

Schnura / Müller-Schoppen Kommunikation und Beratungskompetenz für Heilpraktiker

Leseprobe

[Kommunikation und Beratungskompetenz für Heilpraktiker](#)

von [Schnura / Müller-Schoppen](#)



<http://www.narayana-verlag.de/b4647>

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.

Narayana Verlag GmbH
Blumenplatz 2
D-79400 Kandern
Tel. +49 7626 9749 700
Fax +49 7626 9749 709
Email info@narayana-verlag.de
<http://www.narayana-verlag.de>

In unserer [Online-Buchhandlung](#) werden alle deutschen
und englischen Homöopathie Bücher vorgestellt.


Narayana Verlag

3 Gesprächsführung

Gesprächsführung funktioniert nach verschiedenen beschreibbaren Regeln. Eine Reihe von Kommunikationsregeln haben wir Ihnen bereits im ersten Kapitel vorgestellt. Jetzt beschreiben wir die Prozesse während eines Gespräches genauer.

3.1 Zuhören

Es gibt verschiedene Arten des Zuhörens. Typischerweise werden Pseudo-Zuhören, aufnehmendes Zuhören, umschreibendes Zuhören und aktives Zuhören unterschieden.

3.1.1 Die vier Arten des Zuhörens

Beim **Pseudo-Zuhören** geht es dem Beteiligten lediglich darum, möglichst schnell selbst wieder zu Wort zu kommen und den Gesprächspartner mit als dafür hilfreich bewerteten Floskeln wie „Ich verstehe“ abzuspeisen. Dieses Pseudo-Zuhören finden Sie am Frühstückstisch lange verheirateter Paare oder bei Gesprächen in Kneipen, bei denen es sehr darauf ankommt, das Wort schnell wieder an sich zu reißen. Einwürfe des Gesprächsgegners werden häufig mit einem „Ja, aber ...“, noch häufiger mit einer „Nee, aber ...“ beantwortet und beiseite gewischt. Man ist laut und schnell im Gespräch, es ist ein Kampf, am Ende ist man erschöpft und hat das Gefühl, nichts wurde gesagt.

Beim **aufnehmenden Zuhören** lauscht der Zuhörer aufmerksam dem Gesagten und stellt eigene Antwort- und Frageimpulse gekonnt zurück und signalisiert dem anderen anhand der eigenen Körpersprache, dass man aufmerksam folgt. Die Aktivität bleibt beim Redenden. Das kann von Vorteil sein, wenn der Sprecher klar strukturiert ist und vielseitig seine Situation beschreibt, es kann aber auch in eine Falle hineinführen, aus der der Sprecher nicht herauskommt. Das aufnehmende Zuhören ist in der Anfangsphase eines therapeutischen Gespräches sinnvoll, um sich in der Welt des Patienten zu orientieren.

Beim **umschreibenden Zuhören** gibt der Zuhörer das Gesagte mit eigenen Worten wieder, wobei er sich auf die Sachebene beschränkt. Er be-

dient sich der Technik des Paraphrasierens (siehe Kapitel 3.6.8), wobei er in eigenen Worten wiedergibt, was er gehört und auch verstanden hat. Der Zuhörer bemüht sich aktiv und intensiv, den Patienten richtig zu verstehen und Missverständnissen vorzubeugen, indem er eigene Worte benutzt und mit der Frage verbindet: „Verstehe ich Sie richtig ...“.

Gutes oder **aktives Zuhören** erleichtert dem Patienten in einer schwierigen Situation das Sprechen. Woran erkennt man aktives Zuhören?

3.1.2 Merkmale des aktiven Zuhörens

Zustimmende Geräusche: Sogar am Telefon können Sie Ihrem Gesprächspartner das Gefühl geben, dass Sie ihm aufmerksam zuhören, indem Sie diese kleinen, kaum wahrnehmbaren Geräusche machen, wie „Mhm“, „aha“ oder ähnliche Laute.

Lächeln: Einigen Menschen gelingt auch am Telefon so zu lächeln, dass der Anrufende das spürt. Lächeln Sie, behalten Sie mit ruhigem Blick Ihren Gesprächspartner im Auge und lächeln Sie ihn hin und wieder an. Wenn Sie das mit einem kleinen, fragenden „ja?“ verbinden, gewinnen Sie das Herz Ihres Gesprächspartners, bevor ihm das bewusst wird.

Feedback: „Verstehe ich Sie richtig...?“ ist eine Frage, die den Kontakt zum Gegenüber hält und dafür sorgt, dass Sie auf einer Wellenlänge bleiben. Geben Sie das Gehörte kurz und mit eigenen Worten wieder, so fühlt sich der Patient verstanden.

Gestik und Mimik, die **Empathie** erkennen lassen: Sie werden von Lebensgeschichten zu hören bekommen, die manches Mal traurig oder tragisch sind, immer aber dazu geführt haben, dass Ihnen dieser eine Mensch nun gegenüber sitzt. Zeigen Sie ihm, dass Sie mitempfinden.

Fragen Sie. Fragen Sie Ihren Patienten, was er dabei empfunden hat, was er daraufhin getan hat, wie es ihm ergangen ist, was danach geschah, ob er eine Erklärung für die Ereignisse hat und so weiter. Damit geben Sie einem Menschen

am ehesten das Gefühl, dass Sie an seinem Bericht interessiert sind und dass Sie mehr davon hören wollen. Fragen stellen ist eine der wichtigsten Strategien unseres Berufes: Wir brauchen so viele Informationen wie möglich, um sicher sein zu können, dass wir die Situation eines Patienten richtig einschätzen. Fragen Sie die Verhältnisse auch noch einmal von einer anderen Seite und aus einer neuen Perspektive heraus ab.

