

# **Willkommen zum Seminar 3:**

Ethische Gesprächsführung in Theorie und Praxis

Seminarthemen:

Methodische Grundlagen der Gesprächstherapie

Struktureller Aufbau einer Sitzung

Krisenintervention

Referent: Dr. phil. Georg Klaus, M.A.; M.mel, etc.

# Die wirksamen Haltungen im helfenden Gespräch

## Positive Wertschätzung und Akzeptanz

- Hinwendung von der Sache zur Person
- keine Wertung und Urteile über den Klienten

## Kongruenz (Echtheit)

- das was der Therapeut im Gespräch zum Ausdruck bringt  
und auch wirklich empfindet
- Klient gewinnt an Vertrauen + Gefühle mehr äussern

## Empathie und das einführende Spiegeln

- Die Welt durch die Perspektive des anderen sehen können
- Voraussetzung: aktives Zuhören

## Das Setting

Das Setting meint alle Rahmenbedingungen, die einen angemessenen Ablauf der Sitzung gewährleisten.

Die raumsprachliche Bedeutung (Proxemik) der Sitzung

- die im Sitzungsraum befindlichen Einrichtungsgegenständen, Bilder, Türen
  - Lichtverhältnisse
  - die Anordnung der Positionen von Th und Kl, gegenüber oder rechtwinklig

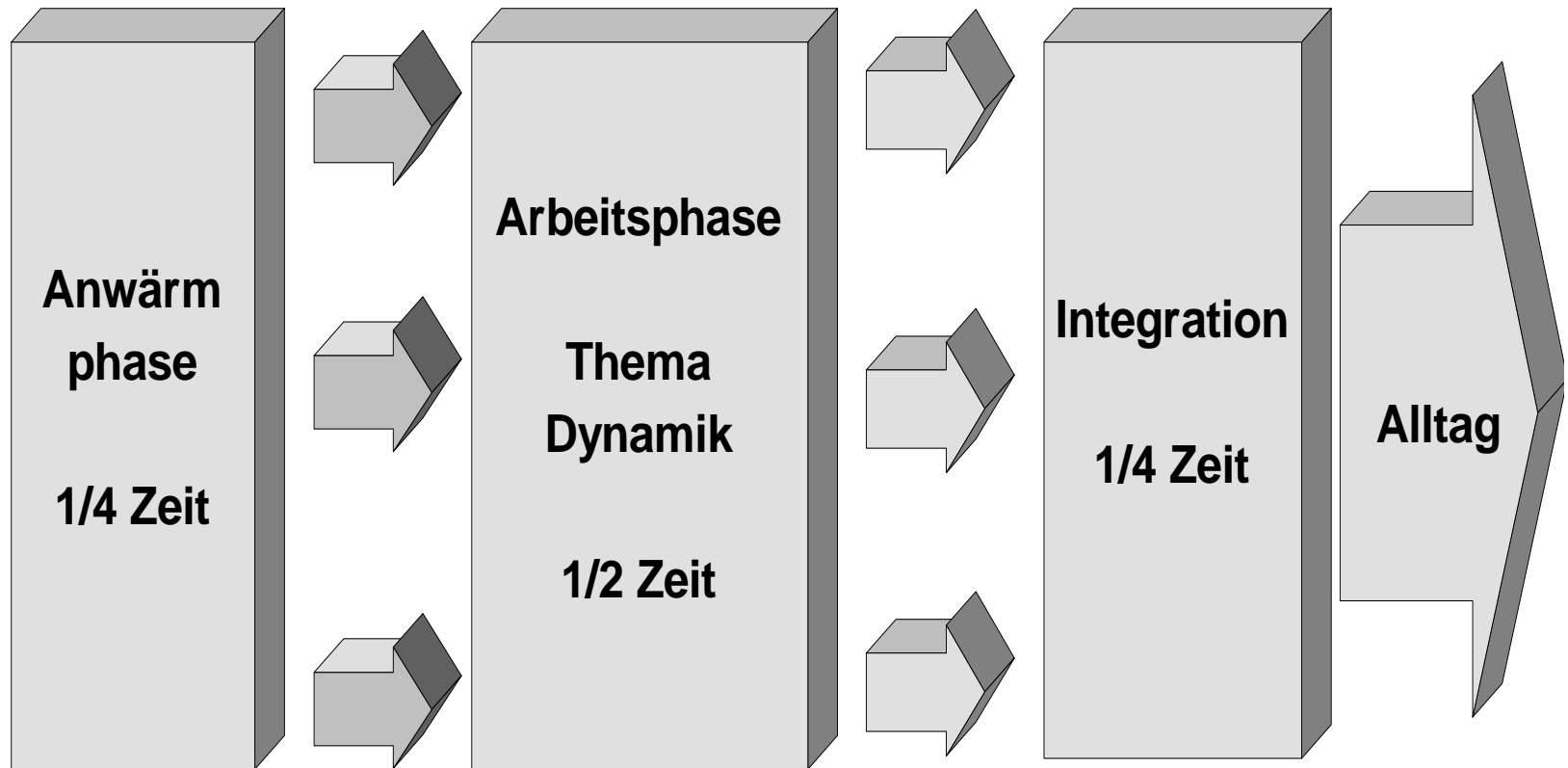
Vereinbarungen über äußere Regeln.

