

Kurzanalyse Kommunikation, Ressourcen und deren Zusammenhang

2.1 Kommunikation – 14
2.1.1 Vier-Seiten-Modell (Friedemann Schulz von Thun, 1981) – 14
2.1.2 Organon-Modell (Karl Bühler, 1933) – 14
2.1.3 Kommunikationsmodell (John und Matilda White Riley, 1959) – 15
2.1.4 Das K.U.R.-Modell Peters – 16
2.1.5 Nonverbale und verbale Kommunikation – 22
2.2 Kommunikationsregeln – 23
2.2.1 Nonverbale Kommunikation – 23
2.2.2 Verbale Kommunikation – 26
2.3 Ressourcen – 27
2.4 Kongruenz-Trias (Peters) – 28
2.5 Brainstorming – Bewegung für Ihr Gehirn – 31
Literatur – 31

2.1 Kommunikation

Da die Kommunikation innerhalb des Konzeptes einen eigenständigen Bereich übernimmt, wird dieses Thema in diesem Kapitel gesondert dargestellt und analysiert. Zudem finden sich zusätzliche Informationen in ► Kap. 6.

In den letzten Jahren und Jahrzehnten beschäftigten sich viele bekannte Persönlichkeiten mit der Thematik der Kommunikation und entwickelten hierzu Denkmodelle. Friedemann Schulz von Thun schuf das Vier-Seiten-Modell (1981), Karl Bühler das Organon-Modell (1933) oder John und Matilda White Riley entwickelten das Kommunikationsmodell (1959).

2.1.1 Vier-Seiten-Modell (Friedemann Schulz von Thun, 1981)

Das Vier-Seiten-Modell (► Abb. 2.1) ist wohl eines der bekanntesten Modelle im Bereich der Kommunikationspsychologie und wird auch synonym für den Begriff des Vier-Ohren-Modells verwendet. Es beschreibt die Kommunikation als einen Prozess, welcher sich aus 4 Aspekten zusammensetzt.

Je nach Gespräch und Kommunikationsebenen des Senders und Empfängers sind diese unterschiedlich stark ausgeprägt. Die Aspekte setzen sich aus dem **Sachinhalt**, der **Selbstkundgabe**, dem **Appell** und dem **Beziehungsinhalt** zusammen.

Der Sachinhalt legt den Schwerpunkt auf die Sachinformation bzw. die Sachlichkeit von Dingen (»Ich möchte darüber informieren, dass ...«). Die Selbstkundgabe ist der Anteil der Nachricht, der Aspekte bzw. persönliche Details des Senders offenbart bzw. kundgibt (»Ich gebe kund, dass ich ...«). Der Appell übermittelt Beabsichtigungen und Aufrüfferungen an den Empfänger mit der Absicht zum Handeln oder zur Veränderung (»Ich appelliere an dich, dass du ...«). Der Beziehungsinhalt gibt Informationen über die Beziehung zwischen Sender und Empfänger preis (»Ich halte von dir...«, »Ich schätze an dir...«, »Ich vermisste an dir, dass ...«).

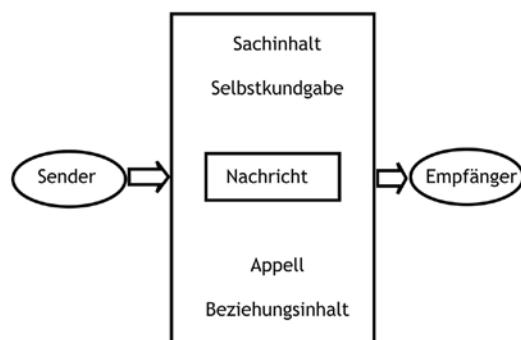
► In der Therapie kann es sein, dass der Patient als Empfänger die Aspekte der Nachricht unterschiedlich deutet oder auch wertet. Beispielsweise kann es passieren, dass chronische Schmerzpatienten nachvollziehbarweise sensibler auf Reize und Antworten des Therapeuten reagieren. Hierbei ist es möglich, dass der Beziehungsinhalt stärker gewichtet und interpretiert wird als der Sachinhalt.

2.1.2 Organon-Modell (Karl Bühler, 1933)

Das Organon-Modell (► Abb. 2.2) wurde vom deutschen Sprachpsychologen Karl Bühler entwickelt. Bühler beschreibt die Sprache als Werkzeug (Organon, griechisch vom Begriff »organon« herzuleiten), mit welchem der Sender seine Informationen übermittelt.

In der Mitte des Modells befindet sich ein Dreieck mit dem Buchstaben Z (Zeichen). Zeichen bedeutet hier ein Wort oder ein Satz. Um das Dreieck herum befindet sich ein Kreis. Dieser stellt das sogenannte Schallphänomen dar. Im Modell ist erkennbar, dass dieser über das Dreieck hinausragt. Dies lässt darauf schließen, dass der Empfänger mehr wahrnimmt, als über die verbale Kommunikation vermittelt wird.

Alle drei Seiten des Dreiecks (Zeichen) haben indirekt Kontakt zum Sender, Empfänger und zu den Gegenständen und Sachverhalten. Zwischen diesen und dem Sprachzeichen befinden sich die



► Abb. 2.1 Vier-Seiten-Modell. (Nach Schulz von Thun 2010)

Sprachfunktionen. Die Funktion zwischen dem Sender und dem Sprachzeichen wird als **Ausdrucksfunktion**, die zwischen dem Empfänger und dem Sprachzeichen als **Appelfunktion** und die zwischen den Gegenständen und Sachverhalten und dem Sprachzeichen als **Darstellungsfunktion** bezeichnet. Erst durch den Ausdruck wird die Bedeutung des Senders klar. Durch die Darstellung eines Gegenstandes oder Sachverhaltes verfügt dieser über eine Bedeutung. Und durch den Appell kann dem Empfänger eine Aufforderung oder eine Absicht übermittelt werden.

Laut Bühler kann das Z (Sprachzeichen) als eine Art »Umwandler« oder »Umformer« verstanden werden.

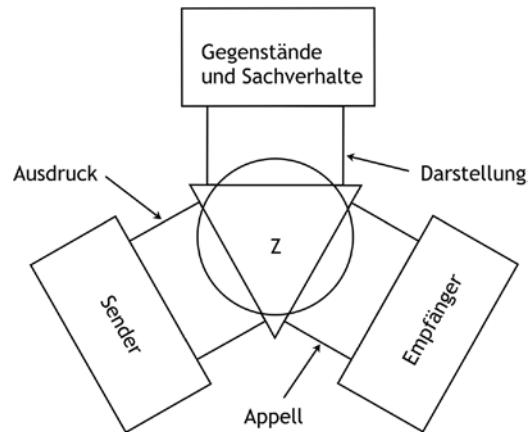
Durch das Sprachzeichen wird die Ausdrucksfunktion zum Symptom, die Appelfunktion zum Signal und die Darstellungsfunktion zum Symbol. Es findet eine Art Umwandlung statt. Das Symptom meint das Merkmal, das Kennzeichen oder das Charakteristikum des Ausdrucks. Das Signal bezeichnet den Hinweis oder das Merkmal des Appells. Und das Symbol beschreibt das Sinnbild oder das Zeichen einer Darstellung.

Ähnlich dem Modell von Schulz von Thun gibt es im Organon-Modell auch immer eine unterschiedliche Gewichtung der Ausdrucksfunktionen. Diese kommt durch die nonverbale und verbale Kommunikation wie auch durch die Interpretation von Sender und Empfänger zustande.

2.1.3 Kommunikationsmodell (John und Matilda White Riley, 1959)

Das Kommunikationsmodell wurde 1959 von den Amerikanern John und Matilda White Riley entwickelt. Dieses Modell beschreibt die sogenannten **Kommunikatoren** und **Rezipienten** als Kommunikationsgrundlage. Hierbei wird von der **Massenkommunikation** mit Wirkung auf soziale Strukturen und Systeme gesprochen. Gleichermaßen haben diese Strukturen und Systeme auch eine umgekehrte Wirkung auf die Massenkommunikation.

Kommunikatoren und Rezipienten sind in einem sozialen Kontext eingebettet und gehören einer sozialen Gruppierung an. Diese wird beispielsweise als Primärgruppe bezeichnet. Die Zugehörigkeit

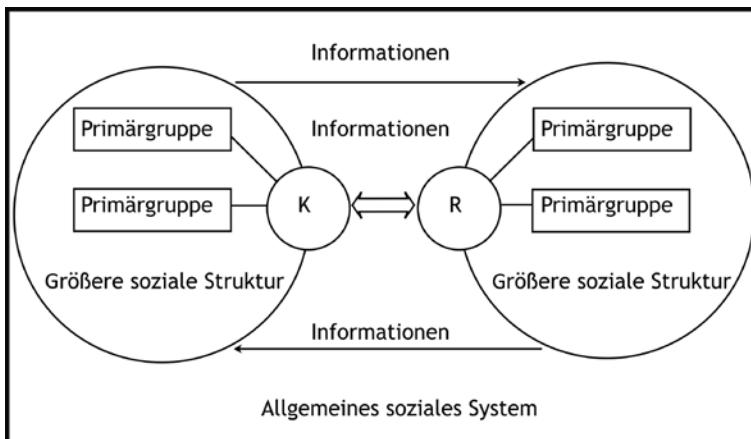


■ Abb. 2.2 Organon-Modell. (Nach Bühler 1933)

wird durch bestimmte Verhaltensweisen und Wertvorstellungen deutlich.

