

# Über eine Student-Patient-Beziehung während des Medizinstudiums

J. Goldin, Manchester, England

Die ärztliche Praxis ist sowohl eine Kunst als auch eine Wissenschaft. Aber leider wird in der medizinischen Ausbildung das letztere auf Kosten des ersteren hervorgehoben. Ein wichtiger Teil dieser Kunst liegt in dem Wissen, wie man am besten mit seinem Patienten umgeht. Es wird zunehmend anerkannt, daß die Art der Interaktion zwischen Arzt und Patient einen bedeutenden Einfluß auf das Ergebnis der Behandlung des Patienten haben kann.

Dieses letzte Semester war mein erstes klinisches, und trotz meiner begrenzten praktischen Erfahrung hat es mir doch Eindrücke über die Anforderungen, mit denen ein Arzt in der Beziehung zu seinen Patienten konfrontiert werden kann, nahegebracht.

Diese Forderungen können besonders groß sein, wenn das Problem des Patienten vor allem aus den Schwierigkeiten stammt, die er in seinem psychischen Leben hat. Psychische Faktoren sind eine weitverbreitete Ursache für »Unwohlsein« der Patienten. Aber diese Tatsache hat noch kaum in der heutigen Medizin-Ausbildung ihren notwendigen Platz.

In dieser Arbeit möchte ich meine Beziehungs-Erfahrung mit einer an Anorexia nervosa leidenden Patientin beschreiben. Eine Beziehung, die ich als besonders schwierig und herausfordernd empfand und die mir viel Stoff zum Nachdenken gab. Ich muß sagen, daß ich mich selbst einem Problem gegenübergestellt sah, auf das die vorklinische Medizin mich schlecht vorbereitet hatte. Dies zeigt die Notwendigkeit für Veränderungen im Medizinstudium. – Ich werde am Ende dieser Arbeit darüber diskutieren.

Als ich L., eine 19jährige Patientin, das erste Mal auf der Nierenstation, auf der ich arbeitete, sah, war ich ganz verblüfft über ihre körperliche Erscheinung. Sie war extrem ausgemergelt mit tiefliegenden Augen, hängenden Wangen und vorstehenden Knochen. Ich war schockiert, jemanden zu sehen, der wie ein Hungeropfer aussah. Ich fragte einen der Ärzte, was ihr fehle. Man sagte mir, daß sie an Anorexia leide. Klar, über diese Krankheit hatte ich viel gehört, aber niemals hatte ich direkten Kontakt zu jemandem gehabt, der daran litt.

Man erzählte mir, daß L. eigentlich auf einer psychiatrischen Station behandelt werden sollte, aber dann auf unsere Station überwiesen wurde, nachdem ihr Zustand sich in solchem Maße verschlimmert hatte, daß sie sorgfältige medizinische Behandlung brauchte, um tatsächlich am Leben zu bleiben. Wenn sie etwas Gewicht zugenommen hätte und nicht mehr in einem so hoffnungslosen körperlichen Zustand sei, würde sie auf die Psychiatriestation, von der sie kam, zurücküberwiesen. Sie verbrachte also etwa drei Wochen auf unserer medizinischen Abteilung, während derer sie zuerst intravenös, später oral ernährt wurde. Während dieser Zeit verbesserte sich ihr Zustand soweit, daß sie schließlich in die Obhut der Psychiater zurückkehren konnte.

Nach der Erlaubnis vom Krankenhausarzt stellte ich mich L. als Medizinstudent vor und fragte, ob ich mit ihr sprechen könne. Ich war angenehm überrascht, sie trotz ihrer körperlichen Erscheinung heiter und geistig ganz rege anzutreffen. Ich erinnere das Gefühl, daß es höchst unpassend wäre, jetzt Notizbuch und Stift herauszuziehen und eine ganze Krankengeschichte und Untersuchung durchzuführen. Diese waren kürzlich von mehr als einem Arzt gründlich vorgenommen worden.

