

Der therapeutische Dialog und seine Grenzen

Kann der Umgang mit Widerstand gelernt werden?

Vera Wanetschka

ZUSAMMENFASSUNG. Der Artikel vermittelt einen Einblick in die Typenbildung zum Thema Kontaktmodifikationen aus der Gestaltarbeit (*Perls* 1989) und der Familientherapie nach *Satir* (1992) in Beziehung zur Logopädie. Er diskutiert die positive Bewertung von „Widerstand“ als Verständnis eines kreativen Prozesses. Auf dieser Grundlage und mit dem Wichtignehmen der Bedürfnismeldung von Patienten wird dargestellt, wie Studierende lernen, Widerstand im Therapeutinnen- und Patientenverhalten hypothetisch einzuschätzen und ggf. nach einer Reflexion neu zu deuten.

Schlüsselwörter: Clinical Reasoning – Widerstand als kreativer Prozess – Erkennen und Akzeptanz von Kontaktmodifikationen – Hypothesenbildung – Reflexion – Entwickeln neuer Deutungsmuster und Entscheidungen

Einleitung

Ein Bereich der Clinical Reasoning-Forschung (*Higgs et al.* 2008) betrifft den Einstieg in das professionelle interaktive Handeln in der Logopädie. *Dehn-Hindenberg* (2008) und *Hansen* (2009) belegen zu diesem Thema die signifikante Wichtigkeit des therapeutischen Kontaktes für den Therapieerfolg.

In diesem Beitrag wird von der Beobachtung im Ausbildungsprozess ausgegangen, dass Anfängerinnen in der Therapiearbeit auf Widerstand der Patienten häufig mit Hilflosigkeit oder eigenem Widerstand reagieren. Die so beeinflusste Kontaktsituation bestimmt den Therapieerfolg mit und kann im ungünstigen Fall zum Abbruch von Therapien führen.

Es wird mit der Hypothese gearbeitet, dass die bewusste Fähigkeit des Umgangs mit Kontakt und die Beobachtung, Bewertung und Annahme von Widerstand krisenhafte Situationen in der Therapie reduzieren helfen und die Mitarbeitsbereitschaft der Patienten erhöht.

Studierende erhalten deshalb Unterstützung dabei, ihre Deutungen in der Interaktion in Bezug auf sich selbst und die Patientin klar zu erfassen und sicher mit Entscheidungen während und nach dem Therapieprozess umzugehen. Gleichmaßen soll das Lehrangebot dazu führen, dass die Studierenden sich mit ihrer werdenden Rolle als Therapeutin auseinandersetzen und lernen, sie auszugestalten.

Überarbeitete Fassung eines Vortrags auf dem 43. db-Kongress 2014 in Berlin

Definition von Kontakt und Widerstand

Widerstands- und Kontaktverhalten zeigen sich als Verhaltensweisen zwischen Menschen, wenn sie sich in einer Grenzsituation befinden. *Freud* (in *Zimbardo & Gerrig* 1999, 650) beschrieb Widerstand als Angst vor dem Auftauchen schmerzlicher Erinnerungen, dass „die Rückkehr (von) verdrängte(m) ‚Gedächtnismaterial‘“ verhindert. *Reich* (2009, 56ff, 73ff) erläutert Widerstand mit den Auswirkungen von „Panzerungen bzw. Blockaden“ auf den Körper. Die Grundannahme dabei ist, dass psychische Spannungen auf den Körper übertragen werden und zu physischen, hier speziell muskulären Spannungen werden. Er spricht hierbei von „Muskelpanzern“ (ebd.).

In der Gestaltarbeit wird Widerstand als Kontaktmodifikation und als ganz normales Verhalten an der Grenze beschrieben, an der Lernen stattfindet und an der i.d.R. Erregung gespürt wird (*Perls* 1989, *Polster & Polster* 2003). Hier besteht die These, dass das Verhalten, das innerhalb der Grenze – im gewohnten Erfahrungsrepertoire – stattfindet, wenig Chancen für Wachstum bietet. Erst die Arbeit an der Grenze ermöglicht es, Erfahrungen nicht nur zu wiederholen, sondern zu erweitern.

Im konstruktivistisch/systemischen Kontext wird Widerstand als Angst vor zu großer Veränderung des gewohnten Systems beschrieben (*von Schlippe & Schweitzer* 2007). Die Abwehr entwickelt sich in einer hohen

Vera Wanetschka, M.A., arbeitet als Schulleiterin und Dozentin an der Schule für Logopädie Bremen mit den Unterrichtsschwerpunkten Stimmtherapie und Therapeutische Grundlagen. Nach der Ausbildung in Oldenburg studierte sie an den Universitäten Osnabrück, Emden und Kaiserslautern Logopädie und Lehre im Gesundheitswesen und absolvierte Ausbildungen in den Bereichen Gestaltarbeit, Personenzentrierte Gesprächsführung und Systemische Beratung.



Anforderung an die aufgestellte innere Ordnung (*Arnold et al.* 2010, 147).