Der Kommunikator wird synonym für den Begriff des Senders, der Rezipient für den Zuhörer oder Empfänger verwendet. Riley und Riley betonen den Einfluss der sozialen Integration bzw. Zugehörigkeit wie auch des soziopsychologischen Empfindens des Kommunikator und des Rezipienten auf die Kommunikation. Diese kann das Umfeld, das Land, die soziale Herkunft, Wertevorstellungen oder die Sprache sein. Sie beschreiben die Kommunikation als eine Vielzahl metakommunikativer Mitteilungen, welche zu den nonverbalen und verbalen Anteilen hinzugerechnet werden können.

In ■ Abb. 2.3 wird das Kommunikationsmodell schematisch dargestellt. Links im Modell befinden sich die Primärgruppen (z. B. Ergotherapeuten in Deutschland), welche in einer größeren sozialen Struktur (Bundesland Berlin) eingebunden sind. Der Buchstabe K steht für Kommunikator. Die Primärgruppe bzw. ein Kommunikator sendet Informationen an eine andere Primärgruppe (z. B. Physiotherapeuten in Deutschland), welche sich ebenso in einer größeren sozialen Struktur (Bundesland Brandenburg) befindet. In diesem Falle ist diese Gruppe (Physiotherapeuten) der Rezipient, also der Empfänger. Beide Primärgruppen sind in einem allgemeinen sozialen System (Therapeuten in Deutschland) verankert. Da der Rezipient (Empfänger) auch wieder Informationen auf der metakommunikativen Ebene sendet, hat der Pfeil »Infor-



■ Abb. 2.3 Kommunikationsmodell. (Nach Riley und Riley 1959)

mationen« gleichermaßen zum Kommunikator (Ergotherapeuten) und auch zum Rezipienten (Physiotherapeuten) Kontakt.

In ■ Tab. 2.1 findet sich ein Überblick über das Vier-Seiten-Modell (Schulz von Thun), das Organon-Modell (Bühler) und das Kommunikationsmodell (Riley und Riley).

2.1.4 Das K.U.R.-Modell Peters

In ■ Abb. 2.4 wird das das K.U.R.-Konzept (kommunikations- und ressourcengestütztes Therapiekonzept) in Form eines Kommunikationsmodells dargestellt. Dieses beschreibt die Kommunikationsebenen zwischen Therapeut und Patient. Im weiteren Verlauf wird auf Grundlage des K.U.R.-Konzeptes vom K.U.R.-Modell gesprochen.

■ Tab. 2.1 Die 3 Modelle im Überblick

	Vier-Seiten-Modell (F. Schulz von Thun)	Organon-Modell (K. Bühler)	Kommunikationsmodell (J. und M. White Riley)
Entstehung	1981	1933	1959
Aspekte	Sachinhalt Selbstkundgabe Appell Beziehungsinhalt	Sender Empfänger Gegenstände und Sachverhalte	Kommunikator (Sender) Rezipient (Empfänger)
Weitere Aspekte	Sender Empfänger	Dreieck = Z (Sprachzeichen) Kreis = Schallphänomen	Primärgruppen Größere soziale Strukturen Allgemeines soziales System
Funktionen	Sachinformation Kundgebung Aufforderung Beziehungsinformation	Ausdruck Appell Darstellung	Informationen auf metakommunikativer, nonverbaler und verbaler Ebene
Ausprägung	Gewichtung der Aspekte von Sender und Empfänger unterschiedlich		Massenkommunikation mit Wirkung auf soziale Strukturen und Systeme und auch umgekehrte Wirkung

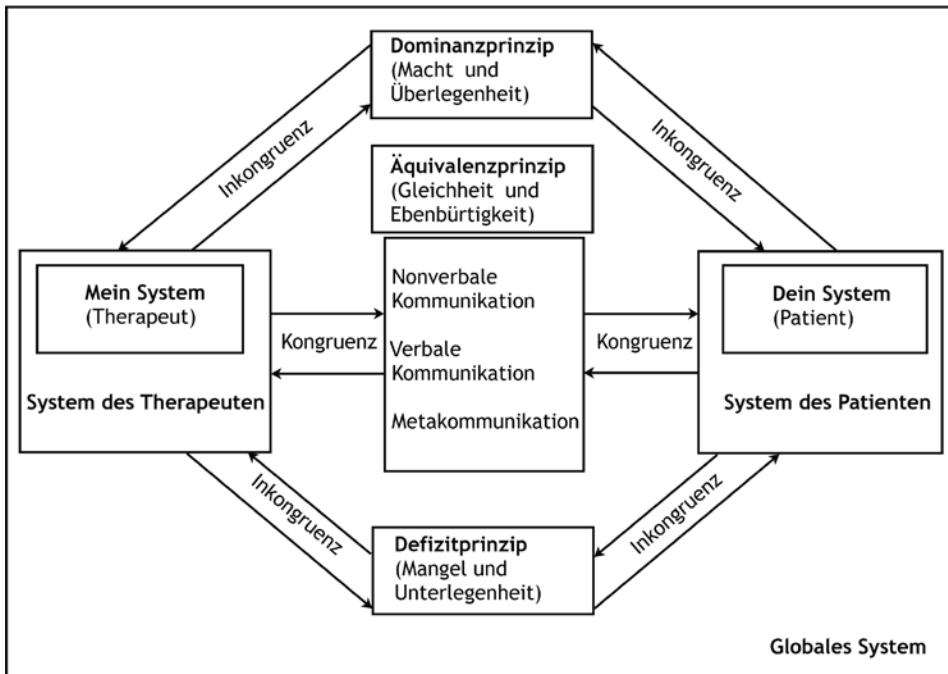


Abb. 2.4 Das K.U.R.-Konzept in der Modelldarstellung

Der Therapeut und der Patient befinden sich in einem **globalen System**. Dies kann das soziale System in Deutschland und des jeweiligen Bundeslandes, aber auch der Stadt bzw. des Stadtteils sein. »Global« bedeutet, dass in diesem System unterschiedliche Faktoren das Umfeld bestimmen und verändern (Wohnumfeld, wirtschaftliche und soziale Strukturen, Infrastruktur etc.).

Innerhalb des globalen Systems gibt es das eigenständige System des Therapeuten. Dieses wird als »**Mein System**« bezeichnet. Ähnlich wie das globale System wird auch das System des Therapeuten durch unterschiedliche Faktoren geprägt und beeinflusst. Dies kann durch äußere (Kollegen, Ehepartner, Wohnnachbar etc.) oder innere Faktoren (Eigenmotivation, psychisch-emotionale Stabilität oder Instabilität etc.) geschehen.

Auf der rechten Seite befindet sich das eigenständige System des Patienten. Hierbei handelt es sich um das sogenannte »**Dein System**«. Auch dieses individuelle System ist von äußeren und inneren Faktoren abhängig und wird durch diese bestimmt.

Zwischen dem Therapeuten und dem Patienten befindet sich die Kommunikationsebene. Die Kommunikation findet immer über die nonverbale und die verbale Kommunikation wie auch über die Metakommunikation statt. Die nonverbalen und verbalen Kommunikationsebenen werden in ► Abschn. 2.1.5 und ► Abschn. 6.4.3 näher beschrieben.

Bei der **Metakommunikation** handelt es sich um die »Kommunikation über die Kommunikation«. Das Wort »meta« ist griechisch und bedeutet »zwischen«, »mit« oder »zusammen«. Diese Form der Interaktion betrachtet die Art und Weise der zwischenmenschlichen Informationsübermittlung wie auch den Umgang miteinander. Die Inhalte können persönliche Gedanken und Gefühle, mögliche Pläne und Zukunftsvisionen sein. Hierbei ist es wichtig, dass sowohl der Sender als auch der Empfänger über eine ausreichende Eigenreflexion und Eigenwahrnehmung verfügen.

Prinzipien

Die Prinzipien untergliedern sich in das Äquivalenz-, das Dominanz- und das Defizitprinzip. Diese zählen zur Metakommunikation und beschreiben die zwischenmenschliche Interaktion in ihrer Wirkungsweise in Bezug auf Sender und Empfänger näher.

■ Äquivalenzprinzip (K.U.R.-Modell)

Werden Informationen **kongruent** übermittelt, kommen diese übereinstimmend beim Empfänger an. Dies bedeutet: Übermittelt der Sender (Therapeut oder Patient) konvergierende Signale, können diese vom Empfänger (Therapeut oder Patient) entschlüsselt werden. Es entstehen keine Übermittlungsfehler.

Zusätzlich zur kongruenten nonverbalen und verbalen Kommunikation und Metakommunikation führt die **Äquivalenz** (Gleichheit und Ebenbürtigkeit) zwischen Sender und Empfänger zu einer positiven Beziehung. Die Gleichwertigkeit meint das Kommunizieren auf Augenhöhe, z. B. vermeiden von Fachtermini, Machtspielen, Unterdrückung oder Intransparenz.

■ Dominanzprinzip (K.U.R.-Modell)

Bei einer inkongruenten Übermittlung von Informationen werden diese nicht kongruent bzw. deckungsgleich vom Empfänger entschlüsselt. Es entstehen Übermittlungsfehler.