Aktives Zuhören ist die Fähigkeit, auf den Ebenen der Sachinformation, der Selbstoffenbarung, der Beziehungsebene und der Appellebene (siehe Kapitel 1.2.2) im richtigen, das heißt vom Patienten, dem Sender gewünschten Maße zuzuhören.

3.1.3 Faktoren für gutes Zuhören

Drei erlernbare Faktoren kennzeichnen gutes Zuhören: Rapport, Pacing und Leading.

- **Rapport** ist der gute Draht zum Gesprächspartner. Der Zuhörer stellt sich auf die Welt des Sprechers ein, er versucht nur, ihn zu verstehen. Dieses Zuhören wird durch den Blickkontakt dokumentiert, der aufmerksam und trotzdem ungezwungen ist.
- **Pacing** ist eine Art von Spiegeltechnik, die z. B. auch beim Flirten gut funktioniert. Der Zuhörer spiegelt den Sprechenden, indem er mit einer kleinen zeitlichen Verzögerung die Bewegungen und Haltungen des Sprechers nachvollzieht. Dies so erscheinen zu lassen, dass es sich nicht um ein Nachäffen handelt, was es natürlich auch nicht sein soll, ist Übungssache. Menschen berichten davon, dass sich das Pacing bei einem ernst gemeinten Flirt von selbst einstellt und als Zeichen der Übereinstimmung gefühlt wird.
- **Leading** bedeutet, den Sprecher langsam und behutsam zu einer neuen Art des Denkens, Fühlens und Handelns zu führen, beispielsweise, indem Sie dem Patienten Anekdoten aus Ihrer Erfahrung erzählen, in denen seine Geschichte vorkommt, die aber ein ungewohntes und positives Ende genommen haben.

Beim aktiven Zuhören erfasst der Zuhörer nicht nur das inhaltlich Gesagte, sondern auch das tatsächlich Gemeinte sowie die mitschwingenden Gefühle des Sprechenden und gibt alles in eigenen Worten wieder, um dem anderen zu signalisieren,

dass und was alles (vollständig) angekommen ist. Aktives Zuhören ist die hohe Kunst des Zuhörens, es gibt dem Sprecher nicht nur das Gefühl, dass er gehört wurde, sondern auch, dass er mehr sagen konnte, als er vorher wusste.

Michael Ende beschreibt in seinem Buch *Momo* ein Mädchen, dessen besondere Stärke es war, Menschen so zuzuhören, dass sie befriedigt heimgingen. Häufig sind es Kleinigkeiten, die aktives Zuhören ausmachen. Der aktive Zuhörer imitiert die Haltung des Sprechenden, beobachtet dessen Gesicht, stellt weiterführende und effektive Fragen, wechselt – in Abhängigkeit zum Gesagten – zwischen Nähe und Distanz zum Sprecher, er lässt kleine Geräusche der Aufmerksamkeit hören und so weiter.

Bedingungen nach Rogers

Wesentliche Elemente des aktiven Zuhörens nach Rogers (1999) sind die folgenden drei Bedingungen:

- empathische und offene Grundhaltung,
- authentisches und kongruentes Auftreten sowie
- Akzeptanz und bedingungslose positive Beachtung der anderen Person.

3.1.4 Leitlinien für aktives Zuhören

Alan J. Reiman und Lois Thies-Sprinthall entwickelten in *Mentoring and Supervision for Teacher Development* acht Leitlinien für die Anwendung des aktiven Zuhörens in der Lehrerbildung (Reiman u. Thies-Sprinthall 1997), die wir für die Arbeit des Therapeuten umformuliert haben:

- Machen Sie sich bewusst, dass Patienten wahrscheinlich viele starke Gefühle hegen, wenn sie ihre Reise antreten. Wenn der Therapeut das Vertrauen des Patienten gewinnen kann, stellen sich viele Gelegenheiten zum aktiven Zuhören ein.
- Versuchen Sie herauszufinden, wann aktives Zuhören angebracht ist. Wenn die Mitteilung des Patienten keine besondere Besorgnis erkennen lässt, ist aktives Zuhören vielleicht momentan nicht notwendig.
- Fassen Sie sich immer so kurz wie möglich, wenn Sie Ihr Verständnis der Gedanken, Gefühle oder Sorgen Ihres Patienten ausdrücken oder Nachfragen stellen. Weniger ist mehr.
- Seien Sie sich bewusst, dass die Fähigkeit zum aktiven Zuhören Zeit benötigt, um sich zu ent-

wickeln. Am Anfang kommt man sich oft sehr hölzern und ungemütlich in seiner Rolle vor. Akzeptieren Sie dieses Gefühl als Teil des Lernprozesses.

- Lernen Sie, sorgenvollen Äußerungen von Patienten aktiv zuzuhören und ihnen notwendige Rückmeldungen zu geben. Wenn Ihnen keine notwendige und wichtige Information einfällt, dann hören Sie lieber schweigend zu, statt Überflüssiges zu sagen.
- Respektieren Sie Vertraulichkeit. Aktives Zuhören ermutigt Patienten, sich zu öffnen. Machen Sie sich klar, dass das, worüber geredet wird, vertraulich ist.
- Vertrauen Sie auf die Fähigkeit Ihrer Patienten, Probleme selbst zu lösen. Es ist wichtig, durch das Stellen von Aufgaben Lernprozesse anzure-

gen und durch Beratung zu unterstützen; aber zum effektiven Lernen gehört, Problemlösungen selbst zu suchen und auszuprobieren.