So entschied ich, daß eine formlosere Annäherung ein weitaus besserer Weg wäre, um eine einigermaßen erfolgreiche Kommunikation herzustellen. Ich besann mich auch, daß Balint einmal schrieb: »Wenn der Arzt Fragen stellt nach Art der Anamneseerhebung, bekommt er nur Antworten, aber kaum etwas mehr.«

Obwohl L. 19 Jahre war, ließ ihr ausgemergelter Zustand sie ein ganzes Stück älter erscheinen. Sie war mit einem roten Hautausschlag bedeckt. Trotz ihrer zerknitterten Erscheinung sah sie doch irgendwie kindlich aus. Sie hatte einen riesigen Teddy neben sich, den sie mit menschlichen Eigenschaften versah und mit dem sie in kindlicher Begeisterung sprach, froh, jemanden zu haben, der an ihrem Wohlergehen interessiert war.

L. war sehr begierig, über sich selbst zu sprechen, und erzählte, daß sie die Jüngste von fünf Schwestern sei. Sie sei in Irland aufgewachsen und vor einigen Jahren von zu Hause fortgelaufen, um vor etwas zu entkommen, das sich wie »tragische Erziehung« anhörte. Sie sprach von sexuellem Mißbrauch durch ihren Vater, Drohungen ihrer Mutter, sie mit einem Eisenstab zu schlagen, wenn sie die Polizei benachrichtige. Dann erzählte sie weiter, daß »Hunderte« anderer Männer sie auch mißbraucht hätten. – Als ich hier nachfragte, sagte sie, was sie wirklich damit meine, sei, daß sieben oder acht von ihres Vaters Freunden sie regelmäßig mißbraucht hätten ... Ich war nicht sicher, wieviel davon wirklich wahr war, aber ich fühlte, daß es wichtig war, wahrzunehmen, daß vieles von dem, was sie sagte, das Ergebnis unbewußter Ängste und Phantasien sein könnte, vermischt mit einer fraglos unglücklichen Kindheit.

Sie fuhr fort, mir zu erzählen, wie sie – in England angekommen – ein paar Jahre gekämpft hatte und schließlich das Glück hatte, einen Wettbewerb um die Arbeit als vielversprechendes Modell zu gewinnen.

Sie war in eine höchst einträgliche Karriere als Modell katapultiert worden und hatte sich an ihrem neugefundenen Reichtum erfreut. Aber nach einiger Zeit fand sie ihren Job äußerst anstrengend. Sie begann, sich um ihr Gewicht zu sorgen, und fragte Leute, mit denen sie zusammenarbeitete, ob sie dächten, sie würde zu fett. Alle versicherten ihr, daß sie gut aussah. Aber als ein Agent vorschlug, sie solle doch ihre Oberschenkel etwas straffen, war dies der Katalysator, auf den sie gewartet hatte, um eine strenge Diät zu beginnen. Im Laufe von 18 Monaten fiel ihr Gewicht von 54 auf 28 kg, und sie wurde schließlich ins Krankenhaus eingewiesen.

Ich hörte ihrer Geschichte ohne Unterbrechung zu, denn sie schien ein starkes Bedürfnis zu haben, mit jemandem zu sprechen. Es gab ihr die Möglichkeit, ihre Gefühle auszudrücken. Das schien wie eine Art emotionale Katharsis zu wirken, wenn sie mir zum Beispiel sagte, sie sei nicht sicher, ob sie leben oder sterben wolle. Ihre Befürchtungen und Ängste mußten klar ausgedrückt und durchgearbeitet werden, ehe sie sich erholen konnte. Ich fühlte, daß einfach Zuhören für sie von therapeutischem Wert war.

L. erzählte mir, daß ich der erste Mensch sei, seit sie im Krankenhaus war, der sich tatsächlich zu ihr gesetzt und wirklich zugehört hätte, und sie schien dies schätzen zu kön-

nen. Als ich sie nach der Versorgung fragte, die sie bei den Psychiatern erfahren hatte, sagte sie, daß sich dort mehrere um sie gekümmert hätten, aber sie schienen immer zu beschäftigt zu sein, um Zeit mit ihr zu verbringen. Einer der konsultierten Psychiater hatte ihren Fall in die Hand genommen, aber ihre Besprechungen mit ihm waren gehetzt und oft von Telefonanrufen unterbrochen.

