

dass die ›Berührten‹ die jeweilige Intention ihres Partners präzise wahrgenommen haben, was über eine verringerte Atembewegung deutlich spürbar wurde, verbunden mit einem zwangsläufig schützenden Sich-Zurücknehmen.

Über beide Wege, das heißt über die Atembehandlung als auch über Übungen, wird dem Menschen Unbewusstes bewusst. Berührt über Atem- und Leiberfahrungen erkennt der Übende sich selbst sowie seine Haltung zum Leben. Er wird sich seiner Wesenskräfte bewusst und lernt diese zu entdecken. Der leibliche Zustand wandelt sich dergestalt, dass die Schwierigkeiten an Boden verlieren. Wandlung und Heil-Werden sowie Erkenntnisse bis hin zu spirituellen Erlebnissen werden möglich. All diese Erfahrungen berühren tief und lassen sich nur unvollkommen über Worte mitteilen: Berührung über den Atem muss erlebt werden.

□

Literatur und Veröffentlichungen

- Carl G. Jung. (1960): Psychologische Typen. Zürich: Rascher, 9. rev. Aufl.
Langguth, Veronika (1995): Atem und Selbsterfahrung. Beerfelden: Eigenverlag
Langguth, Veronika (1998): So können wir uns gut verstehen – die Sprache des Körpers in der Partnerschaft. München: Kösel
Middendorf, Ilse (1995): Der Erfahrbare Atem – eine Atemlehre. Paderborn: Junfermann, 8. Aufl.
Middendorf, Ilse (2008): Der Erfahrbare Atem in seiner Substanz. Paderborn: Junfermann

Veronika Langguth

studierte in Berlin Erziehungswissenschaften, Psychologie und Musik. Die Atemtherapeutin und Heilpraktikerin gründete und leitete zwölf Jahre das Ilse- Middendorf-Institut für Atemtherapie und Ganzheitliches Heilen in Beerfelden/Owd. Seit 1990 trainiert und coacht sie u.a. Führungskräfte und Mitarbeiter.
Sie ist 1.Vorsitzende der Berufsvereinigung der AtemtherapeutInnen/ pädagogInnen BEAM, Autorin mehrerer Publikationen, Mediatorin sowie Moderatorin auf Tagungen und Expertein in Fernsehen, Radio und Presse.
www.veronikalangguth.de



Quelle: Autor

Stimmigkeit im therapeutischen Resonanzraum

Über die Interaktion zwischen Therapeut und Patient

THEODOR D. PETZOLD

Wie sollte der Rahmen für den salutogenen Dialog zwischen Therapeut und Patient aussehen? Und welche Rolle spielt darin die innere Gestimmtheit des Therapeuten? Der Artikel beschreibt den Raum und zeigt auf, wie er idealerweise gestaltet werden sollte.

Durch die Thematisierung der ›Berührung‹ auf dem 8. Symposium für Salutogenese wurde der Fokus der Aufmerksamkeit auf das subjektiv Erlebte und Wahrgenommene gerichtet. Dadurch und daraus ist bei mir ein Prozess angeregt worden, unsere Welt und in diesem Artikel besonders die Therapeut-Patient-Interaktion, mit Begriffen zu beschreiben, die aus dem Zusammenhang von Berührung kommen, bzw. von ›Berührung‹ abgeleitet sind (s. Fußnote im Artikel ›Berührungsräume‹, S. 16). Damit sind diese Begriffe ganz nahe am direkten Erleben und damit am sog. Phänomen.

*Im therapeutischen
Resonanzraum dürfen
Berührungen stattfinden, die
über die normalen kulturellen
Regeln hinausgehen,*

Die Wichtigkeit und gleichzeitig Schwierigkeit, Begriffe zu finden, mit denen wir uns interdisziplinär über die subjektiv als heilsam wahrgenommenen Phänomene austauschen und eine gemeinsame Sprache finden können, zeigte sich schon länger im Bereich der Allgemeinmedizin, wo es darum ging, die Arzt-Patient-Interaktion zu beforschen. In einer Gruppe engagierter HausärztInnen und ForscherInnen konnten wir über zwei Jahre keine gemeinsame Sprache finden, die eine Forschungsk Kooperation ermöglicht hätte. Dasselbe Problem zeigte sich ganz dringlich in mehreren Workshops mit OsteopathInnen auf dem Internationalen Kongress der Osteopathen (VOD) in Bamberg bei dem Versuch mitzuteilen, was sie wahrnehmen und was sie mit dem Patienten tatsächlich bei einer Behandlung tun.