- Machen Sie sich klar, dass aktives Zuhören Kraft kostet. Wenn Ihre Batterien gerade schwach sind, wird Ihnen aktives Zuhören sehr schwerfallen. In einem solchen Fall ist es weise, sich für einen anderen Zeitpunkt zu verabreden.

3.1.5 Irrtümer über das aktive Zuhören

Es gibt eine Reihe von Irrtümern über das aktive Zuhören, die Prof. Lyman K. Steil beschrieben und durch psychologische Untersuchungen widerlegt hat (Steil et al. 1986; **Tab. 18**).

Tab. 18 Aktives Zuhören: Falsche Annahmen und ihre Widerlegung (Steil et al. 1986).

Irrtümer	Untersuchungsergebnisse und Folgerungen
Zuhören ist vor allem eine Sache der Intelligenz	Mit Hilfe von Untersuchungen konnte diese These nicht bestätigt werden. Es wurde allerdings festgestellt, dass sehr aktive und einsatzfreudige Menschen auf Grund ihrer intensiven Zielstrebigkeit häufig die schlechteren Zuhörer sind.
Zuhören ist eng mit dem Hörvermögen verbunden.	Nur bei erheblichen Einschränkungen des Hörvermögens wird die Fähigkeit des Zuhörens stark beeinträchtigt. Hiervon betroffen sind in der Regel jedoch nur Menschen mit alters- oder krankheitsbedingten Defekten im Hörapparat.
Tägliches Zuhören ersetzt das Üben.	Obwohl das Zuhören für beinahe jeden Menschen normal ist, wird die durchschnittliche Leistung des Zuhörens nur mit ca. 25% beziffert. Diese kann auch durch häufigeres Zuhören nicht signifikant verbessert werden, wenn nicht gleichzeitig die dahinterstehenden Kommunikationsgewohnheiten grundsätzlich geändert werden.
Da der gebildete Mensch in der Schule bereits Lesen und Schreiben gelernt hat und aufmerksam sein musste, wissen wir auch, wie man richtig zuhört.	Diese Annahme führt dazu, dass die Fähigkeit zum effektiven Zuhören als erlernbare Fähigkeit von den Bildungssystemen vernachlässigt wird.
Lesen zu lernen ist wichtiger, als Zuhören zu lernen.	Der Mensch nimmt auditiv etwa dreimal mehr Informationen auf als beim Lesen. Da der menschliche Hörapparat im Gegensatz zum Auge zudem in der Lage ist, ohne Ermüdung ununterbrochen Signale aufzunehmen und weiterzuleiten, vertieft die pädagogische Betonung des geschriebenen Wortes den falschen Kanal.
Gutes Zuhören ist eine Sache des Willens.	Willenskraft ist für Empathie und Verständnis nicht elementar erforderlich. Die willentliche und bewusste Auseinandersetzung mit dem Gegenüber weist vielmehr einen starken Zusammenhang mit Freundlichkeit und innerer Zuwendung auf.
Zuhören ist passiv und erfordert weder Geschick noch Anstrengung.	Das Gelingen einer guten Kommunikation hängt zu 51% vom Zuhörer ab. Wird unter Zuhören nicht nur die rein akustische Aufnahme der Botschaft verstanden, sondern auch das inhaltliche Erfassen, dann wird deutlich, dass das Zuhören ein ebenso aktiver (und anstrengender) Prozess ist wie der des Sprechens.

Die Erfahrung, dass Fragen oft etwas Bohrendes haben, lässt uns für das aktive Zuhören plädieren. Um das Verfahren zu beschleunigen, ist das erweiterte aktive Zuhören hilfreich, was allerdings die Gefahr der Unterstellung in sich birgt. Der nicht adäquaten Unterstellung kann und soll der Patient widersprechen, dennoch steht dieser unter Stress und wird sicher nicht immer Einspruch anmelden.

3.2 Verschiedene Frageformen

Heilpraktiker und Heilpraktiker für Psychotherapie müssen sich ein umfassendes Bild über Ihren Patienten machen und benötigen dazu viele Informationen von ihm. Um diese zu erfragen, gibt es unterschiedliche Herangehensweisen.

Wer fragt, führt, heißt es, und das bedeutet, dass Sie durch die Fragen an Ihren Patienten die Richtung bestimmen, in der sich das Gespräch entwickeln soll. Die häufigsten Fragetypen und die entsprechenden Erläuterungen finden Sie in **Tab. 19** (S. 56).

In der systemischen Theorie und Therapie ist eine neue Art von Fragen entwickelt worden, die wir Ihnen an dieser Stelle vorstellen wollen. Sie hat sich als Strategie der Umdeutung, der Umorientierung bewährt.

3.2.1 Zirkuläre Fragen

Ein Sonderfall ist das zirkuläre Fragen. Es wurde in der systemischen Therapie (z.B. Simon 1999) erstmals systematisch angewendet und hat einige verblüffende Erfolge. Der Begriff des kreisförmigen Fragens (zirkulär) bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Sie Ihren Patienten die Perspektive mehrmals wechseln lassen. Er soll sich seine Situation von außen anschauen, vor allem aus der Sicht seines nicht anwesenden Kommunikationspartners. Der Perspektivwechsel relativiert die eigene Perspektive und erleichtert das Verständnis dafür, dass viele Schwierigkeiten und Probleme auf dysfunktionales Verhalten zurückzuführen sind und nicht darauf, dass der Patient in irgendeiner Weise falsch ist.

