

Achtsamkeitsbasierte Gesprächsführung im Gesundheitswesen

Achtsamkeitsbasierte Gesprächsführung beinhaltet Konzepte der Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung nach dem Personzentrierten Ansatz (PZA) von Carl. R. Rogers, bereichert durch Einflüsse aus Achtsamkeitskonzepten spiritueller Traditionen. Sie kann in verschiedenen Anwendungsfeldern des Gesundheitswesens einen wesentlichen Beitrag zu mehr Patientenorientierung leisten und die Resilienz der Mitarbeiterinnen¹ durch verbesserte Teamkontakte und mehr Freude an der Arbeit stärken. Klientinnen (Kl.) können, wenn ein für sie bedeutsamer Mensch ihnen dabei hilft, sich selbst Wege aus hilflosem Leiden eröffnen. Die Autorinnen zeigen auf, welche inneren Haltungen und welche Fertigkeiten der Gesprächsführung zu entwickeln sind, um als achtsames Gegenüber wirksam werden zu können.

Machen Sie sich bitte einen Moment bewusst, wer in Ihrem Leben die wichtigsten Impulse für Ihren gegenwärtigen Seins-Zustand gegeben hat. Welche Eigenschaften hatten die Menschen, die sie als förderlich erlebt haben? Und wer hat Sie wodurch verletzt? Bemerken Sie, wie Ihnen Szenen aus Ihrem Gedächtnis einfallen.

Im Gesundheitswesen werden Probleme der Compliance von Patientinnen diskutiert und eine vermehrte Patientenorientierung angestrebt. Diese Tendenzen zeigen, dass zu Krankschreibungen und Medikation Beziehungselemente hinzukommen müssen, um Veränderung zu bewirken. In der Psychotherapieforschung konnte nachgewiesen werden, dass unabhängig von der psychotherapeutischen Methode das therapeutische Beziehungsangebot der wesentlichste generelle Wirkfaktor für einen Therapieerfolg ist (Fiedler, 2018, Grawe, et al., 2001; Lambert et al., 2005; Lammers, 2017). Wir nehmen daher an, dass dies auch für ein breiteres Spektrum gesundheitlicher Probleme zutrifft. In diesem Artikel beschreiben wir, wie es professionellen Helferinnen (Therapeutinnen – Th., unabhängig von ihrer professionellen Provenienz), gelingen kann, ein wirksames wechselseitiges Beziehungsangebot zu gestalten.

Durch multiprofessionelle Teams sollen die in einer Erkrankung sichtbaren Symptome vermindert oder gelindert werden. Kl. erfahren neben den Medikamenten häufig Anregungen zu erforderlichen Verhaltensänderungen. Den Mitarbeiterinnen, die die meiste Zeit mit den Kl. verbringen, kommt dabei eine Schlüsselrolle für deren Entwicklungsprozesse zu. Allerdings lässt die Kooperation und Koordination der verschiedenen Hil-

fen und Fachdienste in der Praxis zu wünschen übrig. Die Fachdienste konkurrieren häufig miteinander, anstatt ihr vielfältiges Wissen zusammenzuführen. Im Team entstehen mitunter Widerstand und Vermeidung, die sich in einer pathologisierenden Abwertung der Kranken oder Konflikten innerhalb des Personals äußern können. Die Beziehungsangebote für Kl. verschlechtern sich dadurch. Zu fragen ist aber: Wie kann eine zusätzliche Erschwernis verhindert werden, die aus einem uneinheitlichen oder gar verwirrenden Behandlungsangebot erwächst?

Die beschriebenen Konfliktquellen sollten nicht als Ruf nach einer revolutionären Umstrukturierung fehlinterpretiert werden. Darum geht es nicht. Es wird im Folgenden deutlich, dass schon kleine Veränderungen im Alltag zu bedeutsamen Verbesserungen der Behandlungsbedingungen beitragen können.

Bucay (2009) benennt, dass eine Helferin zunächst anerkennen müsse, dass die Wirklichkeit nicht so ist, wie sie sie gerne hätte, sondern ein Weg der Veränderung nur schrittweise beginnen kann. Das setzt voraus, dass wir Menschen und die gegenwärtige Situation so annehmen, wie sie jetzt sind, ohne zu erwarten, wie sie sein sollten. Paradoxerweise führt gerade diese respektvolle Beachtung dazu, dass Menschen überhaupt eine Chance haben, sich zu verändern (Rogers, 1961, 2006). Ähnlich formulierte Rogers, dass Menschen sich nur verändern können, wenn sie sich selbst akzeptieren. Zu dieser Selbstakzeptanz beizutragen ist Aufgabe der Th.

