

## Qualitätszirkel

### „Gesprächsführung in der Sozialpädiatrie“ Struktur und Inhalte

#### Zusammensetzung (QZ-Mitglieder)

Stefan Geiger (Heilpädagoge), SPZ Stuttgart  
Die Zieglersche - Beratungsstelle für Unterstützte  
Kommunikation (BUK), Wilhelmsdorf

Axel Hoferer (Dipl.-Psych.), SPZ Hochfranken

Antje Sträubig (Dipl.-Psych.), SPZ Passau

Sabine Streeck (Dipl.-Psych.), SPZ Charite, Universitätsmedizin Berlin (QZ Leitung)

Korrespondenzadresse: Dr. phil. Sabine Streeck  
Charité, Campus Virchow  
SPZ Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie und  
Neonatologie  
Augustenburger Pl.1  
13353 Berlin  
T. 030/450 566302  
Sabine.Streeck@charite.de

## Gliederung

Einleitung	3
<u>1. Grundlagen der Kommunikation</u>	5
1.1. Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie	5
1.2. Setting	7
1.3. Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau	7
1.4. Inhalts- und Beziehungsaspekte	8
1.5. Kommunikationsmodelle	9
1.6. Nonverbale Kommunikation und Körpersprache	11
<u>2. Das Gespräch als wesentliches diagnostisches und therapeutisches Mittel</u>	12
2.1. Struktur der patientenzentrierten Gesprächsführung	12
2.2. Haltung und psychologische Dynamik	13
2.3. Empathie	14
2.4. Echtheit	15
2.5. Wertschätzung	16
<u>3. Gesprächstechniken für effizientes Kommunizieren</u>	17
3.1. Aktives Zuhören	17
3.2. Fragetechniken	17
3.3. Strukturierende Techniken	21
<u>4. Therapeutische Interventionen</u>	23
4.1. Ressourcen und Resilienz fördern	23
4.2. Lösungsorientierte Kommunikation	25
<u>5. Diagnose</u>	29
<u>6. Schwierige Gesprächssituationen</u>	32
<u>7. Psychohygiene</u>	35
<u>8. Literatur</u>	38

## Einleitung

Dieses Papier beschreibt für SPZ-Mitarbeiter bedeutsame Qualitätsmerkmale der Kommunikation und bezieht diese auf die in der Sozialpädiatrie klinisch notwendigen und spezifischen Gesprächsbedingungen und -anforderungen. Die Vorlage dient als Handout und ist als Vorbereitung sowie Begleitung für ein Gesprächstraining gedacht. Insofern ist dies ein Arbeitspapier, welches als Grundlage für das SPZ gelten kann.

Die Vorlage dient der Bewusstmachung der Bedeutung der Kommunikation und trägt den Besonderheiten des SPZs und der Struktur des Settings Rechnung. Allgemeine Kriterien der klinischen Gesprächssituationen werden dargestellt und sollen für die individuelle spezifische Ausgestaltung sensibilisieren.

Das Papier bietet ein inhaltliches Raster für eine gemeinsame Orientierung der Berufsgruppen des SPZ an. In diesem Sinne hat es Input Charakter, die dargestellten Übungen sind praktisch ausgerichtet und liefern Erprobungsmöglichkeiten.

Die Arbeitshilfe sieht die Erarbeitung basaler Kommunikationstechniken vor, die für die gemeinsame Ausgestaltung einer Kommunikationssituation und die Sensibilisierung für elterliche und kindliche Anliegen (medizinischer, wie psychosozialer und therapeutischer Natur) relevant sind. Zielführend ist das Konzept einer gemeinsamen (d.h. von Therapeuten/Ärzten und der Familie) ressourcenbetonten Ausgestaltung einer Kommunikationssituation, welche die Erfassung von emotionalen und sozialen Unterstützungen der Familie ebenso einschließt, wie Risikofaktoren und Vulnerabilitäten in den Blick nimmt. Schließlich wird hierbei versucht, die Achtsamkeit für die eigenen Gefühle der SPZ Mitarbeiter zu bewahren und eine entsprechende vor Burn-out-Prozessen bewahrende Psychohygiene zu bieten. Es soll gleichermaßen als Ermutigung verstanden werden, sich in der professionellen Kommunikation zu verbessern, mehr Freude am Gespräch und damit im Umgang mit den Patienten und Angehörigen zu bekommen – und damit den Arbeitsalltag zu erleichtern.

Sozialpädiatrischem Handeln liegt eine ganzheitliche und systemische Betrachtungsweise des Menschen zugrunde. Um zu einer diagnostisch umfassenden Hauptaussage gelangen zu können, welche eine adäquate Bewertung der organischen, psychischen und sozialen Befunde umfasst (Hollmann 2003) ist eine einfühlsame Gesprächsführung zentral. Sie ist schließlich das Medium zur Erschließung der relevanten Informationen und Erkennung des störungsspezifischen Profils des Kindes. Gleichzeitig ist gute Gesprächsführung der Beziehungsetablierung förderlich. Letztendlich wird mit der ersten Begegnung zwischen Familie, dem betroffenen Kind und dem Behandlungsteam ein komplexer und facettenreicher kommunikativer Prozess angesprochen, dessen positiver Verlauf entscheidend für die Fortsetzung der Behandlung, die Behandlungsqualität bzw. für die Kooperation im Sinne der

Adhärenz (gute inhaltliche Abstimmung mit Arzt oder Therapeuten wie Befolgung des Behandlungsplans) sein kann.

Über die Bedeutsamkeit einer guten Hypothesenbildung, die in ein klinisch abgesichertes Störungsbild mündet, herrscht Konsens (Schlack 2009, Fricke 2007). Gerade die Vielzahl von differentialdiagnostisch mitunter schwer zu explorierenden Auffälligkeiten, aber auch Interaktions- und Bindungsstörungen bedürfen einer sensiblen Annäherung. Bei chronischen Erkrankungen ist die psychiatrische Komorbidität signifikant erhöht, aber auch Teilleistungsstörungen, ADHS und depressive Störungen treten häufiger auf (Schlack 2009). Diese Aspekte sollten diagnostisch Beachtung finden und werden nicht zuletzt kommunikativ erschlossen.

Das Krankheitswissen, die diagnostischen Methoden und therapeutische Angebote sind es nicht allein, die den Behandlungsverlauf beeinflussen. Sie bleiben womöglich erfolglos, wenn die Kommunikation zwischen Arzt/Therapeut und Patient/Patientenfamilie nicht stimmig ist. Das heißt an der Kommunikation kann sich entscheiden, ob der Patient wieder kommt. Dabei gilt dies bereits für den Erstkontakt in der Anmeldung oder beim Sekretariat, hier ist eine gute Gesprächsführung genauso bedeutsam wie in der ärztlichen Sprechstunde, bei der therapeutischen Diagnostik oder dem Gespräch beim Sozialpädagogen.

Auf diesem Hintergrund sollte die Gesprächsführung in den Ausbildungen der multiprofessionellen Berufsgruppen eines SPZ einen großen Stellenwert haben und als Fortbildung fest etabliert sein.

### **Zur äußerlichen Form:**

Im Folgenden wird in der Regel für Patient (damit ist das Kind bzw. die Familie gemeint) die männliche Form, für den professionellen Part „Therapeut“ - damit ist jede Berufsgruppe angesprochen - der einfachen Lesbarkeit halber eingesetzt - aus dem gleichen Grund wird dabei auf die feminine Form verzichtet, wenngleich immer mit gedacht.

Beispiele und Übungen sind in Kästchenform. Definitionen sind kursiv gefasst.

## **1. Grundlagen der Kommunikation**

### **1.1. Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie**

„Wer andere erkennt, ist klug,  
wer sich selbst erkennt, ist weise.“

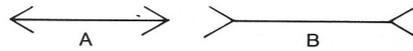
(Laotse)

Bevor es zu einem Kennenlernen kommt, sind wir bereits von einer Fülle von äußerlichen Merkmalen beeinflusst, die nicht objektiv sein müssen. Die Wahrnehmungspsychologie hat sich mit diesen Phänomenen beschäftigt, die aus dem Alltag bekannt sind. Sie liefern Hinweise auf die (oft tendenziöse) Gewichtung der Wahrnehmung und Täuschung des menschlichen Geistes.

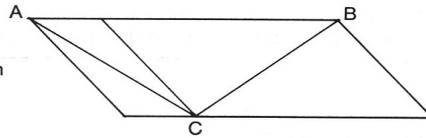
Die Schule der Gestaltpsychologie kennt über 100 Gesetzmäßigkeiten, nach denen Korrekturen der Wahrnehmung durchgeführt werden. Die Grundannahme geht davon aus, dass der Mensch in der Regel seine Umwelt strukturiert wahrnimmt, d.h. er bringt Ordnung in die Dinge/Objekte, indem er sie nach bestimmten Gesetzmäßigkeiten ordnet. Diese Strukturen werden „Gestalten“ genannt. Das Verständnis des Gestaltkonzeptes ist leicht nachvollziehbar an einer Melodie, die wir nicht als einzelne Töne, sondern als zusammengehörige Tonfolge hören. Damit sind bereits zwei elementare Gesetze exemplarisch angesprochen: Das Gesetz der Nähe und das Gesetz der Geschlossenheit. Das bedeutet: Wir neigen dazu, Objekte, die optisch näher stehen, als zusammenhängende Objekte wahrzunehmen, und Symbole - wie große Klammern - zu einem Kreis zu vollenden. Ein weiteres wesentliches Prinzip bezieht sich auf das Figur-Hintergrund-Verhältnis, welches sich beim Betrachten von Quadratfeldern aufdrängt wie auch beim „Kipp-Phänomen“ (2 Vasen/Gesicht) oder alte Frau/junge Frau (s. Abbildung 6 und 7).

Wir nehmen Gegenstände niemals isoliert wahr, sondern setzen sie stets in Beziehung zu ihrer Umgebung. Dies führt zu vielen Wahrnehmungstäuschungen in Größe und Länge (s. 1., 2., 3. und 4. Darstellung der folgenden Abbildungen), zum Vervollständigen von Bildern im Geist (ein halb geschlossener Kreis wird als Kreis gesehen) und die Tendenz zur Mitte.

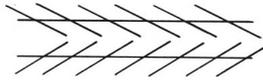
1. Müller-Lyer'sche Täuschung



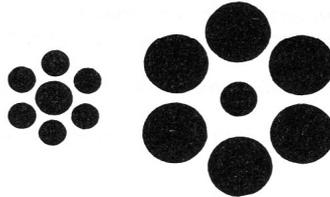
2. Sander'sches Parallelogramm



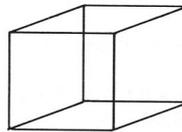
3. Hering'sche Parallelentäuschung



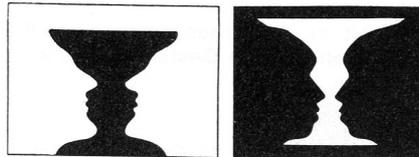
4. Ebbinghaus'sche Kreistäuschung



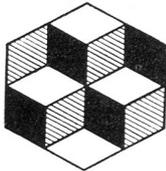
5. Necker'sche Würfel



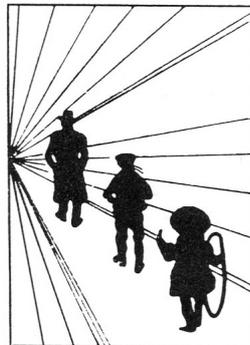
6. Rubin'sches Pokalbild



7. Kippbild



8. Größenkonstanz



9. Spirale



(Antons 2000)

Ähnlich wie bei den optischen Wahrnehmungstäuschungen kommt es auch zu Täuschungen im sozialen Bereich. Dieses Phänomen wird als Halo-Effekt bezeichnet. Darunter wird die Tendenz verstanden, einzelne unabhängige oder nur mäßig zusammenhängende Aspekte einer Person (Attraktivität, Behinderung, Kleidung, Umgebung etc.), die einen positiven oder negativen Eindruck erzeugen, die weitere Wahrnehmung der Person überstrahlen zu lassen. Der Gesamteindruck einer Person wird dadurch verzerrt positiver oder negativer wahrgenommen, also über- oder unterbewertet.

