

Die Kommunikation im therapeutischen Prozess

Carsten Rensinghoff

Seit dem 28. Februar 1982 lebe ich mit den Folgen eines schweren Schädel-Hirntraumas, nachdem ich als zwölfjähriger Rollschuhläufer von einem Pkw angefahren wurde. Neben einer abgeheilten kompletten Unterschenkelfraktur links und beidseitigen Oberschenkelfrakturen existiert nun eine spastische Hemiparese links, die ein Gangbild nach Wernicke-Mann nach sich zieht. Außerdem besteht eine Beinlängenverkürzung rechts in Höhe von 2 cm, die durch entsprechend erhöhte Einlagen im rechten Schuh ausgeglichen wird. Um die linke Hand in Funktionsstellung bringen zu können, wurde im März 1985 eine Muskelablösung am ulnaren Epikondylus links und eine Verlängerung der Daumenstrecksehne durchgeführt.

Als Experte in eigener Sache sehe ich in der Kommunikation und Beziehung zu den therapeutisch Tätigen einen Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedarf, der vor allem zur Kompetenzerweiterung der Klienten dient.

1. Ausgangssituation

Zum wiederholten Mal war ich vom 24. bis 27. November 2016 Proband bei einer Fortbildung auf dem Gebiet „Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)“ am Fortbildungszentrum FobiZe Köln. Nachmittags wendeten zwei Physiotherapeuten die Methoden an, die sie vormittags bei ihrer PNF-Instruktorin gelernt hatten.

Auf der Homepage des FobiZe (URL: http://www.fobize.de/kurs_detail.php5?kennung=10600010 [Download: 30.11.2016]) wird auf die Patientenorientierung von PNF verwiesen. Diese zielt auf Aktivitäten des täglichen Lebens ab, welche der Klient als verbesserungswürdig erachtet.

In mir macht sich Unmut breit, wenn die zwei *lernenden* Physiotherapeuten ausschließlich sich selbst im Dialog über ihre geplanten Behandlungsschritte verständigen, mich als Klient aus der Diskussion ganz heraushalten. Vor vollendete Tatsachen gestellt erfahre ich erst auf Nachfrage, wozu der Romberg-Test oder der Functional Reach Test dient. Fulbert Steffensky

(1998, 11) beschreibt diesen Zustand der Uninformiertheit so: „Ich bin krank und *liege*: Ich bin auf einer anderen Ebene, ich teile die Perspektive meiner Umwelt nicht mehr völlig. Ich schaue hoch, sie schauen auf mich herab. Ihr Blick mag ein Blick des Erbarmens sein. Aber ich bin ihnen nicht mehr ebenbürtig, wir teilen die Ebenen nicht mehr. Die Krankheit hat mich ausgedeutert. Daß ich liege und daß sie stehen, ist nicht nur eine Äußerlichkeit. Es gibt keine Äußerlichkeiten, die nicht auch Inszenierung innerer Wichtigkeit wären. Ich liege, sie stehen. Das ist ein Teil meiner Einsamkeit als Kranker.

Die Gesunden sprechen mit mir, vielleicht sprechen sie noch mehr über *mich*. Ich bin mehr ein Beredeter als ein Redender. Je größer meine Krankheit, um so mehr bin ich ein Beredeter. Unter ihrer Beredung werde ich kleiner als ich bin: Kind.“

Auf die therapeutische Situation bezogen leuchten mir die einzelnen Behandlungsschritte nicht sofort ein. Ich erkenne hier eine gestörte therapeutische Kommunikation, für die Friedemann Schulz von Thun (2011, 182) festhält: „Wenn mir täglich in vielfacher Form (vor allem ‚zwischen den Zeilen‘) demonstriert wird: ‚Du bist hier eine ganz kleine Nummer; was du denkst, ist unwichtig. Halte dich zurück – wer bist du schon?‘ – dann fühle ich mich menschlich demoralisiert und werde kein Selbstwertgefühl und keine Freude an Eigenverantwortlichkeit entwickeln.“

