

# Eine Student-Patient-Beziehung während des „Medical Training“

M. Keany, Leicester, England

Die vorklinische Medizin kann eine sehr frustrierende Lernerfahrung sein für junge Medizinstudenten, die gerne wirkliche Patienten treffen und sich wie wirkliche werdende Ärzte fühlen möchten. Der weite Bereich vermittelter Tatsachen, die alle nur oberflächlich behandelt wurden, ist entmutigend und mag sinnlos erscheinen.

Viele dieser Informationen sind sehr „wissenschaftlich“ und ganz anders als das, was viele Studenten erwarten. Gelegentlich taucht aber ein Gebiet auf, das ein vorher nicht vermutetes Interesse in einem Studenten erweckt.

Im zweiten Jahr meines Studiums fand ich zunehmendes Interesse an medizinischer Psychologie besonders auf dem Gebiet der menschlichen Sexualität. Ich stellte fest, daß ich dieser Frage nicht genug Zeit widmen konnte und keine Gelegenheit hatte, deren praktische Aspekte zu erfahren.

Darum entschied ich mich, zwischen mein zweites und drittes Medizinjahr ein extra Trainingsjahr zu schieben. Dieses wollte ich der Sexualität widmen und ein kleines Forschungsprojekt in einer klinischen Einrichtung übernehmen.

Das Ziel dieses Unternehmens war: Erstens das Forschungsprojekt, eine wissenschaftliche Befragung auf einem speziellen Gebiet der sexuellen Dysfunktion, die die Grundlage für eine den Untersuchern zu unterbreitende These sein sollte. Zweitens bestand für mich die Chance, im Rahmen einer Allgemeinarztpraxis mit Patienten mit sexuellen Problemen zu arbeiten.

So konnte ich praktische Erfahrung auf dem Gebiet bekommen und den Umgang mit diesen Problempatienten lernen.

Die Ergebnisse des zweiten Zieles werden in dieser Arbeit vorgestellt.

Als ich dieses Projekt startete, erkannte ich, daß das Gebiet der menschlichen Sexualität in der medizinischen Ausbildung übel vernachlässigt wurde.

Das Sexualverhalten oder genauer die richtige Sexualfunktion ist von größter Bedeutung für jede Art, weil sie der Schlüssel für das wesentliche Ziel, nämlich die Erhaltung der Art ist.

Die sexuelle Dysfunktion kann zum Nichtvollzug der Beziehung führen und wenn sie nicht behoben wird, die Geschlechterfolge des betroffenen Paares beenden.

Beim Menschen bringt die Sexualität einen wichtigen Beitrag zu Selbstachtung und Selbstvertrauen des Individuums. Trotz dieser Bedeutung haben sich die Ausbildungsprogramme für Gesundheitsberufe die menschliche Sexualität betreffend sehr langsam entwickelt.

Der Hintergrund meiner Jahresarbeit war ein großes Gesundheitszentrum in der Innenstadt von Leicester. Die Überweisung der Patienten an die von Dr. W. geleitete „Sexual-Dysfunction-Clinic“ erfolgte aus zahlreichen Quellen wie auch aus dem eigenen Patientengut des Gesundheitszentrums.

Dr. W. ist Allgemeinärztin und arbeitet hauptsächlich auf dem Gebiet der Familienplanung. Sie hat eine Zusatzausbildung in psychosexueller Beratung. Sie war beteiligt an der Beratung aller Patienten, die ich sah.

Ich hatte nur eine Beobachterrolle und war nicht aktiv in den therapeutischen Prozeß einbezogen. Aber ich notierte die Veränderungen in der Haltung der Patienten während der Behandlung, um Daten für mein Projekt zu sammeln.

Ich sah die Patienten zu verschiedenen Zeiten ihrer Behandlung und befragte jeden persönlich über seinen Familienhintergrund und seine frühen Sexualerfahrungen. So baute sich eine Beziehung zwischen mir und jedem Patienten im Laufe seines Klinikaufenthaltes auf. Ich fand es sehr schwierig, meine Rolle zum Patienten einzuschätzen, und ich fühlte, daß es den Patienten ebenso ging. Trotz meiner festgelegten Rolle, daß ich gänzlich außerhalb des therapeutischen Prozesses zu bleiben hatte, war die Wirklichkeit schwieriger.

