



Arzt-Patienten-Kommunikation - Das Ärztliche Gespräch

Univ.-Prof. Dr. Josef W. EGGER, Graz

Zusammenfassung

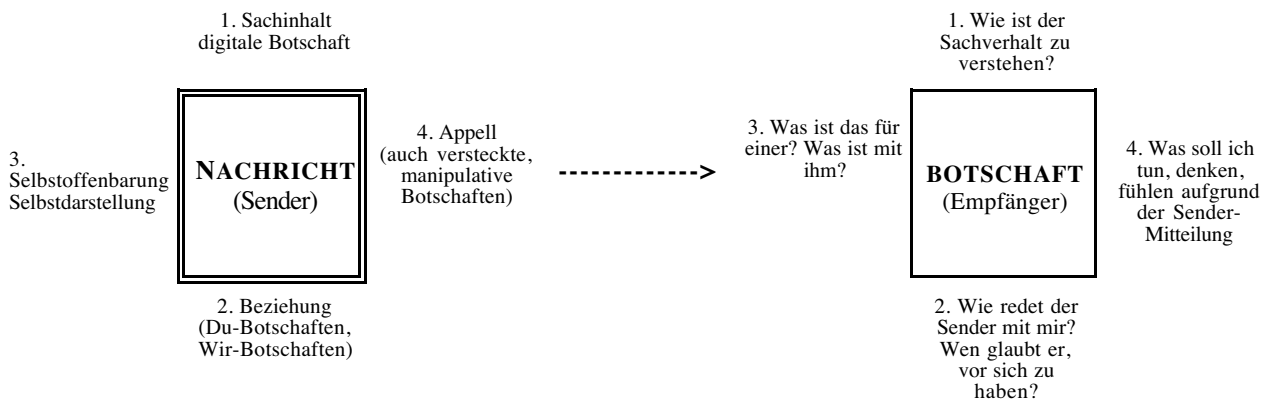
Das Ärztliche Gespräch steht im Zentrum der sog. Arzt-Patient-Beziehung. Für die verbale Begegnung zwischen dem Arzt und seinem Patienten gibt es inzwischen eine Fülle von kommunikationstheoretischen Erkenntnissen, welche dem Arzt zur optimalen Nutzung der persönlichen Fähigkeiten und zum Erwerb neuer Fertigkeiten in der Gesprächsführung verhelfen. Er schafft sich damit effizientere psychologische Mittel zur Gestaltung der Arzt-Patient-Begegnung und therapeutischen Einflußnahme. In der Patientenführung können z.B. mit diesen Fertigkeiten eine Reihe von Compliance-Problemen angegangen werden. Gleichzeitig ist dieser Kompetenzzuwachs auf Seiten des Arztes eine gute Chance, auch eigene blinde Flecken und graue Bereiche der Kommunikationsgestaltung dem Bewußtsein ein Stück näher zu bringen und zu korrigieren - ganz nach dem Motto: Es ist schön, einem anderen zu helfen, es mag aber noch schöner sein, wenn dieses Tun zugleich auch mir selber zur Hilfe wird.

I. Einleitung

Kommunikation ist eine *conditio sine qua non* des Lebenden. Jede Zelle des Organismus, jeder Mensch, jede soziale Gruppe muß Informationen austauschen, um sich entwickeln und fortbestehen zu können. Sprache stellt im menschlichen Kommunikationssystem wohl den relativ bedeutendsten Faktor dar. Allerdings ist Sprechen eine Fähigkeit, die wir nicht als rein menschliches Phänomen betrachten können - wenngleich die menschliche Sprache offensichtlich im Vergleich zu allen anderen bekannten Kommunikationsformen von Lebewesen ein besonders hohes Komplexitätsniveau erreicht hat. Der Akt des Sprechens selbst muß als Kommunikationsprozeß verstanden werden - solche Prozesse können wir auf allen Ebenen des biologischen Seins. Immer geht es primär um 1. sachlichen Informationsaustausch, 2. um Beziehungsmöglichkeiten zwischen Individuen, zwischen Gesellschaften oder Zellen, 3. um Manipulationsvorgänge bzw. Einflußnahme und 4. um Selbstdarstellung; s. Abb. 1).

Abb. 1: kommunikationstheoretisches Modell (mod. n. Schulz von Thun)

In der Kommunikation zwischen Menschen besteht jede Nachricht aus 4 Dimensionen:



1. Sachaspekt

Hier ist der **Sachinhalt** der Nachricht gemeint.

Für den Sender heißt dies: *Wie kann ich einen Sachverhalt klar und verständlich mitteilen?* (einfach, strukturiert, kurz, prägnant und stimulierend).

(Für den Empfänger: *Worum geht es sachlich?*)

2. Beziehungsaspekt

Sender: *Wie behandle ich meine Mitmenschen durch die Art meiner Kommunikation?* Je nachdem, wie ich jemanden anspreche, bringe ich zum Ausdruck, was ich von ihm halte; entsprechend fühlt sich der andere entweder akzeptiert und vollwertig behandelt, oder aber herabgesetzt, bevormundet und nicht ernst genommen. Was sage ich über die **Beziehung** zwischen mir und dem Adressaten der Nachricht aus?

(Empfänger: *Wie geht der Sender mit mir um?*)

3. Selbstoffenbarung

Sender: Wenn ich etwas von mir gebe, gebe ich auch etwas von meiner Persönlichkeit preis. Dieser Umstand macht jede Nachricht zu einer kleinen Kostprobe der Persönlichkeit, die hinter der Nachricht steht. (Problem: Fassaden- versus authentische Kommunikation). Mit meiner Nachricht gebe ich unweigerlich auch eine **Selbstdarstellung**.