Es besteht im Wesentlichen in der Aufforderung, seine Situation aus der Position Beteiligter oder Unbeteiligter zu betrachten, aus der Sicht des Partners oder eines Freundes: „Nehmen Sie einmal an, Sie wären in der Position Ihres besten

Freundes, was würde der Ihnen sagen? Und was würde Ihr Sohn zu dieser Forderung sagen?“

Auch unterschiedliche Positionen sind für das zirkuläre Fragen geeignet: „Nehmen Sie einmal an, Ihr Problem wäre gelöst. Wie würden Sie sich dann fühlen? Was wäre anders als jetzt? Woran würden Sie erkennen, dass das Problem gelöst ist?“ Oder: „Wenn Sie wollen, dass sich Ihr Befinden verbessert, wie müssen Sie das anstellen?“, „Wenn Sie Ihr Problem Ihrem besten Freund vorstellen würden, was würde der Ihnen empfehlen?“

Der Perspektivwechsel erlaubt es dem Patienten, seine eigene Situation mit anderen Augen anzuschauen. Dadurch eröffnen sich neue Möglichkeiten des Handelns.

Frageprinzipien nach Simon

Simon und Rech-Simon (1999) unterscheiden allgemeine und spezielle Frageprinzipien (**Tab. 20**, S. 57). Die allgemeinen Fragen beziehen sich auf die Ergründung der problematischen Situation. In den speziellen Fragen wird der Zusammenhang des Symptoms mit dem System ergründet.

Es gibt eine Frage, mit deren Beantwortung sich bei Ihrem Patienten vieles in Bewegung setzen kann. Diese Frage lautet: „Was müssen Sie tun, um Ihre Situation zu verschlimmern?“ Die spontane Antwort einiger Patienten lautet „Nichts!“

Diese Frage ist geeignet für Patienten, die glauben, ihre Erkrankungen, beispielsweise eine chronische Bronchitis, habe nichts mit ihrem Verhalten, beispielsweise dem Rauchen zu tun. Darüber hinaus lässt die Beantwortung der Frage den Patienten krankmachende Verhältnisse erkennen. Die Entscheidung zur Veränderung muss dann in der nächsten Zeit gefällt werden. Es ist möglich, dass der Weg bis zur Veränderung lang ist, aber auch dieser lange Weg beginnt mit dem ersten Schritt, und die Antwort auf die **Frage nach der Symptomverschlimmerung** kann der erste Schritt sein.

Erhellend kann auch folgender Vorschlag sein: „Nehmen Sie einmal an, ich begleite Sie unsichtbar in die für Sie problematische Situation. Nun sollen Sie mir demonstrieren, wie sich Ihr Problem im Alltag darstellt. Dazu haben Sie eine halbe Stunde Zeit. Was müssen Sie tun, um Ihr Problem innerhalb dieser halben Stunde auszulösen und zu einem deutlich erkennbaren Höhepunkt zu treiben, sodass ich den Wesenskern Ihres Problems erkennen kann?“

Tab. 19 Verschiedene Fragetypen und ihre Auswirkungen.

Fragetyp	Beispiel	Erläuterung	Praxisrelevanz
offene Fragen	„Was führt Sie zu mir?“	Die Antwort bleibt vollständig dem Gefragten überlassen, er kann sagen, was er sagen will. Die Antwort kann je nach Patient sehr umfangreich ausfallen.	Jeder Therapeut kennt Patienten, die regelmäßig gebremst werden müssen, weil ihr Bedürfnis nach sprachlichem Ausdruck ausgeprägt ist. Diese Frageform erschafft Freiraum und Vertrauen zugleich, sollte also zu Beginn des Gesprächs und bei Patienten eingesetzt werden, die Sie noch nicht kennen.
offene Fragen mit Suggestion	„Bei welchem Problem kann ich Ihnen helfen?“	In der Frage ist eine Suggestion enthalten. In diesem Fall haben wir zwei Suggestionen: Der Gesprächspartner hat ein Problem und ich kann ihm helfen.	Dieser Fragetyp ist angebracht bei Patienten, die hilflos und ratlos sind. Er gibt eine Denkrichtung vor, die dem Patienten hilft, in eine bestimmte Richtung zu schauen.
geschlossene Fragen	„Haben Sie das Problem oder hat es Ihr Partner?“ „Haben Sie das erst seit letzter Woche oder hatten Sie das schon vorher?“	Es werden nur zwei Möglichkeiten gelassen.	Diese Fragen sind zeitsparend und setzen den bewussten Zuhörer voraus, da der Fragende die Alternativen aufgrund seiner Beobachtungen aus dem bunten Strauß der Möglichkeiten auswählt. Der Patient, der Verantwortung gerne abgibt oder sie nicht bekommt, wird mit dieser Art der Fragestellung Schwierigkeiten haben.
Ja-Nein-Fragen	„Haben Sie das schon länger?“ „Haben Sie dabei auch Bauchschmerzen?“	Diese Art der Frage ist eine reine Sachinformationsfrage.	Wenn Sie kurze und klare Aussagen brauchen, ist dieser Fragetyp angebracht. Biographische Zusammenhänge erfahren Sie damit nicht.
suggestive Fragen (siehe auch unten)	„Möchten Sie das nicht allmählich loswerden? Schlagen Sie sich mit diesem Problem nicht schon viel zu lange herum?“ „Finden Sie das nicht auch eigenartig?“ „Meinen Sie nicht, Sie sollten mit dem Rauchen aufhören?“	Dies ist schon kaum noch eine Frage, da die Antwort eigentlich vorausgesetzt werden kann. Zugleich wird vermittelt, es sei lediglich eine Sache der Zustimmung, dass der Gefragte sein Problem loswird.	Dem Patienten wird bei der Beantwortung dieser Frage die Verantwortung für seine Entscheidung untergeschoben. Er wird in Richtung einer Antwort gedrängt. Der Unselbstständige wird durch diese Art der Frage manipuliert, und Sie hören nur, was Sie hören wollten.
rhetorische oder provokative Fragen	„Sind wir da nicht alle einer Meinung?“ „Wollen Sie das etwa behalten?“ „Muss man diese Nebenwirkungen in Kauf nehmen?“	Der Übergang zwischen suggestiver und rhetorischer Frage ist fließend. Es geht nur noch darum, sich die Zustimmung des Gefragten zu erwerben oder das Gewünschte zu hören.	Wenn Sie einen Patienten in Ihren Gedankengang involvieren wollen, ist die rhetorische Frage ein gutes Mittel dazu. Informationen oder Antwort bekommen Sie mit der rhetorischen Frage nicht, da es sich nicht um eine echte Frage handelt.