- Zumeist werden 20 bis 50 Gespräche vereinbart
- Ein Gespräch dauert 50 min.
- wöchentlich ein Kontakt
- Die Kosten bemessen sich auf ..... ,-DM

- Materialien

- Protokoll nach jeder Sitzung erstellen

# Timing einer therapeutischen Sitzung



# Die Interviewtechnik in der Gesprächstherapie

1. Der Interviewer soll dem Sprechenden geduldig und freundlich aber auch in verständnisvoller und kritischer Weise zuhören.
2. Der Interviewer soll keinerlei Autorität demonstrieren
3. Der Interviewer soll weder Ratschläge noch moralische Verweise erteilen.
4. Der Interviewer soll nur unter bestimmten Voraussetzungen reden oder Fragen stellen.
  - um der Person das Reden zu erleichtern
  - um Befürchtungen oder Ängste der Person beim Sprechen zu zerstreuen, die ihre Beziehung zu dem Interviewer beeinflussen können.
  - Um den Sprechenden für die genaue Darstellung seiner Gedanken und Gefühle zu loben.
  - Um das Interview auf ein Thema zu bringen, das übergangen oder vernachlässigt worden ist.
  - Um implizierte Voraussetzungen zu erörtern, falls dies ratsam erscheint.

Diese Regeln, die ausdrücklich die Verwendung von Ratschlägen, Überredung und Disput ausschließen und eindeutig betonen, daß das Interview dem Klienten gehört und ihm Gelegenheit zum freien Sprechen bieten soll, stimmen voll und ganz mit dem nicht- direktiven Ansatz überein und stehen im Gegensatz zu den meisten charakteristischen Techniken des direktiven Ansatzes.

# Gesprächsstruktur und Setting 1

## Auftrag

Wichtig ist ein klarer und eindeutiger Auftrag

## Zielbestimmung – kognitiv

Die Zielprojektion (future check) gibt der Sitzung eine Richtung

## Ressourcenbestimmung – affektiv

Hier werden innere Unterstützungssysteme und soziale Kompetenz gesucht und verstärkt

## Problembestimmung

Hier geht es um den Sachverhalt. Viele Klienten kleben an den Problembeschreibungen und verbrauchen für Schuldzuschreibungen viel Energie.

Das entlastet seelisch aber nur kurzfristig, kreierte aber einen „stuck state“, weil die Lösung nur aus einem selbst entwickelt werden kann.

(Carl Rogers: „Es gibt keine Probleme – Es gibt nur Entscheidungsschwierigkeiten“)

# Gesprächsstruktur und Setting 2

## Auftrag

1. Worum soll es jetzt heute hier gehen? Wofür wird eine Hilfe benötigt?
2. Finde für das Belastende eine kurze Beschreibung, einen Satz, eine Formel.
3. Hilfestellung durch Konkretisierung: Wer macht was, wann, wo, mit wem ?

## Zielbestimmung – kognitiv

1. Was ist dein Ziel?
2. Woran wirst du merken, dass du dein Ziel erreicht hast?  
Alternativ: Was wäre ein gutes Ergebnis unserer Arbeit?  
Alternativ: Woran würdest du merken, daß die Zusammenarbeit erfolgreich war?
4. Wie wird sich dein Leben dadurch ändern?  
→ Was gibst du auf?  
→ Was ist der Preis?  
→ Wie werden andere darauf reagieren?
5. Welche Hilfen brauchst Du, welche würdest du gerne von wem haben?  
Alternativ: Wer sollte dir beistehen?
6. Welches ist der nächste erste Schritt?

# Gesprächsstruktur und Setting 3

## Ressourcenbestimmung – affektiv

1. Stell dir vor, du wachst morgen auf und dein Problem hat sich gelöst.  
→ Wie fühlt sich das an, gibt es Bilder Geräusche, Gefühle  
→ woran würdest du merken, dass das Problem gelöst ist?
2. Was wird statt des Problems da sein?
3. Woran merkt Du, dass sich das Problem aufgelöst hat?  
→ Woran könnten andere erkennen, dass das Problem gelöst ist?
6. Wie würde der/die andere/n darauf reagieren?
7. Was wird sich dadurch für dich ändern

## Problembestimmung

1. Was hindert dich, das gewünschte Ziel zu erreichen?
2. Wie lässt sich das Problem objektiv beschreiben?  
→ Sachverhalte klären und ordnen (Hilfsmittel)  
→ stets sinnlich wahrnehmbare Informationen unterstützen
3. Wie repräsentiert sich das Problem in dir? Gibt es Bilder Geräusche, Gefühle
4. Was hast du bisher getan, um dem Problem zu begegnen?
5. Bei Widerstand: Was ist der positive Nebeneffekt, das Problem zu haben?  
→ Sekundärer Krankheitsgewinn, Wer profitiert von dem Problem noch?



# Gesprächsstruktur und Setting 4 Arbeitsblatt

## Auftrag

1. Worum soll es jetzt heute hier gehen?
2. Finde für das Belastende eine kurze Beschreibung, einen Satz, eine Formel

## Zielbestimmung

1. Was ist dein Ziel? Woran wirst du merken, dass du dein Ziel erreicht hast?
2. Wie wird sich dein Leben dadurch ändern? Was ist der Preis?
3. Welche Hilfen brauchst Du, welche würdest du gerne von wem haben?
4. Welches ist der nächste erste Schritt?

## Ressourcenbestimmung (Versinnlichung)

1. Stell dir vor, du wachst morgen auf und dein Problem hat sich gelöst.  
→ Wie fühlt sich das an, gibt es Bilder Geräusche, Gefühle
2. Woran könnten andere erkennen, dass das Problem gelöst ist?
3. Was wird sich dadurch für dich ändern

## Ermittlung eines formelhaften Vorsatzes

1. Lass uns gemeinsam eine entlastende positive Formel (einen kurzen Satz) finden
2. Vertraue deiner Intuition, nimm den ersten Gedanken, das erste Wort, Bild, Gefühl
3. Wie fühlt sich das an, gibt es Bilder Geräusche, Gefühle.

