spontan sagt, hat eine Bedeutung, d.h. entspricht einem Gefühl oder einem Gedanken, die immer Relevanz für die Rehabilitation haben. Wenn eine Aussage des Patienten unwichtig erscheint, ist es häufig nur die Unfähigkeit des Therapeuten, die Beschreibung bzw. die Metapher des Patienten korrekt zu interpretieren und sie in Zusammenhang mit dem motorischen Lernprozess zu bringen.

4. Es hat sich als sehr positiv herausgestellt, wenn man die Patienten ermuntert Metaphern zu benutzen, denn viele emotionale und empfundene Zustände können oft nur durch Metaphern ausgedrückt werden. „Die Hand fühlt sich an wie ein Klumpen!“

5. Auf der anderen Seite ist es ganz wichtig, nie Metaphern oder Beschreibungen vorzugeben. Wenn der Patient z.B. sagt, die paretische Seite fühlt sich „anders“ an und wenn man den Patienten dann auffordert, dieses andersartige Gefühl näher zu beschreiben, kommt es zu einem sehr schwierigen Moment für den Patienten. Man merkt, er sucht nach

einem Wort. Man spürt seine Schwierigkeit und seinen Konflikt, das was er spürt in Worte zu fassen. Um ihn aus dieser Schwierigkeit herauszuholen, bzw. um ihm diesen Konflikt von vorne herein zu ersparen, habe ich früher oft versucht den Patienten zu „helfen“, indem ich ihnen Beschreibungen bzw. Metaphern vorgegeben habe. „Fühlt es sich an wie ein Kribbeln oder wie Ameisen....“ Diese „Hilfe“ war aber absolut kontraproduktiv, denn die Patienten haben zwar eine meiner Beschreibungen aufgenommen („Ja so wie Ameisen.“), aber es waren nie wirklich ihre Empfindungen. Sie haben meine Beschreibung benutzt, um überhaupt etwas im Moment sagen zu können. Wenn man jedoch den Patienten selber nach einer Beschreibung suchen lässt, wenn man als Therapeut es aushält, dass der Patient minutenlang, oft mit geschlossenen Augen, einen Ausdruck für seine Empfindungen sucht, dann bekommt man nicht nur eine Beschreibung, die seinem Empfinden entspricht – was sehr wichtig für die Interpretation der Pathologie und für die weitere Gestaltung der therapeutischen Behandlung ist. Sondern ich habe die Erfahrung gemacht, dass es während dieser sehr anstrengend und intensiven Denkarbeit beim Suchen nach einem geeigneten Wort schon zu einer Bewusstseinsveränderung und damit zur Verhaltensveränderung, also auch zur strukturellen Veränderung im ZNS gekommen ist. Man kann fast mit Garantie sagen, wenn der Patient einmal durch intensives „Hineindenken“ eine verbale Beschreibung gefunden hat, dass er bei der nächsten Therapie-sitzung den selben Körperteil auf der betroffenen Seite mit anderen Worten beschreiben wird, da er ihn nun anders wahrnimmt. Das heißt durch diese intensive mentale Arbeit beim Suchen nach einem passenden Wort kam es zu einer Veränderung des Körperbewusstseins, welches nur durch plastische Veränderungen im ZNS möglich ist. Die verbale Beschreibung wird so auch zu einem wichtigen Therapiemittel!

Die Metapher als Sprache der Erfahrung

Wenn einmal dieser erste wichtige Schritt geschafft ist, wenn die Patienten sich also darauf eingelassen

haben, emotionale und empfundene Zustände mit eigenen Worten zu beschreiben, dann kann man oft beobachten, dass die Patienten sehr gerne das „Hilfsmittel“ verbale Beschreibung benutzen. Sie beginnen dann oft schon von sich aus, Empfundenes oder Gedankengänge zu beschreiben und häufig benutzen sie auch von sich aus Metaphern. Die Benutzung von Metaphern hilft ihnen, scheinbar nicht beschreibbare Sensationen und Empfindungen trotzdem zu beschreiben. Allerdings stellt es jetzt eine große Herausforderung für den Therapeuten dar, die Metaphern der Patienten korrekt zu interpretieren, was nicht immer ganz leicht ist.