Tab.20 Zirkuläre Fragen (nach Simon u. Rech-Simon 1999).

Allgemeine Fragen zur Ergründung der Situation	
Unterschiede erfragen	<ul style="list-style-type: none"> „Woran erkennen Sie, dass Sie ein Problem haben?“ „Was ändert sich, wenn das Problem nicht da ist?“
beschreiben, erklären, bewerten	<ul style="list-style-type: none"> Fordern Sie eine Beschreibung des Problems ein. Lassen Sie sich danach die Erklärung für das Problem geben. Aus der Erklärung folgt die Bewertung des Problems.
Übersetzung von Eigenschaften in Verhaltensweisen	<ul style="list-style-type: none"> Welches Verhalten muss der Patient zeigen, um als problematisch zu gelten? Was geschieht dann in seinem System, seiner Familie usw.?
Täter und Opfer	<ul style="list-style-type: none"> Was müssen die Menschen in der Umgebung tun, um den Patienten zu seinem problematischen Verhalten zu bewegen?
Zeit	<ul style="list-style-type: none"> „Seit wann gibt es das Problem?“ „Was war damals?“ „Wie lange wird es das Problem noch geben?“
Werte	<ul style="list-style-type: none"> „An welchen Wertvorstellungen orientieren Sie sich?“ „Wo gibt es Kollisionen zwischen den Wertvorstellungen?“ „Wenn Sie zwischen Ihren Wertvorstellungen und den Menschen in Ihrer Umgebung wählen müssten, wie würden Sie sich entscheiden?“
Mythen und Geheimnisse	<ul style="list-style-type: none"> „Welche Geschichten werden in Ihrem System erzählt?“ „Welche Erklärungen gibt es innerhalb Ihrer Familiengeschichte für Ihre gegenwärtige problematische Situation?“
Spezielle Fragen zur Ergründung des systemischen Zusammenhangs	
Trägerische Koalitionen	<ul style="list-style-type: none"> „Gibt es Koalitionen innerhalb Ihrer Umgebung?“ „Wie sind deren verschiedene Sichtweisen auf das Problem?“ „Gehören Sie dazu oder sind Sie ausgeschlossen?“ „Sind diese Koalitionen mit dem Problem erklärbar?“
die Außenperspektive	<ul style="list-style-type: none"> „Wie beschreiben die Angehörigen das Verhalten zwischen Ihnen und Ihrem problematischen Partner?“ „Wer macht wann was?“
Hierarchien	<ul style="list-style-type: none"> „Wer leidet am meisten?“ „Wer kommt dann?“ „Wer profitiert am meisten?“ „Wer kommt danach?“
Qualität und Quantität	<ul style="list-style-type: none"> „Wenn das Symptom nicht da ist, welche Qualität hat dann Ihre Beziehung zu sich selbst, Ihrer Familie, Ihrer Umwelt?“ „Wenn das Symptom da ist, wie ändert sich die Beziehung?“
Veränderungen	<ul style="list-style-type: none"> „Was war passiert, als sich das Problem erstmalig zeigte?“ „Was muss passieren, damit sich das Problem jetzt zeigt?“ „Was muss passieren, damit das Problem verschwindet?“
Gewinn	<ul style="list-style-type: none"> „Welche Vorteile haben Sie und die Menschen Ihrer Umgebung durch das Symptom?“ „Was sollte sich also auf keinen Fall ändern?“

3.2.2 Auf welche Fragen Sie besser verzichten sollten

So, wie Sie unterstützende, leitende oder weiterführende Fragen stellen können, gibt es auch Fragen, die das Gespräch in die Sackgasse führen. Fragen, die plötzlich betretene Stille oder ein un gutes Gefühl erzeugen. Sie sollten sich darüber klar sein, wo die Risiken von Fangfragen liegen, um sie zunächst zu üben und dann zu vermeiden.