## **Die Krisensituation - Der schwierige Patient/Klient**

Krisenszenarien und Persönlichkeitsprofile in der Praxis:

Der fordernde und aggressive Patient/Klient

Patienten/Klienten mit Complianceproblemen

Somatisierende Patienten/Klienten

Depressive oder ängstliche Patienten/Klienten

Suizidale Patienten/Klienten

Patienten/Klienten mit Persönlichkeitsstörungen

Alkoholabhängige Patienten

# Patienten/Kliententypen

→ **Die ausschweifenden, theatralischen Patienten**

wünschen sich im wesentlichen Anerkennung.

→ **Anspruchsvollen, rechthaberischen und misstrauischen Patienten**

sollte Eigenverantwortung zugestanden werden.

→ **Unsichere, unterwürfige Patienten**

erscheinen oft pflegeleicht.

→ **Andere Patienten/Kliententypen 1**

Der Dauernörgler

Der Besserwisser

Die Quasselstrippe

Der Schweigsame

Der Querulant

Bekannte des Chefs

→ **Andere Patienten/Kliententypen 1**

Kinder

Jugendliche

Senioren

## **Ausschweifende, theatralische Patienten** wünschen sich im wesentlichen Anerkennung.

Sie erzählen ihre Krankengeschichte meist sehr ausführlich und schildern ihre Beschwerden übertrieben theatralisch, schweifen rasch ab und benötigen viel Aufmerksamkeit. („Angelhakenenergie“). Kontakt anbieten, Patienten anschauen und mit Namen ansprechen, notfalls z.B. am Arm berühren.

Mit diesen Patienten sollte der Arzt wertschätzend sprechen und anerkennende Worte finden. Um zum Ziel des Gesprächs zurückzukommen, sollte der Patient sanft gelenkt werden:

- „Können Sie sich vorstellen, dass ich mich genauso um sie kümmere, wenn Sie Ihre Beschwerden ganz kurz schildern?“
- „Mein Vorschlag wäre, dass wir zunächst bei den Kopfschmerzen bleiben und Sie versuchen, meine Fragen möglichst kurz zu beantworten.“
- zusammenfassen: „Ich höre es ist Ihnen sehr wichtig, genau über Ihre Beschwerden zu berichten.“
- Einverständnis einholen: „Sind Sie damit einverstanden, dass wir so weitermachen?“

Fragen sollten möglichst konkret gestellt werden:

- „Wie war das denn gestern, hatten sie nach dem Mittagessen Sodbrennen?“
- „Was mich interessiert: Bekommen Sie Luftnot beim Treppensteigen?“ oder auch
- „Was genau möchten Sie heute besprechen?“
- Gespräch strukturieren, Ziel nennen: „Es gibt sehr viele wichtige Themen, aber unsere Zeit ist begrenzt. Ich würde sie gern nutzen, um zu erfahren, wie es Ihnen geht.“

Bei weiteren Unterbrechungen freundlich auf die Vereinbarung verweisen:

- „Jetzt sind wir schon wieder bei den Erkrankungen anderer gelandet.“

Manchmal kann man einen Redeschwall aber auch sanft unterbrechen.

## **Anspruchsvolle, rechthaberische und misstrauische Patienten**

wollen in ihrer Eigenverantwortung wertgeschätzt werden. Sie erwarten tendenziell Negatives von ihrem Gegenüber. Ihnen hilft das Gefühl, im Gespräch die Kontrolle zu behalten.

Beteiligen Sie diese Patienten explizit an der Entscheidungsfindung, erläutern Sie die Alternativen

→ „Ich finde es gut, wenn Patienten selbst mitdenken“

→ „Entscheiden werden das immer Sie.“

Auch wenn das Verhalten rücksichtslos oder verletzend erscheint, sollte diesen Patienten, möglichst das Gefühl gegeben werden, die Situation kontrollieren zu können:

→ „Wenn Sie möchten, zeige ich Ihnen gern den Laborbericht im Original. Würde Ihnen das helfen, mir zu vertrauen?“

Wenn die Ansicht des Patienten etwa zur indizierten Therapie falsch ist, versuchen Sie durch geschicktes Fragen Sachlichkeit in die Diskussion zu bringen:

→ „Sie sagen ...– habe ich Sie da richtig verstanden?“

Wenn nötig, kann man widersprechende Positionen suggestiv oder als Differenzierung zur Meinung des Patienten einbringen:

→ „Sie haben recht, mit Medikamenten muss man vorsichtig umgehen. Ich sehe es wie Sie, dass man nur das unbedingt Notwendige nehmen sollte“ oder

→ „Das höre ich so zum ersten Mal. Meiner Erfahrung nach ist es sinnvoller, ...“.

Ein gutes Argument ist immer der individuelle Verlauf:

→ „Sie wissen bestimmt, dass Krankheitsverläufe ganz unterschiedlich sein können – eine für alle Fälle gültige Antwort im Internet kann es da gar nicht geben.“

## **Unsichere, unterwürfige Patienten** erscheinen oft pflegeleicht.

Sie widersprechen dem Arzt nicht, sind mit seinen Vorschlägen einverstanden und wollen nicht viel über ihre Krankheit wissen.

→ Sich rückversichern, ob das Gesagte auch verstanden wurde

„Haben sie mich verstanden? – Was haben Sie verstanden?“

Für die Behandlung kann das problematisch und frustrierend sein, weil sie möglicherweise die verschriebenen Medikamente nicht nehmen oder sich nicht an ärztliche Empfehlungen halten. Grund dafür ist manchmal, dass sie den Arzt einfach nicht genau verstanden haben und sich nicht trauen, nachzufragen.

Die Compliance kann ihnen aber auch schwer fallen, wenn sie damit (vermeintlich) in Konflikt zu ihrer sozialen Umgebung geraten.

