

OSTEOPATHIE UND PSYCHE

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Osteopathie

eingereicht von

Manuela Tschinkel

Department für Gesundheitswissenschaften und Biomedizin

an der Donau-Universität Krems

Betreuer: Ass. Prof. Jan Porthun, MMSc D.O. DPO

Klagenfurt am Wörthersee, 4. August 2016

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Manuela Tschinkel, geboren am 15.01.1982 in Klagenfurt erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

DANKSAGUNG

Ein großes Dankeschön gilt meinem Betreuer Herrn Ass. Prof. Jan Porthun, MMSc D.O. DPO, der mich bei der Entstehung dieser Arbeit tatkräftig begleitet und meine vielen Fragen immer geduldig beantwortet hat.

Ebenso möchte ich Frau Mag.phil. Dr.rer.nat. Birgit Senft, M.Eval. ein großes Dankeschön aussprechen. Ohne ihre kompetente methodische Unterstützung wäre diese Arbeit nicht das geworden, was sie heute ist.

Vielen Dank an Frau Diana S. Stähler, für die Übersetzung ins Englische.

Von Seiten aller, an dieser Studie teilgenommenen ProbandInnen und natürlich auch von meiner Seite gilt ein großes Dankeschön meiner Kollegin Frau Karin Homa-Konrad, MSc D.O., die mit Leidenschaft und Hingabe ihre Arbeit durchgeführt und sehr Vieles bewirkt hat.

Danke ebenfalls an meine Familie, die mich in allen Zeiten immer wieder in jeglicher Form unterstützt und motiviert hat und es mir ermöglicht hat, meine Ausbildung nach all den Jahren in dieser Form abzuschließen.

ABSTRACT

Osteopathie und Psyche

Psychiatrische Erkrankungen werden in den meisten Fällen von somatischen Beschwerden begleitet. Durch mehrere Studien konnte die Wirksamkeit einer osteopathischen Behandlung auch bei dieser Klientel belegt werden. In den Forschungsbefunden werden positive Auswirkungen der Behandlung auf Physis und Psyche beschrieben. Nichtsdestotrotz ist die Osteopathie in Österreich nur sehr selten eine Zusatzleitung in der medizinischen Versorgung.

Ziele: In der vorliegenden Arbeit wurde versucht, Wahrnehmungen und Empfindungen von PatientInnen (N=10) im medizinisch-psychiatrischen stationären Rehabilitationsaufenthalt von sechs Wochen, nach drei osteopathischen Behandlungen, zu erfassen.

Design: Die vorliegende Studie wurde mittels eines qualitativen Versuchsdesigns umgesetzt.

Methoden: Im Rahmen einer Fokusgruppe wurde den PatientInnen die Möglichkeit gegeben sowohl positive als auch negative oder kritische Wahrnehmungen während der Behandlung zu beschreiben. Die Aussagen wurden nach Transkription mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse: Alle PatientInnen berichteten über positive Erfahrungen und Wirkungsweisen. Die Ergebnisse legen nahe, dass eine osteopathische Behandlung als ergänzende Therapie in der psychiatrischen Rehabilitation viele Vorteile mit sich bringt und verglichen mit zum Beispiel einer herkömmlichen Massage, tiefere Strukturen im Körper anspricht, was den wahrgenommenen Schmerz der PatientInnen schneller abklingen lässt. Die Hälfte der Behandelten meinte, dass die osteopathische Behandlung nicht nur an der Oberfläche arbeite sondern an den Kern des Geschehens komme.

Diskussion: Problematische Punkte stellten die Zuweisungsdiagnose, die Drop-Out-Quote und ein in der Fokusgruppe stark vorherrschendes Ungleichgewicht in der Beantwortung der Fragenblöcke dar.

Schlagworte: Osteopathie, psychiatrische Erkrankungen, somatische Beschwerden, Körperwahrnehmung, Rehabilitation

Osteopathy und Psyche

In the majority of cases, psychiatric disorders are accompanied by somatic complaints. The efficacy of osteopathic treatment in this clientele can be proven by multiple studies. The research findings describe the positive effects of the treatment on both the physique and the psyche of the patients. Nevertheless, osteopathy in Austria is rarely employed as an additional line of practice in medical care.

Aims: The aim of the present study was an attempt at recording the perceptions and sensations of patients (N = 10) undergoing medical-psychiatric in-patient rehabilitation of six weeks following three osteopathic treatments.

Design: The present study constituted qualitative research in a single-group design.

Methods: Within the framework of a focus group, the patients were given the possibility to describe their positive and negative or critical perceptions during the treatment. Once transcribed, the statements were evaluated using qualitative content analysis.

Results: All patients reported positive experiences and modes of action. The results suggest that osteopathic treatment as a complementary therapy in the psychiatric rehabilitation presents many advantages, and compared with, for example, a conventional massage, it affects deeper structures in the body, thus causing a quicker alleviation of the pain perceived by the patients. Half of the treated patients remarked that the osteopathic treatment did not only work on the surface but at the very core of the problem.

Discussion: Problematic points were the allocation diagnosis, the drop-out-rate and a strong imbalance in answering the question blocks throughout the focus group.

Keywords: Osteopathy, psychiatric disorders, somatic complaints, body awareness, rehabilitation

INHALTSVERZEICHNIS

<u>EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG</u>	<u>I</u>
<u>DANKSAGUNG</u>	<u>II</u>
<u>ABSTRACT</u>	<u>III</u>
<u>1 EINLEITUNG</u>	<u>4</u>
<u>2 PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN</u>	<u>6</u>
2.1 DEFINITION VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT	6
2.2 VERGLEICH DER BEIDEN DIAGNOSTIKMANUALE ICD-10 UND DSM- IV IN IHRER KLASSIFIKATION PSYCHISCHER STÖRUNGEN	7
2.2.1 ICD-10	7
2.2.2 DSM-IV	8
2.3 PSYCHISCHE STÖRUNGEN UND IHRE SYMPTOME	9
2.3.1 F3: AFFEKTIVE STÖRUNGEN	9
2.3.1.1 Depressive Episode	10
2.3.1.2 Rezidivierende depressive Störung	11
2.3.1.3 Dysthymia	12
2.3.1.4 Stressinduzierte Depression	12
2.3.2 F4: NEUROTISCHE-, BELASTUNGS- UND SOMATOFORME STÖRUNGEN	13
2.3.2.1 F41 andere Angststörungen	13
2.3.2.2 F41.0 Die Panikstörung	15
2.3.2.3 F41.1 Generalisierte Angststörung	16
2.3.2.4 F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	17
2.3.2.5 F43.0 Akute Belastungsstörung	17
2.3.2.6 F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	18
2.3.2.7 F43.2 Anpassungsstörungen	20
2.3.2.8 F45 Somatoforme Störungen	20
2.4 GESUNDHEITSAZAHLEN ÖSTERREICH	23
<u>3 ERLEBEN</u>	<u>25</u>
3.1 DEFINITION	25

3.2	KÖRPERERLEBEN.....	26
3.3	KÖRPERERLEBEN BEI PSYCHISCH KRANKEN PERSONEN.....	28
4	<u>OSTEOPATHIE UND PSYCHE</u>	31
4.1	KONZEPTE UND PRINZIPIEN DER OSTEOPATHIE	31
4.2	NEUROLOGISCHER UND KOGNITIVER ANSATZ	32
4.3	WIRKUNGSNACHWEISE OSTEOPATHIE	33
4.4	OSTEOPATHISCHE BEHANDLUNG UND SCHMERZEN IN VERBINDUNG MIT PSYCHISCHEN KRANKHEITEN	34
4.4.1	(CHRONISCHER) RÜCKENSCHMERZ UND DESSEN PSYCHOLOGISCHER ZUGANG.....	34
4.4.2	OSTEOPATHISCHE BEHANDLUNGEN BEI DEPRESSION	38
4.4.3	OSTEOPATHISCHE BEHANDLUNGEN BEI ANGSTSTÖRUNGEN.....	40
4.4.4	OSTEOPATHISCHE BEHANDLUNGEN BEI POSTTRAUMATISCHER BELASTUNGSSTÖRUNG	42
5	<u>FORSCHUNGSFRAGE</u>	45
6	<u>METHODOLOGIE</u>	46
6.1	BESCHREIBUNG DER REHA-KLINIK FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT IN KLAGENFURT	46
6.2	DESIGN UND VERSUCHSABLAUF	47
6.3	STICHPROBE	50
6.3.1	EINSCHLUSSKRITERIEN.....	50
6.3.2	AUSSCHLUSSKRITERIEN.....	51
6.3.3	STICHPROBENGRÖÙE.....	51
6.4	OSTEOPATHISCHE BEHANDLUNG	52
6.5	ERHEBUNGSMETHODE FOKUSGRUPPE	52
6.5.1	TRANSKRIFTION.....	54
6.5.2	ABLAUF DER ANALYSE	55
7	<u>ERGEBNISSE</u>	58
7.1	FRAGENBLOCK A – BEHANDLUNGSERLEBNIS / SPÜRERLEBNIS	58
7.1.1	KATEGORIE A1 – POSITIVE GLOBALBEWERTUNG	59
7.1.2	KATEGORIE A2 – BEFREIENDE, ENTSPANNENDE WIRKUNG.....	59
7.1.3	KATEGORIE A3 – INDIVIDUELLE WAHRNEHMUNG.....	59
7.1.4	KATEGORIE A4 – LANGZEITEFFEKT	60
7.1.5	KATEGORIE A5 – KÖRPERLICHE EFFEKTE	61
7.1.6	KATEGORIE A6 – SCHMERZBEEINFLUSSUNG.....	61

7.2	FRAGENBLOCK B – WIRKUNG DER OSTEOPATHISCHEN BEHANDLUNG AUF DIE BEREICHE ENERGIE, SCHLAF UND ENTSPANNUNG	61
7.2.1	KATEGORIE B1 – POSITIVER EFFEKT FÜR ENERGIE, SCHLAF UND ENTSPANNUNG	62
7.2.2	KATEGORIE B2 – NICHT BEWERTBARE EINFLÜSSE AUF DAS ERGEBNIS.....	62
7.3	FRAGENBLOCK C – VERGLEICH MIT ANDEREN BEHANDLUNGEN	63
7.3.1	KATEGORIE C1 – UNTERSCHIED ZU ANDEREN BEHANDLUNGSMETHODEN GEGEBEN	63
7.4	FRAGENBLOCK D – LANGZEITEFFEKT.....	64
7.4.1	KATEGORIE D1 – LERNEFFEKT	64
7.4.2	KATEGORIE D2 – “KEINERLEI ERWARTUNGEN“:	65
7.4.3	KATEGORIE D3 – POSITIVE ERWARTUNGEN:	65
8	<u>DISKUSSION</u>	<u>66</u>
9	<u>KONKLUSION UND AUSBLICK.....</u>	<u>70</u>
	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	<u>71</u>
	<u>TABELLENVERZEICHNIS</u>	<u>78</u>
	<u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....</u>	<u>79</u>
	<u>ANHANG A EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG</u>	<u>80</u>
	<u>ANHANG B TRANSSKRIPT DER FOKUSGRUPPE</u>	<u>81</u>
	<u>ANHANG C BEHANDLUNGSDOKUMENTATION.....</u>	<u>106</u>

1 Einleitung

Ähnlich wie in den Vorjahren, waren 2013 psychiatrische Erkrankungen die häufigste Ursache für Neuzugänge an Invaliditätspensionen in Österreich (Statistik Austria, 2014, S. 47).

In diesem Zusammenhang sollten die Ziele der Behandlung von PatientInnen mit genau diesen Erkrankungen die Reduktion von Symptomen mit Fortschritt zur Remission, Wiedereingliederung in die Arbeitswelt und eine Verbesserung der Lebensqualität sein (Dolnak, 2006, S. 7).

Da die Verfasserin dieser Arbeit in der Reha-Klinik für seelische Gesundheit in Klagenfurt angestellt ist, möchte sie die Möglichkeit nutzen, PatientInnen mit psychischen Erkrankungen, vor allem im Bereich der Depression, Angststörung und Posttraumatischen Belastungsstörung, osteopathisch zu behandeln.

PatientInnen mit psychischen Erkrankungen entwickeln oft begleitend zu ihrer psychischen Primärdiagnose auch noch andere Symptome, die das Allgemeinbefinden mehr oder weniger stark belasten. Folgende Symptome werden laut Benkert (2009, S. 84-86) von den PatientInnen beschrieben:

- Schlafstörungen
- Appetitlosigkeit
- Rückenschmerzen
- Kopfschmerzen
- Magenbeschwerden
- Verdauungsprobleme
- Druckgefühl und Enge in der Brust und am Hals
- Kraftlosigkeit, Energieverlust, Erschöpfung

Neben bereits anerkannten Behandlungsmethoden (Falkei, 2013, S. 19) wie Psychotherapie, Physiotherapie und Ergotherapie mit sozialen sowie medizinischen Intervention, welche derzeit zum Einsatz kommen haben die PatientInnen auch die Möglichkeit osteopathische Behandlungen zu erhalten.

Tamar Pincus (2006, S. 48) vom Institut für Psychologie in London beantwortet die Wichtigkeit der Osteopathie bei chronischen SchmerzpatientInnen wie folgt:

Ich glaube, dass Osteopathen die idealen Partner sind, um SchmerzpatientInnen in ihrer Vielfalt von Schwierigkeiten, inklusive sozialer und psychologischer Barrieren, zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit zu verhelfen.

Diverse Studien haben in den letzten Jahren versucht alternative Wege der Schmerzbehandlung aufzuzeigen und in ihrer Effektivität gegenüber bekannteren Therapien zu bestätigen.

So auch die Studien von Baron et al. (2011), Lande & Gragnani (2010), Angstmann et al. (2013), Wiegand et al. (2015), Plotkin et al. (2001), Krebs & Franque (2013), Liem (2001), Licciardone et al. (2016) und Hartwig (2013) welche den Zusammenhang einer osteopathischen Behandlung mit einer Symptomreduktion psychischer Beschwerden und deren Auswirkungen auf physiologische Abläufe beschreiben.

Mit der vorliegenden Arbeit sollen Veränderungen von psychischen und körperlichen Belastungen stationärer PatientInnen der Reha-Klinik für seelische Gesundheit in Klagenfurt, in Verbindung mit einer osteopathischen Behandlung, aufgezeigt werden. Da eine solche komplementärmedizinische Behandlung in noch sehr bescheidenem Maße wissenschaftlich mit dem vorliegenden Klientel bearbeitet wurde, soll diese Abschlussarbeit eine zusätzliche Quelle sein, die Osteopathie als Behandlungsmöglichkeit im psychiatrischen Kontext zu verstehen und die Bekanntheit dieses Verfahrens in der Bevölkerung zu steigern.

All das wurde mittels eines qualitativen Versuchsdesigns umgesetzt, welches sich durch eine Fokusgruppe nach Erhalt von 3 osteopathischen Behandlungen im Zuge des sechswöchigen Aufenthaltes in der Klinik auszeichnet. Erfahrungen, Empfindungen, Erlebnisse und spürbare physische und psychische Veränderungen wurden durch die Fokusgruppe festgehalten.

Die Thesis lässt sich in einen theoretischen und einen methodischen Teil gliedern.

Zum theoretischen Teilbereich zählen die an der Klinik gängigsten psychischen Krankheitsbilder und ihre Entstehungen sowie ihre Auswirkungen, das Körpererleben psychisch Kranker, ein kurzer Überblick über die osteopathischen Grundsätze sowie eine Zusammenführung der osteopathischen Behandlung mit psychischen Beschwerden. Zu Letzterem werden aktuelle Studien angeführt welche die Effektivität und positiven Auswirkungen auf den Körper aufzeigen.

2 Psychische Erkrankungen

Nach einer kurzen Darstellung der Definition von Gesundheit und Krankheit werden die gängigen Diagnosemanuale in der Diagnostik psychischer Störungen gegenübergestellt. Danach wird auf einige Störungen im Detail eingegangen die im Rahmen der vorliegenden Arbeit besondere Bedeutung haben.

2.1 Definition von Gesundheit und Krankheit

Das Bild eines körperlich gesunden beziehungsweise kranken Menschen hat sich in den letzten drei Jahrhunderten stark verändert. Am Ende des 19. Jahrhunderts etwa galt eine Person dann als gesund, wenn all seine/ihre vier Körpersäfte, Blut, Schleim sowie gelbe- und schwarze Galle in demselben Verhältnis zueinander standen. Die heute als Humoralpathologie bekannte Lehre wurde von Hippokrates und Galen in der Zeit im fünften Jahrhundert vor Christus entwickelt und galt bis zum Ende der 1890er Jahre als die vorherrschende Theorie zur Entstehung von Krankheit und Aufrechterhaltung von Gesundheit (Zimbardo, 1995, S. 477).

Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) definiert die heute am häufigsten herangezogene Auslegung des Wortes Gesundheit in dem sie diese als einen „(...) *Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, der sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet*“ bezeichnet (Weltgesundheitsorganisation, 2005).

Krankheit als auch Gesundheit werden primär subjektiv wahrgenommen und dies führt zu individuellen Theorien der Entstehung von Krankheiten. Groeben und Scheele (1982) nach Flick (1998) bezeichnen solche Theorien als *subjektive Theorien* mit Kognitionen in Bereichen der Selbst- und Weltsicht mit einer Argumentationsstruktur und mit anzuwendenden Parallelen zu wissenschaftlichen Theorien. Neben dieser Definition können subjektive Theorien auch als Metapher verwendet werden, welche Wissen und Erklärungsmuster bei bestimmten Sachverhalten beinhalten und Zusammenhänge gebildet werden die später in Handlungsmuster miteinfließen. Synonym zum Begriff der subjektiven Theorien werden auch Bezeichnungen wie „Alltagstheorien“ und „Laientheorien“ verwendet, welche jedoch in den meisten Fällen nicht der Definition der subjektiven Theorien entsprechen.

Becker (1984) nach Flick (1998) beschreibt fünf Punkte welche zur Entstehung von subjektiven Krankheitstheorien beitragen. Dazu zählen, Art und Dauer der Erkrankung, Lebensgeschichte

und Persönlichkeit, herrschende Wissenschaftstheorie, magisches Denken und reaktives Kausalbedürfnis.

Diese Krankheitstheorien dienen dazu, Emotionen welche durch die Vorgänge des kranken Körpers hervorgerufen werden, zu bewältigen und sehr belastende Emotionen abzuwehren (Flick, 1998, S. 16).

Subjektive Theorien von Gesundheit gewinnen immer mehr an Bedeutung und werden immer häufiger empirisch erfassen zu versucht. Neben der schon angeführten Definition von Gesundheit der WHO, welche unter anderem die Abwesenheit von Krankheit beinhaltet und das somit auch ein zentrales Element für jedes Individuum in Bezug auf Gesundheit darstellt, gewinnt der Einfluss von gesunden Lebensweisen immer mehr an Bedeutung (Flick, 1998, S. 17).

Es kann festgehalten werden, dass die Definition von Krankheit im Vergleich zu der der Gesundheit wesentlich einfacher von Seiten des medizinisch-wissenschaftlichen Fachpersonals als auch von Laien wiedergegeben werden kann als die der Gesundheit.

2.2 Vergleich der beiden Diagnostikmanuale ICD-10 und DSM- IV in ihrer Klassifikation psychischer Störungen

ICD-10 und DSM-IV sind zwei unterschiedliche Klassifikationssysteme für die Beschreibung und Diagnostik von Krankheiten, deren Unterschiede nachfolgend beschrieben werden.

2.2.1 ICD-10

Einen Ansatz für die einheitliche Beschreibung und Diagnostik von Krankheiten stellt das Klassifikationsmanual der Weltgesundheitsorganisation mittels des ICD (International Classification of Diseases) in der zurzeit zehnten Auflage dar. Im Kapitel fünf (V) des ICD-10, welches für diese Arbeit das relevante ist, werden psychische und Verhaltensstörungen angeführt, deren klinische Charakteristika und Symptome in geordneter Reihenfolge dargestellt werden. Jedes Symptom wird nach festgelegten Kriterien gewichtet und trägt dadurch mehr oder weniger zur Diagnose bei. Die einzelnen Kategorien des Kapitel V werden mit der Abkürzung F versehen und anschließend nummerisch gekennzeichnet. Nach dieser Einteilung werden weitere Formen der jeweiligen Krankheit in den Unterkategorien erfasst. Daraus ergibt sich folgende Einteilung:

- F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (Beispiel Demenz und deren Formen)
- F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Beispiel Alkohol, Opioide etc.)
- F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3: Affektive Störungen (Beispiel Depression)
- F4: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (Beispiel Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung)
- F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (Beispiel Essstörungen und Schlafstörungen)
- F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7: Intelligenzminderung
- F8: Entwicklungsstörungen
- F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

(Weltgesundheitsorganisation, 2005, S. 19ff)

2.2.2 DSM-IV

Im Gegensatz zum Klassifikationssystem der WHO wurde das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) von der American Psychiatric Association, kurz APA, im Jahre 1994 in der vierten Version veröffentlicht und beinhaltet ausschließlich psychische Störungsbilder. Es wurde versucht die Codierungen im DSM-IV mit denen im ICD-10 in Verbindung zu bringen, und so sind neben den Klassifikationen des DSM-IV auch die Codierungen des ICD-10 zu finden. Zusätzlich zu den Störungsbildern sind beschreibende Texte beigefügt die der Veranschaulichung und Erläuterung des jeweiligen Störungsbildes behilflich sein sollen. Die Einteilung der psychischen Krankheiten erfolgt in 17 Kapiteln welche wären:

- Störungen die gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz diagnostiziert werden
- Delir, Demenz, amnestische und andere kognitive Störungen
- Psychische Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors, nicht anderorts klassifiziert
- Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen
- Schizophrenie und andere psychotische Störungen
- Affektive Störungen

- Angststörungen
- Somatoforme Störungen
- Vorgetäuschte Störungen
- Dissoziative Störungen
- Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen
- Essstörungen
- Schlafstörungen
- Störungen der Impulskontrolle, nicht andersorts klassifiziert
- Anpassungsstörung
- Persönlichkeitsstörungen
- Andere klinisch relevante Probleme

Es kann vernommen werden, dass das DSM-IV die einzelnen Komponenten der schon im ICD-10 beinhalteten Störungen einzeln genauer begutachtet und dadurch die Diagnostik leichter macht, da die Zuordnung zu einer Kategorie aufgrund der für sich alleinstehenden Störungen im Vergleich zur Clusterlösung im ICD-10 schneller möglich ist.

In dieser Arbeit wird der Fokus der Klassifikation von psychischen Störungen auf das ICD-10 der WHO gelegt, da auch die Reha-Klinik für seelische Gesundheit in Klagenfurt, an der der empirische Teil durchgeführt wurde, auf die Klassifikation des genannten Manuals zurückgreift. Das DSM-IV wird ergänzend verwendet. Ebenso wird der Fokus auf die im ICD-10 angeführten Störungen F3 und F4 gerichtet, da das Klientel der Reha-Klinik und das der vorliegenden Stichprobe vorwiegend in diesen Clustern zu identifizieren ist.

2.3 Psychische Störungen und ihre Symptome

In diesem Kapitel werden jene Abschnitte der psychischen Störungen aus den Diagnosemanualen vorgestellt, die für die vorliegende Arbeit von besonderer Bedeutung sind.

2.3.1 F3: Affektive Störungen

Diese Kategorie lässt sich im ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2005) in sieben Subtypen unterteilen. Zu jenen Subtypen zählen die manische Episode, die bipolare affektive Störung, die depressive Episode, die rezidivierende depressive Episode, die anhaltende affektive Störung, andere affektive Störungen sowie nicht näher bezeichnete affektive Störungen. Ein zentrales Element stellt hierbei die Stimmung dar, welche sich in Richtung gedrückter

Stimmung im Falle der Depression oder in gehobener Richtung, im Fall der Manie zeigen kann. Die vorkommende episodische Bezeichnung der Krankheitsbilder resultiert aus der Intensität der Symptome der Manie und Depression, welche nicht immer konstant sein müssen.

Nach Comer (1995) liegt die ein Jahres-Prävalenz an einer Depression zu erkranken in den Vereinigten Staaten bei 5-10% der Erwachsenen, was sich in Ländern wie Kanada, England, Italien und Neuseeland ähnlich verhält.

In Deutschland liegt nach Benkert (2009) der Wert an schwer depressiv Erkrankten bei vier Millionen Menschen.

Weltweit wird geschätzt, dass mindestens 17% der Bevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben an einer depressiven Episode leiden. Zudem wird davon ausgegangen, dass die Prävalenz stetig im Steigen ist. Pro Generation erhöht sich das Risiko für eine schwere Depression wohingegen das Durchschnittsalter des Beginns der ersten Episode sinkt. Das Geschlechterverhältnis Frau versus Mann beträgt bei der Major Depression 2:1 (Comer, 1995).

2.3.1.1 Depressive Episode

Unter dem Punkt F32 werden nach ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2005) depressive Episoden verzeichnet, welche nochmals in F32.0 leichte, F32.1 mittelgradige und F32.2 und F32.3 schwere Episoden unterteilt werden können. Die von depressiven Episoden betroffene Person leidet zumeist an gedrückter Stimmung, Verlust von Interesse, Freudlosigkeit und einem verminderten Antrieb. Des Weiteren kann es zu Symptomen wie der Verminderung von Aufmerksamkeit und Konzentration, wenig Selbstvertrauen, geringem Selbstwertgefühl, Schuldgefühlen, hohe Ermüdbarkeit, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen kommen. Im Vergleich zu nicht als depressiv diagnostizierten Personen wechselt die Stimmung nur in sehr geringem Maße, das heißt, die gedrückte Stimmung ist in allen Lebensumständen vorherrschend. Um die Diagnose der depressiven Episode stellen zu können, müssen die erwähnten Symptome, abhängig vom Schweregrad, mindestens zwei Wochen vorherrschen und in gewisser Anzahl vorhanden sein. Bei einer schweren depressiven Episode (F32.2 oder F32.3) die auch Major Depression genannt wird, müssen drei der oben genannten Symptome vorhanden sein und mindestens vier weitere von denen einige besonders stark ausgeprägt sein sollen. Das macht in Summe sieben Symptome welche zum Teil stark ausgeprägt sein sollten, um der Kategorie der schweren depressiven Episode zu entsprechen. Zusätzlich kann,

bei der Diagnose der leichten depressiven Episode, in ein somatisches und nicht somatisches Syndrom gegliedert werden, wovon mindestens vier der nachstehenden Symptome vorhanden sein sollen. Das psychosomatische Syndrom (F32.01) beinhaltet:

1. Interessenverlust, Verlust von Freude
2. Mangelnde Fähigkeit auf Freude zu reagieren
3. Frühmorgendliches Erwachen (2-3 Stunden vor der eigentlichen Zeit)
4. Morgentief
5. Objektiver Befund der psychosomatischen Hemmung
6. Appetitverlust
7. Gewichtsverlust
8. Libidoverlust

Neben der Schweregradeinteilung der Episoden kann weiter eine zusätzliche Klassifikation in Richtung Psychose gestellt werden. Sind zur depressiven Symptomatik zusätzlich psychotische Symptome wie etwa Geruchshalluzinationen oder akustische Halluzinationen vorhanden, so kann von einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen gesprochen werden (Weltgesundheitsorganisation, 2005, S. 129ff).

Schwere depressive Episoden können in jedem Lebensalter einsetzen. Zwei Drittel der Betroffenen können sich innerhalb von 6 Monaten von einer solchen Episode erholen, auch ohne Therapie (Comer, 1995).

2.3.1.2 Rezidivierende depressive Störung

Die rezidivierende Störung kennzeichnet nach ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2005) die sich wiederholenden und immer wieder vorkommenden depressiven Episoden unabhängig ihres Schweregrades. Die Kriterien der Manie müssen zudem ausgeschlossen werden, um eine Differentialdiagnose der bipolaren Störung auszuschließen. Im Mittel tritt die erste Episode ab dem 50. Lebensjahr im Zuge belastender Ereignisse auf. Die Dauer solcher Episoden liegt zwischen 3 und 12 Monaten. Zwischen den Episoden kommt es meist zu einer vollkommenen Besserung. Ebenfalls wie die depressive Episode, kann die rezidivierende depressive Störung in Schweregrade unterteilt und mit oder ohne psychosomatisches Syndrom diagnostiziert werden.

Auch der Körper selbst kann zum Ausdruck der depressiven Symptomatik werden. Nach Comer (1995) zählen zu den somatischen Symptomen Kopfschmerzen, Verstopfung, Benommenheit, unangenehme Empfindungen in der Brust sowie allgemeine Schmerzen.

Dörner und Plog (1989) sprechen in diesem Zusammenhang von einem Gemeinsinn, welcher die Art und Weise beschreibt, wie man seinen Körper durch die einzelnen Sinnesorgane gesammelt wahrnimmt. Depressive Personen erleben sich daher als kaputt, niedergeschlagen, im Schraubstock, schlaff, unter Druck in den Bereichen Brust, Bauch und Kopf, ständig müde, appetitlos, schlaflos und verstopft. Ebenso können Komponenten wie Blutdruck und Puls verändert sein.

2.3.1.3 Dysthymia

Die letzte in Zusammenhang mit affektiven Störungen zu erwähnende Erkrankung stellt die Dystymie dar. Als Dysthymia wird eine chronische depressive Verstimmung bezeichnet, die aufgrund des Schweregrades und der zeitlichen Dauer nicht als rezidivierende depressive Episode klassifiziert werden kann. Die depressive Symptomatik dauert über Wochen oder Monate an. PatientInnen die an Dysthymie leiden grübeln stark, können schlecht schlafen und fühlen sich nutzlos. Den Anforderungen des Alltags können sie nur schwer nachkommen (Weltgesundheitsorganisation, 2005).

Zusätzlich ist nach Saß, Wittchen, Zaudig und Houben (2003) im DSM-IV bei der Diagnosestellung der Beginn der Dysthymie mit früh oder spät zu definieren.

2.3.1.4 Stressinduzierte Depression

Otto Benkert (2009) führt in seinem Buch einen weiteren Auslöser einer Depression an: Stress. Dieser kann sich von Seiten der Arbeitswelt, durch Ärger oder durch Mobbing bemerkbar machen und sich negativ auf den Körper auswirken. Benkert unterteilt in drei Phasen der Stress-Depression:

1. Die Vorphase in der sich Dauerstress entwickelt
2. Die Kernphase in der die stressbedingte Depression entsteht
3. Die Folgephase in der körperliche Krankheiten hinzukommen

Dauerstress ist somit der Auslöser für die schon einige Male angeführten Symptome der Depression. Körperliche Folgen, wie in Punkt 3 erwähnt, können etwa eine gestörte Neurobiologie sein, als auch die Fehlregulation der Stresshormonachse sowie des Sympathikus-Parasympathikus-Systems. Diese angeführten Auswirkungen haben zur Folge, dass bei depressiven PatientInnen der Kortisolwert ständig erhöht ist und durch die Übererregung des Sympathikus vermehrt Noradrenalin ausgeschüttet wird, was zu Herzstolpern und Tachykardie führen kann. Daraus resultierend scheint eine höhere

Wahrscheinlichkeit von depressiven Personen an Herzrhythmusstörungen zu leiden. Das schon erwähnte erhöhte Kortisol kann eine Gewichtszunahme nach sich ziehen, Diabetes Mellitus begünstigen, Geschlechts- und Wachstumshormone beeinflussen als auch Osteoporose begünstigen. Stress, wie solcher von Benkert definiert wird, hat auch negative Auswirkungen auf unser Immunsystem. Dieses wird geschwächt und folglich wird der Körper anfälliger für Krankheiten.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Depressionen zu den am häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankungen zählen, welche mit doppelt so hoher Wahrscheinlichkeit bei Frauen diagnostiziert werden. Analysen hinsichtlich der Epidemiologie lassen vermuten, dass das Bild der Depression in den nächsten Jahren steigt, wohingegen das Ersterkrankungsalter sinken wird.

Die Symptome der depressiven Störung lassen sich nach Comer (1995) auf Ebenen der Emotion, Motivation, des Verhaltens, der Kognition, als auch der Somatik identifizieren.

Neben den von den Diagnostikmanualen ICD-10 und DSM-IV erfassten Subtypen verweist Benkert (2009) auf die durch Dauerstress ausgelöste Depression welche durch schwere körperliche Folgeerkrankungen an Relevanz für den klinischen Alltag gewinnt.

2.3.2 F4: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen

In dieser Kategorie werden nach ICD-Klassifizierung Störungen wie etwa die Phobie, Angststörungen, Zwangsstörungen, Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen sowie somatoforme Störungen, aufgrund ihres historischen Zusammenhangs mit dem Konzept der Neurose, zusammengefasst (Weltgesundheitsorganisation, 2005, S. 153ff).

Die Störungen welche in dieser Arbeit aufgrund des Klientels der Reha-Klinik hervorgehoben und genauer beschrieben werden sollen, begrenzen sich auf die Angststörung, Belastungsstörung als auch auf die somatoforme Störung. Letztere wird hinzugenommen, da, wie schon im Kapitel der Depression beschrieben, psychische Störungen meist mit körperlicher Symptomatik einhergehen, und das Kapitel der somatoformen Störung zum besseren Verständnis psychischer Krankheiten und deren Auswirkungen auf den Körper dienen soll.

2.3.2.1 F41 andere Angststörungen

Rudolf (1992) beschreibt Angst als einen Affektzustand welcher subjektiv erlebt wird und meist dann auftritt, wenn eine vermeintliche Bedrohung festgestellt wird.

Peters (2000) definiert Angst als

„Affektzustand, bei dem eine Gefahr erwartet wird, auf die sich die Psyche bereits vorbereitet hat. (Sie) Stellt eine der menschlichsten und häufigsten Erscheinungen des normalen und abnormen psychischen Lebens dar. Angst wird Begrifflich nicht immer scharf von Furcht und Schreck unterschieden. Daher kann damit Angst gemeint sein, die sich in einfühlbarer Weise auf einen Gegenstand richtet (Objektangst, Realangst, Furcht) oder unbestimmt bleibt (objektlose oder frei flottierende Angst).“

Zimbardo (1995) holt bei seiner Beschreibung der Angst-(Störungen) weiter aus in dem er eine zusätzliche Komponente hinzufügt. Physiologische Erregung. So sind, nach Zimbardo alle Angststörungen mit physiologischer Erregung in Verbindung zu bringen. Die Symptome dazu äußern sich in der Veränderung des Herzschlages, der Atmung, der Muskelspannung sowie dem Gefühl von Schwindel.

Zu den im ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2005) zugehörigen Störungen der Kategorie F4 zählen die Panikstörung, die generalisierte Angststörung als auch die Mischung aus Angst- und depressiver Symptomatik.