Die Forderung nach Beachtung ohne Bewertung des Gegenübers oder der Gegebenheiten ist nichts Neues. Historisch wurde diese Lebensqualität mit dem Begriff „Achtsamkeit“ in der buddhistischen Lehre beschrieben. Bays (2015) definiert Achtsamkeit als Aufmerksamkeit für das Hier und Jetzt, den unmittelbaren Augenblick, ohne Kritik und ohne Urteil. Dadurch wird die Identifikation mit den eigenen Gedanken unterbrochen. Das wache Bewusstsein über das Gegenwärtige kann dann die inneren Stimmen in mir wahrnehmen (Tolle, 2016). Gedanken über die Vergangenheit oder Zukunft gehören in das Reich der Fantasie und trennen uns von der Bewusstheit des „Ich bin, jetzt, hier!“, denn die Vergangenheit existiert nicht mehr und die Zukunft noch nicht (Buddah). Damit kann der innere Autopilot überwunden werden und man gelangt zur Neugier des Anfängergeists (Bodian, 2007). Achtsamkeit besteht also in einer wohlwollenden, bewussten, fürsorglichen Aufmerksamkeit für das Selbst und das Gegenüber: „Ich bin hier, weil du mich interessierst!“. Thich Nhat Hanh (2014, 2016) beschreibt vier Eigenschaften (Mantren) der Achtsamkeit im Kontakt, die es zu erlernen gelte:

1. „Ich bin jetzt hier für dich da“. Gemeint ist damit, mit meiner vollen Aufmerksamkeit im Hier und Jetzt für die andere Per-

¹ Wir wählen die weibliche Sprachform, da die Mehrzahl der Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen weiblich ist, vor allem bei zeitlich verstärktem Patientenkontakt. So sind 82 % der Pflegekräfte, 72 % der Psychotherapeutinnen und 70 % der Patientinnen im psychiatrischen Feld weiblich (Bundesagentur für Arbeit, 2018; Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, 2016; Habich, 2016).

son präsent zu sein, ohne Ablenkung. Das wird im Berufsalltag nicht einfach sein. Th. sind gewöhnt, mehrere Dinge unkonzentriert gleichzeitig zu tun.

2. „Ich nehme wahr, dass Du hier bist“, d. h. die Andere wird als existent und bedeutsam wahrgenommen. Das ist auch in nur wenigen Augenblicken möglich.
3. „Ich weiß, Du leidest, das erkenne ich an und bin deshalb für dich da“. Das setzt voraus, keine Erwartungen an das Verhalten der anderen Person zu haben. Genau das tun wir aber gewohnheitsmäßig.
4. Hier wendet sich der Fokus vom Gegenüber zum Selbst. Wenn sich Th. durch jemanden (z. B. durch das krankheitsbedingte Verhalten einer Kl.) verletzt fühlen, werden sie den Impuls haben, sich zurück zu ziehen oder ihr Gegenüber zu bestrafen. Tatsächlich aber benötigen wir andere Menschen, um das eigene Leiden zu lindern. Das Mantra lautet deshalb: „Ich leide, bitte hilf mir.“ Wenn ich diese Qualität von Selbstfürsorge in mir entwickeln kann, werde ich sie auch anderen Menschen gegenüber vermitteln. Th. können Kl. bitten, dazu beizutragen, dass Sie Ihnen helfen können: „Es interessiert mich, was Sie schon versucht haben, um Ihre Probleme zu lösen, und was ich dazu beitragen kann.“

Setzen Sie sich für drei Minuten aufrecht auf einen Stuhl. Lassen Sie den Blick auf einem Punkt ruhen. Werden Sie sich bewusst, dass Ihr Atem Ihr ganzes Leben begleitet, ohne dass Sie dafür etwas tun müssen.

1. Minute: Beobachten Sie wie Ihr Atem EIN- und AUS-strömt.
2. Minute: Denken Sie bei jedem Atemzug EIN und AUS.
3. Minute: Beobachten Sie den stillen Punkt des Wechsels zwischen den Atemzügen.

Während der ganzen Zeit lassen Sie störende Gedanken oder Geräusche wie Wolken vorbeiziehen und kommen immer wieder zu Ihrem Atem zurück.

