

## ZUSAMMENFASSUNG



www.inter-uni.net > Forschung

### 1.1 Titel der Arbeit

Psychosoziale Wirkungsfaktoren in der therapeutischen Kommunikation im Bereich der Physiotherapie.

Autorin: Margit Jakober  
Betreuerin: Elke Mesenholl

### 1.2 Einleitung

#### 1.2.1 *Interesse und Ziel der Untersuchung*

In Anlehnung an das Modul „Tiefenpsychologische Grundlagen“ unter der Leitung von Paul Pass am Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung in Graz / Schloss Seggau werden Wirkungsfaktoren in der therapeutischen Kommunikation untersucht. Diese Untersuchung soll Ähnlichkeitsmerkmale zwischen Psychotherapie und Physiotherapie aufzeigen. Die Wirkfaktoren in der therapeutischen Kommunikation sollen auch in der Physiotherapie Heilungsressourcen fördern können. Folgende Wirkfaktoren nach Pass (2005) werden beleuchtet:

- Das klinische Sehen – der fremde Blick
- Gleichschwebende Aufmerksamkeit
- Übertragung und Gegenübertragung
- Empathie
- Holding und Containing
- Therapeutische Präsenz
- Kompostieren
- Humor

und zusätzlich noch

- Berührung

### **1.2.2 Forschungsfrage**

In dieser Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, welche psychosoziale Wirkfaktoren in der therapeutischen Kommunikation im Bereich der Physiotherapie besonders bedeutsam für Patienten sind. Welche Wirkfaktoren sind maßgeblich entscheidend und spielen eine große Rolle im Genesungsprozess, beziehungsweise sind mitbeteiligt am Therapieerfolg aus der Sicht von Patienten.

## **1.3 Methodik**

### **1.3.1 Design**

Die Untersuchung erfolgte durch qualitative Evaluation im Rahmen der qualitativen Sozialforschung. Durch eine qualitative Evaluationsforschung wurde die Praxis wissenschaftlich begleitet und auf Wirkungen hin eingeschätzt, indem ablaufende Praxisprozesse offen, einzelfallintensiv und subjektorientiert beschrieben wurden (nach Mayring, 2002).

Es wurden mündliche Befragungen in Form von qualitativen, nicht standardisierten, persönlichen Interviews von zehn erwachsenen Patienten in der REHA Klinik Maria Theresia in Bad Radkersburg (Steiermark) durchgeführt (deskriptiv). Diese zehn Personen waren bereits am Ende ihres REHA – Aufenthaltes, waren selbständig und sprechfähig, wurden während des Aufenthaltes vom selben Therapeuten betreut und waren bereit und offen für ein Interview (retrospektiv). Die Antworten erfolgten spontan subjektiv und ohne Vorbereitungszeit. Das Geschlecht, das genaue Alter und die Diagnose, sowie der Grund des Aufenthaltes, waren nicht relevant. Zur Wahrung der Anonymität werden keine Namen von Personen genannt. Sämtliche teilgenommene Personen erhielten einen Code. Die Auswahl der Patienten erfolgte durch das Physiotherapieteam der REHA Klinik Maria Theresia. Der Settingansatz REHA-Klinik wurde deshalb gewählt, da die Patienten täglich drei bis vier Wochen lang Physiotherapie hatten und dadurch ein intensiver Kontakt zum Physiotherapeuten entstehen konnte. Dabei war folgender Grundgedanke wesentlich: die Betroffenen selbst zur Sprache kommen zu lassen und ihre eigene, subjektive Deutung von Ereignissen und Erlebnissen zu erfassen (n. Mayer, 2007).

Die Befragung erfolgte im Sommer 2008. Ziel der Forschung war es Aussagen durch induktive, theoriebildende, interpretative und subjektive Beschreibungen zu erhalten. Eine Verallgemeinerung der Daten wurde nicht angestrebt (Mayer, 2007).

### **1.3.2 Erhebung**

Qualitative Untersuchung ist ein Prozess, der sich entwickelt (Strauss, 1998).

Die qualitative Erhebungstechnik erfolgte durch ein offenes, semistrukturiertes Interview, gekennzeichnet durch einen weichen Interviewstil (Mayer, 2007).

Die Datenerhebung erfolgte durch Tonbandaufnahmen mit anschließender Transkription. Jede Versuchsperson erhielt einen Code. Die Transkriptionen der Interviews erfolgten mit genauer Zeilennummerierung, Seitenzahl und Übertragung in normales Schriftdeutsch.