Hat man den Verdacht, der Patient könnte Schwierigkeiten mit der Compliance haben, kann man zum Beispiel fragen:

→ „Machen Sie sich Sorgen über Nebenwirkungen?“

→ „Könnte Sie etwas an der Einnahme hindern?“

Außerdem sollte der Arzt die Behandlung besonders gut erläutern und die Eigenverantwortung verdeutlichen, indem man das therapeutische Bündnis verstärkt.

→ „Ohne Ihre Mithilfe können die Tabletten nicht wirken.“

# Schwierige Patienten/Klienten in der alltäglichen Praxis 1

## **Der Dauernörgler**

Der Dauernörgler ist der Typ Patient, dem man es nie recht machen kann, ganz egal wie sehr man sich anstrengt. Er ist äußerst kritisch eingestellt und findet immer ein Haar in der Suppe.

Überraschenderweise ist er ausgesprochen treu und kommt trotz aller scheinbaren Widrigkeiten auch weiterhin in die Praxis.

→ Lassen Sie sich von diesem Patienten nicht provozieren. Kommunizieren Sie weiterhin zuvorkommend und höflich. Erweisen Sie sich als verlässlicher Partner, damit er Vertrauen zu Ihnen und Ihrem Team aufbauen kann. Oftmals wollen diese Patienten einfach nur wahrgenommen und gehört werden.

## **Der Besserwisser**

Der Besserwisser wiederum hat etwas gelesen, gehört oder erfahren und fühlt sich nun kompetent genug, um mitreden zu können. Was tun? Besserwisser gibt es in allen Altersklassen und in allen Gesellschaftsschichten. Auch hier gilt, sich nicht provozieren zu lassen. Besserwisserei kann durch Hinhören und Bestätigen „abgefedert“ werden.

→ Mit Formulierungen wie „Ich sehe, Sie haben sich erkundigt“ oder „Sie sind ja schon ganz gut informiert“ geben Sie diesen Patienten Anerkennung und befriedigen ihr Geltungsbedürfnis. Solange es fachlich stimmt, was der Patient äußert, ist alles in Ordnung. Stellt er jedoch falsche Behauptungen auf, müssen Sie widersprechen und korrigieren. Machen Sie es Ihrem Patienten leicht, indem Sie Verständnis äußern. Bauen Sie ihm eine Brücke, indem Sie zum Beispiel sagen: „Ich verstehe Ihre Meinung, jedoch...“ Auf diese Weise bekommt der Patient im ersten Satzteil recht, im zweiten haben Sie jedoch die Möglichkeit, zu erklären, wie es sich wirklich verhält - unter Anführung von Beweisen und Tatsachen. Ihre Erklärung wird so eher angenommen.

# Schwierige Patienten/Klienten in der alltäglichen Praxis 2

**Die Quasselstrippe:** Patienten, die in ihren Ausführungen und Erzählungen nicht zu stoppen sind, stellen die Praxis vor ein zeitliches Problem und strapazieren dabei die Nerven des Behandlungsteams extrem. Manche Patienten haben zu Hause keinen Gesprächspartner und nutzen jede Gelegenheit, bei der ihnen einmal jemand zuhört. Andere überspielen mit vielen Worten ihre Angst.

→ Unterbrechen Sie den Redefluss des Patienten nicht, wird dies als Zustimmung verstanden. Unterbrechen Sie also möglichst früh. Je länger Sie warten, desto schwieriger wird es. Das wirkungsvollste Stoppsignal ist die Nennung seines Namens. Entschuldigen Sie sich für die Unterbrechung und begründen Sie Ihre Vorgehensweise zum Beispiel: „Herr Mayer, entschuldigen Sie, wenn ich Sie kurz unterbreche ...“.

**Der Schweigsame:** Das Gegenteil der Quasselstrippe ist der Patient, dem man jedes Wort sprichwörtlich aus der Nase ziehen muss. Bei ihm kann man sich nicht sicher sein, ob er derselben Auffassung ist und die Ausführungen auch verstanden hat und befürwortet. Doch um genau das zu erfahren, ist es notwendig, ihn aus der Reserve zu locken.

→ Stellen Sie diesen Patienten offene Fragen, die ihnen mehr Worte abverlangen, als ja und nein. Fordern Sie Stellungnahmen ein, zum Beispiel: „Es interessiert mich zu wissen, wie Sie darüber denken ...“. Legen Sie dabei gezielte Pausen ein, damit der Patient Zeit zum Nachdenken hat und sich eventuelle Fragen überlegen kann.



# Schwierige Patienten/Klienten in der alltäglichen Praxis 3

## **Der Querulant**

Der Querulant will unbedingt recht und immer das letzte Wort haben. Er ist der Meinung, dass er sich an gute Sitten und Normen hält, und ist stolz darauf, dass er sich nichts gefallen lässt. Seine Forderungen sind rigoros und auch vor Drohungen macht er nicht halt.

→ Auch hier gilt, sich nicht provozieren zu lassen. Thematisieren Sie Drohungen: „So kommen wir nicht weiter. Was halten Sie davon, wenn wir erst einmal festlegen, wie wir miteinander reden wollen.“ Weisen Sie generell auf die besondere Qualität Ihrer Arbeit hin und erfassen - falls nötig - Vereinbarungen schriftlich in der Patientenakte. Aber Vorsicht! Nicht jeder misstrauische Patient ist automatisch ein Querulant, nur weil er von seinem Recht Gebrauch macht, in Entscheidungsprozesse eingebunden zu werden.

## **Bekannte des Chefs**

Freunde und Bekannte des Chefs können eine besondere Herausforderung für das Praxisteam sein, denn oft glauben sie, einen Sonderstatus zu haben. Dann brauchen Sie viel Fingerspitzengefühl und vor allem klare Absprachen mit dem Arzt. „Ich bin Britta Müller. Ich kenne Prof. Dr. Mayer persönlich ....“ sind oft selbstverliebt oder verunsichert.