(Empfänger: *Was ist mit dem Sender los?*)

4. Appellaspekt

Sender: Wenn ich etwas sage (kommuniziere), will ich in der Regel auch etwas **bewirken**. Die Probleme Einfluß und Macht, Werbung und Propaganda, Überzeugen und Manipulieren sind hier beinhaltet. Ich **appelliere** meine Erwartungen an den Adressaten.

(Empfänger: *Was will der Sender von mir, daß ich tue, denke, empfinde?*)

Resumee

Betrachten wir das Quadrat aus der Sicht des EMPFÄNGERS. Je nachdem, auf welchem "Ohr" er besonders hört, ist seine Empfangstätigkeit eine andere: Den Sachinhalt versucht er zu verstehen (*Welche sachliche Botschaft wird mir vermittelt?*), durch die Beziehungsseite ist er besonders persönlich betroffen (*Wie steht der Sender zu mir, was hält er von mir, wen glaubt er vor sich zu haben?*), auf der Selbstoffenbarungsseite ist er personaldiagnostisch tätig (*Was ist das für eine/r, was ist mir ihm/ihr los?*), die Appellseite schließlich steht unter der Fragestellung *"Wo will er/sie mich hinhaben?"*

Es liegt auf der Hand, daß Gespräche anders verlaufen, wenn andere Schwerpunkte im Hören, respektive im Aufnehmen der Nachricht gesetzt werden. Oft ist dem Empfänger gar nicht bewußt, daß er einige seiner Ohren abgeschaltet hat und dadurch die Weiche für das zwischenmenschliche Geschehen stellt.

"Beim Sprechen kommen die Leut zusammen" heißt es im Volksmund, was darauf hindeutet, daß eventuelle Störungen im jeweiligen System durch ein spezifisches Signalsystem, nämlich der Sprache, behebbar sind und Gemeinsames entstehen kann. Auf der anderen Seite ist diese Sprache auch Quelle unzähliger Mißverständnisse und Konflikte, dann, wenn in einer sogenannten Sprachverwirrung die Begriffe nicht eindeutig sind - und mehrdeutige Botschaften vermitteln, was zu widersprüchlichen Informationen führt oder zu viel Raum für eigene bzw. private Interpretationen lassen.

Dieses Manko der menschlichen Sprache wird übrigens durch eine spezielle Formalisierung, der Mathematik, weitestgehend aufgehoben, aber wie wir alle wissen ist die Mathematik auch ein schwer handhabbares und für viele Zwecke unbrauchbares Instrument. Es müßte ja nicht nur der Sachinhalt kodiert werden, sondern eben auch der Beziehungsaspekt, der Selbstdarstellungsaspekt und der intentionale Aspekt der Botschaft. Der Inhalt allein ist nicht ausreichend für eine adäquate Dekodierung, also ein adäquates Verständnis auf Seiten des Empfängers. Wenn ich z.B. sage "Ich werde sie jetzt erwürgen, sie Strolch!" und wenn ich diesen Ausspruch mit einem gewissen Augenzwinkern und ironisierender Mimik übermittle, dann werden Sie die Botschaft nicht als Sachinhalt verstehen, sondern eben als symbolische Geste, die durch die Dekodierung der nonverbalen Signale erst verständlich wird.

Daß Sprechen auch als Therapeutikum fungieren kann, ist übrigens seit Jahrtausenden bekannt. Die öffentliche Wiederentdeckung dieses Phänomens im Rahmen der Psychotherapie zeigt deshalb auch nicht so sehr etwas großartig Neues auf, als vielmehr die Notwendigkeit, in unserer Kultur den Bereich der zwischenmenschlichen Kommunikation - und damit auch das miteinander Reden - mehr zu achten, um ihrem tatsächlichen Wert für das Zusammenleben gerecht zu werden.

Abb. 2 „Psychotherapiebaum“ (Wurzeln und Schulen der Psychotherapie, Pieringer & Egger)
"Zuerst heile durch das Wort, dann durch die Arznei, und zum Schluß mit dem Messer" (Paracelsus 1493 bis 1541)

Wie wir wissen, gibt es Berufe, die mit dem Werkzeug Sprache eng verknüpft sind. Es sind logischerweise alle jene Berufe die im sozialen Bereich angesiedelt sind. Einige davon haben eine explizit helfende Aufgabe wie Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorger... Lange Zeit war man in der Öffentlichkeit der Meinung, daß einem das vertrauensgewinnende Sprechen schicksalhaft gegeben sei oder eben nicht, wobei Menschen mit auffallend großer Fähigkeit in dieser Richtung als Menschenführer oder Menschenverführer bezeichnet wurden. Bis heute gibt es auch Ärzte (gerade in der klinischen Medizin) die meinen, die Fertigkeiten, mit den Patienten adäquat reden zu können, seien durch die eigene berufliche Erfahrung ohnedies bestens entwickelt. Es brauche daher keiner Schulung oder aber die sprachliche Kommunikation sei gar nicht lehr- und lernbar.

II. Die Sprache als psychologisches Mittel der Kommunikation

Aus der psychologischen Grundlagenforschung - insbesondere der Kommunikationsforschung - und aus der Psychotherapieforschung ist allerdings ganz anderes klar geworden:

A. Es gibt unterscheidbare a) Formen und b) Funktionen des sprachlichen Miteinander - in-Beziehung-Tretens, welche alle ihren Sinn oder ihre Berechtigung haben. (Das Brabbeln zweier alter Eheleute hat nicht so sehr die Funktion, sich ständig etwas Neues zu erzählen, sondern betont den Beziehungsaspekt, nämlich, daß der Kommunikationskanal zwischen den beiden Menschen (noch) offen ist. Ein wissenschaftliches Referat dagegen fokussiert primär auf den Sachinhalt, wenngleich auch hier Selbstdarstellung und Appellcharakter nicht zu verleugnen sind.