Die Patienten waren gewohnt, eine Beziehung zum Praktiker zu bilden, mit einem gewissen Nutzen für sich selbst. Aber da ich dort als reine Forschungskraft war, war der Gewinn für den einzelnen Patienten nicht das primäre Ziel.

Einige Patienten akzeptierten bereitwillig das Konzept der Forschung als Langzeitnutzen für zukünftige Patienten und waren darum vorbereitet, hierfür „benutzt“ zu werden.

Als ich jedoch begann, die Patienten zu sehen, wurde die Situation schnell unklarer. Im Laufe meiner Begegnungen mit den Patienten wurden sie aufgefordert, sich umfassend zu exponieren und frühe Erfahrungen, die sie oft nie zuvor jemandem enthüllt hatten, aufzudecken. Dies war etwas, was ich nicht einfach kühl aufzeichnen konnte, ohne eine eigene Antwort zu geben. Ich fand, daß ich häufig meine eigenen Erfahrungen und Ängste enthüllte. Ich spürte, daß diese Enthüllungen und anschließenden Besprechungen der Erfahrungen wahrscheinlich nützlich für die Patienten waren und die Therapie veränderten. Auf diese Weise wurde ich an dem therapeutischen Ergebnis beteiligt.

Ich merkte, daß es für mich unmöglich war, keine Beziehung zu den Patienten entstehen zu lassen, die ihnen zu fühlen erlaubte, daß ich in meiner Forschung nicht nur Fakten von namenlosen Subjekten aufschrieb, sondern empathisch mit ihnen fühlte und bereit war, wenn nötig von ihnen gewünschte Dinge zu diskutieren, selbst, wenn sie nicht auf meiner Vormerkliste standen.

Bei einer Gelegenheit dauerte das sonst 20minütige Interview zwei Stunden.

Die Bildung einer Beziehung zu einem Patienten brachte Probleme, besonders weil manche Paare in der Klinik erschienen und ich die Partner einzeln sprechen mußte.

Ich war jedem Partner gegenüber verpflichtet, nicht das Vertrauen zu brechen. Dies war manchmal sehr schwierig, besonders wenn es offensichtlich wurde, daß ein Partner den anderen belog. Es war schwer, nicht Partei zu ergreifen.

War meine Rolle schon schwer verständlich für meine Patienten und mich, so schien sie unmöglich für die anderen Mitarbeiter der Klinik.

Mein Studentenstatus und die Tatsache, daß ich allein arbeitete und doch keine Therapeutin war, verunsicherte andere Mitarbeiter wie Sprechstundenhilfen und Schwestern. Sie wußten nicht, wie sie mich behandeln sollten. Da ich keine richtige Mitarbeiterin war, hatte ich kein eigenes Zimmer und mußte immer warten, bis mir jemand seines freimachte. Dies hieß, daß ich viel Zeit im Wartezimmer verbrachte. Ich empfand das als junge Frau sehr unangenehm.

Ich merkte, daß über den Grund meiner Anwesenheit in einem Familyplanning-Warteraum von den anderen Wartenden spekuliert wurde, mit denen ich nachfolgend zu tun hatte.

Persönlich waren die Mitarbeiter unsicher über meinen Status in Beziehung zu ihnen. Manche waren herablassend und ärgerlich bei jeder Bitte, die ich äußerte. Andere nahmen an, ich hätte einen höheren Status, als ich wirklich hatte – und damit fertigzuwerden war auch schwierig.

Das wichtigste Mitglied der Mitarbeiter war für mich Frau Dr. W. Unsere Beziehung war wesentlich, weil sie die Anfangskontakte zu allen Patienten herstellte, die ich später sah. Wie sie mich beschrieb und bei den Patienten vorstellte, war wichtig, weil es den Erfolg der Beziehung bestimmte, die ich nachfolgend mit ihnen aufbauen konnte.

In dieser Hinsicht war ich äußerst glücklich, weil sie die Situation so ausgezeichnet anpackte. Ich hatte den Eindruck, die Patienten waren froh, mich zu sehen und meinen Rollenerklärungen zuzuhören.

