

Ist die Wahrheit zumutbar? Wahrheit und Wahrhaftigkeit am Krankenbett¹

Arnold Mettnitzer

„Solange sich in den Krankenhäusern die Ärzte nur für die Körper und nicht für die Seele interessieren, von welcher sie anscheinend soviel wie nichts wissen, müssen wir die Krankenhäuser als Anstalten nicht nur des öffentlichen Rechts, sondern auch des öffentlichen Mordens bezeichnen und die Ärzte als Mörder und ihre Vollzugsgenossen. Als einem sogenannten Privatgelehrten aus Ottning am Hausruck, der wegen einer sogenannten *Merkwürdigkeit* in das Vöcklabrucker Krankenhaus eingeliefert worden war, der Körper vollkommen untersucht worden war, hatte er, wie er in einem Leserbrief an die medizinische Fachzeitschrift *Der Arzt* schreibt, gefragt: *und die Seele?* Worauf ihm der Arzt, der seinen Körper untersucht hatte, geantwortet hat: *seien Sie still!*“²

„Keine Seele“, so lautet der Titel dieser Kurzgeschichte aus Thomas Bernhards „Stimmenimitator“. Auch wenn sie gut erzählt ist, wirkt sie hart, fast gnadenlos, aber manchmal, siehe weiter unten, hat man den Eindruck, dass sie so ganz aus der Luft gegriffen nicht sein kann. Wie sehr auch heute noch unter Ärzten dem Begriff Seele gegenüber Vorbehalt herrscht, ist schwer zu sagen. Immerhin war vor Kurzem in einer österreichischen Tageszeitung vom Rektor einer Medizinischen Universität zu lesen, dass ein guter Arzt Liebe und Verstand brauche, er müsse „von Liebe beseelt und von Verstand geleitet“ sein.³

Der Medizinethiker Matthias Beck beklagt in einem Interview⁴, dass die Medizin den ganzen Menschen aus dem Blick verloren habe. Es fehle die Zeit für Gespräche mit den Patienten. Stattdessen würden Medikamente, vor allem zu viele Psychopharmaka verteilt. Im chirurgischen Bereich könne man manche

¹ Vgl. (Mettnitzer, 2009, S. 59-70)

² (Bernhard, 2003, S. 317)

³ Dr. Josef Smolle, Rektor der Med-Uni Graz in: DER STANDARD vom 18. August 2009, Seite 27. Er zitiert dabei, was Bertrand Russel über das „gute Leben gesagt“ hat.

⁴ in der österreichischen Tageszeitung DIE PRESSE vom 28. Juli 2009, Seite 4. Matthias Beck (53) ist Professor für Moralthologie mit Schwerpunkt Medizinethik an der Universität Wien. Der in Hannover Geborene absolvierte vier Studien: Pharmazie, Medizin, Philosophie und Theologie. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der Stammzellenforschung, des Klonens, der ethischen Fragen der Genetik, der Sterbehilfe und interdisziplinärer Fragen in der Medizin. Beck ist unter anderem Mitglied in der europäischen Akademie der Wissenschaften.

Operation und sogar Organtransplantationen vermeiden, wenn man die Menschen zu einem anderen Lebenswandel bewegen könnte. Dazu aber bräuchte es Prävention, Aufklärung, Bildung und Erziehung sowie Zeit für den Patienten. Weil aber Medizin immer noch vor allem eine „evidence based medicine“, also eine nur aufgrund von objektivierbaren Einsichten und Messbarkeiten geleitete wäre und ihr von den Krankenkassen auch nur für Messbares und Greifbares das Geld bereitgestellt würde, sei die Erfüllung dieses Wunsches wohl noch in weiter Ferne. Weil Gespräche und ihre Wirksamkeit so schwer messbar seien, drücke man sich auch davor, sie zu finanzieren. Darüber hinaus seien Ärzte im Bereich der Gesprächsführung schlecht ausgebildet, deshalb sei die Effizienz dieser Gespräche womöglich niedrig, und deswegen würden sie auch schlecht honoriert. Ein sich selbst lähmender Teufelskreis.