Widerstandsphänomene und Kontaktmodifikationen

In der Humanistischen Bewegung wird der negativ konnotierte Begriff „Widerstand“ eher positiv besetzt. *Perls* (1989) sowie *Polster* und *Polster* (2003) sprechen in der Gestaltarbeit diesbezüglich von Kontaktmodifikationen als notwendiger kreativer Leistung des Individuums. Mit diesem Ansatz korrelieren die von *Satir* (1992) formulierten Kommunikationstypen. Beide Beschreibungsmodelle stellen dar, wie der zwischenmenschliche Kontakt beeinflusst wird.

Im Folgenden werden sechs Typen primär aus der Gestaltarbeit nach *Perls* (1989) und der Familientherapie nach *Satir* (1992) erläutert, um der Wahrnehmung für Kontaktmodifikationen in der Logopädie eine Kontur zu verleihen. Es kann davon ausgegangen werden, dass alle eingruppierten Verhaltensweisen in uns allen zur Verfügung stehen, dass Menschen sie jedoch in unterschiedlichem Ausmaß, unterschiedlicher Intensität und in unterschiedlicher Flexibilität bzw. Festigkeit einsetzen.

Die Vereinnahmende oder die Introjektion

Hierunter wird gemäß *Perls* (1989) zunächst das unkritische Vereinnahmen von Umwelt-



Die Vereinnahmende oder die Introjektion

angeboten beschrieben. Dies ist in hohem Maße sinnvoll, wenn es um das Lernen kultureller Errungenschaften geht – wie beispielsweise die Fähigkeit, für eine Klausur erfolgreich zu lernen (Wheeler 1993, 121). Kritisch ist es, wenn von Eltern, Lehrern, aus Lehrbüchern alles „geschluckt“ wird ohne zu überprüfen, ob es zu einem gehört oder nicht. Ein unreflektiertes therapeutisches Handeln auf dieser Grundlage folgt wenig der Aufmerksamkeit eigener und gegenüberliegender momentaner Bedürfnisse, sondern mehr festgelegten Handlungsanweisungen. Eine so agierende Therapeutin liefe Gefahr, weniger die aktuelle Situation der Patientin/ Lernenden im Blick zu behalten als ein festgeschriebenes Übungsprogramm. Die Position korreliert mit der „Beschwichtigerin“ von Satir (1992), die hier sehr ausgeprägt als sich selbst abwertend und hilflos-versöhnlich Ja-sagend beschrieben wird. Ihre Grundaussage lautet: Bitte!

Aufmerksamkeit der Logopädin bei Introjektion

Die Aufgabe der Logopädin lautet hier, die verinnerlichten Regeln bei sich und der Patientin dahingehend zu überprüfen, ob sie in der aktuellen Situation sinnvoll erscheinen. Falls sie nicht Sinn gebend erscheinen, sollten folgende Fragen aufgeworfen werden: In welcher Form kann die Therapeutin der Patientin die Sicherheit anbieten, die es dieser erlaubt, eigene Entscheidungen und Positionen zu vertre-

ten (und damit zunächst Unsicherheit zu riskieren), auch wenn diese im Widerspruch zu Einstellungen z.B. der Therapeutin stehen?

Die Zuweisende oder die Projektion

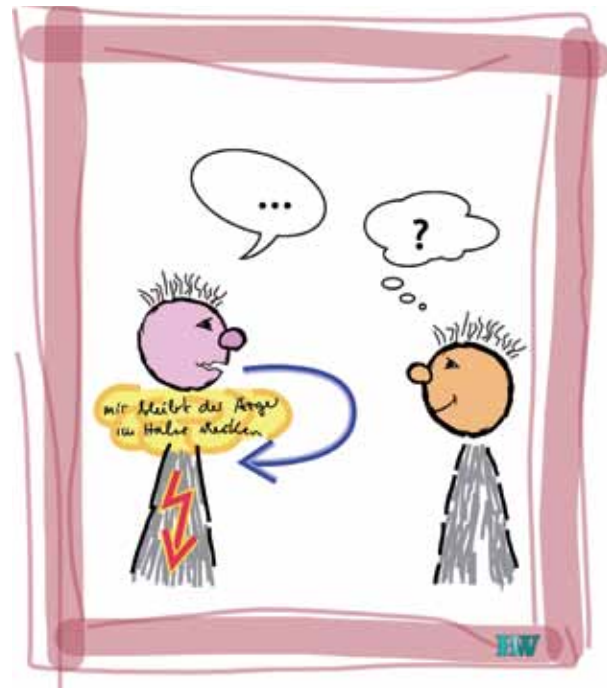
Gemäß Perls (1989) projizieren wir, wenn wir von uns auf andere schließen. Im positiven Sinne kann dies eine intuitiv ausgereifte Fähigkeit sein, die es uns erlaubt, uns in den anderen hineinzusetzen und aus einer bewussten eigenen Erfahrung die Erfahrung des Gegenübers verstehen zu lernen. Unreflektiert kann dies bedeuten, die Wahrnehmungen zur eigenen Person anderen überzustülpen und Lücken in der Wahrnehmung fremder Persönlichkeitsanteile aufzuzeigen. Es wird dann von der Therapeutin nur das wahrgenommen, was sie selbst erlebte und Fremdes wird nicht gehört oder gesehen. Beispiel: Die Befürchtung einer Therapeutin/Lehrenden, eine Patientin mit einem Angebot zu überfordern, kann in dem „Nichtwahrhabenwollen“ eigener Überforderungsgefühle begründet sein. Die Position korrespondiert mit dem Typus „Ankläger“ von Satir (1992), der hier sehr angreifend dargestellt wird und der die Fehler in erster Linie bei den anderen sucht und zu Schuldzuweisungen neigt. Dieses Verhalten führt zur Abwertung der anderen Person und wirkt als Angriff gegen die Selbstachtung anderer. Das Grundgefühl lautet gemäß Satir (ebd.) Einsamkeit. Der Betroffene zeigt sich mächtig und der andere soll so sein, wie er ihn haben möchte.



