

VORLESUNG MED. PSYCHOLOGIE

von PD Dr. Erich Kasten

Das ärztliche Gespräch

Grundlagen der Kommunikation und Interaktion

Man unterscheidet zwei Möglichkeiten, die nonverbale und die verbale Kommunikation.

I. Nonverbale Kommunikation

a) Menschlicher Körper

◆ Körpersprache

Über Körperkontakt können wir unsere elementarsten Bedürfnisse zeigen. Allerdings gibt es gerade was den Körperkontakt angeht große kulturelle Unterschiede

◆ Mimik

Die Mimik spielt beim Menschen wohl die zentralste Rolle innerhalb der nonverbalen Kommunikation, da wir beim Gespräch automatisch sehr viel mehr auf das Gesicht des Interaktionspartners achten als auf den gesamten restlichen Körper.

Man kann praktisch jedes Gefühl durch einen entsprechenden Gesichtsausdruck zeigen.

Der erfahrene Arzt kann mitunter schon aus dem Gesichtsausdruck des Kranken erste Diagnosen darüber ableiten, wie der Patient sich fühlt, ob er Schmerzen hat und verzweifelt oder depressiv ist:

◆ Körperhaltung

Eine weitere Möglichkeit, mit dem Körper zu kommunizieren ist die Körperhaltung. Die Art wie jemand sitzt oder steht kann oft sehr viel mehr Aufschluß über seine Gefühle zulassen als ein langes Gespräch. Unsere Stimmung drückt sich sofort und sehr direkt in der Körperhaltung aus. Die Biegsamkeit des menschlichen Körpers erlaubt es uns auch, unsere Ansichten mit Gestik zu untermauern.

b) Objekte

Sogar vermittelt von Gegenständen betreiben wir Kommunikation. So drückt zum Beispiel das Tragen des **Eheringes** aus, daß man verheiratet ist. Eine mit **Schmuck** behangene Frau versucht mit ihrem Reichtum zu protzen. Auch mit der vergoldeten Türklingel, Türgriffen aus teurem Messing zeigen Sie schon am Praxiseingang jedem neuen Patienten, wie es mit Ihren Finanzen bestellt ist.

◆ **Kleidung** ist in diesem Bereich wohl der ausdrucksstärkste „Gegenstand“ mit dem wir kommunizieren. Durch die Wahl der Kleidung drücken wir jeden Morgen etwas über uns selbst aus, welche Persönlichkeit wir haben und wie wir uns an diesem Tag fühlen:

◆ Auch mit unserem **Haarschnitt**, drücken wir etwas über unsere Persönlichkeit aus.

c) Räumliche Distanz

Auch Nähe oder Distanz zwischen zwei oder mehr Personen sagt etwas über ihre Beziehung aus. **Zwei Liebende haben eine sehr geringe Distanz**, zwischen den Mitarbeitern einer Institution wird die Entfernung während der Arbeit naturgemäß etwas größer sein. Noch größer ist sie auf der Straße, beim Zusammentreffen völlig fremder Personen.

Ebenso kann die räumliche Anordnung der Personen zueinander Auskunft geben:

Jeder Mensch hat eine Intim-Distanz, die ungefähr eine Armeslänge beträgt. Diese Distanz versuchen wir, so gut wie möglich im täglichen Leben einzuhalten, etwa beim Einkaufen oder in der Schlange in der Mensa. Eine Verringerung der Distanz durch Fremde wird als unangenehm empfunden.

In einem Versuch, setzte sich eine fremde Person direkt neben Studentinnen in der Bibliothek, obwohl noch andere Plätze frei waren. Die meisten Studentinnen verließen ihren Platz daraufhin vorzeitig. Während die unbelästigte Kontrollgruppe etwa eine Stunde in der Bibliothek blieb, verließen die „Opfer“ den Raum spätestens nach 10 Minuten.

Auch der Schreibtisch in der Arztpraxis z.B. schafft Distanz zwischen dem Arzt und dem Patienten. Andererseits sind gerade Ärzte gezwungen, die Intimdistanz ständig zu durchbrechen. Ein Arzt, der im Krankenhaus am Bettrand sitzt und die Hand eines schwerkranken Patienten hält zeigt nicht nur räumliche sondern auch emotionale Nähe.

Verbale Kommunikation

Auch die verbale Kommunikation mit Worten lässt sich nach verschiedenen Gesichtspunkten einteilen. Man unterscheidet:

gesprochene verbale Kommunikation → Inhalt
→ Paralinguistik

Typische paralinguistische Begleitumstände sind etwa: **Lautstärke** des gesprochenen Wortes (laut, normal, leise), **Sprechgeschwindigkeit** (schnell, hastig, langsam, zögernd, stockend), **Stimmlage** (klar, deutlich, nuschelnd, grell, brummig), **Pausen und Lückenfüller** („äh“) und **andere Begleitphänomene wie Lachen, Seufzen, Stöhnen** usw. Alle können den Inhalt des gesagten Satzes unterstreichen oder ihm widersprechen.

geschriebene verbale Kommunikation → Inhalt
→ Graphologie

Auch mit der Art unserer Handschrift drücken wir etwas über uns selbst aus.

Ärzte haben oft eine traditionell viel schlechtere Handschrift als andere Akademiker, die als Studenten auch viel schreiben mußten. Ein möglicher Grund dafür ist, daß damit erreicht werden soll, dass die Patienten die handschriftlichen Notizen nicht lesen können und damit nur diejenigen Informationen erhalten, die der Arzt für bedenkenlos hält. Dies ist durchaus keine wilde Theorie, denn die Medizin hat sich seit Jahrhunderten um möglichst viele Fachausdrücke bemüht, um sich in Gegenwart des Patienten über den Patienten unterhalten zu können, ohne dass dieser versteht, wie es um ihn steht.

Beispiel aus „Zwei Frauen“

„Der Behandlungsraum in der Chirurgie unterschied sich nur insofern von denen, die ich bereits gesehen hatte, als daß er düsterer, unordentlicher und übelriechender war. Eine mürrische Krankenschwester brummelte mir zu, ich möchte meinen linken Arm freimachen, auf der Liege Platz nehmen und warten. Nach etwa 10 Minuten stürzte ein Arzt herein. Er war noch sehr jung und ausgesprochen attraktiv. „Morgen“, keuchte er, hechtete zu einem hoffnungslos überladenen Schreibtisch und grabschte scheinbar wahllos nach einer Krankenakte. „Sind Sie das?“ fragte er mich dann. „Wer?“ „Eva Martin?“ „Ja.“ „Prima.“ Sein Name war so schwierig, daß ich allenfalls hätte versuchen können, ihn auf dem Klavier zu spielen. Da er mich aber mit kaum noch zu überbietender Ausdauer zur Ader ließ, fand ich bald einen Künstlernamen für ihn: der Blutsauger! Nach dem zehnten Röhrchen stöhnte ich laut auf: „Wozu brauchen Sie denn das ganze Blut?“ „Das schicken wir in die Dritte Welt.“ Soviel Ehrlichkeit frappierte mich, doch schon im nächsten Moment winkte er lachend ab. „Das war natürlich ein Scherz“, meinte er. „Natürlich. Und wozu brauchen Sie das Blut dann wirklich?“ „Oh“, seufzte er, „für den Hämoglobinwert, für die Erithrozyten, die Leukozythen, den MCH, das MCV, die MCHC, die Thrombozyten, die Retikulozyten und so weiter.“ Er hatte sehr schnell und so beiläufig gesprochen, daß ich mir in meiner medizinischen Unbelecktheit regelrecht dämlich vorkam. Ich sagte rasch: „Ach so.“ und hoffte inständig, das möchte einen einigermaßen intelligenten Eindruck machen. Ich hatte Glück. Mein Blutsauger war dermaßen beeindruckt, daß er sich trotz seiner Promotion herabließ, mich in ein Gespräch zu verwickeln. „Sind Sie schon lange hier?“ wollte er wissen. „Seit Freitag!“ antwortete ich. „Was fehlt Ihnen denn?“ „Ich habe Knoten in den Leistenbeugen und die -, „Dürfte ich mir das mal ansehen?“ „Sicher!“ Nach den beiden Lasern und dem Aufnahmearzt konnte mich nichts mehr schrecken. So zog ich bereitwillig meine Hose ein Stück herunter, damit der Herr Blutsauger in Ruhe werkeln konnte. Er ging dabei auch nicht zartfühlender vor als seine Kollegen, wohl aber wesentlich weniger routiniert, und als er fertig war, wirkte er gar unwissender als zuvor. „Na“, fragte ich, „was meinen Sie?“ „Schwer zu sagen!“ murmelte er. „Vielleicht eine Hyperplasie. Oder eine Lymphadenitis. Es könnten aber auch Lymphosarkome sein. Oder eine Lympho-granulo-matose. Oder Retikulosen. Schwer zu sagen.“ Davon war ich überzeugt, denn es war offensichtlich nicht nur schwer zu sagen, sondern darüber hinaus auch sehr schwer auszusprechen. Dennoch wollte ich mich nicht so schnell entmutigen lassen, bildete ich mir doch ein, auch aus dem finstersten Fachlatein müßte ein Weg ins umgangssprachliche Licht führen. „Was ist das denn?“ fragte ich ihn deshalb. „Retikulosen?“ vergewisserte er sich. „Das sind irreversible Proliferationen von Zellen des retikulo-endo-thelialen System.“ Er verheimlichte mir nichts, und ich zeigte mich daher dankbar und gelehrig. „Ach so!“ Mehr fiel mir nicht ein.



Einer der berühmtesten Kommunikationsforscher ist der Amerikaner **Paul Watzlawick**, der mehrere Grundgesetze (Axiome) der Kommunikation entwickelte. Die wichtigsten sollen hier kurz vorgestellt werden.