→ freundlich und verbindlich, aber immer distanziert die Sachebene verstärken. Die Führung im Gespräch übernehmen. Sich nicht zu beiläufigen Äußerungen hinreißen lassen. Bei Störungen offen den Chef ansprechen. Schildern Sie die Situation sachlich und bitten Sie den Chef um einen Vorschlag, wie man das Problem in den Griff bekommt.

# Arbeitsaufgabe 1

- Kleingruppen bilden zum Thema: Patienten/Kliententypen
- Beispiele aus der eigenen Praxis finden
- Welche kommunikativen Konsequenzen ergeben sich in der Lebenswirklichkeit der Praxis
- Ergebnisse festhalten, ordnen und evtl. hierarchisieren
- Protokollant/in stellt die Ergebnisse im Plenum vor

# Allgemeine Strategien zur Krisenintervention 1

## **Was ist eine Krise?**

Eine Krise liegt immer dann vor, wenn sich der Zustand eines Patienten akut verschlechtert hat und ein positiver Ausgang des Geschehens fraglich geworden ist.

In einer Krise versagen

die üblichen Regulationsmechanismen zur Bewältigung des Problems. Es kommt zu einer akuten Störung im seelischen und körperlichen Gleichgewicht.

## **Krisenanlässe:**

--> belastende körperliche Erkrankung

--> schwerer Arbeits- oder Verkehrsunfall

--> plötzlicher Verlust des Partners/Angehörigen durch Trennung oder Tod

--> schwere berufliche oder private Kränkungen, z.B. Partnerschaftskonflikte, Nicht bestehen einer Prüfung, Zurückweisung bei Selbstunsicheren

## **Reaktionen auf Krisensituationen:**

--> Verzweiflung, Unruhe, Schlafstörungen

--> Angstzustände bis zu Panikattacken mit Hyperventilation, Schwindel

--> körperliche Beschwerden und Schmerzzustände

--> Suizidgedanken und -handlungen (s. Kap. 19)

--> Erregungszustände mit aggressiven Verhaltensweisen

--> akuter Verwirrtheitszustand mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen

--> vollständiger sozialer Rückzug

--> zurückziehen und verstummen

# Allgemeine Strategien zur Krisenintervention 2

## Erster Schritt: Sicherer Ort, Angstminderung

Angst und das Gefühl, die Kontrolle über die Situation und sich selbst zu verlieren

→ Ziel ist es, Angst zu reduzieren.

--> Präsenz im offenen Kontakt anbieten, Zuhören

--> Empathie, verbal oder nonverbal einstimmen

→ Arzt ist entspannt, bequem und sorgt für eine schützende Umgebung

--> z.B. Türen schließen, Piepser abstellen, möglichst allein sein

→ Kommunikatives Supportsystem kreieren

--> ruhigen Raum zum Gespräch suchen und Kontakt zum Patienten herstellen

--> Haltung und Verhalten hat eine Modellfunktion für den Patienten

--> Unterstützende Fragen, wie „Was ist passiert?“, „Was haben Sie empfunden?“

--> ca. 3 Min. ohne Unterbrechung sprechen lassen

--> Führen durch Konkretisieren und Focussierung

--> Gefühle (z.B. weinen, schluchzen) zulassen

--> Deeskalieren z.B. durch Körperkontakt (z.B. Hand auf den Arm legen)

--> Generalisierung, die Krisenreaktion als angemessenes Erleben und Verhalten

--> “ In Ihrer Situation ist es völlig normal, dass Sie sich Sorgen machen.

--> „Ich kann mir vorstellen, dass auch jeder andere Mensch in Ihrer Situation nicht mehr weiterwüsste und verzweifelt wäre.“

--> Je akuter die Krise, desto direkter die Intervention

--> so viel Struktur wie nötig und so viel Offenheit wie möglich.

# Allgemeine Strategien zur Krisenintervention 3

## Zweiter Schritt: Klärung der Konfliktsituation

- Focussieren: “Was ist das Schwierigste in dieser Situation für Sie?”
- Aktuellen Problem, z.B. Beruf, Partnerschaft, Finanzen, schwere Krankheit, Sinnkrise,
- Falls es sich um ein schon länger bestehendes Problem handelt: Welche Mechanismen machen gerade jetzt aus dem bekannten Problem eine Krise?
  
- Stellt das Verhalten des Patienten in der Krisensituation vielleicht einen Lösungsversuch zur Bewältigung eines schon länger bestehenden Konfliktes dar?
  - > Mobilisierung von Unterstützung durch Partner, Familie oder Arzt
  - > Minderung von Schuldgefühlen, z.B. bei Einnahme von Drogen
  - > Ablenken von Eheproblemen durch Verschieben auf Randthemen
  - > heimliche Anklage oder Rache an geliebten oder nahen Bezugspersonen
  - > Selbstbestrafung
  - > unbewusste Sicherung von Zuwendung, z.B. anorektische Krise
  
- Welche subjektiven Vorstellungen hat der Patient über Auslöser der Krise? Die Gedanken und Phantasien enthalten Hinweise darüber, was der Patient unbewusst erreichen will und wie er auf evtl, destruktive Weise die Kontrolle und Handlungsfähigkeit zurückgewinnen möchte. Diese Vorstellungen zu kennen, ist hilfreich zur Bewältigung der Krise.
  
- Was wünscht sich der Patient in der aktuellen Situation vom Arzt?