Deshalb sei hier der Versuch fortgeführt, die Begrifflichkeit aus der subjektiven Perspektive eines differenzierten und reflektierten Erlebens des Berührten auf die therapeutische Situation anzuwenden. Dabei durfte ich feststellen, dass die Begriffe ›Berührt-heit‹, ›Berührungsraum‹, ›Resonanzraum‹ es sehr viel einfacher und stimmiger machen, über Vorgänge in der therapeutischen Interaktion zu sprechen, und zwar in einer Art und Weise, wie sie für die unterschiedlichsten Therapiemethoden passt.

Wie ist eine salutogene, also heilsame Berührung möglich?

Der therapeutische Resonanzraum¹ ist ein ganz besonderer, da sein expliziter Sinn und Zweck ist, mehrere Lebensdimensionen stimmig zusammenzubringen. Das hat dazu geführt, dass Menschen mit ihrem individuellen Leiden eine kulturelle Instanz aufsuchen, in der sie zwischenmenschlich dialogisch berührt werden, um individuell zu gesunden.

Die Therapeut-Patient-Interaktion ist im Wesentlichen eine kooperative. Selbst dann, wenn der Behandler handelt und der Patient recht passiv ist, sollte die Haltung beider kooperativ sein. Für eine erfolgreiche Kooperation ist eine gemeinsame Intentionalität erforderlich [vgl. Tomasello 2010]. Diese prägt sozusagen den gemeinsamen ›Kooperationsraum‹, in dem die berührende Interaktion stattfinden kann. Wie kann und soll die therapeutische Berührung und der Berührungsraum, in dem sie stattfindet, aussehen, damit die Chance auf eine Gesundung möglichst groß ist?

Die Institution des therapeutischen Berührungsraums

Der Resonanzraum der Kooperation wird als erstes und maßgeblich durch die Intention der Beteiligten geprägt. Der Therapeut hat in seiner Profession den kulturellen Auftrag, leidenden Menschen zu helfen.

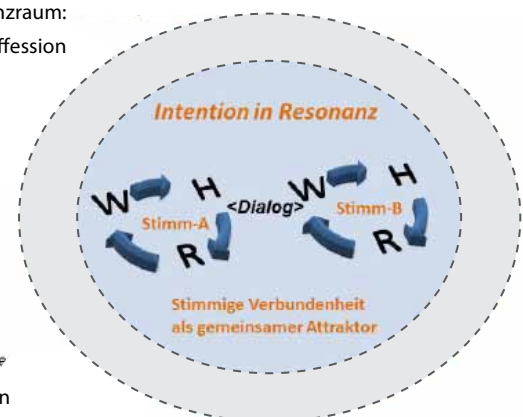
1 ›Resonanzraum‹ bezeichnet ein kommunikativ verbundenes („kohärentes“) System, in dem die Partizipierenden mit Teilen der im System vorhandenen Information in Resonanz gehen. Da diese Resonanz subjektiv als (mehr oder weniger) berührend empfunden wird, nenne ich Resonanzräume auch ›Berührungsräume‹, wenn es um die Perspektive des Partizipierenden geht (vgl. auch meinen Aufsatz ›Berührungsräume‹ in diesem Heft).

Dabei ist der dafür vorgesehene interpersonelle Berührungsraum von der Kultur sogar vor ihrem eigenen Zugriff weitgehend geschützt (z.B. ärztliche Schweigepflicht). Für die ärztliche Tätigkeit gelten Gesetze nicht, an die sich alle anderen halten müssen, wie z.B. sogar Körperverletzungen wie Operationen vorgenommen werden dürfen, um Heilungschancen zu erhöhen. Das zeugt möglicherweise von dem Bewusstsein und Respekt, dass hier ein Raum ist, in dem etwas geschehen kann, was wichtiger / größer ist, als die alltäglichen Belange der Kultur selbst es sind. Im therapeutischen Resonanzraum dürfen Berührungen stattfinden, die über die normalen kulturellen Regeln hinausgehen, die möglicherweise in eine Resonanz mit der Natur (›Die Natur heilt.‹) und/oder geistigen Dimensionen treten können. So erfährt der therapeutische Resonanzraum einen ganz besonderen Respekt und Schutz durch die Kultur.