1. „Man kann nicht nicht-kommunizieren“

2. „Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt“

Unter dem Inhaltsaspekt versteht Watzlawick die verbale Information, die ausgetauscht wird, aber erst durch nonverbale und paralinguistische Begleitphänomene wird definiert, wie die Information überhaupt verstanden werden soll. So kann man die Worte „Sie haben aber einen hohen Blutdruck!“ mit böser-lauter Stimme sagen, mit fröhlich-schelmischer Stimme oder aber mit traurig-gepreßter Stimmlage. Abhängig von der Paralinguistik würde der Gesprächspartner diese beiden Worte völlig verschieden auffassen.

3. „Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe bedingt“

4. Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten.

Digitale Kommunikationen (=verbale Kommunikation) haben eine komplexe und vielseitige logische Syntax, aber auf dem Gebiet der Beziehungen eine unzulängliche Semantik. Analoge Kommunikationen (= nonverbal) dagegen besitzen dieses semantische Potential, ermangeln aber die für eine eindeutige Kommunikation erforderliche logische Syntax

5. Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär (=ergänzend), je nachdem ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.

Analyse von Kommunikationsstrukturen

Die „Transaktionsanalyse“ bietet eine sehr gute Möglichkeit, zu analysieren wie Menschen miteinander umgehen und wodurch eigentlich Konflikte entstehen. Die Transaktionsanalytiker gehen davon aus, daß Kommunikationen auf drei verschiedenen Ebenen gesendet und empfangen werden können:

Das **Erwachsenen-Ich** agiert mit rationalen Arbeitsinhalten, die an den Erfordernissen der Realität ausgerichtet werden. Gefühle, insbesondere Unter- oder Überlegenheit spielen hier kaum eine Rolle. Eine typische Aussage wäre z.B.: „Frau M. hat einen Blutdruck von 190 zu 245.“

Vom **Eltern-Ich** aus versuchen Personen eine dominante, bevormundende Rolle zu spielen und anderen zu zeigen, daß sie ihnen überlegen sind. Das Eltern-Ich kann **kritisch** sein („*Sie haben Ihre Beruhigungstabletten ja wieder nicht genommen!*“) oder es kann **hilfreich-stützend** sein („*Sie möchten Ihre Beruhigungstabletten also nicht nehmen. Wäre es nicht vielleicht besser, wenn wir Sie zunächst einmal einige Zeit in der geschlossenen Psychiatrie unterbringen?*“)

Das **Kind-Ich** dagegen vertritt die entgegengesetzte Position. Es ist impulsiv und richtet sich wenig nach Normen, sondern im wesentlichen nach momentanen Bedürfnissen. Das Kind ich kann **natürlich** sein, es kann **angepaßt** sein oder es kann **rebellisch** sein.

Man hat nun festgestellt, daß die meisten ärztlichen Aussagen an Patienten generell vom Stand des Eltern-Ichs gemacht werden. Der Arzt ist der Weise, Wissende und dem Patienten überlegen. Hierdurch soll dem anderen hierbei die eigene Überlegenheit bewiesen werden. Durch diese Kommunikation von der Eltern-Ich-Ebene wird der Patient in die Kind-Ich-Ebene gedrängt. Wenn dieser darauf eingeht, dann kommt es schnell zur Regression mit kleinkindhaften Verhaltensweisen.

Erwartungen des Patienten an das ärztliche Gespräch:

Gewünschte Eigenschaften des idealen Arztes:

- Gewissenhaftigkeit (88%)
- Fachkompetenz (85%)
- Arzt sollte sich Zeit nehmen (65%)

Situation bei realen Ärzten:

- zuviel Fachausdrücke (40%),
- zu lange Wartezeiten (36%),
- zu wenig Zeit für den Pat. (31%)
- nur oberflächliche Untersuchungen (30%).
- zuwenig Informationen über Krankheiten (28%)

(zit. nach: Schmielau, 1990)

Auszug aus dem Buch Oliver Sacks „Der Tag an den mein Bein fortging“.

Auf einer Wanderung hatte Oliver Sacks vor einem wütenden Bullen fliehen müssen, war dabei einen Abhang hinunter gestürzt und hatte sich sein Bein völlig verdreht. Im Krankenhaus ist er operiert worden. Danach aber kann er das Bein weder bewegen noch spüren. Es ist als habe er dieses Bein gar nicht mehr, es fühlt sich leblos an. Er wartet auf Prof. Swan, den Chefarzt, um mehr über seine Krankheit zu erfahren:

Was für ein Mann würde Swan wohl sein? Ich wusste, dass er ein guter Chirurg war, aber es war nicht der Chirurg, sondern die Person, mit der ich in Beziehung stehen würde, oder vielmehr der Mensch, in dem, wie ich hoffte, der Chirurg und die Person zu einem einzigen Wesen verschmolzen waren. Er hatte eine schwere Verantwortung zu tragen, denn er würde sich vielleicht wochen- oder sogar monatelang um mich kümmern müssen. Ich durfte nicht zuviel von ihm erwarten oder ihm mit der Heftigkeit meiner Sorgen zuviel auflagen. Wenn er ein einfühlsamer Mann war, würde er diese Sorgen sogleich erkennen und mit ruhiger Stimme und profundem Fachwissen zerstreuen. Was mir in meiner Rolle als Patient geradezu übermächtig erschien, was sich als unüberwindliche Schwierigkeit vor mir auftürmte, konnte er mit seiner Autorität aus dem Wege räumen. Ich erwartete keine statistischen Erklärungen darüber wie oft dieses Symptom auftritt, sondern ich erwartete die Schlichtheit einer Stimme, die mit der Autorität kommt: ‚Ja, ich verstehe. Das kommt vor. Machen sie sich keine Sorgen. Wir tun Folgendes...‘ Oder jedenfalls so etwas in der Art - Aussagen, die gradlinig und klar waren und in denen Ausflüchte und Unehrllichkeiten nicht einmal andeutungsweise vorkamen. Wenn er mir aber nicht helfen konnte, so erwartete ich ein klares Eingeständnis dieser Tatsache, etwa: ‚Das ist eine verflixte Sache. Ich weiß nicht was Ihnen fehlt. Aber wir werden unser Bestes tun, um es herauszufinden!‘ Durch die Gedanken an Swans Visite, an sein Verständnis, an seine beruhigenden Worte, fand ich schließlich eine tiefe Ruhe.

Plötzlich hörte das Klappern und geschäftige Treiben auf, und Stille trat an ihre Stelle. Ich hörte nur ein Flüstern, von dem ich nichts verstehen konnte. Und nun trat Swan ein, gefolgt von der Oberschwester, sowie dem Oberarzt und seinen Assistenzärzten in langen weißen Kitteln. Den Schluss des Zuges bildeten die Studenten. Gemessen und feierlich wie eine Prozession betraten der Chefarzt und sein Gefolge mein Zimmer. Swan würdigte mich keines Blickes und begrüßte mich auch nicht, sondern nahm die Akte und studierte sie.

„Nun Oberschwester“, fragte er, „wie geht es dem Patienten jetzt?“

„Kein Fieber mehr“, antwortete sie. „Keine Schwellung des Fußes.“

„Das klingt gut“, sagte Swan und wandte sich dann dem Gips zu, der vor ihm lag. Er klopfte energisch mit den Knöcheln drauf.

„Nun, Herr Sacks“, sagte er, „wie geht es ihrem Bein heute?“

„Chirurgisch betrachtet scheint es ihm ganz gut zu gehen“, antwortete ich.

„Wie meinen Sie das: chirurgisch betrachtet?“ fragte er.

„Ich kann den Quadrizeps nicht anspannen, der Muskel scheint keinen Tonus zu haben. Und ich habe Schwierigkeiten die Lage des Beins zu bestimmen.“

Es kam mir so vor, als mache Swan einen Augenblick lang ein besorgtes Gesicht, aber dieser Eindruck war so flüchtig, dass ich mir nicht sicher war.

„Unsinn“, sagte er schroff und entschlossen. „Es ist gar nichts. Überhaupt nichts. Es besteht kein Grund zur Sorge. Überhaupt kein Grund.“

„Aber ...“

Wie ein Polizist, der den Verkehr anhält, hob er die Hand: „Sie irren vollkommen“, sagte er mit Entschiedenheit. „Ihrem Bein fehlt nichts. Das verstehen Sie doch, oder?“

Brüsk und wie mir schien gereizt wandte er sich zum Gehen. Die Assistenzärzte wichen ehererbietig zur Seite. Im Nu hatte die ganze Prozession mein Zimmer wieder verlassen.

Ich war wie vor den Kopf geschlagen. All die Hoffnungen und Erwartungen, die ich an diese Visite geknüpft hatte - und jetzt das! Ich dachte: Was für ein Arzt, was für ein Mensch ist das? Er hat mich nicht einmal angehört. Er hört seinen Patienten nicht zu. Sie sind ihm völlig gleichgültig. Ein solcher Mensch hört seinen Patienten nicht zu und lernt nichts von ihnen. Sie sind für ihn unwesentlich, er verachtet sie, für ihn sind sie ein Nichts.

Argumentation

Schmidt (1984) und Raspe (1983) zeigten in ihren Arbeiten, dass ein Nichtbefolgen ärztlicher Anweisungen (non-compliance) sogar bei lebenswichtigen Verordnungen unter 50% bleiben kann. Ley wies schon 1977 darauf hin, daß insbesondere bei der Einnahme von Psychopharmaka die Streubreite bei der Einnahme zwischen 8% und 92% der Patienten liegen kann. Das Nichtbefolgen ärztlicher Verordnungen scheint ein durchaus häufiges Verhalten zu sein. Allerdings weisen verschiedene Autoren (z.B. Schmidt, 1984, Epstein & Cluss, 1982, Ley, 1977) in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Ursache für dieses Verhalten nicht als typisches Krankheitsverhalten zu sehen ist, sondern dass hierfür die Schuld in mangelnder Aufklärung durch den Arzt über Sinn und Wirkung seiner Verordnung zu sehen ist.

Umfangreiche Studien zur Frage der Befolgung ärztlicher Ratschläge zeigten, dass ein Nicht-Befolgen ärztlicher Anordnungen typisch ist. Selbst die regelmäßige Einnahme lebensnotwendiger Medikamente bleibt zuweilen unter 50%. Ganz zu schweigen von angeordneten Veränderungen von Lebensgewohnheiten. Es gelingt offenbar vielen Ärzten nicht, ihre Patienten zur Compliance anzuhalten.

Reaktanz ist ein psychologisches Phänomen, welches aussagt, dass Menschen dazu neigen strikte Anordnungen nicht zu befolgen. Jeder Befehl wird als Einschränkung der persönlichen Freiheit empfunden, etwas anderes zu tun und erregt daher den Widerstand des Individuums. Es nützt deshalb in der Regel so gut wie nichts, wenn man einfach Anordnungen ausspricht. Solange keine Folgen drohen, werden die Leute sich nicht danach richten. Ganz im Gegenteil, bei vielen Menschen erzeugen strikte Befehle sogar eine Trotzreaktion. Hierbei handelt es sich um eine der grundsätzlichsten menschlichen Verhaltensweisen. Wenn Gebote oder Verbote notwendig werden, dann muß man sie sinnvoll begründen. Es kommt nicht zur Reaktanz, wenn eine Person einsieht, daß das Verbot sinnvoll ist. Um Non-Compliance und Reaktanz zu umgehen eignet sich die Argumentation als Gesprächstechnik. Eine sinnvolle Argumentation sollte dabei in fünf Stufen aufgebaut sein: **1. These 2. Argument 3. Beweis 4. Beispiel 5. Alternative**

Eine solche Argumentationskette würde dann zum Beispiel lauten:

„Sie müssen dieses Antibiotikum gegen Ihre Stirnhöhlenentzündung mindestens 14 Tage regelmäßig einnehmen (These), damit die Keime restlos vernichtet werden (Argument). In vielen wissenschaftlichen Untersuchungen wurde gezeigt, daß Bakterien übrig bleiben, wenn das Medikament unregelmäßig oder nur für zu kurze Zeit eingenommen wurde. Diese Bakterien können dann resistent werden (Beweis). Einer meiner Patienten lag kürzlich über mehrere Monate hinweg zwischen Leben und Tod auf der Intensivstation, weil sich durch eine unregelmäßige Medikamenteneinnahme resistente Keime gebildet hatten, die dann auch durch andere Medikamente nicht mehr vernichtet werden konnten (Beispiel). Wenn Sie das Medikament nicht einnehmen, werden die Krankheitkeime sich mit Sicherheit weiter in Ihrem Körper ausbreiten und es besteht die Gefahr einer lebensgefährlichen Hirnhautentzündung (Alternative).“

Um die Einstellung einer Person zu verändern und mit derartigen Argumentationsketten zu arbeiten, müssen aber einige wichtige Punkte beachtet werden, damit man nicht auch mit dieser Form der Gesprächsführung Schiffbruch erleidet:

- ◆ wenn der **Redner positiv** beurteilt wird, d.h. **attraktiv aussieht, intelligent wirkt, glaubwürdig erscheint, freundlich auftritt und einen hohen Status hat.**
- ◆ Einstellungen werden eher übernommen, wenn sie in das **Gesamtkonzept** der Person hineinpassen. Eine Person, die sich insgesamt gesundheitsbewußt verhält, aber mit dem Rauchen einfach nicht aufhören kann, wird man leichter überzeugen können als jemanden, dessen Lebenseinstellung ein kurzes, aber genußreiches Leben vorzieht.
- ◆ **Argumentationen nützen nichts, wenn man versucht die andere Person zu überreden oder sogar Strafen und Gewalt androht.**
- ◆ Einstellungen werden auf lange Sicht hin auch nicht übernommen, wenn der Gesprächspartner später merkt, daß Sie **wichtige Gegengründe** nicht erwähnt haben. Sinnvoller ist es, solche Gegengründe zwar zu erwähnen, aber sofort mit einem entsprechenden Argument zu entkräften: *„Raucher sind zwar häufig schlanker als Nichtraucher, aber leichtes Übergewicht ist bei weitem nicht so tödlich wie Lungenkrebs.“*
- ◆ **Je öfter eine Person eine Einstellung bereits verteidigen mußte, desto immuner wird sie gegen eine weitere Argumentation, desto schwerer läßt sie sich überzeugen.**

Gedächtnis

Arzt: *„Gegen Ihre Herzrhythmusstörungen werde ich Ihnen jetzt verschiedene Medikamente verschreiben. Die **Neo-Gilyrytmal** nehmen Sie bitte nur morgens eine Tablette, Von den **Optochinidin retard** viermal täglich eine, jeweils nach den Mahlzeiten. Und die **Verapamil ratiopharm** nehmen Sie nur zur Nacht.“*

Die Tatsache, daß ärztliche Anweisungen nur zu weniger als 50% eingehalten werden, hat auch etwas mit der Fähigkeit des Patienten diese Anweisung zu verstehen, zu behalten und richtig auszuführen zu tun:

*Wieviele von den **Optochinidin retard** sollten Sie nehmen?*

Um die Compliance des Patienten zu verbessern, sollten folgende Kriterien erfüllt sein:

1. Möglichst schriftliche Fixierung der Anordnung
2. Vermeidung von Fremdworten
3. Erklären, welchen Zweck jedes einzelne Medikament hat
4. Mehrfache Wiederholung (Redundanz) der Anweisung
5. Nachfragen alleine, ob der Patient die Anweisung verstanden hat, genügt nicht. Besser ist es, den Patienten aufzufordern, die Anweisung einmal von sich aus zu wiederholen.
6. Die ärztliche Verordnung sollte am Ende des Gesprächs stehen, weitere wichtige nachfolgende Information führt zum sog. „Recency-Effekt“, d.h. neue Information verdrängt die ältere.

Suggestive Formulierungen

Eine Patientin leidet seit ihrer Kindheit unter einer hartnäckigen Schuppenflechte, so daß sie seit Monaten Dauerkundin bei ihrem Hautarzt ist. Es ist offenkundig, daß der Mediziner mit seinem Latein so ziemlich am Ende ist. Unter anderem sagt er: *„Ich gebe Ihnen heute mal versuchsweise das Medikament A-forte mit, da habe ich zufälligerweise gerade eine Probepackung bekommen. Die können Sie gleich mitnehmen. Vielleicht hilft Ihnen das ja endlich, sonst bin ich mit meiner Weisheit auch am Ende. Allerdings kann das Medikament unangenehme Nebenwirkungen haben, bitte lesen Sie den Beipackzettel und kommen Sie her, falls etwas Ungewöhnliches auftritt. Aber wir können es ja damit wenigstens mal versuchen.“*

Die Patientin wird das Medikament mit hoher Wahrscheinlichkeit kein einziges Mal benutzen. Stattdessen ruft sie eine Heilpraktikerin an. Im Gegensatz zu ihrem Arzt nimmt die Heilpraktikerin sich aber sehr viel mehr Zeit ihr zuzuhören und sie ausführlich erzählen zu lassen und sagt dann:

„Nun, die Schuppenflechte ist ein Alarmsignal ihres Körpers. Sie sind innerlich unausgeglichen und Ihr Immunsystem ist stark angegriffen. Ich werde Ihr Immunsystem stabilisieren. Sie nehmen ab jetzt dreimal täglich einige Tropfen Bachblüten in einem Schluck Wasser. Das ist eine jahrtausende alte Therapieform, die mit hoher Sicherheit bald eine Linderung bewirken wird. Sie werden schon in kurze bemerken, daß die Flechte nicht mehr juckt und sich allmählich zurückbildet. Außerdem würde ich Ihnen unbedingt raten, ihr Bett in Nord-Süd-Richtung aufzustellen und mit dem Kopf nach Norden zu schlafen. Sie liegen im Augenblick quer zur erdmagnetischen Strahlung und das hat fast immer negative gesundheitliche Konsequenzen zur Folge.“ Zum Abschied sagt die Heilpraktikerin noch beiläufig: *„Es kann sein, daß Ihre Flechte nach den ersten Behandlungen zunächst etwas stärker juckt und sich rötet. Das ist ein gutes Zeichen, denn es beweist, daß die Therapie bereits angeschlagen hat und ihr Immunsystem die Flechte nun aktiv bekämpft.“*

Zwei wesentliche Grundsätze sollte man sich hier einprägen: Alles, was man kostenlos und sofort haben kann, wird als „nicht besonders viel wert“ eingestuft. Ein Termin, auf den man a) warten und b) für den man sogar noch etwas bezahlen muß, wird als viel wichtiger eingestuft.

Suggestive Formulierungen können aber auch in vielen anderen belastenden Lebenssituationen von großer Hilfe sein. Studenten, die nervös für ihr Abschlußexamen büffeln, kann man einen guten Teil ihrer Ängste nehmen, wenn man ihnen glaubhaft versichert, dass sie intelligent sind, ihre Arbeit immer sehr gut gemacht haben und man selbst ganz sicher ist, dass der Student die Prüfung bestehen wird. Auch z.B. vor großen **Operationen** können suggestive Sätze Ängste verringern.

Eine gute suggestive Formulierung sollte hierbei mehrere Kriterien erfüllen, um auch Wirkung zu zeigen:

- ◆ **Unanzweifelbarkeit:** die Formulierung muß mit maximaler Sicherheit vorgetragen werden.
- ◆ **Positive Formulierung:** definieren Sie auf ein positives Ziel hin, das auch tatsächlich erreicht werden kann
- ◆ **Unüberprüfbarkeit:** es sind Formulierungen zu vermeiden, deren Wahrheitsgehalt zu einem konkreten Zeitpunkt überprüft werden kann.
- ◆ **Verbindung mit Tatsachen:** verbinden Sie ihre Suggestion mit real vorhandenen Tatsachen, die Sie vorher erfragt haben.
- ◆ **Scharlatanerie:** ein kleines Quäntchen von Metaphysik und Parapsychologie kann unter Umständen den Wert einer Suggestion hervorheben.

Die meisten Patienten reagieren sehr positiv auf solche suggestiven Formulierungen, da sie ihren ureigendsten Hoffungen entsprechen. Diese Menschen warten geradezu darauf, daß endlich jemand solche Sätze sagt, die ihnen Ängste nehmen und den Glauben vermitteln, eine Lebenskrise oder eine Krankheit doch noch meistern zu können.

Grundlagen des partnerzentrierten Gesprächs

Häufig gibt es in der ärztlichen Praxis Situationen, in denen weder das Argumentationsschema noch die Suggestion helfen. Zum Beispiel im Umgang mit sterbenden Patienten. Wenn nach der vierten Operation und der fünften Chemo-Therapie doch wieder Metastasen auftreten, dann kann man dem Patienten nichts mehr vormachen. Hier hilft es, wenn man die Grundzüge des nondirektiven Gesprächs erlernt hat.

Die Technik der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie geht davon aus, daß nur der Gesprächspartner selbst wissen kann, welche Entscheidung für ihn persönlich richtig ist. Man kann daher dem anderen nur helfen, eine Entscheidung zu treffen, indem man ruhig zuhört, ohne Versuche zu unternehmen, den Gesprächspartner zu beeinflussen. Diese Therapie geht im wesentlichen auf den Amerikaner **Carl Rogers** zurück, sie wurde in den letzten Jahrzehnten in Deutschland vor allem aber auch von dem Professoren-Ehepaar **Annemarie und Reinhard Tausch** verbreitet. Wesentliche Merkmale der Gesprächspsychotherapie sind, dass der Therapeut die Probleme seines Klienten ernst nimmt, er übt keine Kritik und überläßt es dem Klienten, worüber dieser reden möchte. Die drei wichtigsten Kriterien einer solchen Gesprächsführung sind:

- ◆ **Anerkennen, daß nur der Klient weiß, welche Entscheidung für ihn richtig ist.**
- ◆ **völliges Akzeptieren des Gesprächspartners, auch dann wenn dieser negative Reaktionen zeigt oder (aus der Sicht des Therapeuten) falsche Entscheidungen trifft.**
- ◆ **Verdeutlichen von impliziten Gefühlen. Der Therapeut versucht festzustellen, welches Gefühl eigentlich hinter den Äußerungen des Klienten steckt und hinterfragt diese Emotionen.**

Das sogenannte „**partnerzentrierte Gespräch**“ ist sozusagen die kleine Schwester der großen Gesprächspsychotherapie und wird heute im allgemeinen an den meisten Universitäten gelehrt, da sie einen wichtigen Baustein der Kommunikation mit kranken Menschen darstellt. Mitunter ist hier deshalb auch die Rede vom „**patientenzentrierten**“ **Gespräch**. Da sich diese Form der Gesprächsführung aber nicht nur mit Patienten durchführen läßt, sondern mit jedem, der ein Problem hat, erscheint der Begriff „partnerzentriert“ besser. Man unterscheidet hier Reaktionen, die das Gespräch hemmen oder völlig zum Abbruch bringen von fördernden Gesprächsreaktionen.

a) hemmende Reaktionen beim Gespräch:

- ◆ **Belehrungen** („Warum hast du denn nicht ...“) und Interpretationen („Ich glaube, du willst eigentlich ...“)
- ◆ **Ratschläge** („Du solltest unbedingt einmal ...“), Befehle („Das mußt Du sofort sein lassen!“) und Überredungsversuche („Also, wenn du das nicht tust, dann bin ich nicht mehr Deine Freundin.“)
- ◆ **Verneinung des Problems** („Da brauchst Du doch wirklich keine Angst zu haben.“, „Nein“, „Aber“, „Ach was!“)
- ◆ **Moralische Vorhaltungen** („Wie kannst Du das nur sagen.“, „Aber damals hast du doch gesagt ...“, „Das hättest Du auf gar keinen Fall tun dürfen.“)
- ◆ **Wechsel des Themas ohne Erklärung** („Ja, ja, da hast Du ein echtes Problem. Dabei fällt mir übrigens ein, daß ich um fünf ja noch einen Termin beim Rechtsanwalt habe, weißt Du warum?“)
- ◆ **Beenden des Blickkontakts**, sich vom Gesprächspartner abwenden, den Blick unruhig im Zimmer schweifen lassen, angestrengt aus dem Fenster sehen, oft den Kopf schütteln, ständig die Stirn runzeln, oft auf die Uhr sehen, sich mit Gegenständen beschäftigen oder z.B. beim Gespräch den Schreibtisch aufräumen.

b) Fördernde, partnerzentrierte Reaktionen beim Gespräch

- ◆ **Aufmerksames Zuhören**, das eigene Mitteilungsbedürfnis zurückstellen, Blickkontakt suchen, den Körper dem Sprecher zuneigen, oft zustimmend mit dem Kopf nicken, Äußerungen wie „Ja“, „Hmmm“, „genau“, „aha!“ an den richtigen Stellen einfließen lassen.
- ◆ **Nachfragen** („Das habe ich jetzt noch nicht genau verstanden“, „Wie war das genau?“, „Wie meinst Du das?“, „Was hast Du da gedacht?“) zeigen besonders, daß von Ihrer Seite aus Interesse besteht.
- ◆ **Kontrollierter Dialog**: dies ist eine Untertechnik, die bedeutet, zunächst in eigenen Worten kurz zusammenzufassen, was der Gesprächspartner gesagt hat, bevor man seine eigene Äußerung anfügt. Durch diese kurze Zusammenfassung zeigt man zum einen, daß man wirklich zugehört hat, zum anderen kann der Gesprächspartner überprüfen, ob das Problem richtig verstanden wurde. Oft ergeben sich für ihn schon aus der Wiederholung durch eine

andere Person völlig neue Perspektiven. In der Regel schließt die Zusammenfassung des kontrollierten Dialoges auch mit der Frage ab, ob man alles richtig verstanden habe?

- ◆ **Verbalisieren der Gefühle** des Gesprächspartners: versuchen Sie, die Gefühle anzusprechen, die hinter den Äußerungen Ihres Gesprächspartners stehen. Oft ist es dabei ganz besonders wichtig, auch auf paralinguistische und nonverbale Begleitphänomene zu achten. Formulieren Sie dann eine Frage („Ich glaube, dass macht Sie jetzt ziemlich traurig?“ oder: „Während Sie das sagen habe ich den Eindruck, dass Ihr ganzer Körper sich verkrampft. Was geht da in Ihnen vor?“). Das Verbalisieren von Emotionen stellt für den ungeübten Laien oft das größte Problem dar und entsprechend plump hören sich dann entsprechende Äußerungen an. Es muß daher am meisten geübt werden.

Beispiel:

K., ein Student, kommt ohne vorherige Anmeldung zum Berater und sagt, dass er sich völlig verzweifelt fühle. Er spüre, dass er unter starken Spannungen stehe, er kann nicht unter Leute gehen, seine Hände fangen an zu schwitzen und so fort. Es wurde eine Verabredung für den folgenden Tag getroffen, die wie folgt begann:

Berater: „Gestern musste ich Sie fortschicken, weil ich leider keine Zeit hatte. Aber heute können wir über die Dinge reden. Wollen Sie mir etwas erzählen?“

K.: Ja. Ich sagte Ihnen gestern ja schon, dass ich enorme Spannungen empfinde, wenn ich, .. wenn es irgendwie um meine Persönlichkeit geht, das heißt, wenn es um irgendein Problem geht. Auch wenn es noch so geringfügig ist, es wird dann immer schlimmer. Es ist mittlerweile unerträglich geworden und ich muss wirklich etwas unternehmen, sonst ist es mit meinem Studium vorbei. Ich kann nicht das ganze Geld meines Vaters vergeuden.

Berater: Sie haben also das Gefühl, dass Ihr Studium sehr darunter leidet?

K.: Ungeheuer! Ich versage in Fächern, in denen ich nicht versagen würde, wenn ich mich nicht so fühlen würde. Ich bin völlig verzweifelt und mir fehlt jeder Mut. Ich kann zum Beispiel nicht an die Tafel gehen und irgendein Problem darstellen. Als ich aufgerufen wurde, fühlte ich mich so unter Druck gesetzt, dass ich überhaupt nicht mehr denken konnte, und mir scheint das alles in keinem Verhältnis mehr zu stehen. Diese Spannung meine ich.

Berater: In welcher Hinsicht?

K.: Ich kann nicht mal mehr in ein Restaurant gehen, ohne diese Spannungen zu spüren. Das klingt vielleicht sehr komisch, aber das ist jedenfalls das Problem vor dem ich stehe.

Berater: Sie haben das Gefühl, dass Sie an einem Punkt angelangt sind, wo Sie einfach etwas unternehmen müssen.

K.: Ja, das stimmt. Das geht jetzt schon seit über zehn Jahren. Ich kann mich erinnern, als ich 12 war, passierte es mir zum ersten Mal. Ich sollte einen Aufsatz vorlesen. Ich war ziemlich stolz auf den Aufsatz, und als ich vor die Klasse trat, da fingen meine Hände so an zu zittern, dass ich mich wieder setzen musste. Ich fühlte mich damals sehr gedemütigt.

Berater: Sie fühlten sich sehr gedemütigt?

K.: Ungeheuer. Ja.

Berater: In wie fern?

K.: Ich hatte das Gefühl ich sei nicht normal, weil ich etwas nicht konnte, was alle anderen konnten.