Die Zuweisende oder die Projektion

Aufmerksamkeit der Logopädin bei Projektion

Hat die Beobachtung bei der Patientin etwas mit der persönlichen Situation oder den Erfahrungen der Therapeutin zu tun und kann die Therapeutin ihre persönliche Sicht von den Vorkommnissen von der Sicht der Patientin darauf trennen? Frage im Therapieprozess: Wie unterstützt die Logopädin die Patientin dabei, die Sicherheit aufzubauen, die es ihr erlaubt, der einmal aufgesetzten „Brille“ der Betrachtung andere Perspektiven hinzuzufügen?



Die Körperbeziehende oder die Retroflexion

Die Körperbeziehende oder die Retroflexion

Gemäß Viktor von Weizsäcker (in Küthemeyer 2002, 94, 95) scheint der Körper „ein unbestechlicher Anwalt für unbelichtete, entrechtete Seiten eines Menschen zu sein, d.h. wenn es darum geht, einem wichtigen, aber unausgesprochenen Gedanken, einer Phantasie, einer schmerzlichen, verdrängten Erinnerung, einem starken (...) Impuls zu seinem Recht zu verhelfen.“ Das körperliche Symptom scheint „Mitteilungscharakter“ (ebd.) aufzuweisen und bringt zum Vorschein „was ohne das Symptom nicht oder nur schwer geltend zu machen wäre“ (ebd.). Was Perls (1989) in diesem Sinne als „Retroflexion“ bezeichnet, erscheint als eine Art Selbstkorrektiv, das uns bei Gefahr schützt. Menschen spannen ihre Muskeln an, um einen vermeintlichen Schlag abzuwehren, ziehen sie zusammen bei Kälte. Im ungünstigen Fall wendet der Mensch Impulse gegen sich selbst, die er eigentlich an jemand anderen

senden wollte: Er schluckt z.B. den Ärger über regelmäßige Vereinbarungsbrüche herunter, bis er Magenschmerzen bekommt. Typische Erscheinungsmerkmale dieses Themenfeldes sind das Speichern von Erfahrungen auf der körperlichen Ebene (z.B. chronische An- und Verspannungen des Muskelapparates). Dieser Rückzug auf sich selbst verändert den möglichen Kontakt zwischen Therapeutin/Patientin und Lehrender/Lernender.

Aufmerksamkeit der Logopädin bei Retroflexion

Gibt es wichtige Themen, die zwischen Therapeutin und Patientin nicht ausgesprochen sind? Gibt es Körperanspannungen, die aktuell bei Beobachtung gelöst werden können? Für die Logopädin mit diesen Verhaltenstendenzen ist es hilfreich, dieses Verhalten bei sich wahrnehmen zu lernen und sich darin zu üben, die Beobachtung in Worte zu fassen und die eigentlichen Informationen wieder adäquat im Kontakt mit dem Gegenüber auszusprechen. Gleiches gilt für die Aufmerksamkeit entsprechenden Verhaltens bei meinem Gegenüber. (Besondere Aufmerksamkeit hierfür ist bei allen funktionellen Störungen wie z.B. bei Stimmstörungen oder Redeflussstörungen entgegenzubringen). In angemessener Weise und bei eingeholter Zustimmung der Patientin meldet die Therapeutin ihre Beobachtungen bei der Patientin auf der Grundlage von Personenzentriertem Gesprächsverhalten (Rogers 2010) an.

Die Verwirrerin oder die Deflektion

Die nützliche Seite des verwirrenden Verhaltens ist gemäß Polster und Polster (2003) die Möglichkeit, bedrohliche Situationen mit Hil-

fe einer sogenannten „Diplomatensprache“ abzuwenden, die flexibel Interpretationsspielräume zulässt. Menschen mit weit auseinander stehenden Standpunkten können so – am seidenen Faden – im Kontakt gehalten werden. Für Wheeler (1993, 121) ist es auch die Fähigkeit „einen ermüdenden Konflikt oder einer anderen Begegnung auszuweichen oder sie zu verschieben, seinen eigenen Kriegsschauplatz zu wählen, eine Provokation zu ignorieren (...)“.

