

FORTBILDUNGSBRIEF

165

aus dem Referat für Fort- und Weiterbildung der
Wiener Ärztekammer

Referent: Univ.-Prof. Dr. H. Weber

Herausgeber: MR Dr. Hans Tönies

Existenzielle Gesprächsführung

Erstellt von DDr. Alfried Längle

1. Frage: WAS VERSTEHEN SIE UNTER "EXISTENTIELLER GESPRÄCHS- FÜHRUNG"?

Antwort: Existenzielle Gesprächsführung ist eine Gesprächsgestaltung im professionellen Rahmen unter existenzanalytischem Gesichtspunkt. In ihr wird das *subjektive Können* des Patienten auf dem Hintergrund seiner spezifischen Lebenssituation fokussiert.

Erfahrene Ärzte haben über die Jahre oft selbst einen Gesprächsstil entwickelt, der der existenziellen Gesprächsführung erstaunlich nahe kommt. Dies ist für uns eine Bestätigung dafür, daß diese Vorgangsweise dem Bedürfnis von Arzt* und Patient* nach einer von der Persönlichkeit getragenen Kommunikation entspricht und für ein gutes Gesprächsklima förderlich ist. – Wir stellen hier eine *Systematik* dieser Gesprächsführung vor und bieten eine theoretische Untermauerung, wodurch die Vorgangsweise transparenter wird und besser reflektiert werden kann.

2. Frage: WELCHE BEDEUTUNG HAT DIE EXISTENZIELLE GESPRÄCHSFÜHRUNG FÜR DIE ÄRZTLICHE PRAXIS?

Antwort: Durch diese Gesprächsführung wird der *Patient als Partner im Heilungsprozeß* angesprochen. Er fühlt sich eher verstanden, wird aktiviert und motiviert und zu seinem eigenverantwortlichen Beitrag zu seiner Gesundheit aufgerufen. Zugleich erhält der Arzt eine Rückmeldung über das Verständnis des Patienten bezüglich seiner Krankheit und Therapie sowie über den Grad seiner Bereitschaft zur Mitarbeit (Compliance). Damit wird die

* Generische, keine geschlechtsspezifischen Substantiva

Selbständigkeit des Patienten durch den Arzt gefördert.

Für den Arzt wiederum ist diese Art der Gesprächsführung mit einer größeren Abwechslung und Erfüllung in der Arbeit verbunden, weil es öfters zu kurzen, persönlichen Begegnungen mit dem Patienten kommt. Damit wird der unbefriedigenden, unpersönlichen Routine und ihrer Leblosigkeit (und Sinnarmut) Vorschub geleistet.

3. Frage: WIE UNTERSCHIEDET SICH DIE EXISTENZIELLE GESPRÄCHSFÜHRUNG VON EINEM PSYCHOTHERAPEUTISCHEN GESPRÄCH?

Antwort: In der existenziellen Gesprächsführung geht es um die Anregung und Mobilisierung einer *zentralen menschlichen Fähigkeit*, die jedem Menschen zur Verfügung steht. In der Psychotherapie geht es um die Bearbeitung seelischer Störungen, Konflikte, Probleme oder Verletzungen und deren Begleitung oder Stützung in einer prozeßhaften, speziellen Art von Beziehung. Dafür steht die Methode der „Personalen Existenzanalyse“ zur Verfügung.

4. Frage: WIEVIEL ZEIT BRAUCHT DIE ANWENDUNG DER METHODE?

Antwort: Die Fragen können *ohne zusätzlichen Zeitaufwand* in einem ökonomischen Betrieb der Praxis eingestreut werden. Ihre vollständige Beantwortung durch den Patienten während der Sprechstunde ist zwar wünschenswert, aber nicht unbedingt erforderlich, haben sie doch ihre Wirkung über das unmittelbare Gespräch hinaus auch im inneren Nachklang zu Hause.

5. Frage: EIN BEISPIEL?

Antwort: Wenn es in einer Ordination beispielsweise um die Einstellung des Blutdrucks, die Behandlung des Diabetes, die Einnahme von Medikamenten geht, dann kann nach erfolgter Anamnese und Diagnosestellung das Gespräch etwa so geführt werden:

Arzt: „Sind Sie nun im Bilde, *welche Krankheit* Sie haben / *welche Störung* vorliegt? Wissen Sie, was bei Ihnen die *Ursache* für den hohen Blutdruck ist?“

Patient: ...

Arzt: „Ist es für Sie ein *Problem*, eine seelische Belastung, macht Ihnen etwas Angst?“

Patient: ...

Danach folgt der Behandlungsvorschlag.

Arzt: „Was halten Sie davon? Finden Sie das *passend* für Sie? Haben Sie *andere Vorschläge* oder weitere Ideen?“

Patient: ...

