

Dr. Richard Henderson Smith

Die Motivation in der Arzt – Patienten – Beziehung

Ich wurde gefragt, auf unserer Konferenz über Motivation im Zusammenhang der Arzt – Patienten - Beziehung zu sprechen. Für diese große Ehre und dieses Privileg, daß Sie mich einladen, hierüber zu sprechen, möchte ich Ihnen zu Beginn danken. Ich spreche aus der Sicht eines Allgemeinarztes mit dreißigjähriger Berufserfahrung, nicht als Akademiker und auch nicht als ein Experte über Motivation. Seit 20 Jahren bin ich der ältere Arzt in meiner eigenen Praxis, so kommen meine Beobachtungen nur von meinen Praxiserfahrungen und fortlaufenden eigenen Untersuchungen und Überlegungen. Meine Gedanken dazu sind deshalb fallbezogen. Ich suchte eine möglichst breite Grundlage und auf diesem Wege war ich für vier Jahre Chirurg und Anaesthesist und auch Internist und Arzt für Lepröse in Bangladesh. Mein prinzipielles Bemühen besteht darin, meine Patienten zu stimulieren und zu ermutigen, mit akuter Krankheit zurechtzukommen, chronische Krankheit und Krankheit im Endstadium mutig zu ertragen und auf lange Sicht ihr Verhalten zu ihrem eigenen Nutzen zu ändern.

„Motivation ist ein fester und zentraler Teil des Berufslebens“ (1). ‚Motivation‘ bedeutet für mich in unserem Zusammenhang Antrieb, um einem Bedürfnis zu begegnen oder um eine Absicht zu erreichen, um Verhalten energisch auf ein Ziel hin auszurichten. Diese Intention soll wie ein Sprungbrett wirken, damit die Lebensmuster so umorganisiert werden, daß sich Bereitschaft entwickelt, zur Aktion angetrieben zu werden. Motivation wurde definiert als das „Nun geh schon los“ für das geistige Leben (2). Es stößt eine Person in ein anpassungsfähiges Verhalten, wann immer eine entsprechende Stimulation oder Gedankenverbindungen auftreten. Ungeachtet der klassischen *primären* Ordnung der Bedürfnisse (3) denke ich, daß die Motivation für einen Menschen weiter reicht. Natürlich werden die primitiven Antriebe zu überleben und sich zu entwickeln und die damit verbundene Sehnsucht, Schmerz zu vermeiden und Schmerz, Krankheit und Tod zu fürchten immer mit dabei sein und treiben die Patienten an, uns aufzusuchen. Doch denke ich, die psychische Motivation, eine vorgeschlagene Aktion zu erreichen, hat einen höheren Zweck, da sie unseren sozialen Kontext berücksichtigt und deshalb bewußte Entscheidungen einschließt, die bisweilen gegenteilig sind.

In meinem Vortrag beschäftige ich mich besonders damit, wie man einen Patienten ermutigen kann, bereit zu werden, sich zu ändern, später diskutiere ich kurz die eigene Motivation des Arztes.

Mein Patient und ich sind „ein joint venture in gemeinsamer Sache“ (4). Zu unserem ethischen Standart als Ärzte gehört es, daß wir ein *Vertragsverhältnis* mit unseren Patienten haben. Die Verpflichtung, die in diesen Vertragsverhältnis liegt, liegt uns am Herzen in der Arbeit mit unseren Patienten, denen wir Redlichkeit und Zuversicht versprechen. Wir versprechen ihnen, unsere Bestes für sie zu tun, suchen Schaden zu vermeiden und fair und gerecht im Blick auf die anderen Patienten zu bleiben. Umgekehrt bietet uns der oder die Patientin freiwillig etwas

von sich selbst an und so entsteht Vertrauen im Kern des Arzt – Patienten –Verhältnisses. Paul Tournier schrieb hierüber etwas in einem Kapitel, das er bezeichnenderweise: „Zu leben heißt zu wählen“ nannte. Er sagt da: „Vertrauen ist von höchster Wichtigkeit. Wir müssen unbedingt der verantwortungsvollen Wahl des Patienten trauen, auch wenn es uns notwendig erscheint, sie zu hinterfragen...Die Aufgabe des Arztes besteht darin, jedem seiner Patienten zu helfen, eine Person zu werden, seine eigenen Verantwortungen anzunehmen“ (6). Zusammen schauen wir auf einen Zustand, der Zeichen von Unordnung aufweist, um Ordnung und Vorhersagbarkeit wiederherzustellen. So treten wir in eine *gemeinsame* Suche nach Sinn ein in unserem Universum, in dem wir empfinden, daß es das Zentrum ist, obwohl wir wissen, daß es nicht DAS Universum ist. Wir erkennen dabei, daß wir in der Tat wählen können, obgleich vielleicht nur beschränkt. Carl Jung schrieb: „Sinn macht eine Menge Dinge erträglich – vielleicht sogar alles. Durch die Schaffung eines Sinnes ...entsteht ein neuer Kosmos“.