Wenn zum Beispiel der Patient gefragt wird: „Was machst du, wenn du versuchst gerade zu sitzen?“, so wird der Patient eine motorische Imagination konstruieren. Er merkt aber, dass er diese motorische Imagination bzw. diese Repräsentation nicht mit Worten erklären kann. Daher versucht der Patient eine Repräsentation zu finden, die bedeutende Ähnlichkeiten mit der ersten, nicht verbalisierbaren Repräsentation hat und die nützlich ist, um auf die Frage des Therapeuten antworten zu können. Er bildet also eine vergleichbare, kommunizierbare Repräsentation und benutzt dazu eben die Metapher. „Es ist, wie wenn man versucht ein Bild an die Wand zu hängen.“ Der Therapeut muss jetzt versuchen Hypothesen über die Zusammenhänge zwischen den zwei Repräsentationen anzustellen, also welche Zusammenhänge zwischen der Repräsentation, die durch die Frage „Was machst du, wenn du versuchst gerade zu sitzen?“ entstanden ist und der Repräsentation, die durch die Antwort „Es ist, wie wenn man versucht ein Bild an die Wand zu hängen“ verdeutlicht wird. Die Kunst liegt nun in der korrekten Interpretation der Metapher bzw. darin, eine korrekte Hypothese hinsichtlich dieser Repräsentation aufzustellen. Eine mögliche Interpretation ist folgende: Der Patient spürt, dass er Schwierigkeiten hat die **Vertikalität zu erkennen**, so wie es geschieht, wenn man alleine ein Bild aufhängen muss.

Nach dieser ersten Interpretation ist die Frage nun, ob diese Verbindungen genug sind, um daraus neurophysiologische Prozesse ableiten zu

können und um dann mit der Arbeit beginnen zu können. Oder ist eine tiefergehendere Ausarbeitung notwendig bzw. sind andere Beschreibungen des Patienten notwendig? In diesem Fall war es unbedingt notwendig, nähere Beschreibungen vom Patienten einzuholen. „Ich schau einfach auf eine senkrechte Linie und richte mich danach aus oder ich frage meine Frau, ob ich gerade sitze“ war seine Antwort als man ihn gebeten hatte, diesen Vorgang näher zu schildern. Er benötigt also eine äußere, visuelle Vertikale, um seinen Körper in die aufrechte Position zu bringen.

Welche Bezugspunkte zur Patho-Physiologie kann man anhand dieser zweiten Beschreibung erkennen:

- Jene kognitiven Prozesse sind gestört, die es ermöglichen, die innere Repräsentation der „Medianlinie“ als Bezugspunkt für die Vertikalität zu benutzen.
- Der Patient hat keine gefühlte Medianlinie mehr.
- Als Kompensation benutzt er entweder die eigene visuelle Kontrolle (indem er eine externe vertikale Linie anschaut und mit seinem Körper vergleicht),
- oder er benutzt die visuelle Kontrolle der Frau (indem er sie fragt, ob er gerade sitzt).
- Der Körper wird also zu einem Objekt und das Erkennen geschieht nur über das Sehen.

Konsequenzen für die Übung:

Alle Metaphern, die der Patient verwendet, kann man nun auf zweierlei Arten verwenden (Abb. 4). Entweder man versucht mit Hilfe der Sprache direkt die Repräsentation und damit die Metapher zu verändern (Punkt 1) oder / und man benutzt die Metapher, um neurophysiologische Abläufe beim Patienten zu verstehen und benutzt dieses Wissen, um neue, adäquate Übungen zu entwickeln (Punkt 2). Es kommt auch immer wieder vor, dass man mit einer Metapher nichts anfangen kann bzw. keine passende Interpretation findet. In diesem Fall muss man erneut die Pathologie und damit die Läsion des Patienten erkunden, um dadurch eine neue Frage dem Patienten stellen zu können, die zu einer hilfreichen Beschreibung bzw. Metapher führt (Punkt 3).