Achtsamkeit entwickelt sich nicht von selbst. Sie kann auch nicht durch Anstrengung erbracht werden und ist nicht in einem zeitlich begrenzten Übungsprogramm ein für alle Male zu erlernen. Sondern es geht darum, durch ständige Übung im Alltäglichen bewusst das JETZT zu erleben, z. B. durch achtsames Atmen, Sitzen, Zähneputzen usw. Allmählich wird diese Qualität von Wahrnehmungslenkung selbstverständlich und Th. können auf diese Weise in einen Dialog treten. Dann können schon wenige Minuten einer solchen Zuwendung für die Kl. bedeutsam sein, denn viele Menschen haben niemals die Erfahrung gemacht, dass jemand zuhört und sie versteht.

Seit den 1980er Jahren hat das Konzept der Achtsamkeit Eingang in die empirische Psychotherapieforschung gefunden. Die Wirksamkeit von Achtsamkeitsübungen für die Verbesserung körperlicher und psychischer Erkrankungen wurde in verschiedenen (experimentellen) Studien nachgewiesen (Linehan, 1996; Siegel, 2008; Bohus & Wolf-Areholt, 2012; Kabat-Zinn, 2013; Segal et al., 2015; Mander et al., 2018). Nach Ansicht der Autorinnen

stellen diese Therapieprogramme nützliche Skill-Trainings dar, mit denen sich für Kl. ein Handlungsspielraum für weitergehende Entwicklungsimpulse eröffnet. In ihnen wird jedoch der interaktionelle Beziehungsaspekt zum Selbst, zur Th. und zur Umwelt vernachlässigt. Die hier beschriebene Achtsamkeitsbasierte Gesprächsführung geht daher über ein Skill-Training hinaus. Hier geht es darum, als Th. eine grundlegende persönliche Haltung zu erarbeiten und nicht Interventionstechniken einzustudieren, um funktional Symptome zu beseitigen. Im Verständnis des PZA nach Rogers stellen Symptome Lösungsversuche bei einer existenziellen Bedrohung dar. Es geht darum, Kl. zu befähigen, neue Lösungen für schädigende Lebenskonstellationen selbst zu finden. Kl. erleben durch diesen Einfluss auf ihr Selbstkonzept eine Wahlfreiheit und erhöhen ihren Selbstwert ohne Beschämung.

Den genannten Forschungsergebnissen ist zu verdanken, dass Th. Achtsamkeit als modern und zeitgemäß erlernen möchten. Dabei wird übersehen, dass der PZA nach Carl R. Rogers in den letzten 60 Jahren das Gesundheitswesen und andere Anwendungsbereiche mehr geprägt hat, als den meisten professionellen Helferinnen bewusst sein dürfte (Hofmeister, 2010). Viele halten die Methode für veraltet und wissen nicht, dass zentrale Konzepte des PZA sich mit den Lehren der Achtsamkeit nicht nur überschneiden, sondern darüber hinaus gehen. Nahezu unbekannt blieb die in den letzten 25 Jahren im PZA benannte Variable der „Präsenz“ (Schmid, 1994). Präsenz beinhaltet Achtsamkeit für das Jetzt und dessen Benennung (ähnlich der Achtsamkeitsforderung, nicht innerlich mit der Vergangenheit oder der Zukunft beschäftigt zu sein). Im PZA wird darunter zunächst verstanden, das eigene aktuelle Befinden und Erleben wahrzunehmen. Gleichzeitig besteht eine Einfühlung in das So-Sein der Kl. und eine Berücksichtigung der Beziehungsdynamik (dreidimensionaler therapeutischer Response). Institutionelle Anforderungen an Kl. und Konsequenzen für deren Handlungen sind folglich transparent zu machen. Von den Th. erfordert das, eigene und institutionelle Grenzen benennen und durchsetzen zu können, um auf diese Weise ein gesichertes soziales Feld für die Kl. zu schaffen.