Die Übertragung in die Schriftsprache machte das Transkripiere und das anschließende Lesen und Bearbeiten der Interviews leichter. Auch alle nicht-lautlichen Äußerungen wie Mimik, Gestik oder Körpersprache wurden im Transkript vermerkt.

Der Verlauf des Gesprächs wurde durch einen Interviewleitfaden, als eine helfende Gedächtnisstütze für eine flexible Anpassung des Gesprächsverlaufs, vorgegeben. Im Leitfaden wurden die Themen und Fragestellungen, die vorher theoretisch ausgearbeitet wurden, in die Praxis umgesetzt. Der Interviewleitfaden bestand aus mehreren konkreten Fragen (im Anhang der Arbeit zu finden). Nach Witzel A. (2000) fiel die Wahl auf das problemzentrierte Interview.

Ziel des problemzentrierten, fokussierten Interviews war es, die persönliche Sichtweise der Befragten zu gewissen Themenbereichen zu erfassen. Konkrete und spezifische Fragen standen im Vordergrund. Mayring (2002) beschreibt drei vorrangige Prinzipien für diese qualitative Methode:

Die Problemzentrierung, die Gegenstandsorientierung und die Prozessorientierung (vgl. Mayring, 2002, S.68). Die Problemzentrierung meint, dass an gesellschaftlichen Problemstellungen angesetzt werden soll, deren Aspekte der Forscher sich vor der Interviewphase erarbeitet. Die Gegenstandsorientierung meint, dass die Gestaltung auf den spezifischen Gegenstand bezogen sein muss. Bei der Prozessorientierung geht es um flexible Analyse, um eine schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten, wobei Zusammenhänge sich erst langsam und in ständigem reflexiven Bezug herauschälen. Nach diesen Merkmalen wurde das qualitative Verfahren durchgeführt.

### ***1.3.3 Aufbereitung***

Die wörtliche Transkription der Interviews ist unbedingt notwendig als Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung. Die Transkription ist ein aufwendiger und zeitraubender Prozess, bietet jedoch eine gute Möglichkeit mit den Inhalten vertraut zu werden (Mayer, 2007).

Als Technik der wörtlichen Transkription wurde eine Übertragung in normales Schriftdeutsch vorgenommen, da dies das Lesen und die Bearbeitung der Interviews erleichterte. Die Besonderheiten der gesprochenen Sprache wurden vernachlässigt, da sprachliche Aspekte keine Rolle spielten, sondern die inhaltliche – thematische Ebene im Vordergrund stand. Die Transkripte wurden ausgedruckt, Textpassagen markiert und immer wieder neu gelesen, um die Daten zu verdichten als erste Schritte für die Auswertung. Jeder Wirkfaktor erhielt dabei eine eigene Farbe. Durch Unterstreichungen und Randnotizen wurden Textstellen verglichen und exzerpiert.

### ***1.3.4 Auswertung***

Im Geiste der Offenheit und mit Berücksichtigung der Tatsache, dass bei qualitativer Forschung nicht die Theorie, sondern das Datenmaterial den Prozess bestimmt, ist es notwendig diejenigen Auswertungsverfahren anzuwenden, mit denen man die Forschungsfrage am besten beantworten kann (vgl. Mayer, 2007, S.173). Grundlage aller Auswertungsarbeit (Witzel, 2000) waren die Fallanalysen auf der Basis vollständig transkribierter Interviews. Das Verfahren der Auswertung erfolgte interpretativ, reduktiv und deskriptiv. Die Texte wurden umschrieben und in Kategorien zusammengefasst, die dann miteinander verknüpft und interpretiert wurden.

Zentrale Aspekte dabei waren Kodierung, Kategorisierung und Synthetisierung. Der erste Schritt dazu war das Vertrautmachen mit dem Material und das Erkennen von inhaltlich wichtigen Stellen. Dann wurden Überbegriffe, also Kategorien bestimmt. Diesen Vorgang bezeichnet man als Verkodung. Danach wurden diese Kategorien ausdifferenziert und ihrerseits in kleinere Subkategorien aufgeteilt. Nachdem das Datenmaterial verkodet wurde, wurden im nächsten Schritt die verkodeten Einzelfälle zusammengelegt.

Es wurde also ein Kategoriensystem entwickelt, in dem sich das gesamte Material findet. Im letzten Schritt wurden die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Kategorien hergestellt, für die Bildung von Theorien und Interpretation von Daten. Nach Mayer (2007) wurde die Analyse nach Fragen eingesetzt, als eine Möglichkeit um im Rahmen reduktiver Verfahren Kategorien zu bilden. Dieser Weg eignet sich zur Auswertung von halb strukturierten Interviews.