Die Ausnahmesituation als Regelfall

„Leben ist das, was passiert, während wir andere Pläne schmieden.“

Dieses John Lennon zugeschriebene Wort unterstreicht, unter welcher Grundmelodie sich der Alltag in unseren Krankenhäusern abspielt. Den Ärzten, Schwestern und Pflegern im Krankenhaus muss man zuallererst zugutehalten, dass sie tagtäglich hervorragende Arbeit leisten. Ihre Patientinnen und Patienten kommen in der Regel nicht gerne, sondern aus lebenserhaltendem Reflex, geschockt, genervt, gekränkt, voller Angst und Unsicherheit. Mit diesen vermischten Gefühlen in schwierigen Ausnahmesituationen professionell umzugehen braucht viel Geduld und hohe Professionalität.

Die erste Intervention neben aller professionellen Erstversorgung und weiterer medizinischer Betreuung ist und bleibt aber die menschliche Erreichbarkeit. Menschen in helfenden Berufen müssen deshalb in erster Linie „Mensch“ sein, d.h., sich in allen Lebenslagen als Menschen erweisen und bewähren. Erst dann kann das greifen, was berufliche Ausbildung zusätzlich anzubieten hat. Bei ärztlichen Kunstfehlern z. B. ist es erwiesen, dass die Betroffenen nicht in erster Linie deswegen zu Gericht gehen, weil Ärzte Fehler gemacht haben, sondern deshalb, weil Ärzte bei „Kunstfehlern“ ihre Patienten „von oben herab“ behandelt und als Menschen versagt haben.

Ein Gedicht von Susanne Hennemann trägt den Titel „Ein Mensch“⁵:

**„Da findet man einen Menschen
der ein Mensch ist
ein Mensch bleibt
und die Menschen für Menschen hält
weil er ein Mensch ist
Unfassbar
so ein Mensch“**

Das Wort als Instrument der Heilkunst

Das Wort als erstes Mittel menschlicher Heilkunst verdanken wir der Ethik des Kult- und Heilgottes Asklepios. Nicht dass es in Vergessenheit geraten wäre, aber im Wettstreit mit Salbe, Pulver und Messer nimmt es unbezweifelbar den untersten Stellenwert ein. „Zuerst heile durch das Wort, dann durch die Arznei und zuletzt mit dem Messer“, so lautete im Heiligtum des Asklepios noch die Devise.

Matthias Varga von Kibed⁶ unterscheidet in der menschlichen Sprache drei Ebenen, die normative, die deskriptive und die kurative Ebene der Sprache. Normativ ist Sprache dort, wo sie Normen vorgibt und Regeln verkündet, deskriptiv, wenn sie beschreibt, was vorgefunden wird, wie etwa in der Diagnose. Die kurative Ebene stellt aber für die ärztliche Praxis wie für Psychotherapie und Seelsorge die wesentlichste Dimension der Sprache dar. Mit ihr steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Kur wirkt, ein Mensch wieder aufgebaut, ermutigt und geheilt wird. Der Gebrauch der Sprache in der menschlichen Kommunikation ist dann als Instrument „richtig“ und verantwortbar eingesetzt, wenn kurativer, deskriptiver und normativer Anteil je nach Thema und Inhalt in einem ausgewogenen Verhältnis zueinanderstehen.

Die Sprache in der Medizin vereint zumindest zwei Paradoxa in sich: Zunächst einmal ist es für das Verständnis medizinischer Befunde wesentlich, unser umgangssprachliches Verstehen auf den Kopf zu stellen. In der Medizin gilt: Positiv ist negativ und negativ ist positiv. Ein negativer Befund lässt aufatmen und ein positiver erschreckt.

Zweitens behindert eine überaus komplizierte für den internationalen Forschungsdialo g durchaus nützliche Fachsprache den Dialog am Krankenbett. Eine „Übersetzung“ braucht Zeit und Geduld, nicht nur beim

⁵ (Hans Kruppa, 1984, S. 61)

⁶ Matthias Varga von Kibed, (*1950 in Bremen), Logiker und Wissenschaftstheoretiker, gründete 1966 gemeinsam mit Insa Sparrer das SySt/Institut für systemische Ausbildung, Fortbildung und Forschung in München. Schwerpunkt der Arbeit ist die Entwicklung der systemischen Strukturaufstellungen.