Unreflektiert heißt Deflektion, sich dem direkten Kontakt mit anderen zu entziehen. Dies geschieht beispielsweise durch ununterbrochenes Reden oder Aktionismus. Es wird im Gespräch leicht das Thema gewechselt, so dass es zu keinem tieferen Gespräch kommt. Bei emotionaler Berührung wird die Gefühlsebene bagatellisiert, weggewitzelt oder weggetrötet („ach, dass ist alles gar nicht so schlimm wie es aussieht. Eine Nacht drüber schlafen und alles ist wieder gut“). Die Position korreliert mit dem Typus „Ablenkerin“ von Satir (1992), die hier scharf konturiert beschrieben wird als sich selbst, andere und den Kontext zu verleugnen oder zu missachten. Ihr Grundgefühl wird von Satir (ebd.) beschrieben als „ich gehöre nirgendwo dazu“.

Aufmerksamkeit der Logopädin bei Verwirrung

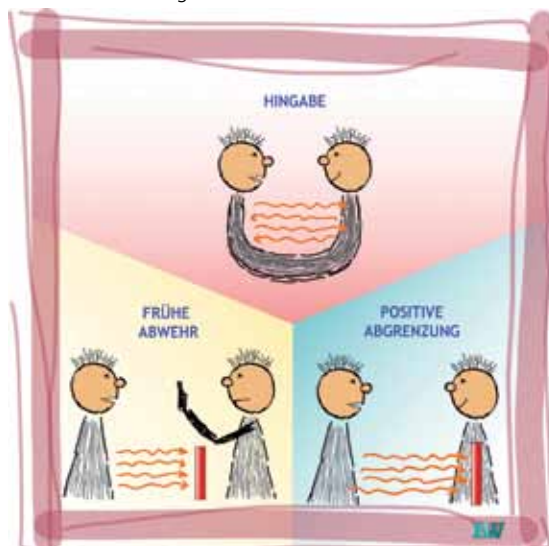
Soll der Kontakt im Moment intensiv aufrechterhalten werden oder gibt es Bestrebungen von einer der Parteien, den Kontakt zu minimieren oder zu beenden? Wie kann ich als Logopädin bei der Patientin das Gefühl stärken, dass sie in diesem Kontakt willkommen ist? Wie kann ich ihre Kommunikationsart anerkennen

und Vorschläge für einen verbindlicheren Kontakt unterbreiten („Sie sind ein Phänomen: Zu jedem Satz fällt Ihnen eine Geschichte ein. Ich möchte jetzt mit Ihnen vereinbaren...“)? Diese Patienten benötigen eine klare Struktur und Vereinbarungen (feste Räume, feste Zeiten, geregelte Abläufe) als Modell. Dies ist ein besonders wichtiger Punkt für alle Logopädinnen, die mit schwerkranken Menschen arbeiten. Patienten mit schweren Erkrankungen vermeiden häufig die Auseinandersetzung mit der Bedrohung, indem sie z.B. die Erkrankung nicht beim Namen nennen oder nicht darüber sprechen, sondern über nebensächliche Ereignisse. Diesen Schutzmechanismus sollten Therapeutinnen nicht sofort durchbrechen, sondern anerkennen und langsam auf das Thema zusteuern.

Die Ineinanderfließende oder die Konfluenz

Ineinanderfließende Lebenssituationen geben uns gemäß Perls (1989) in der Gemeinschaft, in der Nationalität usw. mit seinen Traditionen und Ordnungen ein Gefühl von Lebenssicherheit. Wir pflegen selbstverständliche Zugehörigkeiten und fragen nicht nach kritischen Unterscheidungsmerkmalen und Abgrenzungen voneinander. Bei ungünstigem Verhalten gibt der Mensch seine Grenze auf, und es gibt kaum Kontaktmöglichkeiten (Kontakt findet an der Grenze statt).

Konfluente Menschen haben Probleme, die Unterschiede zwischen sich und anderen wahrzunehmen und sie als positive Stimuli für Veränderungen zu interpretieren. Bei einer Logopädin, die unreflektiert in diesem Themenfeld arbeitet, entstehen einerseits früh Abwehrhaltungen im Therapieprozess aus Angst, wegen der fehlenden Abgrenzungsmöglichkeiten von den Bedürfnissen der



Die Ineinanderfließende oder die Konfluenz

Patientin überrollt zu werden. Andererseits fehlen Grenzen, und die Arbeitslinie zwischen Therapeutin und Patientin verschwimmt (z.B. unangemessenes Duzen). Sie scheut sich dann, ein „Gegenlager“ für die Patienten zur Verfügung zu stellen. Es fehlt die Bereitschaft das Risiko einzugehen, ihre Wahrnehmung vom Erleben in der Therapie der Patientin anzubieten, wenn es kritische oder unangenehme Beobachtungen sind. Damit reduziert die Therapeutin bei der Patientin die Chance, darauf im geschützten Rahmen zu reagieren oder sich schlicht am Widerlager der Therapeutin auszuprobieren. Konfluentes Verhalten auf Seiten der Patientin beinhaltet z.B., unangenehme Themen nicht anzusprechen oder keine kritischen Anmerkungen in der Therapie zu gestatten.