Rogers formulierte sechs Grundvoraussetzungen für eine hilfreiche therapeutische Beziehung (Rogers, 1989), die eine achtsame Präsenz der Th. als gegeben annehmen:

1. Die erste Grundvoraussetzung beinhaltet, dass zwei Personen in einen Kontakt miteinander treten. Das mag selbstverständlich klingen, verdeutlicht aber, dass Personen mit bestimmten interaktionellen Symptomatiken, z. B. akut intoxikierte oder wahnhaftige Kl., einer prä-therapeutischen Einflussnahme (Prouty et al., 1998) bedürfen. Solche Maßnahmen sind meistens den Th. unbekannt.
2. Die Kl. kann ihren Zustand innerer Anspannung zumindest rudimentär wahrnehmen. Hieraus ergibt sich, dass fremdmotivierte Kl. zunächst zu einer Veränderungsmotivation geführt werden müssen.
3. Die dritte Variable betrifft die Th., die in der helfenden Beziehung (nicht generell in ihrem Leben) mit sich selbst über-

- einstimmen sollte (Kongruenz). Dies meint, dass die Th. sich selbst achtsam wahrnehmen kann und in der Beziehung echt ist, ohne sich hinter einer Berufsrolle zu verstecken. Das setzt Selbstachtsamkeit voraus, die im Achtsamkeitskonzept als Selbstmitgefühl beschrieben wird. Es geht dabei um eine wohlwollende Wahrnehmung des eigenen Daseins: Ich stelle mich als Mensch zur Verfügung, der nicht unfehlbar ist. Das entlastet Th. und Kl. davon, besser sein zu müssen, als sie sein können. Dieser Aspekt ist für Th. entlastend und konfrontierend zugleich. Denn gemeint ist eine disziplinierte Selbsteinbringung zum Wohl der Kl. (z. B. Th.: „Es geht mir nah, dass Sie sich so bedroht fühlen von der Trennung durch Ihren Partner.“) und nicht eine naive, von eigenen Normen geprägte Selbstmitteilung, die häufig geschieht, wenn Th. im Stress unbewusst spontan handeln (z. B. Th.: „Es ist ja wirklich schrecklich mit Ihrer Scheidung. Ich habe bei meiner auch viel Schlimmes erlebt.“).
4. Die Th. erlebt im Kontakt Wertschätzung für das gesamte Leben der Kl., die nicht an Bedingungen geknüpft ist. Gemeint ist damit eine Akzeptanz der Person, ohne einer selbst- oder fremdschädigenden Symptomatik zuzustimmen. Bucay nennt das anerkennen, was ist, und Thich Nhat Hanh beschreibt es als mitfühlendes Zuhören angesichts verzerrter Wahrnehmungen, negativer Emotionen oder Schmerz.
 5. Rogers fünfte Variable fordert, die Kranke aus deren inneren Bezugsrahmen heraus zu verstehen, d. h. die von ihr konstruierte Realität zu erfassen. Benannt wird das als Empathie oder einführendes Verstehen. Dieser Aspekt ist im Achtsamkeitskonzept impliziert, wird dort jedoch nicht differenziert.
 6. Die sechste Voraussetzung einer hilfreichen Beziehung besteht nach Rogers darin, dass die Kl. das Beziehungsangebot wenigstens ansatzweise wahrnehmen kann. Dies wird wahrscheinlicher, wenn die Th. in einer Bereitschaft zum „mitfühlenden Zuhören“ (compassionate listening) der anderen Person hilft „ihr Herz auszuschütten“ (Video Thich Nhat Hanh, 2012).

Die drei Grundbedingungen Akzeptanz, Empathie und Kongruenz wurden als Basisvariablen einer therapeutischen Beziehungsgestaltung bekannt und banalisiert. Die drei weiteren theoretischen Grundannahmen zur Beziehungsdynamik wurden ignoriert. Rogers selbst hat seine theoretische Konzeption auf relativ abstraktem Niveau formuliert, da er annahm, Th. würden aufgrund der Aktualisierungstendenz ihre eigenen Handlungsweisen entfalten. Nach heutigem Verständnis bedarf es einer Ausdifferenzierung, wie sich die Grundbedingungen durch konkretes Verhalten methodenkonform realisieren lassen.

Erforscht wurde daher, welche Gesprächsfertigkeiten geeignet sind, die beschriebenen (Basis-) Variablen in Handlung umzusetzen (Weinberger, 2013). Dabei handelt es sich um Hilfen, mit denen die oben beschriebenen komplexen Werthaltungen im Berufsalltag aktiviert werden können. Das ist gerade nicht selbstverständlich sondern bedarf intensiver und disziplinierter Übung.