Beim konkreten Beispiel würde

- der erste Weg bedeuten, mit Hilfe der Sprache direkt auf die Metapher des Bildes einzugehen,
- und der zweite Weg würde bedeuten, Übungen zu finden, um die zwei pathogenen Abläufe (sensitiver Körper, somästhetische Erkenntnis) zu verändern:

- den Körper wieder zu einer rezeptiven Oberfläche zu machen (Er verwendet nicht seinen Körper, um die Mittellinie zu erspüren. „Ich schaue auf eine senkrechte Linie“)
- und den visuellen Erkennungsprozess in einen somästhetischen Erkennungsprozess umzuwandeln („Ich schaue...“).

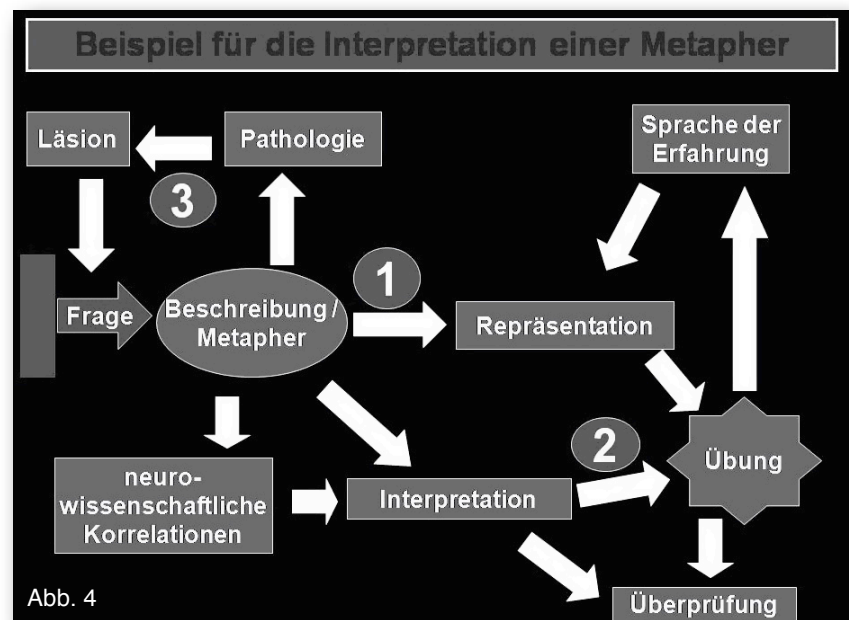


Abb. 4

Im Folgenden habe ich nun zwei Beschreibungen bzw. Metaphern von ein und demselben Patienten verwendet, um die zwei unterschiedlichen Vorgangsweisen (Weg 1 und Weg 2) näher zu erläutern:

Das Erkennen und Verändern der emotionalen Ebene und der Planungsebene durch und mit Hilfe von Metaphern

Es kommt häufig vor, dass Patienten an verschiedenen Tagen bzw. in verschiedenen Situationen ein ganz unterschiedliches Bewegungsverhalten zeigen. Dieselben Bewegungen werden qualitativ oft ganz unterschiedlich durchgeführt, manchmal gelingt ein bestimmtes Bewegungsverhalten sehr gut und manchmal zeigen die Patienten bei der scheinbar selben Handlung viele pathologische Elemente. Es lagen bei diesen Patienten aber keine apraktischen Störungen vor, die vielleicht die Variabilität der Bewegungsqualität erklärt hätten. Ich machte mir also Gedanken darüber, worin der Grund für diese Unterschiede besteht. Ich kam immer mehr zu der Überzeugung, dass nicht die eigentliche Bewegungsplanung so variabel erfolgt, sondern dass die allgemeine Einstellung bzw. die emotionale Haltung des Patienten gegenüber einer Situation oder gegenüber einem Problem ausschlaggebend für die Qualität der Bewegungsplanung sein kann. Das heißt entscheidend ist, in welcher emotionalen Grundhaltung die Bewegung geplant wird. Ist die Grundhaltung negativ, werden auch die Bewegungsplanung und damit die Bewegung nur teilweise korrekt gelingen. Ist jedoch die Grundhaltung gegenüber einer Situation oder einem Problem positiv, zeigen Patienten oft ein erstaunliches Lernverhalten.

Die Frage, die ich nun zur Diskussion stellen möchte, lautet daher: Ist es sinnvoll, die emotionale Grundhaltung des Patienten bewusst werden zu lassen und sie gegebenenfalls auch mit Hilfe von Metaphern zu verändern?