Die Akutsymptomatik von AngstpatientInnen äußert sich nach Rudolf (1992) durch folgende Symptome:

- Innerliche Unruhe
- Nervosität
- Angespanntheit
- Interessenlosigkeit
- Rasche Erschöpfung
- Resigniertheit
- Freudlosigkeit
- Affektlabilität
- Merk- und Konzentrationsstörungen
- Furchtsames Vorausahnen
- Beengungsgefühl
- Vermeidungsverhalten

Psychomotorisch erscheint der/die PatientIn als wolle er/sie dranghaft davonlaufen, psychomotorisch agitiert, fällt mit Scheintätigkeiten auf und kann psychomotorische Hemmungen bis hin zum Stupor aufweisen. Psychosomatisch klagen PatientInnen oft über Kopfschmerzen, Mundtrockenheit sowie ein Würgegefühl im Hals. Des Weiteren weisen

Betroffene oftmals Sehstörungen und Herzrhythmusstörungen auf. Es kann zudem zu Magen-Darm-Störungen, Schlafstörungen und Störungen der Libido kommen. Physiologisch sind starke Muskelspannungen, Muskelschmerzen sowie Missempfindungen wie etwa ein Kribbeln wahrzunehmen (Rudolf, 1992, S. 19f).

Peters (2000) beschreibt zudem Symptome wie die Erweiterung der Pupillen, eine beschleunigte Darmtätigkeit, häufiges Wasserlassen, Übelkeit, Erbrechen als auch die Erhöhung des Adrenalinpiegels.

2.3.2.2 F41.0 Die Panikstörung

Diese Form der Angststörung weist nach Comer (1995) eine Ein-Jahres-Prävalenz von 2,3% und ein Geschlechterverhältnis von 5:2 bei Frauen auf. Das Alter bei Beginn liegt meist zwischen 15 und 35 Jahren, wobei die Wahrscheinlichkeit für nahe Verwandte, ebenfalls an einer Panikstörung zu erkranken, erhöht ist.

Die Panikstörung ist vorwiegend von unerwarteten und in den meisten Fällen ohne wahrgenommene Gefahr einsetzenden Angstanfällen gekennzeichnet, welche zumeist bis zu 15 Minuten an Dauer erreichen können. Es liegen ebenso keine somatischen und medizinischen Ursachen vor. Bei den Betroffenen ist die Angst vor wiederkehrenden Anfällen meist groß. Die Symptome äußern sich meist auf somatischer Ebene und beinhalten die Todesangst, den Kontrollverlust oder die Angst vor einer in kurzer Zeit einsetzenden Katastrophe (Bach & Conca, 2009, S. 6).

Symptome welche im DSM-IV (Saß, Wittchen, Zaus und Houben, 2003) angeführt sind wären etwa:

- Herzklopfen oder beschleunigter Herzschlag
- Schwitzen
- Zittern und Beben
- Gefühl der Atemnot
- Erstickungsgefühle
- Schmerzen und Beklemmtheit in der Brust
- Schwindel
- Todesangst
- Parästhesien
- Hitzewallungen oder Kälteschauer

Man kann festhalten, dass auch nach dem DSM-IV die Symptome der Panikattacke stark denen der Angststörung gleichen. Daher ist zu beachten ob, wie häufig und in welchen Situationen diese Anfälle einsetzen.

2.3.2.3 F41.1 Generalisierte Angststörung

„Das Hauptmerkmal für die Generalisierte Angststörung ist unrealistische oder übertriebene Angst und Besorgnis bezüglich zweier oder mehrerer Lebensumstände, die mindestens sechs Monate lang die Hauptbeschäftigung der Hauptperson bildet“ (Zimbardo, 1995, S. 617).

Weltgesundheitsorganisation (2005) beschreibt im ICD-10 die generalisierte Angststörung als eine Angst die nicht an eine bestimmte Situation oder Umgebung gebunden ist und frei flottiert, das heißt mehrere Sorgen und Ängste umfasst. Die Symptome sind dieselben die auch schon bei der Panik- und den weiteren Angststörungen beschrieben wurden. Die Störung ist häufiger bei Frauen anzufinden welche in Verbindung mit langanhaltenden Belastungen stehen. Die Verläufe der generalisierten Angststörung variieren meist stark, haben aber die Tendenz zur Chronifizierung.

Nach Comer (1995) leiden Personen einer solchen Störung an übermäßigen Sorgen betreffend Ereignissen oder Aktivitäten. Der Umfang dieser Sorgen ist immens. Diese Störung kann sich in jedem Lebensalter entwickeln, begünstigt ist jedoch der Beginn in der Adoleszenz und Kindheit. Die meisten Menschen mit einer generalisierten Angststörung entwickeln im Laufe ihres Lebens eine weitere Angststörung, wie zum Beispiel eine Phobie. Im Gegensatz zu einer Phobie ist es den Personen mit einer Angststörung noch möglich soziale Beziehungen zu pflegen und beruflichen Tätigkeiten nachzugehen.

Die Leitlinien zur Diagnostik nach ICD-10 nach Weltgesundheitsorganisation (2005) sind folgende:

- Angstsymptome an den meisten Tagen mindestens einige Wochen bis hin zu einigen Monaten
- Übermäßige Befürchtungen mit Symptomen der Nervosität oder Konzentrationsschwierigkeiten
- Motorische Spannung mit Symptomen wie Spannungskopfschmerz und Zittern
- Vegetative Übererregbarkeit mit Symptomen wie Schwitzen, Tachykardie, Oberbauchbeschwerden und Schwindel

Zusammenfassend kann man zwischen den beiden beschriebenen Möglichkeiten einer Angststörung im Hinblick auf Art der Angst, Situationsbedingtheit sowie Ausmaß der Angst differenzieren. Die Panikattacke beschreibt kurz andauernde Angstanfälle welche nicht an Situationen gebunden sind und meist ein Vermeidungsverhalten nach sich ziehen. Die generalisierte Angststörung (GAD) hingegen ist in ihrer Intensität meist die ganze Zeit in Form von Sorgen in Bezug auf Krankheit und Unfälle vorhanden und ebenfalls nicht an Situationen gebunden.

2.3.2.4 F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Dieses Kapitel kann einerseits in die akute Belastungsreaktion, die Posttraumatische Belastungsstörung oder kurz PTBS als auch in die Anpassungsstörung unterteilt werden. Den Beginn kennzeichnen in allen drei Fällen sogenannte „life events“ die je nach angeführter Störung andere Krankheitsverläufe nach sich ziehen und somit den Auslöser für die Krankheit darstellen (Weltgesundheitsorganisation, 2005, S. 167).

2.3.2.5 F43.0 Akute Belastungsstörung

Diese Form der Störung tritt bei einer ansonsten körperlich gesunden Person unmittelbar nach einem „life event“ ein und klingt in den meisten Fällen nach Stunden oder Tagen ab. Das Lebensereignis kann eine Bedrohung des eigenen Lebens darstellen, wie etwa eine Naturkatastrophe oder eine plötzliche Veränderung im Beziehungsnetz der Person aufgrund von Todesfällen oder ähnlichem. Ein erhöhtes Risiko eine akute Belastungsreaktion zu entwickeln besteht dann, wenn zum Zeitpunkt des bedrohlichen Ereignisses der Betroffene körperliche Erschöpfungserscheinungen aufweist oder organische Leiden das Leben beeinträchtigen. Ebenso spielen individuelle Bewältigungsstrategien, sogenannte Coping-Strategien eine wichtige Rolle. Je nachdem wie gut diese bei der Person ausgebaut sind, kann diese besser oder schlechter mit dem plötzlichen Ereignis umgehen (Weltgesundheitsorganisation, 2005, S. 168).

Das DSM (Saß, Wittchen, Zaus und Houben, 2003) beschreibt zudem die emotionale Lage der Person in der jeweiligen bedrohlichen Situation mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen.

Die Symptome können nach Weltgesundheitsorganisation (2005) verschieden sein, beginnen in der Regel aber mit einem Gefühl der Betäubung, der Bewusstseinsminderung als auch der Unfähigkeit Reize verarbeiten zu können.

Peters (2000) grenzt die akute Belastungsstörung von der Posttraumatischen Belastungsstörung in der Weise ab, in der er dissoziative Symptome und die Neigung die Gegenwart traumatisch zu erleben dezidiert für die akute Belastungsreaktion beschreibt.

Auch Weltgesundheitsorganisation (2005) verwies auf die dissoziativen Zustände die bis hin zum Stupor reichen können. Zu den vegetativen Zeichen gehören Schwitzen, Tachykardie als auch Erröten. Die Symptome erscheinen in Minuten und gehen meist einige Stunden nach dem belastenden Ereignis zurück. Diagnostisch muss ein zeitlich klarer Zusammenhang zwischen Situation und Auftreten der Symptomatik bestehen, indem die Reaktion sofort oder innerhalb von wenigen Minuten eintritt. Solche Reaktionen wären:

- Anfänglicher Zustand von Betäubung der von Depression, Angst, Ärger etc. abgelöst wird, beziehungsweise wechselnd in kurzen zeitlichen Abständen vorhanden sind
- Symptome sind rückläufig wenn die belastende Situation verlassen wird. Symptome klingen in der Regel nach 24 bis 48 Stunden ab und sind nach 3 Tagen nur noch in geringem Maß beeinträchtigend

Die Auslegung der zeitlichen Dauer der Symptome liegt im Vergleich zum DSM-IV bei 28 Tagen, was einen erheblichen Unterschied zwischen der Diagnostik der beiden Manuale aufwirft.

Beiden Manualen ist jedoch zu entnehmen, dass wenn die Symptome länger als beschrieben, im ICD-10 drei Tage und im DSM-IV 28 Tage, andauern, die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu vergeben ist.

2.3.2.6 F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die Störung der Posttraumatischen Belastungsstörung hat in den letzten zehn Jahren immer mehr an Forschungsinteresse geweckt. Sie kann Zusammenhänge zwischen belastenden Lebensereignissen sowie psychiatrischen Symptomen beschreiben. Vor allem nach dem Vietnamkrieg wiesen viele Soldaten die typischen Symptome der PTBS auf was das medizinische Interesse entfachte (Wenzel, 2009, S. 32f).

Peters (2000) führt die Ursachen für die Entwicklung einer PTBS auf traumatisierende Lebensereignisse zurück wie etwa Überfall, sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vergewaltigung, Kriegsumstände oder sonstige Katastrophen.

Friedmann und Thau (1990) bezeichnen ein Trauma als einen großen Zustrom der Erregung in einem bestimmten zeitlichen Abschnitt der in einem Zusammenbruch der psychischen

Funktionen endet indem das ICH überflutet wird. Das ICH versucht sich im Zuge dessen von den vielen Sinneseindrücken zu schützen und räumt Blockaden ein, um die Kontrolle wieder zu erlangen.

Wenzel (2009) verweist auf das momentan in diesem Forschungsbereich dominierende biopsychosoziale Modell. Neurophysiologisch sind, wie bei der Angst erwähnt, die Amygdala und der Hippocampus die primär betroffenen Bereiche im Hirn welche Ängste und Reaktionsbildungen beeinflussen. Im Bereich der Sozialpsychologie werden Copingstrategien und soziale Umfelder analysiert um eine Vorhersage über mögliche Krankheitsverläufe treffen zu können.

Nach ICD-10 Klassifikation (Weltgesundheitsorganisation, 2005) ist die Wahrscheinlichkeit eine PTBS zu entwickeln dann höher, wenn vorangegangene neurotische Erkrankungen zu verzeichnen sind.

Typische Merkmale der PTBS sind das ständige Erleben des Traumatischen Ereignisses indem die Person ständig Erinnerungen oder Träume davon hat. Diese werden auch Nachhallerinnerungen oder Flashbacks genannt. Ein weiteres Charakteristikum ist das Vermeidungsverhalten der Person von Aktivitäten oder Situationen. Durch die Vermeidung wird versucht etwaige Gefühle, welche in der traumatisierenden Situation erlebt wurden, nicht nochmals zu fühlen, um dadurch den Flashbacks zu entgehen. Zudem wird von einem Abfall der Reaktionsfähigkeit der Person mit PTBS gesprochen. Es kommt zu einer psychischen Erstarrung welche sich auf den Bereichen der Gefühle, Zärtlichkeit als auch Sexualität auswirken kann. Ebenfalls können Symptome wie Hypervigilanz, übertriebene Schreckreaktionen und Schlafstörungen auftreten. Viele der Betroffenen leiden an starken Schuldgefühlen der eigenen Person gegenüber (Comer, 1995, S. 231f) (Weltgesundheitsorganisation, 2005, S. 169) (Peters, 2000, S. 71).

Diagnostiziert werden kann die PTBS dann, wenn eine zeitliche Dauer der Symptome sechs Monate nach dem traumatischen Erlebnis überschreitet. Symptome dazu wären wiederholte unausweichliche Erinnerungen an das traumatische Erlebnis in Form von Tagträumen, Träumen, der emotionale Rückzug, die Vermeidung sowie vegetative Störungen (Wenzel, 2009, S. 32).

Nach ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2005) ist auch Chronifizierung der PTBS möglich indem Auswirkungen des Traumas noch Jahrzehnte später zu vernehmen sind. Ist dies der Fall wird mit der Kategorie F62.0 diagnostiziert, welche eine andauernde Persönlichkeitsänderung aufgrund von Extrembelastungen klassifiziert.

Risikofaktoren sind nach Hausmann (2010) der Mangel an sozialer Unterstützung, der Lebensstress nach dem traumatischen Ereignis, die Schwere des Traumas, eine schwierige Kindheit sowie eine verminderte Intelligenz.

Zimbardo (1995) beschreibt sehr anschaulich welche Stufen Vergewaltigungsopfer nach der traumatisierenden Tat durchlaufen müssen. Die Erste Phase kennzeichnet der Schock gefolgt von der zweiten Phase, dem Leugnen über das was gerade geschehen war. Darauf folgt die Angst vor Situationen die ähnlich derer sind in der die Vergewaltigung stattgefunden hat. Den letzten Punkt stellen der Verrat und die Einsamkeit dar. Opfer fühlen sich von ihren engsten Freunden verraten und entfernen sich immer weiter von diesen, was zur Vereinsamung führt.

Comer (1995) führt zudem die Suizidversuche bei Vergewaltigungsopfern an, welche nach einer Studie bei 19% liegen sollen.

2.3.2.7 F43.2 Anpassungsstörungen

Bach, Conca et al. (2009) beschreiben die Anpassungsstörung als *“(...) eine über einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten andauernde maladaptive Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Stressoren, die jedoch nicht von ungewöhnlicher Schwere (im Vergleich zur akuten Belastungsstörung bzw. PTSD) sein soll”*.

Sie umfasst des Weiteren eine übermäßige Reaktion auf Lebensereignisse wie zum Beispiel Scheidungen, Pensionierungen oder das Verlassen des Elternhauses.

Der Beginn der Anpassungsstörung kann innerhalb des ersten Monats nach dem belastenden Ereignis lokalisiert werden, wobei die Symptome meist nicht länger als sechs Monate anhalten. Einzige Ausnahme stellt die Anpassungsstörung mit längerer depressiver Episode dar, welche bis zu zwei Jahre dauern kann. Sorgfältig sollte die Beziehung zwischen Inhalt, Schwere der Situation als auch Anamnese und Persönlichkeit der Person begutachtet werden, um die Diagnose vergeben zu können (Weltgesundheitsorganisation, 2005, S. 170).

2.3.2.8 F45 Somatoforme Störungen

Zimbardo (1995) vergibt die Diagnose der somatoformen Störung dann, *“(...) wenn Klagen über körperliche Beschwerden dafür sprechen, daß ein körperliches Leiden vorliegt, aber keine organischen Störungen zu finden sind, (so) kann angenommen werden, daß die Reaktion psychische Konflikte spiegelt.”*

Für Peters (2000) ist die psychosomatische Krankheit meist eine chronische Krankheit die den Ursprung in der Verarbeitung von Erlebnissen hat. Die psychosomatische Medizin bezeichnet

er als Forschungsgebiet, welches sich mit Körperstörungen befasst, die auf gegenwärtige oder frühe emotionale Konflikte zurückzuführen sind. Es sind nur Krankheiten als psychosomatisch zu benennen, wenn diese chronisch gewordene Konflikte beinhalten, die über das Nervensystem zu organischen Veränderungen führen. Die Ansichten der Psychosomatik wurden schon in der Zeit um Hippokrates geteilt und stetig weiterentwickelt.

Im 17. Jahrhundert ging der Philosoph René Descartes davon aus, dass gegen alle damaligen Annahmen, der Geist unabhängig der Seele fungiert und direkten Einfluss auf den Körper, also das somatische Vorgehen, hat. Es wurde in diesem Zusammenhang von einem Leib-Seele Dualismus gesprochen. In den letzten Jahren wurden vermehrt interaktionale Modelle zur Erklärung entwickelt und führte letztendlich zu der Bezeichnung der psychogenen Krankheit. Diese können von Sorgen und sozialen Problemen beeinflusst sein, ebenso wie von unbewussten Zielen. Somit können psychogene Syndrome gleichgesetzt werden mit den sogenannten somatoformen Störungen, wohingegen die psychosomatischen Störungen aus einer Wechselwirkung von organischen und psychischen Faktoren bestehen (Comer, 1995, S. 393f).

Das ICD-10 differenziert zwischen einer Somatisierungsstörung, welche wiederholt auftretende körperliche Symptome umfasst die häufig wechseln und einer somatoformen autonomen Funktionsstörung in der die PatientInnen die Symptome so schildern als würde ein spezielles Organ diese hervorrufen. Typische Bereiche wären das Herz-Kreislaufsystem, das Verdauungssystem, das Atmungssystem, der Urogenitaltrakt oder mehrere Organe. Die letzte Unterteilung des Diagnostikmanuals besteht in der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung welche quälende und anhaltende Schmerzen wie Migräne, Rückenschmerzen oder Muskelspannungsschmerz nach sich zieht (Weltgesundheitsorganisation, 2005, S. 184ff).

Nach Tentschert (2008) liegen bei 50% der jährlich ambulanten PatientInnen der Abteilung für Psychologie und Psychotherapie an der Universitätsklinik Innsbruck körperliche Symptome ohne definierte Krankheiten zugrunde. Die Zahl jener soll in den USA bei 400 Millionen liegen. Wiederum die Hälfte dieser PatientInnen sind zumeist von Schmerzsymptomatikern betroffen, wie Rücken-, Gelenks- oder Kopfschmerzen und ein Viertel von Husten und Schnupfen. Das verbleibende Viertel leidet an Schwindel, Müdigkeit oder anderen Symptomen. Die Symptomatikern seien ein Ausdruck des Körpers um um Hilfe anzusuchen. Sie haben somit einen Hinweischarakter ohne bestehende organische Erkrankung.

Eine somatoforme Schmerzstörung wird nach Comer (1995) dann vergeben, wenn sich die Gesamtheit der Symptome auf psychischer Ebene lokalisieren lässt. Die Störung kann in jedem Alter beginnen und bis zu mehrere Jahre anhalten.

Um dieses Bild diagnostizieren zu können, müssen über mindestens sechs Monate anhaltende Schmerzen in meist mehreren Organsystemen gegeben sein, für welche keine organisch bedingte Krankheit gefunden werden kann. Der/die PatientIn fordert zudem die ständige medizinische Untersuchung, auch nach mehrmaligem negativem Bescheid. Es herrscht ein hoher Leidensdruck und eine Beeinträchtigung auf Seiten des sozialen und psychischen Erlebens ist groß (Tentschert, 2008, S. 7).

Ebenfalls festzuhalten ist die hohe Komorbidität von chronischen SchmerzpatientInnen zur somatoformen Schmerzstörung, welche bei 65,5% liegt. Bei rund 80% der PatientInnen mit somatoformen Schmerzstörungen treten Schlafstörungen auf, was sie auf zusätzliche Weise beeinträchtigt. Die Schmerzen und die Schlafstörungen spielen auf negative Art gut zusammen, da sie sich gegenseitig verstärken. Es kann zu einer Dysregulation der Schmerzverarbeitung kommen was positiv für die Entwicklung von Krankheiten wie etwa Fibromyalgie, chronischem Beckenschmerz, Spannungskopfschmerz und Reizdarmsyndrom sein kann. Eine mangelnde Ruheaktivierung im Hirn kann ein Auslöser für Schmerzen sein, da der Körper mit Reizen überflutet wird. Ein weiter einflussreicher Bereich von chronischen Schmerzen ist der der Angststörungen. Die Angst davor Schmerzen zu empfinden spielt eine aufrechterhaltende und sogar verstärkende Rolle. Der /die Patientin mit chronischem Schmerz fürchtet sich vor weiteren und intensiveren Schmerzen und verstärkt die bereits vorhandenen dadurch. Etwas mehr als die Hälfte der PatientInnen mit chronischer Schmerzstörung leiden an solchen, auch hypochondrischen Ängsten genannten, Befürchtungen. Der negative Verlauf mündet in unzähligen Besuchen bei Ärzten/Ärztinnen (Aigner, 2009, S. 26f).

Die depressive Somatisierung und dessen Modell gehen auf einen Grundkonflikt zwischen den Beziehungsbedürfnissen und den fehlenden Angeboten aus der Umwelt des Kindes zurück. Das Kind ist folglich traumatisierenden Belastungen ausgesetzt wodurch später ein unbewusster Konflikt entsteht welcher in körperlichen Symptomen auszudrücken versucht wird. Die Aussichtslosigkeit in der Kindheit Nähe und Beziehung zu erfahren führt zu der Entstehung eines negativen Selbstbildes, der Herabsetzung des Selbstwerts sowie Autoaggression. Der Muskeltonus und die Entzündungsbereitschaft des Körpers ist erhöht und die Kortisolwerte folglich erschöpft. Aufgrund der Enttäuschungen in der Kindheit möchten die PatientInnen stark wirken, und erscheinen aus diesem Grund wenig depressiv und klagen nur sehr wenig (Rudolf, 2008, S. 10ff).

Frydich und Ülsmann (2010) fokussieren auf die Komorbidität somatischer und psychischer Erkrankungen und beziffern das erhöhte Risiko bei einer bereits vorliegenden chronischen Erkrankung und im Verlauf eine psychische Erkrankung zu entwickeln bei einem 1,5 bis 2-fachen Risiko. Bei Männern begünstigt dieses Risiko vor allem Herz-Kreislaufkrankungen,

bei den Frauen sind es Krankheiten der Muskel und des Skeletapparates sowie Atemwegserkrankungen.

Jene angeführten Komorbiditäten in psychischen Bereichen wie der Depression und der Angst weisen auf ungünstige Krankheitsverläufe hin (Henkel & Schneider, 2016).

Um den Bereich der somatoformen Störungen zusammenzufassen kann festgehalten werden, dass die Verbindung von seelischen Leidens und der Ausdruck dessen auf körperlicher Ebene im Vordergrund stehen. Der Begriff der somatoformen oder psychosomatischen Störung wird oftmals unter dem Begriff der psychogenen neurologischen Syndrome verwendet. Zudem kann in eine Schmerzstörung, Konversionsstörung oder Störung des Bewegungsapparates gegliedert werden. Ein großer Anteil der PatientInnen leiden neben den chronischen Schmerzen an Schlafstörungen, Depressionen oder Angststörungen, welche das somatische Leiden verstärken können. Begünstigend für eine mögliche Entwicklung von psychischen Störungen als Folge von somatoformen Schmerzstörungen sind Herz-Kreislaufkrankungen sowie Erkrankungen des Muskelgewebes und der Gelenke. Auch frühkindliche Traumata können eine chronische Schmerzstörung begünstigen.

2.4 Gesundheitszahlen Österreich

Laut den Aufzeichnungen der Statistik Austria waren im Jahr 2014, 28,6 % von 1.000 Krankenstandsfällen auf Psychische- und/oder Verhaltensstörungen zurückzuführen. Mit diesen hohen Zahlen belegt das Krankheitsbild eine Platzierung im vordersten Feld der Ursachen für die Inanspruchnahme eines Krankenstandes Ebenfalls im Jahr 2014 wurden 124.735 Personen mit der Hauptdiagnose F00-F99, also Psychischen- und Verhaltensstörungen stationär behandelt, wobei der Frauenanteil überwiegt. Des Weiteren melden 37,6% der Kärntner Arbeitnehmer mindestens eine psychische Belastung am Arbeitsplatz. 36,1% melden zusätzlich großen zeitlichen Druck, 2,6% Gewalt am Arbeitsplatz und 3% Mobbing und Belästigung (Statistik Austria, <http://www.statistik.at>, Zugriff am 7.3.2016).

Im Bundesländervergleich der Invaliditätspensionen aufgrund von psychischen Krankheiten sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen sind die Spitzenreiter Kärnten und die Steiermark (Czypionka, 2016).

Auch eine österreichische Tageszeitung greift diese Zahlen auf und führt nach einem Interview mit den Studienleitern, Gründe wie etwa die zu spät ansetzenden Präventionsmaßnahmen oder im Privatleben erhöhte Belastungen an ("Die Presse", Print-Ausgabe, 23.02.2016).

Auch die Reha-Klinik für seelische Gesundheit in Klagenfurt stellt diesbezüglich auf ihrer Homepage Daten zur Verfügung, auf diese wird im Methodenkapitel mit der Beschreibung der Institution genauer eingegangen wird.

3 Erleben

„Im „Leib“, so könnte man sagen, realisiert sich das Subjekt in einer vorsprachlichen und vorbewussten Weise.“ (Abraham & Müller, 2010, S. 18)

In diesem Kapitel wird der Begriff Erleben in seiner Verwendung und Bedeutung beschrieben, auf das Körpererleben im Allgemeinen sowie bei psychisch kranken Personen wird näher eingegangen.

3.1 Definition

Um Erleben genauer beschreiben zu können gibt es viele Ansätze. Fröhlich (2002) bringt den Begriff in Verbindung mit dem individuellen Bewusstwerden von Dingen die in unserer Umwelt vorhanden sind sei es gegenwärtige Inhalte oder abgerufene Erinnerungen aus der Vergangenheit. Das Erlebnis ist nach ihm ein Kompendium an Erfahrungen an denen das Ich maßgeblich beteiligt war.

Peters (2000) definiert in seinem Buch das Erlebnis, gleich wie Fröhlich, als Verinnerlichung von Inhalten aus dem Bewusstsein. Ebenso verweist er auf die Pfeiler der psychoanalytischen Theorie, wonach frühkindliche Erinnerungen und Erlebnisse in unbewusster Form im späteren Verlauf unseres Lebens ausschlaggebend für die Entwicklung möglicher Neurosen sind. Des Weiteren führt Peters den Begriff der Erlebnisverarbeitung an, der das Ziel hat, Erlebnisse in die ganze Persönlichkeit einzugliedern. Dieses Eingliedern von Erlebnisinhalten hat sich auch die Psychotherapie zur Aufgabe gesetzt.

Die Frage die sich als nächster stellen lässt ist jene, in wie weit sich das jeweilige Erleben vom Begriff unserer Wahrnehmung abgrenzen lässt. Dazu führt Fröhlich (2002) die Verarbeitung von sensorischen Prozessen aus der Umwelt an, welche verarbeitet werden und dem Körper ein Zusammenspiel mit der Umwelt ermöglichen. Es können in Folge verschiedenste Gegenstände erkannt werden und deren jeweilige Unterschiede erkannt werden. Der Prozess der Wahrnehmung umfasst mehrere Komponenten. So etwa physikalische, physiologisch-neuronale sowie kognitiv-emotionale und soziale Prozesse.

Birbaumer und Schmidt (1996) spezialisieren sich auf die schon genannten Komponenten der neuronalen und kognitiven Prozesse während des Wahrnehmungsprozesses. Ihnen zufolge stellt die Wahrnehmungspsychologie eine Disziplin dar, welches sich auf die durch

Sinnesorgane ausgelösten Empfindungen und Verhaltensweisen spezialisiert. Ein eintreffender Reiz wird über die jeweiligen Sinnesbahnen weitergeleitet und mit einem Erregungsmuster gleichgesetzt, welches in weiterer Folge als Abbildung der Umwelt in der Person bezeichnet werden kann. Die Wahrnehmung ist somit eine Abbildung neuronaler Impulse die in bestimmten Mustern im Kortex eintreffen.

Die Verbindung zwischen diesen zwei Begriffen stellt Szokolczai in Junge, Suber & Gerber (2008) her, indem er die Wirklichkeit des Menschen zu beschreiben versucht. Diese setzt sich nach ihm aus der Komponente der Erfahrung sowie der des Erlebens zusammen. Das Gebiet der Datenverarbeitung und somit angeführten Wahrnehmungspsychologie, dient laut seinen Angaben lediglich als Ausgangspunkt, wird aber beim Erleben und Erfahren weit überschritten.

3.2 Körpererleben

Schon dem in dieses Kapitel einleitende Zitat ist zu entnehmen, dass der Körper eine zentrale Komponente im Erleben von psychischen Krankheiten spielt.

Abraham und Müller (2010) verweisen darauf, dass unser Körper als ein Objekt sowie als ein Gegenstand von uns selbst gesehen werden kann und über den wir selbst verfügen können. Er ermöglicht uns das Wahrnehmen, das Erleben sowie das daraus folgende Handeln. Nicht nur, dass dieser uns ermöglicht Dinge zu fühlen und zu erleben, er kann auch als Zentrum des Fühlens und Erlebens gemacht werden und definiert daraus wiederum unser Sein und unser Ich. Der Körper ist der Ausdruck unserer Selbst und lässt uns gerade auch bei Krankheiten in der Interaktion mit der Welt zurückfallen. Das Körpererleben kann an den drei folgenden Punkten festgemacht werden. Einerseits über das Erleben vom Körper, als die Wahrnehmung von Vorgängen in meinem Körper, weiteres durch das Erleben über den Körper, welches den Körper als Erlebensmedium festlegt und drittens als das Erleben des Körpers in derer Hinsicht, dass der Körper als Ganzes eine Einheit darstellt, welche etwas bemerkt.

Du Bois (1990) verweist in seinem Buch auf die unterschiedliche Nomenklatur in diesem Fachbereich. Das Körpererleben wird nach ihm auch noch unter Leib und Leiberleben verstanden und in diverser Literatur angeführt. Speziell im psychoanalytischen Kreisen wird das Körpererleben auch noch als Ich- und Selbsterleben verstanden und umfasst zusätzlich die Körpersprache. Aufgrund dieser weitläufigen Begriffsbezeichnungen legt sich Du Bois auf die Bezeichnung des Körpererlebens fest und versucht dieses aus mehreren Blickwinkeln zu beleuchten. Störungen des Körpererlebens lokalisiert er auf der Ebene des Leibes, und bezeichnet dadurch die Störungen des Leibes als Leibstörungen. Zudem führt er an, dass

auch psychiatrische und psychodynamische Konzepte einen allumfassenden Zugang zu dieser Thematik erlangt haben.

Wie also entwickelt sich unser Körpererleben? Dieser Frage kann man am besten auf psychoanalytischer Ebene nachgehen in dem man den Fokus einerseits auf unsere Triebe richtet. Diese sind der Ursprung unserer psychischen Entwicklung und zeichnen sich unmittelbar auf körperlicher Ebene ab. Das Ich setzt sich in Folge dessen mit dem eigenen Körpererleben auseinander und ersetzt körperliches durch psychisches. Durch Neurosen und deren Symptome bleiben konzentriert Hinweise auf einen solchen körperlichen Ursprung erhalten. Andererseits kann der Fokus genauso gut auf das sich entwickelnde Körperschema richten, indem man der Libido Theorie genügend Platz einräumt. Das Erleben des eigenen Körpers beginnt demzufolge in kortikalen Bereichen und geht durch die libidinöse Besetzung des Körpers in eine physische Komponente über. Taktische und optische Eindrücke sind der Ausgangspunkt, welche sich immer weiter ausweiten. Besetzt werden kann, nach dieser Theorie, der Körper von Energien, die dem Innersten entspringen und Veränderungen des Körperbildes hervorrufen. Die Entwicklung eines Ich-Gefühls und im weiteren Sinne auch dem Erleben des eigenen Körpers und mögliche Schwierigkeiten in diesen Bereichen werden von Seiten der Theorien von Objektbeziehungen auf frühkindliche Probleme in der Interaktion des Kindes und der Bezugsperson vermutet welche durch fehlende körperliche Dialoge hervorgerufen werden können (du Bois, 1990, S. 11ff) (Röhrich, 2000).

Auch Geissler (1997) führt das Körpererleben in Zusammenhang mit dem Ich-Erleben und dem schon erwähnten Ich-Gefühl an. Aus seiner Perspektive wird das Ich- Gefühl als ein stetiger Zusammenhang zwischen Seele und Körper verstanden, auf Seiten der Zeit und des Inhalts verstanden.

Röhrich (2000) beschreibt das gesunde Körpererleben als eine fließende und rhythmische Spannung und Entspannung. Der Körper selbst zeichnet sich durch die Ausgeglichenheit aus, was eine hohe Flexibilität und Deckungsgleichheit von Geist und Körper signalisieren soll. Liegt eine psychische Erkrankung vor, so distanziert sich der Körper vom Alltagsleben was durch sogenannte Entthematierungs- und Entaktualisierungsprozesse hervorgerufen wird welche den Zugang zur Welt stören und hemmen. Auslöser für eine solche Einschränkung kann durch die Leistungsorientierung in unseren Breitengraden vernommen werden. Diese führt, aufgrund des hohen Leistungsanspruches unseres Körpers auf Ebenen wie der Effizienz, Attraktivität sowie Ausdauer, vermehrt zu Belastungen, welche die Grenze der körperlichen Belastbarkeit überschreiten. Daraus können physische als auch mentale Störungen resultieren.

Bauman (2008) führt in diesem Zusammenhang die Seelenqual an, welche durch ein intensives Erleben von subjektiv konstruierten Aufgaben zu übertünchen versucht wird. Die Dringlichkeit eine erfolgreiche Karriere zu starten, sich selbst in der Welt behaupten zu müssen oder Dinge so schnell wie nur möglich zu erledigen sind Möglichkeiten eine solche innere Qual verstummen zu lassen. Man könnte es auch als ein Ablenkmanöver bezeichnen, welches die Flucht vor dem Selbst ermöglichen soll.

3.3 Körpererleben bei psychisch kranken Personen

Im weiteren Verlauf soll auf die schon im Teil der Störungsbilder eingegangene psychischen Erkrankungen fokussiert werden und in wie weit betroffene Personen ihren eigenen Körper erleben.

Einen guten Überblick bietet zunächst eine Tabelle Teilaspekte der Körpererfahrungen anführt und diese mit psychischen Störungen in Bezug setzt. Der erste in dieser Arbeit relevante Teilaspekt ist das Körperempfinden welches in der Funktion der Wahrnehmung des innerlichen und äußerlichen Empfindens der Person steht. Ist das Körperempfinden gestört, so kann es zu Halluzinationen im Bereich des eigenen Körpers oder zu starkem Schmerzempfindungen kommen. Der zweite Begriff stellt den gestörten Körperausdruck dar, welcher sich durch Mimik, Gestik, Haltung und Bewegungsmuster äußern kann. Somatoforme Störungen können hieraus resultieren. Der allgemeine Bezug zum Körper ist ebenso ein wichtiges Kriterium zur Erfassung möglicher Störungen. Hierzu sollen konkret die Bereiche der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, der sportlichen Aktivität, den Ernährungsgewohnheiten und die Sexualität berücksichtigt werden (Röhricht, 2000, S. 51ff).

