

Patient – Heiler - Widerstand

Wir kennen alle aus den Zeichentrickfilmen folgende klassische, archetypische Szene. Eine Katze nähert sich einem Abgrund, aber sie bleibt nicht stehen, sie geht ruhig weiter, obwohl sie schon, ohne Grund unter ihren Füßen zu haben, in der Luft hängt. Sie fällt erst in dem Moment, in dem sie hinunterblickt und erkennt, dass sie in der Luft schwebt. Der springende Punkt beim Nonsens-Unfall aus dem Zeichentrickfilmen ist nämlich folgender: solange die Katze langsam in der Luft weiter schreitet, ist es als ob das Reale für einen Moment sein Wissen verloren hätte, wenn die Katze schliesslich herunter schaut, erinnert sie dich daran, dass sie den Gesetzen der Natur Folge leisten muss und fällt hinunter.

Zwischen dem Moment, in welchem sich der Mensch bewusst wird, dass er sich den Gesetzen der Natur beugen muss – also in der Konfrontation mit seinem physischen Ende und dem effektiven Eintreten seines physischen Todes, da sind wir TherapeutInnen besonders gefragt. Wir spinnen ein Netz gemeinsam mit dem Patienten, seiner Familie, Ärzten, vielleicht auch anderen TherapeutInnen, der Spitex oder dem Sozialdienst, damit der sich im Fall befindende Patient aufgefangen werden kann, bzw. wie Christian Vogel gesagt hat, er sich den Raum für die Selbstheilung nehmen kann.

Bei Hildegard von Bingen, um etwas philosophischer zu werden, habe ich in diesem Zusammenhang folgende Aussage gefunden:

„Durch Gottes Güte, durch die sie göttlich ist, vertraut die Seele darauf, dass sie über die heiligen Werke, die sie mit dem Menschen wirkt, eine Wohnstätte für alle auf Erden schaffe.“

Da stehen wir jetzt also offen, bereit mit dem Patienten an seiner Wohnstätte auf Erden, an seinem Netz, seinem Raum zu Selbstheilung zu arbeiten – und es kommt uns Widerstand entgegen.

Damit wir uns dem Thema Widerstand auch persönlich etwas nähern können, habe ich ein Spiel für uns alle vorbereitet. Ich stelle Ihnen Fragen und wenn Sie diese mit JA beantworten würden, dann stehen Sie auf. Falls Sie diesem Spiel gegenüber Widerstände verspüren, dürfen Sie gerne einfach sitzen bleiben. So erhalten wir einen kurzen Überblick welche Widerstände wir TherapeutInnen selber kennen.

- Kennen Sie dass, ein Patient kommt zu ersten Mal in ihre Praxis und sie spüren Widerstände ihm oder ihr gegenüber?
- Kennen Sie das, dass sie denken, jetzt kommt der oder die schon wieder?
- Kennen Sie die Situation, dass sie Widerstände haben eine oder einen Patienten zu berühren?
- Haben Sie auch schon mal erlebt, dass sie nach dem Durchsehen der Agenda lieber an den See als in die Praxis gegangen wären?
- Kennen Sie das, sie haben Widerstände einem/einer Patientin gegenüber, müssen ihn/sie jedoch aus finanziellen Gründen nehmen?
- Sie haben Widerstände einem/einer Patientin gegenüber, fühlen sie jedoch innerlich verpflichtet, sie oder ihn zu behalten.
- Kennen sie die Situation, sie haben gute Therapieansätze und der die Patientin will nicht darauf einsteigen?
- Wissen Sie dann, woher der Widerstand des/der Patientin kommt?
- Und wissen Sie dann immer, was sie dann machen sollen, wenn er/sie nicht will?
- Sie bekommen eine Therapieanfrage und haben bereits den Terminkalender voll. Trotz innerer Widerstände tragen sie den oder die Patientin während der Mittagspause oder am Feierabend noch ein.
- Kennen Sie Situationen, in denen sie eigentlich selbst Hilfe brauchen würde, aber trotzdem keine holen?
- Haben Sie auch schon gedacht, ich bräuchte jetzt eigentlich eine Supervisionssitzung, aber ich habe keine Lust dazu?
- Glauben sie auch, dass es keinen Sinn macht, wenn sie in eine Supervisionssitzung gehen würden, da ausser ihnen sowieso niemand die von ihnen angewandte Therapie kennt?

