

Vertrauen schafft positive Resonanz

Theodor D. Petzold

Umfragen haben ergeben, dass sehr viele Menschen in ÄrztInnen vertrauen – trotz Schlechtederei durch Medien und trotz verbreiteter Kritik an schulmedizinischem Vorgehen. Dazu fällt mir nur eine Erklärung ein: Menschen geben ihren BehandlerInnen einen großen Vertrauensvorschuss - jedenfalls in aller Regel. Und das erscheint sehr zweckmäßig für eine gute Kooperation. Denn wenn ein Patient seinem Arzt Vertrauen schenkt, erhöht das die Chance, dass dieser in einen neuropsychischen Annäherungsmodus kommt, in dem er kooperationsbereiter ist und bessere Lösungen für die Probleme des Patienten findet (Grawe 2004). Gleichzeitig hilft der Patient sich selbst damit, da auch er offener für neue Erkenntnisse und für eine Kooperation mit dem Behandler ist.

Vertrauen und Misstrauen in der Behandlung

Gelegentlich hört man von ÄrztInnen oder anderen TherapeutInnen einen Appell an PatientInnen: „Sie müssen (oder: können) mir schon vertrauen!“ Dann ist es meistens schon zu spät dazu, denn ein solcher Appell zeigt in erster Linie, dass der Arzt diesem Patienten gerade nicht vertrauen kann.

Wenn der Patient skeptisch oder misstrauisch ist, ist dies nämlich meist kein Zeichen von nicht vertrauen wollen, sondern in aller Regel von schlechten Erfahrungen, die er in diese Situation überträgt. Die Aufgabe des Arztes besteht dann darin, das Misstrauen des Patienten zu würdigen, ggf. seine Begründung zu hören und anzunehmen. Durch eine derartig verständnisvolles Annehmen der Abwehr des Patienten kann dieser in den Annäherungsmodus kommen und beide können vertrauensvoll zusammenarbeiten.

Wenn der Therapeut statt Verständnis das Empfinden von ‚nicht vertrauen‘ hat, so ist es an ihm, sein Vertrauen in den Patienten wiederzufinden und dem Patienten Vertrauen zu schenken - Vertrauen in seinen guten Willen, möglichst gesund zu werden. Das bedeutet, dass der Therapeut sich klar macht, dass der Patient ihn aufgesucht hat, weil er ein Mindestmaß an Vertrauen hat und zumindest eine Möglichkeit sieht oder hofft, dass der Therapeut ihm helfen kann.

Alleine die Tatsache, dass ein Mensch einen Behandler aufsucht (wenn dies freiwillig geschieht), ist ein Beweis seines grundlegenden Vertrauens – bei allem Misstrauen, das in eine konkrete Person, in die Medikamente usw. vorhanden sein mag.

Wenn der Arzt dem Patienten sein Vertrauen schenkt, ermöglicht er ihm in den Annäherungsmodus (Grawe 2004; Petzold 2010, 2011) zu kommen und sich für eine heilsame Zusammenarbeit zu öffnen. Vertrauen regt positive Resonanz an. Vertrauen ist die Basis für eine erfolgreiche Kooperation von Patient und Arzt. Deshalb ist das Recht eines jeden Bürgers, einen Arzt seines Vertrauens aufzusuchen, eine weise Einrichtung.

Vertrauen im Behandlungsraum

Zum Beispiel: Ein Patient wünscht vom Arzt eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für eine Woche wegen Rückenschmerzen. Er habe öfter Rücken-

schmerzen und sei schon diagnostiziert worden und er wisse, wie er sie wieder weg bekomme. Der Arzt kann ihm vertrauen, dass er die Krankmeldung braucht, um wieder Wohlbefinden zu erlangen, oder er kann misstrauisch die Körperfunktionen kontrollieren, um möglicherweise zu entscheiden, dass der Befund keine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigt.