Für das therapeutische Geschehen, für die Beziehung zwischen Klient und Therapeut eine denkbar ungünstige, ja kontraproduktive Situation. Wenn mir nicht bewusst ist, wofür die Behandlung gut ist und ob sie überhaupt gut ist, werde ich weniger bis keine Energie in sie verschwenden. Ich fühle mich nicht wertgeschätzt. Wertschätzung ist im therapeutischen Geschehen – und in unserem Fall in der Fortbildung in PNF mit zwei Therapeuten – nur dann gewährleistet, wenn die beiden behandelnden Therapeuten zum Ausdruck bringen, dass sie den Demonstrationsklienten oder Probanden als achtenswerte, vollwertige, gleichberechtigte Person ansehen und wohlwollend in ihre Überlegung und Diskussion zur weiteren Behandlung mit einbeziehen. Es verbietet sich, eine Kultur des



Therapiesituation
im Rahmen einer
PNF-Fortbildung

Schweigens zu praktizieren. Die Kultur des Schweigens zeigt sich hier – nach Paulo Freire (Schreiner et al. 2007, 93) – in einer Kultur der Abhängigkeit, in welcher die beherrschten, die unterdrückten Klienten sich nicht ausdrücken, nicht reden können. Reden tun hier ja die Therapeuten.

2. Persönliches Empfinden

Mein persönliches Empfinden in dieser Situation ist mit den Ausführungen von Annette Bopp, Delia und Gerd Nagel (2005) vergleichbar, die für die 1960er Jahre einen medizinischen Paternalismus erkennen, was die Patienten zur Unmündigkeit verdammt.

Erkennbar wird die hier thematisierte mangelnde Kommunikations- und somit auch Beziehungsfähigkeit – denn im therapeutischen Geschehen geht es auch um Beziehungsfähigkeit – an Oliver Sacks' (2000, 44) Patientsein, nachdem er sich 1974 den linken Quadrizeps gerissen hatte. Sacks beschreibt die stationäre Aufnahme als systematische Entpersönlichung. „Man gibt seine Kleider ab und erhält ein unpersönlich weißes Nachthemd. Man bekommt ein Armband mit einer Registriernummer. Man ist den Vorschriften einer Institution unterworfen. Man kann nicht mehr über sich selbst verfügen, man hat keine Rechte mehr, man wird der Welt entzogen. Die Prozedur entspricht genau der, die ein neuer Gefangener durchmacht, und ruft demütigende Erinnerungen an den ersten Schultag wach. Von nun an ist man keine Person mehr, sondern eine Nummer.“

3. Fazit

Der mündige Patient, der wissende Patient, der kompetente Patient, der emanzipierte Patient ist der Pati-

ent der Zukunft. Diesem Zukünftigen muss das therapeutische Geschehen Rechnung tragen. Hierzu ist es lohnend und sinnvoll, die Erfahrungen aus der Selbsthilfebewegung nicht auszublenden, denn: „Selbsthilfe repräsentiert die ‚erlebte Kompetenz‘, also jenes Wissen, das hilft, den Alltag trotz sozialer und/oder gesundheitlicher Problemlagen im Leben zu meistern. Sie ergänzt sich vortrefflich zur ‚erlernten Kompetenz‘ der Medizin, der Sozialwissenschaft und -pädagogik und anderer theoretischer Einsichten“ (Kösters 2000, 33).

Literatur:

Bopp, A., Nagel, D. & Nagel, G. (2005): Was kann ich selbst für mich tun? Patientenkompetenz in der modernen Medizin. Zürich: Rüffer & Rub.

Kösters, W. (2000): Selbsthilfe in Bewegung. Auf dem Weg zum erfolgreichen Patienten. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Sacks, O. (2000): Der Tag, an dem mein Bein fortging. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Schreiner, P. et al. (Hgg.) (2007): Paulo Freire – Unterdrückung und Befreiung. Münster: Waxmann.

Schulz von Thun, F. (2011): Miteinander reden: 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Steffensky, F. (1998): Wie gehen wir mit dem Leid um? Wie geht das Leid mit uns um? In: Adam, G., Kollmann, R. & Pithan, A. (Hgg.): Mit Leid umgehen. Münster: Comenius Institut, 11–21.

Der Autor:



Dr. Carsten Rensinghoff
Sprockhöveler Str. 144
58 455 Witten
rensinghoffc@gmail.com

Stichwörter:

- Therapeutischer Prozess
- Kommunikation
- Therapeut-Patient-Beziehung