Wir zeigen hier eine kleine Auswahl günstiger Gesprächsfertigkeiten, die wir mit Th. üben, damit das Gesagte gelingen kann:

- Geben Sie Patientenaussagen mit Ihren eigenen Worten vollständig wieder. Achten Sie auf das, was Sie als vermeintlich Nebensächliches weglassen. Darin kann für die Kl. eine wichtige Information liegen: „Eigentlich geht es mir gut.“ – Th.: „Es geht Ihnen gut. Aber da ist noch etwas anderes?“
- Beziehen Sie sich nicht auf den Inhalt einer Kl.-Äußerung. Beachten Sie ausschließlich die Bedeutung, die dieser Inhalt hat. Nicht: „Ihr Vater ist gestorben, als Sie 16 waren?“, sondern: „Sie mussten sehr früh erwachsen sein?“. Das steht im völligen Gegensatz zum aktuellen Alltagsverhalten vieler Th, das sich überwiegend auf Faktisches bezieht und dessen Bedeutung auslöst.
- Stellen Sie keine direkten Fragen (was, wer, wo etc.). Viele Th. meinen, auf derartige Fragen nicht verzichten zu können. Sie übersehen dabei aber ihre eigenen Ängste, professionell abgewertet zu werden, wenn sie gewohnte Kommunikationsstrategien verlassen. Geben Sie wieder, was Sie meinen, verstanden zu haben. Zum Beispiel statt: „Wie viel möchten Sie abnehmen?“ besser: „Sie würden sich attraktiver fühlen, wenn Sie Ihr Körpergewicht verringern?“
- Verwenden Sie kurze Sätze, halten Sie keine Reden. Auf 2 – 3 Sätze der Kl. sollte ein Satz der Th. erfolgen. Unterbrechen Sie ruhig den Redefluss! Dann werden Sie merken, dass Sie sich nur entschleunigt tief in die Welt der Kl. einfühlen können. Die übliche soziale Höflichkeit respektvoll zu vernachlässigen, erscheint für Th. gefährlich.
- Reflektieren Sie das Gehörte durch kreatives Nicht-Wissen, z. B. Kl.: „Ich liebe meinen Mann.“ – Th.: „Ich würde gern näher verstehen, was Sie damit genau meinen“.
- Stellen Sie sich zur Verfügung, damit die Kl. sich selbst besser versteht. Sie findet dadurch ihre eigene Problemlösung heraus, z. B. Th.: „Was Sie sagen, rührt mich zu Tränen. Ich frage mich, wie Sie das bewältigen“.
- Benennen Sie Persönlichkeitsanteile, die widersprüchlich sind, aber gleichzeitig auftreten: Th.: „Sie hassen und Sie lieben Ihren Partner?“
- Benennen Sie nonverbale Signale: „Sie erzählen etwas Trauriges und lächeln dabei“.
- Fordern Sie Kl. auf, ihre Bewertung der gegenwärtigen Kommunikation zu benennen und tragen Sie damit zur Bewusstwerdung der Beziehungsdynamik bei.

Wählen Sie aus der Liste oben eine Fertigkeit aus und wenden Sie diese in Ihrer nächsten Arbeitsphase dreimal an. Geben Sie sich ein „Sternchen“, wenn es gelingt. So verankern Sie mühelos nach und nach neue Gesprächsfertigkeiten in Ihrem Verhalten durch erreichbare Nahziele.

Achtsamkeitsbasierte Gesprächsführung kann auch zur Resilienzbildung in Teams beitragen. Teams werden belastet durch kon-

fliktauslösende Verstrickungen mit Kl., die hier wie in jeder Lebensgemeinschaft Teil des Lebens sind. Sie sind ein not-wendiger (d. h. die Notwendiger) Teil der Heilung von Kl., denn diese werden ihre Interaktionsmuster im Behandlungsrahmen unbewusst reaktivieren. Hilfreich scheint es, solche Interaktionen als Beziehungsangebot der Kl. zu verstehen. Häufig stellt sich im Team jedoch die Erwartung ein, die Kl. (die ja die Auftraggeberin ist) möge unangenehme Auffälligkeiten „sein lassen“, wobei gemeint ist, sie solle sie unterlassen. Das führt zu Schuldzuweisungen für auffälliges Verhalten. Hierdurch muss sich die Kl. beschämt seelisch verbergen und es kann nicht die Heilkraft genutzt werden, die im Symptom symbolisiert liegt. Tatsächlich sind beispielsweise im psychiatrischen Setting gerade diese Symptome aber der Anlass der Behandlung und bedürfen einer radikalen Akzeptanz durch die Th. Ebenso sind Th. bei körperlichen Erkrankungen ihrer Kl. immer wieder mit fehlender Krankheitseinsicht, Behandlungs-Compliance oder Persönlichkeitsstilen konfrontiert, mit denen sie umgehen müssen. Radikale Akzeptanz meint, anzuerkennen und zu benennen, dass die Probleme existieren, nicht, die Probleme zu befürworten oder aufrechtzuerhalten. Diese Sichtweise ermöglicht es der Th., auf ihr Gegenüber konstruktiv zuzugehen. Die Th. wird sich fragen: Was macht für mich den Kontakt schwierig? Dadurch kann die Schwierigkeit wenigstens kommuniziert, vielleicht sogar gelöst werden. Das ermöglicht der Kl. zu verstehen, wie sie selbst zu einer leidvollen Dynamik beiträgt, also welchem Schema sie folgt (Young et al., 2005).