Eine weitere damit möglicherweise verbundene Sonderfunktion besteht darin, dass der Therapeut ein wichtiger Bestandteil einer Rückmeldeschleife der Kultur und damit korrekiver Bestandteil kultureller Selbstorganisation ist. Die Kultur ist ganz wesentlich für die gesunde Entwicklung ihrer Mitglieder / Partizipierenden mitverantwortlich. Eine Kultur entwickelt sich umso gesünder, je besser es ihren Mitgliedern geht. So ist eine wichtige Aufgabe der TherapeutInnen, der Kultur eine Rückmeldung zu geben, wenn Menschen unter veränderbaren Bedingungen leiden. Dies hat stattgefunden bei dem Erkennen von Giften und krankmachenden physikalischen Einwirkungen (wie z.B. Strahlen). Heute geht es u.a. darum, auch psychische Stressoren klar zu erkennen, zu benennen und positiv zu verändern (s. z.B. die Diskussion um Burnout und auch um Kindererziehung). Wie schon bei der ergonomischen Gestaltung von Arbeitsplätzen geht es zunehmend nicht mehr nur darum, Krankheiten zu vermeiden,

Dialog im vorgegebenen Resonanzraum z.B. Therapeut

Resonanzraum:
z.B. Kultur, Profession



R = Reflektieren

W = Wahrnehmen

H = Handeln

Stimm = Attraktor Stimmigkeit

© Th. D. Petzold

Abb. 1: Der Resonanzraum der Kooperation wird als erstes und maßgeblich durch die Intention der Beteiligten geprägt.

sondern im Konkreten vielmehr um eine annähernd optimale (wie z.B. »ergonomische«) Gestaltung der Bedingungen. Dies finden wir zum Beispiel in Bemühungen um eine gesunde und kooperative Kommunikation und Teamarbeit.

Die Kriterien zur gesunden Entwicklung für diese Rückmeldungen aus dem therapeutischen Berufsfeld kommen anscheinend auch aus einer der Kultur übergeordneten Systemdimension, wie der Biosphäre, die von evolutionären Naturgesetzen bestimmt wird. Die grundlegende These der Salutogenese ist, dass ein wichtiges übergeordnetes Kriterium die Kohärenz des Menschen ist, seine stimmige Verbundenheit innen und außen.

Die maßgebliche Intention für den therapeutischen Raum

So scheint es möglich oder sogar wahrscheinlich, dass der professionelle kulturelle Auftrag der Therapeuten eine Resonanz auf eine der Kultur übergeordnete Dimension einschließt, nämlich auf die Gesetze der lebenden Natur, der evolutiven Biosphäre und des Universums. Ein Teil der therapeutischen Intentionalität besteht demnach darin, auf eine ganzheitliche Stimmigkeit zwischen Individuum, Kultur und Natur zu achten und an eben dieser mehrdimensionalen Kohärenz zu arbeiten.

Wie implizit oder explizit dieser Auftrag und diese Intention sind, sei hier nur als Frage gestellt, ebenso ob Therapeuten dazu ausgebildet werden. In einigen Spezialfächern gibt es sicher Weiterbildungen in diese Richtung, wie z.B. in der Familienmedizin, Psychotherapie, Gesundheitsförderung, Sozial- und Arbeitsmedizin und Umweltmedizin.

Aber auch ohne Spezialausbildung und spezielle Fachkenntnisse sollte diese Intention jeden therapeutischen Berührungs-

raum maßgeblich bestimmen. In dem direkten zwischenmenschlichen Kontakt von Therapeut und Patient geht es meist weniger darum, wie die äußeren Bedingungen salutogen gestaltet werden (»Settingansatz« der Gesundheitsförderung), sondern mehr darum, wie die inneren Gegebenheiten des Patienten derart verändert werden können, dass dieser sich wohler fühlt, damit er mehr in die Lage kommt, seine Bedürfnisse in seine Umgebung zu integrieren.

Für den Therapeuten bleibt bei der angeführten Intentionalität wichtig, dass er die systemische Wechselbeziehung des Patienten mit seiner Umgebung in Betracht zieht, auch wenn der Fokus auf den inneren Berührungsraum des Patienten gerichtet ist. Der innere Berührungsraum des Patienten ist in Resonanz mit seinen Lebensdimensionen (sozial, kulturell, global, universell) entstanden und verändert sich in dieser mehrdimensionalen Resonanz. Im Dialog mit dem Therapeuten sucht der Patient eine heilsame Berührung und Resonanz, d.h. er sucht aufbauende Kohärenz, mehr Stimmigkeit als zuvor in sich und in Verbindung mit seiner Mitwelt. Das ist die Intention des Patienten, die Motivation für den Besuch beim Therapeuten und Grundlage der Kooperation mit diesem.