Diese Inkongruenz wird durch das **Dominanzprinzip** verstärkt. Dabei handelt es sich um das Macht- und Überlegenheitsgefühl und eine Art Überschuss des Senders oder Empfängers. Hierzu zählen z. B. Bevormundung, Bewertungen, Drohungen, Missachtung oder Befehle.

■ Defizitprinzip (K.U.R.-Modell)

Ähnlich wie beim Dominanzprinzip werden auch hier inkongruente Informationen nicht deckungsgleich entschlüsselt. Zudem wird auch diese Inkongruenz durch das **Defizitprinzip** verstärkt. Hierbei wird von einem Mangel oder einer Unterlegenheit gesprochen. Dies können z. B. Intransparenz, fehlender Blickkontakt, Unsicherheit oder mangelnde Struktur in der Therapieplanung sein.

In □ Abb. 2.5 wird beispielhaft das Äquivalenzprinzip, in □ Abb. 2.6 das Dominanzprinzip und in □ Abb. 2.7 das Defizitprinzip dargestellt.

Innerhalb der Therapie kann es passieren, dass trotz der Äquivalenz des Therapeuten bzw. der kongruenten Kommunikationsübermittlung eine Dominanz bzw. ein Defizit auf Seiten des Patienten entstehen (□ Abb. 2.8, □ Abb. 2.9). Diese Varianz ist auch umgekehrt möglich. Im Folgenden wird die Seite des Therapeuten dargestellt, da diese den Schwerpunkt der Therapie bildet.

Fazit

Zusammenfassung der Prinzipien

Das Äquivalenzprinzip kann trotz bestehender Dominanz oder vorhandenem Defizit auf Seiten des Senders oder Empfängers (Therapeut oder Patient) zu einer Kongruenz führen und sowohl das System des Patienten als auch das System des Therapeuten nachhaltig positiv beeinflussen.

Das Dominanz- und Defizitprinzip kann trotz stabiler Äquivalenz auf Seiten des Senders oder Empfängers zu einer Inkongruenz führen und sowohl das System des Patienten als auch das System des Therapeuten nachhaltig negativ beeinflussen.

Somit ist die Äquivalenz des Therapeuten (Sender) eine wichtige Voraussetzung, um Kommunikationsfehler zu vermeiden und die Systeme nachhaltig positiv zu beeinflussen.

Sequenzen

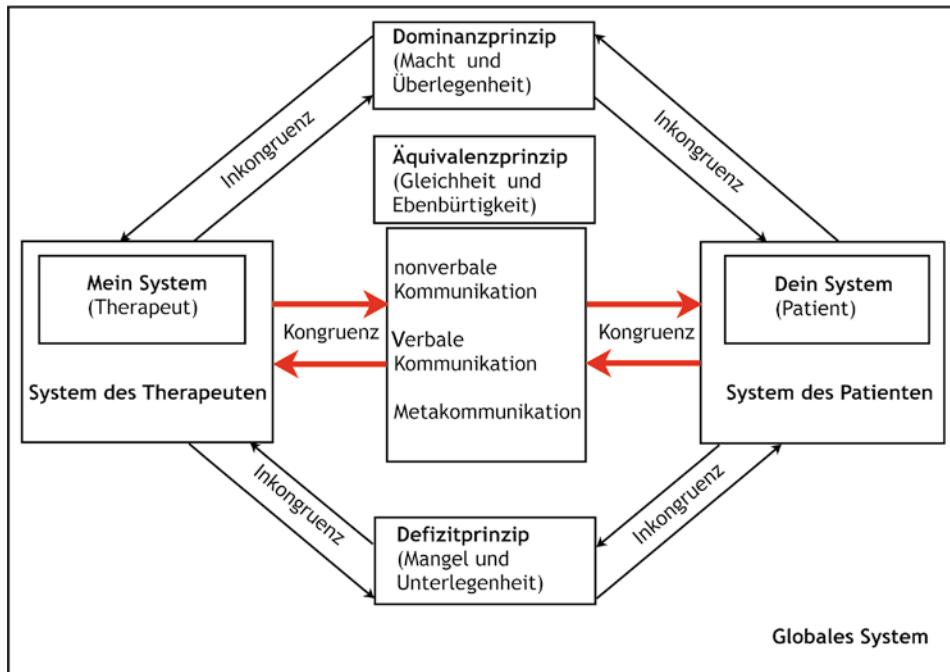
Die Sequenzen ermöglichen es, das K.U.R.-Modell in seiner strukturellen Darstellung zu erklären. Hierbei lassen sich die metakommunikative Sequenz, die Sequenz des Hervorbringens und der Kontrolle unterscheiden.

■ Metakommunikative Sequenz (K.U.R.-Modell)

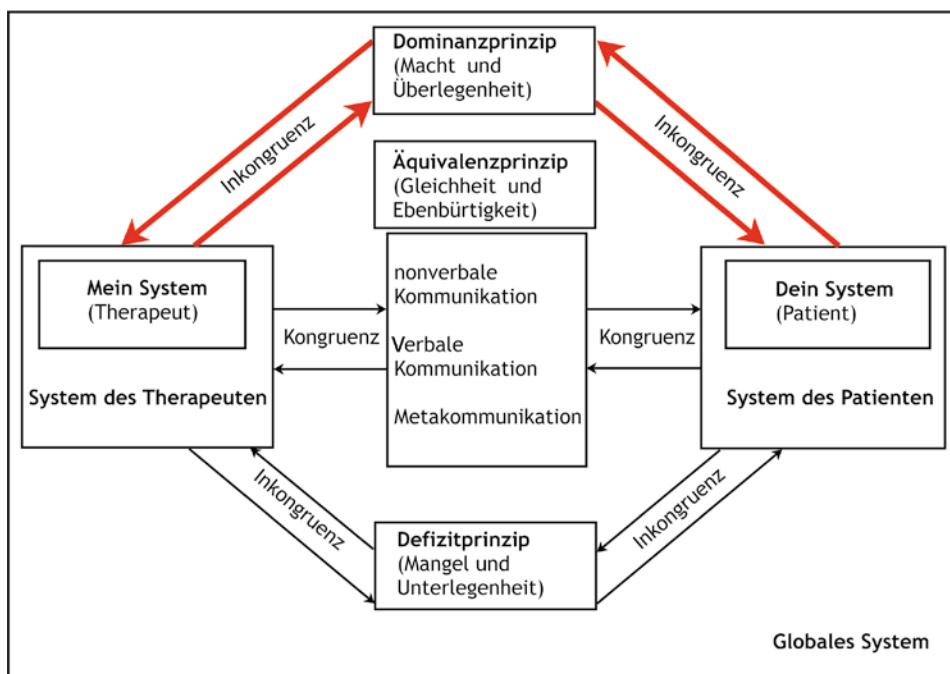
Die metakommunikative Sequenz (□ Abb. 2.10) beschreibt die Sequenz der nonverbalen und verbalen Kommunikation wie auch die Metakommunikation als Mittelpunkt des Modells. Somit nimmt die Kommunikation die Basis des Modells ein und kann aus der Mitte des Modells agieren und mit anderen Teilen des Modells in Kontakt treten.

■ Sequenz des Hervorbringens (K.U.R.-Modell)

Alle Teile des Modells sind miteinander verbunden und können sich untereinander hervorbringen. Hierbei dient die metakommunikative Sequenz