Motivation hängt von einer Beziehung ab. „Der Kontakt zwischen Arzt und Patient...ist wahrscheinlich das stärkste therapeutische Mittel, das es gibt“ (7). Zu Beginn muß ich meines Patienten Aufmerksamkeit und Vertrauen gewinnen. Er fordert, daß ich ihn oder sie ernst nehme, ihn als Person akzeptiere mit aller Komplexität und Lebenserfahrung, von der ich nur eine winzige Menge kenne. Ich muß ihm oder ihr ins Auge sehen, muß hinter den Wünschen die medizinische Notwendigkeit erkennen so freundlich und effektiv wie möglich. (Ich hoffe, sie vergeben mir, wenn ich im Folgenden weiter von ihm, dem Patienten, spreche, was sie, die Patientin, mit EINSCHLIEßT).Zusammen müssen wir eine Streitfrage oder ein Problem erkennen und nach und nach die mögliche Notwendigkeit für eine Änderung erkunden. Hier suche ich die Erleichterung durch eine Motivation, aber ich muß für ihn auch erreichbar bleiben, wenn er sich entscheidet, *nichts* zu ändern. Dieser Prozeß fordert Hingabe, gegenseitigen Respekt und Annahme, die es dem Patienten erlaubt, zu verstehen und die Kraft zu haben, mitzuarbeiten in allen Aktionen und Prozessen, zu denen er *zugestimmt* hat. Ein Beispiel, wo ich und mein Team bei einem Patienten (AG) kläglich versagt haben: Er verweigerte sich, positiv mitzuarbeiten, der Augenkontakt, wenn er überhaupt vorkam, war abweisend, er hatte seinen eigenen Plan. Er und ich versagten darin zuzustimmen, daß er überhaupt irgendeine Hilfe brauche. Er bestand nur auf seinem Wunsch, in inneres Vergessen zu entfliehen. Er weigerte sich anzuerkennen, daß ihn seine Drogenabhängigkeit in Konflikt brachte mit der Behörde zum Schutz der Kinder. Er konnte sich nicht dazu entscheiden, innerhalb bestimmter Grenzen zu bleiben, und versuchte konsequent seinen eigenen Weg zu gehen mit Forderungen nach Verschreibung von Benzodiazepinen, um seinen täglichen Cannabiskonsum zu ergänzen. Schließlich führte das zu einer Krise, wo er mich beinahe physisch angriff und meine wenigen weiblichen Mitarbeiter erzwangen seine Unterbringung an einem sogenannten sicheren Platz.

Unsere Beratungsgespräche dürfen zeitlich nicht begrenzt sein, müssen voll Mitgefühl sein und dürfen sich nicht zu schnell festlegen, ehe man die Diagnose geklärt hat. Wir dürfen nie „die Fähigkeit“ verlieren, „die Ganzheit und Verletzlichkeit der Person zu sehen...hinter den besonderen Blickpunkt des Problems“ der wirklichen Person „zu sehen“ (8). Mit den Zwängen der gegenwärtigen Praxis müssen wir uns irgendwie Zeit und emotionalen Raum zugestehen, um einen Kontakt und eine Beziehung einzurichten, während wir gleichzeitig unsere Erfahrung anbieten. Unsere Führung muß klar, zielorientiert und bestimmt sein, da es unser ärztlicher Ehrgeiz ist, unseren Patienten zu helfen, etwas zu erreichen, entweder in irgendeiner Weise etwas zu ändern oder einen chronischen Zustand zu erhalten, wenn er sich entwickelt. Wir müssen unseren Patienten so viel Zeit wie möglich und so oft wie nötig

geben. Die Zeit dehnt sich heute übermäßig aus und macht Druck auf das Wesen guter Arzt – Patienten – Beziehungen. Die Menschen brauchen Zeit, um sich auszudrücken, besonders wenn emotionale oder psychische Probleme da sind. Ich brauche Zeit, um meinen Patienten zu verstehen und um eine angemessene Diagnose zu stellen, damit ich ihm dann helfen kann. Es gibt Gelegenheiten, wenn wir mit unseren Patienten in brüderlicher Art zusammenarbeiten, und andere Zeiten, wo wir sie bestimmen, und wir müssen sorgfältig den richtigen Weg in jeder Situation unterscheiden. Unser Zugang mag bei demselben Patienten zu verschiedenen Gelegenheiten variieren. Kurz, wir müssen eine nahe, aber nicht zu nahe Beziehung entwickeln, Intimität, aber auf keinen Fall zu viel. Wir müssen Intuition entwickeln, aber die Gefahr der Überidentifikation vermeiden, um unsere Emotionen in der Hand zu behalten und objektiv zu bleiben. Zunächst müssen wir unsere Patienten klinisch untersuchen und ich glaube, das ist ein besonders wichtiges Werkzeug für die Motivation. Wenn wir „Hand an ihn legen“ und in irgendeiner Weise körperlichen Kontakt mit ihm haben, vermitteln wir unsere gemeinsame Menschlichkeit und unser gegenseitiges Vertrauen. Wenn nichts sonst stattfindet, prüfe ich fast immer den Puls meines Patienten als Ausrede dafür, daß ich seine Hand halte. Berührung ist grundlegend für die Gesundheit und das Wohlbefinden (9). Wenn die, die andere umsorgen, die Intention haben, mit einer anderen Person ‚Kontakt aufzunehmen‘ und nicht nur ‚etwas tun‘, kann die Begegnung eine heilende Wirkung haben (Montgomery, S.45).

Motivation hängt von Kommunikation ab. Ich habe eine 85-jährige Freundin, die im Gottesdienst oft mit klarer und betonter Stimme die Bibeltex te liest. Eines Tages fragte sie mich nach einem Gottesdienst, ob sie eine Grippeimpfung bekommen solle. Natürlich habe ich sie dazu ermutigt, doch vorsichtshalber fragte ich sie, ob sie gegen Eie iweiß allergisch sei, da die Vaccine in Hühnereiern kultiviert wird. Einige Wochen später traf ich sie und sie erzählte mir, daß sie die Injektion tatsächlich ohne Probleme bekommen habe, aber daß sie traurig sei, daß sie nun keine Eier mehr essen dürfe! Meine Überzeugungskraft war stark gewesen, aber die Kommunikation war bei weitem nicht perfekt!

- Deshalb müssen wir eine **glaubwürdige** Quelle für Information und Motivation sein,
- Wir müssen die **Aufmerksamkeit** unserer Patienten gewinnen,
- Unsere Botschaft muß **wirkungsvoll** übermittelt werden (Übersetzung des medizinischen Jargons, um die Kluft zwischen der technischen Terminologie und der Alltagssprache zu verkleinern),
- Unser Patient mag dann unsere Botschaft **akzeptieren**
- Und **fortfahren**, ihr zu folgen und ihre Wichtigkeit zu verstehen
- Und **mitarbeiten** bei dem, was wir voll **Vertrauen** für die derzeit beste Therapie halten.

Zusätzlich: Je besser des Arztes Wissen über die psychischen, sozialen und körperlichen Aspekte des Problems ist, desto besser wird das Verstehen um der Patienten Wohl und Gesundheit sein.