Fangfragen

Fangfragen versuchen, Informationen ans Tageslicht zu bringen, die der Gefragte eigentlich nicht preisgeben möchte. „Sie sagten doch, dass Sie keinen Alkohol trinken, nicht wahr?“ – „Ja.“ – „Warum sind dann Ihre Leberwerte erhöht?“

Wenn Sie Fangfragen stellen, fühlt sich Ihr Patient als Angeklagter; Sie nötigen ihn, Dinge zu erklären, die er nicht erzählen wollte. Kein Mensch fühlt sich wohl, wenn er ertappt wird. Damit gefährden Sie das Vertrauensverhältnis. Wenn Sie über irgendetwas Klarheit haben wollen, fragen Sie ihn geradlinig und direkt.

Fragen aus persönlicher Neugier

Neugier hat ihren Platz, wenn es um die Erhebung fallrelevanter Daten geht. Darüber hinaus ist sie Ihr Privatvergnügen und gehört nicht in die Praxis. Es ist die Regel, dass uns ein Patient einen Fall oder eine bestimmte Situation aus seinem Leben schildert, Sie können ihm in einer psychologischen Beratung einen Lösungs-, Verhaltens- oder Veränderungsvorschlag anbieten, der Patient bedankt sich und geht. Dann fragen wir uns, wie sich die geschilderte Situation entwickelt hat, wie es ausgegangen ist, und müssen fürchten, dass wir das Ende der Entwicklung nicht erfahren werden.

Neugier hilft also, die genauen Umstände einer krankheitserzeugenden Situation zu ergründen, ist aber nicht geeignet, unseren privaten Wissensdurst zu stillen.

Zum Nachdenken

- Mit welcher Art von Fragen haben Sie bisher zu tun gehabt?
- Bei welcher Art haben Sie sich am wohlsten gefühlt?
- Welche Fragen haben am ehesten zu einem vertieften Verständnis der Situation geführt?

- Können Sie sich vielleicht an Fragen erinnern, die Sie zu verbesserten Einsichten gebracht haben?
- Welche Art von Fragen stellen Sie am häufigsten?
- Welche unterschiedlichen Fragentypen verwenden Sie in unterschiedlichen Situationen Ihres Lebens?

3.3 Angemessene Ausdrucksformen

Eigene Gefühle zu erkennen und angemessen auszudrücken sind Lernschritte, für die der Patient Ihre Vorbildfunktion braucht. Der verklausulierte und unverständliche verbale Ausdruck von Gefühlen ist oft einer der Bausteine des Schicksals des Patienten, der ihn in eine Praxis führt. Oft geht es in seinem Leben angeblich ums Prinzip oder um die Sache, während tatsächlich Gefühle gemeint sind.

3.3.1 Indirekter und direkter Ausdruck

Viele Menschen müssen erst lernen, ihre Gefühle direkt auszudrücken, ohne die anderen damit zu verletzen. So etwas gelingt in Sätzen wie „Ich ärgere mich!“ „Ich fühle mich unwohl!“, „Ich befürchte, dass ihr mich für dumm haltet!“ oder „Das ist nicht meine Erfahrung“. Viele Menschen verstecken ihre Gefühle zum Beispiel hinter einer Frage, einer Anklage oder Sarkasmus (Tab. 21).

Je direkter eine Aussage ist, also je mehr ich meine wahren Gefühle oder Wünsche preisgebe, umso größer ist das Risiko, dass eine Ablehnung als persönliche Kränkung erfahren wird. Allgemeiner gesagt: Je höher der persönliche Einsatz ist, desto größer ist auch das emotionale Risiko.

Die indirekte Gefühlsäußerung ist ein psychologisches Kettenhemd, es schützt uns davor, Verantwortung für unsere Gefühle zu übernehmen, keiner kann uns für unseren Ärger, Hass für unsere Wut oder Trauer verantwortlich machen, wenn wir ihn verklausuliert und missverständlich zu erkennen geben, und wir bleiben unangreifbar.

In Beziehungen – gerade in der Geschäftswelt –, in denen negativ bewertete Gefühle wie Trauer, Wut, Ärger, Angst als Ausdruck des Versagens in-

Tab.21 Gegenüberstellung von indirektem und direktem Ausdruck.

Ausdrucksform	indirekter Ausdruck	direkter Ausdruck
Frageform	„Finden Sie Ihre Verhaltensweise etwa korrekt?“	„Ich bin über Ihren Ton gekränkt!“
Befehlsform	„Lassen Sie mich erstmal ausreden!“	„Es stört mich, wenn Sie mich unterbrechen!“
Manform	„Man sollte während einer Diskussion erst einmal zuhören!“	„Ich fühle mich gebremst und eingeschränkt, wenn ich nicht auch mal spontan einen Einwurf machen kann!“
Anklageform	„Sie hören mir wie immer nicht zu!“	„Ich werde wütend, wenn ich Ihnen etwas berichte und Sie nebenbei in Ihrer Zeitung lesen!“
„Sie-sollten“-Sätze	„Sie sollten mit Ihrer Raucherei mal aufhören!“	„Ich halte es für notwendig, dass Sie mit dem Rauchen aufhören, wenn Sie gesund werden wollen.“
Beschimpfungsform	„Sie kriegen aber auch nichts hin!“	„Ich ärgere mich über Ihre Ergebnisse!“
Hämeform	„Haben Sie schon gehört, dass Raucher eher impotent werden?“	„Ich habe kein Bedauern für die Kinderlosigkeit von X, dafür hat er zu lange geraucht.“
Sarkasmusform	„Diese Blutwerte haben Sie ja toll hingekriegt!“	„Es ärgert mich, dass Sie die Diätanweisungen nicht befolgen!“
Analyseform	„Sie sind sehr aggressiv, Herr X!“	„Ich fürchte Ihren harschen Ton!“

terpretiert werden können, wird durch die indirekte Form des Ausdrucks dem Partner der schwarze Peter zugeschoben. Der Gesprächspartner fühlt sich angeklagt, rechtfertigt sich und versucht sich zu verteidigen.