Um eine erfolgreiche Kooperation zu begünstigen, sollte der Therapeut mit seiner Intention bewusst von einer potentiell stimmigen und aufbauenden Verbundenheit der verschiedenen Lebensdimensionen ausgehen – von so etwas wie einem inneren Idealbild von Gesund-Sein, von einer »heilen Welt« innen und außen. Dieser Attraktor »heile Welt« ist ein gänzlich unbestimmtes inneres Bild, das anziehend auf lebendige kommunikative Vorgänge wirkt. Im Dialog mit dem Patienten kann dieses zunächst ganz unbestimmte Bild eine Konkretisierung erfahren, die in ei-

Kohärenzregulation und Evolution

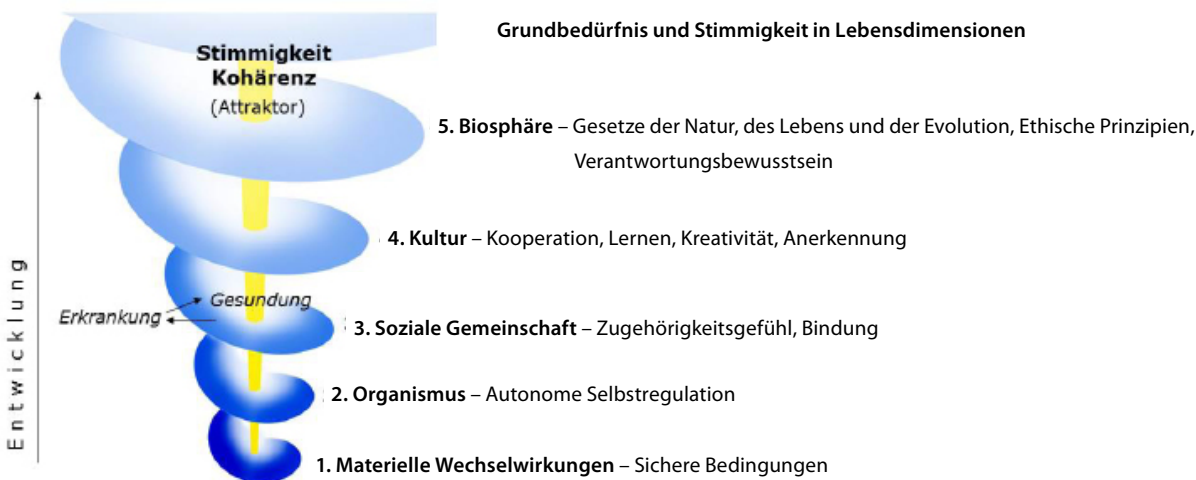


Abb. 2: Es scheint wahrscheinlich, dass der professionelle kulturelle Auftrag der Therapeuten eine Resonanz auf eine der Kultur übergeordnete Dimension einschließt.

nem nächsten Ziel und Handlungsschritt des Patienten Ausdruck findet. Mit ›geteilter Intentionalität‹ meine ich in diesem Zusammenhang, dass die Intention der Kooperationspartner auf diesen – idealerweise gemeinsamen – Attraktor gerichtet ist.

Die therapeutische Berührung

Dieses unbestimmte innere Bild einer ›heilen Welt‹ kann z.B. Ausdruck finden in einer positiven Erwartungshaltung des Arztes, die bei jedem vierten Patienten mit unklarer Diagnose eine deutlich positive Wirkung gezeigt hat [Thomas 1987 z. n. Neumann 2012]. Das entspricht einer ›number need to treat NNT‹ von 4 – weitaus höher als die meisten Arzneimittel.

Je klarer der Therapeut mit dem inneren Bild der Stimmigkeit in Resonanz ist, desto deutlicher kann er spüren, wo die aktuell wichtigsten Bedürfnisse des Patienten sind, um mehr Stimmigkeit zu finden. Dies ist eine Empathie im positiven Sinne, d.h. der Therapeut leidet nicht mit dem Leid des Patienten, sondern fühlt mit ihm, was er braucht, damit es ihm möglichst wohl ergeht. Aktuelle Studien von Candale et al zeigen, dass die Empathie der Ärzte (hier wurde ›Empathie‹ allgemein untersucht und nicht weiter differenziert) anscheinend in der Langzeitbetreuung von Diabetikern diesen hilft, signifikant weniger behandlungsbedürftige Notfälle und andere Komplikationen zu bekommen [Candale et al 2012].

Diese Erkenntnisse zeigen, wie wichtig die innere Gestimmtheit des Therapeuten für die Kommunikation mit dem Patienten ist, dafür, auf welche Art und Weise er dem Patienten begegnet und ihn berührt. In der ersten Phase der Interaktion hört der Therapeut dem Erzählen des Patienten (Anamnese) zu. Er stimmt sich auf ihn und mit ihm ein, geht in Resonanz mit der Tiefe seines Leidens, seinen motivierend attraktiven Zielen und seinen Ressourcen für seine gesunde Entwicklung.