Manchmal scheint es nicht eine so große Notwendigkeit zu Veränderungen zu geben (im Gegensatz zu den Zielen der Beratungen in der Psychotherapie). Es mag notwendig sein, daß wir unsere Patienten nur dazu ermutigen, so weiter zu machen wie bisher, vertrauensvoll auf die Impulse des Lebens zu hören. Wir müssen Furcht beruhigen und Ängste besänftigen, sogar beispielsweise durch so einfache Aufgaben wie die des Blutdruckmessens. Ich habe beobachtet, daß *mein eigener* Geisteszustand und Druck des Tages den Blutdruck eines Patienten beeinflussen kann. Eines Tage wurde ich aus dem Sprechzimmer gerufen, um bei der Wiederbelebung einer älteren Dame zu helfen, die an einer benachbarten Kreuzung kollabiert war, keine meiner eigenen Patientinnen. Sie war 18 Jahre lang unsere Nachbarin gewesen, eine Einwanderin von über 80 Jahren. Sie hatte ein schweres Leben gehabt und war

eine wunderbare christliche Dame. Die Situation war hoffnungslos und als die Ambulanz kam, war sie schon tot. Ich ging sofort zu der unterbrochenen Beratung zurück und fand, daß meine Meßergebnisse der Blutdrücke den ganzen Morgen lang immer ziemlich hoch waren. Blutdruckergebnisse schienen ebenso sehr von der Emotion des Beobachters wie von des Patienten eigenem Sinneszustand abzuhängen. Kurzfristige hormonelle Wechsel werden von Beziehungsfaktoren beeinflusst. Wenn ich unter Druck und ungeduldig bin, dann bewirkt *mein* negativer Zustand bei meinem Patienten Angst und hebt *seinen* Corticosteroidspiegel und seinen Blutdruck an. Vielleicht ist etwas daran, daß wir erst uns lieben sollten, ehe wir wirklich andere lieben können! Emotionen, Erfahrungen und Haltungen sind psychische Faktoren, die sogar das Immunsystem beeinflussen können mit Rückwirkungen auf physiologische Veränderungen (11,12).

Motivation reicht tiefer als ein vager innerer Zustand von Bereitschaft. Sie muß zu dem vertrauensvollen Versuch führen, einem Rat und einem therapeutischen Plan zu folgen. Emotionen sind so beteiligt, daß beispielsweise die Reaktionen eines Patienten auf eine ernste Diagnose oft den tiefen Schmerz spiegeln, den der Verlust auf Möglichkeiten mit sich bringt. So kann es eine anfängliche Ablehnung geben, weil die Dinge anders wünscht werden, als sie sind. Zorn und Groll folgen, dann Resignation. Schließlich hoffen wir auf Annahme und das Entstehen einer positiven Haltung für den neuen Zustand.

Miller (13) listet eine Anzahl allgemeiner Motivationsstrategien auf. Wirkungsvolle Annäherungsversuche kombinieren typischerweise einige der folgenden:

1. Einen **Rat** geben. Wenn wir ein Problem klar bestimmt und erklärt haben, warum ein Wechsel wichtig ist, schlagen wir ein bestimmte Veränderung vor, aber viel eher, als wir Anordnungen geben, machen wir Vorschläge zur Hilfe. Der Arzt muß wie ein Erzieher handeln und jede Beschwerde, so trivial sie sein mag, ist eine Gelegenheit zur Instruktion, wie jeder Allgemeinarzt durch seine Kontakte mit Eltern von kleinen Kindern weiß. Erziehung verbindet das Bewußtsein des Patienten mit seiner Physiologie, reduziert Furcht, und diese mehr positive Haltung hilft zur Besserung oder sogar Heilung. Die Binsenweisheit des ‚Arztes als Medizin‘ wird leicht übersehen im gegenwärtigen Drang zu größerer Effizienz in den gegenwärtigen Gesundheitsdiensten. Miller schreibt: „Es scheint so, daß der primäre Anstoß bei primären Interventionen *von Motivationen ausgeht*. Wir glauben, daß sie eine Entscheidung anstoßen und eine Verpflichtung zur Änderung“. Bezeichnenderweise wurde festgestellt, daß die Wahrscheinlichkeit, daß Patienten mit dem Rauchen aufhören, dadurch kommt, daß sie auf den Rat ihres Arztes hören. (14).
2. **Hindernisse** beseitigen. Dies schließt praktische Fragen über den Zugang oder die Gelegenheiten einer kritischen Prüfung ein. Viel wichtiger, wir müssen die Zweifel an der Fähigkeit unserer Patienten zum Wechsel beiseite stellen, denn der Glaube des Therapeuten an diese Fähigkeit des Patienten kann entscheidend für das Ergebnis sein (15). Es gibt die Möglichkeit einer **Balance** zwischen dem eigenen Konzept des Patienten hinsichtlich seiner Krankheit und dem berufsbedingten Konzept des Arztes, die eine erfolgreiche Verhandlung und die Schaffung einer übereinstimmenden Meinung ermöglicht (16).
3. **Wahlmöglichkeiten** vorsehen, um ein Stück Unabhängigkeit und Freiheit der Entscheidung zu erhalten und unseren Patienten zur Selbstverantwortlichkeit zu ermutigen. Motivation kann **intrinsisch**/innerlich sein in Form der *eigenen* Wünsche, Entscheidungen und Antriebe des Patienten oder **extrinsisch**/äußerlich in Form von Anreizen oder Druck von außen. Die innere Motivation ist weit stärker als der Einfluß von äußeren Kräften und das bestätigt, wie wichtig es ist, daß der Patient eine eigene **Autonomie** und einen eigenen individuellen Antrieb und eine gewisse eigene Kontrolle in seinem Leben entwickelt, statt *von* Ereignissen kontrolliert zu werden. Als Ärzte bringen

wir unsere Zeit damit zu, so früh wie möglich unsere Patienten auf mögliche Ereignisse vorzubereiten und diese zu erkennen, um dann unseren Patienten zu helfen, sie selbst zu verarbeiten. Sie werden physiologische, psychologische und geistige Mittel einsetzen und versuchen, den erkannten äußeren Druck zu überwinden, ob sie nun pathophysiologischer, psychologischer oder tatsächlich geistiger Art sind. Unsere Aufgabe ist es, in diesem Kampf Hilfestellung zur persönlichen Befreiung zu geben, um Kraft zu geben, daß er autonom bleibt oder wird. Ihm muß es erlaubt werden, unter unserer Führung Besitzer seiner eigenen Urteile zu werden und auch Fehler zu machen, auch wenn wir ihn in eine andere Richtung drängen. Wir müssen Abhängigkeit entmutigen, denn „schließlich...liegt Gesundheit in der Unversehrtheit oder in der Einheit des Ganzen“ (17).