Diese Interviews setzen sich bereits aus konkreten Themen zusammen und daher geben diese Schwerpunkte bereits die Hauptkategorien der Auswertung vor. Das Vorgehen der Auswertung erfolgte aus der Bildung von Hauptkategorien aus den thematischen Feldern, durch das wiederholte Lesen der Transkripte, durch das Zuordnen der Aussagen aus dem Text zu den Hauptkategorien und durch das Extrahieren der Fundstellen als Paraphrasen. Jedes Interview wurde nach diesem System bearbeitet. Bei der Zusammenfügung wurde Bedeutungsgleiches zusammengefasst, das Kategoriensystem ausdifferenziert und es wurden Beziehungen zwischen den Kategorien hergestellt. Vor allem beim Ausdifferenzieren und Herstellen von Verknüpfungen begann der interpretative Prozess (vgl. Strauss, 1998 und Mayring, 2007).

Der Interviewleitfaden und die halbstrukturierten Interviews gaben die Schwerpunkte der Hauptkategorien bereits vor. Es handelt sich um die neun Wirkfaktoren.

## 1.4 Ergebnisse

### 1.4.1 Beschreibung der Ergebnisse

Zum Abstraktionsniveau „Wirkfaktoren“ wurden die neun vorgegebenen, schon in der Einleitung beschriebenen, Kategorien zugeteilt. Durch Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen wurden Kernaussagen gefiltert und Subkategorien gebildet. Beim Vergleich der Kernaussagen waren folgende Subkategorien gleich. Hier in Tabelle 1 dargestellt:

Tabelle 1:

<b>Subkategorien</b>
Die Persönlichkeit des Therapeuten
Der Umgang mit dem Patienten
Die allgemeine Kommunikation
Die fachliche Kompetenz

Die Persönlichkeit des Therapeuten steht als psychosozialer Wirkfaktor an erster Stelle mit der Beschreibung Offenheit, Ehrlichkeit und Sympathie, gefolgt von körperlicher und psychischer Belastbarkeit. Bei der Subkategorie „Umgang mit dem Patienten“ an zweiter Stelle wurde sehr oft die Fähigkeit genannt, auf den Patienten eingehen zu können und den Patienten motivieren zu können. Auch über alles reden zu können und alles sagen zu dürfen spielt bei der allgemeinen Kommunikation, der drittgerahmte Punkt, eine große Rolle. Darauf folgt der Wunsch nach Informationen, Erklärungen, Aufklärung und Antworten auf Fragen. Die Konzentration auf das Wesentliche und das Hauptproblem erkennen können steht an vierter Stelle in der Kategorie „fachliche Kompetenz“.

Die Ergebnisse können so beschrieben werden, dass mit Bezug zur Forschungsfrage diese psychosozialen Wirkfaktoren in der therapeutischen Kommunikation im Bereich der Physiotherapie besonders bedeutsam und mitbeteiligt am Therapieerfolg für Patienten sind.

Auch der Wirkfaktor „Berührung“ spielt eine zentrale Rolle. Die Hand reichen zur Begrüßung oder das Täschneln als Aufmunterung und Motivation. Berührung ist auch eng gekoppelt mit der fachlichen Kompetenz und wird sogar im Bereich der Physiotherapie vorausgesetzt.

Eine weniger große Rolle im Genesungsprozess aus der Sicht der Patienten spielt auch das soziale Umfeld und Ressourcen wie Raum, Ort und Zeit.

Demnach sind die Wirkungsfaktoren Empathie, gleichschwebende Aufmerksamkeit, Kompostieren und die therapeutische Präsenz nach Pass P. (2005) zentrale Themen.

## **1.5 Diskussion**

### ***1.5.1 Interpretation der Ergebnisse***

Bei der Beschreibung der Ergebnisse stand die Persönlichkeit des Therapeuten an erster Stelle. Nach Aussagen der Patienten sollte ein Physiotherapeut offen und ehrlich sein, sowie sympathisch, belastbar, engagiert und verständnisvoll. Auch Geduld, Lernbereitschaft und die Bereitschaft Freizeit zu opfern sind wichtige Kriterien. Ein Physiotherapeut sollte positives Denken und Fröhlichkeit vermitteln. Das Auftreten wie Ausstrahlung und gepflegtes Aussehen ist auch noch ein wichtiger Wirkfaktor.