Arzt: „Ist es Ihnen möglich, diesen Behandlungsvorschlag *umzusetzen*? Welche *Schwierigkeiten* sehen Sie für die Praxis? Wann werden Sie *beginnen*?“

Patient: ...

6. Frage: NACH WELCHEM MODELL IST DIESE GESPRÄCHSFÜHRUNG AUFGEBAUT?

Antwort: Das zugrundeliegende Personmodell dieser Gesprächsführung stammt aus der „Personalen Existenzanalyse (PEA)“, einer psychotherapeutischen Methode zur Behandlung von Neurosen und anderen Fixierungen von Wahrnehmung, Emotion und Handeln (Längle 1993). Es beschreibt spezifische Fähigkeiten der Person:

Als Person ist der Mensch **ansprechbar** durch alles, was ihm „etwas zu sagen“ hat: ein anderer Mensch, ein Gespräch, ein Zuruf, eine Musik, ein Buch, ganz allgemein gesagt: die Natur, die menschliche Welt, die Kunst. Im Grunde kann der Mensch aus allem, was ist, etwas entnehmen, etwas „vernehmen“ (= griechisch „noein - nous“).

Diese Grundaktivierung der Person wird im **Verstehen** des Vernommenen weitergeführt. Dabei wird der Inhalt mit anderen Inhalten, Werten, Erfahrungen und Erinnerungen verknüpft, somit in den gesamten Lebenszusammenhang (in die Lebenswirklichkeit und Wertewelt) eingebaut. Auf dieser Grundlage **entscheidet** der Mensch, was er tun will, indem er sich in einen eigenverantwortlichen Bezug zu dem stellt, was ihm sonst noch wertvoll ist.

Im **handelnden Vollzug** schließlich realisieren wir unsere Freiheit, indem wir unsere eigene Entscheidung umsetzen und in unsere

Welt und unser Leben hineinwirken. In solchem Handeln vollziehen wir unsere Existenz auf höchstem Niveau.

7. Frage: WIE SEHEN DIE EINZELNEN SCHRITTE AUS?

Antwort: Die einzelnen Schritte der existentiellen Gesprächsführung entsprechen dem Modell der PEA:

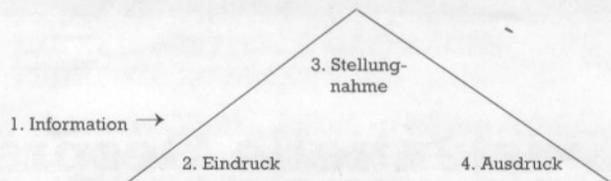


Abb. 1: Die Aktivierung der Person erfolgt in 4 Schritten

1. Information: Der Patient erhält die Information aus der Sicht des Arztes über den Grund seiner Behandlung und den Behandlungsplan. Oft hat er eigene Vorstellungen, Phantasien, Ängste, die sich mit dem diagnostischen und medizinischen Wissen des Arztes nicht decken. **Erklärungen**, Bilder, Modelle (Veranschaulichungen) helfen für das kognitive (intellektuelle) Verstehen.

Fragentypus: „Verstehen Sie nun, welche Störung bei Ihnen vorliegt und was die Ursache ist? - Deckt sich das mit Ihrer Vorstellung? - Wie sehen Sie es?“

2. Heben des Eindrucks: Nun wird der Patient ganzmenschlich angesprochen und seine **Emotion** miteinbezogen. Wir wollen wissen, welchen subjektiven Eindruck er von all dem hat, von der Krankheit, von der in Aussicht gestellten Behandlung, vom ärztlichen Gespräch. Wie geht es ihm damit, was macht es mit ihm? Der gefühlsmäßige Eindruck gibt uns Auskunft über die **Wirkung** des Themas auf die existentielle Verfassung des Menschen.

Fragentypus: „Wie geht es Ihnen damit? Belastet Sie etwas? Haben Sie besondere Ängste?“

3. Anfragen der Stellungnahme: Das Entscheidende ist nun, wie der Patient die **Information in sein Leben einbaut**. Er hält gleichsam einen neuen Baustein seiner Existenz in Händen, er weiß um seine Bedeutung und fühlt sein Gewicht - wofür wird er ihn verwenden? Kann er mit ihm überhaupt etwas anfangen, ihn in Beziehung bringen mit seinem bisherigen Leben? Welche persönlichen Entscheidungen und Konsequenzen wird er daraus ziehen?

Fragentypus: „Was halten Sie davon? Wie stehen Sie dazu? Was ist für Sie nun das Wichtige? Haben Sie andere Überlegungen oder Vorschläge?“

4. Hinführen zur **Handlungsebene**: Welche Verhaltensweisen sind dem Patienten aufgrund seiner Informationsverarbeitung nun möglich? Sind sie auch umsetzbar in seiner Realität des täglichen Lebens? Was kann er leisten, was nicht? Auch hier wollen wir wieder seine Antwort hören, weil sie die maßgebliche Kenntnis über sein Leben enthält.