Innere Strategien erfordern persönlichen Einsatz und geistige Anstrengung und bringen so eine höhere Belohnung für den Motivationseinsatz. Hierauf bauen wir meist in unserer Arbeit. Während der Beratung mögen innere Motivationen von des Patienten *eigenem rationalen Wählen* und eigenen Herausforderungen abgeleitet werden, beispielsweise bezüglich einer besseren allgemeinen Gesundheit oder wie man mit der Nachricht über eine ernste Diagnose fertig werden soll. Wenn wir mit unseren Patienten arbeiten, versuchen wir, negative Emotionen wie Furcht in positive, nach vorne schauende Hoffungsgefühle umzuwandeln.

4. Verminderung der *Wünschbarkeit* eines bisherigen Verhaltens durch Klären des Kosten – Nutzen – Vergleichs. Wieder stellen wir klar, warum *ein Wechsel wünschbar ist* und vielleicht ist dies eine der Gelegenheiten, wo wir unseren Patienten bevormunden sollten, das heißt, wo wir ihm gegenüber als Vaterfigur handeln sollten. „Eine Quelle ist um so überzeugender, je mehr ihre Botschaft im Vertrauen wächst...“ (18). Ein Wechsel muß mehr als Herausforderung dargestellt werden als als Drohung, unvermeidlich und normal, denn Stabilität ist eine Illusion im menschlichen Leben. Angesichts der Ungewißheiten müssen wir unserem Patienten helfen, einen Wechsel als Gelegenheit für Wachstum und eigene Entwicklung zu begrüßen, so daß er sieht, es hat *Sinn*, mit den Problemen des Lebens umzugehen. Er braucht nicht durch den Eindruck von Machtlosigkeit, Drohung und Angst überwältigt zu werden, weil eine Zeit der Veränderung eine allgemeine Erfahrung ist, an der die anderen Menschen in der Gemeinschaft auch Anteil haben. Entfremdung ist unnötig und Unterstützung kann man erhalten.
5. *Empathie* praktizieren, das schließt ein Respekt, Unterstützungsmöglichkeit, Besorgtsein, sympathisches Verstehen und aktives Interesse. Das heißt nicht Identifikation; eher ist es mitfühlende Betrachtung und reflektives Zuhören. Um unseren Patienten anständig dienen zu können, müssen wir jedem in gewisser Weise sagen: „Komm mit mir, ich gehe diesen Weg auch“. So können wir entdecken, daß wir das Mittel zur Heilung sind, wenn sie möglich ist, können oft zur Besserung beitragen, aber wir können immer Erleichterung geben.
6. Für ein *Feedback* und eine positive Verstärkung sorgen, die unseren Patienten hilft, über die Selbstkontrolle zu reflektieren. Eine anfängliche Motivation muß gefüttert und ermutigt werden, um den Patienten auf lange Sicht zu seinen Nutzen frisch anzutreiben.
7. Zuletzt *Ziele* klarstellen, indem man die Ausführung eines Planes mit dem vergleicht, zu dem man zustimmte, verbunden mit Selbstevaluation. Allgemeinmedizin ist in erster Linie auf Lösungen konzentriert und eine *Motivation hängt von dem Ziel ab*, ob man sein Leben ändert und den Lohn für ein längeres Leben erntet oder zumindest für ein besseres Leben. Wir wünschen, daß sich unsere Patienten ihre eigenen Ziele setzen. Das kann man unterstützen, wenn es da eine sofortige Auszahlung gibt. In Britannien haben beispielsweise Patienten mit neu diagnostizierter Hyperthyreose oder Diabetes mellitus seit vielen Jahren sofort für den Rest ihres Lebens alle Medikamente frei. Das erleichtert die Mitarbeit bei der Medikation und der Annahme des Wechsels im Leben erheblich. Im Gegensatz dazu sind Asthmapatienten ohne andere Gründe für eine kostenlose

Verschreibung gezwungen, für alles selbst aufzukommen und man hat erkannt, daß die Mitarbeit in diesen Fällen oft flau ist.

Wir müssen mit der *Fähigkeit* unserer Patienten rechnen, *sich realistische Dinge vorzunehmen* (das mag einschließen, daß sie die Ziele in kleinere Einheiten brechen). Es ist ein Privileg, über einen langen Zeitraum an Erfahrungen teilzuhaben, wie man mit komplexen Problemen umgeht. Es war wunderbar und hat mich angerührt, eines Tages am Glück einer 63 Jahre alten Dame (MMB) teilzuhaben, als ihr psychotischer Sohn nach einem langjährigen Gefängnisaufenthalt schließlich in einer benachbarten Stadt rehabilitiert wurde. Er zog in eine überwachte Wohnung, lernte Musikinstrumente zu reparieren und nahm wieder Beziehungen zu seiner Familie auf. Meine Patientin ist selbst schizophren, erhält immer noch Medikamente wegen ihres Mammacarcinoms, hat ein Herzversagen und ist übergewichtig. Ihr Ehemann hat zahlreiche und ernste Diagnosen, ist emotional aber stärker. Als sie über ihren Sohn sprach, sagte sie: „Ich dachte gar nicht, daß er noch eine Zukunft hat, aber er hat sie doch“. Ihre Freude hatte sie verwandelt. Sie war nicht länger mehr die apathische Person, mit der wir arbeiteten, um alle ihre Probleme Schritt für Schritt 16 Jahre lang irgendwie kontrollieren zu können.