Auch Stereotypen und Vorurteile beeinflussen uns und führen zu verzerrten Annahmen über Personen.

Das heißt, wir ordnen die Welt durch unser kausales Verständnis und konstruieren die Beziehungen auf dieser Grundlage. Insofern ist Wahrnehmung immer auch eine Interaktion zwischen Erwartung und Umweltreiz. Auf der Grundlage der jeweiligen kontextspezifischen Wahrnehmung entwickelt sich dann Kommunikation.

## 1.2. Setting

*Setting bezeichnet die Rahmenbedingungen, in denen ein Gespräch stattfindet.*

In klinischen Kontexten obliegt es meist dem Arzt, das Gespräch so zu strukturieren, dass für die notwendige Untersuchung und Anamnese sowie die elterlichen Fragen genügend Raum vorhanden ist. Dass Patienten Vorgaben oftmals erwarten, und durch Passivität z.T. selbst ärztliche Dominanz durch ihre Aktivitäten hervorrufen, trägt zweifellos zur Erhaltung des oftmals kritisierten institutionellen Settings bei. Entsprechend sollten stark asymmetrisch ausgerichtete Vorgaben durch Äußerlichkeiten (Aufstellen eines Schreibtischs, vor den der Patient sich setzen muss) vermieden werden. Als günstig für ein Gespräch erweisen sich offen gestaltete Sitzkonstellationen, die per se keine Rollenverteilung nahelegen und in denen die räumliche Distanz von den Betroffenen selbst reguliert werden kann. Eine kommunikative Steuerung durch plakatives und ungeduldiges Abfragen ist ebenfalls nicht günstig.

## 1.3. Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau

Die Begegnung sollte persönlich, aber auch gleichermaßen professionell gestaltet werden. Im Vordergrund sollte der Blick auf das Kind gerichtet sein, so dass die Eltern sich in ihrer Kompetenz als Eltern und in ihrer Eigenverantwortlichkeit gewürdigt sehen und das Gespräch wie ein Gespräch zwischen Experten gestaltet ist wie das nächste Beispiel zeigt.

### Beispiel:

T: „Sie sind die wichtigste Person für Ihr Kind...Sie wissen am besten, was Ihr Kind braucht.“  
Gleichzeitig geben Sie damit den Eltern ein positives Feedback.

Je stärker eine positive Einbeziehung in das interaktive Geschehen der Sprechstunde stattfindet, desto mehr Chancen eröffnen sich zum Gelingen einer symmetrischen Interaktion, an der beide Eltern beteiligt sind.

## Kommunikationsregeln, die für den Beziehungsaufbau wichtig sind:

### **MERKE:**

- nicht unterbrechen
- nicht die Sätze eines anderen beenden
- nicht sagen „ich weiß“. Sie hören ja zu, da ist es ohne Bedeutung, dass Sie das bereits wissen
- wenig Gebrauch von folgenden Wörtern machen: „nein“, „aber“ „andererseits“ besser: „und“ statt „aber“
- nicht „man“ sondern „ich“ sagen

Grundsätzlich haben während eines Gesprächs Gefühle Vorrang: Wenn Sie beispielsweise merken, dass jemand mit den Tränen kämpft, traurig wirkt usw. (Coleman 1997), dann formulieren Sie dieses. Das gleiche gilt auch für Sie: Wenn Sie als Professioneller in der Sprechstunde starke Emotionen entwickeln, bringen Sie sie ein: „Wenn ich Ihnen zuhöre, bemerke ich viel Traurigkeit in Ihnen, die ich jetzt auch in mir spüre. Was könnte der Grund dafür sein?“.

Gestatten Sie sich, Ihren persönlichen Eindrücken zu folgen und diese aktiv ins Gespräch einzubringen, wie beispielsweise: „Womöglich hat Sie etwas an meiner Einschätzung gestört?“. Gleichzeitig sollten die Kinder selbst ähnlich einbezogen werden, z.B. „wie findest Du das denn, dass hier soviel über Dich gesprochen wird?“. Vermeiden Sie insgesamt allgemeine Floskeln wie „man“, die Ihre persönliche Einschätzung verstecken.

Kollegiale Seitengespräche sollten während der Sprechstunde unterlassen werden, nicht allein aus Gründen der Höflichkeit, sondern weil sie Stoff für (angsterregende) Phantasien bilden können. Wenn in der Sprechstunde – sei es aus Zeitgründen oder inhaltlich begründet - der ‚Austausch wichtig ist, sollte dieser transparent stattfinden: Es sollte der Familie gesagt werden, dass nun ein Meinungsaustausch stattfindet, dessen Ergebnis der Familie mitgeteilt wird.

### **1.4. Inhalts- und Beziehungsaspekte**

*Der Inhaltsaspekt bezieht sich auf eine Sachinformation/Mitteilung, der Beziehungsaspekt spricht an, wie die Inhalte aufzufassen sind.*

Wenn Inhalts- und Beziehungsaspekt kongruent sind, ist die Kommunikation weitgehend störungsfrei. Schwierig wird es, wenn etwas anderes gemeint ist, als gesagt wird! (Watzlawick 1969)

Beispiel:

Sagt die Mutter zum Kind: „Komm her“ und signalisiert mit Intonation und Körperhaltung das Gegenteil, gibt es eine paradoxe Interaktionssituation. Wie soll sich das Kind verhalten?  
- Wie würden Sie sich verhalten in einer ähnlich gelagerten Situation?- (Bateson 1969)

Ähnliche Irritationen beim Zuhörer können durch ironische Bemerkungen ausgelöst werden und natürlich bei Streitigkeiten, unklaren Beziehungskonstellationen, in Interaktionen, die per se (institutionell) nicht auf Symmetrie angelegt sind (wie in Behörden, Kliniken, Schulen) u.a.

Beispiel:

Nach einer Herzimplantation, medizinisch ist alles o.B., spricht die Patientin mit dem Chirurgen:

P: „Ich frage mich die ganze Zeit, wessen Herz hier drinnen schlägt.“

A: „Da drinnen schlägt Ihr Herz. Es gehört Ihnen und niemanden sonst.“

P: „Ich würde der Familie dieses Menschen gerne etwas Gutes tun.“

A: „Ja dann werden Sie mal ganz schnell gesund...“

[fiktives Bsp. (Stein 2000)]

Bei diesem Beispiel ist die Divergenz zwischen dem eigentlich Gemeinten der Patientin und ärztlichen Antworten besonders gut nachvollziehbar: Die Patientin wird sich nicht verstanden fühlen, obwohl der Arzt positive Umdeutungen versucht, die aber nicht explizit auf das Anliegen der Patientin eingehen.

Übung:

Finden Sie Ihre Antworten dazu und andere Beispiele aus der Praxis, mit denen Sie üben können!

### 1.5. Kommunikationsmodelle

Es gibt eine Vielzahl von Kommunikationsmodellen, die verschiedene Facetten von Kommunikation wissenschaftlich beschreiben. Ausgehend von dem Axiom von Watzlawick (1969)

**MERKE :** Man kann nicht NICHT kommunizieren!

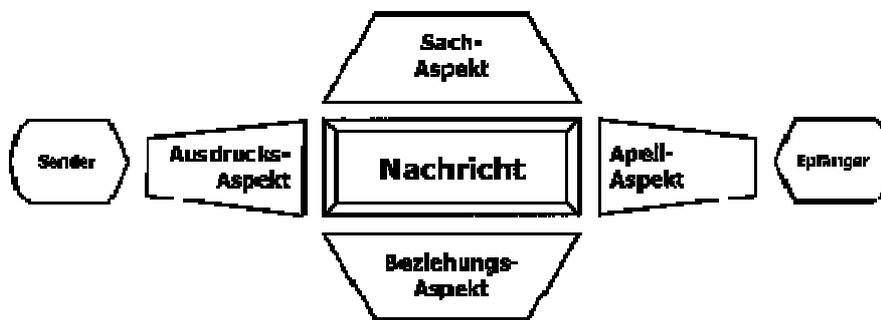
wird deutlich, dass wir immer etwas mitteilen (durch Körperausdruck, Haltung, Mimik, Gestik, Blickverhalten, aber auch durch Schweigen, Räuspern etc.), auch wenn uns dies nicht immer bewusst ist.

### Übung:

Diskutieren Sie verschiedene Kommunikationsausdrücke und entsprechendes Rollenverhalten (Chef, Angestellter, hilfloser/ fordernder Patient etc.) und stellen Sie sie in Übungen nach!

Eines der bekanntesten Kommunikationsmodelle ist von Schulz von Thun (1995).

### **Kommunikationsmodell (Schulz von Thun) entnommen: medpsych uniklinik Freiburg.de**



**Sach-Aspekt:** Der formale, sachliche Inhalt der Nachricht.

**Beziehungs-Aspekt:** Die Nachricht bekommt einen zusätzlichen Inhalt durch die Beziehung, in der Sender und Empfänger zueinander stehen.

**Ausdrucks-/Selbstoffenbarungs-Aspekt:** Die Nachricht sagt etwas über die Ziele und Motive des Senders aus.

**Appell-Aspekt:** Auch jenseits der Sachebene kann die Nachricht einen Appell an den Sender enthalten. So enthält z.B. die Äußerung: «Hier zieht's!», auch den Appell, doch bitte das Fenster bzw. die Tür zu schließen.

Schulz von Thun hat sein Modell an das Watzlawicksche Axiom angelehnt und um den Aspekt Selbstaussdruck/Selbstoffenbarung des Sprechers und den Appell-Aspekt erweitert.

### Übung:

Nehmen Sie Ihnen vertraute Kommunikationssequenzen aus der klinischen Praxis und stellen Sie sie unter den Vorgaben nach!

## 1.6. Nonverbale Kommunikation und Körpersprache

Nonverbale Faktoren spielen im Gespräch immer eine wichtige Rolle und werden implizit aufgenommen.

Dazu gehören Blickkontakt, Räuspern, lautes Atmen und natürlich alle gestischen und mimischen Ausdrucksformen, die ebenso der Körpersprache zugeordnet werden können.

### Beispiel:

Wenn der Therapeut in der Sprechstunde ständig auf die Uhr sieht, wird sich der Patient nicht willkommen fühlen, aber vermutlich dies nicht kommentieren. Es wird ihn aber beeinflussen.

Wenn der Patient (Kind) ständig auf die Uhr sieht, könnte der Therapeut dies thematisieren: „Ich sehe, dass Du andauernd auf die Uhr siehst. Du langweilst Dich vielleicht?“

In der Körpersprache wie -haltung ist ein komplexes nonverbales Kommunikationssystem enthalten, welches dem Gesprochenen entspricht, aber auch in großer Differenz dazu stehen kann (s. das obige Beispiel Kind/Mutter). Gedanken, Gefühle und Körper sind untrennbar miteinander verbunden und bilden ein ganzheitliches System. Wir können z.B. unmöglich mit zusammengebissenen Zähnen und festen Unterkiefer freundlich sein oder positive Gedanken haben. Denn im Körper entsteht durch die Anspannung eine Art „Muskelpanzer“ (Molcho 1997), der sich mental wie kommunikativ überträgt.