Ein anderer Patient wünscht sich bei Halsschmerzen ein Antibiotikum, damit er wieder schnell auf die Beine komme. Er hat Vertrauen in die Wirkung von ‚starken‘ Arzneimitteln. Jetzt kann der Arzt in den Glauben des Patienten an Antibiotika vertrauen oder aber in die Selbstheilungsfähigkeit des Patienten bei Infekten. Dabei kann er noch abklären, ob es sich eher um einen viralen oder bakteriellen Infekt handelt und ob es Hinweise für eine akute Gefährdung des Patienten gibt. Hier ist zusätzlich das Vertrauen des Arztes in sein eigenes Fachwissen gefragt.

Eine Patientin hat Brustkrebs und ist sich sehr unsicher, ob sie nach der Operation eine Chemotherapie und/oder Bestrahlung machen lassen soll. Sie hat Angst vor dem Krebs und Angst vor den Nebenwirkungen der Chemotherapie und Bestrahlung. Sie sucht einen Arzt, mit dem sie alles besprechen kann, zu dem sie Vertrauen hat. Der Arzt hat nun die schwierige Aufgabe, bei der Patientin Vertrauen anzuregen – damit sie aus ihrem Angst- und Vermeidungsmodus herauskommen kann. Das geht nur schwer, wenn er lediglich an eine Methode wie z.B. die Chemotherapie glaubt. Er kann in eine positive Wirkung der Chemotherapie vertrauen oder/und in die Selbstheilungsfähigkeit der Patientin. Wenn er offen ist für beides, kann er Vertrauen in einen kommunikativen Prozess kooperativer Entscheidungsfindung haben, in dessen Verlauf alle Aspekte zur Sprache kommen: sowohl die statistischen Wahrscheinlichkeiten des Verlaufs mit und ohne Therapie als auch die individuellen Besonderheiten der Patientin, ihr persönlicher Weg mit der Erkrankung, mit den angebotenen Therapien sowie mit ihren Lebensumständen umzugehen. Wenn der Arzt sein Vertrauen in diesen gemeinsamen und wechselseitigen Prozess gibt, in dem alle Bedenken und Gefühle Platz haben, besteht die große Chance, dass die Patientin wieder Vertrauen in ihren Körper und ihren persönlichen Weg findet. Dazu gehört ihre Entscheidung, die sie dann in Begleitung des Arztes

gefunden hat. Der Arzt trägt dazu bei, indem er ebenso in diesen Prozess vertraut. Er hat alles ihm zur Verfügung stehende Für-und-Wider gewissenhaft abgewogen.

Es kann auch vorkommen, dass die Patientin *entscheidet*, dass der Arzt über die weitere Therapie entscheiden soll. Egal welche Entscheidung – wenn sie im gegenseitigen Vertrauen zustande kommt, ist in jedem Fall wohl die jeweils bestmögliche Entscheidung getroffen.

„Schwierige“ Patienten

„Schwierige“ PatientInnen sind für Ärzte meist solche PatientInnen, die ihr Vertrauen nicht so zeigen können, dass der Arzt es spüren kann. Andere Ärzte können es gegebenenfalls. Diese PatientInnen lassen in den Augen des betroffenen Arztes stattdessen Misstrauen, Ablehnung und Vermeidung aufkommen. Sie kommunizieren auf unterschiedliche Art und Weise im Abwendungsmodus (= ‚Vermeidungsmodus‘). BehandlerInnen sollten dies nicht persönlich auf sich beziehen. Diese PatientInnen können z.B. ständig Angst vor Nebenwirkungen genauso wie vor Folgen der Erkrankung selbst haben oder Angst, ‚Versuchskaninchen‘ zu sein, oder sie reden permanent über alles Mögliche, ohne ihr Anliegen klar zu benennen, oder sie beharren hartnäckig auf einer Meinung (meist aus dem Internet) usw. Früher haben Therapeuten diesen PatientInnen einen „Widerstand“ gegen die therapeutische Arbeit und damit auch gegen ihre Genesung unterstellt, weil sie sich nicht einsichtig gegenüber dem Therapeuten gezeigt haben (vgl. Freud „Was immer die Fortsetzung der Arbeit stört, ist Widerstand.“ (1986)). Dieser Abwendungsmodus ist zu spüren, aber er richtet sich weder gegen Genesung noch gegen die therapeutische Arbeit. Er ist die Folge von negativen Erfahrungen und zeigt die allgemeine Abwehrfähigkeit des Patienten. Es wäre ein Fehler, ihm diese ausreden zu wollen. Im Gegenteil, wir sollten sie wertschätzen und gemeinsam mit dem Patienten suchen, in welcher Situation das Abwehren angemessen und begründet war. Dann kann der Patient prüfen, ob sie in der jetzigen Situation auch noch angebracht ist.