Die indirekte Form des Gefühlsausdrucks verhindert meist offene Konfliktlösungen und das Bekenntnis zu den eigenen Gefühlen, auch das Ihrer Patienten. Die Lösung von Aufgaben des Miteinanders wird verhindert oder erschwert.

Sagt der Therapeut zum Beispiel: „Wenn Sie weiterhin so viel rauchen, sind Ihre Chancen, gesund zu werden, schlecht“, erfährt der Patient, dass er selbst Anteil an der Lösung seines Problems hat. So kann er sich entscheiden, wie er sich verhalten will, ohne dass er moralische Vorhaltungen erfährt. Die indirekte Ausdrucksform „Müssen Sie denn so viel rauchen?“ vermittelt ihm dagegen das Gefühl, er sei schlecht, falsch oder unfähig. So wird er anfangen, sich zu verteidigen, und das in Bezug auf ein Verhalten, das gesundheitsschädlich ist. Er wird unbeabsichtigt zu seinem eigenen Verhalten verurteilt. Die direkte Form der Äußerungen hat den Vorteil, trotz unterschiedlicher Gefühle, Vorstellungen und Wünsche gemeinsame, vielleicht gänzlich neue Lö-

sungen zu finden. Ein weiterer Vorteil ist, den Sozial- und Gesprächspartner nicht in Verteidigungshaltungen zu bringen, wodurch er ebenfalls die Gelegenheit hat, Zugang zu seinen Gefühlen zu haben, ohne angegriffen zu sein.

Übung

Analysieren Sie bitte die folgenden Aussagen hinsichtlich einer Kategorisierung „direkter Ausdruck“ oder „indirekter Ausdruck“¹:

- „Mich ärgert die Art und Weise, wie Sie mit Ihrer Gesundheit umgehen.“
- „Sie verhalten sich in der Therapie passiv und unkooperativ.“
- „Ich fühle mich ihm rhetorisch unterlegen.“
- „Ich fühle, dass er mir unterlegen ist!“
- „Ich bin schockiert über sein Verhalten.“
- „Er ist nie pünktlich!“
- „Das war eine demoralisierende Therapie-stunde!“

¹ a : direkt, b : indirekt (direkt wäre: „Ich wünsche mir, dass Sie mehr mitarbeiten.“); c : direkt, e : indirekt (direkt wäre: „Bitte ändern Sie Ihr Verhalten mit gegenüber.“); f : indirekt (direkt wäre: „Seien Sie bitte pünktlich.“); g : indirekt (direkt wäre: „Äußern Sie Ihre Wünsche bezüglich der Therapiestunde.“)

3.4 Feedback geben und erhalten

Feedback ist das, was ich dem Gegenüber über meine Beobachtungen an ihm sage. Es hat in der Beratung zwei Ebenen. Einmal gibt der Therapeut Feedback auf das Gesagte des Patienten, ebenso lernt der Patient mit den Regeln des guten Feedbacks umzugehen, was sein Verhalten im sozialen Umfeld erleichtert. Tatsächlich ist es so, dass gerade ein schlechtes, destruktives Feedback mehr Schaden anrichtet als gar keins.

3.4.1 Regeln für Feedback-Geber

Es ist daher wichtig, dass Sie sich beim Feedback-Geben an bestimmte Regeln halten (Tab.22).

Wenn Sie sich an diese Regeln halten, werden Sie feststellen, dass es auch für Sie ein Gewinn ist, weil Sie etwa über sich selbst erfahren:

- Sie geben zu erkennen, was Sie wahrgenommen haben, was Ihnen also wichtig ist.
- Was sagen Sie mit Ihrem Feedback über sich selbst aus?
- Was also hat mit Ihrer Wahrnehmung des Feedback-Nehmers zu tun?
- Was teilt die Person von sich selbst durch ihr Verhalten mit?

3.4.2 Feedback als „gespiegeltes Spiegelbild“

Beim Feedback handelt es sich um ein „gespiegeltes Spiegelbild“ schreiben Francisco Varela, ein chilenischer Biologe, Philosoph und Neurowissenschaftler, und Humberto Maturana, ebenfalls Biologe und Philosoph: „Indem wir die Welt finden, wie wir sie finden, vergessen wir alles, was wir unternommen haben, um sie als solche zu finden, und wenn wir wieder daran erinnert werden, wenn wir unseren Weg bis zur Bezeichnung zurückverfolgen, finden wir wenig mehr als ein gespiegeltes Spiegelbild unserer selbst und der Welt. Im Gegensatz zu dem, was gewöhnlich angenommen wird, enthüllt eine Beschreibung, wenn sie sorgfältig unter die Lupe genommen wird, die Eigenschaften des Beobachters. Wir, die Beobachter, erkennen uns selbst, indem wir erkennen, was wir anscheinend nicht sind, die Welt.“ (Maturana u. Varela 1987)

Das heißt, dass wir in unseren Aussagen über die Welt, und unser Patient gehört dazu, immer auch etwas über uns selbst aussagen. Indem wir uns als Therapeuten dessen bewusst werden, tragen wir etwas dazu bei, diesen Anteil an Selbstaussage möglichst gering und damit den Gewinn für den Patienten möglichst groß zu gestalten.

Tab.22 Checkliste für Feedback-Geber.