Ogleich diese Probleme und Gefühle ganz unspezifisch und über das ganze Jahr erfahren wurden, gab es unvermeidlicherweise einige Interaktionen mit Patienten, die mich mit vorher nie wahrgenommenen Aspekten der Arzt-Patient-Beziehung konfrontierten.

Herr S. ist ein 62jähriger Mann, der in der Klinik über erektile Impotenz klagte. Er hatte die jetzige Frau S. (42jährig) vor zwei Jahren geehelicht, nachdem er sich von seiner ersten Frau nach 28 Jahren getrennt hatte, um wieder zu heiraten. Herr und Frau S. hatten sexuelle Probleme, seit sie heirateten. Zum Zeitpunkt der Vorstellung konnte Herr S. eine Erektion bei keiner Gelegenheit halten.

Frau S. war eine attraktive Frau. Dies war ihre erste Heirat. Als Einzelkind wurde Frau S. extrem restriktiv erzogen. Ihre Eltern mißbilligten Sexualität und sie hatte schwere Schuldgefühle wegen Sexualität und Masturbation als junges Mädchen erfahren. Viele dieser Gefühle dauerten fort im Erwachsensein. Herr S. war der erste Mann, mit dem sie Intimverkehr hatte, obwohl sie verschiedene lesbische Erfahrungen hatte, ehe sie ihn traf. Sie schien sehr nervös und widerwillig die sexuellen Dinge zu besprechen und wurde sehr leicht verlegen.

Herr S. war ein sehr attraktiver Mann und sah viel jünger als 62 Jahre aus. Er hatte eine freundliche und offene Art und schien ganz entspannt trotz seiner jetzigen Probleme. Er stammt aus einer relativ großen Familie mit drei Geschwistern. Wenn auch seine Eltern sehr streng waren, so hatte er doch keine negative Haltung gegenüber Sexualität erfahren. Als junger Mann war er ausgedehnt mit der Army gereist, wobei er einen großen Teil sexueller Erfahrungen machte.

In der Army hatte er eine sehr liberale Haltung zum Sex angenommen und schien frei von Verlegenheit und Nervosität, während er mit mir sprach.

Er zeigte jedoch einige Zeichen von Mißbehagen, als die Sprache auf seine erste Frau kam. Es schien, daß die Scheidung eine längere Angelegenheit gewesen war, weil sie nicht zugestimmt hatte. Sie war tatsächlich ganz unerbittlich in der Zustimmung zur Scheidung gewesen, zum Teil wenigstens, weil sie römisch-katholisch war, aber auch weil sie fühlte, daß eine Frau ihres Alters wenig Chance haben würde, ein eigenes neues Leben aufzubauen.

Diese Information war nur unter großer Schwierigkeit aus seinem sonstigen Redefluß herauszulösen. Die sexuellen Beziehungen zu seiner ersten Frau waren problemlos gewe-

sen, solange sie existierten, aber in den letzten Jahren ihrer Ehe gab es keine sexuelle Beziehung mehr. Er hatte mit seiner jetzigen Frau keinen Intimverkehr gehabt, bevor sie heirateten. So war er über 5 Jahre ohne sexuelle Aktivität gewesen.

Meine Interaktionen mit Herrn S. waren die schwierigsten und aufschlußreichsten, die ich in dem Jahr erfuhr. Eines der Hauptprobleme, das auch gelegentlich bei anderen Patienten auftauchte, war mein Alter. Ich merkte plötzlich, daß ich eine andere Generation als viele meiner Patienten war. Und ich sah noch jünger aus als 21 Jahre.

Zuerst versuchte ich mich möglichst alt aussehend zu machen durch strengen Haarstil und Brille, aber nach ein paar Wochen erkannte ich, daß ich trotz meiner Anstrengungen immer noch jung aussah und daß die paar extra Jahre, die ich meinem Alter durch Tarnung hinzufügen konnte, irrelevant für meine Interaktionen mit den Patienten waren.

