

Die Vorschriften der Gesprächsführung für den praktischen Arzt*

VON PROF. DR. P. CHRISTIAN

Jedes ärztliche Gespräch — nicht nur das Gespräch mit psychotherapeutischer Zielsetzung — enthält von vornherein ein therapeutisches Element. Das ist das Besondere. Das ärztliche Gespräch ist Mittel der Erkenntnis (Diagnose) und zugleich schon wirkende Beziehung. Herstellung und Handhabung einer therapeutisch wirksamen Beziehung kann aber weder der Improvisation, noch eigenen Leitvorstellungen des Arztes, weder unkontrollierten Gefühlen, noch der blossen Routine überlassen werden. Da heute ein detailliertes Wissen über die Bedeutung unbewusster gefühlshafter Kräfte im individuellen und zwischenmenschlichen Verhalten besteht, sind gewisse Grundregeln im ärztlichen Gespräch festzuhalten.

Ein Zweifaches lastet auf dem Patienten, wenn er in die „Sprechstunde“ kommt und sich im Medium des Gesprächs erschliesst: Krankheit ist ein Stück entfremdetes Leben mit Störungen, Krankheitszeichen, Schmerzen. Zum andern lastet auf dem Patienten die Unbestimmtheit seiner Lage mit der Konsequenz von Angst, Sorge und Hilflosigkeit. Schon das Gefühl, im Falle der Krankheit das Leben nicht meistern zu können, hilfsbedürftig zu sein, berührt die Selbstbehauptung und den Selbstwert des Patienten, macht unsicher und führt zu unbewussten Reaktionen.

Dies Phänomen ist schon im Beginn des ärztlichen Gesprächs von Bedeutung: Durch unbewusste Abwehrmechanismen gegenüber den Gefühlen der Unzulänglichkeit und durch die vom modernen Bewusstsein mitgetragene sachbezogene Erwartungshaltung kommen heute viele Patienten primär nicht mit einer Vertrauensbereitschaft zum Arzt. Sie kommen eher mit materiellen Wünschen und sachbezogenen Ansprüchen in die Sprechstunde. Bestimmte Erwartungs- und Erklärungsklischees werden schon mitgebracht und vom Patienten angeboten. Wenn der Arzt vorschnell auf solche Angebote eingeht, so kann die Gesprächsführung in eine falsche Richtung gelenkt werden: zum Beispiel durch Suggestivfragen seitens des Arztes, der seinerseits unbewusst in die vom Patienten angerührten Richtung gelenkt wird. Wie man tiefenpsychologisch sagt, „agiert“ dann der Arzt ein Stück weit in der vom Patienten angetragenen Erwartungsrolle. Dies kann den direkten Weg zu einer objektiven Diagnostik zwar stören, wäre aber therapeutisch unbedenklich, wenn es sich um leicht erkennbare körper-

liche Krankheiten handelt. Problematisch sind aber solche angetragenen Rollen in der Gesprächsführung, wenn es sich um sogenannte psychosomatische Leiden oder Neurosen handelt. Andererseits ist es für die therapeutische Gesprächsführung wichtig, dass der Kranke auch Vorstellungen, die er sich selber über seine Krankheit gemacht hat, äussert. Der Arzt sollte dem Bedürfnis nach dem Sichausprechen nachgeben; er soll nicht vorschnell korrigierend eingreifen und niemals zu Beginn des ärztlichen Gesprächs.

Es ist also notwendig, dass der Kranke zunächst einmal unverstellt von sich erzählt. Am Anfang steht das Zuhören, stehen die locker nachgreifenden Fragen des Arztes, welche die Aussagen verstehensvoll vertiefen. Sind diese Fragen aber zu früh auf ein vermutetes diagnostisches Ziel ausgerichtet, so können sie leicht in Suggestivfragen ausmünden; die sogenannte Objektivierung der Anamnese steht nie am Anfang, sondern erfolgt behutsam nach und nach.

Im Mittelpunkt des Gesprächsbeginns steht immer der Kranke in seiner persönlichen Situation. Er muss in seinem So-sein vorbehaltlos angenommen werden. Da beim Patienten meist das Gefühl mitschwingt, irgendwie — wenn auch nur in der Situation der Krankheit — versagt zu haben, ist die annehmende Haltung des Arztes therapeutisch wichtig. Es genügt die Bestätigung, dass der Patient gut daran getan habe, den Arzt aufzusuchen; der Arzt sollte die Anerkennung dieses Entschlusses als eine persönliche Leistung des Patienten ansprechen. Mit dieser annehmenden Haltung ist nichts vorweggenommen, wohl aber weiss sich der Patient akzeptiert und dadurch ermutigt. Ein Zuviel, ein Aufdrängen von Wohlwollen, bewirkt indes oft das Gegenteil und hat die Distanzierung des Patienten zur Folge.

Hinzu kommt ein Zweites: Der Arzt wird in aller Regel als Autoritätsperson erlebt. „Autorität“ ist aber gerade für den Kranken, bei dem irgendwie das Gefühl der Schwäche und des Versagens mitschwingt, viel stärker mit „Wertung“, „Kontrolle“ und „Unterordnung“ verbunden als mit der Einstellung des Akzeptierens, des Verstandenwerdens und der Geduld. Der Arzt steht also schon im Beginn der Gesprächsführung vor der Aufgabe, den Patienten eine besondere Art von Autorität erleben zu lassen (*R. Bang*). Diese besondere Art der Autorität muss dem Patienten zweierlei ermöglichen: Einmal zu „regredieren“, das heisst ohne Abwehrhaltung den Schutz, das Wohlwollen und die Fürsorge des Arztes anzunehmen, andererseits, den Spielraum, zugleich den Mut aufzubringen, sich zu den eige-

* Aus dem Institut für allgemeine klinische Medizin der Universität Heidelberg.
Voordracht, gehouden op de Boerhaave-cursus maart 1963
„Toepassing van de medische psychologie door de huisarts“.

nen ängstlichen, aggressiven, ambivalenten Gefühlen zu bekennen und sie auch zu äussern. In Hinsicht auf eine neurotische Symptombildung formulierte *V. von Weizsäcker* diese besondere Art der zugleich annehmenden aber gleichwohl nicht schlechthin abnehmenden Haltung des Arztes schlagwortartig folgendermassen: „Ja, aber nicht so!“

Am Anfang des ärztlichen Gesprächs stehen also die möglichst „indifferenten Eröffnungszüge“ im Sinne *Balint's*, das heisst eine anerkennende und bestätigende, aber nichts vorwegnehmende Haltung des Arztes und das Sichaussprechenlassen des Patienten. Dieses Zuhören ist kein kühles und distanzierendes passives Aufnehmen, sondern anteilnehmendes, waches, ordnendes Umgehen mit dem Aufgenommenen. Rein passiv rezeptives Zuhören würde sich bald in eine richtungslose Unübersichtlichkeit verlieren; jede zu aktive Exploration würde den Patienten verhindern, dass er selbst an der Gliederung des Explorationsfelds teilnimmt.

Es wäre nun missverstanden, dass mit diesen Hinweisen speziell die psychotherapeutische Gesprächsführung gemeint ist. Wiewohl die Grundzüge dorthin entnommen sind, gelten sie für die ärztliche Gesprächsführung schlechthin. Denn dem ärztlichen Gespräch liegt die Tatsache zugrunde, dass die meisten Krankheiten komplexe Ursachen haben. Man denke an das Ulcus, das Asthma, an die Coronarsklerose, bei der ja nicht allein die morphologische Coronarstenose Ursache der anginösen Beschwerden ist, sondern ein vielfältiges Zusammenreffen körperlicher, seelischer und situativer Momente. Es ist der Gewinn des ärztlichen Gesprächs dass man aus der Struktur der Beschwerden nicht nur Hinweise auf den mutmasslichen organischen Befund erhält, sondern auch gleichzeitig das Funktionelle und Seelische sowie den lebensgeschichtlichen Stellenwert der Krankheit miterfassen kann.

Das ärztliche Gespräch schon zu Beginn der Behandlung mildert ferner die Anonymität der anschliessenden apparativen Untersuchungsverfahren und verhindert, dass der Patient nach Feststellung womöglich negativer Untersuchungsbefunde die Erörterung seelischer Faktoren als eine Degradierung empfindet.

Das ärztliche Gespräch vermag ferner eine krankmachende Situation zurechtzurücken, und damit einer pathogenen Konstellation ihre Dynamik zu nehmen. Ein gutes Beispiel ist das Syndrom der vegetativen Dystonie, welches nach aller Erfahrung ein Viertel bis ein Drittel der Sprechstunde des praktischen Arztes ausmacht. Es ist erwiesen, dass bei 17 - 27% der Bevölkerung erhebliche vegetative Regulationsstörungen vorkommen, ohne wesentliche Störung der Befindlichkeit. Nun kann irgendeine Konstellation — fehlende menschliche Bestätigung, Krisen in der Familie, am Arbeitsplatz oder sonst ein Belastungsfaktor — zu einer Störung des „Befinders“ (*Plügge*) führen, das heisst ein Zweispart, eine „Ambiguität“, wird erlebt und sekundär als körperliche Störung reflektiert. Der „Leib“ wird zum

Präsentations- und Repräsentationsfeld der zunächst erlebnishaften Störung. Man verstehe diesen Zusammenhang genau: Am Anfang steht: „Mir fehlt etwas“, das heisst etwas am vollen Leistungsvermögen, und das was fehlt, ist die Freude und Hingabe an einen Beruf oder die mangelnde Erfüllung im personalen Raum. Erst in der sekundären Verarbeitung wird dieses Erleben zum Symptom: „Es fehlt mir etwas“; „Ich habe eine Störung“. Mit dieser sekundären Verarbeitung kommt dann der Patient zum Arzt.

Solche Zusammenhänge sind im ärztlichen Gespräch zu klären, um dem Patienten eine therapeutisch wirksame Einsicht zu vermitteln.

Das gilt nicht nur für vegetative Störungen. Die Subjektabhängigkeit ist bei funktionellen Störungen nur offensichtlicher als bei den organischen, weil das Vegetativum unmittelbar auf das Gemütssein des Menschen bezogen ist. Bei den organischen Krankheiten ist dies weniger offensichtlich, aber gleichwohl bedeutsam. Man denke zum Beispiel an das Ulcus: Ulcera mit gleichem morphologischem Substrat belästigen manche wenig, für andere sind sie der ständige Resonanzboden für alle möglichen Belastungen.

Kehren wir aber wieder zurück zu technischen Hinweisen: Die Form des Gesprächs sollte zumindest im Beginn eine gewisse überpersönliche Note haben. Besonders bei Patienten, die schwer von ihren eigenen Nöten erzählen können, ist es zweckmässig, zunächst mehr vom Allgemeinmenschlichen, dessen Stärken und Schwächen zu sprechen und nicht unmittelbar provozierend vom Patienten selbst. Was der Patient ganz persönlich genommen hat, bekommt dadurch von vornherein einen grösseren Horizont. Bei der zunächst überpersönlichen Form des Gesprächs erhalten wir oft eher richtige Einsichten als bei direkten Fragen. Denn der Patient kommt mehr oder minder bewusst mit der Erwartung „was wird der Arzt von mir denken“ und reagiert deswegen zunächst abwehrend, etwa in Form konventioneller Antworten. Dadurch kommt das therapeutische Gespräch nicht in Gang, während mit einer gewissen überpersönlichen Horizontgebung mehr Spielraum gegeben wird, um Persönliches zur Entfaltung zu bringen. Eine direkte Ansprache, ein direkter Appell führt oft zur Abwehrhaltung und wäre therapeutisch verfehlt. Um im Beispiel der vegetativen Dystonie zu bleiben: Der direkte provozierende Hinweis, dass eben diese Konfliktsituation und nicht die objektive Regulationsstörung die Ursache der Missbefindlichkeit sei, ist keine wirksame Therapie. Selbst wenn die Vermutung des Arztes richtig sein sollte, ist eine psychologische Gesetzmässigkeit zu beachten: Der Mensch sucht festzuhalten was ihm bisher Halt und Sicherheit im Lebenskampf bedeutet — auch im Bezug auf den sogenannte „Krankheitsgewinn“. Aus dieser Gesetzmässigkeit folgt, dass der Patient in Spannung und Abwehrhaltung gerät, wenn bedroht und in Frage gestellt wird, was bisher Halt und Si-

cherheit gab. Ja schon die Tatsache, dass der Arzt anders denkt und fühlt, genügt, um diese Spannung zu erzeugen. Ein direktes Korrigieren, ein Aufdrängen von gesundheitserzieherischen oder ähnlichen Massnahmen ist deswegen in der Regel therapeutisch unwirksam.

Eine einfache und brauchbare Form der mehr indirekten Ansprache des Patienten ist zum Beispiel die Frage, was er denn getan hätte, wenn er nicht krank geworden wäre. Oder was er tun würde, wenn er wieder gesund wird, oder überhaupt in einer besseren Verfassung wäre. Mit dem Ausruf: „Ja, dann“ heben oft Antworten an, die offenbaren, wie eng das Befinden mit ambivalenten menschlichen Situationen verknüpft ist (*Mauz*). Am Beispiel der vegetativen Dystonie würde die Antwort lauten: „Ja, wenn ich mein Herzklopfen, meine Erschöpflichkeit und Missbefinden nicht hätte, dan würde ich mich mit meiner Arbeit besser zurechtfinden und endlich mit dem Meister reden, dass er jene Schwierigkeiten abstellt“. Es enthüllt sich mit diesem „ja, dann“ die pathogene Konstellation, und man wird daraufhin versuchen, diese mit dem Patienten durchzuarbeiten. Im erwähnten Fall würde sich zum Beispiel zeigen, dass der Patient seine vegetativen Störungen „brauchte“, um seine soziale Rolle durchzustehen, weil er innerlich unfähig war, im Rahmen des Angemessenen und Notwendigen bei Vorgesetzten fordern zu können.

Ein hilfreiches Mittel ist auch das „Nebenbei-Fragen“ während der körperlichen Untersuchung (*Schlegel*). Das heist, dass der Arzt während der körperlichen Untersuchung „sonebenbei“ nach dem Beginn der Krankheit, den äusseren Umständen und der persönlichen Situation fragt. Wichtig ist ferner das Beachten von zögernden Reaktionen und das fragende Nachgreifen bei Spontanäusserungen des Patienten, die irgendwie aus dem Zusammenhang der Gesprächsführung fallen. Bei gehemmten Patienten, die aufgrund einer Abwehrhaltung unbewusst ihre eigentlichen Nöte verbergen, kann es hilfreich sein, sie in einer überindividuellen Weise an Beispielen erleben zu lassen, dass der Konflikt etwas ganz Allgemeinmenschliches ist, dass man mit dem Konflikt umgehen kann und dem man sich stellen muss.

Ein wichtiger Gesichtspunkt der psychologischen Gesprächsführung, insbesondere bei Patienten mit funktionellen Leiden und neurotisch Gestörten ist der, dass der Arzt mit direkten Ratschlägen zurückhält. Zur therapeutisch wirksamen Reifung gehört eben weniger die Übermittlung der Ansicht des Arztes, sondern die Bildung der eigenen Einsicht beim Patienten. Die Gesprächsführung hat also dahin zu zielen, dass solche Einsichten bei Patienten selbst reifen (*Bräutigam*). Dabei ist eine der wichtigsten Regeln die, dass der Arzt die ihm vom Patienten aufgedrängten Fragen, in denen ihm Entscheidungen in Lebensschwierigkeiten abgenötigt werden, zunächst zurückgibt. Zum Beispiel so: „Was meinen Sie selbst?“, „um mir ein besseres Bild

machen zu können, würde ich gerne hören, wie Sie selber darüber denken?“ Auf diese Weise wird der Patient aktiv in den therapeutischen Vorgang des Gesprächs einbezogen.

Ein besonderes Problem der Gesprächsführung liegt darin, dass sich der Arzt schwer von seiner eigenen Meinung, von seinem eigenen Leitbild, distanzieren kann. Es gibt aber auch die entgegengesetzte Fehlhaltung, dass der Arzt sich mit der Not und den Schwierigkeiten des Patienten emotional so sehr identifiziert, dass er wiederum die notwendige Distanzierungsfähigkeit nicht aufbringt. Nur sie erlaubt es, zurechtzurücken, Verstiegene abzubauen und Fehlhaltungen zu korrigieren.

Gelegentlich gibt es in der Gesprächsführung Schwierigkeiten derart, dass Patienten nicht aussprechen können, was sie bewegt. Es „dämmert“ ihnen zwar irgendwie, aber sie sind nicht imstande, dies in Worten auszudrücken. Es kann dann nötig werden, dass der Arzt das „Verbalisieren“ ein Stück weit für den Patienten übernimmt. Die Reaktion des Patienten auf den Versuch des Arztes, die innerliche Verfassung sprachlich zu verbalisieren, ist dann eine wertvolle Hilfe: Nicht nur für das freie Aussprechen, sondern auch für die zutreffende Diagnose. Bei einem solchen vorstastenden Verbalisierten kann auch das Protestieren des Patienten wichtig sein: Entweder befindet sich der Arzt auf der falschen Fährte oder der Patient ist in der Auseinandersetzung mit sich selbst noch nicht weit genug, um die vorverbalisierten Gedanken und Gefühle akzeptieren zu können. Jedenfalls ist aber der Patient aktiv geworden und irgendwie mit sich selbst konfrontiert. Die Reaktion des Protestierens ist in jedem Fall als ein psychologisches Phänomen zu werten. Es würde dem Wesen des ärztlichen Gesprächs widersprechen, sich daraufhin in eine Diskussion mit dem Patienten, zum Beispiel über die Richtigkeit des Vorverbalisierten, einzulassen.

Es widerspricht überhaupt dem ärztlichen Gespräch, mit dem Patienten zu argumentieren und zu diskutieren: Zwar bedarf die notwendige Änderung der Lebensführung beispielsweise bei einer Hypertonie, einer Coronarsklerose, bei einer Fettsucht oder einem Genussmittelabusus einer Diskussion. Aber es geht nicht nur um die rationale Belehrung, sondern ebenso wichtig ist es, die persönlichen und situativen Motive eines Alkohol- oder Nikotinabusus zu klären, bevor man ihn abzustellen sucht. Die im ärztlichen Gespräch erarbeitete Lösung muss die Kraft eigener Einsicht verwirklichte Verhaltensänderung des Patienten sein. Eine belehrende Anordnung des Arztes ist in der Regel unfruchtbar und führt nicht zu einer wirklichen Umstellung von Lebensgewohnheiten.

Das ärztliche Gespräch sollte schliesslich die „biographische Anamnese“ umfassen. Die biographische Anamnese (V. von Weizsäcker) ist der methodische Versuch, die Lebenssituation und die Lebensgeschichte eines Patienten möglichst adäquat zu erfassen. Sie unterscheidet sich von anderen Explora-

tionsweisen weniger van der Methode als vom Ansatz her. Die biographische Anamnese geht zum Beispiel nicht van einer Theorie aus (etwa der psychoanalytischen), sondern van der Einstellung des Kranken zu seinem Leib, zu seiner Mit- und Umwelt und van der Verwirklichung und Nichtverwirklichung seiner Rolle im Gefüge der Lebens- und Gesellschaftsordnung. Dieses Vorgehen sliesst das Unbewusste nicht aus, sondern es sliesst es in (Seemann). Die biographische Anamnese enthält notwendig auch die Beziehung des Patienten zu überpersönlischen Ordnungen: zum Beispiel das Verhältnis zum Geschlecht, die einzelnen Entwicklungstufen van der Jugend bis zum Erwachsensein mit ihren Normen. Ferner die sozialen, kulturellen und konfessionellen Ordnungen, in denen jeder steht und mit denen jeder sich auseinanderzusetzen hat. Es is daher notwendig, sich diese Ordnungen bei der Erhebung einer biographischen Anamnese zu vergegenwärtigen und zwar wederum nicht nur in der für den Arzt gültigen Weise, sondern ebensoehr van der Sicht des Patienten aus.

Zur Erhebung der biographischen Anamnese, wie überhaupt für das ärztliche Gespräch, gehört Zeit. Indessen is auch hierzu eine Regel zu beachten: Das ärztliche Gespräch sollte nicht länger als eine knappe Stunde dauern. Man soll diese Begrenzung einhalten und sich zutrauen, trotz der Fülle der mitgeteilten Daten und der sie begleitenden emotionalen Bewegung des Patienten, das Gespräch zu unterbreken. Ein unbegrenzt Sichaussprekenlassen löst oft eine Betroffenheit und Scham beim Patienten über sich selbst aus, „dass er sich soweit hatte gehen lassen können“. Dies gilt es zu vermeiden, und deshalb is eine gewisse zeitliche Begrenzung notwendig. Man sollte sich es aber zur Regel maken, nach Beendigung des Gesprächs und nach Erhe-

bung der biographischen Anamnese und Verabschiedung des Patienten sich eine kurze Zeit das Gehörte zu vergegenwärtigen. Im Nachsinnen über das Gehörte wird mancher Zusammenhang plötzlich evident; über das Gespräch und diese Evidenzen sind kurze Aufzeichnungen unentbehrlich.