In einer salutogenen Kommunikation (Petzold 2009, 2011a) wertschätzen wir z.B., dass der Patient sich mit möglichen Nebenwirkungen befasst und

nicht leichtfertig jede Tablette schlucken will, dass er sorgfältig die möglichen erwünschten gegen die unerwünschten Wirkungen abwägt. Über eine derartige Wertschätzung beteiligen wir ihn an der Therapie und der Entscheidung und Verantwortung für das Ergebnis.

Wenn er kein ‚Versuchskaninchen‘ sein will, können wir wertschätzen, dass er sich aktiv an der Entscheidung beteiligen möchte. Außerdem können wir ihm dabei deutlich machen, dass der Mensch keine Maschine ist, sondern dass jeder einzelne unterschiedlich auf Behandlungen anspricht; dass wir die Behandlung vorschlagen, die nach reiflichem Überlegen für ihn die größte Aussicht auf Erfolg hat. Er ist dann gefragt, seine Erwartungen und Wünsche an die Behandlung zu formulieren.

Auch wenn er uns viel von seiner Familie oder der Arbeit erzählt, oder von der Königin von England, können wir uns für die interessanten Geschichten bedanken und ihm dann sagen, dass er uns jetzt auch von sich und seinem Anliegen berichten darf.

Wenn er etwas im Internet gelesen hat und das für die Wahrheit hält, können wir auch wieder anerkennen, dass er sich entsprechend seiner Möglichkeiten informiert. Wir können seine Information mit ihm erörtern und den Wahrheitsgehalt / Gültigkeitsbereich relativieren und dann gemeinsam über seine Ziele und eine Entscheidung reden.

Die Aufgabe des Arztes ist es, dem Genesungswunsch auch dieser PatientInnen so viel Vertrauen entgegenzubringen, dass sie wieder in den Annäherungsmodus kommen können; dass sie also wieder spüren können, welches Wohlbefinden sie erreichen möchten.

Entscheidungen im gegenseitigen Vertrauen sind die besten

Alle Entscheidungsprozesse in der ärztlichen und therapeutischen Tätigkeit sollen von Vertrauen getragen sein – nicht von blindem Vertrauen, sondern von immer wieder kritisch hinterfragtem, durch Erfahrung und Austausch differenziertem Vertrauen. In jeder Behandlung kommen Behandler an einen Punkt, wo sie nach gründlichem Abwägen aller bekannten Faktoren eine Entscheidung treffen müssen, die letztlich auf subjektivem Vertrauen beruht. Das gilt auch für ärztliche Entscheidungen auf der Grundlage der statistisch

evidenzbasierten Medizin (EbM'). Dabei vertraut der Arzt erstens in die Statistik und zweitens darein, dass der Patient zu der statistischen Gruppe gehört, die von der Behandlung mehr profitiert als unerwünschte Nebenwirkungen zeigt. In aller Regel vertrauen Ärzte, die ausschließlich aufgrund von EbM-Leitlinien behandeln, dieser statistischen Medizin ‚blind‘, denn sie können weder prüfen, ob die Statistik korrekt erhoben wurde noch, ob der Patient zu der profitierenden Gruppe gehört. Allerdings haben sie die statistische Wahrscheinlichkeit als guten Grund für ihr Vertrauen – bei vielen Patientinnen findet auch dieses Vertrauen Resonanz.