Patienten. Die Zeit aber für diese “einfache Übersetzung” bleibt oft trotz guten Willens ein frommer Wunsch. Weiter kann ich mich des Eindrucks nicht erwehren, dass Medizin sich dort, wo sie am wenigsten gesicherte Ergebnisse vorzuweisen hat, gerne hinter einer komplizierten Sprache versteckt. Z. B. ist es der Medizin auch heute noch nicht möglich, sich die Entstehung von Wahnerkrankungen schlüssig zu erklären. Man könnte also sagen: Wir wissen es nicht! Oder: Dabei spielen unübersehbar viele Faktoren eine krankheitsbegünstigende Rolle! Medizinisch geredet hört sich das viel geheimnisvoller an, wenn da etwa von einem “nosologisch unspezifischem Syndrom multifaktorieller Genese” die Rede ist! Das verleitet zu einem Ehrgeiz in die falsche Richtung. Wie auch sonst in unserem beruflichen Alltag, so wünsche ich mir gerade in der Medizin täglich „ein kleines Pfingstwunder”, von denen Adolf Muschg⁷ in einem Interview spricht:

Im Gespräch mit Roman Bucheli wünscht er sich, dass wir die Welt auch in ihren Unbegreiflichkeiten besser begreifen lernen, wenn wir uns über das hinaus, was uns im Moment beschäftigt und/oder quält auch für das interessieren, was andere bewegt oder quält. Im Blick zurück wünsche er sich selbst nichts mehr, als dass er beispielsweise die Physik des 20. Jahrhunderts oder die Errungenschaften der Mathematik so weit verinnerlicht hätte, dass sie ihn auch beim Zähneputzen begleiten. Das Beste, was er von seinem beruflichen Alltag mitgenommen hätte, wären kleine Pfingstwunder gewesen, die sich im alltäglichen Gespräch ereignet hätten. Wenn Kollegiaten verschiedener Disziplinen einander erklären lernten, was sie treiben, hätten sie es plötzlich selbst besser begriffen. Und so wäre das Miteinander zu einem wunderbaren Generator von Kontexten geworden für den Text der eigenen Forschung. Schon in der Bibel habe das Pfingstwunder ja nicht darin bestanden, dass alle dieselbe Sprache gesprochen hätten, sondern dass offenbar jeder die Sprache des anderen zu verstehen begonnen habe. Die Wissenschaften könnten sich das große Wort Lichtenbergs nicht genug gesagt sein lassen: „Wer nur die Chemie versteht, versteht auch die nicht recht.“⁸

Rene Descartes hat den verhängnisvollen Satz gesagt: „Ich denke, also bin ich.“ Seither ist „rationales Denken“ großgeschrieben und alles, was mit „Gefühl“ zu tun hat verdächtig, das Exerzierfeld der „Gutmenschen“ zu sein. Descartes’ Satz hat so eine bis heute andauernde Einseitigkeit bewirkt. Man war der Meinung, dass der menschliche Verstand allein mit den Schwierigkeiten, die sich ihm im Leben entgegenstellen, fertig werden und alle

⁷ Adolf Muschg, Schriftsteller, wurde am 13. Mai 1934 in Zollikon geboren. Nach Studien in Zürich und Cambridge promovierte er über Ernst Barlach. Von 1979 bis zu seiner Emeritierung 1999 lehrte er deutsche Sprache und Literatur an der Eidgenössisch-Technischen Hochschule Zürich, wo er 1997 das Collegium Helveticum als Forum für den Dialog zwischen den Wissenschaften mitbegründete. 1965 erschien sein erster Roman „Im Sommer des Hasen“. In „Der rote Ritter“ gestaltete er 1993 den Parzifal-Stoff zum epischen Roman. Im Jahr darauf erhielt er den Georg Büchner Preis.

⁸ Gespräch Bucheli – Muschg in der Neuen Zürcher Zeitung Nr. 158/2009: (Bucheli, 2009, S. 32)

seine Entscheidungen aufgrund der Vernunft und nüchterner Abwägung treffen müsste. Diese strikte Trennung von Vernunft und Gemüt, von kognitiver Erkenntnis und Gefühl ist bis heute noch nicht beseitigt.