Vor allem sollte ein Physiotherapeut Charakterstärke beweisen. Zurückführend auf die Einleitung bedeutet das, dass hier alle psychosozialen Wirkfaktoren zum Einsatz kommen. Das klinische Sehen, gleichschwebende Aufmerksamkeit, Übertragung und Gegenübertragung, Empathie, Holding und Containing, die therapeutische Präsenz, Kompostieren sowie Lachen und Humor in der therapeutischen Beziehung. Auch der Wirkfaktor Berührung kommt hier zum Tragen. Um aus all diesen Wirkfaktoren sich auf einen intensiver konzentrieren zu können, würde der Wirkfaktor „Kompostieren“ n. Pass (2005) in Frage kommen. Nach Pass (2005) bedeutet „Kompostieren“ wachsen mit den eigenen Fehlern und Grenzen. Die Angst ja keinen Fehler zu machen, sollte der Haltung weichen, offen die Situation anzusprechen. Sich selbst als Mensch zu erleben und dabei die eigene Angst vor Fehlern zu relativieren, wie auch der Zwang perfekt sein zu wollen, ist eine therapeutische Ressource. Dies vermittelt Authentizität und beweist menschliche Charakterstärke.

Im Umgang mit dem Patienten, an zweiter Stelle gereiht, ist es für die Patienten wichtig, dass ein Physiotherapeut auf Patienten eingehen, sie motivieren und zuhören kann. Humor und Freude an der Arbeit, Akzeptanz und die Fähigkeit diplomatisch zu agieren gehören ebenfalls dazu. Nähe und Distanz im Einklang und vor allem der Blickkontakt im Gespräch schafft Vertrauen. Auch hier sind wieder alle in der Einleitung beschriebenen psychosozialen Wirkfaktoren präsent. Vor allem der Wirkfaktor „Empathie“. Nach Paul Pass (2005) ist Empathie und Konfrontation in der therapeutischen Kommunikation ein Pendeln zwischen zwei Grundhaltungen: Einerseits offen zu sein und kindlich – regressive Gefühle und Wünsche nach Wärme und Nähe zu akzeptieren, andererseits zugleich die Herausforderung der Erwachsenenrealität zu repräsentieren, zu ermutigen und Unterstützung anzubieten.

Bei der allgemeinen Kommunikation, an dritter Stelle gereiht, bedeutet es für die Patienten sehr viel über alles reden zu können und alles sagen zu dürfen. Klare und konkrete Informationen in der Sprache des Patienten sind ebenfalls zentrale Wirkungsfaktoren. Bei der Kommunikation bekommt das „WIE“ eine große Bedeutung. Zeit für Gespräche und zuhören können gehört dazu. Auch nonverbale Kommunikation, wie zum Beispiel auch einmal schweigen oder nur über Berührung arbeiten wird geschätzt unter dem Motto: „Es muss nicht immer alles beredet werden“. Hier steht vor allem der Wirkfaktor „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ im Vordergrund. Nach Pass (2005) entspricht der Freiraum des Klienten alles sagen zu dürfen, was in den Sinn kommt, der Regel für den Therapeuten, sich im Zustand gleichschwebender Aufmerksamkeit zu halten, offen und wach zu sein für alles, was er von seinem Gesprächspartner zu hören bekommt, ohne Kontrolle und ohne Zensur aufzuerlegen. Das bedeutet aktiv zuhören mit dem dritten Ohr (vgl. Reik, 2007).

An letzter Stelle steht die fachliche Kompetenz. Das Wissen und Können wird dabei vorausgesetzt. Wichtig ist es das Hauptproblem zu erkennen und den Patienten helfend zu unterstützen, indem Vorschläge angeboten werden und Art und Durchführung der Behandlung besprochen werden. Dabei spielt Disziplin und auch eine gewisse nötige Strenge eine große Rolle um die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Behandlung zu unterstreichen. Entscheidende Faktoren dabei sind, nicht als Allwissender aufzutreten und den Beruf als Berufung auszuführen. Menschenkenntnis, beziehungsweise den Patienten als ganzen Menschen zu sehen, ist genauso bedeutsam und spielt eine große Rolle im Genesungsprozess. Neben allen anderen Wirkfaktoren steht hier der Wirkfaktor Berührung und auch die therapeutische Präsenz im Vordergrund. Nach Definition der therapeutischen Präsenz nach Pass (2005) zeigt die Haltung des Therapeuten, sein Kontakt zum Körper und zur Seele des Patienten Wirkung. Ganz präsent zu sein für einen anderen Menschen – und zugleich bei sich, ist die Basis und das Ziel in einer therapeutischen Kommunikation.