Meine Antwort auf diese Erkenntnis war, den Altersunterschied zu ignorieren, wenn der Patient keine Probleme damit zu haben schien, und nur eine professionelle Haltung von Anfang an anzunehmen, um den Patienten Vertrauen in meine Reife zu geben.

Mit Herrn S. war der Altersunterschied besonders groß, und so begann ich dieses Interview mit einigem Zittern. Ich entschloß mich, diesen Punkt direkt anzugehen, wenn ich merkte, daß er zum Problem wurde, indem ich fragte: „Ist es schwierig für Sie, mit jemandem meines Alters hierüber zu sprechen?“

Nachdem ich mich für dieses Vorgehen entschieden hatte, fand ich, daß viel Spannung von der Situation genommen war und schließlich kein Einschreiten nötig war. Herr S. akzeptierte mein Alter und meine Position bereitwillig.

Der Hintergrund zu Herrn S.' Problem gab eine neue Schwierigkeit.

Nachdem er kürzlich eine über 20 Jahre jüngere Frau geheiratet hatte und sich dann selbst impotent erlebte, legte er großen Nachdruck auf seine Attraktivität und Männlichkeit und schien mich als Mittel zu benutzen, hierüber ein positives Feedback zu bekommen.

Er war sehr darauf aus, mir über seine Erfahrungen als junger Mann zu erzählen und hob auch die Tatsache hervor, daß er sehr beliebt bei den „jungen Damen“ seines Büros war, in dem er jetzt arbeitete, und daß viele von ihnen einen Flirt mit ihm mochten.

Er verglich sich selbst oft mit anderen männlichen Kollegen gleichen Alters, die nicht diese freundliche Aufmerksamkeit erhielten.

Da ich selbst eine „Young lady“ war, fühlte ich, daß er auf eine Bestätigung dieser Geschichte wartete, indem ich ihm flirtend antwortete.

Als dieser Aspekt unserer Interaktion ohne Vorwarnung erschien, reagierte ich zu dem Zeitpunkt instinktiv. Erst später hatte ich Zeit zu überlegen, ob meine Antwort richtig gewesen war.

Ich fand es natürlich, für ein positives, erwartetes Feedback zu sorgen, und zwar in einer unspezifischen, nicht sexuellen Weise.

Wenn zum Beispiel Herr S. mir erzählte, daß er sehr beliebt bei den jungen Damen seines Büros sei, und dann für meine Antwort innehielt, erwiderte ich sofort: „Da bin ich sicher, daß Sie es sind.“

Als ich über diesen Aspekt des Interviews nachdachte, war ich zunächst beunruhigt, daß meine Reaktionen nicht „professionell“ waren und daß ich mir erlaubt hatte, mich von Herrn S. manipulieren zu lassen, aber später fühlte ich, daß ich ebenfalls ehrliche Antworten gegeben hatte und daß diese tatsächlich weitere Kommunikation zwischen uns erleichtert hatten.

Herr S. wurde als 62jähriger von vielen älter geschätzt, und seine Vorstellung mit Impotenz warf das ganze Problem der Sexualität im Alter auf. Dies ist ein Gebiet voller Mythen und Mißverständnisse. Es gibt ein soziales Stereotyp des Älteren, des Alterns, und ein wichtiger Teil dieses Klischees ist Asexualität. Die Gesellschaft betrachtet den sexuellen Ausdruck für die Älteren als unangemessen, und diese Einstellung kann von den Älteren so internalisiert werden, daß auch sie sexuelle Wünsche als unangemessen empfinden. Wenn eine ältere Person es fertigbringt, sich über diesen sozialen Druck zu erheben und sich tatsächlich einem Doktor mit dem sexuellen Problem öffnet, dann kann er oder sie einem Doktor gegenüberstehen, der ein echtes Produkt der Gesellschaft ist und der es fertigbringt, den Eindruck zu vermitteln, der Patient solle doch bei seinem Alter nicht (mehr) über diese Lebensaspekte nachdenken. Hier zeigt sich, was Balint die „Apostolische Funktion“ des Arztes nennt: „Es war fast, als ob jeder Doktor die Kenntnis enthüllte über das, was für die Patienten zu erwarten oder zu ertragen falsch oder richtig sei – und ferner, als ob er eine heilige Pflicht hätte, alle ignoranten und ungläubigen unter seinen Patienten zu seinem Glauben zu bekehren“ (S. 216).