Ich möchte nun ein Patientenbeispiel schildern, bei dem ich die Metapher des Patienten benutze, um seine

Grundhaltung gegenüber seinem Bein zu verändern:

Der Patient weist eine Hemiparese linksseitig nach Mediainfarkt auf. Sein Gangbild ist sehr unterschiedlich, manchmal flüssig und fast schon physiologisch, manchmal mühsam mit leichtem Beckenheben und Rumpfretroversion und ungleichlangen Schrittlängen:

Wie ist das Gehen für Sie?

„Das Bein ist lästig!“

„LÄSTIG“

Ein Wort - ist es nur ein Wort - oder ist es vielleicht viel mehr - vielleicht die verbalisierte Spitze eines psychischen - vielleicht besser noch emotionalen aber auch physischen Zustandes - ist mit diesem Wort der ganze Organismus gemeint, mit all seinem Denken, Fühlen und Handeln?

Machen wir einen Eigenversuch: Stellen Sie sich das Bild vor, wie Sie in einem Zahnarztstuhl sitzen, besser gesagt heutzutage liegen. Was kommt? Kommt nur ein visuelles Bild, sehen Sie sich nur oder passiert vielleicht viel mehr - reagiert vielleicht Ihr ganzer Organismus? Man kann, glaube ich, ganz eindeutig sagen, dass viel mehr passiert, als nur das Produzieren eines Bildes. Der eine hört dazu noch die Zischgeräusche des Bohrers, der andere riecht vielleicht den typischen Geruch beim Zahnarzt, der dritte schmeckt vielleicht in seinem Mund die neue Zahnfüllung oder gar das Blut, das beim Wurzelziehen austritt und fast alle - und das ist fast das Wichtigste - werden Veränderungen an Ihrem Körper erspüren - sofern sie bewusst darauf acht geben. Bei sehr vielen wird der allgemeine Muskeltonus steigen, man verspannt sich. Manche werden vielleicht ihre Hand in die Armlehne krallen, der nächste bekommt sofort Zahnschmerzen, wenn er an die Situation beim Zahnarzt denkt.

Wir sehen also: ein Gedanke allein kann alles verändern - mein Fühlen, mein Schmecken, mein Riechen und Hören aber auch meine Emotionen und meinen Körper. Ein Gedanke allein genügt, um den Körper blitzartig zu verändern. Bewegungen, die vorher noch möglich waren, werden

blitzartig unmöglich, einzig und allein durch einen Gedanken.

Der Mensch ist nun mal ein System, in welchem nie einzelne Fähigkeiten getrennt voneinander agieren. Es gibt keine Situation, wo wir nur hören, sehen, schmecken oder riechen bzw. wo wir nur denken, nur fühlen oder nur handeln. Das gibt es nicht. Alles ist immer ein gesamtes ERLEBEN!

Die große Kunst des Therapeuten ist es nun, neben dem Wort auch noch die Gefühle, Emotionen, sein Denken und seine körperlichen Veränderungen zu erfahren. Wie erfährt man dies? Der Patient sagt es uns, denn er spricht mit uns, nicht nur mit seinen Worten, sondern auch mit seinem Körper, mit seiner Mimik, mit seiner Stimmfärbung.

Beim konkreten Fall war es so, dass jedes Mal wenn der Patient das Wort "LÄSTIG" benutzte, seine Stimme lauter wurde und seine Mimik einen verärgerten Ausdruck zeigte und gelegentlich ballte sich seine rechte Hand zu einer Faust.

Beim weiteren Nachfragen ist es dem Patienten sehr schön gelungen, diesen Zustand, diesen Konflikt zwischen seinen Gedanken und seinem Körper zu beschreiben:

„Das Bein ist lästig – es funktioniert nicht so, wie ich will – das Bein ist der störende Faktor – es ist das Bein, das nicht funktioniert und nicht das Gehirn – das störende Gefühl suche ich am Bein – die Schuld hat das Bein – es wäre schön, wenn ich das Bein positiver sehen könnte – wenn sich das Bein nur etwas positiver verhalten würde – ich weiß ganz genau wie das Gehen funktioniert – der Gedanke ist ganz normal – das Gehirn sagt "gehen" – die Befehle an das linke Bein sind gleich wie an das rechte und das rechte Bein ist konform mit den Befehlen.“

Durch seine Worte aber auch durch seine Gesten erkennt man sehr gut den Dualismus in seinem Denken und Handeln. Emotional ist sein Organismus keine Einheit: es gibt das Gehirn, die Kommandozentrale, die die Befehle zu den verschiedenen Körperbereichen verschickt und es gibt den Körper, der auf die Befehle reagiert oder im konkreten Fall des

linken Beines eben nicht reagiert, daher "hat das Bein schuld", das Bein funktioniert nicht. Daher muss am Bein etwas verändert werden, nicht an den Gedanken, denn die Gedanken sind ganz normal.