Schwierige Gesprächssituationen gehören zu den häufigsten Stressoren für Th. im beruflichen Alltag. Sie zeigen sich darin, dass Kl. häufig das Thema wechseln, Geschichten erzählen, viel und schnell oder über Andere reden. Störend sind auch offene oder unterschwellige Kritik, ständige Forderungen an oder Beschwerden über eine Th. oder sexualisierte Gesprächsangebote (Finke, 2009). Teammitglieder lösen zuweilen selbst ungewollt derartige Beziehungsprobleme aus, zum Beispiel indem sie Kl. zu Veränderungen drängen, sich belehrend und wenig unterstützend verhalten oder um die Situationskontrolle kämpfen. Auch Gegebenheiten, die nicht beeinflussbar sind, können Schwierigkeiten auslösen, etwa ein gutes oder jugendliches Aussehen oder institutionelle Vorgaben wie formale Grenzsetzungen. In der Behandlungskultur im Gesundheitswesen finden sich jedoch auch aus Unachtsamkeit ausgelöste ungünstige Verhaltensweisen, die die Kl. verschließen. Einige pragmatische Beispiele:

- Bagatellisieren, wenn die Th. das Gesagte als bedeutungslos bewertet.
- Inhaltsfragen stellen, zum Beispiel ausfragen, weil sich die Th. unsicher fühlt oder dokumentieren muss. Vertrauen Sie darauf, dass Kl. Ihnen wichtige Informationen geben.
- Ratschläge geben. Erklären Sie die Kl. nicht für dumm, wenn Sie schon Probleme hat. Fragen Sie lieber nach deren Lösungsvorstellungen.
- Wertungen abgeben, moralisieren: „Betrügen gehört sich nicht.“

- Machtdemonstrationen: Kl.: „Ich möchte die Tabletten nicht nehmen.“ – Th.: „Die Medikamente sind wichtig für Sie!“ besser Th.: „Das ängstigt Sie?“
- Bewunderung: „Das haben Sie gut gemacht!“ – führt zu Anpassung, nicht zu Verantwortungsübernahme für die Veränderung. Besser „Wie bewerten Sie Ihre Veränderung?“
- Subtile „Besserwisserei“: Kl.: „Ich kann mich nicht erinnern“ – Th.: „Es wird Ihnen schon noch einfallen.“

Legen Sie eine Strichliste an, welche ungünstigen Verhaltensweisen Ihnen unterlaufen. Finden Sie weitere. Überlegen Sie Alternativen.

Th. beabsichtigen, zur Heilung der Kranken beizutragen. Sie rechnen aber nicht damit und werden auch in ihrer Ausbildung nicht darauf vorbereitet, dass die Interaktion mit Kl. auch für die eigene Selbstakzeptanz eine Lernchance bietet. Eine Lernchance? Kl. reaktivieren mit ihrem Beziehungsverhalten ungelöste biografische Konflikte der Th. und befeuern damit interpersonelle Konflikte im Team. Redeverbote, ungünstige Koalitionsbildungen, Kämpfe und Neid zwischen verschiedenen Fachdisziplinen sind Ausdruck davon. Solche Beziehungsdynamiken in den kurzen, meist 1,5-stündigen Supervisionsitzungen alle vier Wochen auflösen zu wollen, wenn es denn überhaupt Supervision gibt, würde an Zauberei grenzen. Es ist dann nötig, zunächst eine Kooperationsbereitschaft des Teams zu erwirken. Wenn es gelingt, scheinbar störende Gegebenheiten als Anlass für einen eigenen Entwicklungsprozess zu begreifen, entsteht eine wechselseitige konstruktive Beeinflussung im Team und im Patientenkontakt. Auf diese Weise kann Burn-out-Prozessen Einzelner oder des Teams vorgebeugt werden (Fengler & Sanz, 2015).