Motivation hängt von ihrem Zweck ab, egal ob er eine Änderung bezweckt oder den Gang der Dinge fortsetzt. Als Ärzte müssen wir durch die Erziehung unserer Patienten versuchen, die äußeren Antriebe, mit denen wir angefangen haben mögen, zielbewußt in eine innere Motivation umzuwandeln, die dem Patienten selbst zu eigen wird. Ein Modell über Motivationen (19) beschreibt eine zyclische Bewegung:

- Zuerst eine **unbewußte Vorbetrachtung** (die Saat ist gesät, dem Patienten ist noch nicht klar, daß ein Wechsel möglich ist), die sich entwickelt in eine
- Bewußte **Betrachtung** über die Gründe eines Wechsel bis zu einem
- **Entschluß** zum Wechsel. Dies führt zur
- **Aktion** (und Mitarbeit in der Therapie) und
- Möglicher **Beständigkeit**. An diesem Punkt kann es zu einem
- Größeren oder kleineren **Rückfall** kommen, dann wieder **Betrachtung** des Problems und Wiederaufnahme des Zyclus.
- **Rückfall** muß als ein **normaler Zustand** akzeptiert werden. Schließlich mag es da einen
- **Permanenten Ausgang** aus dem Zyklus geben in eine neue Art zu leben. Wir mögen sehen, daß der Patient mehrere Male in diesem Zyklus umherreist, bis er schließlich einen dauerhaften Wechsel erreicht. Beispielsweise fand man, daß Raucher 3 bis 7 mal in diesem Zyklus sind, bevor sie ihn verlassen.

Während ich dies schreibe, beobachte ich eine Patientin (JW, 45 Jahre alt) wie sie ihre 6 Jahre alte Tochter von der Schule heim begleitet. Dreieinhalb Jahre vorher starb ihr 8-jähriger Sohn innerhalb von 9 Monaten nach den erste Symptomen und der Diagnosestellung an einem bösartigen Hirntumor. Sie leidet an pathologischem Kummer und weder mein Partner noch ich konnten ihr helfen. Nach einigen Jahren stimmte sie zu, Therapie zu akzeptieren, aber nach 12 Sitzungen schrieb der Therapeut, was wir schon vermuteten, daß sie nicht *wünscht*, von ihrer fast überwältigenden Trauer befreit zu werden. Diese scheint ihr die einzige verbleibende Verbindung zu ihrem Sohn zu sein. Sie hat ihren Job verlassen, konzentriert sich auf ihre Tochter und verläßt sich weitgehend auf die emotionale Unterstützung ihres Ehemannes. Sie möchte nicht, daß ihr die Ärzte eine Veränderung bringen; es scheint so, daß sie den Zustand ihres Sohnes durch einen Zustand des Todes mitten im Leben teilen möchte. Sie verbleibt in der Phase der unbewußten Vorbetrachtung.

Äußere Anreize durch die Worte des Arztes oder den Druck der Familie haben geringere psychische Ergebnisse für den einzelnen, da sie dazu beitragen, daß der einzelne die Bereitschaft verringert, sich anzustrengen. Solch eine Motivation braucht eine greifbare Belohnung, um nicht verschwendet zu werden. Ein kürzlicher Trend der Gesundheitsbehörden, Bezahlungen auf Ergebnisse hin zu leisten, hat dazu geführt, daß Teile der individuellen Gesundheitsvorsorge durch spezifizierte Kontrakte formalisiert werden. Zum Beispiel haben wir ein Schema zum Beenden des Rauchens, bei dem der Patient eine Zustimmung unterschreibt, daß er an einem bestimmten Tag aufhört zu rauchen und einem spezifizierten Program von ‚Behandlung‘ folgt und auch noch mal zur Nachprüfung erscheint. Nach meiner Erfahrung sind die Patienten allzu bereit, Papier zu unterschreiben und preiswertere Verschreibungen zu erhalten, aber einige arbeiteten nicht mit, weil sie nicht ganz und gar *innerlich* darauf eingestellt waren, in erster Linie das Rauchen zu lassen.

Glaube, Hoffnung oder Optimismus des Patienten, daß Heilung möglich ist, ist machtvoll und entscheidend für das Ergebnis. Eine dramatische Geschichte des Neuen Testaments illustriert das. Es ist der Bericht von einer Frau mit anhaltender Blutung in Markus 5, 24-34. Der Punkt, auf den es in dieser Geschichte ankommt, ist, daß sie geheilt wurde auf Grund ihres redlichen Glaubens, *ohne* daß Jesus bewußt beteiligt war, er trat erst *nach* dem Wechsel und der Heilung in Aktion. „Wir können aus Opfern in Heroen transformiert werden, das hängt davon ab, wie wir auf eine Krise reagieren“ (20).

In unserer Arbeit versuchen wir oft, die Haltungen des Patienten zu sich selbst und zur Krankheit oder Behinderung, mit der er konfrontiert ist, zu ändern. Mir scheint, daß in vielen Fällen die **Haltung** entscheidend wichtig ist und bestimmt, wie der Patient mit der Krankheit oder Krise fertig wird und wie das Ergebnis der Krankheit selbst ist. Es ist uns nur allzu klar, daß ein Patient mit einem akuten Asthmanafall mehr in Gefahr ist, wenn er panisch reagiert, als wenn er sich so ruhig wie möglich verhält und seinen Helfern und der Behandlung, die ihm angeboten wird, vertraut. „Eine klare Korrelation...zwischen der Geisteshaltung und der Überlebenszeit“ bei Krebs (21) wurde bewiesen. Und „Studien über Krebskranke haben klar gemacht, daß die Haltung entscheidend das Ergebnis der Erkrankung mitbestimmt. Die, die eine spontane Remission hatten, hatten eine positive Einstellung“ (22).

Der Arzt hat auf die Motivation des Patienten einzuwirken und muß dabei nicht nur dessen Verständnis sondern auch seine **Persönlichkeit** mit einbeziehen. Für unsere Zwecke mögen wir vier Typen unterscheiden:

1. Der **Aktivist**, der vorausschaut und sich in eine Kampagne stürzt. Und dann denke ich an einen Patienten (GE) mit einem aggressiven, metastasierenden Prostatacarcinom. Er kam in das Sprechzimmer bewaffnet mit einer dicken Akte, die alle Briefe und Einzelheiten von seinem Facharzt, dem Internet und viele Zeitungsartikel enthielt. Er war schnell zu einem
2. **Theoretiker** geworden, der über seine Krankheit nachdenkt und in der Theorie wohnt und es schwierig findet zu handeln. Er wird überwältigt von Sorgen über seine Krankheit und übersieht dabei alle anderen Aspekte seines Lebens. Mein Patient wurde bettlägerig. Nach einigen Wochen der Unterstützung durch eine erfahrene Schwester für Palliativvorsorge und von mir war er wieder in der Lage, bei der Behandlung mitzuarbeiten, seine Aktivitäten wieder aufzunehmen einschließlich einiger Runden auf dem Golfplatz und verbrachte wieder Zeit mit seinen Enkeln. Neun Monate später starb er friedlich zu Hause. Ein anderer Persönlichkeitstyp ist der
3. **Pragmatiker**, der die ‚Realität‘ seiner Situation wahrnimmt, so schwer sie auch ist und in einer stoischen und praktischen Art damit fertig wird, oft mit einem offensichtlich guten Humor. Und zuletzt haben wir den
4. **Reflektierenden**, der tief über seine Situation nachdenkt und daher lange Zeit zaudert. Eine 88 Jahre alte Witwe (PO) kommt oft wegen ihrer chronischen obstruktiven

Lungenkrankheit und ihrer gastro-oesophagealen Refluxkrankheit in meine Sprechstunde. Sie stimmt aber nie einer Behandlung zu, die länger als ein oder zwei Tage dauert aus Angst vor den Nebenwirkungen. Sie entwickelt deshalb nach jedem Behandlungsversuch immer neue Symptome und hört mit der Behandlung wieder auf. Wir müssen versuchen, unseren Patienten bei jeder Gelegenheit die volle Aufmerksamkeit zu schenken *einschließlich* unserer Bitte an sie, unserem Urteil, Wissen und unserer Erfahrung zu vertrauen. Diese Dame habe ich mehr als einmal direkt gebeten, mir und meiner Behandlung *ausschließlich* zu vertrauen, aber ohne jeden Nutzen!

Wenn ich erfolgreich meinem Patienten helfen will, muß ich sorgfältig zuhören und mich aufrichtig seinen essentiellen **Bedürfnissen** öffnen, das ist aber durchaus nicht dasselbe, was er wünscht. Wünsche sind wahrgenommenes Verlangen, mehr oberflächlich, und mögen ihn tatsächlich von den wirklichen Bedürfnissen ablenken. DF ist ein 39-jähriger selbständiger Baumeister mit all dem Stress nach vorne zu planen und seine geschäftlichen Verpflichtungen zu erfüllen. Er klagte, daß er seit einigen Monaten zunehmend Schwierigkeiten habe, flüssige und feste Nahrung herunterzuschlucken. Jedoch sagte er mir, daß er seit seiner Kindheit die Tendenz habe, sich unter Stress zu setzen. Er ist ein wacher, leicht ängstlicher, schlanker, ‚junger‘ Mann ohne andere Symptome. Ich kenne seine Familie seit Eröffnung meiner Praxis vor 20 Jahren gut. Mein Patient und seine Frau haben zwei Kinder, das ältere war eine 10 Jahre alte Tochter, die am Hurler’s Syndrom leidet (einer congenitalen Mukopolysaccharidose oder ‚Wasserspucksucht‘). Die Diagnose wurde im Alter von zwei Jahren gestellt, man prognostizierte eine Überlebenszeit von 8 Jahren: Sie wurde von ihrer Familie betreut, war aber nun im Alter von 11 Jahren blind, fast taub, erheblich in der Entwicklung zurückgeblieben, an das Haus gebunden und in den letzte Stadien ihrer Krankheit weitgehend an das Bett gebunden. Es war klar, daß der Zustand des Vaters wahrscheinlich seinen emotionalen und geistigen Seelenschmerz widerspiegelte. Meine Aufgabe bestand jedoch darin, eine signifikante körperliche Erkrankung auszuschließen und für ihn ein Mittel bereitzustellen, mit sich ins Reine zu kommen und mit seinen inneren Anspannungen fertig zu werden. Im Laufe der Behandlung sagte er: „Ich vermute, mein Problem hat mit der Krankheit meiner Tochter zu tun“. Er suchte Gewißheit, daß die Symptome, von denen er gehört hatte, daß sie eine ernste Bedrohung seines eigenen Lebens darstellen könnten, in Wirklichkeit die Schwierigkeit reflektierten, daß er ‚die bittere Pille schlucken‘ muß, die der schreckliche Zustand und das Sterben seines Kindes darstellten. Er wollte, daß sie gesund sei, wußte aber, daß das unmöglich sei, so brauchte er Hilfe für sich selbst.

Wir müssen die **Lebensumwelt** unserer Patienten mit in Rechnung stellen. Das sollte zur Verbesserung der Gesundheit hilfreich sein. Eine unserer Aufgaben ist es, eine annehmende therapeutische Umgebung zu schaffen, indem wir eine echtes Interesse für unseren Patienten als Person entwickeln.

Eine zehnjährige prospektive Studie über Brustkrebspatienten, die eine Gruppentherapie erhielten, um ihre soziale Kommunikation zu verbessern, und die Unterricht bekamen, um durch Selbsthypnose ihre Schmerzen zu kontrollieren, damit sie ihr Leben so *vollständig* wie möglich führen könnten, zeigte, daß diese durchschnittlich *doppelt* so lange überlebten wie die, die nur die traditionelle medikamentöse Behandlung erhielten (23).

An diesem Punkt sollten wir uns an die Einheit der Familie erinnern. Ich denke an einen 20 Monate alten Jungen, den die Mutter wegen eines virusbedingten Hustens brachte. Bei der Untersuchung fand ich nichts, außer daß er reizbar war, obwohl er deutlich gedieh. Während der Untersuchung kam er jedoch in Not und begann nach seinem Vater zu rufen. Es ist klar, Väter und die Stabilität der Beziehungen sind äußerst wichtig für eine ausgeglichene Umwelt, die für das Gedeihen der Kinder erforderlich ist, und es ist notwendig, daß wir Ehepaare ermutigen, es ‚durchzustehen‘, einander treu zu sein, zu lernen, einander zu vergeben um ihrer

selbst willen als Ehepaar, um der Gesundheit ihrer Kinder willen, um der Großfamilie und schließlich um der Gesellschaft willen. Tragischerweise trennen sich in unserer heutigen Gesellschaft oft Eltern, weil sie unfähig sind zu Kompromissen, zu kommunizieren und zusammenzuarbeiten. Ältere Kinder, besonders Teenager und junge Erwachsene, leiden, verlieren die Richtung und gleiten traurigerweise in Drogen und Kriminalität ab. Eine Studie hat gezeigt, daß verheiratete *Krebspatienten* deutlich länger überleben als unverheiratete (24).

Idealerweise sollte der Arzt ein Vorbild für einen gesunden Lebensstil mit einer positiven Einstellung für seine eigenen Nöte und für seine Zukunft *sein*. Ich glaube, daß Motivation bei jeder Begegnung stattfindet, wenn auch ungezwungen. Stillschweigende Botschaften können ausgezeichnete Wirkungen innerhalb einer fortdauernden Beziehung in der Allgemeinmedizin erzielen. Zum Beispiel fragen wir oft nach Rauchergewohnheiten, aber die Zeit ist oft zu kurz, um dem nachzugehen. Bei diesen Gelegenheiten frage ich immer die Raucher, fast so nebenbei: „Denken Sie, daß es gut für Sie ist?“ Damit ziele auf ein Nachdenken darüber und säe eine Saat aus für eine Lösung. Als Motivatoren müssen wir die ‚Wohlfühl‘- Faktoren erhöhen, müssen die Entwicklung von des Patienten eigener autonomer Verantwortlichkeit erhöhen und müssen ihn auf ein realistisches Langzeitziel zusteuern.

Es müssen uns aber auch die DE-MOTIVATOREN klar sein wie

- Die Stimmung der Hoffnungslosigkeit (wie bei GE und JW oben),
- Eine unbefriedigende Beziehung zum Arzt (wie AG, für den am Ende ein starker extrinsischer, äußerer Kontrakt mit der Drohung einer gesetzlichen Sanktion nötig wurde, um sein aggressives Verlangen nach Tranquilizern zu kontrollieren),
- Wenn der Arzt zu sehr die Kontrolle ausübt, kann die Autonomie erdrückt werden,
- Niedrige Selbsteinschätzung, gegebenenfalls als Hinweis auf eine psychische Erkrankung,
- Stress im Zusammenhang mit einer wahrgenommenen lebensbedrohlichen Erkrankung oder ihrer Behandlung. „Stress gibt es nicht ‚da draußen‘, sondern er wird dadurch bestimmt, wie Menschen Ereignisse und Umstände ihrer Welt interpretieren und sich darauf beziehen“ (Graham, S.249).

„Medizin ist eine feine Balance zwischen Kunst, Wissenschaft und Kommunikation“ (25).

Was die *Motivation eines Arztes* in seinem Bemühen, für andere da zu sein, betrifft, so bin ich überzeugt, daß die Intention der meisten dahin geht, so mit dem Patienten in Verbindung zu treten, daß es ihm hilft (Montgomery, s.44). Dies mag angetrieben werden von einer wissenschaftlichen Neugier oder dem Verlangen, die Natur des menschlichen Lebens und Sterbens besser zu verstehen. Wir brauchen Demut und die Bereitschaft, offen zu sein und dem anderen ehrlich, ohne Hintergedanken und mit Mitgefühl zuzuhören. Diese Werte ermutigen eine Beziehung, in der Heilung stattfinden kann. „Erfolgreiche fürsorgliche Menschen besitzen eine philosophische Sicht, die die Ganzheit und Vollständigkeit des Menschlichen kennt, und die von der Brüchigkeit dieses menschliche Faktors in der technischen Umgebung des Gesundheitswesens wissen“ schreibt Montgomery (s.43). Wir müssen „eine Art von philosophischem und geistigen Verstehen entwickeln, die uns dazu befähigt, eine weite Vielfalt menschlicher Erfahrungen zu *tolerieren* und zu *akzeptieren*“, die jenseits einer moralischen Beurteilung steht. Wir lernen, unseren Widerwillen gegen das, was unseren eigenen Werten widerspricht, nicht offenzulegen, und entdecken, wie man ‚den Sünder‘ annimmt und aufzieht; man enthält sich, den ersten Stein zu werfen. Richtigerweise sollten wir keinen verurteilen, aber unsere Kernwerte sollten und können nicht verborgen bleiben. Wir müssen uns um die kümmern und mit denen verbinden, deren Intentionen unseren entgegenlaufen, zum Beispiel zu solchen, die nach einer Abtreibung fragen, auch

wenn das Leben der Mutter offensichtlich nicht gefährdet ist. Wir müssen Wege suchen, über Probleme zu sprechen, die uns verwirren, mit Patienten Fragen erkunden, die sie gerne ignorieren würden oder deren Existenz sie verleugnen. Wir müssen jede Person so akzeptieren, wie sie zum Zeitpunkt der Beratung gerade ist und versuchen, Verbindung mit dem Menschenbruder aufzunehmen, der in ihm steckt.

Für meinen Teil kommen die Werte und die Motivation, Hilfe anzubieten aus meinem christlichen Glauben und aus der Unterstützung der Christlichen Gemeinde, dem sichtbaren Leib Christi, der meine Lasten mitträgt und der es mir ermöglicht, in dem Tempo und der Intensität weiterzuarbeiten, die erforderlich ist. Jesus Christus, dessen Verständnis für seine Patienten zu einer Erwidung des Vertrauens einlud, ist für mich das Vorbild. Indem er für seine Patienten einfach da war, schuf er einen Raum voll positivem Sinn und Hoffnung. Wenn ich versuche, diesem Beispiel zu folgen, brauche ich Vertrauen in meine Kompetenz, muß aber Arroganz vermeiden, eine reife Selbstwahrnehmung aufbauen und meine eigenen Begrenzungen und die der Medizin beachten. Eine Verbindung, ein emotionales Band innerhalb unserer allgemeinen Menschlichkeit scheint möglich, sogar eine Art professioneller Intimität, die es mir ermöglicht, etwas von mir selbst mit liebevoller Freundlichkeit an meinen Patienten weiterzugeben. Natürlich versage ich unter dem Druck der modernen Praxis oft im Erreichen dieses Ideals. „Der Druck...mehr und mehr Aufgaben erfüllen zu müssen, schafft eine Atmosphäre, die Patienten entmenschlicht“ (Montgomery, S.43)

Wenn die Arzt – Patienten – Beziehung in Ordnung ist, wird die Kommunikation flüssig, harmonisch und leicht. Dies wird offenbar durch einen entspannten Humor oder selten durch gemeinsames Schweigen. Die reziproke Annahme führt zu dem, was Tournier „eine wahre Begegnung zwischen Personen“ nannte. Mein Patient und ich werden Teil von etwas Größerem und Erfahrbarem, das das Verlangen verstärkt, diese Erfahrungen auch mit anderen zu machen.

Mein Bruder ist Künstler, ein Berufsmaler, und ich neige dazu, ihn um seine Kreativität zu beneiden. Aber ich bin zu dem Schluß gekommen, daß die Praktizierung der Medizin mehr eine Kunst als eine Wissenschaft ist, die eine spezielle Art von Kreativität erfordert bezüglich menschlicher Beziehungen, die am Ende gerade so tief und dauerhaft wie ein Ölgemälde sein mögen. Die Auswirkungen der Arbeit mögen weniger greifbar, aber ebenso tief sein. Wir sind glücklich, daß wir eine geschlossene Zuhörerschaft haben, die in der Tat Schlange steht, um mit uns zu kommunizieren!

Als eine meiner Töchter dieses Jahr ihren Abschluß in Beschäftigungstherapie machte, mußte sie kritisch die folgende Feststellung beurteilen: „Der therapeutische Gebrauch der eigenen Person ist die wichtigste Geschicklichkeit, die ein Therapeut hat“ – so ist es in der Tat!

Bibliographie

- Reich & Adcock; *“Values, Attitudes & Behaviour change”*; Methuen. 1976
- Lindsey & Aronson (Eds); *“Handbook of Social Psychology”* (Vol 3) Reading, Mass. 1969 . Article by McGuire, W.J; *“The nature of attitude change”*.
- Deckers, L; *“Motivation, biological, psychological & environmental”*; Pearson. 2005
- Brown, J.B; *“Studies in patient-centred care”*
- Cassell, E.J; *“The healer’s art : a new approach to the doctor-patient relationship”*; Penguin. 1978

References:

- 1 Miller, W.R & Rollnick, S ; *“Motivational Interviewing, Preparing people to Change Addictive behaviour”* (p19); Guilford. 1991
- 2 Allport, G.W; *“Pattern and Growth in Personality”* (p218); Holt, Rienhart & Winston. 1963
- 3 Maslow, A.H; *“Motivation and Personality”*; Harper & Row. 1970 (2nd Edition) (hierarchy of needs: for physiological balance, safety, belongingness, esteem and lastly self-actualisation.)
- 4 Ramsey, P; *“The patient as person, explorations in medical ethics.”* New Haven: Yale. 1970
- 5 Messer, N.G; *“The Therapeutic covenant”*; Grove Booklet, Cambridge. 1996
- 6 Tournier, P; *“The Meaning of Persons”*; SCM. 1957 (p202-3)
- 7 White, K.L *“The Task of Medicine”*; The Henri Kaiser Family foundation, Menlo Park, California, 1988
- 8 Montgomery, C.L; *“Healing through communication : the practice of caring”*; Sage. 1993 [p44]
- 9 Taylor, A.G, *“Complimentary/Alternative therapies in the treatment of pain.”* - article (p282-339) in Spencer, J.W & Jacobs, J.J (Eds) *“Complimentary/Alternative Medicine: an Evidence Based Approach”*. Missouri: Mosby, Inc. 1999
- 10 Stewart, M.A; McWhinney, I.R; Buck, C.W; *“The doctor/patient relationship and its effect upon outcome”*; Journal of the Royal College of General Practitioners 1979; 29:77-82
- 11 Whalley, L.J & Page, M.L (Ed) *“Stress, immunity and Disease.”* Duphar Laboratories Ltd. 1990
- 12 Minchoff, K.M; Baker, B; Dillon, K.H *“Positive emotional state and enhancement of the immune system”*, International Journal of Psychiatric Medicine. 15 (1985) 13-17
- 13 Miller, p20
- 14 Russell, M.A.H; Wilson, C; Taylor, C; Baker, C.D *“Effect of general Practitioner’s advice against smoking”*. British Medical Journal, 1979; 2: 231-235
- 15 Leak, G.J & King, A.S; *“Effect of counsellor expectations on alcoholic recovery”*; Alcohol Health and Research World; 11(3):16-22
- 16 Ripke, T- article in Bensing, J; Larsson, U.S; Szecsenyi, J (Eds) *“Doctor-Patient Communication and the Quality of Care in General Practice”*, NIVEL, Utrecht. 1998
- 17 Graham, H; ‘Soul medicine’, Newleaf, Dublin (2001) [p257]
- 18 Masow, C, et al *“Persuasiveness of confidence expressed via language and body language.”* British Journal of Social & Clinical Psychology. 1971. x.234-40. 61
- 19 Di Clemente, C.C & Prochaska, J.O *“Toward a comprehensive, transtheoretical model of change : Stages of change & addictive behaviours”* – article in Miller, W.R & Heather, N (Eds) *“Treating Addictive behaviours”* (2nd Ed) Plenum, New York. 1988
- 20 Ziffr, N & Stein, M *“Challenging cancer”* New York, Routledge, 1992
- 21 Greer, S; Morris, T & Pethingale, K W *“Psychological response to breast cancer: a controlled study”* Lancet, 2 (1979) 785-7
- 22 J.Achterberberg, J; Simonton, S.M & Simonton, O.C *“The Psychology of the exceptional Cancer patient: a description of patients who outlive predicted life expectancies”* Psychotherapy; Theory, Research & Practice 14:4(1977), 416-22.
- 23 Spiegel, D; Bloom, J; Kraemer, H & Gothiel, E *“Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic Breast Cancer.”* Lancet 2. (1989) 888-891
- 24 Goodwin, S.J et al *“The effect of marital status on stage, treatment and survival of cancer patients”*. JAMA 1987; 258:3125
- 25 statement by Carol Gutman, Chairman, Canadian Medical Association, 1998