Wir können mit unserem Körper Zustimmung (dem anderen im wahrsten Sinne körperlich entgegen kommend) genauso wie Ablehnung durch körperlichen Rückzug ausdrücken, wir können Machtposen (nach hinten gelehnter Oberkörper, verschränkte Hände hinter dem Hinterkopf, breitbeiniger Sitz) einnehmen oder Neutralität verkörpern. Geballte Hände signalisieren Kampfbereitschaft und Abwehr usw. Unsicherheit oder Abwehr wird im Gespräch oftmals durch verschränkte Arme über der Brust ausgedrückt. Zugewandtheit wird durch Vorbeugung des Oberkörpers körpersprachlich symbolisiert. Der Grad der emotionalen Übereinstimmung zeigt sich oftmals darin, wie eng Menschen ihre körperlichen Bewegungen aneinander anpassen. Das sind feine Merkmale, die i.d.R. unbewusst sind. Die Gesprächsteilnehmer tun das Gleiche, wie z.B. auf dem Stuhl wippen oder schaukeln, sich gleichzeitig über das Haar fahren, einen Arm aufstützen etc. Beobachten wir die Emotion eines anderen, kann in uns selbst ein ähnliches Gefühl wachgerufen werden. Möglicherweise ahmen wir den Ausdruck auch nach. „Man kann von einem Tanz, einer Synchronisation, einer Übertragung der Emotion sprechen. Es hängt von dieser Synchronisation der Stimmung ab, ob man das Gefühl hat, dass eine Interaktion geklappt hat oder nicht.“ (Coleman, 1997).

Um die Veränderung einer starren Körperhaltung zu initiieren, können wir beispielsweise versuchen, den Partner zum Öffnen der Hände zu bringen (durch Überreichen eines Kaffees, Reichen der Hände, eigenen Positionswechsel).

Nonverbales Spiegeln besteht darin, den körperlich sprachlichen Selbstausdruck des anderen direkt zu übernehmen. Dabei wird beispielsweise die Körperhaltung übernommen. Das wird unbewusst als Verständnis signalisierendes Symbol wahrgenommen. (s. 4.2 Pacing)

#### Übung:

Wie sieht eine offene Gesprächshaltung aus, wie eine geschlossene? Wie wird Territorialverhalten demonstriert? Was deuten gestische Handbewegungen an, das mimische Hochziehen der Augenbrauen etc.? Überprüfen Sie im Rollenspiel, wie der Empfänger dieser nonverbalen Botschaften sich fühlt, und mit welchen Körpersignalen er antwortet!

## **2. Das Gespräch als wesentliches diagnostisches und therapeutisches Mittel**

„Wer hat Sie das alles gelehrt“?

Die Antwort kam umgehend: „Das Leiden.“

(Albert Camus: Die Pest)

### **2.1. Struktur der patientenzentrierten Gesprächsführung**

An erster Stelle dient die Kommunikation der Informationsgewinnung. Dabei bilden die faktischen Sachinformationen nur das grobe Gerüst, die subjektive Wahrnehmung und Interpretation des Patienten sind die feinmaschigen Glieder. Diese subjektive Sicht gilt es, über Tonlage, Betonung und andere strukturelle Merkmale neben der reinen Information zu erfassen.

Der Ablauf des Gespräches sollte gut strukturiert sein, und zwar derart, dass einerseits Raum für die geplanten Inhalte besteht (Diagnostik, Befundbesprechung u.a.) und andererseits der (vorgegebene) zeitliche Rahmen eingehalten wird. Als günstig erweist sich eine zeitlich wie inhaltliche Strukturvorgabe mit Benennung der Zeitvorgabe und der Themen. Der Abschluss sollte rechtzeitig angekündigt werden.

Als Einstieg in ein Anamnesegespräch kann beispielsweise die Frage dienen: „Warum bist Du hier bei uns?“. Einfache Antwort: „Weil meine Mutter mich hergebracht hat!“ Diese Antwort könnte durchaus schon als ausreichend im Sinne der Informationsgewinnung gewertet werden (sensu: Kind weiß inhaltlich nicht, warum es vorgestellt wird oder auch: kein

eigenes Anliegen...). Eine weitere Nachfrage könnte aber auch lauten: „Aus welchem Grund hat Deine Mutter Dich hergebracht?“ Diese Nachfrage wiederholt den Impuls an den Patienten, sich aktiv zu äußern, bleibt dabei aber noch offen.

Übung:

Überlegen Sie bitte selbst, inwieweit die genannten Beispiele für den Gesprächsverlauf aus Ihrer Sicht angemessen/passend erscheinen oder welche alternativen Initiierungen Sie sich vorstellen können bzw. selbst aktiv anwenden.

## **2.2. Haltung und psychologische Dynamik**

Wie bereits mehrfach erwähnt, sollte das Gespräch in der Sprechstunde von allen Beteiligten interaktiv gestaltet werden (Streeck 1989a). Der aus der psychoanalytischen Theorie entwickelte Begriff der Übertragung bzw. der Gegenübertragung beschreibt wie die aus der Kindheit stammenden Haltungen und Gefühle auf andere Personen, hier: den Arzt oder Therapeuten, übertragen werden und damit einer Verzerrung unterliegen können. Ist dies im klinischen Zusammenhang der Fall, sollte dies möglichst erkannt und berücksichtigt werden. Eine positive Übertragung wäre, wenn der Patient sich mit der Ärztin wohlfühlt, da sie ihn an die große wohlmeinende Schwester erinnert. Im Falle der Gegenübertragung überträgt der Professionelle eine subjektive Bedeutung aus seinem persönlichen Bezugsrahmen auf den Interaktionspartner. Beispiel: Ein Arzt fühlt sich gehetzt und unter ständigem Zeitdruck. Wenn nun der Patient schnell atmet, kann der Arzt die schnelle Atmung des Patienten als Stresssymptom interpretieren, wie er dies unbewusst vom eigenen Vater erinnert.

Hier kommt der Bewusstmachung der selbstreflexiven Wahrnehmung der eigenen inneren Zustände eine wichtige Funktion zu. Achtsamkeit ist eine wahrnehmungsförderliche und stressreduzierende Eigenschaft, die erlernbar ist. Sie ist vergleichbar mit der „freischwebenden Aufmerksamkeit“ (Freud 1913/1975). Diese Aufmerksamkeit schließt emotionale Selbstkontrolle ein. Wenn die eigenen Gefühle deutlich werden, sind wir ihnen nicht ausgesetzt, sondern können sie konstruktiv nutzen („es ist Wut, was ich empfinde“) und womöglich: die Wut gilt nicht dem Patienten, sondern einer wichtigen Person aus der eigenen Ursprungsfamilie.

### 2.3. Empathie

Aber weise ist derjenige, der keinen Charakter verachtet, sondern einen prüfenden Blick auf ihn richtet und ihn in den tiefsten Gründen seines Wesens zu verstehen sucht.

(Nikolai Gogol)

*Für eine gute Beziehung zum Patienten ist Empathie, die Bereitschaft und Fähigkeit, sich in die Einstellungen, Gefühle, Sichtweisen und Standpunkte anderer Menschen einzufühlen (präzises, einführendes Verstehen für die Persönlichkeit des Patienten) ohne zu werten und zu kritisieren wesentlich.* Die Grundlage von Empathie ist Selbstwahrnehmung. Wir können Gefühle anderer umso besser verstehen und deuten, je zugänglicher wir für unsere eigenen Empfindungen sind (s. 7. Psychohygiene).

Wenn ich verstehe, warum sich jemand in einer bestimmten Art und Weise verhält, warum sich unsere Patienten skeptisch gegenüber bestimmten Therapieverfahren verhalten, warum sie bestimmte Empfehlungen nicht umsetzen oder warum sie so gut „mitmachen“, kann ich eine gute Arbeitsbeziehung herstellen und die Kooperation wird sich erhöhen. Zudem sollte sich der Sprecher immer bewusst machen, dass auch der Patient erst verstanden haben muss, bevor er Empfehlungen umsetzen kann, ganz nach dem Vorsatz „Verstehen geht vor Vertiefen“ (Sachse 2003). Mit Empathie ist nicht das bloße „einverstanden sein“ oder „billigen“ gemeint. Das Konzept Empathie ist mit dem Respekt vor der Würde des Gegenübers befasst und muss authentisch sein. Einführendes Verstehen fördert das Wachstum der Beziehung zum Patienten.

Empathie verlangt bei professioneller Distanz ein Mitfühlen beim Patienten ohne jedoch mitleiden (Luban-Plozza 1998). Sie sollte nicht eine bloße „Technik des Widerspiegels“ sein.

Eine der Grundvoraussetzungen empathisch zu sein, ist - nach dem Leitsatz „Willst Du ein guter Helfer sein, dann schau auch in Dich selber rein“ - ein guter Kontakt zu sich selbst und die Fähigkeit zur Selbstreflexion.

Um empathisch zu kommunizieren, kann man verschiedene Haltungen annehmen. Mit einer offenen Frage zu beginnen, „Was führt Sie/Dich zu mir?“, „Wie kann ich Ihnen/Dir helfen?“, und den Patienten im Anschluss ausreden zu lassen und ihn **nicht** zu unterbrechen, kann eine gute Basis im empathiegeleiteten Patientenkontakt sein. Häufig werden Patienten jedoch schon nach 15-20 Sekunden unterbrochen, obwohl die Studie von Langewitz im Jahr 2002 belegt, dass ca. 80 Prozent der Patienten nach maximal zwei Minuten ihre Ausführungen beenden. Durch das Ausreden lassen erhält man häufig bessere und detailliertere Informationen, die für den therapeutischen Prozess wichtig sind. Gleichzeitig ist dies oft eine Zeitersparnis, weil ein umfassenderes Bild vom Patienten entsteht.

Eine weitere Technik ist das Nachfragen, auf welche später noch genauer eingegangen wird: „Das möchte ich gerne/genauer verstehen...“ Durch das Nachfragen können Missverständnisse geklärt werden; der Patient spürt das Interesse an seiner Person und kann so besser Vertrauen aufbauen. Sie lernen ihren Patienten besser kennen, erfahren, was ihm wichtig ist, was ihn ängstigt und was ihm gut tut. Da sich das Bild des von Autoritäten abhängigen Patienten zum gut informierten autonomen Patienten gewandelt hat, ist es wichtig, das bereits vorhandene Vorwissen und die bereits vorhandenen Kompetenzen zu bestätigen: „Sie haben sich schon um diese Maßnahmen gekümmert“, „Sie haben sich ja schon sehr gut informiert“ , „Sie machen schon sehr Vieles richtig“. Auch diese Haltung stellt mehr Vertrauen her und der Patient fühlt sich wertgeschätzt.

So kann es Ihnen gelingen, eine Atmosphäre von Akzeptanz und Vertrauen herzustellen: „Ich kann verstehen, warum Sie sich so entschieden haben...“ Sowohl die kleinen als auch die großen Patienten spüren, wie jeder von uns auch, wann sie jemand tatsächlich versteht und wann es jemand einfach nur so dahin sagt. Wenn ich mich als Person verstanden fühle und respektiert werde, kann ich mich öffnen und vertrauen. Dass dabei immer behutsam und kleinschrittig vorgegangen wird, versteht sich von selbst.