■ Abb. 2.5 Äquivalenzprinzip



■ Abb. 2.6 Dominanzprinzip

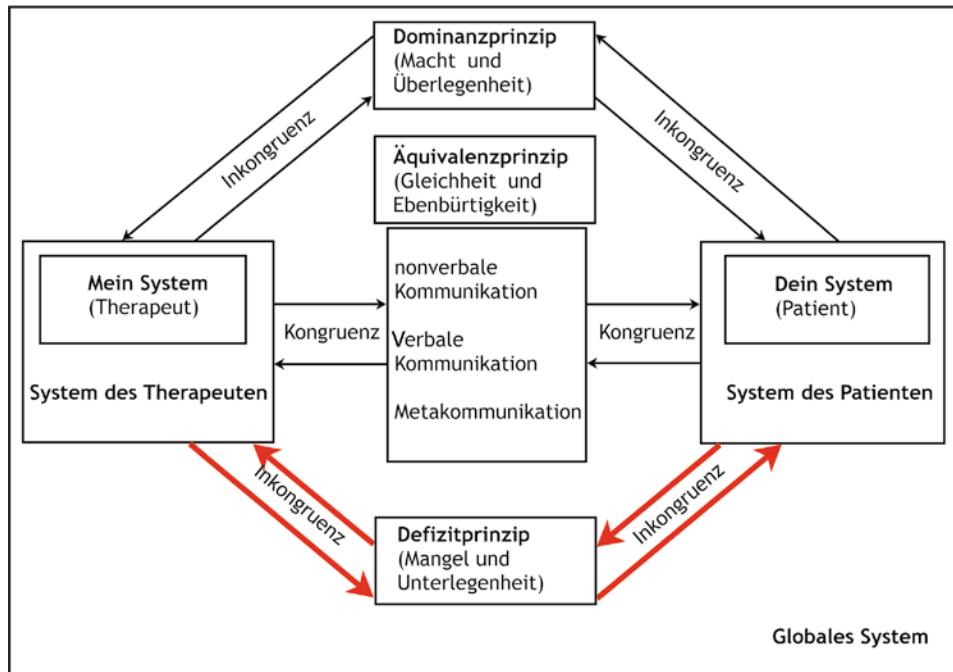


Abb. 2.7 Defizitprinzip

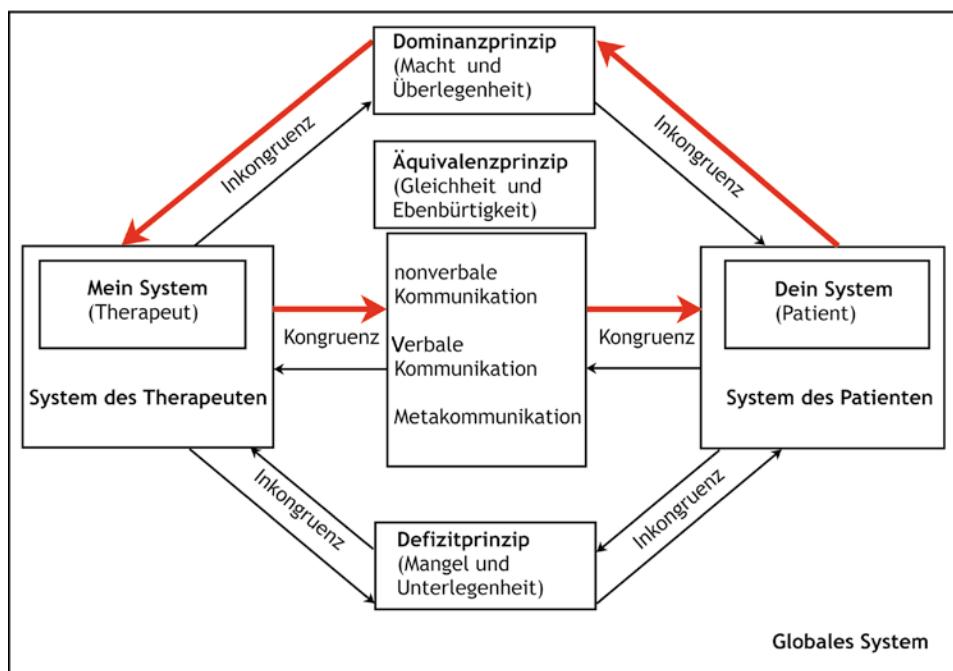


Abb. 2.8 Dominanzprinzip, entstanden aus dem Äquivalenzprinzip des Therapeuten

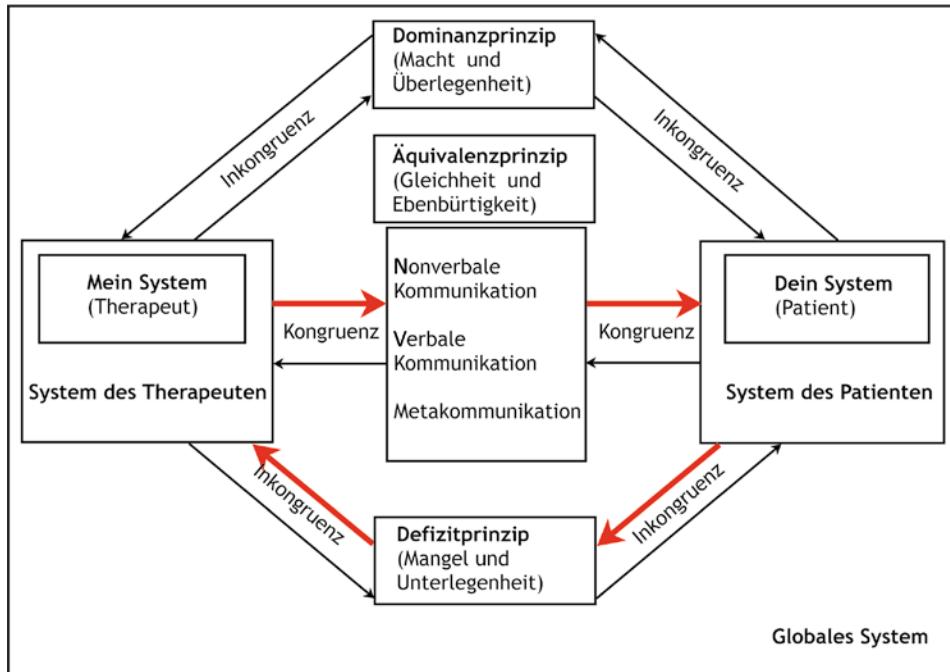


Abb. 2.9 Defizitprinzip, entstanden aus dem Äquivalenzprinzip des Therapeuten

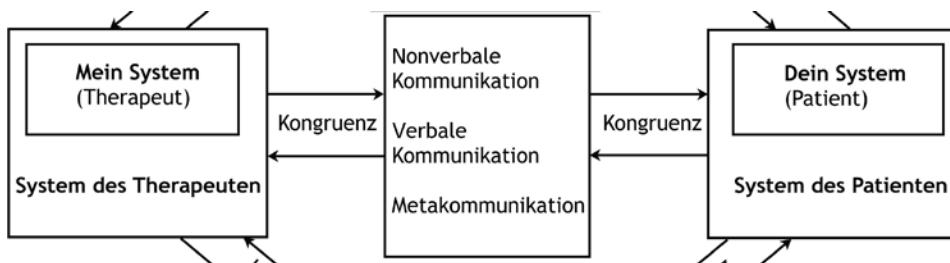


Abb. 2.10 Metakommunikative Sequenz (K.U.R.-Modell)

	Kongruenz	Inkongruenz	Äquivalenz	Dominanz	Defizit
Therapeut	X		X		
Patient	X		X		
Therapeut		X		X	
Patient		X		X	
Therapeut		X			X
Patient		X			X

(Kommunikation ist Mittelpunkt des Modells) als Grundlage. Die Kommunikation bringt alle anderen Module hervor. Ohne Kommunikation würden diese nicht bestehen oder sich entwickeln können. Allein die dominante (Dominanzprinzip) oder die defizitäre (Defizitprinzip) Kommunikation führt zu einer Schwächung aller anderen Teile des Modells (System des Therapeuten und des Patienten, globales System).

■ Tab. 2.2 zeigt die möglichen Varianten des Hervorbringens.

■ Sequenz der Kontrolle (K.U.R.-Modell)

Bei der »Sequenz der Kontrolle« kontrolliert die Kommunikation alle anderen Teile des Modells. Auch hier steht die metakommunikative Sequenz im Mittelpunkt. Werden die Sequenzen durch negative nonverbale und verbale Kommunikation kontrolliert (Dominanz, Macht, Überlegenheit und Defizite, Mangel und Unterlegenheit), erfolgt eine negative Entwicklung in Bezug auf das System des Therapeuten und des Patienten sowie das globale System.

Anders herum führt der Einsatz positiver nonverbaler und verbaler Kommunikation zur erfolgreichen Veränderung bzw. positiven Beeinflussung der Systeme.

Fazit

Bezugnehmend auf den Therapieprozess und den Therapieerfolg

Der Therapeut sollte auf Augenhöhe mit dem Patienten kommunizieren. Zudem sollte er die Regeln der nonverbalen und verbalen Kommunikation umset-

zen und verstehen. Dies führt zu einem sogenannten Äquivalenzprinzip. Es befähigt den Therapeuten, den Therapieprozess und den daran anknüpfenden Erfolg zu beeinflussen.

Bezugnehmend auf weitere Therapieformen (globale Anwendbarkeit)

Das K.U.R.-Modell bietet die Möglichkeit, den Kommunikationsprozess zwischen Therapeut und Patient nachhaltig zu begreifen und zu verändern. Es zeigt zudem die globale Anwendbarkeit in Bezug auf verschiedene Therapieberufe. Hierbei können die Physiotherapie, die Ergotherapie und auch andere therapeutische Berufe genannt werden.

In ■ Tab. 2.3 wird das K.U.R.-Modell schematisch mit den wichtigsten Aspekten dargestellt. Als Grundlage dient ■ Tab. 2.1.

2.1.5 Nonverbale und verbale Kommunikation

Grundsätzlich lässt sich die Kommunikation in verbale und nonverbale Kommunikation unterteilen. Die verbale bzw. sprachliche Kommunikation wird durch den Wortlaut und deren Bedeutung geprägt.

Die nonverbale Kommunikation umfasst alles, was nicht die Sprache selbst betrifft. Hierunter fallen beispielsweise die Körpersprache mit Mimik und Gestik. Dies kann ein Lachen, Augenzwinkern, das Verschränken der Arme oder ein Stirnrunzeln sein. Es wird davon ausgegangen, dass die nonverbale Kommunikation stärker auf die metakommunikative Ebene wirkt als die verbale Kommunikation.