Auch die allgemein anerkannte psychologische und psychiatrische Wissenschaft hatte lange geglaubt, die intellektuellen, kognitiven Fähigkeiten des Menschen und seine emotionalen Eigenschaften und Bedürfnisse getrennt voneinander untersuchen zu können. Im letzten Jahrhundert standen hier Sigmund Freud und der Schweizer Psychologe Jean Piaget als repräsentative Vertreter einander gegenüber. Erst der Schweizer Psychiater Luc Ciompi vermochte in seinem Buch *Affektlogik* zu zeigen, dass es keine Erkenntnis, keine Erfahrung, keinen Wissenszuwachs im Leben eines Menschen geben kann, ohne dass diese von einem bestimmten affektiven Grundton begleitet wären. Damit war klar, dass es den „Nicht-Affekt“ gar nicht geben kann.⁹

Die Macht der Zunge

Worte können aufbauen, oder niederreißen, in die Irre gehen oder ins Schwarze treffen. Worte sind zweischneidige Schwerter. Im Zweiten Testament spricht der Brief des Jakobus in anschaulichen Bildern von der Macht der Zunge: “Wenn wir den Pferden den Zaum anlegen, damit sie uns gehorchen, lenken wir damit das ganze Tier. Oder denkt an die Schiffe: Sie sind groß und werden von starken Winden getrieben, und doch lenkt sie der Steuermann mit einem ganz kleinen Steuer, wohin er will. So ist auch die Zunge nur ein kleines Körperteil und rühmt sich doch großer Dinge. Und wie klein kann ein Feuer sein, das einen großen Wald in Brand steckt.” (Jak 3, 3-5)

In einer Palliativstation eines österreichischen Krankenhauses ereignete sich an einem 30. Dezember folgendes Gespräch zwischen dem betreuenden Arzt und seinem Patienten, der soeben aus den Weihnachtsfeiertagen ins Krankenhaus zurückgekehrt war:

Arzt: Grüß Gott!

Patient: Grüß Gott, Herr Doktor!

Arzt: Wie geht es Ihnen?

Patient: Danke, Herr Doktor, gut! Vor allem habe ich es sehr genossen, Weihnachten daheim mit meiner Frau feiern zu können.

Arzt: Das freut mich für Sie. Denn wahrscheinlich werden das wohl ihre letzten gemeinsamen Weihnachten gewesen sein.

⁹ Vgl. dazu: (Lempp, 1996, S. 149-151)

Oder:

Auf der Lungenabteilung eines österreichischen Krankenhauses fragt der Chefarzt bei der Visite einen Patienten: "Spucken Sie schon Blut?" Der Patient verneint. Darauf erwidert der Chefarzt im Weitergehen: "Das kommt noch."

Wahrheit in diesem Sinne ist eine Zumutung! Zumutbar ist die Wahrheit (eines Befundes) nur, wenn sie mir nicht als nasser Lappen um die Ohren geschlagen, sondern als wärmender Mantel behutsam angeboten wird. Gute Ärzte wissen das, und sie wissen auch, dass sie, was den Krankheitsverlauf eines Menschen betrifft, keine Hellseher sein können. Mit atypischen Verläufen ist immer zu rechnen. Und mit ehrgeizigen Prognosen ist niemandem geholfen.

Natürlich gibt es täglich auch unzählige positive Beispiele empathischer Zuwendung. Ein Chirurg z. B. sagte einer Patientin, nachdem er ihr die Hand gegeben hatte: "Ihre schönen Hände erinnern mich an die Hände meiner Großmutter". Jeden Tag freute sich diese Patientin auf die Visite, weil sie sich nicht nur als Fall ernst genommen, sondern auch als Mensch wertgeschätzt wusste. Ein einziger Satz im richtigen Ton hatte genügt, die Routine zu durchbrechen und einer Patientin das Gefühl zu vermitteln, dass sie in unverwechselbarer Weise wahrgenommen wurde.

In der Umgangssprache hat sich im Deutschen eine interessante Vielfalt unserer Anteilnahme am Befinden unserer Mitmenschen herausgebildet:

Die Frage "Wie geht es Dir?" zielt dabei auf das subjektive Erleben unter Einschluss des unbewussten "Es", so als wollte man sagen, sag mir's, soweit es dir bewusst ist und du "es" sagen kannst.