Wenden Sie sich jetzt einem biografischen Ereignis aus dem Museum Ihres Lebens zu, das Gefühle von Wut oder Angst auslöst. Erlauben Sie sich, diese Wahrnehmung stärker werden zu lassen und spüren Sie, wie Ihre Kräfte hierdurch gebunden werden. Diese Gefühle passen nicht zu Ihrer aktuellen Situation, während Sie diesen Artikel lesen. Vielmehr wird Ihre Wahrnehmung jetzt durch diese Erinnerung eingeeignet. Erinnerung hilft uns einerseits, neue Gefahren zu vermeiden, andererseits erschweren die alten Bewertungen aber häufig die wertfreie Wahrnehmung der aktuellen Situation und damit Neulernen.

In potenziell schwierigen Gesprächssituationen können Th. sowohl mit Kl. als auch mit Kolleginnen die im Folgenden beispielhaft genannten hilfreichen Verhaltensweisen nutzen:

- Sprechen Sie die aktuelle Gefühlslage an, z. B. Th.: „Sie ärgern sich?“
- Machen Sie sich bewusst, welche Gefühle das Verhalten der anderen Person in Ihnen auslöst, bevor Sie reagieren, z. B. Th.: „Sie erscheinen mir wütend, aber ich empfinde das ganz anders.“
- Lassen Sie sich nicht von einer emotionalisierten Situation anstecken, gegenaggressiv oder mitleidig zu reagieren, d. h.

wahren Sie eine professionelle Distanz und bleiben Sie dennoch innerlich beteiligt. Das sagt sich leicht und muss doch lange geübt werden.

- Spricht Ihr Gegenüber die Inhalts- oder Beziehungsebene an? Benennen Sie diese Ebene, z. B. Th.: „Sie erzählen mir Ihre Geschichte und ich frage mich wie es Ihnen dabei geht.“
- Erarbeiten Sie verbindliche Absprachen, wie ein angesprochenes Problem konkret zu lösen ist, z. B. Th.: „Wie kann ich Sie dabei unterstützen, pünktlich zu den Sitzungen zu erscheinen?“. Freundliche Grenzsetzungen geben Sicherheit.

Wenn es gelingt, einen Dialog im Team oder zwischen Th. und Kl. aufzubauen, der ein wechselseitiges Vertrauen begründet, erleben sich alle Beteiligten nicht mehr als Objekt einer Behandlung, sondern als Handelnde im eigenen Entwicklungsprozess. Dann können sich alle Beteiligten mit der gebotenen professionellen Distanz zur Verfügung stellen ohne Grenzen zu überschreiten. Es kommt zu einer „personalen Begegnung“ (Schmid, 1994, 2007; Buber, 1978), in der die Heilkraft der professionellen Bemühungen genutzt werden kann. Gleichzeitig wird sich eine Arbeitsqualität im Team entwickeln, die unter allen Beteiligten wohlwollende Rückmeldungen und Unterstützungsprozesse zulässt. Dadurch wächst die Solidarität im Team und problemerezeugende Beziehungsfallen können aufgelöst werden. Alleingänge von Mitarbeiterinnen, die verdeckt einem Behandlungskonzept nicht zustimmen, werden dann seltener und kommunizierbar.

Atmen Sie zum Abschluss bewusst dreimal tief EIN und AUS ohne an etwas anderes zu denken.

Die nächsten drei Atemzüge machen Sie dasselbe. Bei AUS ziehen Sie jedoch Ihre Mundwinkel zu den Ohren.

Die folgenden drei Mal ziehen Sie bei AUS die Mundwinkel zu den Ohren und schauen jemanden an. Bemerken Sie, wie sich Ihre und die Stimmung der Anderen verbessert.

Das hier Benannte setzt einen längeren Prozess des Erlernens und Übens voraus. Die Akademien der psychiatrischen Landeskrankenhäuser bieten Seminare zu Achtsamkeitsbasierter Gesprächsführung und Achtsamkeit an. Diese sind hoch qualifiziert und ermöglichen einen ersten Einstieg in die Thematik. Es bedarf jedoch längerfristig disziplinierter weiterführender Übungsmöglichkeiten, um das Beschriebene sicher zu beherrschen. Dafür können kollegiale Übungen in Peer-Kontakten initiiert werden. Qualifizierte Angebote finden Sie in den Ausbildungsgängen zur Personenzentrierten Gesprächsführung oder Psychotherapie der GwG. Ebenso gibt es zahlreiche Angebote kirchlicher und privater Träger.