Geissler (1997) führt im speziellen psychische Störungsbilder an, welche nach einer Störung des Körperbildes betroffen sein können. Dazu zählt einerseits die Neurose, welche sich dann entwickeln kann, wenn ein Aspekt des Körperbildes nicht gelebt werden kann. Ein Beispiel dazu wäre die Lust bei depressiven PatientInnen, welche sich in Folge durch sexuelle Dysfunktionen äußert. Andererseits können psychosomatische Störungsbilder auftreten, wenn die Beziehung zum eigenen Körper als unlebendig wahrgenommen wird und die Wertigkeit von Symptomen nicht objektiv wahrgenommen werden kann. Als letzter Punkt werden Borderline Störungen und Psychosen angeführt, die aufgrund des bevorstehenden Zerfalls des Körperbildes entstehen können. Die psychosomatischen Symptome werden auch noch aus einer anderen Perspektive erklärt. Diese zweite Anschauung vertritt die Meinung, dass der Körper im Fall von psychosomatischen Krankheiten, nicht mehr in der Lage ist Konflikte zu verarbeiten und diese versucht über den Körper symbolisch darzustellen.

Auch bei depressiven Erkrankungen spielen körperliche Beschwerden eine große Rolle. Diese äußern sich durch vegetative Symptome, Organbeschwerden, zum Großteil bestehende Kopf- und Rückenschmerzen sowie Beschwerden im Magen- und Darmbereich. Die Somatisierung psychischer Belastungen ist bei den angeführten Symptomen ausschlaggebend. Auch der Muskeltonus als auch die Psychomotorik sind eingeschränkt. Gestik, Mimik und Haltung sind in ihrer Ausdrucksform nur sehr gering ausgeprägt. Die Person erscheint meist als leer und weinerlich, die Mimik als maskenhaft und der Augenkontakt mit anderen Personen wird vermieden. Das Selbst wird verneint oder verachtet und dies äußert sich durch eben jene Verarmungen im Bereich der Motorik. Im Falle der Depression in Zusammenhang mit Angsterkrankungen können hypochondrische Symptome Ausdruck des Leidens sein. Sehr interessant zu diesem Thema erscheint auch die geschlechterspezifische Unzufriedenheit mit bestimmten Körperteilen. So sind etwa depressive Männer eher mit den Ohren, dem Nacken sowie mit dem Körpergewicht unzufrieden, wohingegen Frauen negativ auf ihre Hüften und auf ihre Körperbehaarung reagieren. Geschlechterübergreifend lässt sich eine allgemeine Unzufriedenheit im den Körperfunktionen und dem eigenen Körper als Gesamtobjekt die Personen mit einer Depression als auch bei Personen mit einer Angsterkrankung feststellen. Schizophrene PatientInnen weisen hingegen keine Auffälligkeiten in Bezug auf die Körperwahrnehmung auf (Röhrich, 2000, S. 123ff).

Steins (2007) führt zudem rasant wachsende Zahlen an, wonach in den USA im Jahre 1996 43% der Männer und 56% der Frauen mit ihrem Körper unzufrieden waren. Ähnliche Ergebnisse lassen sich in Deutschland verzeichnen. Des Weiteren wird die Wahrscheinlichkeit für eine depressive Erkrankung mit wachsender Körperunzufriedenheit begünstigt. Beginnend mit einer negativen Stimmung entwickelt sich ein negatives emotionales Wohlbefinden, welches in einer depressiven Erkrankung mündet.

Seewald (2010) definiert den Körper und dessen neurophysiologischen und psychologischen Abläufe als Determinanten von Bevorzugung und Vermeidung von Reizen. Im Hinblick auf die Angststörungen lassen sich neben dem Vermeidungsverhalten nach Röhrich (2000) noch weitere körperbezogene Symptome feststellen. So etwa die körperbezogenen Ängste in Form einer Hypochondrie oder Fehlinterpretation körperlicher Beschwerden. Ebenso konnten Zusammenhänge zwischen Angsterkrankungen, Depersonalisation und anderen Störungen des Körpererlebens festgestellt werden. Ebenso kann festgehalten werden, dass Personen mit einer Panikstörung geringere Körpergrenzen aufweisen.

Geissler (1997) hält in Verbindung mit Traumata, seien es frühkindliche oder im Laufe des Lebens erlebte, so hat jeder Körper die Fähigkeit diese zu speichern. Das körperlich-motorische Gedächtnis verursacht nach Traumatisierungen etwa Einschränkungen der

Beweglichkeit, der Muskel und führt zu Versteifungen von Körperpartien. Es wird von „körperlichen Einprägungen“ gesprochen, welche unter anderem folgende Dimensionen betreffen:

- Fähigkeit sich aufrecht zu halten
- Art der Bewegung
- Art der Kontaktaufnahme durch Blick oder Berührung
- Stimmqualität

Bolm (2010) führt als Ursache der Somatisierung körperliche Affekt-Äquivalente an, welche nach Traumatisierungen psychische Erfahrungen verarbeiten sollen. Ein Beispiel hierzu kann etwa die Somatoforme Schmerzstörung sein. Der Schmerz kann die Rolle als Täter, in Form eines inneren Objekts übernehmen um das Trauma zu verarbeiten oder auch als etwas Anwesendes verstanden werden, das an irgendeinem Zeitpunkt der Entwicklung der Person gefehlt hat, wie etwa eine Bezugsperson. Auch FibromyalgiepatientInnen können nach Geuter (2015) den eigenen Körper nicht in Besitz nehmen und werden so von Schmerzen geplagt.

Röhrich (2000) verweist wiederum auf das körperliche Symptom des Rückenschmerzes bei der PTBS, der Panikstörung als auch anderen Angststörungen und lokalisiert die Rückenpartie als wesentlichen Bestandteil des Kontrollverhaltens. Aufgrund dieser Vermutung soll der Fokus verstärkt auf die Linderung der Symptome des Rückens gerichtet werden um auch therapeutische Bemühungen zu unterstützen und zu verstärken.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass sowohl der psychische als auch physische Zugang zu klinischen Störungsbildern gute Behandlungsansätze darstellen. Der Rückenschmerz scheint maßgeblich eine Ausdrucksform inneren Leidens zu sein und wird im folgenden Kapitel der osteopathischen Behandlung nochmals genauer begutachtet.

4 Osteopathie und Psyche

Zu Beginn dieses Kapitels wird auf historische Konzepte der Osteopathie eingegangen, danach werden Ansätze und Wirkungsweise der Osteopathie beschrieben. Danach wird auf Osteopathie und Schmerzen bei unterschiedlichen psychischen Störungsbildern eingegangen.

4.1 Konzepte und Prinzipien der Osteopathie

Die osteopathische Behandlung hat ihren Gründer in Andrew Taylor Still. Er verstand den menschlichen Körper als eine Schaffung Gottes, welcher, wie alle anderen von Gott geschaffenen Dinge, perfekt sei und die Möglichkeit habe sich selbst zu heilen. In diesem Zusammenhang beschäftigte sich Still mit dem muskuloskeletalen System sowie dem vaskulären- und lymphatischen System, da er dort die Selbstheilungseigenschaften des Menschen vermutete (DiGiovanna, 2005, S. 22ff).

Cotton (2013) sieht Still als einen Mann, welcher sein Leben seiner Entdeckungen widmete, welcher von der Maschinerie des Körpers fasziniert war und den man heute als Techniker oder Ingenieur bezeichnen könnte. Die Aufgabe des Osteopathen liegt nach Still in der Wiederherstellung dieser Produktion und dieses Kreislaufes, durch gezieltes Ansetzen am Gewebe.

Aufgrund dieses allumfassenden Ansatzes von Still entwickelten sich Prinzipien die seine Theorie weiter untermauern und erklären sollten sowie in der Arbeit mit den PatientInnen im Vordergrund stehen sollten (Jones, 2002, S. 19ff).

Cotton (2013), Parsons (2006), Paulus (2013), Stone (1999) und DiGiovanna (2005) nennen die vier Prinzipien der osteopathischen Medizin nach Still. Ersten Punkt stellt die Annahme dar, dass der Körper als Einheit verstanden werden soll. Kein Organ, als Beispiel, funktioniert alleine, alles steht mit allem in Verbindung. Sie dienen dem größeren Ganzen, dem Wohl des Organismus. Vor allem das neurologische und muskuloskeletale System unterstützen die Kommunikation zwischen den einzelnen Bereichen. Doch das sind laut den Ansichten der Osteopathie nicht die einzigen Komponenten aus denen ein Mensch besteht. Hinzu kommen die Psyche, der Körper und die Spiritualität. Die Verbindung von Psyche und Körper könnte man zudem in den Bereich der Psychosomatik einordnen, und diese wiederum repräsentiert ein komplett eigenes Forschungsfeld. Das zweite Prinzip ist die Verknüpfung von Struktur und Funktion. Jeder Körperteil führt eine Funktion aus, die der zugrundeliegenden Körperstruktur zuzuschreiben ist. Folglich bringt eine gestörte Struktur eine gestörte Funktion zum Vorschein,

die sich wiederum auf zum Beispiel den Muskel als Struktur auswirkt was in weiterer Folge dazu führt, dass die Funktion weiter beeinträchtigt wird. Der dritte Punkt hält fest, dass der Körper Selbstregulationsmechanismen besitzt. Hier anzuführende Beispiele wären etwa das Hormonsystem oder der Blutdruck. Organe mit denselben Eigenschaften sind das Herz oder die Niere, welche die Blutzirkulation selbst regulieren können, um etwa Toxine auszuscheiden. Als letzten Punkt wird die Fähigkeit des Körpers angeführt, sich selbst zu verteidigen und zu reparieren. Die Haut und die Muskel heilen von selbst, kleine Härchen in der Nase schützen uns vor zu großen Partikeln und das Immunsystem verteidigt den Körper gegen Feinde von außen. Der Körper selbst dient als Schutzhülle für innere Organe und sollte ein Verlust eines Organs gegeben sein, so übernehmen andere Organe so weit wie möglich die jeweiligen Funktionen und versuchen so den Verlust zu kompensieren.

Wie also ist nach den Prinzipien der Osteopathie Krankheit zu verstehen? Cotton (2013) nennt einerseits die gestörte Anpassungsfähigkeit des Körpers die die Selbstreparatur beeinträchtigt. So etwa Faktoren von außen, welche die Schutzbarrieren des Körpers überwinden und eindringen können. Durch dieses unerwartete Eindringen kann sich der Körper nicht darauf vorbereiten und ist schlicht weg überwältigt. Krankheit tritt ein. Medikamentöse Therapie kann ergänzend wirken, um den Körper soweit auf Vordermann zu bringen, dass dieser es schafft seine Selbstregulations- und Selbstheilungsmechanismen wieder aufzunehmen.

Es werden nach Cotton (2013) zudem noch drei weitere Prinzipien angeführt, welche für die Arbeit des Osteopathen essentiell sind. Zu Beginn steht das Fließen der Körperfluide, welche Gesundheit signalisieren. Dieser Fluss soll durch die osteopathische Behandlung wiederhergestellt werden. An zweiter Stelle steht die Wichtigkeit des Nervensystems, das die Kontrollfunktion des Körpers darstellt und in dieser aufrechterhalten werden muss. Letzteres führt nochmals die Wichtigkeit des Nervensystems an, auch um den Körper Signale zu übermitteln, welche auf Krankheit oder Dysfunktion schließen lassen.

Nach Fryer (2013) stellen jene Prinzipien eine Leitlinie für osteopathische Behandlungen im klinischen Alltag dar und sollen die osteopathische Therapie von anderen medizinischen Heilverfahren abgrenzen.

4.2 Neurologischer und kognitiver Ansatz

Schon Littlejohn (1906) stellte eine Verbindung zwischen psychischen Störungen und somatischen Erscheinungsbildern her. Nach ihm war der Geist das elementarste Glied des Lebens. Dieser ist zuständig für die Konnektivität der einzelnen Komponenten, welche im Zusammenhang mit Still genannt wurden, mit dem Organismus. Auch den geistigen

Problemen liegt eine strukturelle und funktionelle Problematik zugrunde, sodass auch der damals bezeichnete Irrsinn durch richtige Anwendung der osteopathischen Technik entfernt werden konnte. Er bezeichnet diesen Bereich als Psycho-Physiologie und führt an, dass nur ein gesunder Geist einen gesunden Körper zur Folge haben kann, da, wie schon eingangs erwähnt, der Geist die allumfassende Kraft ist und somit Kraft und Glück maßgeblich beeinflusst. Dies lässt die Ableitung zu, dass bevor eine körperliche Heilung möglich ist, der Geist geheilt werden muss. Zentrum einer Behandlung geistig kranker Personen ist nach Littlejohn das Nervengewebe, welches aufgrund von Entwicklung oder äußerlichen Einflüssen beschädigt wurde.

Einen aktuelleren Ansatz zu diesem Bereich liefert Greenman (2000) mit der neurologischen Kontrolle. Er führt an, dass alle Körperfunktionen in irgendeiner Art vom Nervensystem kontrolliert werden. Es wird permanent auf Stimuli aus der Umwelt geachtet und reagiert. Diese Reaktion geschieht durch Reflexwege wie etwa über die Haut, Muskel, Gelenke und Sehnen. Neurologische Modelle gehen davon aus, dass durch manualtherapeutische Behandlungen neuronale Prozesse beeinflusst werden können und diese wiederum andere Bereiche positiv beeinflussen können.

An diesem Punkt soll nun die Verbindung zwischen den psychologischen Krankheiten nach ICD-10 und DSM-IV und den osteopathischen Behandlungen stattfinden.

Auch Still war diese Verbindung gewahr, sodass er im Jahr 1916 ein osteopathisch-psychiatrisches Krankenhaus in Missouri eröffnete. Vorallem *“structural and functional relationships between somatic dysfunction, hormonal systems, central and peripheral nervous system, and resultant mood and behavior”* waren die Hauptaugenmerke der dortigen klinischen Arbeit (Baron, Julius, & Willard, 2011).

4.3 Wirkungsnachweise Osteopathie

Die wohl am häufigsten vorzufindenden somatischen Beschwerden unserer Zeit sind Rücken und Nackenbeschwerden. Auch im Kontext psychischer Störungen sind diese wie dem Abschnitt der psychischen Störungen zu entnehmen ist, eine häufig auftretende zusätzliche Symptomatik. Von Seiten der Osteopathie entsteht daher die Annahme, dass sobald den somatischen Beschwerden entgegengewirkt wird, sich der psychische Zustand auch dementsprechend verbessert. Die Metaanalyse rund um Williams (2007) versuchte Belege für die Effektivität der Osteopathie auf Seiten der psychischen Krankheiten durch systematische Reviews von randomisiert-kontrollierten Studien in diesem Bereich zu ermitteln. Gefunden wurden in Summe 129 passende Studien, von denen 12 die Auswirkungen der Therapie, auch

auf psychologischer Ebene bestätigen konnten. Zudem konnte festgestellt werden, dass die spinale Manipulation die psychologische Komponente zusätzlich beeinflusst sowie den wahrgenommenen Schmerz im unteren Rückenbereich reduziert.

Licciardone (2007) bezeichnet in ihrer Studie zur Effektivität von Osteopathie PatientInnen mit psychischen Symptomen als eine Gruppe mit wahrscheinlich schlechterem Outcome.

Dem gegenüber steht die Studie von Egorova & Buchnov (2015) die bei jugendlichen Mädchen nach einem osteopathischen Behandlungszeitraum signifikante Unterschiede in Bereichen der Leistungsfähigkeit, dem Schnelligkeitsgrad der Ermüdung und der Angst feststellen konnte.

4.4 Osteopathische Behandlung und Schmerzen in Verbindung mit psychischen Krankheiten

In diesem Abschnitt wird auf Schmerz sowie osteopathische Behandlungsmöglichkeiten bei Depression, Angststörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen eingegangen.

4.4.1 (Chronischer) Rückenschmerz und dessen psychologischer Zugang

Laut den Aufzeichnungen der Statistik Austria aus dem Jahre 2011 liegen auf Platz eins der dauerhaften Beschwerden der ÖsterreicherInnen die Probleme mit Rücken oder Nacken, mit einem Prozentsatz von ca. 22,5% insgesamt, bei den zwischen 15 und 64 Jahre alten Personen, wohingegen mehr Frauen als Männer betroffen sind.

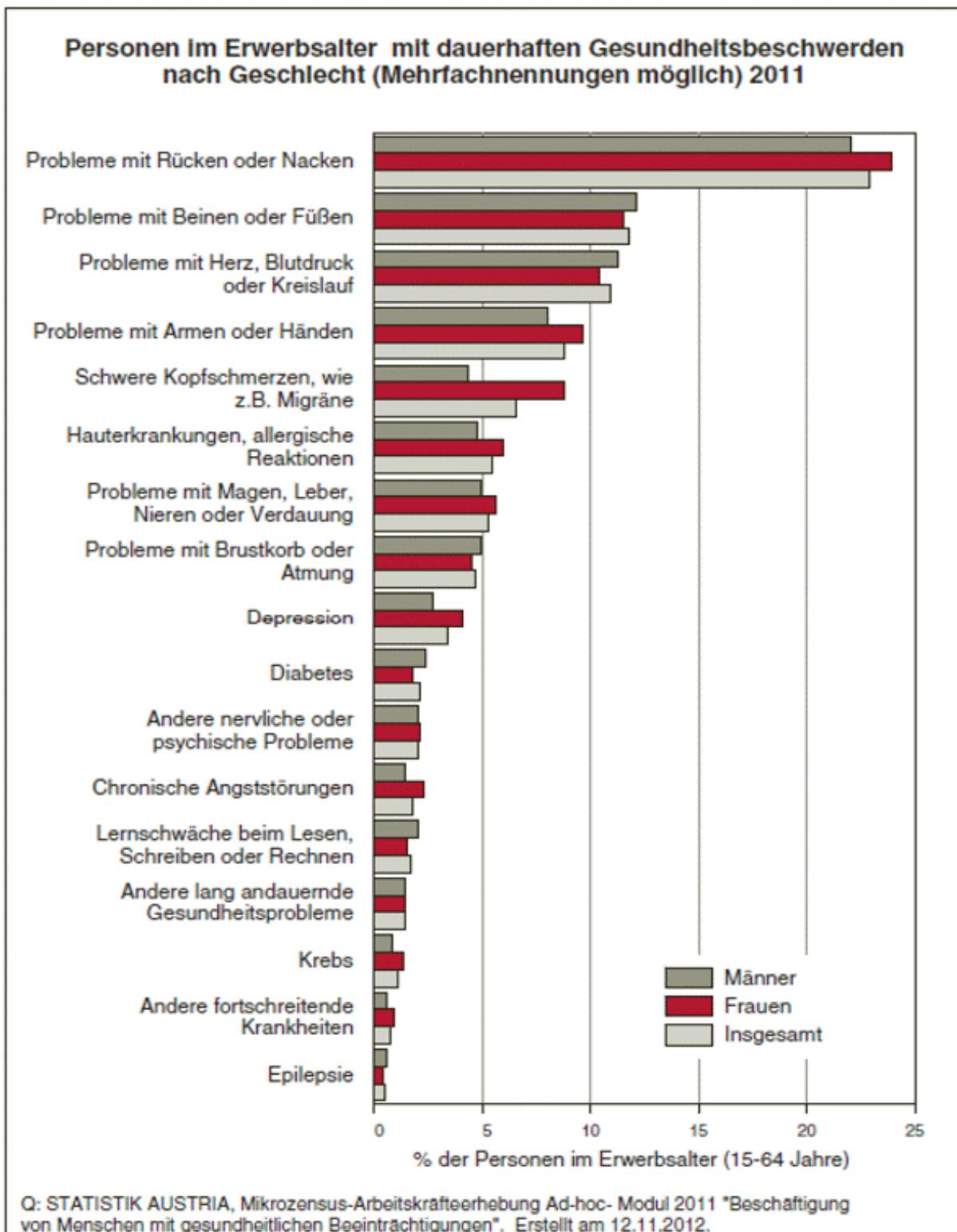


Abbildung 1: Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. (Statistik Austria, 2012)

Den fünften Platz in dieser Aufstellung nehmen mit circa 6,5% schwere Kopfschmerzen ein und auf dem neunten Platz ist die Depression mit einer Auftretensrate im Jahr 2011 bei ca. 3% der Männer und 4,5% der Frauen vorzufinden. (Abb.1)

Licciardone (2007) führt ein Modell der Schmerzverarbeitung an, welches in vier Stufen unterteilt werden kann. Die erste Stufe beinhaltet die Schmerzintensität und steht in Zusammenhang mit genetischen Dispositionen und molekularen Faktoren. Stufe zwei beschreibt das unangenehme Gefühl aufgrund des Schmerzreizes. Stufe drei beinhaltet das Leiden, welches vor allem bei chronischen SchmerzpatientInnen stark ausgeprägt ist. Dieser Leidensprozess ist stark an kognitive Prozesse gekoppelt, welche sich in negative Emotionen und negative Überzeugungen aufspalten und dadurch den Leidensprozess charakterisieren. Als letzte Stufe kann die Schmerzauswirkung angeführt werden, welche in einer zum Beispiel beeinträchtigten Körperhaltung zum Ausdruck kommt.

Ein weiteres Modell in der Entwicklung von Schmerz stellt das "fear-avoidance" Modell dar. Sieben et al. (2005) beschreiben diese Modell in Verbindung mit chronischem Rückenschmerzen. Grundlegend an dem Modell ist, dass der auftretende Schmerz im Rückenbereich zu Beginn als etwas sehr bedrohliches wahrgenommen wird und auf eine schwere Verletzung hindeuten könnte. Aufgrund dessen entwickeln die Personen Angst gegenüber diesem Schmerz und versuchen diesen um jeden Preis zu vermeiden indem sie Bewegungen die diesen hervorrufen könnten, vermeiden. Dieses Vermeidungsverhalten führt jedoch, entgegen der Annahme, zu weiteren Beeinträchtigungen. Somit schließt sich der Kreislauf und chronische SchmerzpatientInnen sind darin gefangen.

Truchon (2001) führt vier Determinanten an, welche chronischen Rückenschmerz begünstigen können.

1. Medizinische Faktoren wie etwa Diagnosen, Tests oder schon frühere Probleme im Bereich des Rückens
2. Arbeitsbezogene Faktoren. Dazu zählen die körperliche Beanspruchung der Aufgabe, die Zufriedenheit mit dem was man tut, der wahrgenommene Stress sowie die Unterstützung
3. Psychische Faktoren wie etwa der wahrgenommene Schmerz, die Persönlichkeit, affektive Variablen, kognitive Variablen sowie Coping-Strategien.
4. Soziodemografische Faktoren. Dazu gehören das Alter, das Geschlecht, die Ausbildung, die Ethnizität als auch die finanzielle Situation.

Auch Gatchel (1999) weist auf die noch kleine Rolle der psychosozialen Faktoren im Zuge der Schmerzforschung hin führt aber auch an, dass diese zunehmend an Wichtigkeit in den diversesten Forschungsbereichen rund um den Schmerz gewinnt. Dieses Wachstum ist der kognitiven Forschung in den letzten Jahren zu verdanken, welche die einzelnen Disziplinen mit der Psychologie in Verbindung gebracht hat und daraus ein biopsychosoziales Modell entstanden ist.

Dionne (2005) versuchte mittels einer Studie mögliche prognostische Faktoren für das Auftreten von Rückenschmerzen zu ermitteln. Hauptaugenmerk wurde auf psychischen Stress gelegt und in wie weit dieser zur angeführten Symptomatik führen kann. Den Resultaten der Studie ist zu entnehmen, dass psychischer Stress Einfluss zu haben scheint und die Ergebnisse mit den Resultaten anderer Studien übereinstimmen.

Eine Möglichkeit um den chronischen Verlauf des Rückenschmerzes zu unterstützen ist das subjektive Gefühl der Schuld. Fehlen Gründe warum der Schmerz aufgetreten ist und sind die Copingstrategien der jeweiligen Person schlecht ausgebildet, so kann es dazu führen, dass der/die PatientIn sich selbst die Schuld an den Schmerzen zuschreibt und dass wiederum die Symptomatik verschlechtert oder die Therapie negativ beeinflusst. Forschungen zufolge sind drei Formen von Schuld in diesem Bereich ausschlaggebend. Die soziale Schuld, die Schuld den eigenen Schmerz nicht handhaben zu können sowie die Schuld wenn der Schmerz nicht vorhanden sein sollte. Zudem wird angeführt, dass die Depression eine maßgebliche Komponente in der Empfindung von Schuld darstellt (Serbic & Pincus, 2014).

Auch im Kapitel der psychischen Störungen wurde die Schuld als eine der häufigsten Symptome der Depression angeführt und kann durch diesen somatischen Zugang, nicht nur charakteristisch für eine affektive Störung sein, sondern auch ein chronisches Leiden begleiten. Nach Frydrich & Ülsmann (2010) ist in so einem Fall eine Differentialdiagnostische Abklärung essentiell sofern nicht in einem multiprofessionellen Team gearbeitet wird, in dem medizinische, psychologische und physiologische Aspekte nicht zu kurz kommen.

Die Studie um Pringle & Tyreman (1993) legt nahe, dass auch chronischer Schmerz mittels osteopathischer Behandlung reduziert werden kann. Vorteilhafter für die Behandlung und den Outcome erscheint ein leichter bis mittelgradiger Schmerz.

Licciardone, Gatchel, & Aryal (2016) konnten speziell für den Fall der chronischen Rückenschmerzen signifikante Testergebnisse im Bereich der Wirksamkeit osteopathischen Behandlung feststellen. Jedoch wird auch hier wieder angeführt, dass PatientInnen ohne Komorbidität im Bereich der Depression eher von einer osteopathischen Behandlung profitieren als PatientInnen mit einer Monosymptomatik.

Vergleicht man nun die Effektivität der osteopathischen Behandlung mit physiotherapeutischer Behandlung oder eines Gruppentrainings so zeigt sich, dass alle Behandlungen eine Reduktion der Symptome im Rückenbereich nach sich ziehen, die Osteopathische Behandlung jedoch den größten Erfolg in puncto Langzeiteffekte verspricht (Chown, et al., 2008).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Rückenschmerz die Krankheit unseres Zeitalters darstellt. Sei es in chronischer Form oder mit vereinzelt auftretenden Problemen. Die Ursachen mögen die verschiedensten sein, nicht darf jedoch auf die psychosozialen Faktoren vergessen werden, die maßgeblich zur Entstehung und Aufrechterhaltung beitragen. Das subjektive Empfinden von Schuld bezüglich des chronischen Schmerzes verzögert die Besserungsraten der PatientInnen.

Auch bei PatientInnen mit Depressionen können vermehrt Schuldgefühle sowie Beschwerden im Nacken und Rückenbereich vorhanden sein (Weltgesundheitsorganisation, 2005).

Im nächsten Kapitel sollen die schon im ersten Teil angeführten psychischen Erkrankungen aus osteopathischer Sicht dargestellt und neue Forschungsbefunde aufgezeigt werden.

4.4.2 Osteopathische Behandlungen bei Depression

Speziell die Depression kennzeichnet sich durch diverse physiologische und vegetative Symptome aus. Solche wären etwa Energielosigkeit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Weinen, Schlafstörungen, Morgentief, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Libidoverlust, innere Unruhe, Spannung, Reizbarkeit, Wetterfühligkeit, allgemeine vegetative Beschwerden wie zum Beispiel Magenbeschwerden und Kopfdruck. Zudem sind motorische Symptome zu erkennen wie eine verlangsamte Sprache und Motorik, geringe Aktivitätsrate, kraftlose, gebeugte, spannungslose Körperhaltung oder nervöse, zappelige Unruhe als auch eine starre Mimik (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011).

Diese eng umschlungene Verbindung zwischen der emotionalen und der physischen Komponente ist bei Angsterkrankungen und der Depression verstärkt zu bemerken. Auf Grund dessen steigen auch die Aufenthaltstage im stationären Bereich. Nach Levin (1989) zitiert nach Kuchera & Jerome (2011) leiden etwa 50% der chronischen SchmerzpatientInnen an einer Depression und weisen deshalb weniger Therapieerfolg und einen vermehrten Gebrauch an Medikamenten auf.

Blair et al. (2003) nennen hohe Zahlen für PatientInnen im psychiatrischen Kontext mit wahrgenommenen Schmerzen. So weisen in einzeln angeführten Studien etwa 51% der psychiatrischen PatientInnen multiple Schmerzpunkte auf, 56% nennen spezifische

Schmerzen, und 60% nennen alle Typen von Schmerzen. Nach Analyse einzelner Studien gelangen Blair et al. zu dem Ergebnis, dass die Prävalenz für depressive PatientInnen auch als SchmerzpatientInnen zu gelten bei 65% liegt. Im umgekehrten Fall konnte errechnet werden, dass die Prävalenz für SchmerzpatientInnen an einer Majoren Depression zu erkranken bei 52% festgemacht werden kann.

Die Wahrnehmung von Schmerz oder auch die Angst vor Schmerzen kann zu negativen Gefühlen bis hin zu einer depressiven Symptomatik führen. So ist auch der Großteil chronischer SchmerzpatientInnen davon betroffen. Die Symptome äußern sich meist dadurch, wie ein/e PatientIn auf den chronischen Schmerz reagiert beziehungsweise in seiner Reaktionsfähigkeit eingeschränkt ist (Eccleston, 2001).

Read & Pincus (2004) führen ein "Schmerz-Schema" an, welches die Person und deren Zukunftsperspektiven beeinflussen kann. Durch den Schmerz bei chronischen SchmerzpatientInnen ergeben sich krankheitsbezogene Konsequenzen für zukünftiges Handeln. Kommt nun auch noch die depressive Symptomatik hinzu, wertet sich die Person meist selbst ab. Zusammengeführt heißt das für zukünftige Perspektiven, dass diese als negativ aufgrund der Krankheit und des Selbst wahrgenommen werden.

Angstman et al. (2013) verbinden die depressive Symptomatik mit chronischem Rückenschmerz und gelangen zu dem Ergebnis, dass eine steigende depressive Symptomatik zu stärkeren Rückenschmerzen führt. Ebenso suchen jene PatientInnen vermehrt ihren Arzt/ihre Ärztin auf, was das Gesundheitssystem zunehmend belastet.

Wie also kann Osteopathie in diesem Feld helfen? Ceritelli et al. (2015) beschreiben in ihrer Studie die Effektivität einer osteopathischen Behandlung im Kontext von Kopfschmerzen verglichen mit einer Kontrollgruppe bzw. Wartegruppe. Die Ergebnisse konnten zeigen, dass Osteopathie in Falle von Kopfschmerz

1. Die Schmerzintensität signifikant und langfristig senkt
2. Die wahrgenommenen Symptome signifikant reduziert
3. Die Tage mit Kopfschmerzen im Monat signifikant als auch langfristig senkt
4. Die Einnahme von Medikamenten signifikant reduziert.

Vor allem die Tage mit Kopfschmerz pro Monat konnten von circa 22 auf unter 5 reduziert werden, was eine deutliche Steigerung der Lebensqualität mit sich zieht.

Die Studie von Plotkin et al. (2001) konnte bei Frauen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren mit einer moderaten Depression eine signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik mittels zusätzlicher osteopathischer Behandlung feststellen. Die Ergebnisse konnten zeigen,

dass alle Personen, welche eine osteopathische Behandlung erhalten haben, nach dem Versuchszeitraum im klinisch unauffälligen Bereich mit ihren depressiven Symptomen lagen.

Wie auch schon im ersten Teil angeführt, ist eines der Symptome der Depression die Insomnie (Schlafstörung). Diese kann, gleich dem Rückenschmerz, chronische Formen annehmen. Ist eine chronische Schlafstörung gegeben, so hat dies meist Auswirkungen auf den Arbeitsplatz und das soziale Leben der Person. In den USA waren rund 100 Billionen Dollar jährlich für Gesundheitsmaßnahmen betreffend die Schlafstörung ausgegeben. Im chronischen Fall jedoch, wird meist von einer Pharmakologischen Behandlung abgeraten, da die längerfristige Einnahme zu gesundheitlichen Nebenwirkungen führen kann. Aus diesem Grund untersuchten Lande und Gragnani nichtpharmakologische Ansätze, darunter auch die Osteopathie die in diesem Zusammenhang Erfolge erzielen konnte (Lande & Gragnani, 2010).

Wiegand et al. (2015) widmeten sich in ihrer Studie dem Thema Stress, Fatigue und Depression und in wie weit diese Bereiche durch eine osteopathische Behandlung reduziert werden konnten. Das Thema Stress ist ebenso wichtig wie das der Depression, denn auch durch Stress können vielerlei körperliche Symptome hervorgerufen werden. So etwa Kopfschmerzen, Magenschmerzen, eine geminderte Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit als auch eine verminderte Lebenserwartung. Die osteopathische Behandlung versucht mentale als auch emotionale Bereiche zu beeinflussen und in diesem Fall, Stress, Angst, Depression sowie Fatigue zu mildern. Die Studie konnte signifikante Ergebnisse der osteopathischen Behandlung auf die physiologische Komponente, der Fatigue, zeigen. Im Falle der Depression als auch dem wahrgenommenen Stress konnten ebenfalls positive Effekte verzeichnet werden.

4.4.3 Osteopathische Behandlungen bei Angststörungen

Auch im Fall für die Angststörung gibt es, wie schon im Kapitel der psychischen Störungen erwähnt, ein erhöhtes Risiko für Personen die vor dem 15. Lebensjahr an einer Angststörung erkranken auch eine depressive Symptomatik im weiteren Verlauf zu entwickeln (Abb. 2).