Mit der Frage "Was hast Du denn?" zielt man eher auf die diagnostische Ebene und sieht in der Krankheit gewissermaßen einen "Besitz", etwas, das man "hat". In der Psychologie spricht man in diesem Zusammenhang auch vom "sekundären Krankheitsgewinn", d.h., die Krankheit ist auch für etwas "gut", sie verschafft uns z. B. eine längst fällige Ruhephase. Die Frage "Was fehlt Dir?" spricht hingegen das menschliche Element und ein persönliches Defizit an, während die Frage "Was ist los mit Dir?" zuerst darauf hinweisen will, dass etwas auch für andere wahrnehmbar aus dem Lot geraten ist.

Solche Fragen stehen im Dienst des Erfassens der Gesamtheit persönlicher Befindlichkeit und meint damit auch die andere Seite der Krankheit und der Gesundheit. Denn Gesundheit und Krankheit sind fließend-dynamische Zustände, die sich durch gezielte Kommunikation und Interpretation schneller erkennen und heilen lassen. Je mehr wir von einer nur aufgrund von objektivierbaren Einsichten und Messbarkeiten geleiteten Medizin zu einer zutiefst menschlichen Medizin voranschreiten, d.h., je mehr wir von der *normativen* über die *deskriptive* zur *kurativen* Sprache am Krankenbett finden, um so größer werden die Erfolgchancen auf allen Ebenen sein können. Auch

für das ärztliche Team und das Pflegepersonal ist es ein beglückendes Gefühl, in glückliche und dankbare Patientenaugen schauen zu dürfen.

Im Umgang mit der Wahrheit am Krankenbett oder in der ärztlichen Praxis lautet die Frage daher nicht mehr nur: Welche Krankheiten hat ein Mensch, sondern: Woran leidet er und was will/kann seine Krankheit als verschlüsselte Botschaft zum Ausdruck bringen. Oder einfacher gesagt: Die Aufmerksamkeit verlagert sich vom Befund zum Befinden, von der Frage „Was haben Sie?“ zur Frage „Wie fühlen Sie sich?“ und „Was kann ich dazu tun, dass sich daran etwas ändert?“ Erwin Ringel hat gern an den Grundsatz eines seiner Lehrer erinnert: Wir müssten, um ihm helfen zu können, einen Patienten zu allererst „wahr“-nehmen, d.h., das, was er uns zeigt oder auch verbirgt, als ein Stück der Wahrheit anerkennen und ihm so sein „Sein“ lassen.

Leitlinien für Gespräche am Krankenbett

Die Grundvoraussetzungen für ein gutes Gespräch sind vergleichbar mit den Grundvoraussetzungen für eine gute Rede: Anstatt sich vor dem Publikum zu fürchten, sollte ein Redner sich überlegen, ob es nicht gute Gründe gibt, das Publikum, vor dem er sprechen wird, zu „mögen“. Das Publikum spürt, was ein Redner von ihm hält und genauso spürt es auch ein Gesprächspartner im Vieraugengespräch, in welcher emotionalen Verfassung ihm der Andere gegenüber sitzt. Es lohnt sich in der Vorbereitung, negative Gedanken in positive zu verwandeln. Positive Gedanken schaffen ein besseres Klima. Anstatt zu denken: „hoffentlich vergesse ich nichts“, wobei man sich dabei auf das konzentriert, was schiefgehen könnte, ist der Gedanke: „Ich habe etwas Brauchbares zu sagen“ um vieles hilfreicher und schafft eine besseres Klima.

Darüber hinaus ist beim Einzelgespräch aber das Einfühlungsvermögen und das Vertrauen zwischen den Gesprächspartnern von zentraler Bedeutung. Zuallererst muss der Raum, in dem das Gespräch stattfindet, dafür geeignet sein. So habe ich vor ein paar Jahren bei meinem ersten Besuch den Warteraum einer Arztpraxis nach ein paar Minuten wieder verlassen, weil ich mit allen anderen Wartenden das Arzt-Patienten-Gespräch aus dem Behandlungsraum mühelos mitverfolgen konnte/musste. Eine weitere wichtige Voraussetzung für ein gutes Gespräch am Krankenbett ist die zur Verfügung stehende Zeit. Je mehr Zeit angeboten wird, umso weniger Druck lastet auf dem Gespräch.