B. Es gibt für jeweils eine Funktion des sprachlichen Austausches förderliche und hinderliche Bedingungen.

C. Es ist möglich sich Fertigkeiten für den sprachlichen zwischenmenschlichen Umgang anzueignen, d.h. die Gesprächsführung ist lehr- und lernbar. Natürlich stellen die bereits mitgebrachten kommunikativen Fähigkeiten oder Fertigkeiten das jeweilige Einstiegsniveau dar, d.h. der Eine kann etwas von Haus aus besser als der Andere, aber ein eventuell bestehendes Manko an Fertigkeiten läßt sich durch Training nachweislich verringern.

D. In jenen Bereichen, in denen die berufliche Effektivität oder der professionelle Erfolg auch von den kommunikativen Fertigkeiten abhängen, ist eine entsprechende Ausbildung kein Luxus, sondern ein Gebot. Dies trifft insbesondere auch auf Ärzte zu. Denn eine geglückte Begegnung zwischen Arzt und Patient bedeutet nicht nur ein Therapeutikum für den Patienten, sondern auch für den Therapeuten selbst ein Stück erreichbarer irdischer Befriedigung und Freude aus dem ärztlichen Tun.

das Ärztliche Gespräch als fundamentales psychologisches Mittel in Diagnose und Therapie

Es lassen sich 4 Dimensionen bzw. 4 Funktionen des Ärztlichen Gespräches unterscheiden (nach G. Speierer). Diese vier Dimensionen können weder scharf voneinander geschieden werden, noch dienen einzelne Gesprächstechniken einzelnen Funktionen des Ärztlichen Gesprächs.

1. Die kommunikative Funktion

Die kommunikative Funktion des ärztlichen Gesprächs dient der Gestaltung der *Beziehung* und berücksichtigt die psychosoziale Situation des Patienten. Das Gelingen dieser Dimension ist Voraussetzung für das Gelingen aller anderen drei Funktionen. Sie verfolgt folgende Ziele:

- Herstellung eines partnerschaftlichen Arbeitsbündnisses,
- Herstellung eines Klimas, das dem Patienten erlaubt, sich mit seinem Kranksein auseinanderzusetzen,
- Herstellen einer Atmosphäre, die der Verständigung und der Erzielung eines Einverständnisses zwischen Arzt und Patient dient.

2. Die diagnostische Funktion

Die diagnostische Funktion des ärztlichen Gesprächs dient primär der Information des Arztes über die Person und das Beziehungsangebot des Patienten, die Krankheit (objektive Aspekte des Geschehens), das Kranksein (subjektive Aspekte) und das relevante soziale Umfeld. Sie besteht in der *Sammlung und Dokumentation von Daten*. Eine gelungene Beziehung ist der beste Garant, daß die erhobenen Befunde möglichst frei sind von Vorurteilen und Gefälligkeitsaussagen der Patienten und frei von anderem bias wie Halo-, Simulations- und Dissimulationseffekten. Der Patient soll das Gefühl bekommen - wenngleich auch in begrenzter Zeit - im Prinzip alles sagen zu können.

Diese Funktion verfolgt folgende Ziele:

- Gewinnung von authentischen Daten über die Person: vor allem durch Zuhören sowie durch Beobachtung der Selbstdarstellung des Patienten.
- Gewinnung von Daten über das Beziehungsangebot: dieses wird aus allen Mitteilungen des Patienten
- meist auf indirekte Weise - erschlossen.

3. Die informative Funktion

Die informative Funktion des ärztlichen Gesprächs hat im Zentrum die *Aufklärung* über Ursache, Befund, Diagnose, weitere diagnostische Schritte, Prognose, therapeutische Alternativen, Risiken und Wirkungsweisen des medizinischen Vorgehens. Sie dient der Informationsübermittlung vom Arzt zum Patienten.

4. Die beratende und (psycho-)therapeutische Funktion

Sie erfüllt im wesentlichen zwei Aufgaben:

- 1) die Beteiligung des Patienten an diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen
- 2) die Beteiligung des Patienten am Behandlungsplan und an der Behandlungsdurchführung

Tab. 1: interventive Funktionen

<p style="text-align: center;"><i>Formen interventiver Beziehungen</i></p> <p style="text-align: center;">Funktionen, die der Therapeut im Behandlungsvollzug einnehmen kann</p> <p style="text-align: center;">(a) Therapeut ist primär T E C H N I K E R (Problemlöser)</p> <p style="text-align: center;">idealiter: Therapeut als Experte löst das Problem z.B. in Akutsituation Objekt/Objekt-Beziehung bzw. Subjekt/Subjekt-Beziehung</p> <p style="text-align: center;">(b) Therapeut ist primär K A T A L Y S A T O R (Dialogförderer)</p> <p style="text-align: center;">idealiter: Bedingungen schaffen, unter denen der Patient das Problem lösen kann z.B. Intervention als "Hilfe zur Selbsthilfe" Objekt/Subjekt-Beziehung</p> <p style="text-align: center;">(c) Therapeut ist primär B E G L E I T E R (Wirken durch Da-Sein)</p> <p style="text-align: center;">idealiter: Therapeut kann Leid des Patienten aushalten, ohne daß Problemlösung möglich erscheint; z.B. in der Behindertenarbeit, Sterbebegleitung Therapeut ist primär teilhabender Begleiter des leidenden Menschen in der gemeinsamen Raum-Zeit; Einheit von Objekt und Subjekt</p>
--