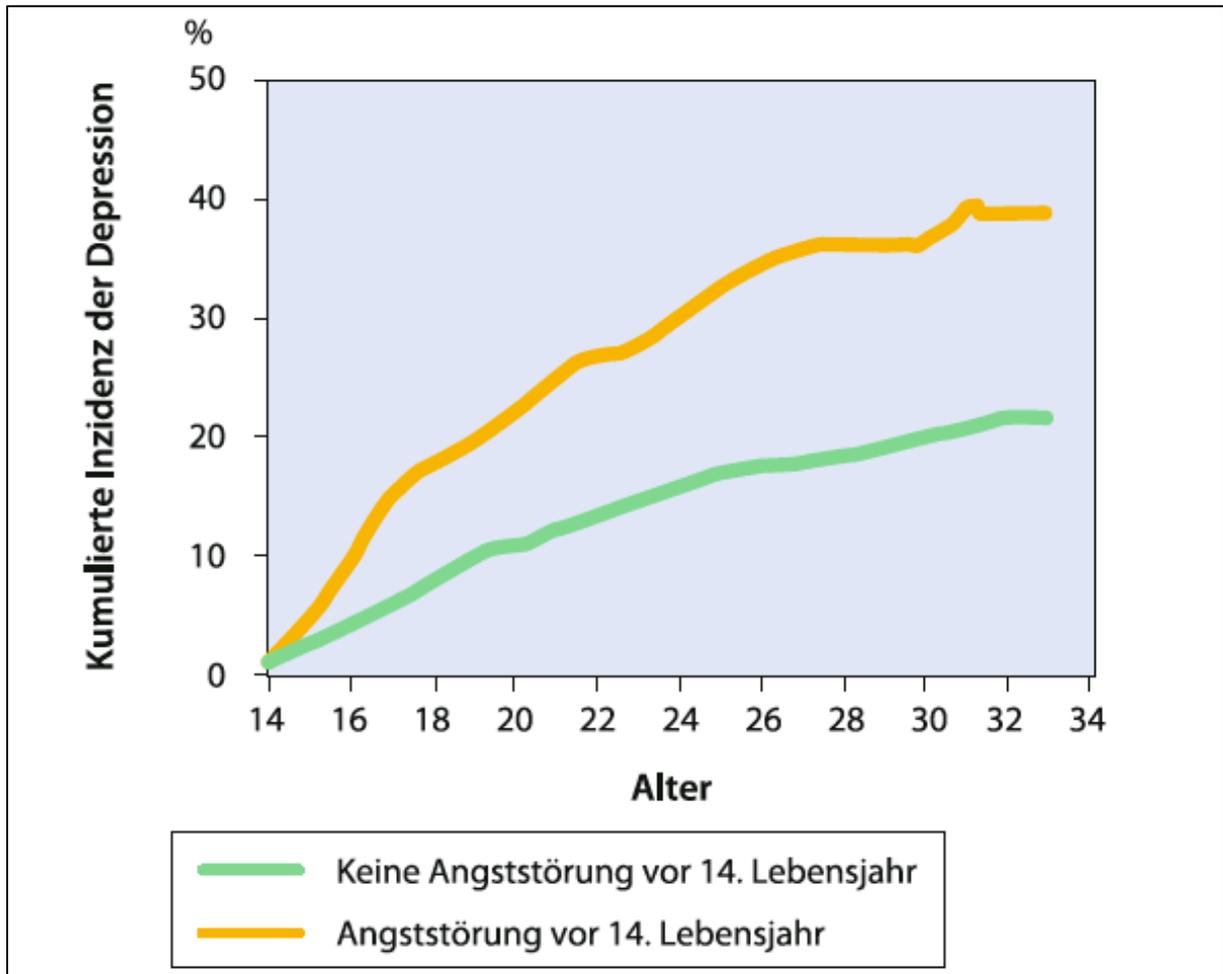


Abbildung 2: Auftretenswahrscheinlichkeit einer Depression nach Diagnose einer Angsterkrankung vor dem 15. Lebensjahr. (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S.894)

Ähnlich der Depression äußert sich die Angststörung sowie die Panikstörung über diverse körperliche Ebenen. Der/die akut ängstliche PatientIn klagt über Atemnot, Brustschmerzen, Kopfdruck, Kopfschmerzen, Würgegefühle im Hals, Sehstörungen, Herzrhythmusstörungen, Magen-Darmstörungen, Zittern in den Extremitäten sowie über Schlafstörungen (Rudolf G. A., 1992).

Vergleicht man nun jene Symptomatik, so ist einiges auch von Seiten der Depression bekannt. Auch die Studie rund um Bystritsky et al. (2012) zeigte, dass auch bei den AngstpatientInnen der Therapieaoucome sank, sofern mehrere andere Diagnosen zusätzlich gestellt wurden. Zudem zeigte sich, dass PatientInnen, welche eher an die Wirkung medikamentöser Therapie im Gegensatz zu alternativen Verfahren galubten, geringere Besserungsraten aufwiesen.

Budhani et al. (2015) konnten signifikante Verbesserungen im Schweregrad der Angsterkrankung nach einer Kurzzeitbehandlung mittels Osteopathie feststellen. Zudem wurde die Bewegungsfreiheit der Personen erweitert und Schmerzen reduziert.

Auch Pomykala et al. (2008) konnte mittels einer PatientInnenbefragung nach der osteopathischen Behandlung in Erfahrung bringen, dass 90% der PatientInnen weniger Angssymptome verspürten, 74% weniger Schmerzen, 43% weniger Schmerzmittel benötigten und sich bei 98% der PatientInnen das allgemeine Wohlbefinden steigerte.

Für das Symptom der Magenschmerzen bei AngstpatientInnen zeigen (Collebrusco & Lombardini, 2014) den förderlichen Ansatz einer osteopathischen Therapie auf. Diese fördert die „[...] *homeostatic balance, normalize autonomic activity in the intestine, promote lymphatic flow, and address somatic dysfunction.*“

Schleip und Jäger (2014) beschreiben die Wichtigkeit der Faszien. *“Hier werden Körperempfindungen, die mit physiologischen Bedürfnissen assoziiert sind, mit emotionalen Färbungen verknüpft (Temperatur, Eingeweideaktivität, Hunger, muskuläre Anstrengung, Vasomotorik etc.). Einige Pathologien hängen interessanterweise eher mit einer gestörten Interozeption zusammen als mit einer gestörten Sensomotorik; hierzu gehören unter anderem posttraumatische Belastungsstörung, Reizdarm, Depression, Angstneurosen, schizoide Störungen, Alexithymie (Gefühlsblindheit) und Essstörungen.“* Als Interozeption wird das allgemeine Gefühl über den eigenen Körper verstanden das bei den angeführten Störungen beschädigt zu sein scheint. Die Faszien nehmen die Moderatorrolle dieses Gefühls an. Durch die manuelle Therapie the Osteopathie wird dieses Gefühl über die Faszien wieder herzustellen versucht.

4.4.4 Osteopathische Behandlungen bei Posttraumatischer Belastungsstörung

Auch für den Bereich der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) lassen sich Befunde über die Wirksamkeit einer osteopathischen Behandlung verlauten.

So haben etwa Krebs und Franque (2013) die Brücke zwischen SchmerzpatientInnen und TraumafolgepatientInnen geschlagen. Sie geben an dass sehr viele der TraumafolgepatientInnen ihr Leiden somatisch zum Ausdruck bringen, wie etwa durch Schmerzen diverser Körperteile. Das sich immer wiederholende Trauma wird als chronische Stressreaktion wahrgenommen und führt zur Belastung des Körpers. Die osteopathische Behandlung setzt am Menschen selbst an, indem sie ihm hilft, sich selbst als ganzes Wesen wahrzunehmen und zu lernen sich selbst zu beobachten und sich selbst zu versorgen zu

lernen. Osteopathie sieht sich auch als eine zwischenmenschliche Beziehung. Mittels der Anamnese werden gekannt Traumasymptome, wie etwa Schlafstörungen, Alpträume, Ängste, Vermeidungsverhalten und Flashbacks, abgefragt. Die Behandlung selbst geht sehr behutsam voran, indem der/die TherapeutIn jeden seiner Schritte sorgsam ankündigt, da die PatientInnen meist sehr instabil sind und Berührungen zu einem Hyperarousal führen kann oder die erlebte, traumatische Situation triggern kann. Um Erlaubnis von Berührungen zu fragen ist hierbei essentiell. Die Orientierung zur eigenen Person, dem Ort, der Situation und der Zeit soll immer gegeben sein. Zusätzlich zur Therapie soll dem die Möglichkeit geboten werden, einfache Übungen auch zuhause oder in unbehaglichen Situationen ausführen zu können.

Im Fall der USA sind viele Personen nach der Rückkehr aus dem Irak-Krieg mit Symptomen der PTBS zurückgekehrt. Viele der Betroffenen suchten mit diversen, nicht erklärbaren Schmerzen, ihren Arzt/ihre Ärztin und PhysiotherapeutIn auf und wurden teilweise falsch diagnostiziert. In nur 46,5% der Fälle lautete die Diagnose korrekterweise PTBS. Aufgrund dessen erschien das militärische Klientel als besonders gefährdet, da diese im Kampf Situationen ausgesetzt sind, die verstörend, ängstigend und schlussendlich traumatisierend sein können. Neben medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlungsansätzen scheint auch die osteopathische Behandlung Positives auf Seiten der Symptomreduktion beitragen zu können. Da die Betroffenen meist an einem erhöhten Muskeltonus leiden, sind osteopathische Ansätze förderlich um etwaigen somatische Dysfunktionen entgegenzuwirken. Wichtig ist auch zu vermitteln, dass die Personen mit einer PTBS ihre Isolation und ihren sozialen Rückzug hinter sich lassen und den Kontakt mit anderen Menschen suchen (Reeves, 2007).

Hartwig (2013) nennt in diesem Zusammenhang das sogenannte "Gewebegedächtnis", welches unter anderem negative emotionale Erfahrungen (dabei vorallem Stress) speichert. Zudem wird auch hier wieder auf die Auswirkung osteopathischer Behandlungen auf die Faszien und die damit verbundene Besserung angeführt.

Man kann somit festhalten, dass PatientInnen mit psychischen Erkrankungen in den meisten Fällen an Schmerzen diverser Körperregionen leiden. Aufgrund dessen, kann durch eine osteopathische Behandlung eine Linderung der Schmerzen erfolgen und folglich auch die psychische Symptomatik schneller reduziert werden. Das bedeutet wiederum, dass die Kosten anfälliger Therapien und die Anzahl der Krankenstandstage reduziert werden könnte, würde eine Kombination aus zum Beispiel Osteopathie und Psychotherapie in Anspruch genommen werden.

In Österreich ist jedoch bis dato die Osteopathie, gleich der Psychotherapie, nicht als allgemeine Kassenleistung definiert und ist dadurch mit höheren Kosten verbunden (Osteopathie in Österreich: Österreichische Gesellschaft für Osteopathie, 2013).

Nichts desto trotz erleben PatientInnen die osteopathische Behandlung als entspannend, befreiend, wärmend, ausgleichend und lockernd. (Abb 3)

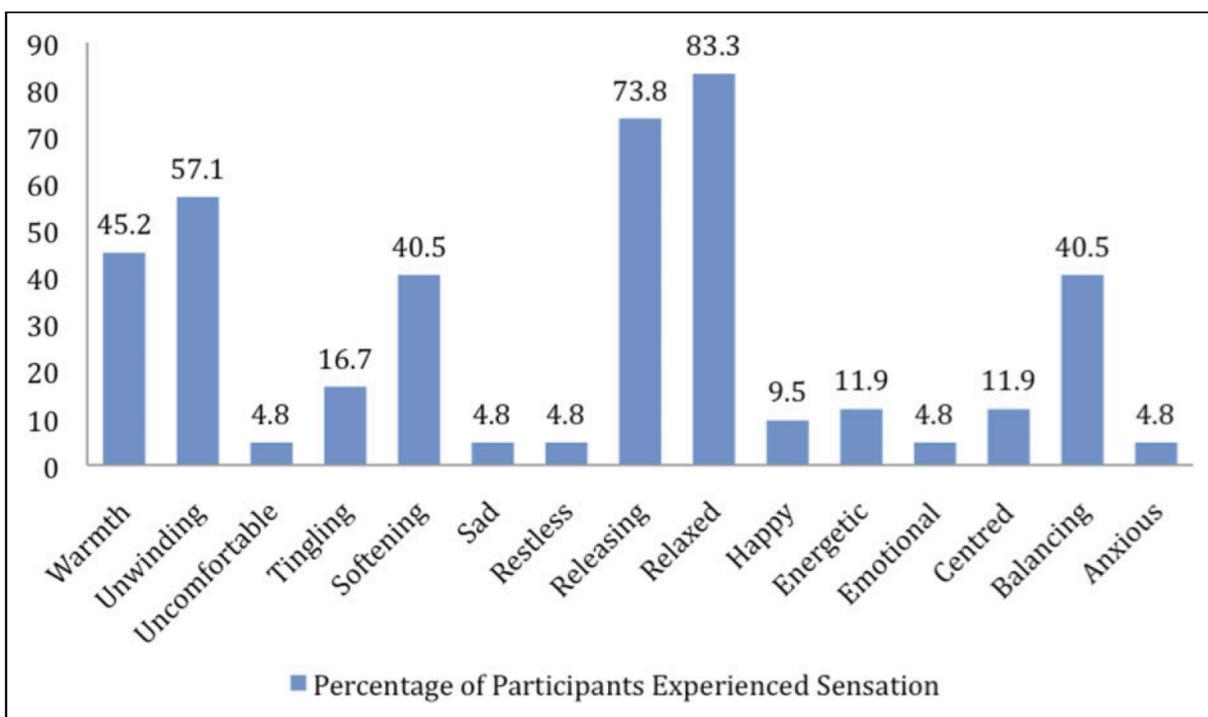


Abbildung 3: Wie PatientInnen die osteopathische Behandlung erleben (Mulcahy & Vaughan, 2014)

Abschließend konnte auch Orrok (2015) durch seine Studie sehr schöne PatientInnenerlebnisse mit der Osteopathie beschreiben. So etwa jene: *“It effects my personal wellbeing”, “Puts my energy and my strength up, I’ll sleep right through again”, “Improved breathing”, “Like taking off a heavy coat. I’d gone from nothing to two kilometres (walking)”, “They give me ideas and things to help myself rather than expecting someone else to fix it”.*

5 Forschungsfrage

In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, ob und in welcher Weise das subjektive Erleben und die Wirkweise der osteopathischen Behandlung der PatientInnen in Zusammenhang mit den Absichten und Behandlungszielen osteopathischer Philosophie steht.

Da speziell in Österreich das Angebot an osteopathischen Behandlungsmöglichkeiten sehr klein, wenig bekannt und im klinischen Kontext nur vereinzelt angewendet wird, soll den PatientInnen durch diese Studie die Möglichkeit einer alternativen Behandlung aufgezeigt werden. Im Zuge dessen sollen die Wirkmechanismen dieser Therapie, am noch wenig erforschten Klientel der psychisch Erkrankten, untersucht werden.

Daraus leitet sich die nachstehende Fragestellung ab:

Wie erleben PatientInnen mit psychischen Erkrankungen osteopathische Behandlungen und welche Wirkungen nehmen sie wahr?

Nachfolgend werden die Methoden der Behandlung, der Erhebung und der Auswertung beschrieben, anhand derer diese Forschungsfrage beantwortet werden soll.

6 Methodologie

Im ersten Schritt werden Relevanz der Studie und die Fragestellungen ausgeführt, danach wird die Einrichtung beschrieben, in der die Studie durchgeführt wurde.

6.1 Beschreibung der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt

Die Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt stellt seit dem Jahre 2007 eine mit 81 Betten besetzte Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Personen dar. Das Leitmotiv der Klinik besteht darin, der Chronifizierung psychischer Krankheiten entgegenzuwirken. Die Aufnahme der PatientInnen erfolgt im drei-Wochen Rhythmus. Durch dieses zeitversetzte Intervall ist die Behandlung der PatientInnen in kleineren Untergruppen möglich und erhöht so das Behandlungsergebnis. Die Aufenthaltsdauer in der Reha-Klinik beträgt sechs Wochen, was die Klinik dadurch zu einem guten Bindeglied zwischen psychiatrischer Akutbehandlung und ambulanter Behandlung macht (Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt, 2016).

Dem Qualitätsbericht aus dem Jahr 2013 ist zu entnehmen, dass die Zahl an Personen die eine Reha vor dem Pensionsantritt in Anspruch nehmen seit dem Jahr 2010 stetig zunimmt. Die meisten PatientInnen stammen zudem aus Kärnten, der Steiermark, Niederösterreich oder Wien. Mit 87,8% übernimmt die Pensionsversicherungsanstalt die Kosten dieses sechswöchigen Therapieangebotes. Der Rest verteilt sich auf andere Versicherungsträger. Der berufliche Status der PatientInnen gliedert sich wie folgt:

- 30,4% Berufstätige
- 22,9% Arbeitslose
- 12,6% PensionsantragstellerInnen
- 29,8% PensionsempfängerInnen
- 4,3% Sonstige

Die Hauptdiagnosen aus dem Jahr 2013 verteilten sich auf drei, nach ICD-10 definierten, Störungsbilder:

- 49,3% (F3) Affektive Störungen
- 43% (F4) Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
- 3,1% (F2) Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- 4,2% fielen auf keine psychiatrische Hauptdiagnose

Des Weiteren wurde bei 46,4% der PatientInnen ein psychisches Trauma festgestellt (Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt, 2016).

Folgende Therapien werden, neben den psychotherapeutischen Verfahren, während der sechs Wochen im Einzel oder in Kleingruppen von drei bis 6 Personen angeboten:

- sensorische Integration
- gesunder Rücken
- Ergotherapie
- Bewegungstherapie
- Stressmanagement
- Musiktherapie
- Heilmassage
- Arbeitstraining
- Skillstraining
- Physiotherapie
- Gestalttherapie
- Therapeutisches Formenzeichnen
- Bauchtanz
- Tanztherapie
- Meditation
- AUDIVA (Hör-/Entspannungstherapie mit Musik von Bach und Mozart)
- Atemtraining
- Körperwahrnehmung
- ausdruckszentriertes Gestalten
- Konzentrierte Bewegungstherapie
- Kognitives Training
- Raucherentwöhnung (NADA)
- 10.000 Schritte Programm

(Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt, 2016)

6.2 Design und Versuchsablauf

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um ein qualitatives Forschungsdesign. Mayring (2002) nennt die fünf Grundsätze qualitativer Forschung. Dazu zählt die verstärkte Bezugnahme auf das Subjekt, die Betonung des Beschreibens und des Interpretierens, die Untersuchung der Subjekte in ihrer natürlichen Umgebung anstatt im Labor, sowie die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse.

Hussy, Schreier und Echterhoff (2013) führen des Weiteren das induktive Vorgehen bei qualitativer Forschung an. Das heißt, dass diese nicht von theoretischen Annahmen ausgeht, sondern die Ergebnisse, beziehungsweise erhobenen Daten, Rückschlüsse auf den beobachteten Gegenstand geben. Die Theorie über das erhobene Feld steht somit am Ende der Untersuchung.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Fokusgruppe durchgeführt.

Der Ablauf der Studie gliederte sich in eine Auswahlphase zu Beginn des Aufenthaltes in der Klinik, welche von Seiten des ärztlichen Teams durchgeführt wurde. Dieses Team befand 15 Personen als passende ProbandInnen für die Teilnahme an der Studie. Nach der Auswahl wurden mit den jeweiligen Personen Einzelheiten besprochen, Informationen zur Behandlung gegeben und offene Fragen geklärt. Ebenso wurde von den TeilnehmerInnen ihr schriftliches Einverständnis für die Behandlung eingeholt. Nach dieser Phase kamen 13 Personen für die osteopathische Behandlung mit 3 Einheiten à 45 Minuten in den folgenden 5 Wochen in Frage. Zwei Personen wurden aufgrund sprachlicher Barrieren ausgeschieden. In der letzten Therapiewoche fand die Fokusgruppe statt, woran drei Personen aus der Behandlungsgruppe nicht teilnehmen konnten. Somit umfasste die vorliegende Stichprobe zehn Personen (siehe Abbildung 4).

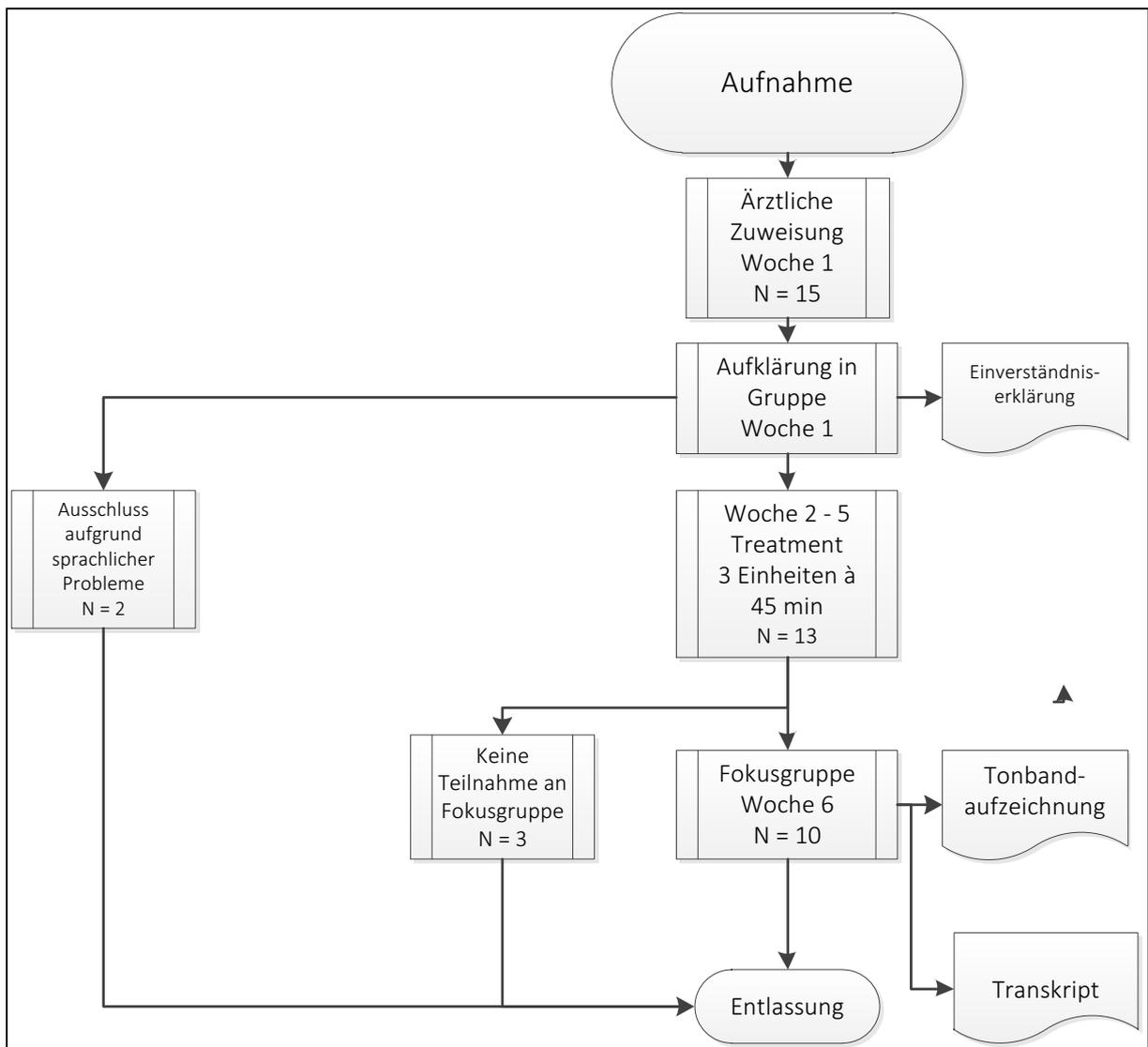


Abbildung 4: Ablaufmodell der Studie

Bei der Vorgehensweise zur Durchführung dieser Arbeit wurde nach folgendem Schema schrittweise vorgegangen:

- Inhaltliche Vorbereitung und Erstellung des Leitfadens für die Fokusgruppe
- Auswahl der zugewiesenen ProbandInnen mittels der definierten Ein- und Ausschlusskriterien
- Organisatorische Vorbereitung: Terminliche Planung von mindestens 3 osteopathischen Behandlungen und Terminisierung der Fokusgruppe
- Durchführung der osteopathischen Behandlungen der ProbandInnen im Zeitraum von 3-4 Wochen von Seiten der behandelnden Osteopathin (nicht der Studienautorin)
- Durchführung der Fokusgruppe nach Abschluss aller osteopathischen Behandlungen
- Transkription der Gruppendiskussion

- Auswertung der Transkriptionseinheit mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring

6.3 Stichprobe

Als StudienteilnehmerInnen wurden PatientInnen der Reha-Klinik für seelische Gesundheit in Klagenfurt herangezogen. Die TeilnehmerInnen absolvierten in dieser Zeit einen stationären Rehabilitationsaufenthalt von sechs Wochen.

PatientInnen mit den Diagnosen F 32-33 und F 41, F43 und F45, laut ICD-10 (siehe Tabelle 1), wurden als StudienteilnehmerInnen zugelassen, sofern sie die nachfolgenden Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten.

ICD 10 Code	Beschreibung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störungen
F41	Andere Angststörungen
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F45	Somatoforme Störungen

Tabelle 1: Diagnosen nach ICD 10 für die Stichprobe

6.3.1 Einschlusskriterien

Folgende Einschlusskriterien wurden für die vorliegende Studie a priori definiert:

- PatientInnen mit den Diagnosen F 32-33 und F 41,43 und 45 laut ICD 10
- PatientInnen, die den Rehabilitationsaufenthalt im vollem Ausmaß von 6 Wochen absolvieren
- PatientInnen die eine ärztliche Zuweisung zu „Osteopathie“ erhalten
- PatientInnen bei denen eine freiwillige Teilnahme und eine schriftliche Einverständniserklärung vorliegt
- PatientInnen, die über ein genügendes Ausmaß an Kommunikationsvermögen (zum Beispiel ausreichendes deutsches Sprachverständnis) verfügen (Reha-Klinik für Seelische Gesundheit und Prävention GmbH, 2016)

6.3.2 Ausschlusskriterien

Folgende Ausschlusskriterien wurden für die vorliegende Studie a priori definiert:

- PatientInnen mit einer oder mehreren der folgenden Diagnosen laut ICD-10: F 2, F 5 und F 6
- PatientInnen, bei denen ein verlängerter Rehabilitationsaufenthalt über das Ausmaß von sechs Wochen besteht
- PatientInnen, die ihren Rehabilitationsaufenthalt vorzeitig abbrechen
- PatientInnen, bei denen eine akute Verschlechterung ihres Krankheitszustandes während des Rehabilitationsaufenthalt eintritt

Aus einer Gruppe von ärztlich zur Osteopathie zugewiesenen PatientInnen wurden dreizehn PatientInnen ausgewählt. Die Auswahl der PatientInnen erfolgte anhand der beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien. Die Anzahl der ausgewählten PatientInnen reichte mit Absicht über die TeilnehmerInnenzahl der Fokusgruppe hinaus, um etwaige TeilnehmerInnenausfälle für die Fokusgruppe im Vorhinein zu vermeiden.

6.3.3 Stichprobengröße

Insgesamt wurden 15 PatientInnen zur Osteopathie zugewiesenen. Davon wurden 2 PatientInnen aufgrund sprachlicher Probleme ausgeschieden. Von 13 behandelten PatientInnen nahmen letztendlich N = 10 PatientInnen an der Fokusgruppe teil. Zwei PatientInnen konnten den Fokusgruppentermin nicht wahrnehmen und eine Patientin musste die Gruppe zu Beginn gleich wieder verlassen, da sie sich unwohl fühlte.

Die vorliegende Stichprobe war im Mittel 51,8 Jahre alt und wies unter anderem folgende Häufigkeit von Diagnosen auf:

- PTBS (1)
- Panikstörung (2)
- Rezidivierende depressive Episode, mittelgradig (7)
- Bipolare Störung (2)
- Burnout (2)
- Abhängigkeitserkrankungen (3)
- Chronisches Schmerzsyndrom (2)
- Pseudoradikuläres Schmerzsyndrom (1)
- Lumboischialgie (2)

- Cervicalgie (1)
- Diabetes mellitus Typ II (1)

6.4 Osteopathische Behandlung

Die Gesamtheit der Behandlungen wurden von einer Osteopathin (Angestellte der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit) durchgeführt. An dieser Stelle soll betont werden, dass die behandelnde Osteopathin nicht die Autorin dieser Studie war.

Die Begründung für diese Vorgehensweise lag darin, dass die Autorin dieser Studie selbst als Co-Moderatorin an der Fokusgruppe teilnehmen sollte. Dieses Vorgehen wurde also gewählt, um eine mögliche Beeinflussung der interviewten PatientInnen zu vermeiden.

Im Zeitraum von sechs Wochen erhielt jeder/e PatientIn drei osteopathische Behandlungen à 45 min.

In Bezug auf Art und Weise der osteopathischen Behandlung erhielt die behandelnde Osteopathin keinerlei Anweisungen von der Studienautorin. Die Behandlungen erfolgten ergo nach der „openbox“ Methode.

Nach einer fundierten Anamneseerhebung und osteopathischen Untersuchung jedes/er einzelnen Patienten/In, wurde die osteopathische Behandlung durchgeführt und anschließend dokumentiert.

Im Anhang C - Behandlungsdokumentation ist eine detaillierte Dokumentation der durchgeführten osteopathischen Behandlungen zu entnehmen.

6.5 Erhebungsmethode Fokusgruppe

Bei einer Fokusgruppe handelt es sich „[...] um eine moderierte und fokussierte Diskussion einer Gruppe von Personen, die durch den gegenseitigen Austausch und die Konfrontation mit Wahrnehmungen, Meinungen und Ideen anderer Diskussionsteilnehmer ein deutliches Plus an Informationen bieten soll als eine nacheinander durchgeführte Mehrzahl an Einzelinterviews. Gruppendynamische Prozesse sollten zu einer intensiveren Auseinandersetzung der Teilnehmer mit dem interessierenden Gegenstand führen, da die Mitglieder einer Fokusgruppe einerseits 14 ihre eigenen Meinungen gegenüber anderen Teilnehmern begründen müssen bzw. sich durch das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Wahrnehmungen und Ansichten gegenseitig befruchten können. Dieser gegenseitige Austausch sollte zu einer Vertiefung der

individuellen Überlegungen führen, wichtige zentrale Aspekte sollten daher klarer und deutlicher zu Tage treten als es in Einzelinterviews der Fall ist“ (Universität Innsbruck, 2016).

In der Literatur werden die Begriffe „Gruppendiskussion“ und „Fokusgruppe“ synonym verwendet. Während sich Erfahrungen von Menschen vor allem im Einzelsetting ethisch vertretbar gut erheben lassen, eignen sich Gruppendiskussionen besonders um Meinungen zu erfassen.

Krueger (1988) charakterisiert eine Fokusgruppe nach fünf Merkmalen:

„These characteristics relate to the ingredients of a focus group: (a) people, who (b) possess certain characteristics, (c) provide data (d) of a qualitative nature (e) in a focused discussion (Krueger, 1988, S. 27).

Dieses Verfahren ermöglicht eine ökonomische Befragung mehrerer TeilnehmerInnen, was jedoch nicht das Hauptargument für die Gruppendiskussion ist.

Bohnsack (2005) sieht Diskussionsgruppen als Repräsentanten umfassender Entitäten, vor allem Klassen. Sie repräsentieren klassen- oder milieuspezifische „diskursive Formationen“, Sinnzuschreibungen und Orientierungen werden im Diskurs repräsentiert und aktualisiert.

Man versteht darunter also eine ein- bis mehrstündige Diskussion zu einem festgelegten Thema im Rahmen einer Gruppe von mehreren Personen unter der Leitung eines geschulten Moderators.

Laut Krueger (1988) folgen auf qualitative Fragen, qualitative Antworten. Daraus lässt sich schließen, dass Fragen sorgfältig entwickelt werden müssen, um ein Maximum an Informationen zu erhalten.

Im Sinne dessen wurde ein Leitfaden zur Durchführung der Fokusgruppe ausgearbeitet.

Die Fragen wurden so gewählt, dass es jeweils möglich war, sie an die gesamte Gruppe zu richten und somit Antworten auf die vorliegende Forschungsfrage zu erhalten.

Die Fokusgruppe wurde von einer, in der beschriebenen Methode erfahrenen Moderatorin geleitet. Ebenso war die Autorin der Studie bzgl. fachlicher Fragestellungen anwesend.

In Anlehnung des im Vorfeld erstellten Leitfadens wurden den anwesenden PatientInnen (N=10) von der Moderatorin Fragen zu vier verschiedenen Themenbereichen gestellt.

Die Fragen wurden vier Themenbereichen (A-D) zugeordnet welche in der Abbildung 5 für den Leser ersichtlich sind. Zusätzlich wurde nach folgenden den Kategorien zuzuordnenden Erlebnissen gefragt:

Die gesamte Gruppendiskussion wurde mittels eines Voicerecorders aufgenommen.

6.5.1 Transkription

Nach Abschluss der Fokusgruppe wurde die gesamte aufgezeichnete Gruppendiskussion transskribiert. Für Personen, Orte und Zeiten wurden wenn notwendig Pseudonyme verwendet.

Jede Textzeile wurde mit einer Ziffer versehen. Die Abkürzungen "I" für Interviewer und "IP" für Interviewpartner wurden im Text verwendet.

Auf die Beschreibung visueller Aspekte wie zum Beispiel Kopfdrehen und Prosodie wurde im Transskript verzichtet.



Abbildung 5: Leitfaden Fokusgruppe

6.5.2 Ablauf der Analyse

Im Anschluss an die Transkription der durchgeführten Fokusgruppe wurde diese einer systematischen Inhaltsanalyse unterzogen. Zur Auswertung diente die „Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring“ mit induktiver Kategorienbildung (Mayring, 1993, S. 49). Somit wurde für die Analyse ein Kategoriensystem entwickelt, damit die Analyse für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar wird.

Im ersten Schritt erfolgt die Festlegung der Analyseeinheiten nach Mayring (1993):

- **Auswertungseinheit**, die festlegt, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden.
- **Kontexteinheit**, die den größten Textbestandteil, der unter eine Kategorie fallen kann, bestimmt.
- **Kodiereinheit**, welche festlegt, was der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf.

Als eine der drei Grundformen der Interpretierens wurde die zusammenfassende Methode verwendet (Mayring, 1993, S. 55).

Ziel dieser Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass wesentliche Inhalte erhalten bleiben um einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des vorliegenden Grundmaterials ist (Mayring, 1993, S. 54).

Im ersten Schritt wurden für einen Themenbereich im Text prägnante Aussagen kodiert, die ein Phänomen gut beschreiben konnten. Die Anzahl der Kategorien ergab sich aus dem Text, gegebenenfalls mussten im Laufe der Analyse Kategorien geteilt oder zusammengefasst werden. Ein erneuter Materialdurchgang war in jedem Fall nötig.

Texte wurden in einem ersten Schritt kodiert. Böhm (2005) beschreibt diesen Vorgang als Verschlüsseln oder Übersetzen von Daten, der auch die Benennung und Erläuterung von Konzepten beinhaltet. In den Daten werden Indikatoren für das interessierende Phänomen gesucht.

Böhm (2005) sieht als Ergebnis des Codierens eine Liste von Begriffen und erläuternden Texten. Die ersten Codes beziehen sich unmittelbar auf die Daten und haben zunächst vorläufigen Charakter. In den einzelnen Arbeitsschritten entstehen so differenzierte Konzepte, die Kategorien genannt werden. Dabei erweisen sich Memos als vorteilhaft, sie dienen zur Dokumentation der Vorgangsweise und schaffen Distanz zum Text.

Steinke (2005) beschreibt das Kriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit als einen angemessenen Ersatz für die nicht machbare intersubjektive Überprüfbarkeit bei qualitativen Daten. Diese wird durch folgende Schritte gewährleistet:

- Dokumentation des Forschungsprozesses als zentrale Technik
- Interpretation in Gruppen
- Anwendung kodifizierter Verfahren (Regelgeleitetheit, systematisches Vorgehen)

The image shows a screenshot of a coding process. On the left, there is a transcript of an interview with lines 466 to 488. On the right, there are several red comment boxes, each containing a name, a date, and a page number. Red lines connect the comment boxes to the corresponding text segments in the transcript.

466 **IP:** Die Massage ist entspannend, und die Osteopathie ist befreiend.]

467 **IP:** Also, ich kann durch das Auflegen von Händen Krankheiten genauso sagen,

468 was du innerlich hast, weil ich habe das nämlich bei meinem Art zweimal

469 erfahren, was dann wirklich kurz darauf passiert ist, wo er mich vorgewarnt hat.]

470 **I:** Das heißt, es ist eine diagnostische Berührung, kann man das sagen?

471 **IP:** Ja.]

472 **IP:** Eben auch ohne viel Krafterwirkung, wobei ich natürlich nicht beurteilen

473 kann, was es ihr kostet, aber ohne viel Kraft jetzt enorm viel bewirken. Also, das

474 könnte ich auch so sagen. Ich glaube, sie hat einfach noch auf einer anderen

475 Ebene Zugang.]

476 **I:** Können Sie die Ebene irgendwie beschreiben, wie man das verstehen könnte?