Gegenseitiges und gemeinsames Vertrauen ist die Grundlage aller Entscheidungen bei der ärztlichen Tätigkeit. Dieses Vertrauen können wir nicht einfordern. Wir können es schenken, erwidern und gemeinsam entwickeln.

BehandlerInnen und PatientInnen sollten solange miteinander kommunizieren, bis sie einen gemeinsamen Punkt und eine Basis von Vertrauen gefunden haben. Dort ist die wahrscheinlichste Entscheidung zu finden.

Literatur

- Buber M (1923/1995): Ich und Du; Reclam 1995.
- Elliot AJ (Hrsg.) (2008): Handbook of Approach and Avoidance Motivation. New York: Psychology Press.
- Freud S (1986): Gesammelte Werke Band II/III. Frankfurt: S. Fischer. S. 521.
- Grawe K (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grossarth-Maticek R (2003): Selbstregulation, Autonomie und Gesundheit. Berlin-New York: de Gruyter.
- Grossarth-Maticek R (2008): Synergetische Präventivmedizin. Heidelberg: Springer.
- Hüther G (2008): Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kordts-Freudinger R (2010): Relief: Approach Behavior and Avoidance Goals. Dissertation Uni Würzburg.
- Petzold TD (2003): Therapieblockaden – gibt's die? In: Erfahrungsheilkunde 11/2002: S.753-760.
- Petzold TD (2005): Die ärztliche Gesprächsführung im Sinne einer salutogenen Kommunikation. In: Erfahrungsheilkunde 2005; 54, S. 230-241.
- Petzold TD (2007a): Bedürfniskommunikation. In: Psychotherapie Forum Vol. 15 No.3 2007 S.127-133.
- Petzold TD (2007b): Im Fokus der Therapie steht die Selbstregulation. In: Der Merkurstab 1/07, S.36-43.
- Petzold TD, Lehmann N. (2009): Salutogene Kommunikation zur Annäherung an attraktive Gesundheitsziele. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung (Brosch.).
- Petzold TD (Hrsg.) (2010a): Lust und Leistung ... und Salutogenese. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Petzold TD (2010b): Praxisbuch Salutogenese – Warum Gesundheit ansteckend ist. München: Südwest-Verlag.

- Petzold TD (2011a): Salutogene Kommunikation. In: Petzold TD, Lehmann N: Kommunikation mit Zukunft. Salutogenese und Resonanz. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Petzold TD (2011c): Systemische und dynamische Aspekte von Ganzheit in einer Theorie der Allgemeinmedizin. In: ZFA 10/2011.
- Petzold TD (2011c): Emotionen und Kommunikation. In: Der Mensch 42/43 S.44-51.
- Petzold TD, Lehmann N (2011d): Salutogenesis, globalization, and communication. In: Special Issue of International Review of Psychiatry Dec 2011, Vol. 23, No. 6, Pages 565-575. <http://informahealthcare.com/eprint/2tBKJEswTtXWwMACrEfxs/full>.
- Schiffner E (2010): Lebensfreude, Lust und Lernfreude aus Intermediarräumen. In: Petzold TD (Hrsg.) (2010): Lust und Leistung ... und Salutogenese. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Schwantes U (2007): Gesundheitsorientierte Gesprächsführung. In: DER MENSCH, Heft 38, S. 36ff; Bad Gandersheim: APAM e.V.
- Wagner AC (2007): Gelassenheit durch die Auflösung innerer Konflikte: Mentale Selbstregulation und Intuition. Stuttgart: Kohlhammer.
- Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD (2000): Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber, 10. Aufl..
- Weizsäcker V v (1948): Der Arzt und der Kranke. Gesammelte Schriften 5. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Wilms S (2003): Der Patient, sein Allgemeinarzt und ihre salutogenetische Beziehung. In: Jork, K., Peseschkian, N. (2006): Salutogenese und positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben. Bern: Huber.