# Allgemeine Strategien zur Krisenintervention 4

## Dritter Schritt: Beratung und Weichenstellung

- Innere Distanz schaffen
  - Bisheriges Vorgehen wiederholen und zusammenfassen
- Körperliche und seelische Ressourcen stärken, innere Ruhe und Sicherheit vermitteln
  - „Was könnte Ihnen helfen, die Situation durchzustehen?„
- Therapeutische Bindung verstärken durch empathische, offene und authentische Rückmeldung (Gespräch mit dem Patienten/Klienten nicht über ihn)
  - „Das muss sehr schwer für Sie gewesen sein!“
  - „Es tut mir leid, was Ihnen widerfahren ist.“
  - „Ihre Erzählung hat mich sehr bewegt.“
- Patienten beim Verbalisieren helfen, (4 Ohren Botschaften, Konkretisieren, W-Fragen)
- Zielprojektion (s.o.)
- Copings Strategien (Bewältigungsstrategien) gemeinsam entwickeln (Resilienz stärken)
  - nicht das Ereignis an sich, sondern die individuelle Erlebnisverarbeitung vor dem Hintergrund der aktuellen Lebenssituation und der Erfahrungen mit der Bewältigung früherer Krisen

## CALM-MODELL: SCHRITTWEISE DEESKALATION BEI AGGRESSION

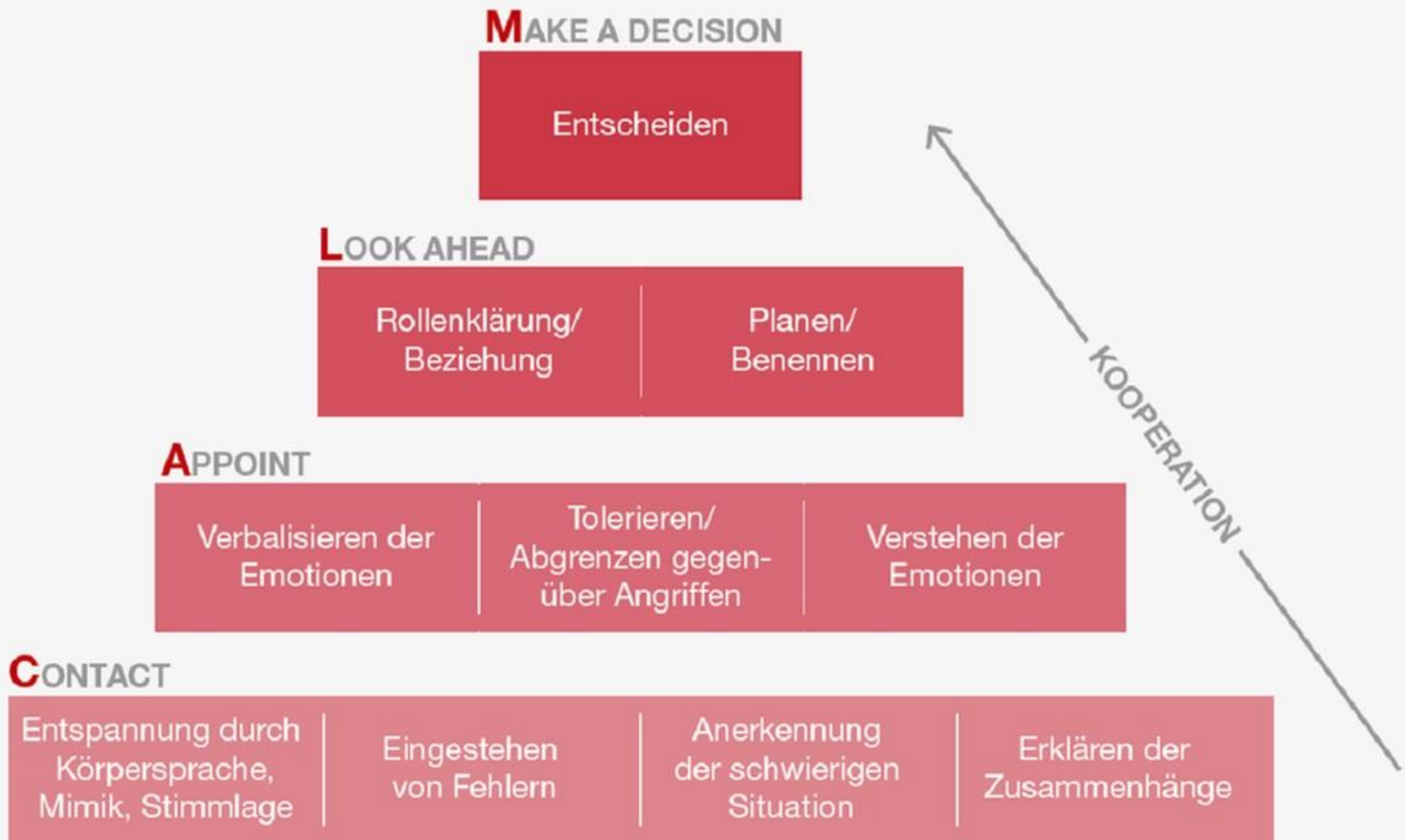


Abbildung 1: Das CALM-Modell zur Deeskalation hilft, Konflikte zu lösen (modifiziert nach A. Schweickhardt/K. Fritzsche: Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Köln 2007, S. 159–166).<sup>3</sup>

## CALM-Modell (C)ontact, (A)ppoint, (L)ook ahead, (M)ake a decision) zur Deeskalation

**Contact:** Es kann hilfreich sein, die aufgeladenen Emotionen des Patienten wie eine Welle auslaufen zu lassen, aktuelle Schwierigkeiten zu erkennen und mögliche eigene Fehler einzugestehen beziehungsweise zu erklären („*Das tut mir leid, ich habe mich missverständlich ausgedrückt. Wollen wir uns nicht erst einmal setzen?*“). Begegnen Sie den Emotionen Ihres Gegenübers nicht mit Floskeln („*Das ist doch nicht so schlimm!*“). Dies schürt eine drohende Eskalation eher noch weiter an.