Helga Lemke¹⁰, eine Pionierin in diesen Fragen, war Professorin für Psychologie und seelsorgliche Gesprächsführung am Fachbereich Religionspädagogik der evangelischen Hochschule Hannover. Dort prägte sie in über dreißigjähriger Arbeit die Ausbildung von Diakoninnen und Diakonen und begleitete Pastorinnen und Pastoren in Oldenburg, Sachsen und Schaumburg-Lippe. Ihre Kurse in partnerzentriertem Zuhören waren von so nachhaltiger Art, dass sie von Ärzten gebeten wurde, einen Arzt-Seelsorge-Kursus als Training für aktives Zuhören anzubieten. Ärzte und Ärztinnen wollten gemeinsam mit Seelsorgerinnen und Seelsorgern das Zuhören „trainieren“. Einige der dabei immer wiederkehrenden Schwerpunkte bilden die Grundlage für die folgenden vom Autor geringfügig ergänzten Leitlinien, die natürlich keine festgeschriebenen Gesetze, sondern Orientierungshilfen sein wollen.

- 1. Zuhören können setzt uneingeschränkte Aufmerksamkeit voraus. Die Intensität unserer Aufmerksamkeit lesen Gesprächspartner aus den Augen ihres Gegenübers, darin zeigt sich, wie „präsent“ sie sind. Aktives Zuhören setzt Übung voraus. Dabei ist der Andere im Mittelpunkt des Interesses. Das bedeutet auch: Zurückhaltung mit eigenen Beiträgen fördert die Entfaltungsmöglichkeit des Gesprächspartners.**
- 2. *Nicht unterbrechen*, wenn der Partner sich stark selbst exploriert. *Unterbrechen*, wenn er zu viele Gefühle anbietet oder zu sehr im Erzählen äußerer Sachverhalte bleibt. Es lohnt sich, durch vorsichtiges Einladen und Nachfragen nach dem Kern des Problems zu fragen.**
- 3. Pausen gewähren und selber Pausen aushalten. Das ist eine der schwersten Herausforderungen eines Gesprächs. Aber gerade in Gesprächen mit sehr ernstem Inhalt und in schwierigen Lebenslagen ist das Aushalten-Können von Pausen ein wesentlicher Liebesdienst, der für den Partner als wohltuend empfunden wird. Jedes gute Gespräch kommt aus gesammelter Stille, braucht diese zwischendurch, um das Besprochene auch ankommen zu lassen und verdauen zu können, und führt wieder in die Stille, die als wohltuend empfunden wird.**

¹⁰ Helga Lembke, * 1926 in Stettin, war 1975-1989 Professorin für Psychologie und seelsorgliche Gesprächsführung am Fachbereich Religionspädagogik der evangelischen Fachhochschule Hannover. Auf Bitten von Ärzten begründete sie einen Arzt-Seelsorge-Kursus als Training für Ärzte und Seelsorger im aktiven Zuhören. Literatur: (Lembke, 1992)

- 4. Jede Äußerung wichtig nehmen. Mitunter wird das Problem in einer nebensächlichen Äußerung signalisiert. Manchmal versteckt/verdeckt sich nach meiner Erfahrung die Lösung eines Problems hinter Formulierungen, die am Anfang oder zum Abschluss eines Gespräches fallen, gewissermaßen im Weggehen oder im Vorfeld, wo das Gespräch vermeintlich noch gar nicht begonnen hat...**
- 5. Auf das achten, was nicht gesagt wird: „Bitte höre, was ich nicht sage!“ Das Wesentliche kommt oft verdeckt, maskiert, verkleidet daher, es artikuliert sich hinter den Worten und zwischen den Zeilen, es legt sich schweigend dar. Ein wesentlicher „Gesprächspartner“ in solchen Momenten sind Augen und Hände. Wie Augen blicken und was Hände tun während nicht gesprochen wird, gibt eine Ahnung davon, was im Inneren des Gesprächspartners vor sich gehen mag.**
- 6. Vorsichtiges Eingreifen bei Formulierungsschwierigkeiten, bei der Prüfung, ob man richtig verstanden hat, bei starken Ängsten. Nachfragen, wie das Gehörte zu verstehen ist, ob man richtig verstanden hat, und auch zusammenfassen, was man glaubt verstanden zu haben.**
- 7. Auf sich selbst achten. Gelingt es mir, eine partnerschaftliche Haltung zu verwirklichen, aufgrund eigener emotionaler Betroffenheit das Gespräch nicht zu stören, durch Beobachtung Übertragungsphänomene bei mir und beim Partner zu erkennen, mein Verhalten selbstkritisch zu reflektieren.**
- 8. Keine Urteile fällen. Das positive und negative Urteil ist durch eigene Wertmaßstäbe gekennzeichnet. Wertungen lösen Ängste aus und wenden die Aufmerksamkeit des Gespräches vom Patienten weg.**
- 9. Keine Ratschläge erteilen. Das Erfassen einer persönlichen Situation ist kaum möglich. Die Selbstständigkeit des Partners wird durch Ratschläge beeinträchtigt. Merke: Ratschläge können sehr leicht zu Schlägen werden!!**
- 10. Bemitleidende Worte vermeiden. Sie verstärken negative Emotionen oder führen zu Auflehnung und Protest.**
- 11. Keine gönnerhafte Haltung oder schnell tröstende Worte. Der Partner fühlt sich nicht ernst genommen und merkt, wenn Trost aus zu eifriger Routine zugesprochen wird.**