Dr. Beate Hofmeister und Dr. Liesa Büche

*Kontakt:
info@beate-hofmeister.de
liesa.bueche@liesa-bueche.de*

Literatur:

- Bays, J. C. (2015). Achtsam durch den Tag. Oberstdorf: Wildpferd.
- Bodian, S. (2007). Meditation für Dummies. Weinheim: Wiley.
- Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2012). Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten: Das Therapeutenmanual - Inklusive Keycard zur Programmfreischaltung. Stuttgart: Schattauer.
- Buber, M. (1978). Begegnung. Heidelberg: Lambert.
- Bucay, J. (2009). Geschichten zum Nachdenken. Frankfurt: Fischer.
- Buddha Zitate: <http://www.sasserlone.de/zitat/2560/buddha/> aufgerufen am 20.03.2019.
- Bundesagentur für Arbeit (2018). <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> Seite 6, aufgerufen am 20.03.2019.
- Fengler, J. & Sanz, A. (2015). Ausgebrannte Teams: Burnout-Prävention und Salutogenese. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fiedler, P., Hrsg. (2018). Varianten psychotherapeutischer Beziehung. Lengerich: Pabst.
- Finke, J. (2009). Gesprächspsychotherapie: Grundlagen und spezifische Anwendungen. Stuttgart: Thieme.
- Grawe, K., Donati R. und Bernauer, F. (2001). Psychotherapie im Wandel. Göttingen: Hogrefe.
- Habich, I. (2016). Besuch beim Psychotherapeuten – Mangelware Mann. <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/psychotherapie-mangelware-maennlicher-therapeut-a-1069747.html>.
- Hofmeister, B. (2010). To cut a long story short. PersonCentered and Experiential Psychotherapies, 9(1), 1–13.
- Kabat-Zinn, J. (2013). Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR. München: Knaur MensSana.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2005). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (S139-193). New York: Wiley.
- Lammers, C.-H. (2017). Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. Techniken der Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz.
- Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (2016): https://www.lpk-bw.de/archiv/news2016/161017_bptk_symposium_frauen_berufspolitik.html, aufgerufen am 20.03.2019.
- Linehan, M. (1996). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.
- Mander, J. et al. (2018). Achtsamkeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Psychotherapeutenjournal 2/2018. S. 106-113.
- Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (1998). Prä-Therapie. Klientenzentrierte Therapie mit psychisch erkrankten und geistig behinderten Menschen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C.R. (1961). On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1989). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln: GwG.
- Rogers, C.R. (2006). Die Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Thich Nhat Hanh (2012). Compassionate listening: <https://www.youtube.com/watch?v=lyUxYflkhzo>, aufgerufen am 31.7.2018.
- Thich Nhat Hanh (2014). Achtsam sprechen, achtsam zuhören. Die Kunst der bewussten Kommunikation. Barth: München.
- Thich Nhat Hanh (2016). Four Mantras. https://www.youtube.com/watch?v=1th_cAuv6cg (aufgerufen am 30.07.2018)
- Tolle, E. (2016). Jetzt! Die Kraft der Gegenwart. Ein Leitfaden zum spirituellen Erwachen. Kamphausen: Bielefeld.
- Schmid, P.F. (1994). Im Augenblick. Gegenwärtigkeit als Bedingung für Begegnung. In Schmid, P.F. Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie. S. 201-244. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P.F. (1994). Von Angesicht zu Angesicht. Personale Begegnung als Personenzentrierte Grunddimension. In Schmid, P.F. Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie. S. 245-296. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P.F. (2007). Begegnung von Person zu Person. Die anthropologischen Grundlagen personenzentrierter Therapie. In Kriz, J. & Sluneko, T. Gesprächstherapie. Die therapeutische Vielfalt des Personenzentrierten Ansatzes. S. 37-48. Wien: Facultas.
- Segal, Z.V., Williams, J. & Teasdale, J. (2015). Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression: Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention. Tübingen: DGVT.
- Siegel, D.J. (2008). The mindful brain. The neurobiology of well-being. Audio-CD. Verlag SoundsTrue Inc.
- Weinberger, S. (2013). Klientenzentrierte Gesprächsführung: Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. Weinheim: Beltz Juventa.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). Schematherapie: Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann.