



**GESUNDHEITLICHE
LANGZEITFOLGEN
VON SED-UNRECHT**

Tobias Schott & Georg Schomerus

Gesprächsführung

Gefördert durch:



Der Beauftragte der Bundesregierung
für Ostdeutschland

Impressum

Das Verbundprojekt "Gesundheitliche Langzeitfolgen von SED-Unrecht" ist eine Kooperation der Universitätskliniken Jena, Leipzig, Magdeburg und Rostock. Es wurde für vier Jahre vom Beauftragten der Bundesregierung für Ostdeutschland (Förderzeichen: 411-AS 05/2021 und 411-AS 06/2024) gefördert. www.sed-gesundheitsfolgen.de

Titelbild: ©[https://commons.wikimedia.org/wiki/Category:Lupus_in_Saxonia_-__\(Street_Photographer\)](https://commons.wikimedia.org/wiki/Category:Lupus_in_Saxonia_-__(Street_Photographer))

Zitationshinweis

Schott, T. & Schomerus, G. (2025). Gesprächsführung. Modulbroschüre zur Weiterbildung. Jena, Leipzig, Magdeburg und Rostock: Verbundprojekt "Gesundheitliche Langzeitfolgen von SED-Unrecht". Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Psychoonkologie.

Zu den Autoren

Tobias Schott, M.Sc. Psychologie, Psychologischer Psychotherapeut (VT), ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Von 2021 bis 2025 war er im Verbundprojekt "Gesundheitliche Langzeitfolgen von SED-Unrecht" in Leipzig tätig.

Prof. Dr. Georg Schomerus, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, seit 2019 Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig. Von 2021 bis 2025 war er Projektleiter im Verbundprojekt "Gesundheitliche Langzeitfolgen von SED-Unrecht" am Standort Leipzig.

Gesprächsführung

Inhaltsverzeichnis

<i>Theoretischer Hintergrund zur Gesprächsführung in Therapie und Beratung</i>	1
<i>Gesprächsführung als interaktionaler Prozess</i>	1
<i>Gesprächsführung nach Carl Rogers: Klientenzentrierter Ansatz</i>	2
<i>Handlungsmodell der Konfliktlösung nach Frido Mann (1979)</i>	3
<i>Techniken der Gesprächsführung in der Psychotherapie und Beratung</i>	4
<i>Herausforderungen in der Gesprächsführung</i>	5
<i>Ethik und professionelle Haltung</i>	5
<i>Menschen mit Traumatisierung und SED-Unrechtserfahrung</i>	5
<i>Fazit</i>	6

Theoretischer Hintergrund zur Gesprächsführung in Therapie und Beratung

Die Gesprächsführung ist eine zentrale Kompetenz in der therapeutischen und beratenden Arbeit. Sie dient der Schaffung einer vertrauensvollen Beziehung, der Unterstützung der/die Klient:in/Patient:in bei der Selbstreflexion und der Entwicklung konstruktiver Lösungswege. Je nach dem in welchem Bereich es angewandt wird, hat es unterschiedliche Funktionen (Hoyer & Wittchen, 2020). In der *Diagnostik* dient die Gesprächsführung vor allem dazu, gezielt Informationen zu sammeln, die für eine fundierte diagnostische Einschätzung erforderlich sind. Durch gezielte Fragen und aktives Zuhören können relevante Symptome, Problembereiche und individuelle Lebensumstände erfasst werden. In der *Beratung* steht hingegen die Unterstützung des/der Klient:in/Patient:in bei der Abwägung verschiedener Handlungsoptionen sowie der Entscheidungsfindung im Vordergrund. Hierbei spielt eine strukturierte Gesprächsführung eine wesentliche Rolle, um Klarheit zu schaffen, Ressourcen zu aktivieren und lösungsorientierte Perspektiven zu entwickeln. Im Bereich der *Therapie* liegt der Fokus insbesondere auf der Formulierung und Erreichung therapeutischer Ziele sowie dem Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Eine einfühlsame Gesprächsführung fördert dabei die Selbstreflexion, emotionale Verarbeitung und persönliche Entwicklung des/der Klient:in/Patient:in (Klingener et al., 2023).

Gesprächsführung als interaktionaler Prozess

Gesprächsführung wird als ein dynamischer, interaktiver Prozess verstanden, in dem sich Berater:in/Therapeut:in und Klient:in/Patient:in wechselseitig beeinflussen (Hoffmann, 2009). Dabei entstehen fortlaufende Interaktionen, die nicht nur auf der inhaltlichen, sondern auch auf der emotionalen und zwischenmenschlichen Ebene wirken (Schubert et al., 2019). Watzlawick und Kollegen (1974) beschreiben Kommunikation als einen kontinuierlichen Austausch von Botschaften, der weit über die verbale Ebene hinausgeht. Neben den gesprochenen Worten spielen auch Tonfall, Mimik und Gestik eine zentrale Rolle, da sie maßgeblich beeinflussen, wie eine Botschaft verstanden und interpretiert wird. Diese nonverbalen Signale können die Bedeutung der verbalen Äußerungen verstärken, abschwächen oder sogar in einen anderen Kontext setzen. Daher ist es in der Gesprächsführung essenziell, sowohl die verbalen als auch die nonverbalen Aspekte der

Kommunikation bewusst wahrzunehmen und gezielt einzusetzen, um Missverständnisse zu vermeiden und eine effektive Verständigung zu ermöglichen (Welk, 2015).

Schulz von Thun (1981) erweitert dieses Konzept mit dem Vier-Ohren-Modell, das verdeutlicht, dass jede Nachricht gleichzeitig vier verschiedene Aspekte enthält: Sachebene – Die reine Information, die objektiv übermittelt wird. Sie beantwortet die Frage: „Worum geht es?“. Selbstoffenbarung – Was der Sprecher durch seine Äußerung über sich selbst preisgibt, bewusst oder unbewusst. Dies kann Emotionen, Werte oder persönliche Einstellungen beinhalten. Beziehungsebene – Wie sich der Sprecher zum Empfänger verhält und welche Beziehung zwischen beiden besteht. Dies kann beispielsweise durch Tonfall oder Formulierungen beeinflusst werden. Appell – Die implizite oder explizite Aufforderung, die in der Nachricht enthalten ist. Hier geht es darum, was der Sprecher vom Empfänger erwartet oder wozu er ihn veranlassen möchte.

In der Beratung und Therapie ist es essenziell, alle diese Ebenen bewusst zu berücksichtigen, um Missverständnisse zu vermeiden und auf den/der Klient:in/Patient:in angemessen einzugehen (Schulz von Thun, 1981). Eine einseitige Wahrnehmung oder die Fokussierung auf nur eine dieser Ebenen kann dazu führen, dass die eigentliche Botschaft nicht vollständig verstanden wird oder zu Konflikten führt. Gerade in therapeutischen Gesprächen kann es vorkommen, dass eine sachliche Aussage auf der Beziehungsebene eine völlig andere Wirkung entfaltet. Beispielsweise kann eine einfache Frage wie „Haben Sie regelmäßig Kontakt zu Ihrer Familie?“ vom/von Klient:in/Patient:in auf der Sachebene als neutrale Informationsanfrage verstanden werden, während sie auf der Beziehungsebene als misstrauische Hinterfragung oder als Bevormundung wahrgenommen werden könnte. Ebenso könnte eine Bemerkung wie „Das klingt ja herausfordernd.“ sowohl eine neutrale Feststellung sein (Sachebene), als auch Mitgefühl ausdrücken (Beziehungsebene) oder einen indirekten Appell enthalten, mehr über die eigenen Emotionen zu sprechen.

Ein bewusster Umgang mit diesen vier Ebenen ermöglicht es dem/der Berater:in/Therapeuten:in, gezielt auf die Bedürfnisse und Wahrnehmungen des/der Klient:in/Patient:in einzugehen. Besonders die Selbstoffenbarungs- und Beziehungsebene spielen eine große Rolle, da sie maßgeblich darüber entscheiden, ob sich der/die Klient:in/Patient:in verstanden, wertgeschätzt und sicher fühlt. Dies ist eine Grundvoraussetzung für den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und die Förderung eines offenen und vertrauensvollen Gesprächsklimas.