Die Verwirrerin oder die Deflektion



Die Strukturverteidigerin, Rationalisierung oder Egotismus

Aufmerksamkeit der Logopädin bei Konfluenz

Würden Beobachtungen und Anmerkungen angemessen ausgesprochen, auch wenn sie für die Patientin und die Logopädin eher unangenehm waren? Sind unterschiedliche Positionen erlaubt, ohne dass sich eine im Kontakt bedroht fühlte?

Die Strukturverteidigerin, Rationalisierung oder Egotismus

Die Kompetenz dieses Typus liegt in seiner sachlich geprägten strukturellen Fähigkeit. Dieser Typus bietet im Positiven klare Strukturen an und kontrolliert deren Einhaltung, im Negativen erteilt er Ratschläge, analysiert andere, fragt sie aus und pocht auf Regeln und Strukturen, auch wenn diese überholt sind. Er ist gleichfalls der Überwacher, der darauf achtet, dass die Vereinbarungen auch genau befolgt werden.

Perls (1989) spricht bei unreflektierter Ausprägung in diesem Segment von Egotismus, während der vergleichbare Typus bei Satir (1992) als Rationalisierer dargestellt wird. Gefühle werden kontrolliert und ein Eingehen auf persönliche Themen kategorisch abgelehnt. Das kann bis zum Verleugnen und Missachten eigener und der Gefühle des Gegenübers führen. Das dahinter stehende Grundgefühl lautet gemäß Satir (ebd.): „Ich fühle mich ausgeliefert, muss mich deshalb massiv schützen und alles kontrollieren.“

Aufmerksamkeit der Logopädin bei Rationalisierung oder Strukturverteidigung

Wie ermöglicht die Logopädin der Patientin die Sicherheit in ihrem Arbeitsbündnis, die

es ihr erlaubt, Kontrolle zu lösen und sich auf etwas Neues ggf. Gefühlsbetontes einzulassen?

Kreatives Lernen an der Grenze, im Kontakt

Die aufgeführten Modifikationen führen unreflektiert alle zu einer Veränderung des Kontaktes zwischen Personen bis hin zum Kontaktverlust. Anpassungen von Verhaltensweisen an neue Erfordernisse werden damit erschwert. Lernen findet jedoch gemäß gestaltpädagogischer Theorie (Bürmann 1992, Bürmann 1997) an der Grenze/im Kontakt zwischen Personen statt und wirkt umso intensiver, wenn es sich um persönlich bedeutsames Lernen handelt.

Kontaktmodifikationen können den dichten Kontakt zwischen

Menschen – zwischen Therapeutin und Patientin – so trüben, dass die Patientin kaum von ihren bisherigen Deutungsmustern abweicht und damit das Entwickeln von neuem Verhalten blockiert wird.

Gleichwohl stellt jede dieser Kontaktformen das Ergebnis einer kreativen Leistung dar, die wir insbesondere in unserer Kindheit entwickelt haben, um in unserem Umfeld zu bestehen. Sie stellen somit zum entstandenen Zeitpunkt die bestmöglich gewesenen Problemlösungsversuche dar, die sich zu einem späteren Zeitpunkt unseres Lebens aber nicht immer unbedingt als passend erweisen.

Der Sinn von Widerstand oder Kontaktmodifikation als Schutzfunktion

Abwehrverhalten, Widerstand oder Kontaktmodifikation sind die aktuell besten Leistungen, die gezeigt werden können, um im Kontakt zu bleiben (Satir 1992). Dies sollten sich Therapeutinnen immer wieder verdeutlichen, auch wenn gelegentlich eine vordergründig gegenteilige Botschaft gesendet wird.

Beispiel: Ein besorgter Ehemann kritisiert in der Aphasiotherapie seiner Ehefrau die lernende Therapeutin in ihrer Vorgehensweise und in der Wahl des Materials. Nach genauem Hinhören der Therapeutin wird deutlich, dass der Ehemann früher Deutschlehrer war und er es als Makel betrachtet, seine Frau nicht selbst ausreichend unterstützen zu können.

Kontaktmodifikation im Bereich Lernen zeigen sich beispielsweise,

- um seine eigenen Deutungsmuster von der Welt nicht zu verändern,

- um Ängste zu überdecken,
- um sich vor Ansprüchen anderer zu schützen (z.B. Inwiefern bin ich als Patientin bereit, selbst etwas für meinen Lernprozess zu tun?, Arnold 2011)

Die Patientin möchte möglicherweise

- früher erfolgreiches und nun gewohntes Verhalten aufrechterhalten,
- ihr inneres einmal gefundenes Gleichgewicht aufrechterhalten,
- niemanden zu nahe an sich heranlassen,
- sich selbst nicht zu intensiv spüren,
- Macht und Respekt erhalten,
- einfach nur ernst genommen werden mit ihrem Bedürfnis,
- das Selbstwertgefühl schützen.