Tab. 2.3 K.U.R.-Modell	
Entstehung	2017
Aspekte	Mein System (Therapeut) Dein System (Patient)
Weitere Aspekte	Globales System System des Therapeuten System des Patienten Nonverbale Kommunikation Verbale Kommunikation Metakommunikation
Funktionen	Dominanzprinzip (Inkongruenz) Äquivalenzprinzip (Kongruenz) Defizitprinzip (Inkongruenz)
Ausprägung	Gewichtung der Aspekte von Sender und Empfänger unterschiedlich Zwischenmenschliche Kommunikation mit Wirkung auf soziale Strukturen und Systeme und auch umgekehrte Wirkung

In Bezug auf den therapeutischen Alltag ist es sinnvoll, die verbale und nonverbale Kommunikationsebene gleichermaßen zu nutzen. Kommt es bei einem Gespräch zu einem gegensätzlichen Kommunikationsverhalten (z. B. nonverbale und verbale Kommunikation des Therapeuten passen nicht zueinander), ist der Patient leicht verunsichert oder verhält sich anders als erwartet.

Beispiel

Ein Patient ist zum ersten Mal in der Praxis. Der Therapeut fragt den Patienten neutral und emotionslos, ob er etwas trinken möchte. Hierbei runzelt er die Stirn. Die nonverbalen Signale werden in diesem Augenblick innerhalb von Bruchteilen einer Sekunde an das Gehirn des Patienten weitergeleitet und verarbeitet. Der Patient nimmt augenblicklich das Stirnrunzeln war. Zu dem »negativ« bewerteten Runzeln kommt die neutrale Frage nach einem Glas Wasser. In diesem Augenblick sind nonverbale und verbale Kommunikation nicht konform miteinander. Das Gehirn wird mit hoher Wahrscheinlichkeit das Stirnrunzeln abspeichern und den Kotext als »negative« Situation bewerten.

Dieses Beispiel beschreibt das Dominanzprinzip. Die Informationen werden inkongruent übermittelt

und vom Patienten verarbeitet. Aus dem Beispiel lässt sich schlussfolgern, dass eine positive nonverbale und verbale Kommunikation zum Patienten den Beziehungsaufbau stark beeinflusst. Somit kann es sein, dass trotz hoher fachlicher Kompetenz des Therapeuten der Therapieerfolg geringer ausfällt als erwartet.

➤ Ein guter Therapieerfolg ist gleichermaßen von der positiven nonverbalen und verbalen Kommunikation wie auch von der fachlichen Kompetenz des Therapeuten abhängig. Bei den Bereiche bilden eine Schnittmenge. Kein Bereich sollte innerhalb der Behandlung vernachlässigt werden.

2.2 Kommunikationsregeln

Die Kommunikation lässt sich, wie bereits beschrieben, in nonverbale und verbale Kommunikation unterteilen. Durch diese Gliederung ist es möglich, Kommunikationsregeln für beide Bereiche zu erstellen. Da die nonverbale Kommunikation eher unbewusst abläuft, ist sie schwerer zu beeinflussen als die verbale Kommunikation.

➤ Die Einhaltung nonverbaler und verbaler Kommunikationsregeln erleichtert die Informationsvermittlung zwischen Therapeut und Patient. Hierbei handelt es sich um das sogenannte Äquivalenzprinzip.

2.2.1 Nonverbale Kommunikation

Zur nonverbalen Kommunikation zählen unterschiedliche Faktoren. Diese sind im Folgenden beschrieben.

Blickkontakt

Der Blickkontakt zum Patienten ist offen und entspannt. Ein starrer Augenausdruck oder abschweifende Blicke sollten vermieden werden.

Mimik

Das Gesicht einschließlich dem Mund, den Wangen und dem Kinn sind entspannt. Die Stirn liegt nicht in Falten. Andauerndes Stirnrunzeln kann ein Zeichen für Anspannung und innere Unruhe sein.

Gestik

Die Gestik entspricht den Bewegungen des Kopfes, der Extremitäten oder des Gesichtes. Bei Konfliktgesprächen mit Patienten kann es passieren, dass sich die Arme des Therapeuten unbewusst vor dem Körper verschränken. Dies kann dem Patienten wiederrum eine abwehrende Haltung suggerieren. Die Gestik ist ähnlich wie die Mimik schwer zu beeinflussen. Durch regelmäßige Übungen und Eigenreflexionen kann es jedoch gut gelingen, diese Bewegungen gezielt zu steuern.

Praxistipp

Blickkontakt, Gestik und Mimik können durch Videos analysiert werden. Hierzu bietet sich ein Smartphone oder eine Videokamera an. Werden mehrere Personen bzw. Patienten gefilmt, ist zuvor die Einverständniserklärung einzuholen.

Beispielsweise könnte das Frühstück mit dem Partner, das Kartenspielen mit dem eigenen Kind oder ein Gespräch mit der Mutter eines Kindes gefilmt werden. Nach dem Gespräch wird das Video angeschaut, und wichtige Beobachtungen werden notiert. Wie habe ich nonverbal bzw. verbal reagiert, als mein Partner mir eine bestimmte Frage stellte? Wie hat er wiederum darauf reagiert?

Durch die genaue Beobachtung fällt es im Alltag leichter, die persönliche Mimik und Gestik zu kontrollieren bzw. unbewusste negative Signale zu vermeiden.

Im Bereich des Neurofeedbacks wird vom Zustand der entspannten Aufmerksamkeit gesprochen. Dieser Zustand ist mit einer Katze zu verglichen. Die Katze liegt im Gras und beobachtet eine Maus. Sie ist entspannt und kann sowohl die Aufmerksamkeit auf die Maus lenken, jedoch auch die äußeren Reize wie beispielsweise das Vogelgezwitscher filtern. Zudem ist die Katze im Hier und Jetzt und schweift nicht in Gedanken ab. Sie wäre also jederzeit in der Lage, die Situation zu steuern und aktiv zu beeinflussen.

Praxistipp

Der Therapeut sollte des Öfteren aktiv die Beobachtungsrolle einnehmen. Bei privaten oder geschäftlichen Unterhaltungen wird der Gesprächspartner beobachtet.

Wie lang kann der Gesprächspartner die Aufmerksamkeit halten? Wurde vom Thema abgelenkt? Ist die Aufmerksamkeit eher im Hyperfokus? Wie ging es mir dabei, als mein Gesprächspartner abgelenkt war? Und wie ging es mir dabei, als mein Gesprächspartner unter Umständen im Hyperfokus war? Die Beobachtungen können im Nachhinein auf einem Blatt notiert werden.

Aufmerksamkeit und Konzentration

Der Therapeut sollte in jeder Minute dem Gespräch des Patienten folgen. Dies wird mit dem Begriff des **aktiven Zuhörens** assoziiert. Gleichermanßen sind sowohl das Abschweifen als auch der Hyperfokus in einer Situation wenig zielführend. Scheint der Therapeut unaufmerksam, abgelenkt oder wenig interessiert, wird dies als **passives Zuhören** bezeichnet. Die **Aufmerksamkeit** ist von der Tagesform, vom persönlichen Schlafverhalten, vom Sauerstoffgehalt des Raumes, von der Flüssigkeitsaufnahme, von der Medikamenteneinnahme des Patienten und anderen Dingen abhängig.

Empathie

Empathie meint das Mitgefühl bzw. das Nachempfinden von Gefühlen. Je nach Krankheitsbild und Patient fällt die Empathie leichter oder schwerer. Dies hat unter Umständen mit dem eigenen Gefühlsleben, mit der Kindheit und dem Elternhaus, mit emotionalen Erlebnissen und auch mit der Verbindung zum Patienten zu tun.

Besucht der Patient seit einigen Jahren die Praxis, ist die Empathie meist stärker ausgeprägt als bei unbekannten Patienten.

Empathie kann z. B. über Kopfnicken erfolgen. Durch aktives Zuhören wird das Gefühl der Empathie verstärkt.

Wertschätzung

Der Therapeut würdigt mithilfe der Wertschätzung den Patienten, seine derzeitige Lage wie auch seine persönlichen Fähig- und Fertigkeiten. Die Aner-

kennung des Patienten und der respektvolle Umgang mit dessen Situation erfordert Einfühlungsvermögen, Empathie und Verständnis.

Kommt ein Schlaganfallpatient in die Praxis und berichtet über wenig Motivationsbereitschaft, ist es wichtig, dass der Therapeut diese Situation zunächst einmal wertschätzt und respektiert. Im zweiten Schritt wird versucht, die Motivation durch das Erarbeiten von persönlichen Zielen zu steigern.

Praxistipp

Einmal im Monat findet in der Praxis der »Themennachmittag Empathie und Wertschätzung« statt. Hierbei wird auf einem A4-Blatt der Begriff »Empathie«, auf einem anderen A4-Blatt der Begriff »Wertschätzung« notiert. Auf diese Blätter werden stichpunktartig Begegnungen mit Menschen bzw. Patienten festgehalten. Hinter diesen Begegnungen wird mithilfe der Skala von 1–10 eine Bewertung für die Empathie und die Wertschätzung vorgenommen. Die Zahl 1 entspricht in diesem Fall »trifft nicht zu«, die Zahl 10 in diesem Fall »trifft voll und ganz zu«. Auf dem Blatt »Empathie« steht beispielsweise »Herr M. hat heute von seinem Krankenaufenthalt erzählt«. Dahinter findet sich die Zahl 8. Hierbei lag die Empathie bei der Zahl 8 und nahezu bei »trifft voll und ganz zu«. Bei Abweichungen vom Empathie und Wertschätzung kann überlegt werden, warum diese Unterschiede zustande kommen und ob diese Unterschiede nachvollziehbar sind. Manchmal kann es durch subjektive Empfindungen zu unterschiedlichen Bewertungen kommen.