477 **IP:** Es gibt die oberflächliche Muskulatur und die Tiefenmuskulatur. Und zur

478 tiefen kommt man nie hin, das wissen wenige, außer man hat diese Übung. Die

479 Massage ist oberflächlich, deshalb habe ich gesagt, die Massage ist von außen,

480 aber die Osteopathie ist von innen nach außen – ausfließend und

481 weiterarbeitend, weil das Arbeiten war nach dieser Dreiviertelstunde nicht für

482 mich beendet, also bei mir persönlich. Der Körper hat in der Nacht sehr wohl

483 auch noch weitergearbeitet, also da habe ich oft noch Punkte gemerkt beim

484 Einschlafen, wo ich dann ruhiger geworden bin, dass sich irgendetwas tut da

485 noch, also so ungefähr, als wenn er eine To-do-Liste gekriegt hätte von der Frau

486 Konrad, und er hat dann schön kamot abgehakt.]

487 **IP:** Also, das habe ich auch wahrgenommen.]

488 **I:** Also, es ist etwas angeregt worden. Fällt sonst noch jemandem etwas ein im

Manuela Tschi..., 13.9.2015 21:07
Kommentar [88]: P 1

Manuela Tschi..., 23.3.2016 11:28
Kommentar [89]: P 5

Manuela Tschi..., 23.3.2016 11:28
Kommentar [90]: P 5

Manuela Tschi..., 13.9.2015 21:08
Kommentar [91]: P 2

Manuela Tschi..., 13.9.2015 21:08
Kommentar [92]: P 2

Manuela Tschi..., 13.9.2015 21:08
Kommentar [93]: P 2

Abbildung 6: Codierung nach Aussagen der ProbandInnen

Im Rahmen dieser Studie wurde die Analyse von zwei Kodiererinnen vorab getrennt vorgenommen und die Ergebnisse auf Übereinstimmung und Unterschiede geprüft und zusammengeführt. Dazu waren mehrere Materialdurchgänge nötig (siehe Abbildungen 6,7 & 8).

Zur Durchführung dieses Vorgangs wurde ebenfalls eine erfahrene Methodikerin hinzugezogen.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1		K1.1 positive Globalbewertung	K1.2 befreiende, entspannende Wirkung	K1.3 individuelle Wahrnehmung / Langzeiteffekt	K1.4 langanhaltende Wirkung	K1.5 körperlicher Effekt	K1.6 Schmerzbeeinflussung							
2	Person 1		2	3				1						
3	Person 2		4	1	9	4	5	1						
4	Person 3		1			1	2	1						
5	Person 4		1	1	4		1	1						
6	Person 5		1	1		1								
7	Person 6		1		1			1						
8	Person 7		1		1									
9	Person 8		2	1	1			1						
10	Person 9		1	1				1						
11	Person 10		1	2				1						
12														
13		15	10	16	6	8	8							
14		10	7	5	3	3	8							
15														

Abbildung 7: Häufigkeiten der codierten Aussagen der ProbandInnen zu den definierten Kategorien

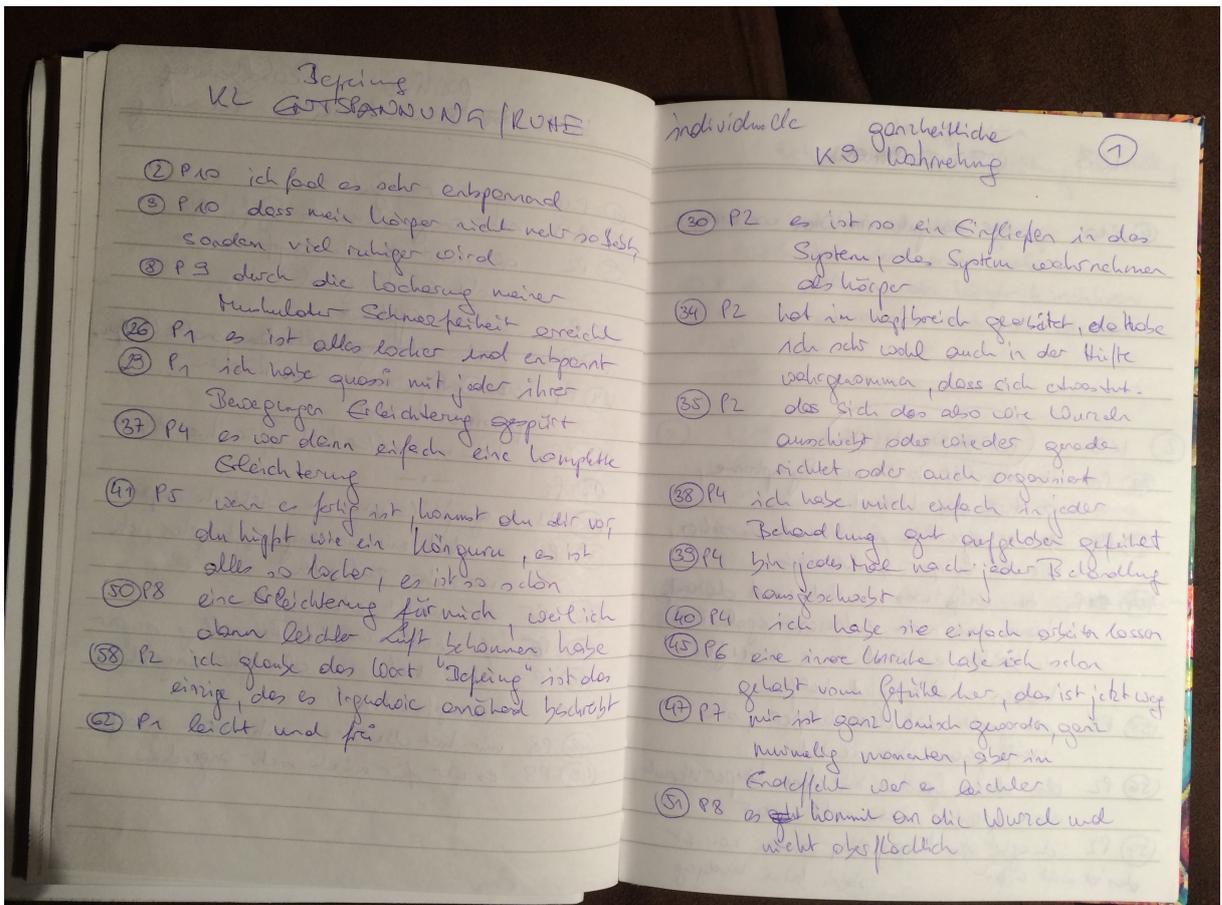


Abbildung 8: Codierte Mitschrift der Aussagen der FokusgruppenteilnehmerInnen

7 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den einzelnen Frageblöcken anhand von Kategoriensystemen dargestellt. Die entwickelten Kategorien werden durch wörtliche Zitate und Benennung der Nummer der InterviewpartnerInnen belegt.

Da alle an der Studie teilnehmenden PatientInnen einen Rehaaufenthalt von insgesamt 6 Wochen absolviert haben und sie somit ein sehr umfangreiches Behandlungspaket (Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie und vieles mehr) in Anspruch genommen haben, war es für die Verfasserin nicht möglich, objektive Ergebnisse hinsichtlich der osteopathischen Behandlungswirkung bei psychischen Erkrankungen zu erfragen bzw. zu erlangen.

7.1 Fragenblock A – Behandlungserlebnis / Spürerlebnis

Das Interview wurde mit einer sehr offenen Frage eingeleitet, die wie folgt formuliert war:

„[...]dass jeder für sich selber kurz nachdenkt, was habe ich denn gespürt, wie habe ich das erlebt.....einfach nur einmal im Moment der Behandlung, wie war es und was haben Sie denn gespürt während der Behandlung?“

Aus diesem Anliegen heraus entstand das zentrale Ziel dieser Arbeit, herauszufinden, wie PatientInnen osteopathische Behandlungen erleben bzw. wie sie deren Wirksamkeit empfinden.

Sechs Kategorien wurden von der Studienautorin aus dem Interviewtranskript zum Fragenblock A herausgefiltert.

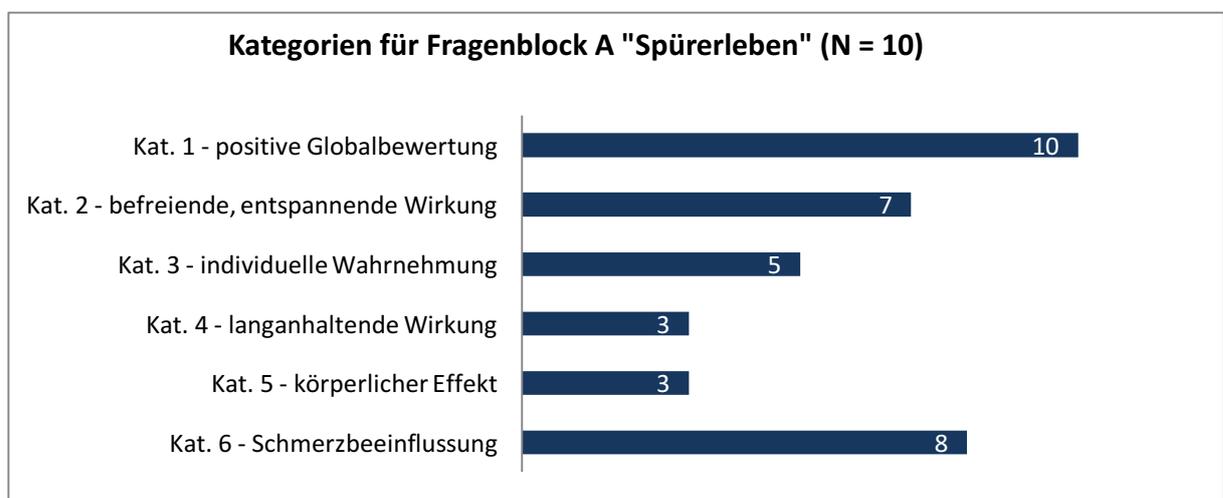


Abbildung 9: Auswertung der Kategorien von Fragenblock A „Spürerleben“

7.1.1 Kategorie A1 – Positive Globalbewertung

Alle Aussagen der Befragten konnten aus diesem Frageblock mit „positive Globalbewertung“ zusammengefasst werden:

„...dass ich es als angenehm empfunden habe.“

„Es hat mir irrsinnig gut getan, ich war sehr zufrieden.“

„Also sie hat genau, sehr gewissenhaft und man würde sich wünschen, dass alle mit solcher Präzision und Genauigkeit arbeiten wie sie. Also, ich bin voller Lob für ihre Arbeit.“

„Es war total super, bei der zweiten hat sie nur leicht korrigieren müssen. Großteils war es wirklich super, es hat ein bisschen wehgetan, aber es war ein angenehmer Schmerz, kann man sagen. Ich habe gespürt, dass das immer besser und besser wird.“

7.1.2 Kategorie A2 – Befreiende, entspannende Wirkung

Die Aussagen von 7 von 10 Befragten konnten der Kategorie A2 “befreiende, entspannende Wirkung“ zugeordnet werden und lauteten wie folgt:

„Es war dann einfach eine komplette Erleichterung [...]“

„Es ist ziemlich schmerzhaft, weil du denkst im ersten Moment, wo sie nur die Finger darauf hält, sie fährt mit dem Messer durch hinein, aber ganz zum Schluss, wenn es fertig ist, kommst du dir vor, du hüpfst wie ein Känguru, es ist alles locker, es ist so schön, und sie macht es 1a.“

„Ich glaube das Wort „Befreiung“ ist das Einzige, das es irgendwie annähernd beschreibt [...]“

„Also, ich fand es sehr entspannend, mir hat es sehr geholfen, weil ich sehr viel Anspannung im Körper hatte, und die Frau K. hat mir da sehr viel helfen können, dass mein Körper nicht mehr so bebt, sondern viel ruhiger wird.“

7.1.3 Kategorie A3 – Individuelle Wahrnehmung

Die Kategorie A3 “individuelle Wahrnehmung“ wurde insgesamt von 5 von 10 Befragten beantwortet und lieferte folgende Ergebnisse:

„Es ist so ein, nicht nur, das ist jetzt ein Fleischklops, und den müssen wir jetzt bearbeiten, also von der Technik her, dass man hergeht, ja, da ist ein Knoten, und da muss man das vielleicht jetzt raus, sondern es ist so ein Einfließen in das System, das System wahrnehmen als Körper – also den Körper als eigenes System wahrnehmen und mit dem dann auch individuell umzugehen. Ich glaub, das trifft es sehr genau.“

„Im Kopfbereich hat sie bei mir gearbeitet und ja, da war sie zwar mit den Händen da oben, und da bin ich abgetaucht in einen Baumstamm weiter, um das Ganze zu verinnerlichen, und da habe ich sehr wohl auch in der Hüfte zum Beispiel wahrgenommen, dass sich etwas tut. Das sich das also wie Wurzeln ausschlebt oder wieder geraderichtet oder auch organisiert.“

„[...] es kommt an die Wurzel und nicht oberflächlich...“

„Besonders nicht von außen nach innen zu arbeiten sondern von innen heraus zu arbeiten.“

„Also, ich kann nur so viel sagen, dass ich mich zentrierter, mittiger und ganzheitlicher gefühlt habe, was ich ja vorher nicht wahrgenommen habe, aber wie dann hinausgegangen bin, hat es sehr wohl eine Form von Glücksgefühl und Glückshormonen gegeben.“

„Es war eigentlich faszinierend zu sehen, wie der Körper funktioniert.“

„Der Ausgleich – dadurch das sie spricht – also dieses Sprechen mit dem Körper nimmt man glaube ich sehr war während der Arbeit, was sie tut. Das ist das Schöne, das ist nicht einfach „ich gebe den Körper ab“, sondern man ist dabei bei dem Werdegang.“

7.1.4 Kategorie A4 – Langzeiteffekt

Ein „Langzeiteffekt“ wurde in der Kategorie A4 von 3 von 10 Befragten beschrieben:

„Wobei, was mich selbst wirklich sehr, sehr fasziniert hat, war nach der ersten schon, und es ist auch ständig so geblieben auch in den weiteren Behandlungen, dass immer nach dieser Dreiviertelstunde schon Erfolgsergebnisse da waren.“

„[...] bei mir ist es schon geblieben [...]“

„Und es war jedes Mal ein Stückchen mehr, also es ist nicht zurückgehüpft, sondern stetig dann weitergegangen, also von den Behandlungen, also es ist etwas Effektives und Langanhaltendes.“

7.1.5 Kategorie A5 – Körperliche Effekte

Kategorie A5 beschreibt die Aussagen der Befragten bezüglich der „körperlichen Effekte“ der Behandlung

„[...] mir ist vorgekommen, als ob sich dort etwas aktivieren würde – also vielleicht mehr durchblutet oder was man sich da halt dann darunter vorstellt. Aber ich glaube ich könnte es mit „aktivieren“ gut sagen [...]“

„[...] bei der ersten Sitzung hat das geradestellen können.“

„Die Bewegungen sind mir einfach viel leichter gefallen, ich habe mich einfach gelenkiger gefühlt.“

7.1.6 Kategorie A6 – Schmerzbeeinflussung

8 von 10 Befragten geben in der Kategorie A6 „Schmerzbeeinflussung“ folgendes an:

„Also, sie hat mich wirklich von Schmerzen befreit, und es ist alles locker und entspannt.“

„[...]und dann war bei der Bewegung auf einmal der Schmerz weg und die Blockade auch.“

„Die Schmerzen sind leichter geworden.“

„Ja, ein Teil hat sich gelöst.“

Damit hatte für fast alle Befragten (80 %) die Behandlung eine schmerzlindernde Wirkung.

7.2 Fragenblock B – Wirkung der osteopathischen Behandlung auf die Bereiche Energie, Schlaf und Entspannung

Dieser Fragenblock wurde wie folgt formuliert:

„Was hat sich durch die osteopathischen Behandlungen in Ihrem Körper verändert?“

„Wie haben sich die osteopathischen Behandlungen auf folgende Bereiche ausgewirkt?“

Energie

Schlaf

Entspannung“

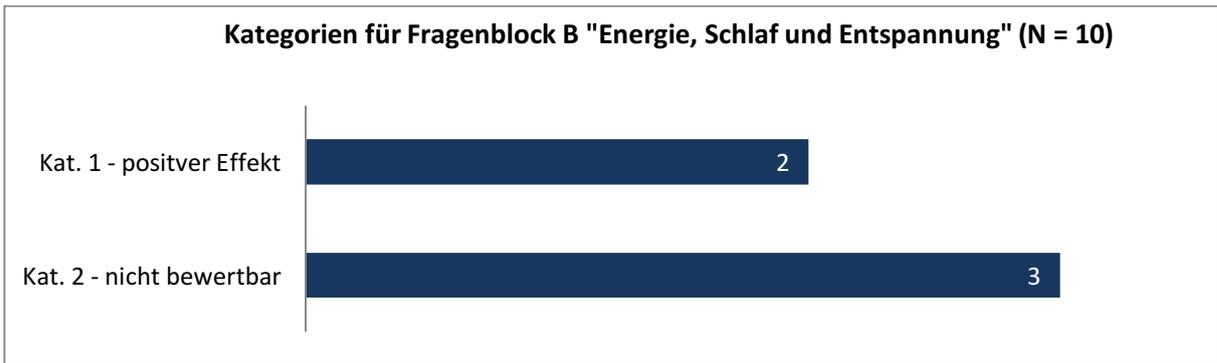


Abbildung 10: Auswertung der Kategorien von Fragenblock B „Energie, Schlaf und Entspannung“

7.2.1 Kategorie B1 – Positiver Effekt für Energie, Schlaf und Entspannung

2 von 10 Befragten gaben an, dass die osteopathischen Behandlungen positive Auswirkung auf die genannten Bereiche gehabt habe:

„Also ich finde schon, dass die Entspannung größer geworden ist, weil die Schmerzen weniger geworden sind, und ich könnte sagen, dass man bei – wie ich hergekommen bin – auf 3 gewesen ist und jetzt vielleicht bin ich auf 6 bei der Entspannung, weil Schlaf habe ich immer einen guten gehabt verbunden mit einer guten Energie, natürlich durch die Schmerzverminderung auch.“

„Ich habe schon das Gefühl gehabt, dass ich nach der Behandlung mit neuer Energie hinausgegangen bin – einfach entspannt, ein Wohlgefühl, Glücksgefühl und ich war einfach fitter und habe mehr Energie gehabt.“

7.2.2 Kategorie B2 – Nicht bewertbare Einflüsse auf das Ergebnis

3 von 10 Befragten konnten den Fragenblock B nicht ausreichend beantworten, da sie der Meinung waren, dass zu viele Therapien abseits der osteopathischen Behandlung auf die genannten Bereiche Einfluss ausüben.

„Also da sage ich gleich einmal, da steige ich aus, das kann ich nicht beantworten, weil so in den Gesprächstherapien usw. auch noch sehr viele Sachen einfließen, was da auf alle Fälle auch mitwirkt.“

Verständlicherweise fiel es den Behandelten schwer die Wirkungen der Behandlung differenziert einer therapeutischen Methode/Technik zuzuordnen. Positiv ist zu sehen, dass so gut wie alle Behandelten eine erleichternde Wirkung wahrgenommen haben.

7.3 Fragenblock C – Vergleich mit anderen Behandlungen

Dieser Fragenblock umfasste zwei Subfragen die wie folgt formuliert waren:

„Was unterscheidet Ihrer Meinung nach diese Behandlung von anderen körperorientierten Methoden, zum Beispiel einer Massage?“

„Sehen Sie Gemeinsamkeiten mit psychotherapeutischen Methoden? Wenn ja, welche?“

Die Befragten taten sich eher schwer diese Frage zu beantworten, alle Antworten wurden einer Kategorie zugeordnet.

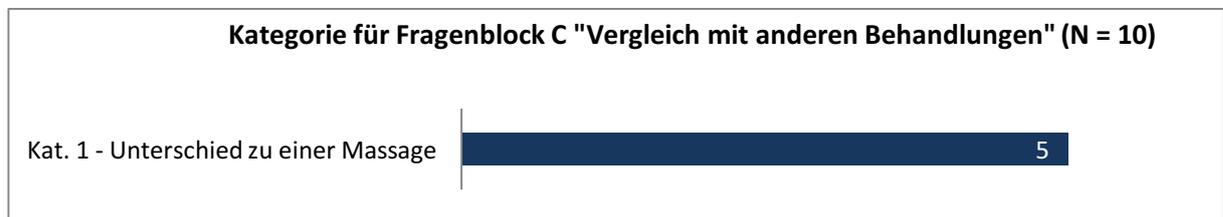


Abbildung 11: Auswertung der Kategorien von Fragenblock C „Vergleich mit anderen Behandlungen“

7.3.1 Kategorie C1 – Unterschied zu anderen Behandlungsmethoden gegeben

5 von 10 Befragten sind der Meinung, dass sich die osteopathische Behandlung von anderen körperorientierten Methoden wie zum Beispiel einer Massage unterscheidet:

„Sie geht an die Wurzeln, die Massage behandelt nur die Schmerzen, aber schafft die Ursachen nicht weg.“

„Es ist mehr auf der Knochenbasis und nicht auf der Muskelbasis so wie bei einer Massage.“

„Die Massage ist entspannend, und es (Osteopathie) ist befreiend.“

„Die Massage ist oberflächlich, deshalb habe ich gesagt, die Massage ist von außen aber die Osteopathie ist von innen nach außen – ausfließend und weiterarbeitend, weil das Arbeiten war nach dieser Dreiviertelstunde nicht für mich beendet, also bei mir persönlich.“

„Eben auch ohne viel Krafteinwirkung, wobei ich natürlich nicht beurteilen kann, was es ihr kostet, aber ohne viel Kraft jetzt enorm viel bewirken. Also, das könnte ich auch so sagen. Ich glaube, sie hat einfach noch auf einer anderen Ebene Zugang.“

„Also, wenn ich jetzt Massage mache im Vergleich und ich das erklären kann, dann kommt nächstes Mal daheim wieder ähnlich meine Knoten oder meine Verspannungen, und da ist aber angeknüpft worden an dem, was vorher war. Das war etwas, was mich sehr beeindruckt hat.“

7.4 Fragenblock D – Langzeiteffekt

Dieser Fragenblock umfasste vier Subfragen, die wie folgt formuliert waren:

„Was haben Sie speziell aus dieser Behandlung über sich selbst gelernt?“

„Was möchten Sie aus der Spüererfahrung in Ihren Alltag integrieren?“

„Verspüren Sie den Wunsch zuhause die Behandlungen fortzusetzen?“

„Welche Erwartungen hatten Sie an die osteopathische Behandlung?“

Die Antworten auf diese Fragen wurden in einem einzigen Kategoriensystem in drei Kategorien zusammengefasst (Abbildung 12).

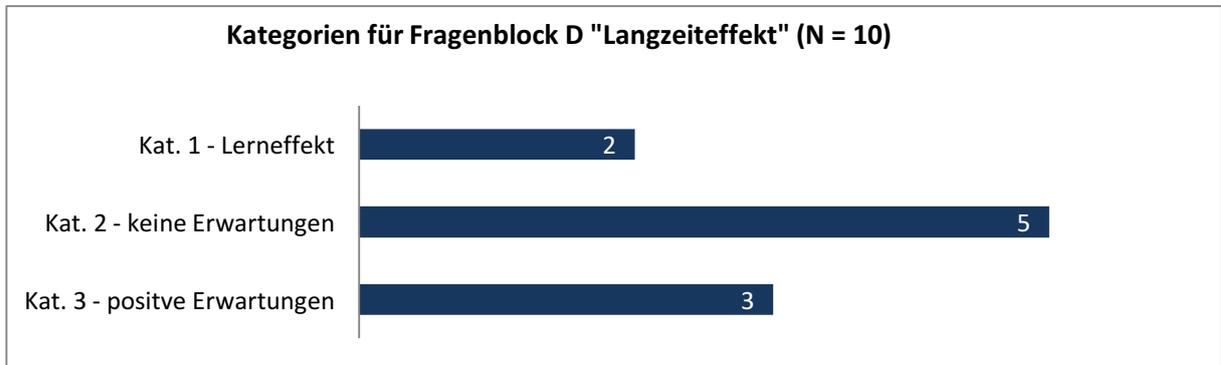


Abbildung 12: Auswertung der Kategorien von Fragenblock D „Langzeiteffekt“

7.4.1 Kategorie D1 – Lerneffekt

2 von 10 Personen gaben in der Kategorie D1 „Lerneffekt“ an, dass sich durch die osteopathischen Behandlungen folgendes getan hat:

„Also, meine Körperwahrnehmung hat sich schon sehr stark verbessert.“

„Also, ich habe schon gewusst, ich bin verspannt, und ich habe auch die Punkte gewusst, aber durch diese Behandlung ist es eben dann besser geworden, und ich

kann schon in mich hinein hören und fühlen, was mir Schmerzen bereitet und was nicht rund läuft, aber es ist jetzt wesentlich angenehmer, weil weniger Schmerzen da sind. Man hört vielleicht noch bewusster in sich hinein.“

Damit berichten diese Behandelten über eine verbesserte Körperwahrnehmung.

7.4.2 Kategorie D2 – “keinerlei Erwartungen“:

5 von 10 Befragten gaben an, dass sie gegenüber den osteopathischen Behandlungen keinerlei Erwartungen gehabt hatten bzw. sie sich einfach darauf einlassen wollten um im Nachhinein zu sehen, welche Ergebnisse sich einstellten.

„Also, ich habe eigentlich nicht erwartet, sagen wir so, ich lasse mich darauf ein und schaue, was herauskommt.“

„Ich habe es einfach genommen wie es gekommen ist. Wie sie gefragt hat, habe ich ja gesagt und keine Erwartungen gehabt.“

7.4.3 Kategorie D3 – positive Erwartungen:

3 von 10 Befragten meinten, sie seien den osteopathischen Behandlungen gegenüber offen gestanden.

„Ich bin der Therapie offen gegenübergestanden. Es ist ja nicht Negatives gewesen, sondern etwas Positives.“

„Ich war wieder offen für Neues.“

„Die Hoffnung war da, dass eben die Schmerzpunkte bearbeitet werden und in weiterer Folge weniger Schmerzen vorhanden sind.“

Grundsätzlich bestand also schon vor Beginn der Behandlung eine relativ positive Einstellung der Studiengruppe gegenüber der Behandlung.

8 Diskussion

Die Durchführung der Studie war aufgrund der großen Bereitschaft der PatientInnen gut möglich, die Bereitschaft über das Erlebte zu reden war relativ hoch.

Die Bewertung der osteopathischen Behandlung wurde in einer Fokus-Gruppe erhoben und umfasste die Themenbereiche Behandlungserlebnis/Spürerlebnis, Behandlungswirkung, Vergleich mit anderen Behandlungen und Langzeiteffekt.

Für die Frage zum Spürerleben konnten die PatientInnen ein wenig nachdenken und wurden aufgefordert zu beschreiben, was sie während der Behandlung verspürten. Alle haben eine positive „Globalbewertung“ abgegeben, sieben beschrieben eine befreiende, entspannende Wirkung und acht erlebten eine positive Beeinflussung des Schmerzes. Drei haben sogar von einer anhaltenden Wirkung gesprochen.

Die Hälfte der Behandelten meinte, dass die osteopathische Behandlung nicht nur an der Oberfläche arbeite sondern an den Kern des Geschehens komme, vorher hatte die Hälfte der TeilnehmerInnen gar keine Erwartung an die Behandlung.

Den Ergebnissen dieser qualitativen Studie ist zu entnehmen, dass die osteopathische Behandlung von den meisten PatientInnen als schmerzlindernd und entspannend wahrgenommen wird. Auch körperliche Schmerzen konnten aus subjektiver Sicht der Behandelten verringert werden. Zudem wurde deutlich, dass dem Empfinden der PatientInnen nach Osteopathie eher am Kern/den Ursachen des Schmerzes ansetzt, als beispielsweise eine herkömmliche Massage. Die „befreiende“ Wirkung der Osteopathie wurde mehrmals in der Fokusgruppe betont.

Zwei StudienteilnehmerInnen berichteten, dass sie durch die Behandlung eine verbesserte Körperwahrnehmung bekommen haben. Die Zuschreibung von Veränderung - spezifisch auf die osteopathische Behandlung – fiel der Hälfte der PatientInnen schwer. Sie haben angegeben, dass sie in mehreren Therapien positive Erlebnisse hatten und den Rehabilitationserfolg nicht einer Methode zuschreiben können und wollen.

Somit konnten teilweise Ergebnisse repliziert werden, die bei Mulcahy & Vaughan (2014) sowie bei Orrok (2015) in Studien bei PatientInnen mit psychischen Beschwerden berichtet wurden. Sie fanden bei über 80 % entspannende Wirkungen und knapp die Hälfte erlebte Wärme.

Nach der Definition von Peters (2000) sind Erlebnisse Verinnerlichungen von Inhalten aus dem Bewusstsein. Es war erstaunlich schwer, verbal zu diesen Inhalten Zugang zu bekommen. Der Autor verweist jedoch auch auf psychoanalytische Theorien die aussagen, dass frühkindliche

Erinnerungen in unbewusster Form existieren. Das ist eine mögliche Erklärung für emotionale Reaktionen der Behandelten, die oft selbst nicht wissen, warum sie gerade eine Emotion wie Trauer oder Freude erleben. Darüber zu sprechen kann durchaus angstbesetzt sein.

Nach Fröhlich (2002) umfasst der Prozess der Wahrnehmung physiologische, neuronale, kognitiv-emotionale und soziale Prozesse. In den Beschreibungen der PatientInnen waren primär physiologische und kognitive Inhalte zu erkennen, und selbst deren Beschreibung fiel manchmal schwer.

Aus den Äußerungen ging eher hervor, dass die PatientInnen sich als Ganzes sehen und beschreiben; das entspräche der Definition von Geissler (1997), der das Ich-Gefühl als stetigen Zusammenhang zwischen Körper und Seele beschreibt.

Die Tatsache, in dieser Therapie „nichts leisten zu müssen“ wird als entlastend erlebt klingt indirekt in den Äußerungen durch.

Bei der Interpretation der Ergebnisse und beim Vergleich mit vorhergehenden Studien muss natürlich berücksichtigt werden, dass PatientInnen der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation teilweise starke Beschwerden im emotionalen Erleben aufweisen. Geissler (1997) spricht hier von unlebendiger Wahrnehmung des eigenen Körpers.

Über depressive PatientInnen und AngstpatientInnen ist bekannt, dass körperliche Beschwerden eine große Rolle spielen (Röhrich, 2000). Hier könnte die Osteopathie einen sehr wertvollen Beitrag in der Behandlung leisten, da sich durch den Zugang über den Körper und die damit verbundenen Beschwerden, PatientInnen eher verstanden und in ihrer Ganzheit wahrgenommen fühlen. Im Rehabilitationsalltag erzählen sie oft dass ihnen Gespräche und Ergotherapie beispielsweise gut tun, aber die körperlichen Beschwerden persistieren und damit die Stimmung und psychische Befindlichkeit wiederum negativ beeinflussen.

Daher ist möglicherweise von einer besonderen Problematik bei PatientInnen mit psychischen Problemen auszugehen, sowohl was die Kommunikation über das Erlebte betrifft wie auch in Bezug auf die Wirksamkeit. Licciardone (2007) sprach ja schon von einer Gruppe mit wahrscheinlich schlechterem Outcome.

Den Äußerungen der StudienteilnehmerInnen ist zu entnehmen, dass sie sehr gerne eine weiterführende osteopathische Behandlung hätten. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass bei dieser Klientel eine andere Dosis zum längerfristigen Erfolg führen könnte – bestenfalls in Kombination mit anderen Therapieangeboten. So ist bekannt, dass psychischer Stress körperliche Beschwerden deutlich verstärkt, wie schon Dionne (2005) herausfand. Ein weit verbreitetes Thema – insbesondere bei PatientInnen mit Depressionen – sind Schuldgefühle wie einem Bericht der WHO (2005) zu entnehmen ist.

Auf Basis dieser Ergebnisse kann natürlich noch nicht geschlossen werden, dass das Gefühl des „Erleichtert-Seins“ nachhaltig ist und zu einer Reduktion dieser Schuldgefühle beitragen kann. Belege für Erfolge bei PatientInnen mit psychiatrischen Krankheitsbildern sind in Kapitel 4 dieser Arbeit beschrieben.

Der Fragenblock D zum Langzeiteffekt lieferte auch vergleichsweise wenige Ergebnisse, vorteilhaft wäre hier eine Befragung im Abstand von mehreren Monaten.

Diese positiven Ergebnisse könnten der Osteopathie helfen, vermehrt im rehabilitativ-psychiatrischen Kontext als unterstützende Behandlungsform eingesetzt zu werden.

Den letzten Punkt, der angeführt sein sollte ist der Umstand, dass nicht die Studienverfasserin die Behandlungen durchgeführt hat, sondern eine andere Osteopathin. Hinter dieser Entscheidung stand die Befürchtung, dass wenn die behandelnde Osteopathin auch die Leiterin der Fokusgruppe ist, eher positive Befindlichkeiten wiedergegeben werden, als wenn sie in der Fokusgruppe als unabhängige Studienleitung wahrgenommen wird. Man hat somit sozial erwünschte Antworten zu umgehen versucht. Jedoch kann auch die Tatsache hinderlich sein, dass durch das erstmalige Kennenlernen in der Fokusgruppe die ProbandInnen weniger offen Antworten betreffend ihrer Befindlichkeit geben wollten. Dies könnte – neben der psychiatrischen Diagnose - zu einem gewissen Teil die eher schweigsameren PatientInnen während der Fokusgruppe erklären.

Methodendiskussion

Abschließend sollen noch einige Limitationen dieser Studie angeführt werden, welche bei weiteren Studien möglichst vermieden werden sollten. Den ersten problematischen Punkt stellte die Zuweisungsdiagnose der PatientInnen dar, welche in den meisten Fällen nicht der endgültigen Diagnose entsprach, die in der Reha-Klinik vergeben wurde. Dadurch ist es schwierig PatientInnen für die Studie auszuwählen, die auch den zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen. Dies hatte zur Folge, dass sich letztendlich auch PatientInnen in der Untersuchungsgruppe befanden, die aufgrund der am Ende des sechswöchigen Aufenthaltes gestellten Diagnose, nicht für die Studie in Frage gekommen wären. Dies betraf jedoch nur wenige der rekrutierten 10 PatientInnen.

Einen weiteren Punkt stellt die Drop-Out-Quote dar. In Summe nahmen 13 Personen nach Prüfung der Teilnahmekriterien die osteopathische Behandlung in Anspruch. Von diesen TeilnehmerInnen konnten jedoch drei nicht an der Fokusgruppe teilnehmen, da terminliche Überschneidungen und schlechtes körperliches Befinden die Teilnahme verhinderten. Eine

weitere Probandin fiel aufgrund eines akut-psychiatrischen Notfalls ebenso aus. Diese Ausfälle führen dadurch zur vorliegenden Stichprobengröße von $N = 10$.