In Wirklichkeit hat die Forschung gezeigt, daß sexuelle Aktivität bei älteren Menschen möglich und tatsächlich häufig vorhanden ist. Und so basiert diese Reaktion mancher Ärzte nicht auf medizinischer Kenntnis, sondern auf ihren eigenen Vorurteilen.

Für mich war es eine Herausforderung, meiner apostolischen Funktion nicht zu erlauben, meine Haltung zu Herrn S. zu diktieren und sein Problem mit dem gleichen Grad von Wichtigkeit und Respekt zu betrachten, den ich für die Jungvermählten hatte, die wegen eines schweren Vaginismus nicht die Ehe vollziehen konnten.

Obwohl ich viel über die Theorie der Sexualität bei Älteren wußte und tatsächlich keine negativen Gefühle darüber hatte, fand ich es schwer, mich nicht von dem Medienimage beeinflussen zu lassen, daß Sex als Erfahrung nur mit jungen attraktiven Menschen assoziiert werden könne. Ich fühlte, daß dies Vorurteil nicht auf Herrn S. übertragen worden war, und ich war dankbar, die Gelegenheit gehabt zu haben, hierüber in der Theorie nachzudenken, bevor es mir in der Praxis begegnete.

Ein zentraler Punkt in Herrn S.' Problem war die Schuld, die er zu fühlen schien, wenn er die Scheidung von seiner ersten Frau bedachte. Dies zeigte sich in der Schwierigkeit, die er hatte, wenn er hierüber mit mir sprach. Widernatürlicherweise entdeckte ich mich bei dem Wunsch, diesen Punkt energischer zu verfolgen, fast als wünschte ich, seine Schuld noch weiter zu verstärken.

Während ich über diese Reaktion reflektierte, erkannte ich, daß ich meine eigene moralische Überzeugung auf Herrn S. anwandte. Selbst als Katholikin erzogen, konnte ich mich in die Gefühle von Herrn S.' erster Frau gut hineindenken. Ich sah mich auch instinktiv auf die Geschichte eines Mannes reagieren, der seine Frau wegen einer viel Jüngeren nach vielen Ehejahren verläßt – trotz der Tatsache, daß ich nichts über die Umstände wußte.

Sowie ich erkannte, daß ich diese Gefühle hatte, war ich fähig, das Problem zu durchdenken und mich ihm zu stellen, um dabei vielleicht zu erkennen, daß es nicht an mir war zu urteilen und daß solche Gefühle meine Beziehung zu Herrn S. ungünstig beeinflusst haben könnten.

Balint weist darauf hin, daß die menschliche Sexualität das Gebiet ist, auf dem größte Sorgfalt walten muß, und nicht die eigene Ansicht über „richtig“ oder „falsch“ gepredigt

werden sollte. Darum handelte es sich hier: Meine Reaktionen waren beherrscht von Gefühlen, die ich zu der Zeit nicht einmal zugeben konnte.

Neben der unmittelbaren Wirkung dieser Episode, die mir Einsicht in meine weitergehende Beziehung zu Herrn S. geben sollte, mußte ich meine Gedanken auf meine persönliche Sicht der Moral wenden. Ich prüfte die Werturteile näher, die ich über andere Leute in meinem persönlichen und beruflichen Leben fällte.

Herr und Frau S. sprachen sehr gut auf die Therapie bei Frau Dr. W. an und kamen das letzte Mal drei Monate nach ihrem ersten Termin. Damals waren beide glücklich über die erreichte Besserung.

Ich selbst fand die Zeit, die ich mit Herrn S. verbracht hatte, äußerst wertvoll und bemerkte, daß auch Herr S. von der entstandenen Beziehung profitiert hatte. Zumindest weiß ich, daß er Freude an unseren Interaktionen hatte.