**Appoint:** Besser ist es, wenn Sie „aktiv zuhören“, die gezeigten Emotionen empathisch und konkret benennen („*Sie sind wütend/verärgert/enttäuscht.*“) und Sorgen oder Ängste aufgreifen („*Ich höre, Sie sind sehr entrüstet. Sie haben Angst, wie es weitergeht.*“).

**Look ahead:** Bestenfalls lässt sich dann ein gemeinsamer Weg finden. Machen Sie Ihrem Patienten ein Angebot und benennen Sie die Spielregeln („*Ich merke, wie wütend Sie nach wie vor sind. Für mich stellt sich die Frage, wie wir weitermachen. Ich kann Ihnen anbieten, ....*“).

**Make a decision:** Als letzten Schritt geht es nun darum, eine Entscheidung anzubieten, die der Patient akzeptieren kann. Manchmal ist es auch gut, zunächst eine Bedenkzeit einzuräumen („*Ich denke, Reden hilft nun nicht mehr weiter. Ich biete Ihnen gern an ..., aber Sie müssen entscheiden, ob Sie das wollen. Es ist okay, wenn Sie noch etwas Zeit benötigen.*“).



# Hilfreiche Interventionsstrategien bei schwierigen Patienten

## Allgemein

ruhig bleiben, klar und verständlich informieren, nachfragen, Kompromiss schließen, sich nicht auf Diskussion einlassen, sachlich bleiben, Möglichkeiten anbieten, Verständnis zeigen, sich im Team gegenseitig unterstützen, aufmerksam zuhören  
wahrnehmen, ernst nehmen, evtl. entschuldigen, begründen, im Zweifelsfall an Kollegen/innen delegieren

→ Aggressionen wie eine Welle auslaufen lassen, Schwierigkeiten des Patienten erkennen und mögliche Fehler eingestehen oder erklären: „Das tut mir leid ... wollen wir uns nicht erst mal setzen?“ Falsch wäre zu sagen: „Das ist doch nicht so schlimm.“

→ Vom Patienten gezeigte Emotionen sollten benannt werden, auch wenn das zu einem neuen Ausbruch führt: „Sie sind wütend/verärgert/enttäuscht.“

→ Auf Selbstoffenbarung des Patienten konzentrieren, Sorgen oder Angst aufgreifen: „Ich höre, Sie sind sehr entrüstet ... Sie haben auch Angst, wie es weitergeht ...“

→ Klären, wie man gemeinsam weitermacht, Angebot und Spielregeln nennen: „Ich merke, wie wütend Sie nach wie vor sind. Für mich stellt sich die Frage, wie wir weitermachen. Ich denke, Reden hilft nun nicht mehr weiter. Ich biete Ihnen gern an ..., aber Sie müssen entscheiden, ob Sie das wollen. Sie können auch gerne einen kleinen Spaziergang machen, um nachzudenken.“

# Deeskalationsstrategien mit „schwierigen“ Patienten

- Versuchen Sie, Emotionen und Gesprächsgegenstand deutlich voneinander zu trennen. Nur so können Sie sachlich bleiben.
- Klären Sie die Interessen Ihres Gegenübers ab und schlagen Sie vor, gemeinsam eine alternative Lösung zu finden. Ist vielleicht sogar eine Win-win-Situation möglich?
- Versetzen Sie sich in die Lage Ihres Patienten und versuchen Sie, seine/ihre Bedürfnisse zu verstehen. Zeigen Sie dem Patienten, dass Sie Verständnis für ihn haben.
- Machen Sie den Umgang miteinander zum Thema: Ermutigen Sie Ihre Patienten zu einem konstruktiven Gespräch und äußern Sie sich optimistisch über dessen Ausgang.
- Humor kann angespannten Situationen die Schärfe nehmen. Erwecken Sie aber dabei nicht den Eindruck, dass Sie das Anliegen Ihres Gesprächspartners nicht ernst nehmen.
- Vorbereitung ist die halbe Miete: Halten Sie beim Besuch von vermeintlich schwierigen Patienten fundierte Argumente bereit und überzeugen Sie mit Kompetenz und Glaubwürdigkeit.
- Das Wichtigste, auch wenn es manchmal schwerfällt: Bleiben Sie in jeder Situation freundlich, sachlich, souverän und konstruktiv. Das sollte selbstverständlich für das gesamte Praxisteam gelten.

# Grundprinzipien der Krisenintervention → →

- Aktivierung „innerer und äußerer Ressourcen“
- frühzeitige direkte Kontaktaufnahme
- Suizidabsicht als Notruf akzeptieren
- Gespräch anbieten, ungestörte Atmosphäre bilden, stützen
  
- Suizidgedanken klar, direkt und empathisch erfragen
- Gefühle, wie Wut, Trauer, Hilflosigkeit akzeptieren
- beruhigend einwirken (beruhigende Versicherung)
- Auslöser, Anlaß aber auch Grundthema detailliert besprechen
  
- „Entpathologisierung“, Scham, Schuldgefühle, negative Wertungen
- Ansprechen von Bindungen in Familie, Beziehung, Religion
- Alternative Lösungen im Verhalten besprechen, positive Zukunft
- weitere Hilfestellung erörtern und ggf. anbieten
- evtl. stationären Einweisung einschätzen

# Interventionsstufen bei akuten Krisen

1. Schritt: *frühzeitige Kontaktaufnahme (Wichtigkeit des Erstgesprächs!);*  
Inhalt: "Ich bin bereit, dich zu akzeptieren."
2. Schritt: *Gelegenheit geben zum Sich-Aussprechen;*  
Inhalt: "Ich bin bereit, dir zuzuhören."
3. Schritt: *Wiederherstellung sozialer Beziehungen (zu Pflegepersonal, Ärzten, Mitpatienten);*  
Inhalt: "Soziales Übungsfeld in neutraler Atmosphäre."
4. Schritt: *Einzelgespräche, Analyse der psychosozialen Situation und der Krisenentwicklung; Gespräch mit Bezugspersonen; Paar-, Familiengespräche.*
5. Schritt: *Weichenstellung zur Weiterbehandlung und Nachsorge; Motivierung des Patienten; Vermittlung.*
6. Schritt: *Versuch einer Einordnung des suizidalen Verhaltens im psychosozialen Bezugssystem des Patienten (Metakommunikation).*
7. Schritt: *Relativierung der eigenen Helferrolle.*