Gesprächsführung nach Carl Rogers: Klientenzentrierter Ansatz

Carl Rogers (2015) hebt die zentrale Bedeutung der klientenzentrierten Gesprächsführung in der therapeutischen Arbeit hervor. Sein humanistischer Ansatz basiert auf der Überzeugung, dass jeder Mensch über ein natürliches Potenzial zur persönlichen Entwicklung und Selbstverwirklichung verfügt. Damit dieser Prozess gefördert wird, ist es entscheidend, dass der/die Berater:in/Therapeut:in eine unterstützende und wertschätzende Gesprächsatmosphäre schafft. Rogers identifiziert drei essenzielle Grundprinzipien, die für eine erfolgreiche klientenzentrierte Gesprächsführung unerlässlich sind: Empathie: Die Fähigkeit des/der Berater:in /Therapeut:in, sich einfühlsam in die Gedanken- und Gefühlswelt des/der Klient:in/Patient:in hineinzuversetzen. Dies bedeutet nicht nur, dessen Emotionen zu verstehen, sondern sie auch aktiv zu spiegeln und angemessen darauf zu reagieren. Empathie ermöglicht es dem/der Klient:in/Patient:in, sich verstanden und ernst genommen zu fühlen, was wiederum das Vertrauen in den therapeutischen Prozess

stärkt. Kongruenz: Authentizität und Echtheit seitens des/der Berater:in/Therapeut:in sind entscheidend für eine offene und ehrliche Kommunikation. Kongruenz bedeutet, dass der/die Berater:in/Therapeut:in sich nicht hinter einer professionellen Fassade versteckt, sondern sich selbst als Mensch in die Interaktion einbringt. Durch diese Echtheit entsteht eine glaubwürdige Beziehung, in der sich der/die Klient:in/Patient:in sicher fühlt, sich zu öffnen und seine Gedanken sowie Emotionen frei zu äußern. Unbedingte Wertschätzung: Die bedingungslose Akzeptanz des/der Klienten/Patient:in, unabhängig von seinen Gedanken, Gefühlen oder Verhaltensweisen, bildet eine wesentliche Grundlage für eine erfolgreiche therapeutische Beziehung. Der/die Berater:in/Therapeut:in begegnet dem/der Klient:in/Patient:in mit Respekt und positiver Zuwendung, ohne zu urteilen oder zu kritisieren. Dies schafft eine Atmosphäre, in der sich der/die Klient:in/Patient:in angenommen fühlt und die Freiheit hat, sich selbst besser zu verstehen und an seiner persönlichen Entwicklung zu arbeiten.

Diese drei Prinzipien tragen maßgeblich dazu bei, eine vertrauensvolle und sichere Umgebung zu schaffen, in der sich der/die Klient:in/Patient:in ermutigt fühlen, seine/ihre Probleme offen anzusprechen. Indem der/die Berater:in/Therapeut:in empathisch, authentisch und wertschätzend agiert, stärkt er/sie das Selbstvertrauen des/der Klient:in/Patient:in und unterstützt ihn/sie dabei, eigene Lösungen zu entwickeln und persönliche Wachstumsprozesse zu durchlaufen. Die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers gilt daher als ein zentraler Ansatz in der humanistischen Psychotherapie sowie in der beratenden und therapeutischen Praxis insgesamt.

Handlungsmodell der Konfliktlösung nach Frido Mann (1979)

Das Handlungsmodell der Konfliktlösung nach Frido Mann (1979) beschreibt, wie psychische Konflikte in der Therapie einfühlsam und lösungsorientiert angegangen werden können. Es basiert auf drei zentralen Prinzipien: Empathie, Sachinformation und Selbsteinbringung. Empathie: Der/die Berater:in/Therapeut:in respektiert die Selbstwahrnehmung des/der Klient:in/Patient:in, ohne dessen Symptome infrage zu stellen. Auch schwer verständliche oder fremdartige Erlebnisse müssen ernst genommen werden, da sich der/die Patient:in sonst nicht auf eine Behandlung einlassen. Wichtig ist, Gefühle zu validieren, ohne sie als „richtig“ oder „falsch“ zu bewerten. Dabei kann der/die Berater:in/Therapeut:in erlebte Emotionen verbalisieren („Das macht Ihnen Sorgen“), um Verständnis zu signalisieren. Gleichzeitig bleibt er/sie bei seiner eigenen Wahrnehmung und vermeidet es, aus reiner Zustimmung die Sichtweise des/der Klient:in/Patient:in zu übernehmen. Sachinformation: Neben Empathie ist eine klare und transparente Kommunikation entscheidend. Der/die Berater:in/Therapeut:in stellt Behandlungsoptionen vor und bezieht den/die Klient:in/Patient:in aktiv in Entscheidungen ein. Dabei sollten Rahmenbedingungen, wie der verfügbare Zeitrahmen, von Beginn an offengelegt werden, um Missverständnisse zu vermeiden. Selbsteinbringung: Der/die Berater:in/Therapeut:in vermittelt seine eigene Sichtweise in Ich-Botschaften („Ich sehe das als Ausdruck einer psychischen Erkrankung“) und lässt gleichzeitig die Realität des/der Klient:in/Patient:in bestehen. Anstatt zu überzeugen, wird eine respektvolle Koexistenz beider Perspektiven angestrebt. Eigene Sorgen und Bedenken sollten offen ausgesprochen werden („Ich mache mir große Sorgen um Sie“), um eine vertrauensvolle Basis für die Zusammenarbeit zu schaffen.

Ziel des Modells ist Mithilfe von Empathie, Authentizität und Transparenz die therapeutische Beziehung auch bei unterschiedlichen Sichtweisen zu erhalten und praktikable Lösungen zu erarbeiten.

Techniken der Gesprächsführung in der Psychotherapie und Beratung

In der psychotherapeutischen und beratenden Gesprächsführung kommen verschiedene Techniken zum Einsatz, die die Kommunikation mit dem/der Klient:in/Patient:in fördern und den therapeutischen Prozess unterstützen. Diese Techniken sind unabhängig vom spezifischen therapeutischen Ansatz anwendbar und zielen darauf ab, den/der Klient:in/Patient:in in seiner Selbstreflexion und emotionalen Verarbeitung zu begleiten. Zu den grundlegenden und weit verbreiteten Techniken gehören: **Aktives Zuhören** ist eine der zentralen Techniken in der Gesprächsführung. Es bedeutet, dass der/die Berater:in/Therapeut:in dem/der Klient:in/Patient:in durch nonverbale Signale wie Nicken, Blickkontakt und verbale Bestätigung zeigt, dass er interessiert ist und aufmerksam zuhört (Kessen & Troja, 2009). Diese Form des Zuhörens schafft eine Atmosphäre des Vertrauens und fördert das Gefühl der Wertschätzung (Koschany-Rohbeck, 2023). Es geht nicht nur darum, die Worte des/der Klient:in/Patient:in zu hören, sondern auch das Verständnis für seine Gefühle und Bedürfnisse zu vermitteln. Aktives und nachfragendes Zuhören sind ein wichtiger Bestandteil der empathischen Kommunikation, die eine offene und unterstützende Beziehung zwischen Klient:in/Patient:in und Berater:in/Therapeut:in ermöglicht (Thompson et al., 2016). Das Paraphrasieren bezeichnet das Wiederholen der Aussagen des/der Klient:in/Patient:in in eigenen Worten, um sicherzustellen, dass die Botschaft korrekt verstanden wurde. Diese Technik dient nicht nur der Klärung, sondern auch der Bestätigung des Gesagten. Sie gibt dem/der Klient:in/Patient:in die Möglichkeit, seine Gedanken noch einmal zu überdenken und zu präzisieren. Paraphrasieren kann zudem dazu beitragen, Missverständnisse zu vermeiden und eine klare Kommunikation sicherzustellen (Herter-Ehlers, 2021). Das Verbalisieren von Emotionen bedeutet, dass der/die Berater:in/Therapeut:in die vom Klient:in/Patient:in beschriebenen Gefühle aufgreift und in Worte fasst. Diese Technik hat das Ziel, dem/der Klient:in/Patient:in zu helfen, seine eigenen emotionalen Erfahrungen bewusster wahrzunehmen und zu verarbeiten (Finke, 2000). Durch das Ausdrücken von Gefühlen kann der/die Klient:in/Patient:in Klarheit über seine Emotionen gewinnen und sich mit diesen auseinandersetzen. Dies ist besonders wichtig in der Arbeit mit intensiven oder schwierigen Gefühlen, da es dem/der Klient:in/Patient:in hilft, diese nicht zu verdrängen, sondern zu akzeptieren (Herter-Ehlers, 2021). Offene Fragen ermutigen den/die Klient:in/Patient:in, ausführlicher zu antworten und sich selbst besser zu reflektieren. Diese Art von Fragen ermöglicht es dem/der Klient:in/Patient:in, Gedanken und Gefühle in einem offenen, nicht eingeschränkten Rahmen zu äußern. Offene Fragen beginnen in der Regel mit „Wie“, „Was“ oder „Warum“ und fördern eine tiefere Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen und Problemen. Sie tragen dazu bei, dass der/die Klient:in/Patient:in seine eigene Perspektive erweitern und neue Einsichten gewinnen kann (Wanetschka, 2017). Dies fördert nicht nur das Selbstverständnis, sondern auch die Selbstwirksamkeit des/der Klient:in/Patient:in. Konfrontation in der Beratung und Therapie bedeutet, dass der/die Berater:in/Therapeut:in sanft auf Widersprüche oder Unklarheiten in den Aussagen des/der Klient:in/Patient:in hinweist (Sachse & Kuderer, 2024). Dies erfolgt jedoch auf eine respektvolle und empathische Weise, um den/die Klient:in/Patient:in nicht zu überfordern, sondern ihm zu helfen, sich mit inneren Konflikten oder unbewussten Widersprüchen auseinanderzusetzen. Durch Konfrontation wird der/die Klient:in/Patient:in angeregt, verschiedene Perspektiven einzunehmen und Widersprüche in seinem/ihrem Denken zu erkennen (Schulz, 1981). Sie ist ein wirkungsvolles Werkzeug, um den/die Klient:in/Patient:in zu tieferer Selbstreflexion zu führen.

Weitere Techniken und Methoden sollen im Rahmen des Moduls erarbeitet, angewendet und vertieft werden, um den Teilnehmenden ein breites Spektrum an praktischen Werkzeugen an die Hand zu geben. Dabei wird ein besonderer Fokus auf die Integration dieser Techniken in die therapeutische oder beratende Praxis gelegt, um die persönliche und berufliche Kompetenz der Teilnehmenden zu fördern und eine nachhaltige Anwendung zu gewährleisten.

Herausforderungen in der Gesprächsführung

In der therapeutischen und beratenden Praxis können verschiedene kommunikative Herausforderungen auftreten, die den Verlauf und die Effektivität des Gesprächs beeinflussen: Widerstand und Abwehrmechanismen: Klient:innen/Patient:innen können in manchen Situationen Abwehrhaltungen zeigen, zum Beispiel indem sie das Gespräch vermeiden oder sich eher zurückhaltend oder distanziert verhalten (Margraf & Bieda, 2018). In solchen Fällen ist es besonders hilfreich, eine empathische und deeskalierende Gesprächsführung anzuwenden, um das Vertrauen zu stärken und eine offene Kommunikation zu fördern. Missverständnisse und Fehlinterpretationen: Kommunikationsbarrieren entstehen oft aufgrund der subjektiven Wahrnehmung der Gesprächspartner. Diese können zu Missverständnissen und Fehlinterpretationen führen (Herter-Ehlers, 2021). Techniken wie aktives Zuhören sowie gezieltes Nachfragen sind wirksame Methoden, um diese Barrieren zu verringern und eine klare Verständigung zu ermöglichen. Interkulturelle Kommunikation: In der Arbeit mit Klient:innen/Patient:innen aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten ist es von großer Bedeutung, sich der kulturellen Unterschiede bewusst zu sein. Eine angepasste und respektvolle Gesprächsführung ist entscheidend, um Missverständnisse zu vermeiden und einen respektvollen Austausch zu fördern (Dimitrova & Sehouli, 2023).

Ethik und professionelle Haltung

Eine verantwortungsvolle Gesprächsführung in der therapeutischen und beratenden Praxis basiert auf einer ethischen Haltung, die die Grundlage für eine vertrauensvolle und respektvolle Beziehung zwischen Berater:in/Therapeut:in und Klient:in/Patient:in bildet. Dazu gehört in erster Linie die **Vertraulichkeit**, die sicherstellt, dass alle Informationen, die im Rahmen der Therapie geteilt werden, nur mit ausdrücklicher Einwilligung des/der Klient:in/Patient:in weitergegeben werden. Dies schafft ein sicheres Umfeld, in dem der/die Klient:in/Patient:in sich öffnen kann (Friehs, 2023). Ebenso wichtig ist die **Neutralität** des/der Berater:in /Therapeut:in. Es ist entscheidend, dass der/die Berater:in/Therapeut:in persönliche Meinungen und Bewertungen zurückstellt, um eine unvoreingenommene und respektvolle Haltung zu wahren damit eine eigenständige Selbstreflexion des/der Klient:in/Patient:in anzuregen (Safran & Muran, 2001). Das Vermeiden einer zu starken emotionalen Bindung, die als **professionelle Distanz** bezeichnet wird, ist ebenfalls notwendig. Diese Distanz schützt sowohl den/die Klient:in/Patient:in als auch den/die Berater:in/Therapeut:in davor, dass die therapeutische Beziehung durch zu enge persönliche Verstrickungen beeinträchtigt wird. Diese ethischen Prinzipien sind unerlässlich, um eine professionelle und wirksame Gesprächsführung zu gewährleisten (Best, 2020).

Menschen mit Traumatisierung und SED-Unrechtserfahrung

Die Gesprächsführung mit Menschen, die durch das SED-Unrecht Leid erfahren haben, erfordert

besondere Sensibilität, Empathie und Respekt. Betroffene wurden häufig politisch verfolgt, inhaftiert oder durch staatliche Repressionen in ihrer persönlichen und beruflichen Entwicklung massiv eingeschränkt. Ihre Erfahrungen sind oft mit tiefen Verletzungen, Misstrauen und teilweise auch mit jahrzehntelangem Schweigen verbunden. Eine wertschätzende, traumasensible Gesprächsführung kann ihnen helfen, über ihre Erlebnisse zu sprechen und Anerkennung für ihr Leid zu erfahren (Keller et al., 2017).

Ein zentraler Aspekt ist das aktive Zuhören. Die Betroffenen sollen sich ernst genommen fühlen, ohne unterbrochen oder bewertet zu werden. Ihre Schilderungen verdienen uneingeschränkte Aufmerksamkeit und ein echtes Interesse. Empathie und Geduld spielen dabei eine entscheidende Rolle, da Erinnerungen an erlittenes Unrecht starke Emotionen auslösen können. Es ist wichtig, den Betroffenen Raum zu geben, ihre Gefühle auszudrücken, ohne Druck auszuüben. Ein weiteres wesentliches Element ist Transparenz und Vertrauen. Viele Opfer des SED-Regimes haben in der Vergangenheit Manipulation und Willkür erlebt. Eine offene, verständliche Kommunikation hilft, Ängste vor erneuter Bevormundung abzubauen. Gesprächsführende sollten klar darlegen, warum das Gespräch geführt wird und welche Möglichkeiten der Unterstützung bestehen. Zudem ist ein traumasensibles Vorgehen essenziell. Direktive oder suggestive Fragen sollten vermieden werden, da sie Retraumatisierung auslösen können. Stattdessen ist es hilfreich, offene Fragen zu stellen und den Betroffenen selbst die Kontrolle über den Gesprächsverlauf zu überlassen.

Die Gesprächsführung in diesem Kontext bringt auch einige Herausforderungen mit sich (Ebbinghaus, 2017). Viele Betroffene haben über Jahrzehnte geschwiegen oder wurden mit ihrem Schicksal alleingelassen. Dies kann dazu führen, dass sie große Skepsis gegenüber Behörden oder Institutionen haben. Manche zögern, über ihre Erfahrungen zu sprechen, aus Angst vor Gleichgültigkeit oder Unverständnis. Darüber hinaus kann es schwierig sein, einen angemessenen Umgang mit Scham, Wut oder Ohnmachtsgefühlen zu finden, die sich während des Gesprächs äußern können. Daher ist es entscheidend, eine Atmosphäre des Respekts und der Anerkennung zu schaffen. Eine wertschätzende Gesprächsführung ermöglicht es den Betroffenen, sich ernst genommen zu fühlen und ihre Perspektiven sichtbar zu machen. Sie kann ein wichtiger Schritt sein, um ihr Unrecht aufzuarbeiten und ihnen gesellschaftliche Anerkennung für ihr erlittenes Leid zu geben.

Fazit

Gesprächsführung ist in der klinischen Psychologie und Beratung von zentraler Bedeutung, da sie den therapeutischen oder beratenden Prozess maßgeblich beeinflusst. Sie ist mehr als nur das bloße Austauschen von Informationen – sie ist der Weg, auf dem ein/eine Berater:in/Therapeut:in mit dem/der Klient:in/Patient:in in Kontakt tritt und die Basis für eine effektive therapeutische Beziehung legt. Eine gelungene Gesprächsführung ist ein dynamischer und interaktiver Prozess, der es dem/der Klient:in/Patient:in ermöglicht, sich zu öffnen, seine/ihre Gedanken und Gefühle zu reflektieren und somit eine tiefere Selbstwahrnehmung zu entwickeln.

Die Bedeutung einer erfolgreichen Gesprächsführung kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Sie ist nicht nur für die Diagnose von psychischen Erkrankungen und Problemen erforderlich, sondern auch für die Planung und Durchführung therapeutischer Maßnahmen. Eine gute Gesprächsführung fördert das Vertrauen zwischen Klient:in/Patient:in und Berater:in/Therapeut:in,

schaft ein sicheres und unterstützendes Umfeld und ermöglicht es, schwierige Themen wie emotionale Belastungen oder traumatische Erfahrungen auf respektvolle Weise zu bearbeiten. Dies trägt nicht nur zur Schaffung eines förderlichen Rahmens bei, sondern fördert auch die therapeutische Allianz, die ein entscheidender Faktor für den Erfolg der Behandlung ist.

Literatur

- Best, L. (2020). Nähe und Distanz in der Beratung: Das Erleben der Beziehungsgestaltung aus der Perspektive der Adressaten. Springer VS.
- Dimitrova, D., & Sehouli, J. (2023). Interkulturelle Kompetenzen im Gesundheitswesen durch Fort- und Weiterbildungen fördern. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 66(10), 1126–1129. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03768-3>
- Ebbinghaus, R. (2017). Probleme in der aktuellen Begutachtungspraxis psychischer Traumafolgestörungen. In S. Trobisch-Lütge & K.-H. Bomberg (Eds.), *Verborgene Wunden: Spätfolgen politischer Traumatisierung in der DDR und ihre transgenerationale Weitergabe* (pp. 321–338). Psychosozial-Verlag.
- Finke, J. (2000). Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte. In G. Stumm & A. Pritz (Eds.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (pp. 753–753). Springer Vienna. https://doi.org/10.1007/978-3-211-99131-2_2052
- Friebs, B. (2023). Die Verschwiegenheitspflicht im psychotherapeutischen Setting unter besonderer Berücksichtigung von virtuellen Angeboten: Ein Vergleich der gesetzlichen Grundlagen in Österreich und Deutschland. *Psychotherapie Forum*, 27(3–4), 121–127. <https://doi.org/10.1007/s00729-023-00232-0>
- Herter-Ehlers, U. (2021). Kommunikation in den Gesundheitsberufen. In U. Herter-Ehlers, *Grundlagen der Kommunikation für Gesundheitsberufe* (pp. 3–10). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-35421-3_2
- Hoffmann, N. (2009). Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. In J. Margraf & S. Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (pp. 467–474). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-79541-4_27
- Hoyer, J., & Wittchen, H.-U. (2020). Gesprächsführung in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. In J. Hoyer & S. Knappe (Eds.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (pp. 505–518). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_20
- Keller, K., Baldus, M., & Noyon, A. (2017). Traumasensible Arbeit in der Psychosozialen Praxis. *Soziale Arbeit*, 66(10), 376–382. <https://doi.org/10.5771/0490-1606-2017-10-376>
- Kessen, S., & Troja, M. (2009). Die Phasen und Schritte der Mediation als Kommunikationsprozess. In F. Haft & K. von Schlieffen, *Handbuch Mediation* (pp. 293–319). C.H. Beck.
- Klingener, H., Hoffmann, J. K., & Braun, O. L. (2023). Positive Psychologie, Gesprächsführung und wertschätzende Kommunikation. In O. L. Braun & S. Mihailović (Eds.), *Positive Psychologie: Digitale Vermittlung von Handlungskompetenzen und Mentaler Stärke* (pp. 163–182). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65454-5_8
- Koschany-Rohbeck, M. (2023). Basiswissen Mediation: Aktives Zuhören und Reframing. In S. Kracht, A. Niedostadek, & P. E. Sensburg (Eds.), *Praxishandbuch Professionelle Mediation* (pp. 461–471). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49640-4_32
- Mann, F. (1979). *Psychiatrie ohne Mauern: Zu einer neuen psychosozialen Praxis*. Campus Verl.
- Margraf, J., & Bieda, A. (2018). Beziehungsgestaltung und Umgang mit Widerstand. In J. Margraf & S. Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1* (pp. 381–393). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54911-7_25
- Rogers, C. R. (2015). *Client centered therapy: Its current practice, implications and theory* (Reprinted). Robinson.
- Sachse, R., & Kuderer, B. (2024). *Konfrontative Interventionen in der Psychotherapie: Wie Therapeuten mit geringer Änderungsmotivation von Klienten umgehen*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-69486-2>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2001). The therapeutic alliance as a process of intersubjective negotiation. In J. C. Muran (Ed.), *Self-relations in the psychotherapy process*. (pp. 165–192). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10391-007>
- Schubert, F.-C., Rohr, D., & Zwicker-Pelzer, R. (2019). Beratung als Prozess. In F.-C. Schubert, D. Rohr, & R. Zwicker-Pelzer, *Beratung* (pp. 143–182). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-20844-8_5
- Schulz von Thun, F. (1981). *Miteinander reden: Störungen und Klärungen: Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation* (Originalausg.). Rowohlt.
- Schulz, W. (1981). Konfrontation. In M. Linden, M. Hautzinger, L. Blöschl, N. Hoffmann, A. J. Rush, L. Süllwold, & H. C. Steinhausen (Eds.), *Psychotherapie-Manual* (pp. 121–124). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-09602-4_27

- Thompson, L., Howes, C., & McCabe, R. (2016). Effect of questions used by psychiatrists on therapeutic alliance and adherence. *British Journal of Psychiatry*, 209(1), 40–47. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.151910>
- Wanetschka, V. (with Arens-Schilling, K., Beling-Lambek, R., & Rapp, M.). (2017). *Der therapeutische Dialog: Umgang mit Kontakt und Widerstand am Beispiel der Logopädieausbildung in Bremen: Lehrbuch für Gesundheitsfachberufe ; Therapie Lernen II* (2. leicht korrigierte Auflage). Edition HarVe.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1974). *Menschliche Kommunikation*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85745-000>
- Welk, I. (2015). Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung. In I. Welk, *Mitarbeitergespräche in der Pflege* (pp. 7–26). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-48101-1_2

Alle Weiterbildungsmodule im Überblick

Module	Benötigte Vorkenntnisse*
1 Geschichte und Aufarbeitung	
1a Opfergruppen und Repressionsformen in der DDR	1
1b Rehabilitierungs- und Entschädigungsmöglichkeiten	1
1c Akteneinsicht	1
2 Gesundheitliche (Langzeit-) Folgen von SED-Unrecht	
2a Schädigungen und gesundheitliche Folgen	1
2b Trauma und Traumafolgestörungen	1
2c Besonderheiten bei Traumatisierung im politischen Kontext	2
3 Psychosoziale Beratung für Betroffene von SED-Unrecht	
3a Beratung im Rahmen der Aufarbeitung von SED-Unrecht	3
3b Beratung für Betroffene von SED-Unrecht – Praxismodul	3
3c Schwierigkeiten bei sozialrechtlicher Begutachtung	3
3d Gesprächsführung	3
4 Die Regelversorgung	
4a Das Hilfesystem für psychische Krisen und Krankheiten	3
4b Psychotherapie und Gruppentherapie	3
5 Soziologische und sozialpsychologische Aspekte	
5a Stigma im Kontext SED-Unrecht	2
5b Unterschiedliche Perspektiven auf die Thematisierung von SED-Unrecht	2
6 Einzelne Opfergruppen im Fokus	
6a Minderjährig zwangsgedopte Leistungssportler*innen	2
6b Betroffene von Zersetzung	2
6c Betroffene der kontaminierten Anti-D-Prophylaxe	2
6d DDR-Heimkinder – Spätschäden staatlicher Zwangserziehung	2
6e Wenn ehemalige DDR-Heimkinder in Pflegeheime kommen	3

*Stufe 1 Basic: für alle Berufsgruppen geeignet, da keine Vorkenntnisse nötig. Stufe 2 erweiterter Basic: vertieftes Interesse/Basicmodule als Voraussetzung. Stufe 3 Vertiefung: speziell für Berufsgruppen, die intensiv mit Betroffenen arbeiten.



Gesundheitliche Langzeitfolgen
von SED-Unrecht