In der Fokusgruppe war ein starkes Ungleichgewicht in der Beantwortung der Fragenblöcke zu sehen. Die gegebenen Antworten waren häufig von denselben Personen. Einige ProbandInnen gaben nur spärliche Antworten beziehungsweise Antworten, welche dem Sinngehalt schon dargelegter Aussagen entsprachen. Zudem konnten unterschiedliche sprachliche Kompetenzen wahrgenommen werden, welche für den zum Teil nur geringen Antwortumfang verantwortlich.

Aus dieser Erfahrung wäre es in Zukunft vielleicht ergiebiger, auch Einzelinterviews durchzuführen, um eine höhere Variabilität in den Antworten zu erhalten und von jeder Person unabhängig Vor- und Nachteile der Behandlung erfahren zu können.

Allerdings wäre die Stichprobengröße von zehn Personen bei Einzelinterviews möglicherweise auch nicht ausreichend, aber es würde kein zeitlicher Druck bei einzelnen Frageblöcken entstehen. So könnten etwa auch Fragen am Ende Leitfadens ausführlich beantwortet werden. Die Erwartungshaltung der Studienautorin wurde nur teilweise erfüllt. Allerdings ist offen, ob dies ein methodisches Problem ist, oder die PatientInnen sich einfach schwer tun, über Emotionen, Wahrnehmungen oder körperliche Empfindungen zu sprechen.

In der vorliegenden Studie war bemerkbar, dass sich die geschilderten Verbesserungen überwiegend auf den Bereich von Schmerzen am Bewegungsapparat bezogen haben und Beschwerden wie zum Beispiel Kopfweh oder Verdauungsbeschwerden kaum erwähnt wurden. Es stellt sich dadurch auch die Frage, ob tatsächlich in diesen Bereichen keine Verbesserungen wahrgenommen wurden, oder diese Bereiche nicht mit der Osteopathie in Verbindung gebracht werden.

Dies könnte jedoch auch daraus resultieren, dass die zuweisenden ÄrztInnen auch primär PatientInnen mit Schmerzen am Bewegungsapparat zugewiesen haben. Daher sollten künftige Studien an unterschiedlichen PatientInnen-Gruppen durchgeführt werden.

9 Konklusion und Ausblick

Die dieser Arbeit zugrundeliegende Fragestellung „Wie erleben PatientInnen mit psychischen Erkrankungen osteopathische Behandlungen und welche Wirkungen nehmen sie wahr?“ kann mit den vorliegenden Ergebnissen teilweise beantwortet werden. Alle PatientInnen bewerten das Erleben der Behandlung positiv und 80 % berichteten über gelinderte Schmerzen. Besonders hervorgehoben wurden die entspannende und befreiende Wirkung. Im Unterschied zu anderen Behandlungsmethoden setze die Osteopathie an der Wurzel des Übels an und sei nachhaltiger.

Somit scheint die Osteopathie neben dem herkömmlichen körpertherapeutischen Angebot (Massage und Physiotherapie) in der Reha-Klinik in Klagenfurt eine erfolgsversprechend zu sein, und könnte bei ergänzender Einsetzung größere Rehabilitationsfortschritte erzielen. Zudem kann eine Brücke zur generellen Wirksamkeit der Osteopathie bei psychiatrischen PatientInnen geschlagen werden was den im Theorieteil erwähnten Studienergebnissen entspricht.

Die Osteopathie sollte mehr Bekanntheit und nachgewiesene Wirksamkeit auch für den Bereich psychisch erkrankter Personen erlangen, wozu klinische Studien – am besten im Kontrollgruppendesign - nötig sind. Die in der Fokusgruppe geäußerten Erlebnisse und Beschreibungen von positiven Veränderungen sprechen für einen Einsatz der Methode bei unterschiedlichen Indikationen. Dafür sollte aber beim ärztlichen und therapeutischen Personal ein Bewusstsein entwickelt werden.

LITERATURVERZEICHNIS

- Abraham, A., & Müller, B. (2010). *Körperhandeln und Körpererleben. Multidisziplinäre Perspektiven auf ein brisantes Feld*. Bielefeld.
- Aigner, M. (2009). Im Doppelpack. Chronische Schmerzen und psychische Störungen. *JATROS. Fachzeitschrift für Neurologie und Psychiatrie*(5), S. 26-28.
- Angstman, K., Bansal, S., Chappell, D., Bock, A., & Rasmussen, N. (Juli 2013). Effects of Concurrent Low Back Conditions on Depression Outcomes . *The Journal of the American Osteopathic Association* , 113, 530-537 .
- Böhm, A. (2005). Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In I. Steinke , E. von Kardorff, U. Flick, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg, Deutschland: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Bach, M., & Conca, A. e. (2009). Angststörungen Medikamentöse Therapie. *CliniCum neuropsy. Das Medium für Psychiatrie und Neurologie*, 3ff.
- Baron, A., Julius, R., & Willard, F. (2011). Psychoneuroimmunology—Basic Mechanisms. In A. Chila, *Foundations of Osteopathic Meidcine* (S. 276-312). Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.
- Baumann, Z. (2008). Eine Welt voller Erlebnisse. In K. Junge, D. Suber, & G. Gerber, *Erleben, Erleiden, Erfahren. Die Konstitution sozialen Sinns jenseits instrumenteller Vernunft* (S. 45-62). Bielefeld: transcript Verlag.
- Beesdo-Baum, K., & Wittchen, H.-U. (2011). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In H.-U. Wittchen, & J. Hoyer, *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 879-914). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Benkert, O. (2009). *Stress Depression*. München, Deutschland: Verlag H.C Beck.
- Birbaumer, N., & Schmidt, R. (1996). *Biologische Psychologie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Blair, M., Robinson, R., Koton, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity. *Arch Intern Med*, 2433-2445.
- Bohnsack, R. (2005). *Qualitative Forschung*. (U. K. Flick, Hrsg.) Reinbek: Rowohlt.
- Bolm, G. (2010). Körper-Schmerz und der nicht fühlbare psychische Schmerz. Psychoanalytische Konzeptforschung zu somatischen Affekt-Äquivalenten. In A.

- Abraham, & B. Müller, *Körperhandeln und Körpererleben. Multidisziplinäre Perspektiven auf ein brisantes Feld* (S. 243-254). Bielefeld: transcript Verlag.
- Budhani, D., Sivoravong, D., & Talari, M. (2015). Brief OMT Improves Range of Motion, Reduces Pain & Anxiety As Shown by Interleukin 1-Beta Levels. *Physical Medicine*.
- Bystritsky, A., Hovav, S., Sherbourne, C., Stein, M., & al., e. (2012). Use of Complementary and Alternative Medicine in a Large Sample of Anxiety Patients. *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 266–272.
- Ceritelli, F., Ginevri, L., Messi, G., Caprari, E., Di Vincenzo, M., Renzetti, C., & al.a, e. (2015). Clinical effectiveness of osteopathic treatment in chronic migraine: 3-Armed randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 149—156.
- Chown, M., Whittamore, L., Rushb, M., Allan, S., Stott, D., & Archer, M. (2008). A prospective study of patients with chronic back pain randomised to group exercise, physiotherapy or osteopathy. *Physiotherapy*, 21-28.
- Collebrusco, L., & Lombardini, R. (2014). What About OMT and Nutrition for Managing the Irritable Bowel Syndrome? An Overview and Treatment Plan. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*, 309–318.
- Comer, R. J. (1995). *Klinische Psychologie*. (G. Sartory, & J. Metsch, Übers.) Heidelberg, Berlin, Oxford: Spektrum Akademischer Verlag.
- Cotton, A. (2013). Osteopathic principles in the modern world. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 17-24.
- Czypionka, T. (2016). Invalitäts pension aufgrund psychischer Erkrankung. *Pressekonferenz am Institut für höhere Studien Wien*, (S. 1-19). Wien.
- Dörner, K., & Plog, U. (1989). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie Verlag .
- Die Presse. (23. Feber 2016). Steirer und Kärntner gehen öfter wegen psychischer Erkrankungen in Pension. *Die Presse*.
- DiGiovanna, E. L. (2005). History of Osteopahy. In E. L. DiGiovanna, S. Schiowitz, & D. J. Dowling, *An Osteopathic Approach to Diagnosis and Treatment* (3rd Ausg., S. 22-26). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dionne, C. (2005). Psychological distress confirmed as predictor of long-term back-related functional limitations in primary care settings. *Journal of Clinical Epidemiology*, 714–718.

- Dolnak, D. R. (2006). Treating Patients for Comorbid Depression, Anxiety Disorders, and Somatic Illnesses. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 106, S. S1-S8.
- du Bois, R. (1990). *Körper-Erleben und psychische Entwicklung. Phänomenologie, Psychopathologie und Psychodynamik des Körper-Erlebens - mit Beobachtungen an gesunden und schizophrenen Jugendlichen*. Göttingen: Verlag für Psychologie, Dr. C.J. Hogrefe.
- Eccleston, C. (2001). Role of Psychology in Pain Management. *British Journal of Anaesthesia*, 144-152.
- Egorova, A., & Buchnov, D. (2015). Einfluss der Osteopathie auf den körperlichen und mentalen Zustand von Teenagern. *Osteopathische Medizin*, 1, 19-26.
- Falkei, P. (2013). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen . (P. u. DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Hrsg.) Berlin Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.
- Falkenberg, B. (1999). Taktiles Beobachten: Palpieren heißt, mit den Fingern zu sehen. In A. Hüter-Becker (Hrsg.), *Physiotherapie mit allen Sinnen. Beobachten-Wahrnehmen-Deuten* (S. 73-100). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Flick, U. (1998). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund?* (S. 7-32). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Fröhlich, W. D. (2002). *Wörterbuch Psychologie*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.
- Friedmann, A., & Thau, K. (1990). *Leitfaden der Psychiatrie* (3. überarbeitete Ausg.). Wien, München, Bern: Verlag Wilhelm Maudrich.
- Frydrich, T., & Ülsmann, D. (2010). Komorbidität chronischer somatischer Erkrankung und psychischer Störungen Problem in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 108-119.
- Fryer, G. (2013). Special issue: Osteopathic principles. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 1-2.
- Gatchel, T. (1999). *Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives*. New York: The Guilford Press.

- Geissler, P. (1997). *Analytische Körperpsychotherapie. Bioenergetische und psychoanalytische Grundlagen und aktuelle Trends*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Geuter, U. (2015). Körpererleben – Basis des Selbsterlebens. In U. Geuter, *Körperpsychotherapie* (S. 135-155). Springer Verlag.
- Greenman, P. E. (2000). *Lehrbuch der osteopathischen Medizin*. Heidelberg: Karl F. Haug Verlag in MVH Medizinverlage Heidelberg GmbH & Co. KG.
- Hartwig, B. (2013). Emotional Tissue – eine Annäherung. *Osteopathische Medizin*, 4-6.
- Hausmann, C. (2010). *Notfallpsychologie und Traumabewältigung: ein Handbuch*. Wien: facultas.wuv.
- Henkel, K., & Schneider, F. (2016). Psychische Komorbidität bei somatischen Erkrankungen: Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und -psychosomatik sowie Besonderheiten bei älteren Patienten. In F. Schneider, & F. Schneider (Hrsg.), *Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (2. Ausg., S. 571ff). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag .
- Hussy, W., Schreier, M., & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Jones, J. M. (2002). Osteopathic Medicine. *Principles and Practice of Manual Therapeutics*, 3-25.
- Krebs, C., & Franque, M. (2013). Osteopathische Behandlung bei psychischen Traumafolgestörungen. *Osteopathische Medizin*, 7-11.
- Krueger, R. A. (1988). *Focus groups. A Practical Guide for Applied Research*. California: Sage.
- Kuchera, M., & Jerome, J. (2011). Adult with Chronic Pain and Depression. In A. Chila, *Foundations of Osteopathic Medicine* (S. 903-909). Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins and Wolters Kluwer business.
- Lande, G., & Gagnani, C. (2010). Nonpharmacologic Approaches to the Management of Insomnia. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 695-701.
- Levin, R. (1989). Book Reviews. *General Hospital Psychiatry*, 427-430.
- Licciardone, Gatchel, & Aryal. (2016). Recovery From Chronic Low Back Pain After Osteopathic Manipulative Treatment: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 144-155.
- Licciardone, J. (2007). Responding to the challenge of clinically relevant osteopathic research: Efficacy and beyond. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 10, 3-7.

- Liem, T. (2001). *Kraniosakrale Osteopathie. Ein praktisches Lehrbuch*. Hippokrates.
- Littlejohn, M. (1906). *Osteopathy Explained*. London: Geo. E. Crosby & Co.
- Mayring, P. (1993). *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Deutschland: Deutscher Studien Verlag.
- Mayring, P. (2002). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Mulcahy, J., & Vaughan, B. (2014). Sensations Experienced and Patients' Perceptions of Osteopathy in the Cranial Field Treatment. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 235-246.
- Orrok, P. (2015). The patient experience of osteopathic healthcare. *Manual Therapy*, 1-7.
- Osteopathie in Österreich: Österreichische Gesellschaft für Osteopathie*. (2013). Abgerufen am 22. März 2016 von Österreichische Gesellschaft für Osteopathie: <http://www.oego.org/pages/de/startseite.php>
- Parsons, J. (2006). *Osteopathy Models for Diagnosis, Treatment and Practice*. Livingstone: Elsevier Limited.
- Paulus, S. (2013). The core principles of osteopathic philosophy. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 11-16.
- Peters, U. H. (2000). *Lexikon Psychiatrie Psychotherapie Medizinische Psychologie* (5. Ausg.). München, Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Pincus, T. (2006). Osteopathy and pain: Does psychology matter? *International Journal of Osteopathic Medicine*, 47-48.
- Plotkin, B., Rodos, J., Kappler, R., Schrage, M., & al., e. (2001). Adjunctive osteopathic manipulative treatment in women with depression: a pilot study. *JAOA*, 517-523.
- Pomykala, M., McElhinney, B., Beck, B., & Carreiro, J. (November 2008). Patient Perception of Osteopathic Manipulative Treatment in a Hospitalized Setting: A Survey-Based Study. *JAOA*, 108(11), 665-668.
- Pringle, M., & Tyreman, S. (1993). Study of 500 patients attending an osteopathic practice. *British Journal of General Practice*, 15-18.
- Röhrich, F. (2000). *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

- Read, J., & Pincus, T. (2004). Cognitive bias in back pain patients attending osteopathy: testing the enmeshment model in reference to future thinking. *European Journal of Pain*, 525–531.
- Reeves, R. (2007). Diagnosis and Management of Posttraumatic Stress Disorder in Returning Veterans. *JAOA*, 181-189.
- Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt. (2016). *Behandlungen: Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt*. Abgerufen am 24. März 2016 von Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt: <http://www.seelischereha.com/behandlungen.php>
- Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt. (2016). *Downloads: Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt*. Abgerufen am 24. März 2016 von Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt: <http://www.seelischereha.com/downloads.php>
- Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt. (2016). *Klinik: Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt*. Abgerufen am 24. März 2016 von Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt: <http://www.seelischereha.com/klinik.php>
- Rudolf, G. (Januar 2008). Psychosomatik – konzeptuelle und psychotherapeutische Aspekte. *Psychotherapie Forum*, 16, 8-14.
- Rudolf, G. A. (1992). *Therapie-Schemata Psychiatrie* (2. erweiterte Ausg.). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.
- Schleip, R., & Jäger, H. (2014). Faszien und ihre Bedeutung für die Interozeption. *Osteopathische Medizin*, 25-30.
- Seewald, J. (2010). Körpermodelle und zentrale Ansätzen der Motologie. In A. Abraham, & B. Müller, *Körperhandeln und Körpererleben. Mutidisziplinäre Perspektiven auf ein brisantes Feld* (S. 293-302). Bielefeld: transcript Verlag.
- Serbic, D., & Pincus, T. (2014). Pain-related Guilt in Low Back Pain. *Clin J Pain*, 1062–1069.
- Sieben, J., & al., e. (2005). A longitudinal study on the predictive validity of the fear–avoidance model in low back pain. *Pain*, 162–170.
- Statistik Austria. (2014). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria. (7. März 2016). *Gesundheit: Statistik Austria*. Von Statistik Austria: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/index.html abgerufen

- Steinke, I. (2005). Gütekriterien qualitativer Forschung. In I. Steinke, *Qualitative Forschung - Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg, Deutschland: Rowohlt Taschenbuch.
- Steins, G. (2007). *Sozialpsychologie des Körpers. Wie wir unseren Körper erleben*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Stone, C. (1999). *Science in the Art of Osteopathy. Osteopathic Principles and Practice*. Caroline Stone: Stanley Thornes Ltd.
- Szakolczai, A. (2008). Sinn aus Erfahrung. In K. Junge, D. Suber, & G. Gerber, *Erleben, Erleiden, Erfahren. Die Konstitution sozialen Sinns jenseits instrumenteller Vernunft* (S. 63-100). Bielefeld: transcript Verlag.
- Tentschert, S. (April 2008). Psychogene neurologische Syndrome. Herausforderungen für die ärztliche Versorgung. *JATROS. Neurologie & Psychiatrie*, 3, 6-7.
- Truchon, M. (2001). Determinants of chronic disability related to low back pain: Towards an integrative biopsychosocial model. *Disability and Rehabilitation*, 23(17), 758 -767.
- Universität Innsbruck. (2016). *Marketing: Universität Innsbruck*. Abgerufen am 24. März 2016 von Universität Innsbruck: https://www.uibk.ac.at/smt/marketing/files/ubik_marketing_fg
- Weltgesundheitsorganisation. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (H. Dilling, W. Mombour, M. Schmidt, Hrsg., H. Dilling, W. Mombour, & M. Schmidt, Übers.) Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Wenzel, T. (2009). Das Spektrum posttraumatischer Erkrankungen. *JATROS. Fachzeitschrift für Neurologie und Psychiatrie*(5), S. 32-33.
- Wiegand, S., Bianchi, W., Quinn, T., Best, M., & Fotopoulos, P. (2015). Osteopathic Manipulative Treatment for Self-Reported Fatigue, Stress, and Depression in First-Year Osteopathic Medical Students. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 84-93.
- Williams, N. (2007). Optimising the psychological benefits of osteopathy. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 10, 36-41.
- Zimbardo, P. G. (1995). *Psychologie* (6., neu bearbeitete und erweiterte Ausg.). (S. Hoppe-Graff, & B. Keller, Hrsg.) Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Diagnosen nach ICD 10 für die Stichprobe	50
------------	--	----

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. (Statistik Austria, 2012)	35
Abbildung 2: Auftretenswahrscheinlichkeit einer Depression nach Diagnose einer Angsterkrankung vor dem 15. Lebensjahr. (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S.894).....	41
Abbildung 3: Wie PatientInnen die osteopathische Behandlung erleben (Mulcahy & Vaughan, 2014)	44
Abbildung 4: Ablaufmodell der Studie.....	49
Abbildung 5: Leitfaden Fokusgruppe	54
Abbildung 6: Codierung nach Aussagen der ProbandInnen	56
Abbildung 7: Häufigkeiten der codierten Aussagen der ProbandInnen zu den definierten Kategorien.....	57
Abbildung 8: Codierte Mitschrift der Aussagen der FokusgruppenteilnehmerInnen	57
Abbildung 9: Auswertung der Kategorien von Fragenblock A „Spürerleben“.....	58
Abbildung 10: Auswertung der Kategorien von Fragenblock B „Energie, Schlaf und Entspannung“	62
Abbildung 11: Auswertung der Kategorien von Fragenblock C „Vergleich mit anderen Behandlungen“	63
Abbildung 12: Auswertung der Kategorien von Fragenblock D „Langzeiteffekt“.....	64

ANHANG A EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Einverständniserklärung

Name (in Blockbuchstaben):

Geburtsdatum: Code:

Hiermit erkläre ich mich bereit, an der „Osteopathie-Studie“ teilzunehmen.

Ich bin von Frau Tschinkel Manuela, Physiotherapeutin ausführlich und verständlich über die Studie, sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Patientenaufklärung und Einverständniserklärung gelesen und hatte die Möglichkeit „allfällige“ Fragen zu klären.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich am Ende des Turnusses gebeten werde an einer Gesprächsrunde teilzunehmen, welche mittels Voicerecorder aufgezeichnet wird.

Ich behalte mir das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische und/oder psychologische Betreuung entstehen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass meine persönlichen Daten und Angaben vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben werden.

.....
(Datum und Unterschrift des Patienten / der Patientin)

.....
(Datum und Unterschrift des der Studienautorin)

ANHANG B TRANSSKRIPT DER FOKUSGRUPPE

1 Interview

2 **I:** Von meiner Seite einmal einen großen Dank, dass Sie da sind, dass Sie bei
3 der Studie überhaupt teilnehmen von der Kollegin. Mein Name ist Birgit Senft, ich
4 bin Psychologin hier im Haus und jetzt schon im 11. Jahr. Ich bin schon seit dem
5 Turnus 24 da, und jetzt sind wir bei 189. Ich bin weniger befasst mit Behandlung
6 von Rehabilitanden, sondern ich bin die im Haus, die die ganzen Fragebögen
7 auswertet und die Evaluation macht und wissenschaftliche Arbeit. Also, in der
8 Funktion bin ich heute auch da bei Ihnen. Sie haben am Plan stehen heute
9 „Diagnostik“, ich habe aber nicht gewusst, was ich sonst hinauf schreiben soll. Es
10 ist jetzt nicht die Diagnostik, die Sie dann nächste Woche noch einmal am Plan
11 haben werden, weil da haben Sie ja dann die Entlassungsdiagnostik, die haben
12 Sie dann auch mit mir, sondern es ist schon eine Art „diagnostische Runde“, aber
13 in der Gruppe in Form von einem Gespräch. Und deswegen bitte nicht wundern,
14 nächste Woche haben Sie es noch einmal am Plan, aber dann ist es die normale
15 Diagnostik. Ja, warum sitzen wir da? Sie haben mit Manuela Tschinkel am
16 Anfang ein Gespräch geführt. Sie studiert und macht eine wissenschaftliche
17 Arbeit über das Thema „Osteopathie“, und wir sind bei allem, was wir da im Haus
18 machen, darauf angewiesen, dass die Leute uns rückmelden „Wie ist denn
19 das?“, „Was bringt es?“ usw. Und heute möchten wir das eben gerne in der
20 Gruppe machen, Sie haben also alle die gleiche Behandlung bekommen und wie
21 Sie gemerkt haben, ich habe ein Tonbandgerät da, weil wir beide nicht so schnell
22 schreiben können, und meine Kollegin auch nicht. Also, wenn Sie einverstanden
23 sind, es wird ja kein Name genannt, sowieso nicht, auch nicht in der
24 wissenschaftlichen Arbeit, da steht dann nur drinnen, so viele Männer, so viele
25 Frauen in dem und dem Alter würden wir gerne beim Gespräch aufzeichnen,
26 damit das ein Kollege im Haus abtippen kann, und die Kollegin kann dann für
27 ihre Arbeit die Informationen daraus herausziehen, aber es wird kein Name
28 genannt. Ist es für Sie denkbar, möglich, dass wir das eingeschaltet lassen? Wer
29 hat denn Zweifel, Sie sind ein bisschen skeptisch? Wie geht es Ihnen damit?

30 **IP:** Abwarten.

31 **I:** Okay. Was auch für alle Therapien gilt, wenn es Ihnen momentan nicht gut
32 geht und Sie hinaus müssen, bitte melden Sie sich einfach jederzeit. Ja, was ich
33 noch dazu sagen kann, ist, wir haben diese Runde in der Form noch nie

34 gemacht, wir haben sonst immer nur in Papierform die Leute gefragt, und heute
35 haben wir das erste Mal diese Gruppe, und wir sind selber gespannt, was von
36 Ihrer Seite so kommt, was Sie uns sagen werden. Gibt es von Ihnen
37 irgendwelche Fragen dazu vorab oder Befürchtungen? Ah, kommt noch jemand
38 (...) Ich habe gerade erklärt, dass wir diese Gesprächsrunde aufzeichnen, weil
39 wir alle nicht so schnell schreiben, und wir können dann nicht so gut zuhören.
40 Ganz zum Einstieg hätte ich eine Bitte an Sie. Sie haben ja alle im Rahmen des
41 Aufenthalts dieser Studie eine Osteopathie-Behandlung bekommen, ich glaube 2
42 bis 3 Einheiten waren das pro Person. Ich hoffe, dass Sie sich an diese
43 Behandlungen gut erinnern können und dass vielleicht...

44 **IP:** Was sollen wir?

45 **I:** Osteopathie ... ich glaube es ist am Therapieplan gestanden „Physiotherapie“
46 bei der Frau Homa-Konrad. Sie war die Therapeutin, und wir möchten jetzt so im
47 ersten Schritt Sie einladen, dass Sie sich an diese Behandlungen
48 zurückerinnern, einmal nur ganz kurz jeder für sich und dass wir uns dann erst
49 im Gespräch austauschen. Wie haben Sie diese Behandlungen erlebt? Nicht
50 nach den Folgen usw., wie war die Behandlung für Sie?

51 **IP:** Sehr gut.

52 **I:** Vielleicht bleibt noch so eine Minute Nachdenkphase jeder für sich, vielleicht
53 machen Sie sich auch jeder für sich kurze Notizen...

54 **IP:** In Form von Physiotherapie?

55 **I:** Ja.

56 **IP:** ... habe ich nichts gehabt.

57 **I:** Sie sind der...

58 **IP:** ... Herr R.

59 **I:** Sind Sie da richtig? Haben Sie das am Therapieplan? (...) Dann haben wir
60 einen zu viel. Dann hat vielleicht mein Kollege einen Fehler gemacht bei der

61 Verordnung. Dann wären Sie jetzt schon entlassen, und ich muss mich
62 entschuldigen.

63 **IP:** Ja macht ja nichts.

64 **I:** Entschuldigung, das ist mir jetzt peinlich, dass da ein falscher Name draufsteht
65 (...) Bitte nächste Woche trotzdem kommen, das ist dann etwas anderes. Danke
66 Ihnen! Ja, also meine Einladung wäre, dass jeder für sich selber ganz kurz
67 nachdenkt, was habe ich denn gespürt, wie habe ich das erlebt und dann, dass
68 wir nach einer Minute erst zusammen die Fragen, die wir da haben, einfach nur
69 einmal im Moment der Behandlung, wie war es, und was haben Sie denn gespürt
70 während der Behandlung? Sie können sich gerne auf dem Zettel da ein paar
71 Notizen machen jeder für sich, weil das so unsere Hauptfrage heute ist. Sie
72 können, wenn Sie möchten, auch dazuschreiben, was ist mir denn durch den
73 Kopf gegangen, während die Frau Homa-Konrad an mir oder mit mir gearbeitet
74 hat? (...) Ja, wer möchte denn als erster etwas sagen?

75 **IP:** Also, ich fand es sehr entspannend, mir hat es sehr geholfen, wenn ich sehr
76 viel Anspannung im Körper hatte, und die Frau Konrad hat mir da sehr viel helfen
77 können, dass mein Körper nicht mehr so bebt, sondern viel ruhiger wird. Ich
78 meine, es ist noch immer eine Anspannung im Körper da, aber das ist ja auch
79 nicht von heute auf morgen gekommen das Ganze, das hat sich über Jahre
80 angestaut, und mir hat das wirklich sehr gut getan, und ich möchte das jetzt in
81 Wien weitermachen – Osteopathie.

82 **I:** Das heißt, in dieser Dreiviertelstunde haben Sie verspürt, dass der Körper
83 weniger gebebt hat, habe ich das so richtig verstanden?

84 **IP:** Genau, richtig, er ist ruhiger geworden, und sie hat mir auch dazu helfen
85 können. Sie hat mir da Punkte halt gesagt, dass ich herunterkommen soll, und
86 mein Körper hat da sehr gut reagiert, hat sie auch gemeint, weil ich habe so
87 etwas noch nie gemacht.

88 **I:** Gibt es sonst noch irgendetwas, was Sie mir beschreiben können?

89 **IP:** Na ja, sie hat gemeint, ich soll in den Körper hinein hören und an etwas
90 Schönes denken, und ich habe da gedacht an einen Strand mit blauem Wasser
91 und was mir gut tut halt, und der warme Sand am Rücken.

92 **I:** Haben Sie den verspüren können?

93 **IP:** Ja, das war sehr angenehm.

94 **IP:** Bei mir war es so, dass ich am Anfang ziemlich stark von Schmerz geprägt
95 war, also mein rechter Fuß war ziemlich schmerzhaft, und ich habe diese
96 Therapie sehr genossen und bin jetzt praktisch schmerzfrei.

97 **I:** Wie ist es in der Behandlung gewesen, was ist da passiert?

98 **IP:** Sie hat mich also sehr umdreht und gewendet und hat auf die Punkte Bezug
99 genommen, wo die Schmerzen sind und eben durch diese Lockerung meiner
100 Muskulatur praktisch das Ganze erreicht, dass ich jetzt praktisch in den Beinen
101 überhaupt keinen Schmerz mehr habe.

102 **I:** Also, Sie haben eine Lockerung...

103 **IP:** Ja.

104 **I:** Okay. Was ist Ihnen so durch den Kopf gegangen, wie sie da so herum
105 gewerkelt hat an Ihnen?

106 **IP:** Ich habe mich auf mich selbst konzentriert, also auf die Druckpunkte, die sie
107 angelegt hat.

108 **I:** Das heißt, Sie waren im Fluss, nicht im Traum, sondern Sie waren an der
109 Stelle, die ich genannt habe?

110 **IP:** Ja.

111 **I:** Okay. Was für Gedanken gehen einem da durch den Kopf, wenn man so...

112 **IP:** ...dass ich es als angenehm empfunden habe. Ich habe sehr tiefliegende
113 Verspannungen gehabt, dass eben diese Knoten, die sich da dann lösen,
114 eigentlich ein sehr angenehmes Gefühl für mich war.

115 **I:** Dankeschön.

116 **IP:** Bitte.

117 **IP:** Also, ich habe die Behandlung als sehr einfach empfunden. Es ist etwas, was
118 überhaupt nicht anstrengend ist. Ich habe auch zugelassen, war eher in der
119 Bereitschaft, auch etwas zu verändern, und es war so einfach. Also, Osteopathie
120 habe ich auch noch nie angewandt oder angewandt bekommen, und es gibt
121 andere Techniken irgendwo, da muss man sehr viel mitdenken, so empfinde ich
122 das – also enormes Zulassen, ja. Wobei, was mich selbst wirklich sehr, sehr
123 fasziniert hat, war nach der ersten schon, und es ist auch ständig so geblieben
124 auch in den weiteren Behandlungen, dass immer nach dieser Dreiviertelstunde
125 schon Erfolgsergebnisse da waren. Also, was ich selbst wahrnehmen konnte
126 z.B., ich war eher in der Ausrichtung, also ich habe (???) 4/5 gehabt, es ist alles
127 verschoben gewesen auch, dadurch die ganze Muskulatur hinten auch, der
128 ganze Bewegungsapparat, und jetzt konnte ich mich teilweise nicht genau
129 durchdrehen, und da habe ich wirklich selbst wahrgenommen, dass nach der
130 Behandlung ich mich weiter ausdehnen konnte, in der geschwinden Mobilität,
131 und zwar nach dieser Zeit, das war das Faszinierende für mich. Und es war
132 jedes Mal ein Stückchen mehr, also es ist nicht zurück gehüpft, sondern es ist
133 stetig dann weitergegangen, also von den Behandlungen, also es ist etwas
134 Effektives und Langanhaltendes. Also, wenn ich jetzt Massage mache im
135 Vergleich und ich das erklären kann, dann kommt nächstes Mal daheim wieder
136 ähnlich meine Knoten oder meine Verspannungen, und da ist aber angeknüpft
137 worden an dem, was vorher war. Das war etwas, was mich sehr beeindruckt hat.

138 **I:** Mit „einfach“ meinen Sie – verstehe ich das richtig – so eine Art von
139 Leichtigkeit...

140 **IP:** Ja, absolute Leichtigkeit, weil ich könnte gar nicht sagen, ich habe sehr wohl
141 wahrgenommen, wo sie ist und wo sie drückt, ich habe auch wahrgenommen,
142 dass sich in mir etwas tut, dass auch diese Punkte, die sie gedrückt hat oder was
143 auch immer war oder welche Zonen es waren – mir ist vorgekommen, als ob sich

144 dort etwas aktivieren würde – also, vielleicht mehr durchblutet oder was man sich
145 da halt dann darunter vorstellt. Aber ich glaube, ich könnte es mit „aktivieren“ gut
146 sagen, wobei dieses „Aktivieren“, wenn ich dann hinausgegangen bin, dieses
147 Bewusste war dann zwar weg, aber es war eine Leichtigkeit da.

148 **I:** Und haben Sie noch Gedanken im Kopf, die Ihnen damals so gekommen sind
149 in der Behandlung?

150 **IP:** Ähm, Gedanken an und für sich nein, weil ich einfach nur in dem
151 Körperbewusstsein war. Wir haben uns da auch unterhalten währenddessen, wie
152 sie schon weitergegangen ist, weil immer wieder auch vorher geschaut worden
153 ist, was ist geblieben, aber ich habe gemerkt, dass der Körper sehr arbeitet, aber
154 das habe ich wirklich wahrgenommen, er arbeitet, aber nicht wie nach einem
155 Workout, wo man dann die Spatzen hat oder so, sondern es ist ein positives
156 Arbeiten, also nicht im fünften/sechsten Raum vor den Polen.

157 **I:** Das, was Sie mit leicht meinen...

158 **IP:** Genau, aber es ist ständig im Fließen.

159 **I:** Gut, wer möchte denn weitermachen?

160 **IP:** Also, ich muss sagen, die Frau Homa-Konrad ist das Beste, was meinem
161 Rücken passieren konnte. Also, sie hat mich wirklich von Schmerzen befreit, und
162 es ist alles locker und entspannt. Sie hat quasi bei jedem Neustart, also bei
163 jedem Anfang der Therapie hat sie wirklich untersucht, wo und was und was
164 kann man noch nachbessern. Also, sie hat genau, sehr gewissenhaft, und man
165 würde sich wünschen, dass alle mit solcher Präzision und Genauigkeit arbeiten
166 wie sie. Also, ich bin voller Lob für Ihre Arbeit.

167 **IP:** Das kann ich auch absolut bestätigen.

168 **I:** Also, Sie haben etwas Gewissenhaftes und Präzises...

169 **IP:** Ja.

170 **I:** Und bei sich im Körper, wie war das für Sie und Ihren Körper?

171 **IP:** Ich habe quasi mit jeder ihrer Bewegungen Erleichterung gespürt, es war
172 einfach Befreiung vom Schmerz.

173 **I:** Schön.

174 **IP:** Man wünschte sich das jeden Tag.

175 **IP:** Es ist so ein, nicht nur, das ist jetzt ein Fleischklops, und den müssen wir jetzt
176 bearbeiten, also von der Technik her, dass man hergeht, ja, da ist ein Knoten,
177 und da muss man das vielleicht jetzt raus, sondern es ist so ein Einfließen in das
178 System, das System wahrnehmen als Körper – also den Körper als eigenes
179 System wahrnehmen und mit dem dann auch individuell umzugehen. Ich glaube,
180 das trifft es sehr genau.

181 **IP:** Also, eine Art und Weise, die ich noch nicht erlebt habe, dass man mit dem
182 Körper so schön arbeiten kann.

183 **I:** Möchten Sie?

184 **IP:** Ich habe, als ich so 21 Jahre war, habe ich mir mein Becken gebrochen, auf
185 Grund dessen dann eine Verkürzung in dem Fuß (eineinhalb Zentimeter) und auf
186 Grund dessen, dass ich keine Einlagen getragen habe, habe ich jetzt eine
187 Fehlstellung gehabt im Lendenwirbelbereich, und bei der ersten Sitzung hat sie
188 das geradestellen können. Es war total super, bei der zweiten hat sie nur leicht
189 korrigieren müssen. Großteils war es wirklich super, es hat ein bisschen
190 wehgetan, aber es war ein angenehmer Schmerz, kann man sagen. Ich habe
191 gespürt, dass das immer besser und besser wird.

192 **I:** Haben Sie noch eine Erinnerung, was Ihnen da durch den Kopf gegangen ist?

193 **IP:** Ja, das wollte ich gerade sagen. Das Einzige, das mir durch den Kopf
194 gegangen ist, ich würde es mir gerne mit nach Hause nehmen.

195 **I:** Also, was Sie verspürt haben, war ein wieder korrigiert werden von der
196 Stellung her. Ist das so?

197 **IP:** Ja.

198 **I:** Wie ist es Ihnen so gegangen z.B., wenn sie am Kopf gearbeitet hat, dass Sie
199 in anderen Körperregionen etwas gespürt haben oder haben Sie dann nur Ihre
200 Hände am Kopf gespürt?

201 **IP:** Sie hat am Kopf bei mir nichts gemacht, nein. Zuerst bin ich am Bauch
202 gelegen, dann hat sie in den Lendenwirbelbereich gegriffen und in den
203 Brustwirbelbereich, und da hat sie angefangen, so leicht hin und her zu
204 schieben. Dann bin ich am Rücken gelegen, und sie hat die Hand unter meinem
205 Po gehabt, und dann hat sie da auf der Seite die ganzen Bänder, die ich da
206 habe, gelockert, und dann war es gut, und ich habe dann besser gehen können.

207 **I:** Dankeschön.

208 **IP:** Im Kopfbereich hat sie bei mir gearbeitet und ja, da war sie zwar mit den
209 Händen da oben, und da bin ich auch abgetaucht in einen Baumstamm weiter,
210 um das Ganze zu verinnerlichen, und da habe ich sehr wohl auch in der Hüfte
211 z.B. wahrgenommen, dass sich etwas tut.

212 **I:** Also, Sie haben wirklich gefühlt.

213 **IP:** Ja, ich habe es wahrgenommen, und da habe ich die Augen aufgemacht, weil
214 ich so abgetaucht war und gedacht habe, steht sie jetzt da unten, und dann habe
215 ich aber wahrgenommen, nein, sie hat die Hände noch immer da oben, und dann
216 habe ich die Augen wieder zugemacht und denke mir, na gut, lassen wir zu.

217 **I:** Spannend. Möchten Sie weitermachen?

218 **IP:** Ja, ich kann mich eigentlich nur anschließen von der Behandlung her. Es hat
219 mir irrsinnig gut getan, ich war sehr zufrieden. Sie hat eigentlich auch immer
220 gesagt, die Punkte, die sie jetzt macht, dass sie sich freut, dass viel Arbeit wartet
221 bei meiner Wirbelsäule auf sie, und ich habe auch sehr wohl, wo es um Punkte
222 gegangen ist, in andere Regionen hinein gespürt, wo vorher das
223 Schmerzzentrum war in meiner Schulter und jetzt an ganz anderen Punkten
224 gearbeitet. Es war dann einfach eine komplette Erleichterung, und dann war bei
225 der Bewegung auf einmal der Schmerz weg und die Blockade auch. Dann eben
226 von der Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule her hat das Ausrichten irrsinnig gut
227 getan, ich habe mich einfach in jeder Behandlung gut aufgehoben gefühlt,

228 obwohl die dritte sehr schmerzhaft war in dem Sinn, das hat sie mir aber auch
229 gesagt, dass da ein bisschen mehr sein kann, weil sie mich da wirklich in die
230 Tiefen schickt mit der Atmung, aber es war einfach toll.

231 **I:** Was haben Sie für Gedanken gehabt, als Sie da in Behandlung waren?

232 **IP:** Ich habe sie einfach arbeiten lassen, und die Punkte, die sie macht oder
233 ansetzt – es einfach zu verinnerlichen – zu spüren, wie das auf einmal leichter
234 wird und wie die Bewegung dann ohne Schmerz geht, und es war wirklich
235 traumhaft.

236 **I:** Also, für Sie war es eine Erleichterung.

237 **IP:** Absolut eine Erleichterung, ich war nachher viel lockerer drauf, absolut
238 positiv.

239 **I:** Dankeschön. Darf ich Sie auch einladen, etwas zu sagen?

240 **IP:** Ich kenne die Osteopathie eigentlich schon seit drei Jahren. Also, ich finde es
241 wundervoll, dass es so etwas gibt, aber es sollte schon wirklich bald über die
242 Krankenkasse halt gehen, weil sich privat das ja keiner leisten kann, und obwohl
243 ich eigentlich einen Spitzenarzt erwischt habe, der es ganz günstig immer macht,
244 und die Behandlung, die da war, habe ich ehrlich gesagt schon gewartet darauf
245 jedes Mal. Es ist ziemlich schmerzhaft, weil du denkst im ersten Moment, wo sie
246 nur die Finger darauf hält, sie fährt mit dem Messer durch hinein, aber ganz zum
247 Schluss, wenn es fertig ist, kommst du dir vor, du hüpfst wie ein Känguru, es ist
248 alles so locker, es ist so schön, und sie macht es 1a.

249 **I:** Aber in dem Moment haben Sie es eher als schmerzhaft empfunden?

250 **IP:** Bis der Druck nachlässt, sie sucht ja quasi den Druck, wo es schmerzt.

251 **IP:** Kann ich jetzt?

252 **I:** Gerne, würde mich freuen...

253 **IP:** Für mich war die Behandlung super, ich habe da immer so Verspannungen
254 gehabt und da hinten im Kreuz bis zu den Füßen hinab, und dadurch wurde der

Interview

9

255 Schmerz gut gelöst. Es war wohl schmerzhaft am Anfang, aber dann hat sich
256 das nachgelassen.

257 **I:** Also, bei Ihnen war es nach der Behandlung ein bisschen schmerzhafter?

258 **IP:** Ein bisschen nach der Behandlung.

259 **I:** Und die Behandlung selber, wie haben Sie das erlebt?

260 **IP:** Super.

261 **I:** Was ist da passiert von Ihrem Gefühl her?

262 **IP:** Eine innere Unruhe habe ich schon gehabt vom Gefühl her, das ist jetzt weg.

263 **I:** Das war dann während der Behandlung, oder?

264 **IP:** Vorher schon.

265 **I:** Wegen der Behandlung oder allgemein?

266 **IP:** Allgemein, meine innere Unruhe, die ich gehabt habe, ist jetzt weg.

267 **I:** Von den Gedanken her, fällt Ihnen da noch etwas ein, was Ihnen damals so
268 durch den Kopf gegangen ist?

269 **IP:** Eigentlich nichts.

270 **I:** Dankeschön.

271 **IP:** Also, ich habe mir eigentlich damals gedacht, oh Gott, was macht die jetzt mit
272 mir, sie hat mich in alle Richtungen gedreht und gewendet, sie hat gesagt, es ist
273 sehr viel Arbeit, die sie mit mir hat, und ich habe es als sehr angenehm
274 empfunden.

275 **I:** Und Sie haben es vorher noch nicht gekannt?

276 **IP:** Nein.

277 **I:** Wie war das, wenn man so ganz anders behandelt wird?

278 **IP:** Sehr ungewohnt. Du hast dir jedes Mal gedacht, was kommt heute, und sie
279 hat gesagt, es wäre noch Etliches da mit mir zu machen.

280 **I:** Und was haben Sie da so empfunden?

281 **IP:** Es war total ungewohnt.

282 **I:** Und wie haben Sie das gespürt im Körper, wie kann ich mir das vorstellen?

283 **IP:** Mir ist ganz komisch geworden, ganz murmelig momentan, aber im Endeffekt
284 war es leichter.

285 **I:** Und das war nur während der Behandlung?

286 **IP:** Ja, nur während der Behandlung.

287 **IP:** Also, mir hat die Frau Homa-Konrad sehr stark geholfen, ich habe schwere
288 Probleme mit der Brustwirbelsäule gehabt, und es ist ziemlich tief liegend, weil
289 es oben durch das Schulterblatt hinein strahlt, und dann habe ich auch so
290 extremen Muskelschmerzen (?) gehabt, und sie hat mich eigentlich gedreht und
291 gewendet wie durch einen Fleischwolf, aber es war für mich sehr angenehm. Je
292 mehr sie auf die Schmerzstelle gekommen ist, umso leichter wird es für mich
293 dann, und sie hat das immer genannt „es klebt bei mir“, es soll sich alles ein
294 bisschen lockern, sie hat dann nachher beim Zwerchfell das alles gelockert
295 vorne. Ich muss ehrlich sagen, nach der dritten Behandlung war alles 1a.

296 **I:** Wie hat sich das dann angefühlt?

297 **IP:** Eine Erleichterung für mich, weil ich dann leichter Luft bekommen habe. Weil
298 ich habe mit der Luft so Probleme gehabt, weil es dann immer gestochen hat,
299 und das ist jetzt aber weg.

300 **I:** Was haben Sie sich so gedacht, wie sie so geruckelt und herum gewerkelt hat
301 bei Ihnen?

302 **IP:** Eigentlich ist es jemand, der auf die Schmerzpunkte losgeht, weil wenn du
303 irgendwo massieren gehst, die tun dich meistens eh nur streicheln, anstatt dass
304 sie richtig hineinarbeiten. Und das habe ich mir gedacht, eigentlich jemand, der
305 auf die Schmerzpunkte losgeht (an die Wurzel kommt, und nicht oberflächlich).

306 **I:** Also, verstehe ich das so richtig – an die Ursache dieser Befindlichkeit?

307 **IP:** Sie behandelt nicht nur Symptome, sondern die Ursachen.

308 **I:** War das für Sie irritierend, wenn Sie z.B. gesagt haben, ein Beispiel, Sie haben
309 bei der Schulter weh, und sie hat dann in einer anderen Körperregion behandelt,
310 ist das vorgekommen, und war das irritierend?

311 **IP:** Es war eigentlich faszinierend zu sehen, wie der Körper funktioniert.

312 **IP:** Sie weiß, was sie tut, und darauf kann man sich einlassen – egal was sie
313 berührt, es wird schon seine Richtigkeit haben, und es wird helfen.

314 **IP:** Und dieses „irritiert sein“, das Sie meinen, kommt glaube ich gar nicht in den
315 Raum, weil sie spricht mit dem Körper, und sie weiß genau, was sie tut bzw.
316 wenn sie da unten am Zehen herumgezogen hätte, habe ich gewusst, das hat
317 mit dem da oben zu tun. Der Ausgleich – dadurch dass sie spricht – also dieses
318 Sprechen mit dem Körper nimmt man glaube ich sehr wahr während der Arbeit,
319 was sie da tut. Das ist das Schöne, das ist nicht einfach „ich gebe den Körper
320 ab“, sondern man ist dabei bei dem Werdegang.

321 **I:** Wie kann man sich das vorstellen? Ist es da in den Zehen z.B. warm geworden
322 oder Kribbeln oder wie stellt man sich das vor, wenn sie woanders arbeitet, und
323 sie spüren das dann an einer anderen Stelle? Gibt es da irgendeine
324 Beschreibung? Ist es schwer, das zu beschreiben?

325 **IP:** Ja, absolut. Ich glaube, das Wort „Befreiung“ ist das einzige, das es
326 irgendwie annähernd beschreibt, weil wenn Sie einen Husten haben, kennen Sie
327 den Husten und das Bellen und den Schmerz, aber Sie wissen nicht, wie es ist,
328 wenn Sie keinen Husten haben. Beschreiben Sie, dass Sie keinen Husten
329 haben. Also, das ist schwierig, aber Befreiung ist, glaube ich, das Wort

330 schlechthin. Besonders nicht von außen nach innen zu arbeiten, sondern von
331 innen heraus zu arbeiten.

332 **I:** Ich habe noch eine Frage zu „mit dem Körper sprechen“. Einige von Ihnen
333 haben auch gesagt, sie hat erklärt, was sie tut, aber sie meinen beim Sprechen
334 mit dem Körper nicht nur, was sie verbal gesagt hat, sondern wie sie mit den
335 Händen...also, habe ich das richtig verstanden, dass beides für Sie wichtig ist, zu
336 wissen, was sie tut vom Kopf her, und das andere, das Gefühl zu haben, dass
337 Sie mit Ihnen so kommuniziert, habe ich das so richtig verstanden?

338 **IP:** Ja, was mich auch so fasziniert hat, war, sie hat sehr oft die Augen
339 geschlossen, und hat dann wirklich Punkte gesucht, wo sie dann auch so
340 weitergemacht hat.

341 **I:** Das heißt, Sie haben ihre offen gehabt?

342 **IP:** Ja.

343 **I:** Die ganze Behandlung?

344 **IP:** Eigentlich schon.

345 **I:** Wie ist denn das für die anderen gewesen? Haben Sie auch die Augen
346 geöffnet gehabt?

347 **IP:** Ja, geöffnet. Geschlossen. Ich habe sie auch geschlossen gehabt.

348 **I:** Okay. Wenn Sie sich so Ihren Körper oder Ihre Körperhälften vor den
349 Behandlungen vorgestellt haben, man weiß ja, normal ist man symmetrisch,
350 rechtes Bein – linkes Bein, rechter Arm – linker Arm, hat sich da in der
351 Spüererfahrung irgendetwas verändert? Oft sagen die Leute z.B., sie spüren keine
352 Verbindung zwischen oben und unten oder rechts und links. Gibt es da
353 irgendwelche Veränderungen durch die Behandlungen?

354 **IP:** Ich bin darauf gekommen, dass ich bei meinem rechten Fuß die Schaufel
355 nicht so weit zurückbiegen kann wie bei meinem linken Fuß, das ist mir vorher
356 eigentlich nie bewusst gewesen, und jetzt weiß ich es aber.

357 **IP:** Also, bei mir war es so, dass die rechte Seite mehr ausgeprägter ist, dass ich
358 bald auch mehr Schmerzen habe auf der rechten Seite. Im Brustwirbelbereich,
359 im HWS – Bereich und im Lendenwirbelbereich kann ich nicht so richtig wie auf
360 der linken Seite, und sie hat zu mir gesagt, bei mir ist viel Mobilität auch, dass ich
361 dann weitermachen muss.

362 **IP:** Also, ich kann nur so viel sagen, dass ich mich zentrierter, mittiger und
363 ganzheitlicher gefühlt habe, was ich ja vorher nicht wahrgenommen habe, aber
364 wie dann hinausgegangen bin, hat es sehr wohl eine Form von Glücksgefühl und
365 Glückshormonen gegeben.

366 **I:** Ja, wir würden jetzt gerne noch ein bisschen auf die Folgen eingehen, zu
367 einem gewissen Teil haben Sie schon gesagt, es ist wieder geradegerichtet
368 worden, wir würden gerne wissen, was hat sich im Körper verändert oder
369 vielleicht auch, wenn Sie jetzt sofort vor die erste Behandlung denken und jetzt
370 einfach einmal aus dem Bauch heraus, was ist anders, auch wenn Sie es
371 vielleicht schon gesagt haben oder irgendetwas dazu, muss keine lange
372 Erklärung sein, einfach so aus dem Bauch heraus...

373 **IP:** Die Bewegungen sind mir einfach viel leichter gefallen, ich habe mich einfach
374 gelenkiger gefühlt.

375 **IP:** Lebendiger.

376 **IP:** Also, bei mir sind im Lendenwirbelbereich die Schmerzen weg und im
377 Halswirbelbereich schon noch vorhanden.

378 **I:** Also, bei Ihnen ist ein Teil...

379 **IP:** Ja, ein Teil hat sich gelöst.

380 **IP:** Bei mir sind die Schmerzen ein bisschen weniger geworden, aber sie sind
381 noch immer da.

382 **IP:** Die Schmerzen sind leichter geworden.

383 **IP:** Die Schmerzen sind leichter geworden.

384 **IP:** Da schließe ich mich auch an.

385 **IP:** Ich weiß, dass ich länger brauche. Also, dass das mit den paar
386 Behandlungen nicht geht.

387 **I:** Wo merken Sie, dass etwas anders ist?

388 **IP:** Also, ich muss ehrlich sagen, ich habe, wenn sie die Hand darauf gehalten
389 hat, und auf der Stelle, wo es schmerzt, habe ich erst gewartet darauf, dass der
390 Schmerz jetzt kommt, weil ich kenne es noch viel ärger, als wie sie es macht, sie
391 hat es noch sanft gemacht.

392 **I:** Und was war dann danach?

393 **IP:** Super, es ist danach so super, nur ich sage, eine Woche dazwischen ist so
394 lange immer, dass, bis die Woche vorbei ist, schon wieder denkst, so, jetzt kann
395 sie aber schon wieder von vorne anfangen.

396 **IP:** Also, das sehe ich z.B. anders, bei mir ist es stabil geblieben. Also, gerade
397 eben auch, wenn ich denke, es ist doch ein Unfall gewesen, und es ist ein großer
398 Eingriff, und ich habe es nicht operieren lassen, und die Schulter ist wirklich so
399 hinunter gehängt, wenn ich jetzt so dasitze, beide Blätter (?) sind gleich hoch,
400 und es waren zwei Behandlungen oder waren es drei? Es hätte keine andere
401 mehr hingekriegt, und das bleibt aber, das ist schon etwas.

402 **I:** Und bei Ihnen ist es auch so, dass das geblieben ist, wo Sie sagen, diese
403 Hüftfehlstellung?

404 **IP:** Ja, ist schon geblieben. Aber ich kann mir vorstellen, weil ich habe auch
405 gestern eine blöde Bewegung gemacht, und dann hat es mir schon einen Stich
406 gegeben, also es könnte sein, nehme ich einmal an.

407 **I:** Ähm, wir haben jetzt bei den Erlebnissen, die durch die Osteopathie kommen
408 können, also Sie haben ganz viel Erleichterung, Lockerung, Mobilität
409 beschrieben, und wir würden gerne Ihre Einschätzung haben vor der
410 Behandlung, vor der ersten und jetzt in Bezug auf Energie, Schlaf und
411 Entspannung, also wir wollen nicht, dass Sie überall sagen, ich war vorher erholt

412 und nachher auf 10, sondern wirklich so für sich selber überlegen, wo bin ich
413 denn vorher gewesen, und wo bin ich jetzt oder ist vielleicht weniger Energie
414 oder was weiß ich?

415 **IP:** Also, da sage ich gleich einmal, da steige ich aus, das kann ich nicht
416 beantworten, weil so in den Gesprächstherapien usw. auch noch sehr viele
417 Sachen einfließen, was da auf alle Fälle auch mitwirkt (oder nicht wirkt?).

418 **I:** Ich würde da noch gerne das hereinnehmen, wo Sie sagen, ich habe das
419 Gefühl, da ist durch die Osteopathie etwas geschehen in dem Bereich?

420 **IP:** Also, das kann man nicht trennen von den anderen.

421 **IP:** Also, ich finde schon, dass die Entspannung größer geworden ist, weil die
422 Schmerzen weniger geworden sind, und ich könnte sagen, dass man bei – wie
423 ich hergekommen bin – auf 3 gewesen ist, und jetzt vielleicht bin ich auf 6, weil
424 Schlaf habe ich immer einen guten gehabt verbunden mit einer guten Energie,
425 natürlich durch die Schmerzverminderung auch.

426 **I:** Also bei Ihnen ist schon ein bisschen mehr Energie und Entspannung?

427 **IP:** Ja, schon.

428 **I:** Wie ist es bei den anderen? Tun Sie sich auch schwer, zu sagen, wo ist was
429 verortet?

430 **IP:** Es sind zu viele Therapien deswegen, da kann man das jetzt nicht so richtig
431 herausfiltern.

432 **IP:** Ich habe schon das Gefühl gehabt, dass ich nach der Behandlung mit neuer
433 Energie hinausgegangen bin – einfach entspannt, ein Wohlgefühl, Glücksgefühl,
434 und ich war einfach fitter und habe mehr Energie gehabt.

435 **I:** Also, Sie tun sich leichter zu sagen, wenn die mit der Behandlung fertig ist,
436 dann strahlt man.

437 **IP:** Und das hält dann ein paar Tage an.

438 **I:** Jetzt sind wir bei den letzten beiden Themen. Und zwar haben Sie, wie Sie
439 gerade selber gesagt haben, unterschiedliche Therapien hier bekommen, auch
440 unterschiedliche Therapien vorher. Sie haben sogar schon die Osteopathie
441 gekannt, einige haben da Ärzte gehabt. Ich würde zuerst einmal gerne fragen,
442 was ist für Sie der Unterschied zwischen den anderen Körpertherapien, z.B.
443 einer Massage, und der Osteopathie – kann aber auch eine andere
444 Körpertherapie sein – und danach erst so über die
445 psychologischen/psychotherapeutischen. Aber jetzt einmal so verglichen
446 Massagen, Physiotherapien, andere Therapien mit Osteopathie – was ist bei der
447 Osteopathie anders?

448 **IP:** Sie geht an die Wurzeln, die Massage behandelt nur die Schmerzen, aber
449 schafft die Ursachen nicht weg.

450 **I:** Sie sagen, Osteopathie geht an die Ursachen?

451 **IP:** Ja.

452 **I:** Intensiver.

453 **IP:** Tiefgründiger.

454 **I:** Meinen Sie jetzt – Sie beschreiben das ja alle ähnlich – primär auf körperlicher
455 Ebene oder insgesamt körperlich und seelisch?

456 **IP:** Körperlich und seelisch würde ich sagen.

457 **I:** Würden Sie das auch sagen?

458 **IP:** Ja.

459 **IP:** Es ist mehr auf der Knochenbasis und nicht auf der Muskelbasis so wie bei
460 einer Massage.

461 **I:** Sie sagen, es geht mehr auf den Bewegungsapparat an sich?

462 **IP:** Ja.

463 **IP:** Die Massage ist entspannend, und es ist befreiend.

464 **IP:** Also, ich kann durch das Auflegen von Händen Krankheiten genauso sagen,
465 was du innerlich hast, weil ich habe das nämlich bei meinem Art zweimal
466 erfahren, was dann wirklich kurz darauf passiert ist, wo er mich vorgewarnt hat.

467 **I:** Das heißt, es ist eine diagnostische Berührung, kann man das sagen?

468 **IP:** Ja.

469 **IP:** Eben auch ohne viel Krafteinwirkung, wobei ich natürlich nicht beurteilen
470 kann, was es ihr kostet, aber ohne viel Kraft jetzt enorm viel bewirken. Also, das
471 könnte ich auch so sagen. Ich glaube, sie hat einfach noch auf einer anderen
472 Ebene Zugang.

473 **I:** Können Sie die Ebene irgendwie beschreiben, wie man das verstehen könnte?

474 **IP:** Es gibt die oberflächliche Muskulatur und die Tiefenmuskulatur. Und zur
475 tiefen kommt man nie hin, das wissen wenige, außer man hat diese Übung. Die
476 Massage ist oberflächlich, deshalb habe ich gesagt, die Massage ist von außen,
477 aber die Osteopathie ist von innen nach außen – ausfließend und
478 weiterarbeitend, weil das Arbeiten war nach dieser Dreiviertelstunde nicht für
479 mich beendet, also bei mir persönlich. Der Körper hat in der Nacht sehr wohl
480 auch noch weitergearbeitet, also da habe ich oft noch Punkte gemerkt beim
481 Einschlafen, wo ich dann ruhiger geworden bin, dass sich irgendetwas tut da
482 noch, also so ungefähr, als wenn er eine To-do-Liste gekriegt hätte von der Frau
483 Konrad, und er hat dann schön kamot abgehakt.

484 **IP:** Also, das habe ich auch wahrgenommen.

485 **I:** Also, es ist etwas angeregt worden. Fällt sonst noch jemandem etwas ein im
486 Unterschied zu bisherigen körperlichen Behandlungen?

487 **I:** Ist es jemandem so gegangen, dass andere Symptome wie Verdauung oder
488 andere Beschwerden, hat sich da etwas verändert, wo Sie das auch auf die
489 Behandlungen zurückführen können oder ist es auch eher schwer, jetzt zu
490 trennen?

491 **IP:** Mir kommt vor, dass der Brustkorb vorher beklemmender war und dass er
492 jetzt freier ist, er liegt freier. Ich bekomme besser Luft, das wirkt sich u.a. auf den
493 Schlaf aus, also da kann ich das dann schon sagen.

494 **I:** Wir würden jetzt gerne noch, so wie Sie selber gesagt haben, Sie haben viele
495 Therapien gehabt – kreative, körperorientierte, psychotherapeutische,
496 psychologische – wo sehen Sie da Gemeinsamkeiten mit den anderen
497 Therapien, wo hat sich da etwas ergänzt oder wo sind da ganz grobe
498 Unterschiede, kann man da irgendwie darauf kommen? Weil wo wir vielleicht hin
499 möchten, das ist dann der letzte Themenblock, vielleicht ist es dann leichter zu
500 verstehen, die Frage, so quasi, was haben Sie in diesem ganzen
501 Behandlungsstrauß, den Sie da von uns bekommen haben, über sich selber
502 lernen können – vielleicht in Kombination mit der psychotherapeutischen
503 Behandlung oder auch in Abgrenzung dazu?

504 **IP:** Ich persönlich verstehe die Frage nicht.

505 **I:** Was wissen Sie jetzt über sich oder Ihren Körper mehr als vorher, einfach so
506 vom Gewinn her, was Sie da mitnehmen können aus dieser Behandlung? Sie
507 können jetzt ruhig einmal alles hereinnehmen, aber vielleicht dann sagen, das
508 eine oder das andere hat mit dieser Veränderung zu tun. Vielleicht reflektiert man
509 das auch beim Reden dann, wenn man überlegt, was habe ich jetzt alles über
510 mich – sowohl seelisch als auch körperlich – gelernt. Sie haben ja vorhin schon
511 ein paar Sachen gesagt, die schon in die Richtung gegangen sind. Sie haben
512 z.B. mehr auf der körperlichen Ebene gesagt, ich weiß jetzt, dass meine rechte
513 Schaufel nicht so mobil ist wie die linke, das ist schon ein Teil davon.

514 **IP:** Also, meine Körperwahrnehmung hat sich schon sehr stark verbessert.

515 **I:** Woran merken Sie das, dass die Körperwahrnehmung anders ist?

516 **IP:** Dass einfach eben – so wie Du gesagt hast – bei mir ist ein kürzerer Fuß und
517 bei der Frau B. bei der Körperwahrnehmung, ich habe es zwar gewusst, aber
518 gespürt habe ich es wirklich das erste Mal in der Behandlung von der
519 Druckfläche vom Auflegen her, da ist es eigentlich total gut hinübergewonnen,
520 dass der eine kürzer ist, dadurch eben, dass das Gewicht anders verlagert ist.

521 **I:** Das heißt, bei Ihnen ist es vom Wissen her zum Spüren gegangen, kann man
522 das so sagen?

523 **IP:** Ja. Auch die Lymphdrainagen bei Herrn H. waren Superbehandlungen, und
524 ich habe meine Zeit gebraucht, damit ich wieder im Kopf klar werde, weil ich das
525 so genossen habe, und da ist er auch gewisse Punkte abgegangen, wo du am
526 Anfang dachtest, das ist mehr ein Kitzeln, und dann aber eigentlich mit dem
527 Druck immer ein bisschen mehr geworden ist, und dann habe ich sehr wohl
528 gemerkt, dass das einfach vor allem im vorderen Bereich viele Blockaden gelöst
529 werden im Brustkorbbereich. Bei der Frau B. habe ich z.B. irrsinnig viel
530 wahrgenommen, wenn sie auf Punkte gegangen ist, entweder nach rechts oder
531 nach links liegen, dass ich das auf gewissen Ebenen einfach mehr empfunden
532 bzw. gespürt habe, wenn ich auf der Seite gelegen bin, und auf der anderen
533 Seite waren es wieder ganz andere Regionen, was ich so empfunden habe. Und
534 das habe ich eigentlich dem Helmut gesagt, wie ich es empfunden habe, was ich
535 eigentlich empfunden habe dabei – gut durchblutet wieder.

536 **I:** Also, das ist Ihnen gelungen, das auch auszudrücken?

537 **IP:** Ja.

538 **I:** Und Sie haben so mehr Sensibilität gekriegt?

539 **IP:** Ja, genau.

540 **I:** Danke.

541 **IP:** Ich finde, dass die Physiotherapie und die Massage eins werden, sie ist dann
542 noch weiter auf das eingegangen, und hat dann praktisch, wo sie aufgehört hat,
543 noch einmal eine Schaufel dazugelegt und ist dann noch einmal in die Tiefe
544 gegangen.

545 **I:** Und für Sie war das eine Kombination?

546 **IP:** Für mich war es eine Kombination, die sehr angenehm war.

547 **I:** Das heißt, es hat sich gegenseitig verstärkt, habe ich das so richtig
548 verstanden?

Interview

20

549 **IP:** Ja, es hat sich gegenseitig verstärkt.

550 **I:** Aber es könnte ja auch sein, dass das ganz unterschiedlich war?

551 **IP:** Nein, es war eine positive Verstärkung.

552 **IP:** Ich hatte an einem Vormittag vier körperliche Einheiten. Zuerst war die
553 Bewegungstherapie, dann war das bei der Frau Konrad, danach Massage und
554 dann noch einmal Einzelbewegungstherapie. Und wie ich das gelesen habe, war
555 ich zuerst schon ein bisschen skeptisch, da sind so viele Reize, die von außen
556 einfließen, wie soll das gehen? Und nach der Bewegungstherapie bin ich dann
557 zur Frau Konrad und habe ihr das gezeigt, und sie hat ganz super reagiert,
558 indem sie dann hergegangen ist und einmal das, was aktiv war, bearbeitet hat
559 und danach zu mir gesagt hat, bitte lassen Sie den Bereich arbeiten, aber da
560 unten war auch noch irgendetwas und in der Hüfte, und sie hat dann in der Hüfte
561 gearbeitet, und als nächstes ist sie dann zu Frau N. gegangen, und dann haben
562 wir eben genau diese Körperübungen gemacht, um das, was vorher getan
563 wurde, zu festigen und zu stabilisieren. Das hat mir dann gut getan, aber ich
564 habe müssen meinen Mund aufmachen. Hätte ich wahrscheinlich den Mund
565 nicht aufgemacht, wie soll der Therapeut das wissen – und das ist es.

566 **I:** Bei Ihnen ist es so von selber gegangen?

567 **IP:** Bei mir ist es von selber gegangen.

568 **I:** Wie ist es Ihnen so mit dieser allgemeinen Körperspannung gegangen? Hat
569 jeder vorher gewusst, dass er entspannt oder angespannt ist bzw. hat sich da
570 vom Spüren etwas verändert?

571 **IP:** Die Entspannung war unten.

572 **I:** Nein, generell. Viele spüren ja gar nicht, dass sie total angespannt sind z.B.,
573 ob sich da in dem Sinne etwas verändert hat, dass Sie jetzt sagen, in
574 Institutionen, die schwierig sind, spüre ich überhaupt, dass ich angespannt bin
575 oder bei der Entspannung spüre ich, dass ich jetzt locker lassen kann?

576 **IP:** Also, ich habe schon gewusst, ich bin verspannt, und ich habe auch die
577 Punkte gewusst, aber durch diese Behandlung ist es eben dann besser
578 geworden, und ich kann schon in mich hinein hören und fühlen, was mir
579 Schmerzen bereitet und was nicht rund läuft, aber es ist jetzt wesentlich
580 angenehmer, weil weniger Schmerzen da sind. Man hört vielleicht noch
581 bewusster in sich hinein.

582 **IP:** Also, ich habe das Biofeedback gemacht mit der Verspannung, und bei mir
583 hat sich das nicht gelöst. Es ist ziemlich gleich geblieben wie am Anfang, es ist
584 nur bei wirklicher Konzentration auf die Entspannung, also auf die Verspannung
585 und dann die Entspannung, dann ist es mir geglückt, dass es ein bisschen
586 heruntergegangen ist. Und das, was mich gewundert hat, das ist bei meiner
587 kaputten Schulter habe ich einen Spannungswert zwischen 4 und 5 gehabt,
588 und bei der gesunden Schulter habe ich, wie ich hergekommen bin, eine
589 Verspannung gehabt so 22, und das ist dann heruntergegangen auf 17. Ich hätte
590 eher umgekehrt geglaubt.

591 **I:** Das wäre meine Frage gewesen, ob sich die Werte mit dem decken, was Sie
592 auch spüren.

593 **IP:** Nein, ich bin zwar eine Rechtshänderin, aber ich trage alles links. Und wenn
594 ich fünf Säcke habe und die Handtasche noch dazu über die Schulter, ich habe
595 alles links. Ich bin aber rechts mehr verspannt, warum auch immer, ich weiß es
596 nicht.

597 **I:** Also, wir sind ja sehr froh, dass Sie überhaupt an der Studie teilnehmen und
598 auch an der Gesprächsrunde, und was uns alle interessieren würde, wie die
599 Kollegin Sie gebeten hat, da teilzunehmen, weil das ist ja erst nach einer
600 ärztlichen Zuweisung gegangen, wie man gesagt hat, die Patienten brauchen
601 eine Behandlung und eignen sich dazu. Ähm, was haben Sie denn gedacht, was
602 da auf Sie zukommt, wie Sie bei der Kollegin das unterschrieben haben, die
603 Einverständniserklärung und auch sich bereit erklärt haben, dass Sie dann
604 hierher kommen und so quasi noch einmal etwas erzählen müssen, was haben
605 Sie denn vorher erwartet oder gedacht oder befürchtet?

606 **IP:** Ich habe mir gar nichts gedacht, weil es mir damals so mies gegangen ist,
607 dass die Kollegin direkt zu mir ins Zimmer gekommen ist, hat mir das Ganze

608 natürlich erklärt, und dann habe mich bereit erklärt und dann habe ich mir
609 gedacht, ich schaue einmal, was da auf mich zukommt.

610 **I:** War da ein bisschen Hoffnung vorher, dass es etwas bringt?

611 **IP:** Die Hoffnung war da, dass eben die Schmerzpunkte bearbeitet werden und in
612 weiterer Folge weniger Schmerzen vorhanden sind.

613 **I:** Wie war es bei Ihnen, was haben Sie sich gedacht?

614 **IP:** Ich bin der Therapie offen gegenübergestanden. Es ist ja nichts Negatives
615 gewesen, sondern etwas Positives.

616 **I:** Auch abhängig von den Vorerfahrungen?

617 **IP:** Physiotherapie ist für mich immer etwas Positives.

618 **I:** Okay, für Sie ist das grundsätzlich.

619 **IP:** Schon, ja.

620 **I:** Wie war es bei Ihnen?

621 **IP:** Also, ich habe eigentlich nichts erwartet, sagen wir so, ich lasse mich darauf
622 ein und schaue, was herauskommt.