Egger 1993 (mod. nach Egger & Pieringer 1989)

Das sine qua non dieser beratend/therapeutischen Funktion ist eine gelungene emotionale Beziehung zwischen Arzt und Patient (s. Tab. 2 und Tab. 3). Es gilt inzwischen als gesichert, daß eine solche emotional geglückte Beziehung (erwünschte) Erwartungshaltungen provoziert, welche wiederum mit nachweisbaren Änderungen auf neurophysiologischer korrelieren. Im Sinne einer guten Patienten-Compliance und Befindlichkeit kann die Bedeutung dieses Aspekts kaum überschätzt werden, wengleich er oft unter dem Sammelbegriff eines Placebo-Effekts subsummiert und unscharf bezeichnet ist.

Kriterien für die Führung eines guten ärztlichen Gesprächs

Als prinzipielle Orientierung kann gelten, daß alle Elemente der Gesprächsführung, welche die Kommunikation fördern anstatt zu behindern, als günstig anzusehen sind.

1. Ziele des therapeutischen Gesprächs

- Aufbau einer guten, d.h. emotional tragfähigen Beziehung zum Patienten (prinzipielle Orientierung: Höflichkeit)
- Informationsgewinnung zur Therapieplanung
- Förderung der Problemeinsicht des Patienten

2. Wichtige Merkmale der Gesprächsführung und Gesprächssituation

2.1 Verbale Merkmale

- Einführung in die Gesprächssituation und patientenzentrierter Gesprächsbeginn mit Überweisungsgeschichte oder Eröffnungsfrage (z.B. *Was führt Sie zu mir? Wie kann ich Ihnen helfen? Was ist Ihr Anliegen? Wie fühlen Sie sich heute?*)
- Patientenzentrierter Gesprächsabschluß (z.B. *Haben wir alles Wichtige für heute besprochen?*)
- Äußerungen des Patienten mit eigenen Worten wiederholen
- Rückmeldung über das Gesagte geben
- Eigene Gefühle, Meinungen und Vermutungen verbalisieren
- Beim Gesprächsthema bleiben bzw. bei Abschweifungen den Patienten auf das Thema zurückführen
- Zusammenfassungen geben
- Offene Fragen stellen, keine geschlossenen Fragen, auf die nur mit "ja" oder "nein" geantwortet werden kann
- Keine Suggestivfragen und keine Alternativfragen (Oder-Fragen) stellen
- Nicht zu viele Fragen auf einmal stellen
- Keine "Warum-Fragen" (leiten den Patienten zur Hypothesenbildung an), sondern "Was-, Wie-, Wann-Fragen"

2.2 Nonverbale Merkmale

- Zuhören und beobachten: äußere Erscheinung, Körperhaltung, Mimik, Gestik, Stimme ... sie geben Auskunft über Stimmung und Persönlichkeit des Patienten; Achten auf szenische Information (wie spielt sich die Kommunikation ab, wie stellt sich der Patient dar, wie äußert er seine Beschwerden ...)
- Blickkontakt
- Körperliche Zuwendung
- Gestik ("mit den Händen sprechen")
- Laut und klar bzw. verständlich sprechen
- Nicht zu schnell sprechen
- Gesprächspausen ertragen
- den Patienten ausreden lassen
- Verstärkung des Patienten durch Kopfnicken und sprachliche Äußerungen wie "ja", "mhm", "das verstehe ich", u.ä.

2.3 Situative Merkmale

- Möglichkeit zur ungestörten Kommunikation schaffen (im Warteraum oder am Gang ist kein intensives Gespräch möglich)
- Gemütliche Atmosphäre schaffen (ruhiger Raum, bequeme Stühle, helles Licht)
- Sitzposition Therapeut - Patient: im rechten Winkel und nicht gegenüber
- Festgelegte Zeit mit pünktlichem Beginn und pünktlichem Ende
- Unterlagen, Schreibzeug usw. vorher zurechtlegen

Für die gesamte Gesprächssituation gilt es, zwei Kardinalfragen zu klären:

(1) Wie sieht das subjektive Krankheitsmodell aus?

(z.B. *woher, glauben Sie, kommen Ihre Beschwerden? Woran denken Sie? – Sie werden sich sicher schon Gedanken gemacht haben, woher das kommt. Was meinen Sie, ist der Grund dafür? Womit könnte es zu tun haben?*)

(2) Welche Vorstellung(en) zur Therapie hat der Patient?

(z.B. *Was, glauben, würde Ihnen jetzt am besten helfen? Welche Vorstellungen zur Behandlung haben Sie selbst?*)

Weiters gilt es (a) **Killerphrasen** zu vermeiden (z.B. *Mit so einer Lappalie brauchen Sie mir nicht zu kommen! – Das ist ganz einfach, das kann sogar ein geistig Behinderter! - Wer hat Ihnen denn diesen Blödsinn erzählt! - ... das sagen alle Dicken! - Ich kenne keinen Alkoholiker, der die Wahrheit sagt!*), und (b) sehr sparsam mit **Ratschlägen** umzugehen (z.B. *Machen Sie das so ...; Denken Sie einfach nicht daran ...; Sie brauchen nur jeden Tag zu joggen ...; Am besten Sie lassen einfach die Nachspeisen weg ...*) Ratschläge sind keineswegs verhaltenssteuernd, sondern greifen nur dort, wo der Patient ohnehin schon motiviert ist, Veränderungen in seinem Verhalten in die Wege zu leiten). Zu vermeiden gilt es auch massive **Suggestionen**. Als allgemeine Regel darf darüberhinaus gelten: Beim Erstgespräch *nicht-direktiv* vorgehen und keine Lösungen und Ratschläge geben, bei späteren Gesprächen *direktiver* und *strukturierter* werden.

Tab. 3:

Merkmale eines patientenorientierten Gesprächs

Übergeordnetes Ziel des patientenorientierten Gesprächs ist es, Patienteninitiativen erleichtern. Dies kann erreicht werden durch:

+ PATIENTEN ALS "EXPERTEN" IN EIGENER SACHE ANERKENNEN
+ RESPEKT UND INTERESSE FÜR PATIENTENÄUSSERUNGEN
+ DIALOG STATT BEFRAGUNG

Die SELBSTÖFFNUNG und INITIATIVE der Patienten läßt sich durch bestimmte Elemente der Gesprächsgestaltung erleichtern:

WERTSCHÄTZUNG: KEINE BE- UND ABWERTENDEN ÄUSSERUNGEN,
(also nicht: *Sie Dummkopf, was fällt Ihnen ein! War das wirklich notwendig?! Besser: Erzählen Sie mir einmal, wie ...*)

ZUHÖREN UND SCHWEIGEN
Problemdarstellung aushalten können (s. Funktion "Begleiten")

ERMUTIGENDE SIGNALE, VERSTÄRKUNG, RÜCKMELDUNG
(z.B. *mhm, ja?, sehr schön, das ist Ihnen schon recht gut gelungen; ich sehe, Sie bemühen sich*)
dabei auf averbale Kommunikation (pacing, leading, Sitz- und Körperhaltung, Mimik/Gestik) achten

AKTIVES ZUHÖREN
(Wiederholen der letzten Satzteile, z.B. *... seit gestern also auch das rechte Bein? ... sogar stärker?*)

OFFENE FRAGEN UND BITTEN BEVORZUGEN (vermindert die Gefahr von Suggestionen und Einseitigkeiten)
(*Erzählen Sie mir bitte genau, was Sie verspüren! - Was meinen Sie mit dieser Frage?, Was beunruhigt Sie?*)

GESCHLOSSENE FRAGEN SPARSAM UND GEZIELT EINSETZEN (nur zur präzisen Informationsgewinnung)
(z.B. *Sind die Beschwerden in der Früh stärker als am Abend?*)

AUFGREIFEN VON ERWARTUNGEN, GEFÜHLEN, BEDÜRFNISSEN
(z.B. *Sie meinen, ich könnte Ihnen besser helfen als der Dr. Oberfuchs? Ist es so, daß bei Ihnen... ? Ich habe den Eindruck, daß Sie ...*)

EMPATHIE: EMOTIONALES VERSTÄNDNIS UND EINFÜHLUNG ZEIGEN
(z.B. *Ich verstehe ... , das hat Ihnen Angst gemacht. - Ich kann das verstehen, ...*)

KONFRONTATION NICHT VERLETZEND VORNEHMEN
(z.B. *Es ist Ihnen schwer gefallen, die Medikamente zu nehmen? Ich könnte mir schon vorstellen, daß dies auch mit Ihrer ... zu tun hat. Oder z.B. Vielen Menschen fällt es schwer, ehrlich über ihren Alkoholkonsum zu reden ... ich sehe Ihnen geht es auch so – wir sollten aber auf alle Fälle bei der Wahrheit bleiben, alles andere hilft uns nicht weiter ...*)

SUGGESTION VERMEIDEN (bringen wenig oder verzerrte Informationen), und Interpretationen (Deutungen) nur sparsam einsetzen
(ungünstig: z.B. *Und da haben Sie sicher auch Beschwerden? ... Heute geht es Ihnen sicher schon viel besser, stimmt's? Das ist wohl als Widerstand zu verstehen ... da ist wohl wieder Ihre Bequemlichkeit im Spiel ...*)

Betrachtet man die explizite therapeutische Nutzung des Gesprächs im Rahmen der Psychotherapie, so hat sich die noch relativ junge Gesprächspsychotherapie - jung im Vergleich zu den beiden anderen großen Therapieformen wie Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, welche in ihren Anfängen vor etwa 100 Jahren formalisierende Gestalt angenommen haben - die größten Verdienste in der Erarbeitung und Verbreitung von Wissen und Fertigkeiten errungen. Die Gesprächspsychotherapie entstammt der sogenannten humanistischen Psychologie, die sich als „dritte Kraft“ (Maslow) insbesondere durch Rogers (USA) und Tausch (Deutschland) neben der damals bereits etablierten tiefenpsychologischen und verhaltenstheoretischen Schule in der 68er-Generation mit erstaunlicher Geschwindigkeit verbreiten konnte. Empathie (Einfühlung und Wertschätzung), Kongruenz bzw. Authentizität (auf gleicher interpersoneller bzw. kommunikativer Ebene den sprachlichen Austausch gestalten sowie Echtheit und Aufrichtigkeit) und Akzeptanz (den Anderen in seinem So-Sein annehmen können) sind die Ingredienzien einer Gesprächsführung, die auch heilend sein kann. Getragen wird

diese Grundhaltung von der Idee, daß der Mensch im Kern gut sei und nach Selbstverwirklichung strebe.

Im Gegensatz dazu läßt sich - sehr vereinfacht dargestellt - sagen, daß der psychoanalytische Standpunkt mehr den evolutionsbiologischen Erkenntnissen entspricht, wonach der Mensch aus dem Tierreich kommt, also ein tierisches Erbe hat und seine tierischen Triebe erst durch Kulturation und bewußter Auseinandersetzung zähmen muß. Was Sigmund Freud auf psychologischer Ebene aufdecken konnte, nämlich den Widerstreit von anlagebedingten Impulsen einerseits und sozialen Normen andererseits, das hat Norbert Elias auf der soziologischen Ebene beschrieben: Auch hier läßt sich die Kulturation im Sinne einer zivilisatorischen Entwicklung nachzeichnen.

Die Verhaltenstheorien wiederum betonen die Position, daß der Mensch von Natur aus weder gut noch schlecht ist, sondern im Wechselspiel von genetischer Anlage und Umwelteinflüssen erst das wird, was man Persönlichkeit nennt. Die Rolle der Formung durch die soziale Umwelt wird dabei sehr deutlich herausgestrichen.

Heute sind alle drei Grundanschauungen für die Psychotherapie Standard und in vielfältiger Weise verknüpft und ausformuliert worden. Keiner dieser drei großen Psychotherapieschulen kann auf sich gestellt die hier anfallenden Probleme lösen, jede hat ihre spezifische Berechtigung und jede Richtung zeigt deutliche Entwicklungen zur Inkorporation des jeweils anderen Wissensgutes. Aus meiner Perspektive sind wir in einer Zeit der Suche nach einer Metatheorie für die Psychotherapie, die allerdings vom Konzeptuellen und Begrifflichen her einerseits noch so vage und andererseits noch offensichtlich viel zu wenig komplex ist, um auch nur die wichtigsten bekannten Elemente des psychotherapeutischen Prozesses realitätsgerecht abzubilden.

Das allerdings ist nichts Besonderes, sondern ein Kennzeichen grenzüberschreitender wissenschaftlicher Anstrengungen: So hat sich beispielsweise in den letzten Jahrzehnten aus der Zoologie und Botanik die Biologie entwickelt, ohne daß die Brüche in der Theorie schon zufriedenstellend gelöst sind. Auch die enormen, erdumspannenden Anstrengungen zur Schaffung einer GUT, einer great unified theory in der modernen Physik, in welcher die starken und schwachen Kräfte (Gravitation, elektromagnetische Strahlung) auf der Basis einer Theorie erklärt werden sollen, sind dafür beispielgebend.

Gibt es Psychotherapieschulen übergreifende Wirkfaktoren in der Kommunikation? Metatheoretische Ansätze - sie stellen sozusagen die Hochsitzperspektive dar - konnten in den letzten Jahrzehnten zum Verständnis dieses Problems wertvolle Erkenntnisse beitragen. Von den vielen Ansätzen wäre hier die Transaktionsanalyse (Berne) zu nennen, die die Kommunikationsstruktur zwischen Menschen auf Primärfamiliengegebenheiten verdichtet: Eltern-Ich, Erwachsenen-Ich und Kindheits-Ich. Auch das Neurolinguistische Programmieren (NLP) mit dem Konzept des Repräsentationssystems ergibt eine interessante Perspektive. Es soll hier nur skizzenhaft auf dieses Konzept eingegangen werden. Der Gestaltpsychotherapeut Richard Bandler und der Linguist John Grinder haben ganz besonders erfolgreiche Psychotherapeuten (sogenannte psychotherapeutische Gurus oder Zauberer wie M.H. Erickson, V. Satir ...) in ihrer Tätigkeit ausgiebig beobachtet und deren therapeutisches Arbeiten analysiert. Aus der Fallbeobachtung versuchten sie zu extrapolieren, was eine therapeutische Beziehung besonders erfolgreich machen kann. Die durch Beobachtung und nachfolgende Kategorisierung

zustandegekommene Erkenntnis haben sie in dem Konzept Neurolinguistisches Programmieren (NLP) zusammengefaßt (leider ist daraus wieder eine "Psychotherapie-Schule" entstanden, obwohl dies nur ein weiterer Aspekt psychotherapeutischer Wirkmechanismen darstellt und wie jede Metatheorie eigentlich zu allen etablierten Psychotherapierichtungen als Ergänzung zu integrieren wäre und keine Neugründung rechtfertigt).

Tab. 4: Das Repräsentationssystem (NLP)

Bedeutung	kinästhetisch	visuell	auditiv
<i>Ich kann das nicht.</i>	Ich begreife das nicht.	Da blicke ich nicht durch.	Das hört sich schwierig an. Das klingt schwierig.
<i>Ich verstehe Sie.</i>	Meinem Gefühl nach stimmt das, was Sie sagen.	Das sehe ich ein. Ich sehe, was Sie meinen. Das leuchtet mir ein- Jetzt sehe ich das wirklich klar und deutlich.	Das hört sich für mich verständlich an. Das klingt für mich richtig.
<i>Ich möchte Ihnen etwas mitteilen.</i>	Ich möchte, daß Sie mit etwas in Kontakt kommen.	Ich möchte Ihnen etwas zeigen (ein Bild von etwas).	Ich möchte, daß Sie sorgfältig auf das hören, was ich Ihnen sage.
<i>Beschreiben Sie mir mehr von Ihrer gegenwärtigen Erfahrung.</i>	Lassen Sie mich mit Ihrem jetzigen Gefühl in Kontakt kommen.	Beschreiben Sie mir deutlich das Bild, das Sie jetzt sehen.	Erzählen Sie mir genauer, was Sie jetzt sagen möchten.
<i>Verstehen Sie, was ich sage?</i>	Ist das, womit ich Sie in Kontakt bringe, Ihrem Gefühl nach richtig?	Sehen Sie, was ich Ihnen deutlich machen möchte?	Hört sich das, was ich Ihnen sage, für Sie richtig an?

Was wir von der "Welt" in Erfahrung bringen können, geschieht primär über unseren Wahrnehmungsapparat (Sinne), der zwar im Prinzip bei allen Menschen tauglich ist, aber genügend Spielraum für individuelle Ausgestaltungen bietet. Jeder von uns schafft sich also ein Abbild von der Welt, in dem er aus der praktisch unendlichen Fülle von äußeren Informationen mit seinem inneren Wahrnehmungsapparat eine Auswahl vornimmt und sie in mehr oder weniger bedeutungsvollen Einheiten zusammenstoppelt, selbst ergänzt und modifiziert. Wahrnehmung ist daher ein höchst komplexer Prozeß und eher einer künstlerischen Schöpfung vergleichbar als mit einem maschinellen Vorgang. Erst durch soziale Vergleichsprozesse schaffen wir uns eine gemeinsame, nämlich konventionelle Wirklichkeit. Was den Wahrnehmungsapparat anlangt, sind unsere Selektions- und Verarbeitungsprozesse durchaus spezifisch und individuell voreingestellt (d.h. sie weisen einen persönlichen bias auf). Vereinfacht ausgedrückt bilden wir unsere gemeinsame physiko-chemische Umwelt nach jeweils auch privaten Richtlinien - also qualitativen wie quantitativen Bevorzungen oder Unterdrückungen - ab: Wir entwerfen "Bilder" indem wir z.B. das visuelle System bevorzugt verwenden, in diesem Falle ist unsere Weltinterpretation von optischen, augenscheinlichen Informationen geprägt (Anschauungen). Wir können aber auch das kinästhetische System als das primäre Repräsentationssystem voreingestellt haben, dann würden wir in unserer (verbalen) Datenverarbeitung primär das Spüren und Fühlen bevorzugen (Begreifen, Begriff). Oder aber wir orientieren uns bei der Informationsauswahl vorwiegend nach auditiven Signalen, dann müssen wir unsere Welt in Tönen ordnen (Geräusche, Anhörung). Das olfaktorische und gustatorische Repräsentationssystem sind vergleichsweise von geringer Bedeutung. Obwohl es sich im Normalfall

immer um Mischformen dieser erwähnten bevorzugten Abbildungssysteme handelt, zeigen sich in vielen Fällen persönliche Besonderheiten in der Enkodierung von Sinnesinformationen.

Als vereinfachter Selbsttest mag gelten, wie ich mir einen Wissensstoff bevorzugt aneigne: Ich könnte einen Lernstoff bevorzugt entweder a) über lautes Lesen, b) über zusätzliche muskuläre Aktivität wie z.B. durch Auf- und Abgehen während des Lesens, durch grafisches Nachzeichnen, Abschreiben oder aber c) über optische Veranschaulichung des Inhaltes ... zu verinnerlichen trachten.

Ist der Therapeut nun in der Lage, das bevorzugte Repräsentationssystem des Patienten schnell zu erfassen, dann kann er dieses Wissen auch sofort im therapeutischen Prozeß nutzen und im gleichen System kommunizieren, indem er in der Formulierung seiner verbalen Reaktionen jeweils jene Worte bevorzugt verwendet, die dem Repräsentationssystem des Patienten am besten entsprechen. Das vermittelt auf Seiten des Patienten den unwillkürlichen Eindruck des Verstandenwerdens und der zwischenmenschlichen Nähe. Würden die Repräsentationssysteme zwischen Patient und Therapeut kraß verschieden sein und keine Annäherung möglich werden, dann entstehen Eindrücke wie mißverstanden werden, Distanz, nicht auf der gleichen Wellenlänge sein, auf keinen grünen Zweig kommen können usw. Über reine Effektivitätsmessungen und ohne Kenntnis dieser Grundlagen hat sich z.B. in der Vortragstechnik die Mischung von unterschiedlichen didaktischen Präsentationsformen als optimal herausgestellt: Auch hier wird die Lautmalerei des Vortragenden unterstützt durch optische Hilfen wie Overhead oder Video und Handouts, durch günstige Platzierung von genügend Pausen mit Bewegungsmöglichkeit oder das zur Verfügungstellen von physischen Produkten, die tatsächlich auch angegriffen werden können.

Moderne Hypnotherapeuten (M.H. Erickson-Richtung) legen auf die Nutzung dieses Phänomens großen Wert. Auf der nonverbalen Ebene wird wie auf der verbalen Ebene auf einen Gleichklang der Signale geachtet: Im Pacing nimmt der Therapeut die Körperhaltung des Patienten auf, d.h. er versucht in ungekünstelter Form eine ähnliche Körperhaltung einzunehmen wie der Patient (nonverbales Pacing; kognitives Pacing wäre im übertragenen Sinn die Berücksichtigung des jeweiligen Gedankenmodells eines Patienten z.B. in Bezug auf eine Krankheitserklärung, nach dem Motto „den Patienten dort abholen, wo er steht“). Der nächste therapeutische Schritt besteht im Leading. Hier wird im Sinne einer Modellpräsentation des Verhaltens die erwünschte Richtung für eine Patientenverhaltensänderung angedeutet und nonverbal vorgelebt (z.B. das zusammengekauerte Sitzen eines depressiven Patienten, die Anpassung der Körperhaltung des Therapeuten und die allmähliche Aufrichtung der Körperhaltung auf Seiten des Therapeuten, die auch eine entsprechende unbewußte Nachahmung auf Seiten des Patienten nach sich zieht). Wenn solche kommunikativen Fertigkeiten gut beherrscht werden, kann die therapeutische Beeinflussung auf eine sehr schonende, ja vielleicht sogar charmante Weise erfolgen und hinterläßt bei Patient und Therapeut den Eindruck eines „stimmigen“, erfolgreichen, therapeutischen Geschehens. Da dieser Prozeß im wesentlichen unbewußt abläuft, kann der Patient nicht mit Bestimmtheit sagen, was eigentlich in der therapeutischen Sitzung tatsächlich so hilfreich war.

Solche Fertigkeiten lassen sich übrigens durch sog. Video-Feedback-Training ausreichend gut erlernen (vgl. PSY-Diplomfortbildung der ÖÄK, Modul „psychosoziale Medizin“, Egger & Stix 1999).

Diese „Einsichten“ zählen in der erfahrungswissenschaftlichen Psychologie in viel umfassenderer und empirisch geprüfter Form zum Allgemeinwissen. Unsere Wahrnehmung funktioniert nicht wie ein Fotoapparat, sondern steht im Dienste unserer (primären, sekundären und tertiären) Bedürfnisse (vgl. Tab. 5), was selbstverständlich auch für das Erleben der Arzt-Patient-Beziehung von allergrößter Bedeutung ist.

Tab. 5: Charakteristika des Phänomens „Wahrnehmung“

Der *Prozeß der Wahrnehmung* ist keine 1:1 Abbildung einer äußeren gegebenen Wirklichkeit, sondern ist charakterisiert durch folgende Aspekte:

Unsere **Wahrnehmung** erfolgt zwar über die angeborenen **Sinne** (und ist damit genetisch determiniert und prinzipiell begrenzt, d.h. unsere Sinnesorgane nehmen nur einen Teil der objektiv vorhandenen „Wirklichkeit“ wahr), sie ist aber zusätzlich

= *gestaltbildend* (es werden Ganzheiten, "Figürlichkeiten", "Sinn" erzeugt), d.h. Wahrnehmung ist ergänzend, fehlende Teile werden „automatisch“ ergänzt (hilft dabei, aus einem wahrgenommenen Teil auf das vermeintlich Ganze zu schließen); Wahrnehmung ist musterhaft, schablonenhaft, Stereotypen bildend

= ist auch ein *individueller*, kreativer Akt oder eine beschränkte eigenständige „Schöpfung“ der Person; die Varianz der Wahrnehmung-Ergebnisse wird allerdings durch soziale Abschleif- bzw. Anpassungsprozesse in Grenzen gehalten; das entscheidende Kriterium für die Bewährung besteht in der Effizienz bei der konkreten Bewältigung von Problemen bzw. gelingenden Verständigung mit anderen Individuen

= unterliegt zusätzlich einer individuellen *Selektion* bzw. einer Bevorzugung in der Auswahl der vorhandenen Informationen (s.z.B. NLP „Repräsentationssysteme“), d.h. Wahrnehmung = auch persönlichkeits-abhängig; individuelle Voreinstellungen, Vorurteile bzw. Wert-haltungen werden verdeckt (implizit) miteingearbeitet

= abhängig von *Erfahrungen*; Vorerfahrungen bzw. persönliche Lerngeschichte und Sozialisation prägen das Wahrnehmung-Ergebnis (ein Allergologe sieht/vermutet viel häufiger allergische Symptome als einer, der sich nicht mit Allergien beschäftigt), d.h. Wahrnehmung = auch abhängig von der individuellen Beobachtungsfähigkeit und -fertigkeit; diese ist trainierbar, (z.B. auch über psychotherapeutische Schulung)

= abhängig von *situativen* (z.B. Gruppendruck) und *psycho-physiologischen* Bedingungen (z.B. Triebspannung) und deren individueller Interpretation, d.h. sie ist intentional! (die Wahrnehmung eines Hungernden unterscheidet sich fundamental von der eines Gesättigten), Aufmerksamkeitslenkung/Informationsselektion/ Bedürfnisbefriedigung!

Weiterführende Literatur:

- Adler, R. & Hemmeler, W. (1992). Anamnese und Körperuntersuchung. Stuttgart: Fischer.
- Egger, J. (1992). Das Ende der Leib-Seele-Dichotomie? Neue Ansätze für eine Theorie der Psychosomatik. Psychologie in der Medizin, 3, 2, 3-9. Wien: WUV
- Egger, J.W. & Stix, P. (1999). PSY-Diplom-Curricula in der Steiermark. Psychologische Medizin, 10, 4, 1999. Wien: Facultas-Universitätsverlag.
- Egger, J.W. (1993). (Hrsg.). Psychologie in der Medizin. Medizinische Psychologie, Psychotherapie und Psychosomatik. Wien: Wiener Universitätsverlag WUV.
- Pieringer, W., Egger, J. & Stix, P. (1991). Zum Selbstverständnis der Psychotherapie. Psychologie in der Medizin, 2, 1, 3-5. Wien: WUV.
- Schultz von Thun, F. (1981). Miteinander reden: Störungen und Klärungen. Reinbek: Rowohlt.
- Speierer G.-W. (1985). Das patientenorientierte Gespräch. Baustein einer personenzentrierten Medizin. München: Causa.

Autor:

Univ.-Prof. Dr. Josef W. EGGER, Abteilung für Verhaltensmedizin, Gesundheitspsychologie & Empirische Psychosomatik (Villa Hahnhof) an der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie & Psychotherapie Graz, A-8036 Graz, LKH-Univ.-Klinikum Graz, Roseggerweg 50, 8036 Graz.