Was ich anzudeuten wünschte, sind keine grundlegenden Erörterungen und keine starren Regeln, die es naturgemäss auch nicht gibt. Man bedient sich in der Praxis kraft steter Übung und aufgrund der Eigenerfahrung möglichst offener und beweglich-angepasster Gesprächstechniken. Das Entscheidende, und letzten Endes methodisch nicht fassbare, is dies, dass das Gespräch mit Kopf und Herz zugleich geführt werden soll, und dass es einfach bleiben muss. Das ärztliche Gespräch wird umso grössere Einsichten erschliessen, je einführender und schlichter es geführt wird. Für das ärztliche Gespräch gilt der Grundsatz des grossen Boerhaave, unter dessen Namen unsere Tagung steht: „Simplex sigillum veri“.

- Balint, M. (1957) Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett, Stuttgart.
- Balint, M. und Enid (1963) Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Klett, Stuttgart.
- Bang, R. (1959) Psychologische und methodische Grundlagen der Einzelfallhilfe. Verlag für Jugendpflege und Gruppenschriftum, Wiesbaden.
- Bräutigam, W. (1961) Psychotherapie in anthropologischer Sicht. Enke, Stuttgart.
- Hartmann, F. (1959) Medizin I. Fischer-Lexikon. Fischer Verlag, Frankfurt am Main.
- Kamphuis, M. (1963) Die persönliche Hilfe in der Sozialarbeit unserer Zeit. Klett, Stuttgart.
- Mauz, F. (1960) Die Therapiewoche 10, 311.
- Plügge, H. (1962) Wohlbefinden und Missbefinden. Tübingen.
- Schlegel, L. (1962) Praxis der Psychotherapie 7, Heft 6.
- Seemann, W. F. (1961) Der Landarzt, 37, 13.
- Weizsäcker, V. v. (1947) Fälle und Probleme. Enke, Stuttgart.

Second convention of the Australian College of General Practitioners; Sydney, 21-25 oktober 1963

... „tormented with an everlasting itch for things remote“ ...
(Melville, Moby Dick).

Heeft vliegen iets met reizen te maken, behalve dat het er een karikatuur van is? Een academische vraag: men zou het eerst eens moeten worden over het begrip „reizen“. Zeker is, dat de wijze van transport, waarbij men in 33 uur met een snelheid van 850 km over de halve wereld wordt gesleurd, geen enkele andere mogelijkheid biedt dan die tot het opdoen van de meest vluchtige indrukken; en dat is dan nog zacht gezegd. Maar aan de andere kant: hoe verrukkelijk zijn sommige van die indrukken! Beiroet bij nacht, de zoele lucht, de krekels en de lichten; de grillige kustlijn; het woeste binnenland van Australië; de sfeer van de tropen; en bovenal: de ligging van Sydney, aan de kust met zijn talloze baaien, havens en insnijdingen, zijn suburbs, zijn city en zijn grote brug, Sydney Harbour Bridge, welke al het verkeer van en naar het noorden moet passeren via acht banen.

Direct al uit de lucht ziet men een kenmerkende eigen-

schap van deze stad: behalve in de, vrij kleine, city zijn er geen wolkenkrabbers en weinig flats; de hellingen zijn bezaaid met kleine eengezinswoningen, een soort bungalows. Dat dit een mooi gezicht is, kan ik niet zeggen; het opeenvonen van miljoenen mensen is nooit mooi. Maar hoeveel aangenaamer doet het aan, dan onze onafzienbare straten met flats! En de mensen hebben dan toch maar hun eigen huis, met hun tuin (statussymbool). Met een enorme snelheid wordt de bush (kreupelhout met gumtrees, eucalyptusbomen) ontgonnen of liever gesloopt, waaraan bulldozers te pas komen, om naar alle kanten van Sydney uit steeds meer van deze bungalows te zetten. Er is genoeg grond, men hoeft er niet zuinig mee te zijn; maar het vergroot de afstand van woning tot werk aanmerkelijk.

Het contact met de Australiërs (dat niet eenvoudig is, want de meesten spreken een zeer onduidelijk en lelijk Engels) levert tegenstrijdige indrukken op. Zij zijn nuchter en zakelijk: geld, sport en techniek spelen een overheersende rol. Daartegenover zijn zij vriendelijk, zeer gastvrij en behulpzaam,