In der letzten Semesterwoche vor den üblichen Weihnachtsferien wurde L. auf die psychiatrische Abteilung zurücküberwiesen, und ich hoffe, daß sie bei unserer nächsten Begegnung ein positiveres Gefühl über die erfahrene Behandlung haben wird.

Als bei unserem ersten Treffen für mich die Zeit zum Gehen kam, bat sie mich dringend, wiederzukommen und sie zu sehen. Ich stimmte zu und ging mit dem Gefühl, sie sei eine ängstliche, aus der Fassung gebrachte einsame junge Frau, die verzweifelt Hilfe brauchte. Ich sprach dann mit dem Stationsarzt, aber er konnte nur wenig Anweisungen geben, da ihr Problem psychiatrisch und nicht medizinisch war. Aber soviel ich weiß, hatte sie nur einen Psychiaterbesuch während der ganzen Zeit auf unserer Abteilung.

Als ich nach Haus zurückkehrte, schlug ich nach, was ich über die Anorexia finden konnte, aber ich fand nur wenig, was die Behandlung von Patienten mit dieser Eßstörung betraf. – Ich hatte die Angewohnheit, die verschiedenen Krankheiten, an denen die Patienten auf unserer Abteilung litten, nachzuschlagen. Obwohl man auf diese Weise eine Menge lernen kann, kann es auch zu dem Irrglauben verführen, daß die große Mehrheit der Patientenprobleme säuberlich in Gruppen eingeteilt werden können und somit ein besonderes Behandlungsregime in Gang zu bringen erlauben. Natürlich ist das Leben nicht so einfach in vielen Fällen – und L. war eine von diesen Patienten meines letzten Semesters, die mir dies sehr stark vor Augen führte.

Ich entschied, daß das beste, was ich L. anbieten konnte, meine Unterstützung und ein mitfühlendes Ohr sein konnte, während sie die körperliche Behandlung bekam, die sie sofort benötigte, um am Leben zu bleiben und neue Kräfte zu entwickeln. Als Medizinstudent hatte ich mehr Zeit als die beschäftigten Ärzte dieser Abteilung mit ihr zu verbringen.

Meine beiden Mitstudenten und ich haben oft festgestellt, daß Patienten sich bereitwilliger uns zuwenden als den qualifizierten Ärzten, um mit uns ihre Befürchtungen und Ängste zu besprechen.

Dies beruht wahrscheinlich nicht nur auf der Tatsache, daß wir mehr Zeit haben, bei ihnen zu sitzen und ihnen zuzuhören, sondern auch weil sie sich weniger durch uns bedroht fühlen, weil wir jünger und ohne richtige Position sind. Am Ende dieser Arbeit werde ich darauf zurückkommen, daß die zukünftige Mediziner Ausbildung dieses mehr hervorheben muß, als es jetzt getan wird, um das Wahrnehmungsvermögen der Studenten zu verbessern und sie gründlicher auf solche Anforderungen vorzubereiten, die ihnen allen in der klinischen Medizin begegnen werden.

Obwohl ich spürte, daß ich L. eine gewisse Hilfe anbieten konnte, merkte ich doch nur zu gut, daß die Psychodynamik einer Anorexie-Patientin hoch komplex war, weit davon entfernt, von mir verstanden zu werden, und daß ich weder die Erfahrung hatte noch in der Lage war, die gründliche Hilfe zu geben, die sie brauchte.

Ich erinnere mich an eine Gelegenheit, als ich versuchte, mit L. zu rationalisieren – nicht wirklich erwartend, daß es möglich wäre, aber doch in einem Versuch weiter zu verstehen, wie sie sich selbst sah. Ich legte meinen Unterarm neben ihren und fragte sie, ob

sie sehen könnte, wie dünn sie sei. Aber sie antwortete, sie könne nichts Abnormes sehen. Wenn sie sich selbst im Spiegel betrachtete und ihre Erscheinung mit Fotografien aus einer normalgewichtigen Zeit verglich, sagte sie, sie könne keinen Unterschied sehen. Es war klar, L. hatte ein ernsthaft gestörtes Bild ihres Körpers.