Kontaktmodifikationen werden vom Individuum eingesetzt, um sich zu schützen (Ich-Funktion, Selbstwert). Die Art und Weise des Schutzes und die dabei verfolgte Strategie zeigt sich weder für Betroffene noch für Begleiter immer leicht nachvollziehbar und kann im Extremfall auch verletzend sein (Perls 1999).

Strategien, um Kontaktmodifikationen aufrecht zu erhalten oder zu verstärken

Als Therapeutinnen können wir schwierige Situationen weiterhin erschweren, indem wir den Druck verstärken, der von uns aufgebaut wurde oder den sich die Patientin selbst schon macht:

- Verträge/Vereinbarungen unklar lassen,
- krisenhafte Situationen vermeiden, Fachautorität in den Vordergrund stellen,
- provozieren, wenn sich die Patientin nicht so verhält, wie wir es gerne hätten,
- aus dem Kontakt gehen z.B. durch Beleidigtsein etc. (Gühns & Nowak 2006, 162).

Erfassen und Differenzieren der Deutungs- und Entscheidungsprozesse in der Therapie

Umgang mit Kontaktmodifikation und mit Bedürfnis

Kontaktmodifikationen entstehen an der Grenze des Erlebens (Perls et al. 1985). Hier findet Erregung statt. Die Erregung dient der Aktivierung von Schutzmechanismen (Aufmerksamkeitssteigerung, Aktivierung der Herztätigkeit, Ausschüttung von Adrenalin...). Wichtig ist an dieser Stelle, nicht gegen das gezeigte Verhalten anzugehen (bagatellisieren, nicht beachten, gegenhalten), sondern das gezeigte Verhalten zu beobachten, sich Zeit zu nehmen und es zu akzeptieren im Sinne von Rogers (2010). Damit wird dem



■ Rollenspiel an der Schule für Logopädie in Bremen

Verhalten zunächst eine Sinnhaftigkeit zugeschrieben.
Im nächsten Schritt wird die Bedürfnislage der Patientin abgefragt. In der Therapie wird der Patientin damit die Sicherheit angeboten, sich so anzunehmen, wie sie sich aktuell zeigt (Augenmerk auf das Offensichtliche im Hier und Jetzt) (ebd.). Aus dieser Sicherheit heraus kann gemeinsam überlegt werden, wie dem Bedürfnis gefolgt werden kann. Weiterhin kann besprochen werden, ob das aktuelle Verhalten beibehalten werden soll, oder ob auch andere Verhaltensweisen möglich sind.

Beleuchten und Überprüfen des Therapeutinnenverhaltens

Die Therapeutin überprüft ihr Verhalten im 1. Schritt mit folgenden Fragestellungen (Gührs & Novack 2006, 164):

- Habe ich Kontaktmodifikationen provoziert?
- Zeige ich den Fähigkeiten der Person gegenüber genug Respekt?
- Ist die Kontaktmodifikation typisch für die Person oder zeigt die Patientin sie besonders bei mir?
- Habe ich mit der Person deutliche Zielsetzungen und eine klare Vereinbarung/ einen Vertrag getroffen?

Im 2. Schritt macht sich die Therapeutin folgende Gedanken über die Bedürfnislage der Patientin?

- Was will sie möglicherweise erreichen?
- Was braucht sie, um sich zu entwickeln?
- Wie verhindert sie es, um zu bekommen, was sie braucht?
- Wovor schützt sie sich?
- Welche Rahmenbedingungen braucht sie, um alternative Erfahrungen machen zu können?

Die Therapeutin bleibt im Therapieprozess insbesondere für die Wahrnehmung von Tonfall, Gestik, Mimik, Bewegung aufmerksam und bietet die Verbalisierung dieser Beobachtung an (Perls et al. 1985/1987, Rogers 2010). Das zentrale Arbeitselement ist die Aufmerksamkeit und das Handeln im Hier und Jetzt. Die Therapeutin spricht bei der Patientin das Offensichtliche im Kontakt an, wenn sie geklärt hat, dass diese Rückmeldung von der Patientin auch gewünscht wird. An dieser Stelle kann damit gerechnet werden, dass auf beiden Seiten die Erregung steigt. Die Therapeutin ist aufgefordert, so viel Schutz und Respekt bereitzustellen, dass für die Patientin diese Erregung nicht bedrohlich ist, sondern sie neugierig bleibt (ebd.).