Authentizität

Authentizität wird synonym mit den Begriffen Echtheit, Wahrheit und Glaubwürdigkeit verwendet. Authentizität in der Therapie bedeutet beispielsweise, dass der Therapeut die verwendeten Behandlungen selbst vertritt und auch in Anspruch nehmen würde. Authentizität bedeutet auch, dass der Therapeut sich dem Patienten gegenüber »echt« verhält.

Das Gegenteil von Authentizität ist die Heuchelei, die Inszenierung, die Verlogenheit oder die Scheinheiligkeit.

Distanz

Distanz ist die angemessene Entfernung zum Gegenüber und kann auch als soziale Distanz bezeichnet werden. Das Gegenteil von angemessener Distanz ist Distanzlosigkeit. Zu großer Abstand zum Patienten kann als Desinteresse, Passivität oder eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit bewertet werden. Distanzlosigkeit zum Patienten kann wiederum als Hyperfokus, gestörte Intimität und eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit verstanden werden.

Die angemessene Distanz zum Patienten beträgt etwa eine Armlänge.

Praxistipp

Im Alltag kann die Distanz zwischen einem selbst und den Mitmenschen beobachtet werden. Hierzu wird die Fahrt in der S-Bahn, der Einkauf oder die Warteschlange im Supermarkt genutzt, um Distanz wahrzunehmen. Ab welcher Entfernung ist es mir noch angenehm, die Nähe einer fremden Person zu spüren? Welche Entfernung scheint mir unangenehm? Welche Faktoren spielen eine Rolle, dass mir fremde Nähe gut tut? Welche Faktoren spielen eine Rolle, dass mir fremde Nähe nicht gut tut?

Pacing als Sonderform der Kommunikation

Der Begriff des Pacing meint, die nonverbalen oder verbalen Kommunikationsmuster des Gegenübers zu imitieren. Hierbei geht es um einzelne Muster, nicht um die gesamte Kommunikation. Das Pacing kann in das nonverbale und verbale Pacing unterteilt werden. Das nonverbale Pacing umfasst die Mimik und Gestik, die Körperbewegung, den Rhythmus der Sprache oder den Atemrhythmus. Das verbale Pacing betrifft das Gesprächsthema, Hobbies oder die Wortwahl.

Durch das Pacing gelingt es leichter, die Kommunikationsebene zwischen Patient und Therapeut

zu stabilisieren. Lehnt sich beispielsweise der Patient nach hinten, kann dies der Therapeut auch tun. Durch ähnliche Verhaltensweisen hat der Patient das Gefühl des Verstandenwerdens und der Vertrautheit.

Praxistipp

Versuchen Sie als Therapeut, einmal pro Woche für etwa 10 min einen Ihrer Gesprächspartner zu spiegeln bzw. zu pacen. Hierbei geht es um einzelne nonverbale und verbale Verhaltensmuster, nicht um den gesamten Habitus.

2.2.2 Verbale Kommunikation

Die verbale Kommunikation bezieht sich auf den sprachlichen Inhalt. Aufgrund des gesprochenen Wortes lässt sich diese Form der Kommunikation gut vom Sender bzw. Therapeuten steuern. Jedoch macht diese auf die gesamte Kommunikation gesehen einen geringen Teil aus.

Neutrale Haltung

Der Patient sollte in seinem Tun und seinem Erscheinungsbild nicht kategorisiert bzw. bewertet werden. Das sogenannte Schubladendenken kann den Beziehungsaufbau zum Patienten erschweren. Bewertungen wie »Ich weiß, dass Sie...« und Interpretationen wie »Sie sehen so traurig aus. Stimmt was nicht?« sollten vermieden werden. Zudem ist darauf zu achten, dass es zu keinen Drohungen wie »Wenn Sie das nächste Mal wieder zu spät kommen, dann...!«, Bevormundung wie »Darum brauchen Sie sich nicht zu kümmern. Ich mache das schon für Sie!« oder Befehle wie »Dann müssen Sie jeden Tag unbedingt 10 Wiederholungen machen!« kommt.

Objektivität

Die Objektivität ist eine neutrale und unabhängige Beschreibung eines Vorganges oder einer Situation. Sie ist wichtig, um den Patienten in seinem Tun ohne Wertung entgegenzutreten. Vor allem bei Anamnesegesprächen ist auf den Wortlaut des Patienten zu achten. Bei der Befunderhebung werden beispielsweise Messwerte objektiv notiert.

Transparenz

Transparenz bedeutet Klarheit und Nachvollziehbarkeit der Behandlung und der Kommunikation zum Patienten. Intransparenz wäre beispielsweise die Aussage »Sie werden in den nächsten Behandlungen schon sehen, was wir genau machen werden!«.

Somit nimmt die Transparenz einen wichtigen Teil in der Begrüßung, im Anamnesegespräch und in der Behandlung ein. Zu Beginn des Gespräches kann dem Patienten beispielsweise mitgeteilt werden, dass das Erstgespräch etwa 60 min dauern wird. Des Weiteren kann der Patient die Information erhalten, dass am Ende des Gespräches zusätzlich Zeit sein wird, um Fragen zu beantworten und gemeinsam weitere Termine auszumachen. Ist es zeitlich möglich, können dem Patienten vor dem Gespräch die Praxisräume gezeigt werden.

Termini

Termini bezeichnen beispielsweise Fachbegriffe. Zudem schließen sie Nicht-, Aber- und Sie-Sätze mit ein.

Bei Gesprächen mit dem Patienten ist es wichtig, Fachtermini zu reduzieren. Diese Form der Kommunikation kann vor allem im Erstgespräch abschreckend wirken. Werden dennoch Fachtermini genutzt, sollten diese in die deutsche Sprache übersetzt werden.

Zu vermeiden ist der häufige Gebrauch der Wörter »Nicht« wie »Es wäre nicht ratsam, solche Übungen zu machen!«, »Aber« wie »Ihr Kind kann schon gut die Schleife binden, aber der Umgang mit der Schere muss sich noch verändern!« und »Sie« wie »Sie kommen also zu uns in die Praxis, um sich den Finger behandeln zu lassen?«.

Lösungsorientiertheit

Das Gespräch sollte grundlegend lösungsorientiert ausgerichtet sein. Zu einem gewissen Teil ist es wichtig, das Problem in einem gemeinsamen Gespräch zu erfassen. Jedoch sollte dies nicht allzu umfangreich stattfinden, da sich der Patient in eine sogenannte **Problemtrance** begeben kann. Fragen wie »Wodurch wird das Problem verstärkt?« oder »Wie hat sich das Problem vom letzten Treffen bis zum heutigen Treffen verändert?« führen zu einer Problemtrance. Lösungsorientierte Fragen wie »Wodurch geht es Ihnen besser?« oder »Welche

Tab. 2.4 Zu vermeidende Kommunikationsmuster

Verbale Kommunikation	Nonverbale Kommunikation
Haltung Schubladendenken Bevormundung Bewertungen Interpretationen Drohungen Befehle	Blickkontakt Starrer Blick Abschweifender Blick
Objektivität Objektivität fehlt Subjektivität	Mimik Stirnrunzeln Gesichtsmimik verkrampft
Transparenz Transparenz fehlt Intransparenz	Gestik Körperbewegungen verkrampft Gestik stimmt nicht mit Sprache überein
Termini Fachtermini Nicht-Sätze Aber-Sätze Sie-Sätze	Aufmerksamkeit und Konzentration Abschweifen Hyperfokus Passives Zuhören
Lösungsorientiertheit Problemorientiert Problemtrace wird forciert	Empathie Zu starkes Mitgefühl Zu schwaches Mitgefühl
Art der Fragen Vorwiegend geschlossene Fragen Warum-Fragen	Wertschätzung Geringe Wertschätzung
	Distanz Übermäßig hohe Distanz Distanzlosigkeit

konkreten Dinge haben sich vom letzten Treffen bis zum heutigen Treffen positiv verändert?« führen zu einer **Lösungstrance**.

Art der Fragen

Fragen können grundsätzlich in **offene** und **geschlossene Fragen** unterteilt werden. Die offenen Fragen beginnen mit dem Buchstaben W. Die Fragewörter sind beispielsweise »Wodurch«, »Wie«, »Womit« oder »Wann«. Keinesfalls sollte das Fragewort »Warum« benutzt werden. Dies hat häufig den Charakter eines Verhörs.

Tab. 2.5 Kommunikationsregeln

Verbale Kommunikation	Nonverbale Kommunikation
Haltung Neutrale Haltung	Blickkontakt Offener Blick
Objektivität Objektivität vorhanden Wertungsfrei	Mimik Gesichtsmimik entspannt
Transparenz Transparenz vorhanden Therapieplanung bekannt Zeitmanagement	Gestik Körperbewegungen entspannt Gestik stimmt mit Sprache überein
Termini Fachtermini übersetzt Nicht-Sätze vermeiden Aber-Sätze vermeiden Sie-Sätze vermeiden	Aufmerksamkeit und Konzentration Entspannte Aufmerksamkeit Aktives Zuhören
Empathie Angemessenes Mitgefühl	Empathie Angemessenes Mitgefühl
Wertschätzung Angemessene Wertschätzung	Wertschätzung Angemessene Wertschätzung
Art der Fragen Offene Fragen Geschlossene Fragen	Distanz Angemessene Distanz
Lösungsorientiertheit Lösungsorientiert Lösungstrace anstreben	

Durch offene Fragen erhält der Therapeut wichtige Zusatzinformationen. Im Gegensatz hierzu dienen geschlossene Fragen zum Sammeln konkreter Daten z. B. Krankenversicherung, Operationen, Telefonnummer etc. Diese Art der Fragen kann mit Ja und Nein beantwortet werden.