# Arbeitsaufgabe 2

- Kleingruppen bilden zum Thema: Krisenintervention in der Praxis
- Beispiele aus der eigenen Praxis finden
- Eigene Stärken und Präferenzen in der Krisenintervention erarbeiten
- Kritische Stellungnahme argumentativ darstellen
- Welche kommunikativen Konsequenzen ergeben sich in der Lebenswirklichkeit der Praxis
- Ergebnisse festhalten, ordnen und evtl. hierarchisieren
- Protokollant/in stellt die Ergebnisse im Plenum vor

# Reframingtechniken zur Deeskalation

Umdeutung negativer Denkmuster durch eine positive Perspektive auf positive, stabilisierende, stärkende Aspekte und Ressourcen.

Negative Äußerung	Positive Wendung
Wie ich Ihnen schon einmal sagte	Wie gut, dass Sie noch einmal danach fragen!
Das ist doch wirklich kein Grund, sich so aufzuregen	Ich kann Ihre Aufregung verstehen
Wollen Sie sonst noch etwas	Haben Sie weitere Fragen
Das können Sie gar nicht wissen/ beurteilen	Interessant! Wie sind Sie darauf gekommen?
Begreifen Sie doch endlich	Was schlagen Sie vor?
Das glaube ich Ihnen nicht!	Das verstehe ich im Moment noch nicht ganz
Ist das etwa Ihr Ernst?	Wenn ich Sie richtig verstehe
Das kann ja mal vorkommen!	Das tut mir leid

# Killer- totschlag“- phrasen 1

Killerphrasen (*killer phrase*) sind inhaltlich leere Scheinargumente, bloße Behauptungen oder Vorurteile oder Verallgemeinerungen. Ihnen fehlt der argumentative Schein, der damit unmittelbar die Absicht ausdrückt, ein Gespräch, eine Diskussion oder einen kreativen Prozess beenden zu wollen.

Beispiele:

1. „Das kannst du doch nicht ernst meinen!“
2. „Ich arbeite gerne mit dir zusammen.“
3. „Ich bin da ganz anderer Ansicht.“
4. „Das ist doch totaler Quatsch!“
5. „Entweder bist du zu dumm oder zu faul.“
6. „Das wird niemals funktionieren!“
7. „Dafür haben wir keine Zeit“.
8. „Das habe ich jetzt gerade nicht verstanden.“
9. „Das hast du genau auf den Punkt gebracht!“
10. „Hast du es immer noch nicht kapiert?“

# Killer- totschlag“- phrasen 2

- „Das haben wir schon immer so gemacht.“
- „Dazu fehlt Ihnen die notwendige Erfahrung.“
- „Dafür sind Sie zu jung/alt/zu unerfahren.“
- „Daraus entstehen Schwierigkeiten, die Sie nicht übersehen können.“
- „Ihren fehlt einfach der notwendige Weitblick, um diese Situation richtig einschätzen zu können.“
- „Experimente durchzuführen, dafür haben wir keine Zeit und kein Geld.“
- „Darüber liegen noch keine Erfahrungen vor.“
- „Dieser Vorschlag ist so alt wie Methusalem.“
- „Fällt Ihnen nichts Besseres ein?“
- „Das wird viel zu teuer.“
- „Sie sind wohl in Ihrem Aufgabenbereich nicht genügend ausgelastet.“
- „Wir und das Unternehmen haben momentan ganz andere Prioritäten.“
- „Meine Erfahrung/Mein Wissen spricht dagegen.“
- „Dies können Sie gar nicht richtig beurteilen.“
- „Dies sind doch alles nur oberflächliche Daten und keine fundierten Informationen, die Sie preisgeben.“
- „Das dauert doch viel zu lange.“
- „Dafür haben Sie überhaupt nicht die Kompetenz. Lassen Sie es lieber die Spezialisten machen.“
- „Wir haben schon längst eine Lösung gefunden.“
- „Damit verbrennen Sie sich nur die Finger. Es ist ein viel zu heißes Eisen.“
- „Wissen Sie überhaupt, was Sie da vorschlagen und anstellen wollen?“
- „Ihre Ideen waren auch schon einmal besser.“
- „Äußern Sie sich doch erst wieder, wenn Ihnen etwas Brauchbares einfällt.“
- „Vielleicht sollten Sie, bevor Sie sich äußern, erst einmal Ihr Gehirn einschalten?“
- „Woher wollen Sie denn wissen, was ich benötige?“



## Praktische Beispiele einer „toxischen Kommunikation“

→ Arzt sagt seiner Patientin: „Entscheiden Sie sich nun endlich selbstständig mit dem Rauchen aufzuhören, sie müssen das wollen“.

→ Überrasch mich doch mal wieder mit einem Blumenstrauß  
Entweder ich überrasche oder ich kaufe einen Blumenstrauß. Beides zusammen ist nach dieser Aufforderung unmöglich...“

→ Tu was Du willst, aber enttäusche mich nicht

→ Du kannst ausgehen, solange Du willst, aber komm nicht zu spät nach Hause

→ Das muss besser werden, aber ich will keine Veränderung

→ Arzt/Jurist sagt: „Beschreiben Sie mir ausführlich ihr Leiden, wir haben 5 Minuten Zeit.  
(schaut gehezt auf die Uhr)