■ Tab.: Vorgehensweise im Lernprozess einer Logopädin (Wanetschka 2014)

Wie zeigt sich die Kontaktmodifikation?	Hypothesen erstellen	Bedürfnis abholen, Sinn des Verhaltens respektieren	Reaktion der Therapeutin
Auftauchen von Kontaktmodifikation	Aufregung an der Grenze/im Kontakt	Grenze als Schutzzone erkennen	Bedürfnisse annehmen sowohl a) der Therapeutin als auch b) der Patientin
Pat. im Altersheim stoppt mit den Füßen den Rollstuhl, mit dem die Studierende sie in den Therapie-raum rollen will.	Sie möchte an der aktuellen Ordnung festhalten. Verwirrung, unklare nonverbale Info. Sie macht es, um auf etwas anderes hinzuweisen.	Die Pat. möchte nicht aus dem Gemeinschaftsraum herausgefahren werden, möchte in der Nähe ihrer Gruppe bleiben.	a) Ruhige Arbeitsatmosphäre schaffen b) Bedürfnis: Kontakt zur Gruppe behalten
Die Kontaktmodifikation erkennen: verwirren, zuweisen	Das Verhalten beobachten	Den Wunsch prüfen, anerkennen und bei Bedarf verbalisieren	Vereinbarung treffen, hier: ruhige Ecke im Gemeinschaftsraum

Vorgehensweise im Lernprozess einer Logopädin

Der folgende Prozess bettet sich in der Schule für Logopädie in Bremen ein in das Modul „Lernen und Verhalten: Therapeutinnenverhalten“. Hier werden der konstruktivistisch/systemische und der Personenzentrierten Gesprächsführungsansatz nach Rogers (2010) jeweils in Ausbildungsblockwochen vermittelt. Auf der Grundlage dieser ersten beiden Wochen folgen Themenwochen wie „Leitung und Rollen in Gruppen“, „der Umgang mit Krisen“, „die Arbeit mit dem Widerstand“, „Eltern- und Angehörigenarbeit“, „Arbeit mit Schwerstbetroffenen“. Die Studierenden bringen schwierige Themen aus ihrer Praxisausbildung als Rollenspielmaterial mit (Abb.). Diese Fragestellungen werden als prototypische Fallbeispiele bearbeitet. Das folgende Fallbeispiel befasst sich mit dem Typus „Die Struktur-verteidigende, die Verwirrerin“ (Tab.).

1. Schritt: Darstellung der Problemsituation, Entwicklung einer ersten Hypothesenbildung

Folgende Szene wird im Rollenspiel dargestellt: Die Studierende kommt zum wiederholten Mal zu einer älteren Dame im Altersheim mit einer Aphasie. Es ist kurz nach dem Mittagessen, die Patientin sitzt mit anderen Mitbewohnern am gemeinsamen Esstisch. Wie immer begrüßt die Studierende die Dame und möchte sie im Rollstuhl in den Therapieraum rollen. Die Dame stoppt heute mit den Füßen den Rollstuhl und verhindert damit den Transport aus dem Gemeinschaftsraum, in dem sie sich befindet. Sie signalisiert mimisch ein abweisendes Verhalten gegenüber der Studierenden. Die erste Hypothese der Studierenden lautet: Sie möchte heute nicht mit mir arbeiten.

2. Schritt: Analyse des Deutungs- und Entscheidungsprozesses

- Herausarbeiten des zentralen Themas der Patientin, hier: Patientin möchte den Ort bestimmen.

- Herausarbeiten des Bedürfnisses der Patientin, das anerkannt werden möchte, hier: Sie möchte in der Nähe von ihr Vertrautem bleiben.
- Herausarbeiten einer möglichen Handlungsentscheidung, hier: Einigen auf einen möglichen Ort, an dem gearbeitet werden kann.

3. Schritt: Wiederholung des Rollenspiels mit den neuen Deutungen und Erkenntnissen. Reflexion am Ende a) aus der szenischen Spielgruppe und b) der Lerngruppe.

Zusammenfassung I: Anerkennung

Das Grundthema der Patienten lautet häufig mit dem aktuellen Bedürfnis „anerkannt“ zu werden und dafür von der Therapeutin Akzeptanz zu erhalten. Auch die Studierende sucht nach Anerkennung z.B. dafür, dass sie sich viel Arbeit für die Vorbereitung der Therapiestunde gemacht hat und als „Anfängerin“ schon viel weiß. Die Aufgabe der Studierenden in diesem Setting lautet, die Bedürfnisse der Patienten ernst zu nehmen und aufzugreifen und sich ihrer eigenen Bedürfnisse bewusst zu werden.

Die Bedürfnislage der Patienten bearbeitet sie in diesem Kontakt z.B. über deren Verdeutlichung, Anerkennung und ggf. über Vertragsvereinbarungen. Sie lernt im zweiten Schritt, dass nicht die Patientin dafür zuständig ist, ihre Bedürfnisse zu befriedigen, sondern dass sie sich ggf. in der Supervision entsprechende Hilfe holt, um ihre Position zu beleuchten und evtl. neu auszurichten. Diese Haltung beschreibt Rogers (2010) mit einer der Grundannahmen für einen guten therapeutischen Kontakt: der Akzeptanz.