Und um diesen Konflikt zwischen Gedanken und Körper noch zu untermauern, verwendet der Patient eine Metapher:

*"Das linke Bein macht was anderes – es hat ein Eigenleben - wie bei einem **Kind**: sie sagen 10 Mal etwas und das Kind macht etwas anderes."*

Durch diese Metapher des Kindes wird der Dualismus zwischen Körper und Gedanken noch deutlicher: das Kind ist überhaupt nicht mehr Teil des eigenen Körpers, wie das linke Bein des Patienten es ja sein sollte, sondern es ist ein eigener Organismus, mit eigenen Gedanken und Emotionen und mit einem eigenem Handeln. Es hat ein "Eigenleben" auf das er nicht einwirken kann. "Das Kind macht, was es will." Noch klarer kann man die Trennung zwischen Gedanken und Körper in dem Fall also seinem Bein eigentlich nicht ausdrücken.

Es war nun mein Ziel, dem Patienten diesen emotionalen und damit einhergehenden körperlichen Zustand bewusst zu machen, denn nur durch das Bewusst-machen wird es ihm in einem nächsten Schritt gelingen, diesen emotionalen und körperlichen Zustand zu verändern.

Meine Strategie war es nun, seine Metapher aufzugreifen und ihm durch Nachfragen die Mechanismen, die dabei ablaufen, bewusst zu machen:

Was machen Sie dann?

„Genau das krieg ich nicht hin!“

*„Das Bein hat schuld **wie das Kind schuld** hat – ich sage ja dem Bein was es tun soll, aber das Bein tut es nicht – das Kind folgt nicht und das Bein geht nicht so wie ich will, also macht das Bein oder auch das Kind was falsch.“*

Durch seine Worte erkennt man seine Hilflosigkeit. Er hat noch keine bewusste Strategie gefunden, um diese problematischen Situationen lösen zu können.

Was ist die weitere Strategie beim nicht gehorchenden Kind?

*„Naja, man regt sich auf – man schreit vielleicht die Befehle – man ist verärgert – man ist nicht mehr so kontrolliert wie man sein sollte – man sagt vielleicht zum Kind: **Mach doch was du willst!**“*

Genau dieses "Mach doch was du willst!" ist der Auslöser für die elementaren Schemata am Bein. Ohne konkrete Bewegungsplanung greift das Gehirn auf primitive, automatisierte und daher einfach zu aktivierende Bewegungsschemata zurück.

Welche Parallelen zum Bein gibt es?

„Ja, immer wenn ich Stress habe, funktioniert es noch schlechter.“

Welchen Befehl geben Sie dann dem Bein?

„Ich sage: geh!“

Genau dieser Befehle "Geh" stellt ein sehr globales Kommando dar, das bei einem gesunden Bein mit korrekten Feed-back-Mechanismen auch funktioniert. Sein linkes Bein ist aber in der Lernphase, es muss gesehen werden wie ein Kind, das vieles noch Erlernen muss.

Liegt es am Kind oder an der Art und dem Inhalt des Befehls, dass das Kind nicht gehorcht?

„Na, ich würde sagen am Kind.“

Was würde passieren, wenn ich einem zweijährigem Kind sagen würde: Hole von der Kommode im Wohnzimmer von der dritten Schublade von oben das gelbe Geschirrtuch mit den Punkten?

„Es würde nichts verstehen.“

Was würde das Kind machen, wenn Sie diesen Befehl noch einmal sagen würden und noch einmal und dabei immer lauter werden würden?