## **2.4. Echtheit**

„Sei Du selbst, auch in der Rolle des Helfers“ (Kowarowsky)

*Echtheit im Sinne von Rogers meint in der Beziehung zum Patienten echt und wahrhaftig zu sein. Der Therapeut sollte offen für die Gefühle und Einstellungen des Anderen sein. Er geht in eine „persönliche Begegnung“, nicht nur in die Begegnung Therapeut – Patient, sondern auch in die Beziehung von Person zu Person (Rogers 1993). Wenn ich „echt“ oder „authentisch“ agiere, kann ich mich nicht hinter einer Fassade verstecken, ich offenbare einen Teil von mir, zeige meine Unzulänglichkeiten und zeige, dass ich auch Fehler habe. Der Patient spürt, dass er es mit einer Person zu tun hat, und stellt trotzdem die Professionalität nicht in Frage.*

Um selbstkongruent zu sein, muss man sich klar über die eigenen Gefühle, Gedanken und Motivation sein. Wir sollten als SPZ Mitarbeiter den Mut haben, eigene Grenzen und Verständnisprobleme im Gespräch offen zu legen, das gibt dem Patienten Sicherheit. Voraussetzung hierfür sind eine gute Selbstwahrnehmung und Selbstachtsamkeit. Ein Selbsterfahrungskurs oder Coaching kann hier durchaus eine Hilfe sein. Eine kleine Anmerkung sei an dieser Stelle noch erlaubt, damit Sie sich nicht so stark unter Druck setzen: Niemand erreicht den Zustand völliger Selbstkongruenz.

Beispiel:

Ich zeige meine Sorgen, wenn ich dem Patienten die Entscheidung überlasse, mit der ich eigentlich nicht glücklich bin.

T: „Aus therapeutischer Sicht würde ich den Aufenthalt in einer stationären psychosomatischen Einheit dringend empfehlen. Es bereitet mir „Bauchschmerzen“, wenn ich Ihr Kind aufgrund einer ambulanten Behandlung nicht so engmaschig betreuen kann. Wenn Sie jedoch trotzdem wünschen, Ihr Kind ambulant behandeln zu lassen und nicht stationär, werde ich Ihre Entscheidung akzeptieren und mich für auch für diesen Fall voll für ihr Kind einsetzen.“

Übungen zum Nachdenken:

Darf ich mit meinen Patienten weinen, wenn mich sein Schicksal traurig macht?

Wie gehe ich mit Abscheu um, die ich bei bestimmten Verhaltensweisen von Patienten empfinde?

(z.B.rassistische Äußerungen, Verharmlosung von körperlicher Züchtigung etc.)

Wie gehe ich damit um, wenn mein Patient eine völlig andere Einstellung zur anstehenden Therapie hat als ich?

Wie gehe ich mit Kindern um, die sich komplett einer Untersuchung, Diagnostik verweigern?

## 2.5. Wertschätzung

*Wertschätzung meint eine warmherzige, positive, akzeptierende Grundhaltung gegenüber dem Patienten.*

Der Patient wird als Persönlichkeit geschätzt und respektiert ungeachtet des augenblicklichen Verhaltens oder seiner Verfassung. Das heißt, man muss die Meinung des Patienten nicht gutheißen oder teilen, sondern lediglich respektieren. Dies kann vor allem bei Schuldfragen entlastend wirken. Der Patient/Familie merkt, dass man nicht abfällig über ihn denkt. Je bedingungsfreier das Akzeptieren ist, desto erfolgreicher und wirkungsvoller die Beziehung. Eine positive Bewertung des Patienten erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient nicht „schwierig“ agiert.

In diesem Zusammenhang können folgende Fragen gestellt werden:

- Achte ich den Gesprächspartner als Person?
- Fühle ich Anteilnahme ihm gegenüber?
- Kann ich ihn annehmen?
- Bin ich ihm sorgend zugewandt?

### 3. Gesprächstechniken für effizientes Kommunizieren

„Einer der Gründe, warum man in der Konversation so selten verständige und angenehme Partner findet, ist, dass es kaum jemanden gibt, der nicht lieber an das dächte, was er sagen will, als genau auf das zu antworten, was man zu ihm sagt.“

(F. de La Rochefoucauld)

#### **3.1. Aktives Zuhören**

Viele von uns denken, dass sie zuhören, hören aber meist nur sich selbst. Wie häufig werden Ratschläge gegeben, ohne den anderen ausreden zu lassen? Beim aktiven Zuhören muss der Hörer sich selbst zurückstellen und darüber reflektieren, was die Worte des anderen bei ihm auslösen.

##### Übung:

Die 3 Ebenen des Zuhörens – auf welcher Ebene hören Sie im Patientenkontakt?

Hören: Hintergrund: Gesprächsinhalt

Hören: Vordergrund: eigene Gedanken

Hinhören: Aufnehmen der Inhalte auf der Sachebene

Zuhören: Aufnehmen der Inhalte auf Sach-, Appell-, Beziehungs- und Selbstoffenbarungsebene (s. Schulz von Thun)

Wie gelangt man nun auf die Ebene des Zuhörens? Sie werden nun ein paar „alte Bekannte“ antreffen, die Ihnen vermutlich immer wieder über den Weg laufen. Beim aktiven Zuhören hat das Ausreden lassen die oberste Priorität. Die hier besonders ausführlich behandelten Fragetechniken spielen in jeder Sprechstunde eine große Rolle, da sie der Exploration dienen und gleichzeitig einen therapeutischen Fokus setzen. Wichtig ist das Zulassen von Pausen. Techniken wie Echoing und Paraphrasieren sind wie das Zusammenfassen der Inhalte und das Spiegeln von Emotionen zentral beim aktiven Zuhören. Eine zuhörende Haltung fördert die Beziehung. Hierdurch werden Informationen generiert, welche die spätere Anamnese abkürzen. Trauen Sie sich und lassen Sie den Patienten ausreden!

#### **3.2 Fragetechniken**

Es gibt eine Vielzahl von Fragetechniken oder besser Fragehandlungen, die eine bestimmte Funktion im Gesprächskontext erfüllen und den Verlauf spezifisch steuern:

Es gibt **direkte Fragen** (Therapeut: „was ist der Grund Ihres Kommens?“) und **indirekte Fragen** (Patient „ich weiß gar nicht, warum ich jetzt hier bei Ihnen gelandet bin?“).

An diesen Beispielen ist erkennbar, dass das Frageformat nicht nur eine Frage an sich enthält, vielmehr etwas über die Kompliziertheit des Inhalts aussagt: bei der direkten Frage ist zumeist eine direkte Antwort erwartbar, währenddessen eine indirekte Frage oft einen komplizierteren Gehalt **und** eine komplexere Antwort zur Folge hat.

### **Offene Fragen**

Diese Art des Fragens ermöglicht dem Patienten eine offene Antwort. „Was können Sie mir über Ihre/Kannst Du über Deine Familie erzählen?“. Bei offenen Fragen kann sich der Patient explorieren. Es stehen seine Themen im Vordergrund.

Es gibt u.a. folgende Typen von offenen Fragen:

#### Beispiele:

Was? – Fragen, die sich auf die besonderen Umstände einer Situation beziehen - „Was haben Sie /hast Du dabei empfunden?“

Wie? – Fragen zu Prozessen und Gefühlen – Wie würden Sie/würdest Du den Schmerz beschreiben?“

Warum? – Fragen nach Begründungen – „Warum ängstigt Dich das?“

Frage zur Selbstexploration – „Könnten Sie mir etwas von ihrem Konflikt erzählen?“

„Durch die Form der Frage lässt sich entscheidend beeinflussen, ob der Patient viel oder wenig sucht, in welchem Ausmaß die Frage die Aufmerksamkeit lenkt und ob man es dem Patienten leicht oder unnötig schwer macht.“ (Prior 2009)

### **Geschlossene Fragen**

Geschlossene Fragen dienen der Faktenabfrage und der Fokussierung. Diese Form des Fragens kann vom Patienten, aber auch als Desinteresse gewertet werden und hat manchmal den Touch eines Verhörs.

#### Beispiel:

„Haben Sie stechende Schmerzen?“, „Sind Sie verheiratet?“, „Wie viele Kinder?“

Im Gegensatz zu den offenen Fragen sind geschlossene Fragen sachbezogen, sie führen weg von der Gefühlsebene. Sie sind vor allem dazu geeignet, genaue Informationen bezüglich der Diagnostik bzw. dem Planen von Interventionen zu sammeln, (u.a bei der Erhebung demographischer Daten). Der Nachteil geschlossener Fragen, der leicht übersehen wird, ist ihr enger Skopus: wer nach Schmerzen in Armen und Beinen fragt, erfährt nicht zwangsläufig etwas über ein Taubheitsgefühl im Arm.

**Weitere hilfreiche Fragetechniken nun in einer Übersicht:**

Frageform und Beispiel	Definition / Anwendung
<p><b>geschlossene, halb offene Frage</b>  <i>„Ist der Schmerz stechend oder brennend?“</i></p> <p><b>Alternativfragen</b>  <i>„Ist der Stuhl braun, gelblich oder grün?“.</i></p> <p><b>Nachfragen</b>  <i>„Was verstehen Sie unter normal?“</i>  <i>„Was bedeutet für Sie gelegentlich?“</i></p> <p><b>Formulierte Fragehandlungen</b>                      P: „Jetzt würde ich Sie gerne mal fragen, was kann man denn gegen die Erkrankung tun?“                      Th: „das habe ich noch nicht ganz verstanden, da muss ich nochmals nachfragen, warum sind Sie gegen Medikamente?“                      P: „jetzt habe ich doch noch eine Frage, kann man denn gar nichts gegen den Krankheitsverlauf tun?“</p>	<p>Für Patienten, die sich nicht entscheiden können oder schwach strukturiert sind.</p> <p>Ebenfalls gut anwendbar bei Patienten, die sich schwer ausdrücken können oder nicht gut strukturiert sind</p> <p>Das Fragen nach Beispielen wird Ihnen beim Verständnis von Problemen helfen. Zudem fühlt sich der Patient besser wahrgenommen und verstanden. Er spürt Ihr Interesse und Ihre Empathie. → „Verstehen geht vor vertiefen...“ (Sachse 2003).</p> <p>Fragesätze die Fragen enthalten, die sich selbst als solche kennzeichnen:                      Hier fragt der Patient nicht nur, sondern er zeigt, dass er fragt. In der Regel werden solche Fragehandlungen als Verständigungshilfe eingesetzt. Dieser Fragetyp ist also indirekt <u>und</u> hat den Nebeneffekt, die eigentliche Frage noch ein wenig hinauszuschieben - ein Hinweis, dass dem Fragesteller die Frage nicht ganz leicht fällt- und damit ein Hinweis für den Hörer, hier besonders aufmerksam und sensibel zu sein. (Streeck 1989b).</p>

### **zirkuläre Fragen**

T: „wenn die beiden Kinder hier säßen, was würden die dazu sagen“,

T: „was meinst Du, was denken Deine Eltern über dieses Thema, was möchten die gerne von Dir?“

Diese Frageform ist der systemischen Familientherapie entlehnt und kann hilfreich sein, um Positionen zu erfragen

Hier kann ein Patient gebeten werden, einen bestimmten Sachverhalt auf einer vorgegebenen Skala von 1 bis 10 quantitativ zuzuordnen.

### **Skalierungsfragen**

T: „Wie stark belastet Sie die Situation auf einer Skala von 1 bis 10?“

T: „Wie erreichen Sie den nächsten Punkt auf dieser Skala? – Was müssen Sie tun?“

T: „Wie kannst Du zusätzliche Energie bekommen? – Was lädt den Akku auf?“

Eine typische Skalierungsfrage beschäftigt sich in der lösungsorientierten Perspektive mit dem Grad der Zielerreichung bzw. Zielannäherung und stellt den Ausgangspunkt für die Exploration von Fortschritten auf der Zielerreichungsskala.

In ähnlicher Weise kann der für Veränderung nötige Energieaufwand gewürdigt und der aktuelle persönliche „Energielevel“ skaliert werden. Im Anschluss bieten sich weitere Vertiefungen.

Skalierungsfragen sind auch zirkulär anwendbar!

### **Detailfragen**

sensu: „Tut mir leid, ich habe Sie immer noch nicht verstanden – das muss an mir liegen – würden Sie es mir bitte noch einmal erklären...?“

Die detaillierte Exploration von Lösungsperspektiven verlangt kommunikative Hartnäckigkeit. Man kann den Vergleich zu der Figur des amerikanischen TV-Krimiinspektors Columbo ziehen, welcher stets in demütig um Verzeihung bittender Weise die Verdächtigen mit sich wiederholenden Fragen zu detaillierteren Beschreibungen des Tathergangs bringt. Patienten sehen erfahrungsgemäß gerne über die „Trotteligkeit“ des Therapeuten hinweg und bemühen sich, die erneute Nachfrage weiter zu bearbeiten.

### 3.3. Strukturierende Techniken

Gesagt ist noch nicht gehört.  
Gehört ist noch nicht verstanden.  
Verstanden ist noch nicht angewandt.  
Einmal angewandt ist noch nicht beibehalten.  
(Konrad Lorenz)

#### Echoing und Paraphrasieren

*Beim Echoing werden im Gegensatz zum Paraphrasieren einzelne Wörter aufgegriffen und wiederholt.* Der Sinn dieser Technik ist das Lenken der Aufmerksamkeit bzw. Fokussieren auf Inhalte und Aussagen im Gespräch, dient aber auch der Ermutigung, die Exploration fort zu setzen, wie das folgende Beispiel verdeutlicht.

Beispiel:

P: „Neben den häufigen Fehlern, die er im Unterricht macht, ist er auch ständig müde.“

T: „Ständig müde.“

P: „Ja, er .....“

*Beim Paraphrasieren wird der Inhalt des Gesagten jedoch in eigenen Worten wiedergegeben.* Der Arzt übernimmt die Perspektive des Patienten. Dadurch entsteht ein natürlicher Gesprächsfluss, wohin gegen beim Echoing der Eindruck beim Patienten entstehen könnte, er würde „nachgeäfft“. Paraphrasen können dem Patienten neue Blickwinkel ermöglichen, wie das u.a. Beispiel zeigt.

Beispiel:

P: „ ....Ich möchte eigentlich nicht, dass sie mitbekommt, dass ich krank bin...“

T: „Sie möchten nicht, dass sie Sie krank erlebt?“

#### Zusammenfassen

Das Zusammenfassen von Gesprächsinhalten sollte sich immer auf einen längeren Gesprächsabschnitt beziehen. Es dient dem Rekapitulieren des bis dahin Gesprochenen. Hier gibt der Arzt mit eigenen Worten wieder, was er verstanden hat und gleicht parallel das Patientenverständnis ab. Somit findet eine Abstimmung der Perspektiven statt und beide Teilnehmer haben die Möglichkeit zur Korrektur. Dies eignet sich gut zum Beenden eines Themas und ist gleichzeitig Empathie fördernd.

Beispiel:

T: „Ich möchte noch einmal zusammenfassen, was Sie gesagt haben...“

T: „Habe ich das richtig verstanden?“

### Spiegeln von emotionalen Inhalten

*Beim sogenannten Spiegeln sollen die Emotionen des Patienten im Sinne eines Vorschlags verbalisiert werden. Versuchen Sie dem Patienten zu vermitteln, dass Sie zuhören und sich darum bemühen, ein Verständnis der Situation erlangen. Die Aufmerksamkeit liegt hier auf der Selbstoffenbarungs- und Beziehungsebene des Patienten (Schulz von Thun 1995). Hier ist primär wichtig, wie der Patient etwas sagt. Dieser Gefühlsanteil sollte nun vorsichtig verbalisiert werden und mit folgenden Worten eingeleitet werden: „Sie scheinen sich.. zu fühlen“; „Ich habe den Eindruck, dass Sie ... sind“, damit der Patient auch hier die Möglichkeit hat, zu korrigieren oder abzulehnen.*

Beispiel:

P: „Ich habe Angst, es könnte sich um einen Tumor handeln.“

T: „Sie sind ängstlich und machen sich Sorgen, was bei der Untersuchung herauskommt.“

P: „Mein Bruder ist erst dieses Jahr an Krebs verstorben.“ (weint)

Pause

T: „Dann kann ich verstehen, dass Ihre Sorge besonders groß ist.“

T: „Es tut sehr weh, an dieses Ereignis zu denken.“

**MERKE:** Bei sehr intensiven Gefühlsäußerungen des Patienten sollte dieser NICHT sofort beruhigt oder beschwichtigt werden oder gar das Thema schnell gewechselt werden, SONDERN der Therapeut sollte innehalten und abwarten. → Siehe Pausen machen.

### Pausen

Das Zulassen von Pausen hat in der Gesprächsführung eine wichtige Funktion. Pausen wirken in erster Linie entlastend auf den Patienten, weil er nachdenken kann und ihm Dinge einfallen können, die er bisher vergessen hat. Die Sorge, dass der Arzt dann als unsicher und inkompetent erlebt wird, kann hier zerstreut werden. Wenn man den Patientenaussagen vertrauen kann, wird dies im Gegenteil als ruhige und sichere Haltung erlebt. Gerade in emotional belastenden Situationen sind Pausen unabdingbar. Dies kann auch formuliert werden: „Lassen Sie sich ruhig Zeit zum Nachdenken.“

Falls der Patient nach der Pause nicht von sich aus weiter spricht, können Sie ihn **nonverbal** durch Blickkontakt, leichtes Kopfnicken oder zugewandter Körperhaltung oder **verbal** mit „hm“, „aha“, „so“ *etc.* beziehungsweise „Erzählen Sie mir mehr darüber“ ermutigen.

#### **4. Therapeutische Interventionen**

##### Übung:

Versuchen Sie in Ihrer beruflichen Praxis bitte unabhängig voneinander die folgenden beiden Einstiegsfragen:

1. „Was führt Sie zu mir (oder zugespitzt: „Was ist ihr Problem?“)
2. „Wobei kann ich Ihnen helfen (oder pointierter: „Welche Ziele haben Sie, bei denen ich Sie unterstützen kann?“

Beobachten Sie Unterschiede bzgl. der Reaktionen und in Hinblick auf den weiteren Gesprächsverlauf.

Es ist ein Unterschied, ob in der Sprechstunde gemeinsam Probleme betrachtet oder Lösungen gesucht werden. Beide Perspektiven schließen sich keineswegs aus und sind prinzipiell auch nicht als völlig unterschiedliche Zugänge zu sehen. Jedoch besteht aus unserer Sicht eine grundsätzliche Vorentscheidung, welcher Perspektive wir uns primär verpflichten. Denn uns interessieren nicht nur die Probleme, sondern auch die Lösungen.

##### Übung:

Loben Sie einmal/mehrmals am Tag ganz bewusst eine Person Ihres Umfeldes (KollegIn, PartnerIn) und einmal/mehrmals sich selbst. Am Grad der Ungewohnheit, die Sie in dieser Situation empfinden, können Sie ablesen, wie wenig (oder viel) die positive Sicht- und Kommunikationsweise Teil Ihrer „kommunikativen Identität“ ist.

#### **4.1. Ressourcen und Resilienz fördern**

##### **Ressourcenorientierte Fragen**

Ein Repertoire an ressourcenorientierten Fragen zur Verfügung zu haben, ist hilfreich. Als Grundmuster dieses Repertoires kann die einfache Frage dienen: „Was kannst du gut?“ oder „Welche besonderen positiven Eigenschaften haben Sie?“ Sie werden feststellen, dass diese Fragen eine Wirkung auf beide Gesprächspartner haben (Prior 2009).

Aufgabe:

Sammeln und erweitern Sie Ihr persönliches Repertoire an ressourcenorientierten Fragen. Lassen Sie sich bereichern, indem Sie dies auch in der Alltagskommunikation beachten und ausprobieren.

**Ressourcen beachten und wertschätzen**

*Als Ressourcenorientierung ist im Kontext klinischer Gesprächsführung eine geschärfte Wahrnehmung im Sinne von Wertschätzung zu verstehen.*

Beispiel:

T: „Wie ich sehe, haben Sie bereits sehr viel bedacht im Umgang mit Ihrem Kind.“

**Resilienzfördernde Kommunikation**

*Unter Resilienz verstehen wir die Fähigkeit bzw. Disposition zur Aufrechterhaltung von psychischer und physischer Gesundheit auch unter ungünstigen oder belastenden Umständen. Resilienz wird als Oberbegriff gebraucht, der alle einem Menschen zur Verfügung stehende Selbstheilungskräfte zusammenfasst.*

Frage:

Halten Sie es für möglich, dass Sie mit dem, was Sie sagen und tun, Resilienz bei Ihren Patienten fördern können?

Eine positive und erklärende Antwort auf diese Frage erhalten wir, wenn wir uns die Frage stellen, welche Grundvoraussetzungen Resilienz fördern. Als wesentliche Aspekte sind hier Autonomie und Selbstwirksamkeitsempfinden zu nennen, die es aktiv zu fördern gilt (Retzlaff 2010). Respekt und Wertschätzung der Autonomie unserer Patienten vermitteln wir beispielsweise durch feinfühlig Formulierungen (s. 4.2 „pacing“) oder auch durch bewusste Zurückhaltung.

Selbstwirksamkeit meint das persönliche Empfinden, aktiv auf die eigene Umgebung einwirken zu können. Gerade in belasteten Lebenssituationen neigen viele Menschen dazu, an ihren Kompetenzen zu zweifeln bzw. sich als insuffizient zu erleben. Insofern sollte keine Möglichkeit ungenutzt bleiben, die Selbstwirksamkeit der Patienten zu unterstützen und zu stärken. In der Medizin wurde der Begriff der „informierten Zustimmung“ geprägt. Die meisten Patienten werden es schätzen, wenn Sie sich noch einmal vergewissern, was von Ihren Botschaften bei der Familie ankam.

## 4.2. Lösungsorientierte Kommunikation

Das Grundprinzip lösungsorientierter Kommunikation beschreibt de Shazer plastisch mit dem Satz: „Stop problem talk – promote solution talk!“ (de Shazer 1996). Statt ausladend im Gespräch dem Problem Raum zu geben, soll versucht werden, konsequent Lösungen zu explorieren und zu konstruieren. Insofern gilt für die lösungsorientierte Gesprächsführung: „It is simple but not easy!“ (= das Prinzip ist simpel, aber die Umsetzung ist nicht einfach).

### Übung:

Wenn Sie im Alltag mit einer Kritik oder Beschwerde konfrontiert sind, versuchen Sie darauf zu achten, dass die anschließenden Gesprächssequenzen sich ausschließlich mit der Lösung bzw. positiven Alternativen beschäftigen! – Wie leicht/schwer fällt es Ihnen, konstant die Lösungsperspektive einzuhalten?

### Übung:

Machen Sie eine Liste typischer Fragen und Floskeln, die Sie in Ihrem beruflichen Setting gebrauchen und entscheiden Sie anschließend, ob diese auf das Problem oder auf Lösungsschritte fokussiert.

Im Folgenden sollen spezielle kommunikative Muster skizziert werden, die der Arzt gezielt einsetzt, um dem oben genannten Prinzip zu folgen.

Ein grundlegendes Kommunikationsmuster im Rahmen lösungsorientierter Gesprächsführung im Therapiekontext ist das Prinzip der Übernahme einer „als-ob-Perspektive“. Beispielhaft kann dieses Prinzip anhand der Wunderfrage nach de Shazer skizziert werden (de Shazer 1993).

### Beispiel:

„Stellen Sie sich vor, Sie gehen eines Tages zu Bett. Sie fallen in einen tiefen, traumlosen Schlaf. Während Sie schlafen, geschieht das Wunder, dass eine Fee kommt und mit ihrem Zauber, das Problem, das Sie zu uns gebracht hat, auflöst. Sie erwachen am nächsten Morgen wie gewöhnlich. Woran bemerken Sie (als erstes), dass das Wunder geschehen ist?“ (Anmerkung: die Frage kann genauso gut dem Kind gestellt werden.)

Der Patient wird aktiv in die Situation gebracht, gedanklich so zu tun, als wäre das Problem gelöst. Die Wunderfrage allein entfaltet dabei in der Regel noch keine allzu nachhaltige Wirkung. Entscheidend ist es, die lösungsorientierte Perspektive, nach der Wunderfrage im Gespräch konsequent beizubehalten und mit weiteren Nachfragen Lösungen detailliert und

ausführlich zu explorieren. Hierbei ist die „als-ob-Perspektive“ jeweils durch den Konjunktiv repräsentiert.

**Beispiel:**

„Woran würdest Du noch bemerken, dass das Wunder geschehen ist?“ könnte die wiederholte Nachfrage lauten.

Dabei sollte der Arzt die Fähigkeit zu einer Art „fürsorglicher Belagerung“ haben. Erfahrungsgemäß tun sich Patienten nämlich (auch im „als-ob-Modus“) oft schwer, über eigene (proaktive) Lösungsschritte nachzudenken und zu sprechen. Die professionelle Aufgabe besteht also in der Anregung und konsequenten Herausforderung an den Patienten, sich imaginativ mit dem Zustand der Lösung zu beschäftigen.

**Beispiel:**

Die mit „fürsorglicher Belagerung“ umschriebene, detaillierte Exploration von Lösungsperspektiven findet sich (wenn auch in anderem Kontext) in der Figur des bereits erwähnten amerikanischen TV-Krimiinspektors Columbo, der immer nochmals nachfragt (s. unter 3.2. Fragetechniken.)

De Shazer hat in Bezug auf die Bereitschaft zur Exploration und Konstruktion von Lösungen im (therapeutischen) Gespräch verschiedene Typen von Patienten beschrieben:

Klagende wollen in erster Linie ausladend ihr Problem schildern. Ihnen kann man lösungsorientiert entgegen treten, indem man ihre Belastung wertschätzt und dennoch wiederholt Ansätze für den Einstieg in eine „Lösungs-Kommunikation“ anbietet.

Besucher reagieren mit einer unentschiedenen Haltung des Abwartens. Sie steigen nicht direkt in die „Lösungs-Kommunikation“ ein, sondern warten ab. Ihnen sollte konstant die Lösungsperspektive weiterhin angeboten werden.

Kunden sind die Patienten, die den Weg der Lösungsorientierung mitgehen und sich aktiv auf die lösungsorientierte Kommunikation einlassen können.

Der Arzt sollte diese Grobzuordnung im Hinterkopf haben und registrieren, inwieweit (in Abhängigkeit von der Bereitschaft des Patienten) die Exploration und Konstruktion von Lösungen funktioniert und von seiner Seite voran getrieben werden kann (de Shazer 1993).

**Ausnahmen (vom Problem)**

Ein weiteres Prinzip der lösungsorientierten Kommunikation stellt die Erkundung von Ausnahmen (vom Problem) dar. Nach dem Prinzip „simple but not easy!“ wird von der These ausgegangen, dass ein Problem nie durchgängig die Lebenswelt des Patienten bestimmt.

Vielmehr gibt es alltäglich immer wieder Situationen, in denen er sich in relativer Distanz zum Problem erleben kann. Diese Ausnahmen gilt es „fürsorglich belagernd“ zu explorieren. Die Beschreibung der Ausnahmen sollte durch den Patienten ich-zentriert und möglichst detailliert erfolgen.

Beispiel:

„Wann haben Sie sich da letzte Mal ein wenig so gefühlt, wie nach dem Wunder?“  
„Was/wann/wie genau hast Du da getan?“

**Pacing und Leading**

Pacing und Leading bezeichnen zwei komplementäre Strategien zur bewussten ärztlichen Einflussnahme auf den kommunikativen Prozess. Dabei findet die Einflussnahme in der Regel eher vor- oder unbewusst statt. Ein Beispiel ist die automatische Veränderung der Stimmlage und Sprache einem Kleinkind oder Säugling gegenüber.

Dieses Anpassungsverhalten kann in der Gesprächsführung konstruktiv genutzt werden.

*Pacing meint das Aufgreifen und subtile Spiegeln non- bzw. paraverbaler Kommunikationssignale des Patienten. Es signalisiert auf der unbewussten Ebene das Einschwingen auf die Wellenlänge des Patienten. Beispiel: der Patient beugt sich beim Sitzen vor, der Arzt beugt sich ebenfalls vor.*

*Komplementär dazu meint Leading ein bewusstes Modifizieren der Wellenlänge des Patienten bzw. das Initiieren einer alternativen Wellenlänge (Stimmlage, Körperhaltung...), welches als Angebot an den Patienten zu verstehen ist. Lässt sich ein Patient auf das Leading unbewusst ein, so hat er die Chance, sich selbst in der Kommunikation alternativ zu erleben, z.B. selbstbewusst und sicher mit fester Stimme und breiter Brust anstatt wie vorher unsicher mit zitternder Stimme und hängenden Schultern (Rückerl 1999).*

**Reframing**

*Beim Reframing wird einem Problem oder Sachverhalt eine andere Sinnhaftigkeit gegeben, indem es in einen anderen Bedeutungszusammenhang gestellt wird.*

Es kann dazu verhelfen, negative Gefühle zu transformieren.

Beispiel: Das aggressive Verhalten eines Kindes könnte als Versuch der Bewältigung einer dauerhaft angespannten familiären Interaktion interpretiert werden.

Beispiel:

„Können Sie versuchen sich vorzustellen, was das Kind Ihnen mit seinem Verhalten (sonst noch) sagen möchte?“

Diese Frage soll dabei nicht in Konkurrenz zur elterlichen Realitätssicht treten, sondern experimentiert mit einer alternativen Sichtweise.

#### Frage an das Kind

„Deine Wut gibt Dir sehr viel Power und Energie, und manchmal schadet sie Dir auch. Meinst Du, wir könnten rausbekommen, wie Du das anders machen kannst?“

Hier kann das Kind zu Assoziationen angeregt werden: welche Farbe und Form hat die Wut, wo steckt sie im Körper, wann kann man sie sehen, welches Tier könnte die Wut sein usf. Mit diesen Bildern kann dann visuell oder kommunikativ gearbeitet werden.

Dazu ein Beispiel besonderer Art (Rückerl 1999):

#### Beispiel:

„Hat Deine Psychotherapie denn dazu geführt, dass Du nachts nicht mehr ins Bett pinkelst“, fragt ein besorgter Freund. Daraufhin antwortet der Klient des Psychotherapeuten: „Meine Therapie war ein voller Erfolg. Ich pinkel zwar immer noch ins Bett, aber jetzt stört es mich nicht mehr.“

### **Metaphern und Geschichten**

Aus neurobiologischer Sicht erweitern bildhafte Umschreibungen von abstrakten Sachverhalten die Aktivität des Gehirns bei der Problemlösung um zusätzliche Areale des analogen Denkens. Weniger technisch ausgedrückt heißt das, Bilder bieten die Chance zu Analogieschlüssen bei der Lösung von Problemen. Die häufig zitierte Legende zu der Entdeckung der chemischen Strukturformel des Benzols zeigt, wie der Chemiker Kekulé bei intensiver Beschäftigung mit diesem Problem von einer Schlange träumte, die sich selbst in den Schwanz beisst. In Folge habe er nach dem Erwachen den Einfall des Benzolrings gehabt.

Wenn wir in der Gesprächsführung analog-bildhafte Umschreibungen anbieten, erhöhen wir die Wahrscheinlichkeit der Problemlösung beim Patienten

Hypnotherapeutisch gesprochen ermöglichen Geschichten im Gegensatz zu einfachen (Vorstellungs-)Bildern dem Patienten das Eintreten in eine Art (Lösungs-)Trance und bieten weit reichende therapeutische Möglichkeiten. Sie stellen eine höhere Stufe therapeutischer Gesprächsführung dar.

Einfache Bilder jedoch sind auch in der Alltagskommunikation präsent, der Einsatz in der Sprechstunde wird oft als hilfreich erlebt. (Therapeut: „Ich kann mir vorstellen, dass Sie sich von der Menge der Informationen geradezu überrollt fühlen...“). Bei Erkrankungen mit

psychogener Komponente wie bei Kopfschmerz ist eine aktive Einbeziehung des Kindes besonders wichtig. Bei Kindern sind Bilder oft in vielerlei Hinsicht hilfreich zur Verständigung: Kinder können angeregt werden, das medizinische Problem auf zuzeichnen:

Frage an das Kind

„Wie sieht Dein Kopfschmerz aus, hat er eine Farbe, eine bestimmte Form? Kannst Du mit ihm sprechen, was würde er sagen, warum er Dich so ärgert, wenn er es könnte?“

## **5. Diagnose**

Das Diagnosegespräch ist als mehrstufiger Prozess zu sehen, welches sich nicht auf ein einzelnes Gespräch beschränkt, vielmehr über mehrere Gespräche und länger hinziehen kann. Die Gespräche sollten mit Empathie und Respekt geführt werden.

Die Macht der Sprache im Diagnoseprozess ist besonders eindringlich: „Fachleute sind in diesen Prozessen nicht einfach ´objektive Beobachter`, sondern sie sind intensiv mit einbezogen. Sie sind mitbeteiligt daran, wie Behinderung erlebt wird, denn diese wird durch den Akt der Versprachlichung und Benennung (auch) eine soziale Konstruktion. Spätestens von dem Moment der Diagnose an reagieren Fachleute nicht nur auf die Behinderung, sondern sie konstruieren die Diagnose mit, mit der sie es zu tun haben.“ (Retzlaff 2010) Die Diagnosephase leitet mitunter einen lebenslangen Bewältigungsprozess ein, die Vielfältigkeit der Faktoren kann gar nicht überschätzt werden, denn es ist neben dem Grad und der Prognose der Behinderung natürlich nicht die Familie und die Partnerschaft allein, welche die Belastung trägt: es sind auch die persönlichen Einstellungen, die kulturelle und religiöse Zugehörigkeit für den Umgang mit Behinderung prägend - wie die Wechselbeziehung zur Umwelt und individuellen Ressourcen und Resilienz- sowie Kohärenzgefühle u.v.m. In diesem empfindsamen Prozess sollte im Team jeweils personell die primäre Zuständigkeit für diese Fragen abgesprochen werden. Wechsel sind natürlich möglich (beispielsweise vom Arzt als medizinischem Ansprechpartner zum Psychologen, der zuständig für die Krankheitsverarbeitung, zum Therapeuten, der besonderen Umgang mit dem Kind hat).

Für diese besonders schwierigen Kommunikationssituationen sollten in einem Kurs Rollenspiele eingeplant werden, in denen beispielhaft geübt wird. Dies schließt den verbalen wie körpersprachlichen Ausdruck wie die sprachliche Vermittlung der Diagnose selbst ein. Es kann auch zusätzlich Filmmaterial als Stimulation genutzt werden. Mitunter ist zur Informationsvermittlung das Zeichnen eines Bildes günstig, diese Technik kann auch gegenüber größeren Kindern und Jugendlichen angewandt werden.

## Vermittlung der Diagnose

Jedes Diagnosegespräch ist individuell, sein Verlauf wird durch die spezifische emotionale Situation der Familie und die Art der Diagnose bestimmt. Bei schwerwiegenden Erkrankungen sollten Diagnosegespräche nach Möglichkeit

- in einem ruhigen Raum
- mit Zeit
- möglichst in Anwesenheit beider Eltern (eventuell in Anwesenheit des Kindes/nach Schwere der Diagnose)
- unter Vermeidung von Fachausdrücken
- in Bezug auf positive und individuelle Merkmale des Kindes
- emphatisch und authentisch

geführt werden.