Zusammenfassung II: Kritische Diskussion

Die dargestellten Typen mit Kontaktmodifikationen sind einerseits sehr prägnant und wirken in der Komplexität der Wahrnehmungen im Therapieprozess dadurch ordnend. Sie bilden im Laufe der Anwendung ein Substrat an Erfahrungen und erleichtern Deutungs- und Entscheidungsprozesse in und nach der Therapie. Andererseits sollten sie im Ausbildungssupervisionsprozess nicht als alleiniger Maßstab von Reflexionen eingesetzt werden, da sie nur Hilfskonstruktionen bilden. Mit dem Respekt vor der Vielschichtigkeit menschlichen Verhaltens verbietet es sich, sowohl Studierende, Lehrende als auch Patienten auf einen Typus festzuschreiben. Die beschriebenen Musterbildungen helfen

lediglich, situatives Verhalten leichter zu verstehen, es als kreative Leistung des Individuums zu erkennen und einzuordnen. Die reflektierende Logopädin sollte gelernt haben, neuen Beobachtungen und deren Interpretationen immer wieder von Neuem offen gegenüberzustehen.

Ausblick

Die Regelbildungen für den interaktiven Prozess in der logopädischen Therapie zeigen sich für den Therapieerfolg als von entscheidender Bedeutung. Gleichwohl kann diesbezügliche Forschung auch heute noch wie eine „Stecknadel im Heuhaufen“ gesucht werden. Vorliegende Arbeit entstand aus vieljähriger Praxiserfahrung in der Lehre an der Schule für Logopädie Bremen. Die Grundlagen dazu finden sich in psychologischer, pädagogischer und erst im Ansatz vorhandener logopädischer Forschung (Hansen 2009). Das hier dargestellte Vorgehen aus der Logopädieausbildung bedarf im Weiteren der wissenschaftlich fundierten Überprüfung im eigenen Fachbereich.

LITERATUR

Arnold, R. (2011). Irritationslernen – eine systemische Strategie der Capacitybuilding. In: Arnold, R. (Hrsg.), *Veränderung durch Selbstveränderung* (159-170). Hohengehren: Schneider

Arnold, R., Nolda, S. & Nuissl, E. (Hrsg.) (2010). *Wörterbuch der Erwachsenenbildung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, <http://www.wb-erwachsenenbildung.de> (18.06.2014)

Bürmann, I. (1997). *Überwindung des Dualismus von Person und Sache*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Bürmann, J. (1992). *Gestaltpädagogik und Persönlichkeitsentwicklung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Dehn-Hindenberg, A. (2008). *Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie*. Idstein: Schulz-Kirchner

Hansen, H. (2009). *Therapiearbeit*. Idstein: Schulz-Kirchner

Higgs, J., Jones, M.A., Loftus, S. & Christensen, N. (2008). *Clinical reasoning in the health professions*. Heidelberg: Elsevier

Küthemeyer, M. (2002) Der Körper als Kompaß in der Lebensgeschichte. In: Alheit, P., Dausien, B., Fischer-Rosenthal, A.H. & Keil, A. (Hrsg.), *Biographie und Leib* (91-110). Gießen: Psycho-sozial

Gührs, M. & Novak, C. (2006). *Das konstruktive Gespräch*. Meezen: Limmer

Perls, F.S., Hefferline, R.F. & Goodman, P. (1985, 1987). *Gestalt-Therapie*. Stuttgart: Klett Cotta

Perls, F.S. (1989). *Grundlagen der Gestalttherapie*. München: Pfeiffer

Perls, L. (1999). *Leben an der Grenze*. Köln: Edition Humanistische Psychologie

Polster, E. & Polster, M. (2003). *Gestalttherapie*. Köln: Hammer

Reich, W. (2009). *Charakteranalyse*. Köln: Kiepenheuer & Witsch

Rogers, C.R. (2010). *Therapeut und Klient*. Frankfurt: Fischer TB

Satir, V. (1992). *Selbstwert und Kommunikation*. München: Pfeiffer

Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2007). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenberg & Ruprecht

Wanetschka, V. (2014). *Der therapeutische Dialog und seine Grenzen – Wie Gesundheitstherapeuten den Umgang mit Kontakt und Widerstand lernen am Beispiel der Logopädieausbildung*. Bremen: Edition HarVe

Wheeler, G. (1993). *Kontakt und Widerstand*. Köln: Edition Humanistische Psychologie

Zimbardo, P.G. & Gerrig, R.J. (1999). *Psychologie*. Berlin: Springer

Illustrationen: Harald Wanetschka

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)
10.2443/skv-s-2014-53020140502

Autorin

Vera Wanetschka
Schule für Logopädie Bremen
Dölvesstr.8.
28207 Bremen
v.wanetschka@wisoak.de

SUMMARY. Dialogue in therapy communication and its limits. Can good interaction with resistance be learned?

The article gives an insight into the development of types for contact modification corresponding to Gestalt therapy (Perls 1989) and family therapy (Satir 1992). Resistance is being discussed as a creative communication process. Responding to the patients needs students can learn how to understand resistance as a behaviour pattern both of patients and therapists. They learn to take a critical look at their own behavioural patterns.

KEY WORDS: Clinical reasoning – resistance as a creative process – contact modification – reflexion – development of new patterns of communication