„Na ja, es wäre immer mehr erschreckt und würde wahrscheinlich gar nichts mehr machen und gar nichts mehr verstehen.“

Und genau das passiert mit ihrem Bein! Liegt es also wirklich am Kind oder eher an der Art und dem Inhalt des Befehles?

„Ja, Sie haben recht, es liegt am Befehl. Stimmt, das ist wie das Problem am Flughafen. Am Flughafen in Frankfurt, wo ich oft hin- und weg-

fliegen muss, da gibt es eine Stelle, da streikt mein Bein. Immer an derselben Stelle! Ich ärgere mich dann immer über mein Bein und dann geht es noch schlechter. Ich habe schon richtig Angst vor dieser Stelle, denn da blockiert sich mein Bein komplett und ich kann es nicht verändern. Das ist so eine Situation, wo ich über mein Bein denke: Ach mach doch was du willst!“

Also geben Sie Ihrem Bein keine konkreten Befehle mehr, daher kann das Bein nicht anders. Das **Kind** bzw. das Bein macht eigentlich genau das, was ihm gesagt wird. Wenn Sie sich beim Gehen auf etwas konzentrieren und daher gezielte und exakte Befehle geben, verändert sich Ihr Gangbild sofort. Das Bein ist sehr flexibel und macht genau das, was Ihre Befehle dem Bein sagen.

Wie kann man die Art der Befehls-gabe und den Inhalt der Befehle nun verändern?

*„Na ja, ich müsste beginnen **das Kind** bzw. mein Bein **positiv zu sehen** – es ist doch mein Kopf, meine Gedanken, die ich noch genauer gestalten muss.“*

Ja genau, man müsste in einem ruhigen und freundlichen Ton dem Kind kurze aber gezielte Befehle geben, also nicht zu viele, zu komplexe Befehle und somit Art und Inhalt des Kommandos verändern. Der Befehl "geh" ist viel zu komplex und viel zu allgemein.

Versuchen Sie es – denken Sie zuerst darüber nach, wie und was sie dem Bein sagen wollen beim Gehen und dann erst gehen Sie los. Gerade bei jeder schwierigen Situation wie bei der Stelle am Frankfurter Flughafen ist es besonders wichtig, welche Befehle vom Gehirn kommen und auch in welcher emotionalen Haltung sie kommen.

"Ja, Sie haben Recht. Das selbe passiert, wenn ich Kopfsteinpflaster sehe. Da denke ich mir schon bevor ich es betreten muss: Ach, da gehe ich sicherlich ganz schlecht!!! Und dann gehe ich auch ganz schlecht und steif. Es reicht schon aus, wenn ich das Kopfsteinpflaster sehe und dann gehe ich schon schlecht!"

Ich habe nun den Patienten aufgefordert diese Erkenntnisse umzusetzen, also dem Bein konkrete und

gezielte Befehle zu geben und dadurch die Erfahrung zu machen, dass Bein und Kopf eine funktionelle Einheit darstellen. Ich habe dem Patienten aber bewusst nicht gesagt, auf was er jetzt bewusst achten soll, also welche konkreten Befehle er nun dem Bein geben soll.

„Okay, jetzt versuche ich gut zu gehen, indem ich meine Befehle verändere und das Bein positiv sehe.“ Der Patient steht da und denkt eine Weile, dann geht er los.

„Ja, jetzt ist mir das richtige Aufsetzen gelungen – Toll, so fühlt es sich ganz weich an – komisch eigentlich, denn jetzt habe ich vor dem Aufsetzen der Ferse den Unterschenkel ganz nach vorne pendeln lassen und so mein Knie ganz gestreckt und trotzdem fühlt sich das Aufsetzen der Ferse so weicher an. Es müsste sich doch weicher anfühlen, wenn ich das Knie gebeugt lasse. Komisch! Ja, das war jetzt ein wirklich gutes Gefühl.“

Und durch was ist diese Veränderung nun zustande gekommen?

„Durch meinen anderen Befehl!“

Man hat also gesehen, dass der Patient keine Probleme hat, die richtigen Befehle von alleine zu finden. Das Problem lag also nicht so sehr in der Bewegungsplanung sondern viel mehr in der emotionalen Grundhaltung, die gerade in schwierigen Situationen gegenüber dem linken Bein negativ war und somit auch die Bewegungsplanung negativ beeinflusst hat.

Das war also ein Beispiel, bei dem die Metapher des Patienten verwendet und dann auch abgewandelt wurde, um

- Mechanismen seiner bisherigen Strategie bewusst zu machen: je komplexer die Situation desto grober die Bewegungsplanung ("Mach doch was du willst") - elementare Schemata

- günstigere Mechanismen erlebbar zu machen: je komplexer die Situation desto gezielter und selektiver muss die Bewegungsplanung sein - Fragmentierung zwischen Hüftgelenks- und Kniegelenksbewegung

Nun möchte ich ein Beispiel erläutern, bei dem ich den zweiten Weg bei der Verwendung der Metapher

benutzt habe, also anhand der Metapher pathogene Elemente zu verstehen und mit Hilfe dieses Wissens neue Übungen zu kreieren.

Die nun geschilderte Situation ereignete sich beim selben Patienten ein paar Wochen vor der ersten Situation:

Veränderung der Planungsebene durch die Benutzung der Metapher des Patienten

Wie ist das Gefühl beim Gehen?

*„Das fällt mir schwer zu beschreiben – ich merke was, wenn ich schneller gehe – wie ein **GUMMIZUG**“*

Das ist ein gutes Beispiel für eine mögliche Fehlinterpretation einer Patientenmetapher, denn sobald ich Gummizug gehört habe, dachte ich sofort an die Gangphase 0% nach Viel, also an die Phase, wo die Ferse am Boden aufsetzt. Hier haben die Patienten sehr häufig Probleme die Ferse korrekt aufzusetzen, denn um dies tun zu können, muss sich die ganze hintere Muskelkette (Ischiocrurale, Trizeps surae) dehnen lassen. Beide Muskelbereiche zeigen sehr häufig eine abnorme Reaktion auf Dehnung, also einen erhöhten Stretchreflex, wodurch sich bei Dehnung diese Muskelbereiche oft reflektorisch zusammenziehen. Und genau diese Pathologie erleben die Patienten oft also "Gummizug". Man sieht also, wenn man voreilig die Metapher des Patienten interpretiert, können schwerwiegende Fehlinterpretationen entstehen. Ich habe in diesem Fall - Gott sei dank - nochmals nachgefragt und zu meinem Erstaunen sagte der Patient folgendes:

"Ich muss ihn hochziehen - ich muss gegen einen Gummizug gehen – der Gummizug beginnt an der Ferse bis ganz hoch zum Po.“

An diesem Punkt habe ich nun nichts mehr verstanden. Wieso muss er hochziehen? Einzig und allein durch die weiteren Erklärungen des Patienten, wurde mir seine Metapher verständlich.

Erklären Sie mir das näher!

*„Das Gewicht spielt eigentlich keine Rolle – das linke Bein ist nicht so gelenkig – es ist der Gummizug – nämlich ein **Gummizug, der in die andere Richtung zieht** – sonst würde er ja helfen.“*

Wann ist der Gummizug besonders störend?

*„Beim Anheben des Beines, nicht beim Strecken – der **Gummizug zieht nach unten** – es ist nicht die Schwerkraft, weil das was von Außerhalb ist – nein, der Gummizug ist nicht am Boden verankert – **der Gummizug ist etwas im Bein** – die Schwerkraft wirkt auf das rechte Bein wie auf das linke – der Gummizug ist etwas im Muskel hinten – auf den Muskel aufgetackert.“*

Zu diesem Zeitpunkt hatte ich schon einen Verdacht, also einen Verdacht wo der Fehler in der Bewegungsplanung lag. Daher habe ich nun gezielt nachgefragt.

Wenn Sie das Bein abheben, wo, d.h. welche Muskelbereiche müssen Sie Ihrem Empfinden nach aktivieren, um das Bein abheben zu können?