Fragetypus: „Was können Sie damit anfangen? Wie werden Sie jetzt handeln? Sehen Sie schon jetzt Schwierigkeiten für die Umsetzung? Wo wird es Probleme geben? Wann werden Sie mit dem neuen Verhalten (z.B. Diät) beginnen?“

8. Frage: WELCHE REAKTIONEN SIND VOM PATIENTEN ZU ERWARTEN?

Antwort: In der Regel fühlen sich die Patienten durch diese Vorgangsweise ernstgenommen und verstanden. Sie gehen mit und sind dankbar.

Manche Patienten sind hilflos, ja überfordert. Sie erwarten Direktiven. Diese sind dann wohl auch zu geben, soll die ärztliche Sprechstunde nicht in eine Lebensschulung umgewandelt werden. Zu den „Direktiven“ können die genannten Fragen angefügt werden, damit die Anleitungen besser verankert werden. Manche Patienten, die nicht wirklich mitarbeiten wollen und sich verstellen, können durch die Fragen irritiert werden oder Scheinantworten geben, die oft genug durchsichtig sind und sich widersprechen.

Bei schweren Themen, wenn z.B. eine Chemotherapie besprochen wird, kann der Patient auf diese Fragen oft noch nicht gleich antworten. Es zeigt sich, daß es meistens trotzdem gut ist, die Themen anzuschneiden. Dafür sind aber Aussagesätze, in denen der Arzt sein Gefühl sagt, geeigneter als Fragesätze. Beispielsweise: „Ich kann mir vorstellen, daß es Ihnen damit jetzt nicht gut geht. Lassen Sie es mal ruhig auf sich wirken, wir sprechen später darüber.“

9. Frage: GIBT ES PATIENTEN, DIE FÜR DIESE GESPRÄCHSWEISE UNGEEIGNET SIND? IST DIE METHODE AUF BESONDERE KRANKHEITEN BESCHRÄNKT?

Antwort: Natürlich unterscheiden sich die Patienten - in noch größerem Maße als wir Ärzte - im Grad der Ausbildung und Übung dieser Grundfähigkeiten der Person. Manche Menschen sind sehr erfahren im Umgang mit ihrer eigenen Wahrnehmung und Gefühlswelt sowie in der Stellungnahme und im Umsetzen des Eigenen. Anderen kostet es aber Mut, gegen die damit verbundenen (angelernten) Ängste und Unsicherheiten anzutreten. Manchen ist es zu anstrengend, manchen befremdlich. Den meisten Menschen ist recht bewußt, daß sie über solche Kompetenzen einer individuellen und authentischen Le-

bensgestaltung verfügen. Wenn sie dazu kurze Anregungen erhalten, noch dazu von der angesehensten Autorität, wie es der Arzt in der Bevölkerung darstellt, können sie sich auf dem Weg einer autonomen Lebensgestaltung bestärkt fühlen.

Der Einsatz der Gesprächsführung unterliegt keiner Beschränkung durch spezifische Krankheitsbilder und kann selbst bei psychischen Störungen und nicht floriden Psychosen angewandt werden. Bei floriden Psychosen gehört diese Gesprächsführung allerdings in die Hand des Psychiaters und bedarf einiger Modifikationen.

10. Frage: WAS KANN DER PATIENT SELBST ZUR GESTALTUNG DES GESPRÄCHES BEITRAGEN? WIEVIEL DARF BZW. SOLL DER PATIENT AM GESPRÄCHSVERLAUF MITBESTIMMEN?

Antwort: Der Patient ist zur Gestaltung des Gespräches eingeladen, ja angefragt und aufgefordert. Er gibt die Antworten, er wirft seine Probleme auf, *seine* Stellungnahme und Erfahrung ist gefragt. Dennoch bleibt die Führung des Gespräches in den Händen des Arztes. Er trachtet danach, die aufeinander aufbauenden Stufen der existentiellen Gesprächsführung durchzugehen. Er nimmt Bedacht darauf, daß das Gespräch nicht ausfert, oder, was etwa bei histrionischen Patienten leicht passieren kann, daß das Gespräch nicht abgelenkt wird auf andere Themen bzw. Nebensächlichkeiten oder persönliche Einstellungen des Arztes.

11. Frage: WERDEN MIT DER METHODE BESONDERE ZIELE ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHER ART, WELTANSCHAULICHE BEEINFLUSSUNG ODER VERHALTENSÄNDERUNGEN ANGESTREBT?