Bei einer anderen Gelegenheit saß ich mit L. bei der Mahlzeit und überwachte ihr Essen. Ich erinnere lebhaft, wie sie die mühsame Aufgabe bewältigte, alles Panierte, das ihren Fisch umhüllte, abzukratzen, bis sie schließlich den eigentlichen Fisch in der Mitte aß.

Mit etwas Hilfe und Ermunterung meinerseits aß sie fast allen Fisch und auch Gemüse und Obstsalat. Am Schluß sagte sie, daß sie sich aufgedunsen und schuldig wegen des zu vielen Essens fühlte. Ich versuchte ihr aber zu sagen, daß sie in Wirklichkeit sehr wenig gegessen habe und sich nicht schuldig fühlen müsse, zuviel in sich hineingestopft zu haben. Sie fragte mich auf ihre kindliche Art, ob ich sicher sei, daß sie sich nicht schuldig fühlen müsse. Und als ich versicherte, ich sei ganz sicher, schien sie erleichtert.

Im Verlauf unserer verschiedenen Treffen schien L. mich öfter in die Position der elterlichen Autorität zu stoßen. Ich habe gelesen, daß Regression häufig ist bei Anorexia-Patienten. Es schließt das Auftreten kindlicher Verhaltensmuster in sich. Dies zeigt ihre Unfähigkeit, Leben und Schmerzen (körperlich oder emotional) auf eine reife Weise zu bewältigen. Es ist interessant zu hören, daß Balint über Patienten geschrieben hat, die die fötale Stellung in vielen schmerzhaften Zuständen einnehmen. Er hat auch beobachtet, daß andere bereit sind oder verlangen, gewaschen und gefüttert zu werden, selbst, wenn es objektiv nicht mehr nötig ist.

Ich versuchte auf L.s regressive Tendenzen zu antworten, indem ich sie nicht wie ein Kind behandelte, aber ich merkte, daß ihre emotionalen Probleme so geartet waren, daß sie es sehr schwierig fand, mehr Verantwortung für sich zu übernehmen.

Wenn ich auf unsere Gespräche zurückblicke, so gab es Zeiten, in denen L. mich zu überidealisieren schien, wenn sie zum Beispiel sagte: »Sie sind der einzige, der mich versteht!« – Sie schien manchmal zu erwarten, daß ich Antworten auf all ihre Probleme hätte. Ich mußte vorsichtig sein, keine unrealistischen Forderungen auf mich zu ziehen. Ich erinnere mich, daß einer der Berater zu mir kam und meinte, ich hätte sehr viel Zeit mit L. zugebracht, was ich denn über sie dächte. Wir sprachen einige Zeit über sie und mußten zugeben, daß es sehr schwierig sei zu wissen, wie ihr Problem zu behandeln sei. Als ich mit L. sprach, sagte ich ihr, es sei für mich schwierig zu verstehen, warum sie an Anorexia litte. Sie dürfe von mir nicht erwarten, daß ich ihr Lösungen für ihre Schwierigkeiten geben könnte.

Wenn ich darüber nachdenke, spüre ich, daß ich in gewissem Ausmaß das Subjekt für L.s Übertragungsverhalten war. Auf vielfache Weise spiegelt die Beziehung zwischen Doktor und Patient auch die zwischen Eltern und Kind wider. Der Patient kann kindliche Konflikte und Nöte in der Beziehung zum Arzt wiederholen. Die Patienten können auf ihren Arzt alle Arten magischer Erwartungen, Hoffnungen und Ängste projizieren, die im wesentlichen irrational sind. Hierbei stammt diese Irrationalität nicht nur von der Verwirrung zwischen Vergangenheit und Gegenwart, sondern auch zwischen Phantasie und Wirklichkeit.

Es gab Zeiten, in denen L.s Haltung mir gegenüber darauf hinwies, daß Phantasie und Realität irgendwie vermischt waren. Ich mußte mir das vergegenwärtigen. Bei unserem

letzten Treffen vor der üblichen Weihnachtsunterbrechung sagte L., wenn es ihr besser ginge, müßten wir gemeinsam Essen gehen. Ich war unsicher, wie ich darauf reagieren sollte, und sagte lächelnd. »Wir müssen erstmal sehen, daß es dir besser geht!« Ich mußte aufpassen, daß die Realität unserer Beziehung als »professionell« geklärt wurde, dennoch wollte ich nicht kalt oder unfreundlich erscheinen, wenn ich ihr Angebot zurückwies.