Feedback-Regeln	Beispiele
Ich gebe nie ungefragt oder ohne vorher um Erlaubnis zu bitten ein Feedback.	„Möchten Sie erfahren, was das bei mir auslöst?“
Ich beschreibe das Verhalten des Gegenübers, indem ich das, was ich gesehen, gehört, gefühlt habe, meine persönliche Wahrnehmung, aufzähle.	„Ich habe gesehen, dass sich Ihr Gesichtsausdruck verändert hat. Ich frage mich, ob das etwas zu bedeuten hat.“
Ich habe bei mir, als ich die Beobachtungen bei meinen Gegenüber machte, folgende Reaktionen wahrgenommen.	„Dass sich Ihr Gesichtsausdruck verändert hat, hat mich irritiert.“
Ich gebe das Feedback möglichst zeitnah zum beobachteten Verhalten, warte aber den für das Gegenüber günstigsten und förderlichsten Zeitpunkt ab.	„Sind Sie in der Lage, sich meine Reaktion darauf anzuhören?“
Ich belasse es bei der Beschreibung, da sonst Druck zu einer Veränderung besteht, der als bedrängend empfunden werden kann.	„Ich habe gesehen, dass sich Ihre Körperhaltung verändert hat.“
Ich kläre mein Gegenüber über den Zweck meines Feedbacks auf.	„Ich würde gerne richtig verstehen, was das bedeutet, und es nicht interpretieren müssen.“

3.4.3 Regeln für Feedback-Nehmer

Bieten Sie dem Patienten an, dass er Ihnen jede beliebige Frage stellen darf, um Erfahrungen über sich selbst zu machen. Stellen Sie ihm vorab folgende Regeln für Feedback-Nehmer vor (Tab. 23)

3.5 Ziele formulieren

Ans Ziel kommt nur, wer eines hat (Martin Luther). Die Formulierung und Definition von Zielen und Wünschen ist ein wichtiger Bestandteil der therapeutischen Arbeit zur Lösung von Problemen. Es vermittelt nach dem Gang zum Therapeuten das Gefühl, nun endgültig auf dem Weg zu sein.

- Wie lege ich Ziele richtig fest? Ein Ziel sollte
- für den Patienten bedeutsam sein,
 - konkret, präzise und verhaltensbezogen sein und konkret formuliert werden,
 - erreichbar bzw. realistisch sein (z. B. kann niemand innerhalb von einer Woche 10 kg abnehmen),
 - mess- bzw. kontrollierbar und konkret sein (z. B. nicht „Ich möchte reich sein“, sondern eher „Ich spare innerhalb von einem Jahr 2000 € auf meinem Konto.“) sowie
 - einen zeitlichen Rahmen haben.

3.5.1 Kriterien einer Zielformulierung

Wie formuliere ich ein Ziel? Es gibt acht Kriterien einer Zielformulierung. Sie sollte

- schriftlich fixiert werden, das erzeugt eine stärkere Verpflichtung;
- realistisch sein, weil unrealistische Zielvorstellungen demotivieren;
- terminiert sein, das erleichtert Überprüfung und die Durchführung von zielführenden Schritten und verhindert immer wiederkehrendes Aufschieben sowie das damit verbundene langfristige Versagen;
- messbar sein, da das Erreichen des Zieles sonst nicht überprüfbar ist und der Erfolg eventuell einfach ignoriert wird;
- positiv formuliert sein, da sie Botschaften an das Unterbewusstsein enthalten und das Negationen nicht versteht;
- aktiv formuliert sein, nicht passiv, also so, dass der Patient etwas herbeiführt und nicht, dass etwas herbeigeführt wird oder geschieht;
- Verantwortlichkeit aufweisen, wobei die erste Person Singular vorkommt: „ich bin ...“, „ich tue ...“, und
- visualisiert werden, wodurch die motivierenden Kräfte des Menschen aktiviert werden.

Nicht „Ich will ...“ oder „Ich werde ...“, sondern „Ich bin ...“ (z. B. nicht „Ich will körperlich fit sein“, sondern eher „Ich gehe jede Woche dreimal eine halbe Stunde joggen“, z. B. nicht „Ich

Tab. 23 Checkliste für Feedback-Nehmer.

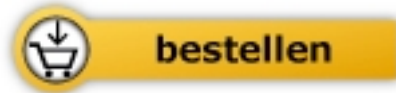
Feedback-Regeln	Wozu dient die Regel?
Wenn ich Feedback wünsche, beschreibe ich genau, für welchen Verhaltensbereich mir der Therapeut eine Rückmeldung geben soll.	Sie hilft, die Kenntnis über das öffentliche Selbst zu vertiefen.
Ich mache mir Notizen über das Feedback, ohne es zu bewerten.	Sie hilft, Antworten nicht zu vergessen und gestattet genaues Nachfragen.
Ich kommentiere das Feedback nicht.	Eine Verteidigung und damit Nichtannahme wird verhindert.
Ich entschuldige mich nicht.	Es geht nicht um Schuld oder Schande, sondern um Selbsterkenntnis.
Ich beherzige die 24-Stunden-Regel, die besagt dass ich im Laufe des Tages weder mit dem Therapeuten noch mit anderen Personen über das Feedback spreche.	Manchmal verändert sich die Perspektive auf Gesagtes im Laufe eines Tages.



Schnura / Müller-Schoppen

[Kommunikation und
Beratungskompetenz für Heilpraktiker](#)

212 Seiten, kart.
erschienen 2008



Mehr Homöopathie Bücher auf www.narayana-verlag.de