Die wichtigsten Kommunikationsregeln werden in **Tab. 2.4** und **Tab. 2.5** zusammenfassend dargestellt.

2.3 Ressourcen

Der Begriff **Ressource** bedeutet, einen gewissen Vorrat von Fertig- und Fähigkeiten, Eigenschaften,

Stärken und Erfahrungen in sich zu tragen. Ressourcen entwickeln sich im Laufe des Lebens individuell und sind von verschiedenen Faktoren abhängig.

Faktoren lassen sich grundsätzlich in **interne** und **externe Faktoren** unterteilen. Interne Faktoren betreffen das persönliche sozioemotionale Erleben. Zudem lassen sich den inneren Faktoren die Charaktereigenschaften zuordnen. Zu den externen Faktoren zählen das Umfeld, Freundschaften, Eltern, Geschwister oder auch Lehrer bzw. Erzieher.

Interne und externe Faktoren können sich gegenseitig positiv, aber auch negativ beeinflussen. Zudem haben sie einen starken Einfluss auf die Entwicklung persönlicher Ressourcen.

Beispiel

Ein kleiner Junge wächst in einer sozial schwachen Umgebung auf. In diesem Umfeld besteht ein hoher Anteil an Arbeitslosigkeit. Der Junge hat keine Geschwister. Die Eltern leben in Trennung.

In der 1. Klasse erfährt der Junge über seine Klassenlehrerin viel Motivation und Anerkennung für seine Einsatzbereitschaft beim Lernen. Die Lehrerin begleitet ihn schulbedingt bis in die 6. Klasse. Der Junge entwickelt u. a. aufgrund seiner Compliance bzw. seines Charakters eine hohe Eigenmotivation. An diesem Beispiel wird deutlich, dass starke negative externe Faktoren (sozial schwache Umgebung, Einzelkind, Trennung der Eltern), positive externe Faktoren (Klassenlehrerin) und positive interne Faktoren (hohe Eigenmotivation) dazu führen können, dass sich Ressourcen aktivieren lassen. Allein der Wegfall der Klassenlehrerin in dieser Konstellation könnte einen sogenannten Mangel oder ein Defizit an Ressourcen zur Folge haben.

■ Ressourcen und Kommunikation

Die Begriffe **Ressourcen** und **Kommunikation** stehen im engen Zusammenhang zueinander und bedingen sich gegenseitig.

Beispiel

Die Klassenlehrerin des Jungen aus dem vorherigen Beispiel nutzt für die nonverbale Kommunikation einen offenen Gesichtsausdruck, authentisches Lächeln und ab und an eine empathische Berührung der Schulter als Zeichen »gut gemacht«.

Die verbale Kommunikation unterstreicht die Lehrerin mit lobenden Worten wie »toll«, »klasse« oder »super«. In diesem Augenblick hat sowohl die nonverbale als auch die verbale Kommunikation einen starken Einfluss auf die Aktivierung und Entwicklung der persönlichen Ressourcen.

Mithilfe der nonverbalen und verbalen Kommunikation können die Ressourcen aktiviert und gesteuert werden.

2.4 Kongruenz-Trias (Peters)

Der Großteil der Kommunikation läuft über die Körpersprache, den Stimmrhythmus und die Stimmmelodie ab. Ein deutlich geringer Teil wird dem Sprachinhalt zugeschrieben.

Aufgrund dieser ungleichen Verteilung ist es innerhalb der Kommunikation umso wichtiger, eine möglichst hohe Kongruenz dieser Bereiche zu erreichen. Kongruenz lässt sich mit »Übereinstimmung« übersetzen und in der sogenannten Kongruenz-Trias (Peters) zusammenfassen. Diese Trias setzt sich zusammen aus der Ressourcenaktivierung, der verbalen und der nonverbalen Kommunikation (Abb. 2.11).

Durch die optimale Aktivierung von Ressourcen und das Einhalten der nonverbalen und verbalen Kommunikationsregeln entsteht eine maximale Kongruenz aller Bereiche. Werden diese Grundsätze nicht bzw. kaum eingehalten, zeigt sich eine sehr geringe Kongruenz. Diese hat wiederum Einfluss auf die gesamte Therapie und die Therapeuten-Patienten-Ebene.

**Hohe Kongruenz
(in Bezug auf die nonverbale und verbale Kommunikation)**

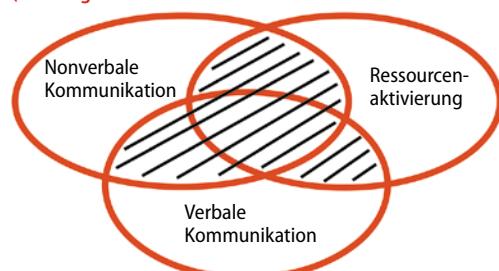


Abb. 2.11 Kongruenz-Trias

Beispiel: Kongruenz-Trias (1)

(Geringe Kongruenz in Bezug auf die nonverbale Kommunikation)

Der Patient ist zum ersten Mal in der Praxis. An diesem Tag ist das Aufnahmegeräusch geplant. Für den Therapeuten ist es wichtig, in diesem Gespräch die Ressourcen des Patienten herauszuarbeiten. Diese Informationen werden später helfen, diese optimal zu aktivieren. Mögliche Fragen für den Patienten sind:

- »Wie würden Sie in einem Satz Ihr Ziel beschreiben?«
- »Wer könnte Ihnen dabei helfen, dieses Ziel zu erreichen?«
- »Was wäre für Sie hilfreich, Ihr Ziel zu erreichen?«
- »Welche Hobbys haben Sie? Was machen Sie gern in Ihrer Freizeit?«

Diese Form der Fragen ist in den Bereich der offenen Fragen einzuordnen. Solch ein Einstieg ermöglicht einen stabilen und zügigen Beziehungsaufbau zum Patienten. Zudem erhält der Patient das Gefühl, wertgeschätzt und mit seinem Anliegen ernst genommen zu werden.

Offene und systemische Fragestellungen erfragen das Ziel des Patienten und geben Anreize, eigene Lösungsideen zu benennen. Solche Arten von Fragestellungen beginnen meist mit dem Buchstaben »W«. Beispiele hierfür sind Wo, Wie, Wodurch oder Wann. Die systemischen Fragen (► Abschn. 5.3) sind gut durchdacht und ermöglichen das Sammeln von Ideen und Lösungsansätzen.

Beispiel (Fortsetzung)

In diesem Beispiel beginnt der Therapeut während des Gesprächs viel mitzuschreiben. Er verliert des Öfteren den Blickkontakt. Hierdurch scheint es, dass die zuvor gewonnene Beziehungsebene gefährdet wird.

Die Zielbeschreibung des Patienten lautet: »Ich will endlich mit meiner Hand wieder die Fernbedienung halten können.« In diesem Augenblick runzelt der Therapeut die Stirn. Dies könnte ein Gefühl von Abneigung oder Abwertung beim Patienten auslösen und interpretative Gedanken entstehen lassen.

Der Therapeut fragt den Patienten weiter und lehnt sich dabei unbewusst nach hinten und verschränkt die Arme vor dem Oberkörper. Der Klient scheint etwas verunsichert. Erst das Stirnrunzeln, jetzt die erhöhte Distanz und das Verschränken der Arme.

Im beschriebenen Beispiel besteht eine geringe Kongruenz zwischen der Ressourcenaktivierung und der nonverbalen Kommunikation, jedoch im Verhältnis gesehen eine hohe Kongruenz zwischen der Ressourcenaktivierung und der verbalen Kommunikation.

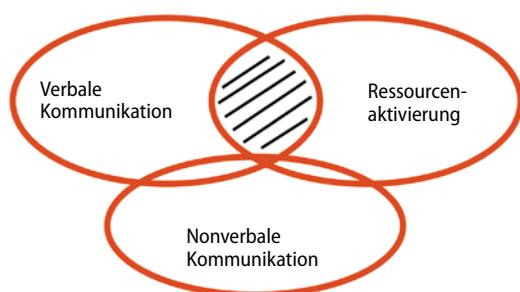
Die geringe Kongruenz der nonverbalen Kommunikation im Verhältnis zur verbalen Kommunikation hat gleichzeitig auch immer einen negativen Einfluss auf die Ressourcenaktivierung des Klienten.

Die verbale Kommunikation läuft über die systematischen Fragestellungen ab. Diese zeigt in Bezug auf die Ressourcenaktivierung eine hohe Kongruenz. Beide Komponenten funktionieren konform.

Die nonverbale Kommunikation zeigt sich im Beispiel anhand des Stirnrunzelns, des Zurücklehnen und des Armeverschränkens. Diese Form der Kommunikation ist in Bezug auf die Ressourcenaktivierung wenig kongruent. Beide Komponenten sind nicht konform.