- 12. Fragestellungen vermeiden. Nur so wird die Achtung vor der Persönlichkeit des Partners gewährt, andernfalls zwingt man ihn zu Aussagen, die ihm vielleicht unangenehm sind, oder schafft Extremsituationen.**
- 13. Möglichst detailliert sachliche Informationen geben. Zurückhaltung von Informationen stört das Vertrauensverhältnis oder wird als unecht empfunden.**
- 14. Nicht die eigenen Gefühle und Empfindungen auf den Partner übertragen. Auf dessen Empfindungsmöglichkeiten zu achten, fördert die Einsicht in die Zusammenhänge seiner Gefühle.**
- 15. Nichts in den Gesprächsverlauf hinein manipulieren. Geduld und Toleranz, auch wenn man als Berater Zusammenhänge mitunter schneller übersieht, geben dem Partner die Chance, sein Problem selbst zu lösen.**
- 16. Rechtzeitig von äußeren Gegebenheiten auf die emotionale Ebene kommen. Das erspart Zeit, da die Verarbeitung einer Problematik nur auf emotionaler Ebene möglich ist. (Jeder unserer Gedanken ist von Affekten begleitet)**
- 17. Das Gespräch in die Gegenwart führen. Was von der Vergangenheit berichtet wird, hat noch Gegenwartsbedeutung. Leitfrage für den Zuhörer: „Warum erzählt er/sie das?“**
- 18. Auf Widersprüche nur vorsichtig aufmerksam machen. Konfrontation führt zu Unsicherheit und ängstlicher Selbstbeobachtung.**
- 19. Sich nicht in intellektuelle Auseinandersetzungen einlassen. Je intellektueller, sachbezogener ein Gespräch geführt wird, desto mehr verbirgt es das eigentliche Problem. Rationalisierungen sind oft symptomatisch für Kommunikationsängste („organisierter Widerstand“).**
- 20. Möglichst nicht über eine Äußerung lachen oder Verwunderung ausdrücken. Andernfalls entsteht das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden.**

Literaturverzeichnis

Bernhard, T. (2003). *Erzählungen. Kurzprosa. Werke 14*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Bucheli, R. (2009). Die bodenlose Trauer ist mit der grundlosen Helle irgendwo verwandt. *Neue Zürcher Zeitung. Internationale Ausgabe Nr. 158*, 32.

Hans Kruppa, H. (1984). *Gedichte gegen den Frust*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.

Lembke, H. (1992). *Seelsorgerliche Gesprächsführung. Gespräche über Glaube, Schuld und Leiden*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Lempp, R. (1996). *Die autistische Gesellschaft. Geht die Verantwortlichkeit für andere verloren?* München: Kösel.

Metznitzer, A. (2008). *Couch & Altar. Erfahrungen aus Psychotherapie und Seelsorge*. Wien - Graz - Klagenfurt: Styria.

Metznitzer, A. (2009). *Klang der Seele. Sinn suchen, trösten, ermutigen in Psychotherapie und Seelsorge*. Wien-Graz-Klagenfurt: Styria.