Die medizinische Ausbildung neigt dazu, sich auf die harten Fakten der Medizin zu konzentrieren. Sie überläßt es den Studenten, selbst die Probleme zu entdecken, die auftauchen, wenn diese Fakten in die Praxis übersetzt werden. Sie unterstützt sie nicht bei diesen Schwierigkeiten. Im Bereich der Sexualität ist der Student noch mehr isoliert, da viele Curricula das Gebiet völlig ignorieren. Ohne Führung neigen Studenten und Ärzte gleichermaßen dazu, sich auf ihr eigenes „gutes Gefühl“ zu verlassen. Dieses kann aber für den Patienten ganz unangemessen sein.

Im Hinblick auf das Lehren der menschlichen Sexualität ist es sehr wichtig zu erkennen, daß, wenn man beabsichtigt, den Patienten als eine Person zu behandeln (was das Ziel einer guten ärztlichen Praxis sein sollte) man es sich nicht leisten kann, solch einen wichtigen Aspekt des menschlichen Lebens zu ignorieren.

Patienten berichten dem Arzt oft verwirrt und unsicher über die Wertigkeit ihrer Probleme und sind peinlich verlegen, wenn sie sie aufdecken müssen. Einem Arzt zu begegnen, der sowohl ignorant als auch peinlich berührt ist, ist beleidigend für den Patienten und ein Mißerfolg für den Arzt.

Genauso, wie manche Studenten es peinlich finden, ihre ersten Patienten über ihre Darmfunktion zu befragen, dann aber merken, daß es mit der Übung bald zur zweiten Natur wird, würde Vertrautsein mit der Sprache der Sexualität die Tabus beseitigen helfen. Es ist ebenso wichtig zu betonen, daß einem Studenten oder Arzt auf jeder Krankenstation die sexuellen Aspekte des Krankseins bewußt sein müssen.

Ein Patient nach einem Herzinfarkt kann beunruhigter darüber sein, wann er die sexuelle Beziehung zu seiner Frau wieder aufnehmen kann als, wann er zur Arbeit zurückkehren kann. Doch gibt man ihm kaum irgendeinen Hinweis hierfür.

Zusammenfassend muß die medizinische Ausbildung mehr Aufmerksamkeit auf das Gebiet der Sexualität richten und unter den Studenten die Wahrnehmung darüber erhöhen, welche Rolle sie als Ursache von viel Unglück bei Patienten in jedem medizinischen Fachgebiet spielt.

Ich fand, daß mein Hintergrundwissen über Sexualität der Älteren mich nicht umfassend für die Situation Herrn S. gegenüber vorbereitet hatte, obwohl ich über das Wissen froh war.

An der Leicester-Medizinschule wird die Methode des Rollenspiels in der Abteilung Allgemeinmedizin angewandt. Viele Studenten betrachten dies als einen ausgezeichneten Weg, mehr über sich selbst und die Arzt-Patient-Beziehung im allgemeinen zu lernen.

Dabei dürfen Fehler gemacht werden, und das Erleben und Lernen geschieht unter Bedingungen, die dem Patienten nicht schaden. Videobänder erlauben ihnen im nachhinein, über ihre Reaktionen zu reflektieren. Sie zwingen sie, ehrlich gegenüber den erlebten, oft erst durch das Video aufgedeckten Gefühlen zu sein.

Leider wird durch Lehrplanraffung auch diese Lehrweise reduziert. Es wäre aber hilfreich, wenn die Studenten diese Problemsituationen in Kleingruppen diskutieren könnten und wenn dies ein offizieller Teil der Ausbildung wäre.

In vielen Allgemeinpraxen wird dies schon getan. Die Partner treffen sich regelmäßig, um über Patienten zu sprechen, mit denen sie nicht voranzukommen meinen. Für Krankenhausärzte gibt es das nicht, obwohl sie sicher auch solche Probleme haben.

All diese Gruppen haben also eine wichtige praktische Funktion. Zusätzlich fördern sie auch die Erkenntnis, daß Ärzte (Studenten) und Patienten zuerst einmal Menschen sind und ihre Interaktionen durch die persönliche Eigenart eines jeden der beiden kompliziert werden kann.

Wenn dies einmal verstanden wird, ist der Weg für eine gute Kommunikation und eine erfolgreiche Arzt-Patient-Beziehung freigemacht.