- Da die nonverbale Kommunikation einen höheren Prozentsatz in der Beziehungsebene besitzt, wird der Patient das Stirnrunzeln etc. stärker wahrnehmen und bewerten als die positiven Fragestellungen. Zudem werden dem Patienten die nonverbalen und verbalen Signale des Therapeuten wenig stimmig erscheinen.

Die nonverbalen und verbalen Signale des Therapeuten sind in Bezug auf die Beziehungsebene nicht kongruent zueinander, wie in □ Abb. 2.12 dargestellt.



□ Abb. 2.12 Geringe Kongruenz in Bezug auf die nonverbale Kommunikation

Beispiel: Kongruenz-Trias (2)

(Geringe Kongruenz in Bezug auf die verbale Kommunikation)

Der Patient ist zum ersten Mal in der Praxis. An diesem Tag ist das Aufnahmegeräusch geplant. Für den Therapeuten ist es wichtig, in diesem Gespräch die Ressourcen des Patienten herauszufinden. Diese Informationen werden später helfen, diese optimal zu aktivieren.

Mögliche Fragen für den Patienten könnten lauten:

- »Seit wann haben Sie die Beschwerden?«
- »Haben Sie starke Schmerzen?«
- »Warum sind Sie hier?«
- »Warum haben Sie noch nicht angefangen, zuhause mit Ihrem Kind schreiben zu üben?«
- »Haben Sie schon eine Idee, was ich mit Ihnen in den nächsten Therapiestunden machen werde?«

Der Therapeut hört aufmerksam zu und bleibt mit dem Patienten in Augenkontakt. Er zeigt ein offenes, freundliches und entspanntes Gesicht. Zudem legt er die Hände auf die Oberschenkel und hält eine angemessene Distanz zum Patienten.

In diesem Beispiel dient die nonverbale Ebene dazu, eine angenehme Atmosphäre zu schaffen und die Beziehung zum Patienten aufzubauen. In Bezug auf die Ressourcenaktivierung besteht eine hohe Kongruenz.

Im Vergleich zur nonverbalen Kommunikation zeigt die verbale Kommunikation eine geringe Kongruenz.

■ Interpretation der Fragestellungen

Im Folgenden werden die vorherigen Fragestellungen näher erläutert, um die fehlende Kongruenz in Bezug auf die verbale Kommunikation darzustellen.

■ Frage: »Seit wann haben Sie die Beschwerden?«

Anhand dieser Frageform wird Faktenwissen abgefragt. Dies ist für den Befund sinnvoll, behindert jedoch den Beziehungsaufbau zum Patienten am Anfang des Gespräches.

■ Frage: »Haben Sie starke Schmerzen?«

Diese Art der Frage lenkt deutlich die Kommunikation auf das Problem und hat durch die Verwendung des Wortes »stark« suggestiven Charakter. Günstiger wäre die Frage: »Haben Sie positive Ver-

änderungen bemerkt, seitdem Ihre Schiene abgenommen wurde?«

Zudem kann diese Frage durch eine sogenannte W-Frage ersetzt und positiv formuliert werden: »Welche Art von positiver Veränderung haben Sie bemerkt, seitdem Ihre Schiene entfernt wurde?«

■ Frage: »Warum sind Sie hier?«

Unter allen W-Fragen sollte die Warum-Frage unbedingt vermieden werden. Diese offenbart einen Art Verhörcharakter. Der Patient könnte zudem denken: »Warum sollte ich hier sein? Die Frage ist mir nicht ganz klar.«

■ Frage: »Warum haben Sie noch nicht angefangen, zuhause mit Ihrem Kind schreiben zu üben?«

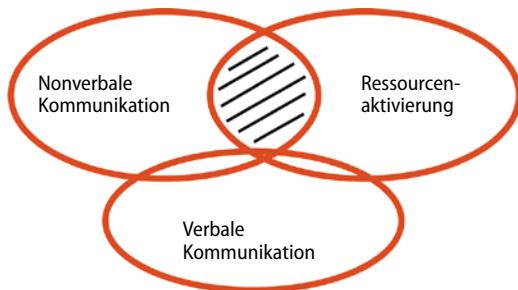
Die Warum-Frage sollte vermieden werden. Diese Frage ist zudem eine Interpretation des Therapeuten und wenig hilfreich in Bezug auf die Ressourcenaktivierung. Das Problem wird forciert. Die Kommunikation findet nicht auf Augenhöhe statt. Der Patient kann das Gefühl der Mutmaßung und der Rechtfertigung erhalten.

■ Frage: »Haben Sie schon eine Idee, was ich mit Ihnen in den nächsten Therapiestunden machen werde?«

Diese Frage offenbart keinerlei Transparenz und erinnert eher an eine Fragestunde. Zudem handelt es sich bei dieser Frage um eine geschlossene Form. Diese Art der Fragen erschwert den Beziehungsaufbau. Ein angemessenes Beispiel für solche Information wäre: »Ich erkläre Ihnen im Anschluss an unser Gespräch, wie die nächsten Behandlungen ablaufen werden.«

Da auch hier die nonverbale der verbalen Kommunikation prozentual überlegen ist, wird der Patient die nonverbalen Signale eher wahrnehmen und abspeichern. In diesem Augenblick entsteht eine hohe Kongruenz zwischen nonverbaler Kommunikation und Ressourcenaktivierung.

Durch den prozentual geringen Anteil des Sprachinhaltes nimmt dieser einen kleineren Teil in der Beziehungsebene ein. Hierbei entsteht eine geringe Kongruenz zwischen verbaler Kommunikation und Ressourcenaktivierung. In Abb. 2.13 wird dies schematisch dargestellt.



■ Abb. 2.13 Geringe Kongruenz in Bezug auf die verbale Kommunikation

➤ Es ist erstrebenswert, eine möglichst hohe Kongruenz zwischen der Ressourcenaktivierung sowie der nonverbalen und verbalen Kommunikation innerhalb der Therapie zu erreichen.

Dies wurde bereits in ■ Abb. 2.11 schematisch dargestellt.

Tritt diese hohe Kongruenz ein, ist ein schnellerer Beziehungsaufbau zum Patienten möglich. Der Patient fühlt sich in seinen Zielen und Wünschen verstanden. Zudem entsteht das Gefühl des gemeinsamen Kommunizierens und des Lösungsaustausches.

Aufgrund der hohen Kongruenz kann der Patient meist Ziele einfacher benennen und persönliche Lösungsansätze formulieren. Durch diese Form der Kommunikation wird die Eigenmotivation bzw. intrinsische Motivation des Patienten gesteigert. Die Wahrscheinlichkeit für einen Therapeeferfolg steigt.

➤ Die hohe Kongruenz zwischen der Ressourcenaktivierung sowie der nonverbalen und verbalen Kommunikation entspricht dem Äquivalenzprinzip. Hieraus folgt in Bezug auf das K.U.R.-Modell eine hohe Kongruenz zwischen dem Therapeuten (Mein System) und dem Patienten (Dein System).

2.5 Brainstorming – Bewegung für Ihr Gehirn

- Nennen Sie 2 Kommunikationsmodelle!
- Nennen Sie 3 nonverbale Kommunikationsregeln!

- Nennen Sie 3 verbale Kommunikationsregeln!
- Aus welchen 3 Komponenten setzt sich die Kongruenz-Trias zusammen?
- Überlegen Sie sich eine Frage, die in Bezug auf die Kongruenz ungünstig ist!
- Überlegen Sie sich eine Frage, die in Bezug auf die Kongruenz günstig ist!

Notieren Sie zudem 3–5 Stichpunkte, die für Sie wichtig sind!

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Literatur

- Bühler K (1999) Sprachtheorie. Die Darstellungsfunktion der Sprache. UTB, Stuttgart
- Frank R (2010) Wohlbefinden fördern. Positive Therapie in der Praxis. Klett-Cotta, Stuttgart
- Komarek I (2010) Ich lern einfach. Einfaches, effektives und erfolgreiches Lernen mit NLP! Das Lerncoaching-Programm für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Südwest, München
- Riley JW, Riley MW (1959) Mass Communication and the Social System. In: Merton RK, Broom L, Cottrell LS (Hrsg) Sociology Today: Problems and Prospects. Basic Books, New York, S 537–578
- Scheepers-Assmus C, Steding-Albrecht U (2015) Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung. Thieme, Stuttgart
- Schulz von Thun F (2010) Miteinander reden. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Rowohlt, Hamburg
- Schweppe, R, Long A (2011) NLP Praxis: Neurolinguistisches Programmieren. Die besten Techniken und Übungen für die optimale Kommunikation. Südwest, München
- Sparrer I (2010) Einführung in Lösungsfokussierung und systemische Strukturaufstellung. Carl Auer, Heidelberg
- Tewes R (2010) Wie bitte? Kommunikation in Gesundheitsberufen. Springer, Berlin Heidelberg
- Watzlawick P (2002) Die erfundene Wirklichkeit. Piper, München
- Wingchen J (2014) Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Grundlagen und Umsetzung. Brigitte Kunz, Hannover



<http://www.springer.com/978-3-662-55477-7>

Ergotherapie individualisiert gestalten
Lösungsorientiertes Arbeiten mit dem K.U.R.-Konzept
Peters, B.
2018, XI, 256 S. 50 Abb. Book + eBook., Softcover
ISBN: 978-3-662-55477-7