Ich mußte eine passende emotionale Distanz zu L. einhalten, um zu verhindern, daß ich nicht zu sehr emotional verwickelt wurde. Das bedeutete aber nicht, daß ich mich von ihr fernhalten oder distanzieren wollte. Ich muß sagen, ich hätte die Möglichkeit begrüßt, meine Schwierigkeiten, die in der Beziehung zu L. auftauchten, in einer Studentengruppe unter der Leitung eines erfahrenen Praktikers zu besprechen.

Dies bringt mich zur Frage der medizinischen Ausbildung. Es ist in dieser Arbeit gezeigt worden, daß Studenten in ihrer Beziehung zu ihren Patienten zahlreichen Forderungen gegenüberstehen, für die sie oft kaum vorbereitet sind. Ich habe gehört, daß bei der Abschlußprüfung der Medizinstudent der bestinformierte, aber der am schlechtesten emotional ausgebildete Prüfling ist. Eines der Probleme ist, daß die Studenten während ihrer medizinischen Ausbildung nicht ermutigt werden, genug Gedanken auf ihre Beziehung zu den Patienten zu verwenden ... Die Mediziner Ausbildung besteht hauptsächlich aus Faktenlernen und dem Lehren von Handeln, wobei wenig Zeit zum Innehalten, zum Reflektieren für die Studenten bleibt.

Die Arzt-Patient-Beziehung ist eine komplexe Angelegenheit und enthält weit mehr als nur den Patienten, der sich dem Arzt mit einer Beschwerde vorstellt, und den Arzt, der die Diagnose stellt und die Behandlung anordnet.

Sie ist zuerst und vor allem eine Beziehung zwischen zwei menschlichen Wesen, bei der Gefühle und Emotionen eine wichtige Rolle in der Interaktion spielen.

Es würde einen Fortschritt bedeuten, wenn man in die Ausbildung Diskussionsgruppen einführen würde, die, von erfahrenen Ärzten geleitet, psychologische, emotionale und ethische Aspekte der medizinischen Praxis behandeln.

Die Studenten müßten ermutigt werden, schon im ersten Jahr ihrer medizinischen Ausbildung darüber nachzudenken, mit welchen Problemen sie in der klinischen Praxis konfrontiert sein werden. Ferner brauchen die Studenten während ihres klinischen Jahres ein Forum, in dem sie die in ihrer Beziehung zu Patienten aufgetretenen Probleme diskutieren können. Dies könnte in regelmäßig sich treffenden Gesprächsgruppen mit erfahrenen Supervisoren stattfinden. Wenn ihnen auf diese Weise die Möglichkeit gegeben würde, ihre Beziehung zu den Patienten zu erforschen, könnten sie ihre Patienten besser verstehen.

Wie durch Diskussionsgruppen, so können die Studenten durch Teilnahme am Rollenspiel mehr über eine erfolgreiche Kommunikation mit den Patienten erfahren. Auch wenn die Studenten bei dem Umgang mit Patienten auf Video aufgenommen werden, können sie ihr eigenes Verhalten objektiv beurteilen und von ihren Fehlern lernen. Zum Beispiel ist es schwer, einen guten Kontakt mit dem Patienten herzustellen, wenn man Blickkontakt vermeidet. Solche Techniken sind nicht neu in der Ausbildung von Ärzten, aber ihr Gebrauch müßte mehr verbreitet werden.

Die Beziehung eines Medizinstudenten zu seinem Patienten kann also höchst schwierig und herausfordernd sein. Wenn eine erfolgreiche Kommunikation hergestellt werden soll, müssen die Studenten sehr aufmerksam die psychologischen und emotionalen Probleme

in der Beziehung wahrnehmen. Man darf nicht vergessen: Die Qualität der Beziehung zwischen Arzt und Patient hat einen bedeutenden Einfluß auf die Heilung.

Wenn Veränderungen in diesem Sinne im Medizinstudium erreicht werden könnten, wäre es von großem Nutzen für alle Betroffenen, für Arzt, Student und Patient.