Ein gemeinsames Schweigen kann wohltuend sein, dabei ist eine entsprechende Körperhaltung wichtig (leicht gesenkter Kopf, entspannte Sitzhaltung, ein in sich hineinhorchender Blick). Es darf nachgefragt werden, ob die Eltern eine Pause brauchen, weitersprechen mögen oder bestimmte Themen auslassen möchten. Auch dürfen eigene Gefühle formuliert werden wie: „Es fällt mir nicht leicht Ihnen heute die molekulargenetischen Ergebnisse mitzuteilen.“

Ebenso sollten die sozialen und familiären Ressourcen der Eltern hervorgehoben oder besprochen werden. Die Ressourcenbetonung beim Kind steht hier an erster Stelle („Ihre Tochter hat ein ganz besonderes Lächeln“). Verbal sollte ein positiver wertschätzender Sprachstil gewählt werden, der Orientierung auf Defizite vermeidet. Medizinische Informationen müssen oft mehrfach wiederholt werden, da Eltern sich bei einer schwerwiegenden Diagnosestellung selbst in einem schockartigen Zustand befinden, die ihnen eine angemessene Informationsverarbeitung unmöglich macht. Es sollte ausreichend Raum und Zeit für Gefühle bereitgestellt werden und es sollte expressis verbis daraufhin gewiesen werden, dass jede Art von Gefühl (Ärger, Verzweiflung, Ablehnung, Wut, Trauer) berechtigt ist, und es keine „falschen“ Gefühle in diesem Zusammenhang geben kann. Dabei ist immer davon auszugehen, dass Eltern nur das wahrnehmen können, was ihrer eigenen Lebensbewältigung in der aktuellen Situation dienlich ist. Mitunter brauchen Familien Jahre, um die Erkrankung ihres Kindes in Gänze zu akzeptieren. Langzeitprognosen sollten vermieden werden, oder falls notwendig, mit aller Vorsicht formuliert und immer auf die Bedeutung individueller Verläufe hingewiesen werden.

Herabsetzende Begrifflichkeiten [s. Straßburg 2008, der verschiedene medizinische Termini als günstiger herausstellt (wie beispielsweise „Fehlbildung“ statt `Missbildung` u.a.m.)] und Äußerungen, die „Schuldzuweisungen“ enthalten, sollten vermieden werden. Negative

Verhaltensweisen eines Kindes wie beispielsweise Aggressivität sollten positiv umschrieben werden:

„Ihr Kind ist sehr aktiv, es möchte am liebsten mit vielen Sachen gleichzeitig spielen und tut sich schwer, wenn Andere das begehrte Spielzeug haben.“ (Herb 1998, Rheinfurt 2010). Coleman nennt die aktive Einbeziehung der psychologischen Bedürfnisse „fürsorgliche Medizin“ (Coleman 1997). Auch in diesem Zusammenhang bieten „Fragen“ eine Möglichkeit der aktiven elterlichen Einbeziehung, wie beim

### **Abwägen**

Wenn es um verschiedene Möglichkeiten der Behandlung geht oder um eine Motivationsbereitschaft oder Adhärenz/Compliance aufzubauen, stellt das Abwägen eine wichtige Rolle dar. Ein Beispiel hierfür: *„Ist es Ihnen wichtiger... oder ...?“*

### **Wissensfragen**

Patienten sind durch medizinische Wissensportale des Internets oder durch das Fernsehen oft bereits informiert oder haben Vorwissen. Es ist deshalb immer sinnvoll, zunächst den Wissensstand des Patienten zu ermitteln. Sei es um seine Kompetenzen zu stärken oder Missverständnisse aufzuklären. Durch Wissensfragen erhält man ganz nebenbei eine hohe Zeitersparnis. Denn wenn bekannt ist, wovon der Patient ausgeht, kann somit gezielter informiert werden.

#### Beispiele:

T: „Haben Sie sich schon einmal schlaugemacht, wie man das therapieren kann?“

T: „Sind Sie informiert, wie es zu Schlafstörungen kommen kann?“

T: „Welche Vorteile versprechen Sie sich von der homöopathischen Behandlung?“

### **Meinungsfragen**

Diese Fragen haben eine ähnliche Funktion wie die Wissensfragen. Sie zielen auf Werthaltungen/Einstellungen der Patienten ab und können bei der Planung der Therapie Missverständnisse aufdecken.

#### Beispiele:

T: „Wie stehen Sie zur Einnahme von Medikamenten?“

T: „Wie stehen Sie zu genetischen Untersuchungen?“

## **Gegenfragen**

Diese Form der Fragen sollten bei unklaren Intentionen von Seiten des Patienten formuliert werden. Sie ermöglichen einen Ebenenwechsel. Zudem kann man sie anwenden, wenn die Frage vom Wesentlichen ablenkt oder ein „Nebenschauplatz“ eröffnet werden soll. Das folgende Beispiel verdeutlicht, was hiermit gemeint ist.

Beispiel - Vollnarkose:

P: „Würden Sie das bei Ihrem Kind machen lassen?“

T: „Können Sie mir sagen, was der Hintergrund für diese Frage ist?“

P: „Ich möchte gern wissen, ob das Risiko wirklich zu verantworten ist, wenn man nicht selber betroffen ist, sind solche Entscheidungen vielleicht zu einfach.“

T: „Ich denke, es ist wichtig diesen Eingriff machen zu lassen. Aber viel wichtiger scheint mir, welches Risiko Sie mit sich vereinbaren können.“

## **6. Schwierige Gesprächssituationen**

Viele Eltern mit einem schwerkranken oder schwer behinderten Kind, aber auch Eltern von Kindern und Jugendlichen mit schweren Verhaltensauffälligkeiten haben häufig einen langen Leidensweg hinter sich, der nicht nur durch die Symptomatik des Kindes, sondern auch durch schlechte Erfahrungen mit dem Umfeld, den Fachleuten und Behörden geprägt ist. Manchmal ist nicht das besondere Kind die Ursache für persönlichen Veränderungen, sondern die Reaktionen der Umwelt, die Eltern verletzen, aggressiv machen oder in den Rückzug treibt. Natürlich ist es schlechterdings auch die Diagnose selbst, welche die Eltern schwer verstört und die sie - dem Überbringer der schlechten Botschaft (=nämlich Ihnen) - übelnehmen müssen. Diese Erfahrungen können oft nicht explizit kommuniziert werden, wirken sich im Kontakt jedoch blockierend aus und können zu Krisensituationen eskalieren. Gleichzeitig müssen die Eltern durch den Trauerprozess hindurchgehen, um dauerhaft wieder Distanz zu sich zu bekommen, mitunter braucht es dafür viele Jahre!

Die Gegenüberstellung zeigt bereits im Umgang mit den Patienten und deren Familien,  
**meine persönliche Haltung ist eine der zentralsten Grundlagen  
für den kommunikativen Prozess**

Umgang mit schwierigen Patientenfamilien	Oder	<b>Hilfen für komplex belastete Familien</b>
Umgang mit Familien mit einem Behinderten	Oder	<b>Hilfen bei der Bewältigung einer Behinderung</b>
Umgang mit Familien mit Migrantenhintergrund	Oder	<b>Hilfen zum besseren Verständnis von Familien mit Migrationshintergrund</b>
Umgang mit Risikogruppen	Oder	<b>Hilfen für Menschen mit besonderen Belastungen, z.B. aus einfachen Verhältnissen, mit Scheidungserfahrung oder anderem</b>
Geschwisterkonfliktbewältigung (Grünzinger 2012)	Oder	<b>Wie können Geschwister behinderter oder chronisch kranken Kindern unterstützt werden?</b>

Beispiel:

Ein Ehepaar mit einem sehr schwer behinderten Kind, das u.a. beatmet und sondiert werden muss, sitzt in der Sprechstunde. Die Eltern verhalten sich äußerst zurückhaltend und distanziert, ein Gespräch kommt fast nicht in Gang. Darauf angesprochen zögern die Eltern den Grund ihres Verhaltens zu äußern. Nach langem Hin und Her erzählen sie, sie hätten vor einiger Zeit in einer Klinik einem Arzt gesagt, dass sie durch die massive Belastung mit ihrem Kind schon den Gedanken hatten, wie es ihnen gehen würde, wenn ihr Sohn normal wäre oder es ihn nicht gäbe. Darauf bekamen sie mit wenigen Worten eine Überweisung zum Psychiater „wegen akuter Gefährdung des Kindes“. Das habe sie geschockt und sehr misstrauisch gemacht.

Die Summe derartiger Erfahrungen ist nicht selten Grund dafür, dass Eltern „schwierig“ werden. Gerade im SPZ sollte sich Zeit dafür genommen werden, diese gemachten Erfahrungen zu ergründen, um Eltern und Familien besser verstehen und ihnen effektiver helfen zu können. Oft wird aus den Augen verloren, dass nicht das Kind allein, sondern die gesamte Familie betroffen ist. Die Tatsache, dass das Kind eine schwere Erkrankung oder Behinderung hat oder jahrelang keine klare Diagnose gestellt worden ist, stellt für die Familie eine tief greifende innere Verletzung und eine massive Belastung dar. Bei Eltern kommt oft an, dass sich die Fachleute um die Symptome kümmern, weniger das Kind und nicht ausreichend die Familie als Ganzes wahrgenommen wird. Natürlich gibt es wie bereits erwähnt häufig Phänomene projektiver Verlagerung von Schuld auf die Fachleute, die nicht rechtzeitig reagiert haben. Auch diese Gefühle von Wut, Ärger und Ohnmacht bilden einen Anteil der Krankheitsverarbeitung, und es erscheint oft wichtig, dies zunächst einfach zu

akzeptieren und/oder verbal zu spiegeln: Bsp. „ich kann mir vorstellen, dass Ihnen das immer wieder durch den Kopf geht, warum diese Untersuchung nicht noch mal stattgefunden hat“. So sagte der Chef einer neonatologischen Abteilung einmal in Anspielung auf diese Überlegungen, ihm sei es lieber, „die Eltern sind sauer auf mich als auf sich“.

Beispiel:

Eine Familie bekommt ein mehrseitiges Gutachten einer Klinik über ihr Kind mit neun Empfehlungen. In einem Gespräch mit einem befreundeten Arzt, der das Gutachten als sehr differenziert und gründlich bewertete, brachen beide Eltern in Tränen aus, da die neun Empfehlungen im Rahmen der Familie mit vier Kindern überhaupt nicht umsetzbar sind, und genau dies Schuldgefühle und daraus Verzweiflung der Eltern ihrem schwerkranken Kind gegenüber auslöst: „Wir werden ihm nie gerecht – wir sind schlechte Eltern.“

Mit diesem Beispiel wird ein Thema angesprochen, das sehr viele Familien belastet – und selten bearbeitet wird: Schuldgefühle. Die Schuldgefühle verursachen oftmals eine tiefe innere Blockade der Eltern, die im alltäglichen Umgang nicht selten paradoxe Reaktionen hervorrufen. Paul Tournier hat hierzu ein empfehlenswertes Buch mit dem Titel: „Die echten und die falschen Schuldgefühle“ geschrieben. Darin unterscheidet er echte und falsche Schuldgefühle. Bei vielen Familien herrschen die falschen Schuldgefühle vor. D.h., es besteht keine konkrete und damit fassbare Schuld, sondern oftmals diffuse, nicht greifbare Schuldgefühle, die die Familie aber erheblich beeinträchtigen, belasten oder gar blockieren (Tournier 1959).