623 **IP:** Also, ich habe es auch so genommen, wie es gekommen ist und habe mir
624 auch nichts dabei gedacht, aber ich habe mir gedacht, Physiotherapie tut
625 eigentlich schon gut. Und in der Art habe ich es noch nie kennengelernt, also,
626 war gut, ja.

627 **IP:** Ich habe es einfach genommen, wie es gekommen ist. Wie sie gefragt hat,
628 habe ich ja gesagt und keine Erwartungen gehabt.

629 **IP:** Ich schließe mich diesen Worten an, wie es kommt, so kommt es.

630 **IP:** Ich war wieder offen für Neues. Eines, das ich hinzufügen möchte,
631 Osteopathie ist mir lieber als Physiotherapie. Sie ist angenehmer.

632 **I:** Was haben Sie so für Gedanken gehabt? Sie haben es ja schon gekannt.

633 **IP:** Ich habe mir gedacht, ja super, ohne Bezahlung.

634 **IP:** Also, ich war zuerst ein bisschen skeptisch, und ich bin mir ein bisschen
635 überfordert vorgekommen hinsichtlich des Therapieplans und der ganzen
636 Therapien, einfach von der Zeit her, habe dann um Bedenkzeit gebeten und
637 gesagt, ich möchte das auf mich wirken lassen und sage dann Bescheid. Das
638 habe ich dann auch gemacht, weil ich denke, dass Physiotherapie etwas Gutes
639 ist, habe ich teilgenommen, habe mich aber, wie ich den Schmerzbogen
640 bekommen habe, mich schleunigst wieder davon distanzieren wollen, weil ich
641 einfach froh war, dass ich momentan nicht so mit Schmerzen kämpfe, und da
642 sollte ich mich nur mit Schmerzen beschäftigen, ich wollte das absolut nicht.

643 **I:** Das ist selbstverständlich durchaus in Ordnung, ich finde, es ist eine gute
644 Entscheidung.

645 **IP:** ...und habe dann trotzdem, obwohl ich das nicht ausgefüllt hatte, in der
646 Gruppe bleiben können.

647 **IP:** Ich kenne Osteopathie von innerhalb der Familie. Mein Schwager ist zu
648 einem Osteopathen gegangen, da hat er zu mir schon immer gesagt, geh hin,
649 geh hin, aber das ist halt eine Geldsache, und daher habe ich da sehr gerne
650 teilgenommen.

651 **I:** Von der Anzahl oder auch vom Intervall her, also wie viel Zeit zwischen den
652 Behandlungen ist? Gibt es da etwas, wo man sagt, das hat gepasst einmal in der
653 Woche oder es hätte ruhig öfter sein können?

654 **IP:** Zweimal die Woche.

655 **I:** Das heißt, Sie haben nicht das Gefühl, dass der Körper diese Zeit braucht
656 dazwischen?

657 **IP:** Nun, vielleicht wird das dann mit der Zeit besser, dass man es dann wirklich
658 nur mehr einmal bräuchte. Aber so wie jetzt merkt man, als das dann z.B. am
659 Dienstag war, hat das so bis Freitag bis zum Anfang des Wochenendes

660 angehalten, und dann am Sonntag/Montag hat man gemerkt, dass wieder eine
661 Behandlung fällig wäre und man freut sich schon wieder darauf, dass man
662 behandelt wird, sage ich.

663 **IP:** Interessant, da denke ich anders.

664 **IP:** Haben wir jetzt noch eine Behandlung oder nichts mehr?

665 **I:** Nein, die Kollegin steigt morgen in den Flieger und ist fort. Möchten Sie uns
666 sonst irgendetwas noch mitteilen?

667 **IP:** Diskussionsbeitrag zum Thema „Hydrojetmassage“.

668 **I:** Ich möchte mich abschließend sehr, sehr herzlich bei Ihnen bedanken auch für
669 diese Runde heute, weil ich glaube, es ist allen sehr heiß, und es ist kein feines
670 Klima hier drinnen, dass Sie da jetzt eine Stunde mit uns verbracht haben. Ich
671 freue mich, dass es durchwegs positiv für alle war. Ich freue mich, dass es sich
672 auch ein bisschen verändert hat, weil ich habe zumindest das Gefühl gehabt,
673 dass nicht alle so offen auf das eingestellt waren, vielleicht war das nur meine
674 persönliche Empfindung, aber ich freue mich sehr, dass es sich so zum Guten
675 gewendet hat, und ich wünsche jedem, dass er eine weitere Behandlung
676 irgendwo bekommen kann.

677 **IP:** Dankeschön.

Anforderungsschein für KÖRPERTHERAPIE

Reha I Reha II

Psychiatrische Diagnose: W-dm PTBS
Somatische Diagnose: 2. n. dor. Spandylodese L5/S1
Cave: MWS + LWS (konstrukt. bed. VE)

Gewünschte Therapie bitte ankreuzen und nach *Priorität* beurteilen:
 1 = Therapie für den Patienten/die Patientin medizinisch sehr wichtig
 2 = Therapie für den Patienten/die Patientin wichtig

Therapiebezeichnung	Priorität
<input checked="" type="checkbox"/> Einzelphysiotherapie	1
Medizinische Trainingstherapie	
<input checked="" type="checkbox"/> Skenar	
<input checked="" type="checkbox"/> TENS <u>Grät NL 17 / SN 0043582</u>	
Magnetfeld	
Lichttherapie	
Bewegungspass/ 10.000 Schritte Programm	

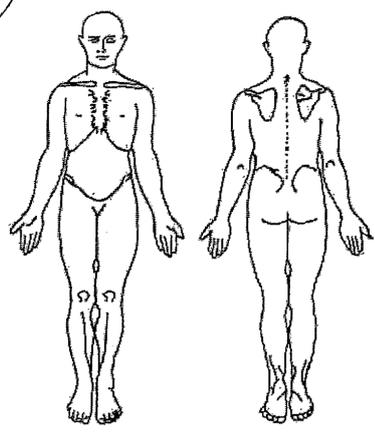
Kopfheber

Datum: 18.6.2015

Name und Unterschrift des zuweisenden Arztes: *[Signature]*

Anamnese (vom Therapeuten auszufüllen):

04111 OP L5-S1 Verschraubung
 → re Bein Lähmung + Blase
 bei Stützweibel Duraverletzung
 RL für 14 d, Gipsrieder 4 NO
 → 4 Stach + Med.
 wieder OP geplant
 Bew. ↓ v.a. Flex Kinderbetruerin
 vorher Metallarbeiten
 Gewalt in der Ehe
 Hydral mit OP (oral) + Novalgin b.B.



↓↑: Arbeit in Flex, teilweise ohne Anstöße

↓↓: BWÜ, SL

Schlaf: Ein + durch Noodat → Umstellung auf Dominant

Unf: Beckenbruch, Nause, li UA (Gewalt) Coccygis # Schlitten

viszeral: Hydal → Verstopfung,
Blähungen deutl. n. Essen
RR ↑ + Med. Ernst.

Op: Inkontinenz - Blasenhebung → Besserung

ψ: Panikattacke - Alarax; bipolar

*) ↓ Steißbein seit ~ 3 Wochen; Ø Anstöße

*) HWS Abrückung
Einschlafen bei Hände

Hobbies: walken, stricken

Seroguel ⇒ + 20 kg → ex seit 3d

Ther: Med TLÜ in Flex

Hypersens. Zone Th 11 - L4

starke Druckempf.

viszeral: Blase

08.07.15: Absetzen Seroguel XR 200 Ende Juni - Besserung erst NM

⇒ Schwindel, Übelkeit, Unruhe

- leichte Besserung durch Seroguel 50

Schlaf gut, Gewicht rückläufig

Ther: im Sitz - Nervenentstörung - bei ψ instabil

Behandlung im Sitzen ⇒ Übelkeit

noch 30' - Ende

16.07.15: Pat. wieder Stabilisierung ψ

↓ deutl. im Nervenbruch + li TLÜ neben Narko

⇒ Anstöße neg. Sy mögl. (Übelkeit, schreien)

Nervenentstörung, Blase, Uterus

HT

Anforderungsschein für KÖRPERTHERAPIE

Reha I Reha II

Psychiatrische Diagnose: rezidiv. Depression
Somatische Diagnose: WS, Fibrosyndrom
Cave: u. BS-Vorfälle, WK-Frakturen

Gewünschte Therapie bitte ankreuzen und nach Priorität beurteilen:
1 = Therapie für den Patienten/die Patientin medizinisch sehr wichtig
2 = Therapie für den Patienten/die Patientin wichtig

Orthopädie!

Therapiebezeichnung	Priorität
<input checked="" type="checkbox"/> Einzelphysiotherapie	1
Medizinische Trainingstherapie	
Skenar	
TENS	
Magnetfeld	
Lichttherapie	
Bewegungspass/ 10.000 Schritte Programm	

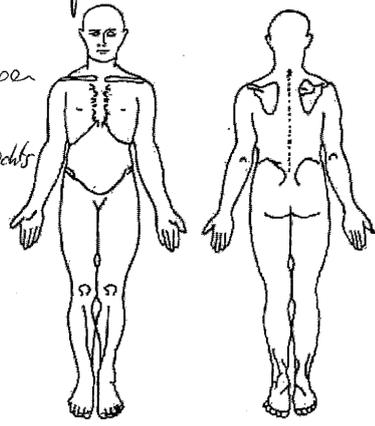
Datum: 14.6.2015

Dr. Spendel

Name und Unterschrift des zuweisenden Arztes:

Anamnese (vom Therapeuten auszufüllen):

- ⊙ WS (Stechen) v.a. bei Wetterumschwüngen laut Pat. verengte Spinalkanäle Hände schleifen einwärts
- ⊙ WS mit Ausstrahlung in re Bein
- ⊙ ganz WS; - Schlaf wechselnd



Reha-Klinik für zeitliche Gesundheits- u. Rehabilitation - Arbeitsfolie (Platz aus 10-112 in 107e) PSL/AU/10_13.11.2014

Anforderungsschein für KÖRPERTHERAPIE

Reha I Reha II

Psychiatrische Diagnose: Gen. Angststörung, Depr.
Somatische Diagnose: Schmerzsyndrom LWS, HWS
Cave: _____

Gewünschte Therapie bitte ankreuzen und nach *Priorität* beurteilen:

- 1 = Therapie für den Patienten/die Patientin medizinisch sehr wichtig
 2 = Therapie für den Patienten/die Patientin wichtig

	Therapiebezeichnung	Priorität
<input checked="" type="checkbox"/>	Einzelphysiotherapie	1
	Medizinische Trainingstherapie	
	Skenar	
	TENS	
	Magnetfeld	
	Lichttherapie	
	Bewegungspass/ 10.000 Schritte Programm	

Datum: 17.6.2015

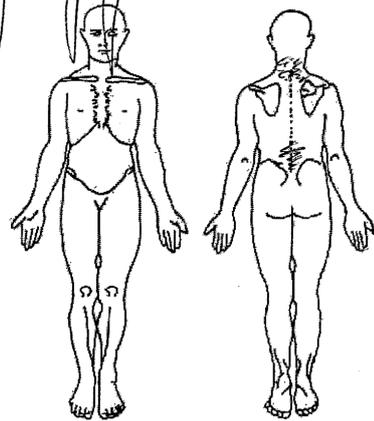
Name und Unterschrift des zuweisenden Arztes: Dr. Wagner

Anamnese (vom Therapeuten auszufüllen):

- HWS: starke G, seit 2 Wochen
 & Ausl. + Supra + Kopf + Kopf G
- LWS: stat. Pos.

Uaf: Auffahrung: - von Rinken vor ca. 2a
 seit 1a KS; Stress-sitzend; Überlastung
 Arbeit → G↑
 Orthopäde, G-Inf. → lindert anfangs
 jede Woche; Ther → keine Verbesserung
 Infekt. ges. NS → leichte Verbesserung
 liegen.;

Reha-Klinik
für spezielle Gesundheitsleistungen



PSL/ÄL/10_13.11.2014

Dokumentation:	
	Sport: derzeit Ø, vorher Tennis
	Med.: Sirdalud, Mioxax, Moxapflaster
	Schlaf: + Med., Trithco, Temesker, Dominal
	OP: Blinddarm, Jandel
	viszeral: Durchfall, Blähung vor 3,5 Wochen App ↓ seit Eroquel ex + 18 kg / a niedriger RR
	↓ Amb. → Tapung → Bewegung
	Ther: Midline, Spannung-Entspannung Mentaltechniken
	Befund: HWS Kot r ~ 45° + G Fingr-Boden-Abstand bis Kc - G Beugepl. ger. WS ↓ + G
01.07.15	↓ ger. WS seit ca 1 Woche; Dauer G Kopf G Hinterkopf bis Frontal; ↓ auch beim Liegen; - Kopfwachstum, Diaphragma, Atmung
16.07.15	Midline, Tonusregulation durch Mental- techniken und Atmung Jab mittlere BWS bei SDF Flex, Rot. r + Lippen r Alltagsbewegung

Anforderungsschein für KÖRPERTHERAPIE

Reha I Reha II

Psychiatrische Diagnose: MANIC STÖRUNG
Somatische Diagnose: _____
Cave: _____

Gewünschte Therapie bitte ankreuzen und nach *Priorität* beurteilen:
 1 = Therapie für den Patienten/die Patientin medizinisch sehr wichtig
 2 = Therapie für den Patienten/die Patientin wichtig

	Therapiebezeichnung	Priorität
<input checked="" type="checkbox"/>	Einzelphysiotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>
	Medizinische Trainingstherapie	
	Skenar	
	TENS	
	Magnetfeld	
	Lichttherapie	
	Bewegungspass/ 10.000 Schritte Programm	

Datum: 18.06.2015

Name und Unterschrift des zuweisenden Arztes: Voßne

Anamnese (vom Therapeuten auszufüllen):

- ① Nacken, Supra, Trossy IV re → alline BWÜ
- ② TLÜ, BWS

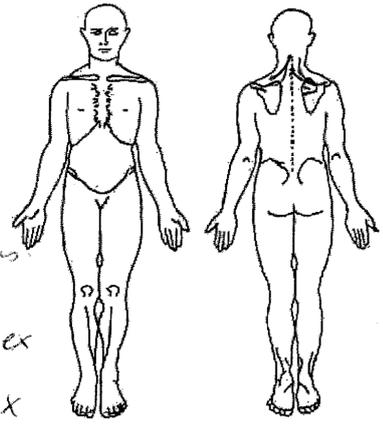
Ther: Rückenbr., Man., G.C.

Unf *) Skiuirfall durch von lat. auf humerus.
 Kopf vor 1a
 *) Tibia # offen re, Schalle (Schrauler) ex

OP: G-OP 2006; Vorhofverö., 2x G-19f.; 2x Insult Blinddarm

Reha-Klinik
für funktionelle Gesundheit im Alter

linker Insult 02/14 - Erblindung - 3d
 G-bl. : mit 232 - Gewicht ↑



PSL/ÄL/10_13.11.2014

Anforderungsschein für KÖRPERTHERAPIE

Reha I Reha II

Psychiatrische Diagnose: Depression
Somatische Diagnose: Chron. Schmerzsyndrom WS
Cave: Schulter/ bds. Impingementyndrom

Gewünschte Therapie bitte ankreuzen und nach Priorität beurteilen:
 1 = Therapie für den Patienten/die Patientin medizinisch sehr wichtig
 2 = Therapie für den Patienten/die Patientin wichtig

Therapiebezeichnung	Priorität
<input checked="" type="checkbox"/> Einzelphysiotherapie	1
Medizinische Trainingstherapie	
Skenar	
TENS	
Magnetfeld	
Lichttherapie	
Bewegungspass/ 10.000 Schritte Programm	

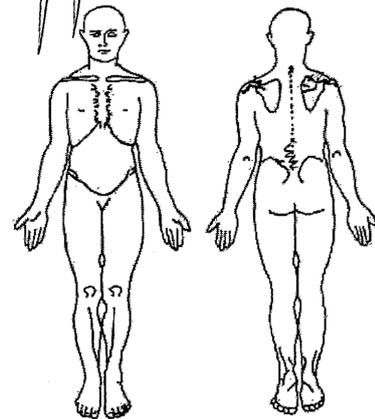
Datum: 18.6.2015

Name und Unterschrift des zuweisenden Arztes: Dr. Propper

Anamnese (vom Therapeuten auszufüllen):

- LWS L5/S1 - Verpl. 2012
- bds. Schultern - Impingement

Gleichwirbel + Musk. r. Bein; Schwäche
 & Muskler;
 → OP → & Verbesserung → Musk. bei
 läng. Gehen, Stehen
 &↓ sitzen, liegen
 Schlaf: + Med. + 2x erwachen; SL



Reha-Klinik
für funktionelle Gesundheit im Alltag

PSL/AL/10_13.11.2014

Ther: & Verb.
 Med: Nymbelka, Fortkangl. off., Delezerbin; Pens. zentr. abgelehnt - 80% betr.

Anforderungsschein für KÖRPERTHERAPIE

Reha I

Reha II

Psychiatrische Diagnose: von Depressive Ph., Persönlich., Burnout

Somatische Diagnose: Brustsch., Lendensch.

Cave: _____

Gewünschte Therapie bitte ankreuzen und nach *Priorität* beurteilen:

1 = Therapie für den Patienten/die Patientin medizinisch sehr wichtig

2 = Therapie für den Patienten/die Patientin wichtig

	Therapiebezeichnung	Priorität
<input checked="" type="checkbox"/>	Einzelphysiotherapie	1
<input checked="" type="checkbox"/>	Medizinische Trainingstherapie	2
	Skenar	
	TENS	
	Magnetfeld	
	Lichttherapie	
	Bewegungspass/ 10.000 Schritte Programm	

Datum: 17.06.15

Name und Unterschrift des zuweisenden Arztes: Dr. K. Schmidt

Anamnese (vom Therapeuten auszufüllen):

- 1) Nacken - Spannung } seit einigen Jahren
- 2) TLÜ
wechselhafte Beschwerden bei länger steh.
Pers. ↓↑

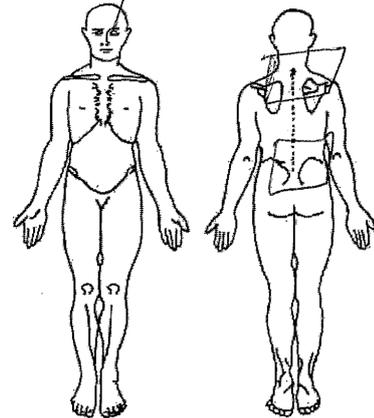
schlechterer Beginn

Ø Ther.; derzeit Pers. 1x Wachen → ↓↑
vorher ständ.;

OP: Gallen vor + 3a

Unf: Ø

visz: früher Gastritis;



Reha-Klinik

Für berufliche Gesundheitsförderung in Klagenfurt

Med: Ø

PSL/ÄL/10_13.11.2014

Anforderungsschein für KÖRPERTHERAPIE

Reha I

Reha II

Psychiatrische Diagnose: Depression

Somatische Diagnose: Multifokales peripheres Neuropathie

Cave: Arbeitsunfähigkeit

Gewünschte Therapie bitte ankreuzen und nach *Priorität* beurteilen:

- 1 = Therapie für den Patienten/die Patientin medizinisch sehr wichtig
2 = Therapie für den Patienten/die Patientin wichtig

Therapiebezeichnung	Priorität
<input checked="" type="checkbox"/> Einzelphysiotherapie	1
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Trainingstherapie	
<input type="checkbox"/> Skenar	
<input checked="" type="checkbox"/> TENS SN 3143	
<input type="checkbox"/> Magnetfeld	
<input type="checkbox"/> Lichttherapie	
<input type="checkbox"/> Bewegungspass/ 10.000 Schritte Programm	

Datum: 16.6.2015

Name und Unterschrift des zuweisenden Arztes: [Signature]

Anamnese (vom Therapeuten auszufüllen):

-) Schulter - Nacken - Bereich (li > re)
seit 20a, schleichend; zehend
Wänderlei: Kopfplex, Arbeit & ARM
Umgekehrte li - Händlein
Parästh., Kraft ↓; Fingerschluss

Schwäche bd. Beine

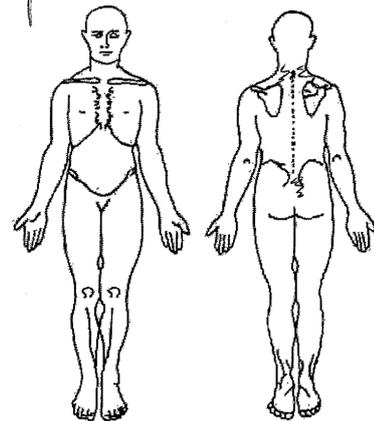
-) zehender G., wechselhaft

OP: Brust 2004 li Brust gutartig

Reha-Klinik

Uterus CA 2005 - Uterus ex

Diaa Polyp 2007 (10); 2010 Inkontinenz - Blasenplastik



PSL/ÄL/10_13.11.2014

Dokumentation:	
25.06.15	Urol. Amb. 1/2 Jahr, Bebo gym. derzeit KS (Koha); Arbeit - Inkont. ↓ Unf: Ø
visz:	3 Kh, L; Verstopfung - Colitis (2006) b. B. Med. Chol → Simvastin
Ther:	04/15 Therapie - Bewegung
RÖ	HWS
	Schlaf: Trittico - pul (50mg) Verlafab
Ther:	Solto Hall li pos. LF re HWS ↓ C4-6 Rad. HWS ↓ re > l.
	CTÜ TH 1-3 8DF Flex
	viszual: Duda; N. lat. re (lat. Scapula)
09.07.15	Ø Pat. APB
17.07.15	CTÜ, Bewegung & Segel visz: Blasenauft. + Bebo horizontale Diaphragmen - möglich

Anforderungsschein für KÖRPERTHERAPIE

Reha I

Reha II

Psychiatrische Diagnose: Mipolne Affektive Stg.

Somatische Diagnose: HWS -> Nerven / Migräne

Cave: Serizololol

Gewünschte Therapie bitte ankreuzen und nach *Priorität* beurteilen:

1 = Therapie für den Patienten/die Patientin medizinisch sehr wichtig

2 = Therapie für den Patienten/die Patientin wichtig

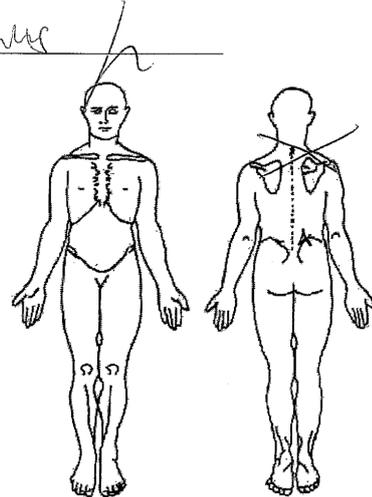
	Therapiebezeichnung	Priorität
<input checked="" type="checkbox"/>	Einzelphysiotherapie	1
<input type="checkbox"/>	Medizinische Trainingstherapie	
<input type="checkbox"/>	Skenar	
<input type="checkbox"/>	TENS	
<input type="checkbox"/>	Magnetfeld	
<input type="checkbox"/>	Lichttherapie	
<input type="checkbox"/>	Bewegungspass/ 10.000 Schritte Programm	

Datum: 17.06.17

Name und Unterschrift des zuweisenden Arztes: Dr. P. ...

Anamnese (vom Therapeuten auszufüllen):

- ISG re
 Nacken-Sugü } seit 3 a
 beim gehen ↓ ↑ nach ~ 10'
 - Sturz aus 10m ins Wasser (WS)
 → Unfallklinik Pfullinger
 1987
 - OP: Blinddarm, Leerdarm, Hoden
 Kopf: Schwindel bei Lagewechsel
 Kopf G: negativ / behernd
 Reha-Klinik
 v. 2012: ✓
 1-Test Kerna: Stehend - G ↑ v.a. re Schulter



PSL/ÄL/10_13.11.2014

Anforderungsschein für KÖRPERTHERAPIE

Reha I

Reha II

Psychiatrische Diagnose:

Depressio

Somatische Diagnose:

HWS/LWS - Beschw., Schulterschw., Coccygodynie

Cave:

Gewünschte Therapie bitte ankreuzen und nach *Priorität* beurteilen:

- 1 = Therapie für den Patienten/die Patientin medizinisch sehr wichtig
2 = Therapie für den Patienten/die Patientin wichtig

	Therapiebezeichnung	Priorität
<input checked="" type="checkbox"/>	Einzelphysiotherapie	
	Medizinische Trainingstherapie	
	Skenar	
	TENS	
	Magnetfeld	
	Lichttherapie	
	Bewegungspass/ 10.000 Schritte Programm	

Datum: *16.6.15*

Name und Unterschrift des zuweisenden Arztes:

[Handwritten Signature]

Anamnese (vom Therapeuten auszufüllen):

HWS - CTÜ

li. Schulter - Rot.mansch-einriss (3a)

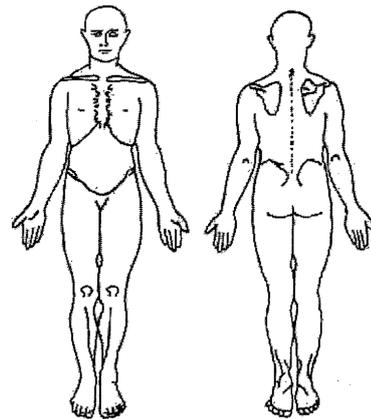
BWS

① LWS-Fehlstellung - dauerlt. ↑
einschiebend bei längerem Gehstade

Osteoporose → D3 + CA

li. KG - krepitieren, Steige ↑ nicht mögl.

Arthrose Finger + Hg.



Dokumentation:	
26.06.15	<p>OP: - Geburt: Steißlage; vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tibia + Fibula li # Draht - OP 4 MO Gips → Knieprob. - Blinddarm - Jagen: Reflux, Hernie: 2011 - Halsrippe re 2003, - Trauma: Knoten pect. <p>Med: Magen Schutz, Daflon, RR (zu Hause gut eingestellt); Venlafab, Cipralix</p> <p>Schlaf: teilweise ein-durch; wechselhaft</p> <p>Therapie: immer wieder med. Fitnes</p> <p>Ther: Sacrum re LFr + Coccygis</p> <p>M. supraspin. li</p>
30.06.15	<p>2 d Reaktion Ischias li; Ganzbild</p> <p>LWS, Sacrum frei</p> <p>Arbeit BWS, Caecum + Sacrum + Coc. (Bänder re)</p> <p>Befunde: Rippen ventrale SPS (2013) li Sugel</p> <p>HWS: Osteochondrose C5-7 (LWS L)</p>
08.07.15	<p>Bemerkung ISG, + Arm li</p> <p>Biegung zum re Fuß & LWS + Schulter</p> <p>Arbeit li Sugel + Jagen SDF inspir - Kar</p>

Anforderungsschein für KÖRPERTHERAPIE

Reha I

Reha II

Psychiatrische Diagnose: PTBS

Somatische Diagnose: 8. p. Frontal BWSKXII, Schulter Gels.

Cave: _____

Gewünschte Therapie bitte ankreuzen und nach *Priorität* beurteilen:

1 = Therapie für den Patienten/die Patientin medizinisch sehr wichtig

2 = Therapie für den Patienten/die Patientin wichtig

	Therapiebezeichnung	Priorität
<input checked="" type="checkbox"/>	Einzelphysiotherapie	1
	Medizinische Trainingstherapie	
	Skenar	
	TENS	
	Magnetfeld	
	Lichttherapie	
	Bewegungspass/ 10.000 Schritte Programm	

Datum: _____

Name und Unterschrift des zuweisenden Arztes: 

Anamnese (vom Therapeuten auszufüllen):

schon früher orthop. behandelt

↳ LWS, BWS, HWS

↳ Schultern

2011 # BWS Th 12

1997 re Schulter: 3x OP (Kalk, Biceps, Rotator)

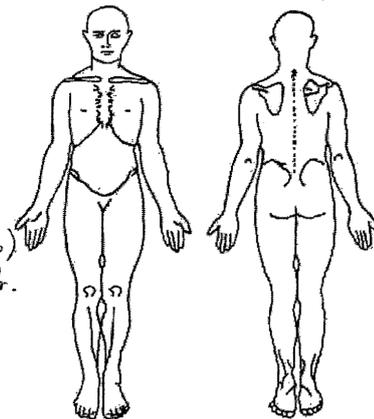
Jahre LWS lt. + Progr. - li Bein Numb.

OP L5/S1

HWS: DP

li Schulter: SSP - Armis

derzeit KS, Sehnen - schwer
Reha-Klinik, Elektro - abwechsl.



PSL/ÄL/10_13.11.2014

Dokumentation:	
	Unf: Sturz v. Leiter - BWS auf Kopf → BWS # → OP Verschiebung → Entz. → Korsett
	2014: Metall ex
	Hauptprob: heben, Kraftlosigkeit; über Kopf ↓ BWS
visz:	Atmung: klemmen RR ↑ → Med, DM (Tab+Spiken) seit 12a, Jeperschutz, Antidepress (Serenquel, Abilify) + 10kg starke ↓ → Seracht oder Voltaren b.B. ↓ heben (↓-Amb 0) Reha n. Schaller + BWS Magen: Gastritis mit Laxen Verd.; unreg., Verstopf., Bläh.; 03/15: Ulcus, Warzen ex Lapar + vaginal ⇒ 0 ↓
07.07.15	Woe starke ↓ LWS n. leichter Arbeit zu Hause → Voltaren 100mg seit SA Ther: Sacrum - Komp. → Release Fl. kchrnter bluris Becken Calcium Taping * LWS
14.07.15	↓ LWS, nach Therapie leichte Verbesserung, HWS, Supri; ge. Durchspannung hoch, SDF Ext Co-1, Tonusregulierung, TAO Supri

Anforderungsschein für KÖRPERTHERAPIE

Reha I

Reha II

Psychiatrische Diagnose: PCA. Depression
Somatische Diagnose: PCA. Lumbago
Cave: _____

Gewünschte Therapie bitte ankreuzen und nach *Priorität* beurteilen:

- 1 = Therapie für den Patienten/die Patientin medizinisch sehr wichtig
 2 = Therapie für den Patienten/die Patientin wichtig

	Therapiebezeichnung	Priorität
<input checked="" type="checkbox"/>	Einzelphysiotherapie	
<input type="checkbox"/>	Medizinische Trainingstherapie	
<input type="checkbox"/>	Skenar	
<input type="checkbox"/>	TENS	
<input type="checkbox"/>	Magnetfeld	
<input type="checkbox"/>	Lichttherapie	
<input type="checkbox"/>	Bewegungspass/ 10.000 Schritte Programm	

Datum: 18.7.2015

Name und Unterschrift des zuweisenden Arztes: 

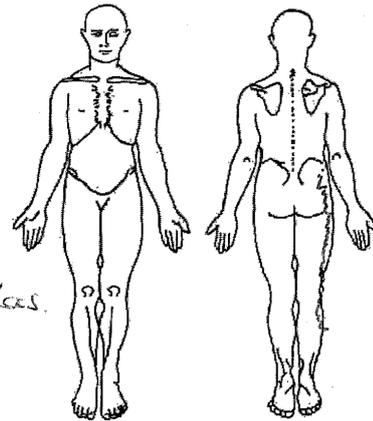
Anamnese (vom Therapeuten auszufüllen):

- o) 4 mal - 1 Woche
 Tennis, Rasenmähen ->
 einseitiger 4
 LWS Abklärung 02/15 R5
 HWS C3-5 Abklärung

=> Zitternder 4 beim Gehen derzeit FA das.
 (vorher Wade)

o) Vaf: Ø

- o) OP: Seilband OP L KA nach Akutischen
 Reha-Klinik Berg - 1980
 Jandeln: Bismarck LA - Entfernung
 Brustleber



1/2 cm BLD

PSL/ÄL/10_13.11.2014

Dokumentation:	
	<p>instabil: Ø Jed: Antider, Siedelud 3d Voltaren 3d (seit 2 d ex)</p>
	<p>Schlaf: gut; Rückenmassage mit Kugel 2013/14 kurzzeit</p>
	<p>Neuro: Ø Kraftdef. re Sens. Def. ↓ ASCH re</p>
	<p>ISG Verlauf re Stand + fitz</p>
	<p>LWS L3/4 SDF Ex LFtk. Sied. ket. sup.</p>
	<p>Beh.: ISG re Mob, Steuerung intrinsischer Komp. durch Pol; musk. Techniken M. pirii + Trecken</p>
30.06.15	<p>Ø 4 lat. ASCH</p>
	<p>Nacken-Synü: zirkulär v.a. aufrechte Pos.</p>
	<p>LWS: Verspannung es. Halbung, Belastung re.</p>
	<p>Hobby: Tennis, Theaterband</p>
	<p>Ther: allg. Trossentlastung i.S.v. TGO BWS Mob bei SDF Flex Th 1-2 + milKlee</p>
	<p>→ BWS BWS Autorsch getücht</p>
07.07.15	<p>schwere Beine (heine x), Kraftkomp. bei Ø 4; Spannung Nacken-Synü, Spannd BW.</p>
	<p>Ther: Schwäche Kniebeuge re + Sprunggel DE Krafttraining DE, ISG re (Sagittale Instabilität) + unkor. LWS</p>

Anforderungsschein für KÖRPERTHERAPIE

Reha I

Reha II

Psychiatrische Diagnose: Depremio, PTBS?
Somatische Diagnose: HWS/LWS-Besch., z.n. Prolaps (LWS...)
Cave: _____

Gewünschte Therapie bitte ankreuzen und nach Priorität beurteilen:

- 1 = Therapie für den Patienten/die Patientin **medizinisch sehr wichtig**
 2 = Therapie für den Patienten/die Patientin **wichtig**

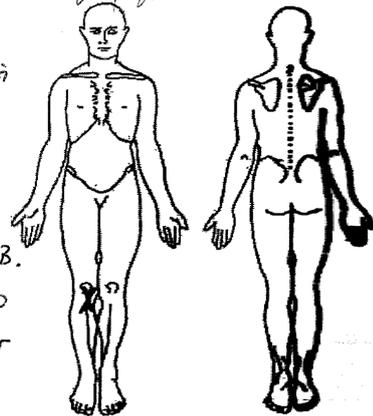
	Therapiebezeichnung	Priorität
<input checked="" type="checkbox"/>	Einzelphysiotherapie	
	Medizinische Trainingstherapie	
	Skenar	
<input checked="" type="checkbox"/>	TENS Gerät 12	
	Magnetfeld SNr. 5433	
	Lichttherapie	
	Bewegungspass/ 10.000 Schritte Programm	

Datum: 17.6.15

Name und Unterschrift des zuweisenden Arztes: _____ 

Anamnese (vom Therapeuten auszufüllen):

LWS seit einigen Tagen + musk. re Bein
 DP vor ca. 1 Mo. + musk.
 → Infusionen + Therapie + G-Med.
 G 6 Tage akute
 derzeit wechselnde Beschwerden, Novalgia b. B.
 Med: Antidepress., Thyrex, RR, Mirafabene, Xefo
 Tritt., Daflog, Zuchet silber länger
 2005: DP - akut + stat.
 G↓: Bewegung musk.; med., KG



Reha-Klinik

PSL/ÄL/10_13.11.2014

OP: 2x Schio, Landeln
 Ind: a

RR↑; NNH; Kurs → Vertreibung 2008!
 in der Ther - 2.1.14