Um nun noch einmal der Frage nachzugehen welche psychosozialen Wirkfaktoren in der therapeutischen Kommunikation im Bereich der Physiotherapie besonders bedeutsam für Patienten sind, kann gesagt werden, dass dies:

das Kompostieren,  
die Empathie,  
die gleichschwebende Aufmerksamkeit und  
die therapeutische Präsenz gekoppelt mit dem Wirkfaktor Berührung

sind.

In Tabelle 2 sind den Subkategorien die Wirkfaktoren gegenübergestellt.

Tabelle 2:

<b>Subkategorien</b>	<b>Wirkfaktoren</b>
Die Persönlichkeit des Therapeuten	Kompostieren
Der Umgang mit dem Patienten	Empathie
Die allgemeine Kommunikation	gleichschwebende Aufmerksamkeit
Die fachliche Kompetenz	therapeutische Präsenz / Berührung

Durch diese Ergebnisse ist kein Rückschluss auf Allgemeingültigkeit gegeben. Die gefundenen Ergebnisse können von unterschiedlichen Blickwinkel her interpretieren und beleuchtet werden. Bei zwischenmenschlichen Vorgängen ist jeder individuell und anders in seiner Einstellung, Denk-, und Sichtweise. Die Persönlichkeit des Therapeuten ist jedoch ein entscheidender Wirkfaktor aus der Sicht von Patienten und maßgeblich mitbeteiligt am Therapieerfolg.

### **1.5.2 Schlussfolgerung und Ausblick**

Anhand der qualitativen Ergebnisse ist ersichtlich, dass es viele Zusammenhänge und Gemeinsamkeiten zwischen Physiotherapie und Psychotherapie gibt. Psychotherapeutisches Grundlagenwissen wäre ein wichtiger Brückenschlag zur täglichen physiotherapeutischen Praxis. Die Qualität der physiotherapeutischen Behandlung könnte so optimiert werden und für bessere Therapieerfolge dienen.

Durch spezifische Interaktionsprozesse zwischen Klient und Therapeut kommt es zu menschlichen Begegnungen, die maßgeblich den Therapieverlauf und den Heilungsprozess beeinflussen. Auch die Anwendungsmöglichkeiten der Gesprächsführung in der Physiotherapie sollten bereits in der Ausbildung mehr zu tragen kommen.

Die Frage, „wie“ Studien beschaffen sein müssen, um aufzuklären, welche Wirkfaktoren und Wirkmechanismen für eine therapeutische Veränderung verantwortlich sind, ist noch schlecht untersucht und steckt zweifellos noch in den Kinderschuhen. Wie könnte die therapeutische Intervention noch perfekter gestaltet werden und wie können diese Erkenntnisse in die Ausbildung von Physiotherapeuten integriert werden? Der große Bereich der psychosomatischen Erkrankungen und der positive Einfluss durch spezifische psychosoziale Wirkungsfaktoren in der therapeutischen Kommunikation im Bereich der Physiotherapie wäre noch genauer zu erforschen; denn es ist wohl unbestritten, dass eine erfolgreiche Kommunikation zwischen Therapeut und Patient in der Physiotherapie ein wichtiges und grundlegendes Element erfolgreicher therapeutischer Intervention ist.

## 1.6 Literatur

Mayer H. & Van Hilten E.: Einführung in die Physiotherapieforschung. Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 2007.

Mayring P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage, Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 2002.

Mayring P.: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 9. Auflage, Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 2007.

Pass P.F. & [EU-team@inter-uni.net](mailto:EU-team@inter-uni.net): Tiefenpsychologische Grundlagen – Therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Selbsterfahrung und Fallarbeit. [edition@inter-uni.net](mailto:edition@inter-uni.net), Graz 2005.

Reik T.: Hören mit dem dritten Ohr. Die innere Erfahrung eines Psychoanalytikers. 3. Auflage, Eschborn, Verlag Dietmar Klotz GmbH, 2007.

Strauss A. L.: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung. 2. Auflage, München, W. Fink Verlag, 1998.

Witzel Andreas (2000, Januar). Das problemzentrierte Interview [26 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal], 1(1). Abrufbar über: <http://qualitative-research.net/fqs> [Zugriff: 24.05.2008, 20:00].