*„Im Oberschenkel damit das Bein abhebt – gleichzeitig muss ich aber auch hier **hinten die Muskel zusammenziehen**, damit das Knie sich beugt.“*

Anhand dieser Beschreibung erkennt man gut den Fehler bei der Bewegungsplanung, denn das Kniegelenk wird in dieser Phase des Gehens nicht aktiv gebeugt, also mit Hilfe konzentrischer Muskelarbeit (wie man anhand der Graphik von Viel gut erkennt – keine Aktivierung der Kniebeuger mit Ausnahme des kurzen Bizepskopfes, der primär für die korrekte Rotationsstellung des Unterschenkels verantwortlich ist). Die Kniebeugung kommt rein über die Schwerkraft zustande, also über das Sinken-lassen des Beckens und durch das Entspannen der Muskulatur sinkt das Kniegelenk „passiv“ in eine Beugstellung. Dieses Entspannen der Muskulatur, im Besonderen der Ischiocruralen Muskulatur, ist von großer Bedeutung für die nächste Schrittphase, für das Vorpendeln des Unterschenkels.

Einzig und allein durch die Metapher des Patienten („Gummizug“) und den

nachfolgenden Erklärungen war es möglich, den Fehler in der Bewegungsplanung zu entdecken. Dieses Wissen konnte nun bei der Erstellung der Übungen und besonders bei der Gestaltung der Übungen umgesetzt werden. Häufig kommt es zum Kreieren von neuen Übungen, aber sehr oft müssen gar nicht die Übungen abgeändert werden, sondern der Schwerpunkt der Übungen verlagert sich. Das heißt, der Therapeut lenkt nun – wieder mit Hilfe der Sprache – die Aufmerksamkeit des Patienten auf andere Elemente. Im konkreten Fall sollte er Patient während der Übungen bewusst darauf achten beim Abheben des Beines die hintere Muskelkette nicht zu aktivieren, sondern einzig und allein eine Aktivierung der Hüftbeuger zu erspüren und so ein Anheben des Oberschenkels zu bewirken, wodurch es dank der Trägheit zu einer weiteren Beugung im Kniegelenk kommt.

Mit den neuen Erkenntnissen wurde also die bewusste Erfahrung des Patienten während der Übungen verändert.

Die Sprache ist also das Mittel mit der Patient seine „inneren“ Vorgänge schildern kann, wodurch einerseits eine genauere Interpretation seiner Pathologie möglich wird und andererseits kommt es gerade durch den Prozess der verbalen Beschreibung zu einer Bewusstseinsänderung. Die verbale Beschreibung wird also zum Therapiemittel.

Der Therapeut wiederum kann durch die Sprache mentale Vorgänge leiten und lenken. Daher ist es, glaube ich, nicht übertrieben wenn man behauptet: „Die Sprache verzaubert das therapeutische Team!“

Literatur:

1. Bellesi L., Colameo C., Nardi St., Peperoni E., Perfetti C. (2006) Tra corpo e dolore – “Una coperta troppo pesante”. Riabilitazione neuro cognitiva 2, 2.
2. Chalmers D.J. (1995) Facing up the problem of consciousness. Journ. of consciousness, 2:200.
3. Maturana H.R., Varela F.J. (1990) Der Baum der Erkenntnis. Goldmann, München
4. Perfetti C. (2007) Rehabilitieren mit Gehirn – Kognitiv-Therapeutische Übungen in der Neurologie und Orthopädie. Pflaum Verlag, München.
5. Perfetti C. (2002) Per un approfondimento della teoria cognitiva della riabilitazione. Riab. Cognitiva 3, 9.
6. Hrsg. Perfetti C. (1999) Attività, linguaggio e conoscenza – le radici dell'approccio sistemico nello studio del sistema nervoso centrale. Idelson – Gnocchi, Neapel.
7. Hrsg. Perfetti C. (2004) Esperienza cosciente, azione e recupero. Centro studi di riabilitazione neurocognitiva Villa Miari.
8. Varela F.J. (1996) Neurofenomenologia – Una soluzione metodologica al “Problema difficile”. Pluriverso, 3:16

Liebe Vereinsmitglieder,

Wir möchten Euch an den Vereinsbeitrag für 2008 erinnern. Zur Erleichterung unserer Arbeit erteilt uns doch bitte eine Einzugsermächtigung.

Bitte wenden an: Uwe.Steinkamp@t-online.de

Vereinsbeitrag schon gezahlt?

Therapeuten: 35.- €
Ärzte: 70.- €
Studenten: 15.- €

Kontoverbindung:

VFCR
Volksbank
Ennigerloh-Olde-Neubeckum
BLZ 412 614 19
KTO 19 17 15 04 00