Dann stellt er Fragen, um den ›inneren Berührungsraum‹ (s. Artikel ›Berührungsräume‹, S. XXX) des Patienten besser zu verstehen, noch klarer die Attraktoren und die Ressourcen zu finden, die diesem zur Gesundung in der Tiefe seiner Berührtheit verhelfen könnten.

Um den inneren Berührungsraum des Patienten gut zu verstehen, d.h. um auf die wahrgenommenen Phänomene sinnvoll dialogisch eingehen zu können, bedarf es außer einer eigenen salutogenetischen Gestimmtheit einer guten Empathie, eingehender Kenntnisse der psychodynamischen und physischen Kohärenzregulation sowie des möglichen Einflusses von Traumata und anderen schweren Erfahrungen. Wenn der Therapeut die biografische Berührtheit des Patienten dialogisch verstanden hat, kann er ihn je nach Fähigkeiten mit seinen Methoden behandeln. Eine folgende Behandlung bedeutet, den Patienten aktiver zu berühren als in der Phase der Abstimmung und Wahrnehmung – das kann direkt mit den Händen oder paraverbal mit der Stimme sein, oder mehr indirekt mit vermittelten Worten, Nadeln, Tabletten oder Operationsbesteck (was dann wieder sehr direkt unterhalb

der Bewusstseinschwelle berührt). Die therapeutisch richtige Berührung hängt von dem Zusammenspiel des Patienten und dem Therapeuten ab, in das jeder seine Fähigkeiten und anderen Ressourcen voll einbringt. Diese Fähigkeiten sind stark durch die Kultur geprägt, durch die Ausbildung des Therapeuten und durch den Informationsstand des Patienten.

Wichtig für alle Fälle ist, dass die therapeutische Berührung im Dialog mit dem Patienten bleibt – im Bewusstsein eines mehrdimensionalen Resonanzraumes. Das bedeutet, dass der Therapeut immer im auch wahrnehmenden Kontakt mit dem Patienten bleibt und auf die Berührtheit des Patienten reagiert. So ist jede Behandlung ein Dialog. Das bedeutet für die TherapeutInnen, die mit der Hand behandeln, wie OsteopathInnen, MasseurInnen usw., dass ihre Behandlung nicht strikt einem festgelegten Schema folgt, sondern flexibel

eingeht auf die Reaktionen des Patienten. So kann ein heilsamer nonverbaler Berührungsdialo-

Jede Behandlung ist ein Dialog.

g entstehen. Für die überwiegend sprachlich arbeitenden TherapeutInnen bedeutet es, dass sie immer wieder auf die Botschaften (auch die nonverbalen) des Patienten eingehen, so dass sich ein ganzheitlicher Dialog entfaltet mit dem Ziel, eine größtmögliche Stimmigkeit zu erreichen [Petzold 2013]. Strikte Kommunikationstechniken wie auch reine Informationsvermittlung und Ratschläge können heilsame dialogische Prozesse hindern.

Für Therapeuten, die überwiegend mit Medikamenten und dem Einsatz von Technik arbeiten, bedeutet dies, dass sie sich immer wieder ein verbales und nonverbales Feedback der Patienten einholen, damit sie rechtzeitig unerwünschte z.B. Arzneimittelwirkungen bemerken und ggf. das Therapieschema verändern können.

Das dialogische Prinzip gilt für alle Heilmethoden – in jeder auf besondere Art und Weise. ▣

Literatur

- Canale S Del, Louis D, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M & Gonella JS (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: An empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine* 87, Issue 9: 1243–1249.
- Luhmann N (1987). *Soziale Systeme*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Neumann M, Edelhäuser F, Krebs GL, Scheffer C, u.a. (2010). Can patient-provider interaction increase the effectiveness of medical treatment or even substitute it?—An exploration on why and how to study the specific effect of the provider. *Patient Education and Counseling* 80, 2010: 307–314.
- Petzold TD, Lehmann N (Hrsg.) (2011): *Kommunikation mit Zukunft. Salutogenese und Resonanz*. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Petzold TD (2011b): Systemische und dynamische Aspekte von Ganzheit in einer Theorie der Allgemeinmedizin. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin ZFA* 2011 (87) (10) S.21–26.
- Petzold TD (2013): Salutogene Kommunikation und Selbstregulation. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*. 2013; 92: 131–145.
- Tomasello M (2010): *Warum wir kooperieren*. Berlin: suhrkamp verlag.
- Tomasello M (2011): *Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation*. Frankfurt/M: suhrkamp.