Beispiel:

Die Mutter eines 6 -Jährigen Jungen, der seit dem 4. Lebensjahr aufgrund eines Verkehrsunfalls ab dem zweiten Halswirbel gelähmt ist und im Rollstuhl sitzt, wehrt alle Möglichkeiten der Kommunikationsförderung, insbesondere einen Sprachcomputer, vehement ab. Erst in einem späteren Gespräch gesteht die Mutter, sie habe Angst, dass ihr Sohn ihr die Frage stellen könnte, warum er im Rollstuhl sitzt, denn dies sei durch Fahrlässigkeit des Vaters bei dem Unfall verursacht worden. „Ich habe alle Fotos und Filme der ersten vier Jahre unseres Kindes vernichtet,“ sagt sie.

Die Besonderheiten der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund sind ausgesprochen facettenreich, sie verlangen in jedem Fall spezifische kulturelle Kenntnisse und eine besondere Sensibilisierung der Mitarbeiter (s. dazu Stellungnahme des Fachausschusses Transkulturelle Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin auf [www.dgspj.de](http://www.dgspj.de) unter Service → Stellungnahmen).

## **Krisenintervention:**

Im Falle der Krisenintervention verlangt Gesprächsführung einen kommunikativen Spagat: Auch wenn keine vollständige Lösung zu erreichen ist, ist eine realistische Betrachtung der Situation unter Würdigung der damit verbundenen Belastung und der Nachvollziehbarkeit des Wunsches nach konkreter Entlastung erleichternd. Patienten erwarten keine Wunder – auch kleine Hilfen bieten sich an wie der Versuch, eine praktikable Lösungsmöglichkeit zu finden. Ein wichtiger Faktor in der Krisenintervention ist „Zeit“. Gelingt es Ihnen, dem Patienten zu vermitteln, dass er ernst genommen wird, trägt dies hinreichend zum Gelingen von Krisenintervention bei. Auch wenn Zeit immer eine knappe Ressource und ein limitierender Faktor im Gespräch ist, kann man die Einbeziehung eines Kollegen erwägen, der das Gespräch fortsetzt im Sinne: „Wir gehen nicht auseinander, bevor wir uns sicher sind, eine weitere Perspektive und mindestens ansatzweise eine Entlastung erreicht zu haben.“ Auch sollten im SPZ Notfalltermine reserviert sein, die für dringende Gesprächsanliegen genutzt werden können.

## **7. Psychohygiene**

Viele von uns neigen dazu, sich vorwiegend über die Leistung am Patienten und über die tägliche berufliche Anstrengung zu definieren. Man macht Überstunden bzw. übernimmt Zusatzdienste, „halst“ sich zusätzliche Projekte auf, hat einen übervollen Terminkalender und ist für den Fall der Fälle natürlich immer via Handy erreichbar. Häufig werten wir diesen Zeitdruck als Anzeichen für beruflichen Erfolg. Nur wer diesen Druck hat, leistet auch etwas. Auf Dauer jedoch ist es genau dieser Druck, der uns krank macht. Zeit und Raum für schöpferische „Langeweile“, für Kreativität und Entspannung bleiben häufig auf der Strecke. Aber gerade Menschen, die viel leisten, brauchen einen Ausgleich. Dabei liegt die Ironie darin, dass wir unseren Patienten immer gute Ratschläge für Selbstachtsamkeit und Psychohygiene geben, welche wir selber jedoch eher selten befolgen.

Die Behandelnden müssen auf ihre Selbstfürsorge ebenso achten, wie die  
Behandelten. Zeitmanagement, eine reflektierende Beziehungs- und  
Freizeitgestaltung und eine gute körperliche Selbstfürsorge sind unabdingbar“  
(Sachse)

„Ich beginne die Arbeit immer mit zwei Vorsätzen: Ich will auf mich selbst achten und es soll mir Vergnügen bereiten“ (Kopp 2002). Dieser Satz klingt so einfach und doch ist die Umsetzung so schwer. Um ihnen jedoch die Selbstachtsamkeit/Psychohygiene etwas näher zu bringen, frei nach dem Motto: „Willst Du ein guter Helfer sein, dann schau auch in Dich

selber rein“ (Schulz von Thun 1995), hier einige Anregungen für die Umsetzung der eigenen Psychohygiene.

Ein wesentlicher Schutzfaktor für körperliche und seelische Gesundheit ist ausreichender Kontakt mit anderen Menschen. Hier spielt vor allem das sichere Gefühl von sozialer Geborgenheit und das Vorhandensein von liebenden Beziehungen eine große Rolle.

Merke:

„Zusätzlich bleibt zu bemerken, dass alle Helfer, denen liebevolle Beziehungen im eigenen Leben fehlen, dazu neigen, auch in ihrer Arbeit mit Patienten Kühle und Strenge zu verbreiten“

Wärme und Geborgenheit in Beziehungen sollten sowohl in der Familie, dem Bekanntenkreis und unter Kollegen vorhanden sein.

Übung: soziales Netzwerk

Bitte zeichnen Sie Ihr persönliches Netzwerk auf. Nehmen Sie sich ein Blatt Papier. Schreiben Sie Ihren Namen in die Mitte des Blattes und tragen Sie die Menschen nach Wichtigkeit in die „Umlaufbahn“ um Ihren Namen.

Genauso wichtig für eine erfolgreiche Psychohygiene ist die Fähigkeit, sich anderen gegenüber zu öffnen, bzw. andere an seinen Gefühlen und Gedanken teilhaben zu lassen. Gerade belastende Gefühle lassen sich somit leichter ertragen. Eine solche Fähigkeit setzt Vertrauen voraus. Wenn Sie das Gefühl haben, dass Ihnen gerade das Schwierigkeiten bereitet, können Supervision oder Coaching ein gangbarer Weg sein.

Weitere Grundsäulen der Psychohygiene sind die Selbstachtsamkeit und Akzeptanz. Hier gibt es eine Vielzahl von praktischen Übungen wie beispielsweise Akzeptanzübung, Entspannungsübungen, Handwerkszeug, Ressourcenübungen, positive Anker setzen (Fliegel & Kämmerer 2009).

Die Psychohygiene ist ein weit umfassendes Gebiet, welches ein ganzes Seminarwochenende und mehr füllen würde. Um Sie weiterhin darauf neugierig zu machen und Sie ein wenig zu animieren hier zur konkreten Anwendung eine TOP TEN (nach Kowarowsky 2011) zur Psychohygiene:

1. Tägliche Entspannung – Zeiten der Stille und des Rückzugs (mindestens 30 Minuten täglich)
2. Zeitplanung (Pausen etc.)
3. Was tue ich mir heute Gutes? (Kunst, Kultur etc.)
4. Den eigenen Körper pflegen und trainieren
5. Soziales Netzwerk pflegen
6. Andere um Rat fragen – z.B. der Austausch mit Kollegen zum Beispiel beim Kaffeetrinken (oder: beim Mittagessen) ist oft von „Katastrophenberichten“ geprägt. Warum sollte es dagegen nicht möglich sein, sich gegenseitig die positiven, erfolgreichen, gelungenen Kommunikationen mit Patienten zu berichten.
7. Über eigene Sorgen und Probleme mit Vertrauten sprechen - Wir haben es im Alltag mit Menschen zu tun, mit sogenannten „Fällen“ oder „Kunden“. Das kann an die Substanz gehen. Dabei kann es hilfreich sein, sich regelmäßig mit einer Person des Vertrauens zu treffen, auszutauschen, zu reflektieren, dies ohne geschäftlichen (Erfolgs-) Druck.
8. Sich professionelle Hilfe rechtzeitig holen (Supervision) oder Fallsupervision. Damit sind nicht nur problemorientierte Fallbeispiele gemeint, sondern durchaus auch solche, in der die Kommunikation zwischen Arzt / Therapeut und Patient im Vordergrund steht.
9. Sich regelmäßig fortbilden
10. Neugier und Offenheit für neue Erfahrungen beibehalten

## 8. Literatur

Antons K. Praxis der Gruppendynamik Übungen und Techniken. Hogrefe. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2000

Bateson G, Jackson DD et al. Schizophrenie und Familie. Beiträge zu einer neuen Theorie. Suhrkamp. Frankf. /M. 1969

Coleman D. Emotionale Intelligenz. dtv. München 1997

de Shazer S. Der Dreh. Überraschende Lösungen in der Kurzzeittherapie. Carl Auer. Heidelberg 1993

de Shazer S. Worte waren ursprünglich Zauber. Verlag Modernes Lernen. Dortmund 1996

Fliegel S, Kämmerer A. (Hrsg) Psychotherapeutische Schätze II. dgvt Verlag. Tübingen 2009

Fricke C, Kretzschmar C et al. Qualität in der Sozialpädiatrie (Bd. 2). RS Verlag. Altötting 2007

Freud S. Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In: Studienausgabe, Schriften zur Behandlungstechnik, Ergänzungsband 205-215. Fischer Verlag, Frankfurt/M1913/1975

Grünzinger E. Geschwister behinderter Kinder - Besonderheiten, Risiken und Chancen. Neuried. Care-Line Verlag 2012

Herb G, Streeck S. Konstruktive Gesprächsgestaltung im Prozess der Diagnoseeröffnung. In: Michael T, von Moers A et al. (Hrsg) Spina bifida - interdisziplinäre Diagnostik, Therapie und Beratung. Walter Gruyter. Berlin, New York 1998

Hollmann H, Schmid RG et al. Qualität in der Sozialpädiatrie (Bd. 1). RS Verlag. Altötting 2003

Kopp SB. Triffst Du Buddha unterwegs... Psychotherapie und Selbsterfahrung. Fischer. Frankfurt a.M. 2002

Kowarowsky G. Der schwierige Patient. Kohlhammer. Stuttgart 2011

Langewitz W, Denz M et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. BMJ 2002; 325:682-3.

Luban-Plozza B. Der Arzt als Arznei – Das therapeutische Bündnis mit dem Patienten. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln 1998

Molcho S. Körpersprache im Beruf. Goldmann. München 1997

Prior M. MiniMax-Interventionen. Carl-Auer. Heidelberg 2009

Retzlaff R. Familien-Stärken. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie. Klett Cotta. Stuttgart 2010

Rheinfurt U. Psychologischer Leitfaden. aktion benni &co e.V. 2010

Rogers CR. Therapeut und Klient - Grundlagen der Gesprächspsychotherapie, Fischer. Frankfurt 1993

Rückerl T, Ehrlich J. NLP in Action. Junfermann. Paderborn 1999

Sachse R. Klärungsorientierte Psychotherapie. Hogrefe. Göttingen 2003

Schulz von Thun F. Miteinander reden. Rowohlt. Hamburg 1995

Schlack HG, Thyen U et al. Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Springer Verlag Heidelberg 2009

Stein R. Ärzte ohne Worte. Tagesspiegel vom 6.11.2000/Nr. 17224, S. 29

Straßburg HM, Dacheneder W. et al. (Hrsg) Entwicklungsstörungen bei Kindern. Praxisleitfaden für die interdisziplinäre Betreuung. Urban und Fischer München 2008

Streeck S. Dominanz und Kooperation in der neuropädiatrischen Sprechstunde. In: Brünner, Fiehler G et al. (Hrsg) Angewandte Gesprächsforschung, Bd.1. S. 174 -196. Westdeutscher Verlag. Wiesbaden 1989a

Streeck S. Die Fokussierung in Kurzzeittherapien. Westdeutscher Verlag Opladen 1989b

Tournier P. Echte und falsche Schuldgefühle. Herder – Verlag. Freiburg 1959

Watzlawick P, Beavin JH et al. Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen und Paradoxien. Verlag Hans Huber. Bern, Stuttgart, Wien 1969