Antwort: Eine weltanschauliche (religiöse, ideologische) Beeinflussung ist schon allein durch die strikte thematische Vorgabe (Behandlung der Krankheit) ausgeschlossen. Natürlich steht die diagnostische Sicht des Arztes und sein Therapieverständnis zur Diskussion. Aber dadurch, daß die Stellungnahme des Patienten eingeholt wird und er zur Begegnung und Diskussion mit seinem Arzt aufgerufen ist, wird eine einseitige, nicht hinterfragte Beeinflussung des Patienten durch den Arzt (z.B. durch rein naturwissenschaftliche Behandlungsweise oder alternativmedizinische Vorstellungen) unterbunden. Der Arzt erhält durch die Stellungnahmen des Patienten und die Anfrage seiner eigenen Vorstellungen wichtige Information über die Behandlungsvorstellungen seiner Patienten und kann ihnen nach Kenntnis und Möglichkeit seiner Praxis und Fortbildung entsprechen.

Eine Verhaltensänderung und im Ansatz ein entwicklungspsychologisches Ziel wird mit dieser Gesprächsführung aber sehr wohl verfolgt. Insofern hat diese Gesprächsführung im weitesten Sinn persönlichkeitsentwickelnde Relevanz.

12. Frage: WELCHE PROBLEME ENTSTEHEN MIT DIESER ART VON GESPRÄCHSFÜHRUNG, WO IST SIE KONTRAINDIZIERT?

Antwort: Erwähnt wurden schon Probleme der Überforderung und der Provokation von Hilflosigkeitsgefühlen. Auch die Irritation durch ein Sich-verstecken-Wollen bzw. durch den Wunsch nach Verheimlichung wurde genannt. Dem Ungeübten können die Gespräche entgleiten und ausufern. Schließlich können Patienten auch Zweifel an der Autorität des Arztes bekommen nach dem Muster: "Als Arzt muß er wissen, was ich zu tun habe - ich bin ja doch der Laie."

Wird beim Patienten ein Zögern oder eine Verunsicherung bemerkt, ist es am besten, diese gleich anzusprechen und nachzufragen, was ihn stört. Es empfiehlt sich, die Frage der Autorität direkt von seiten des Arztes anzusprechen, beispielsweise: "Ich frage Sie deshalb, weil es mich interessiert, wie Sie mit dieser Information umgehen. Ich habe Ihnen klar meine Position erklärt - aber nun geht es um Ihre Position und um Ihr Bild, um Ihre Entscheidungen. Um diesen Prozeß zu fördern, stelle ich Ihnen diese Fragen. Ich bin interessiert und offen bin für Ihre Ängste, Probleme, Erfahrungen und Wünsche."

13. Frage: WORIN SEHEN SIE DEN UNTERSCHIED ZU ANDEREN GANZHEITLICHEN GESPRÄCHSMETHODEN?

Antwort: Das Spezifische dieser Vorgehensweise ist die Zentrierung auf die Dialogelemente und der mit ihr verbundenen Mobilisierung der personalen Kräfte des Menschen. Nach kognitiven Überlegungen wird relativ oft gefragt, vielleicht auch nicht selten nach dem Eindruck und nach der Emotiona-

lität. Das direkte Ansprechen der Stellungnahme unter Einbeziehung der Emotionalität ist in dieser Gesprächsführung das zentrale Element.

14. Frage: KANN DIESER GESPRÄCHSFÜHRUNG JEDER LERNEN?

Antwort: Ja. Manchen Ärzten liegt sie, ist für sie "ganz natürlich", andere tun sich schwerer mit ihr.

15. Frage: WIEVIEL ZEIT BEDARF ES, UM DIE EXISTENTIELLE GESPRÄCHSFÜHRUNG ZU ERLERNEN?

Antwort: Vielen Ärzten genügen Anregungen, wie sie beispielsweise in diesem Artikel enthalten sind. Manche möchten ihre Fertigkeiten darüber hinaus vertiefen, erproben und abrunden und einen etwas größeren Theorieüberblick erhalten. Dafür bietet die GLE Spezialseminare für Ärzte an, wo die Methode auch praktisch geübt wird (jeweils Freitag Nachmittag und Samstag, nächster Termin Juni 1999). Wer seiner Arbeit einen besonderen Schwerpunkt geben will, sei auf das PSY III - Diplom der Ärztekammer verwiesen, das auch mit dem Hauptfach Existenzanalyse absolviert werden kann. Nähere Auskunft erhalten Sie über das Sekretariat der GLE.

Kontaktadresse: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE), A - 1150 Wien, Eduard-Sueßgasse 10, Tel.: (+43-1-) 985 95 66; Fax: 982 48 45; e-mail: gle-wien@eunet.at, Homepage: <http://members.eunet.at/gle-wien>

Literatur:

Längle A. (1993): Personale Existenzanalyse. In: Längle A. (Hrsg.): Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht der GLE, Wien, 133-160.
Frankl V. (1986): Die Psychotherapie in der Praxis. München: Piper.