- Kennen Sie das auch, dass sie einfach nicht verstehen konnten, was der oder die Patientin ihnen sagen wollte.
- Haben Sie jetzt auch genug von diesem Spiel?

Wahrscheinlich haben wir in diesem Spiel alle gemerkt, wie oft uns auch im therapeutischen Alltag Widerstände begegnen. Ganz gleich in welcher Form sich uns Widerstand zeigt, sollten wir ihm mit Respekt begegnen. Wenden wir uns dem Widerstand zu, so können wir erkennen, dass Widerstand eine Kraft ist. So lange Widerstand im menschlichen System erkennbar ist, ist Leben sichtbar - Sterben ist unmöglich. Widerstand ist also grundsätzlich eine Einwilligung zum Leben. Widerstand zeigt uns jedoch gleichzeitig Blockaden im System auf und es gilt, dieser Blockade auf die Schliche zu kommen, damit sie sichtbar gemacht werden kann und hoffentlich in einem transformierten Zustand als neu gewonnene Kraft ins Leben integriert werden kann.

Die Frage ist nur, wo der Widerstand des Gegenübers liegt. Liegt es daran, dass der/die PatientIn gar keine Therapie wollte, sondern vom Arzt, von anderen TherapeutInnen oder vom sozialen Umfeld zur Anmeldung gedrängt wurde? Kann es sein, dass durch die Therapie etwas im Familiensystem verändert und die eigene Rolle destabilisieren könnte?

Widerstand kann auch Ausdruck der Angst eigener Gefühle sein und, und, und...

Vielleicht liegt der Widerstand jedoch trotzdem im Interaktionsgeschehen einer Heiler – Patienten – Beziehung. Diese können wir - etwas vereinfacht dargestellt - auf drei Ebenen Kognition, Kommunikation und Emotion unterteilen. Die Interaktion findet gleichzeitig auf diesen drei Ebenen statt. Die kognitiven und emotionalen Aspekte werden fortlaufend kommuniziert und bilden die Grundlage für die Kooperation zwischen Therapeut und PatientIn. Oder so wie es Max Frisch ausgedrückt hat: „Hier erfinden wir die Biografie, die wir dann für unser Leben halten.“

Die drei Bereiche sind unendlich weit und es mir bewusst, dass diese nur kurz angesprochen werden können. Ich lasse jedoch in jeder Ebene einen grossen Medizinphilosophen sprechen, um das Thema etwas näher zu bringen. Sehr gerne hätte ich natürlich Medizinphilosophinnen vorgestellt, aber ich habe einfach nichts Passendes gefunden bzw. einfach am falschen Ort gesucht. So beginnen wir also mit der Kognitiven Ebene:

Kognitive Prozesse: Anamnese der Krankheitssymptome bzw. der Krankheitsgeschichte sowie Besprechung der bestehenden und sich entwickelnden Erwartungen. Da geht es auch darum, dass der Therapeut sein Therapiekonzept und die aus seiner Sicht sinnvollsten Methoden in Bezug auf die Anamnese vorstellt und der Patient mitentscheiden kann, welchen Weg er/sie am liebsten gehen würde.

Viktor von Weizsäcker schreibt zur Frage der kognitiven Prozesse: ich bestreite nicht, dass es auch Tatsächliches an einem Menschen festzustellen gibt, zum Beispiel die Augenfarbe oder die Körperlänge. Aber das Menschliche daran ist nur von bestimmten Wünschen aus zu beurteilen. Ich sage nicht, dass diese Wünsche im Grunde immer dieselben sind oder – idealistisch – sein sollten. Aber man kann nicht sagen, wer oder was ein Mensch, die Menschen oder Mensch ist, man kann immer nur sagen, was er sein könnte.

Ein Schmerz oder eine Angst drängt uns zu einer Denkarbeit. Die Widerwärtigkeit macht uns zum Problematiker. Das ist fast eine Art von Urphänomen. Wie ist das möglich? Die genaue und sorgfältige Beobachtung, nicht eine erklärende Theorie kann einigen Aufschluss geben. Da sieht man dann Überraschungen, aber auch den Eindruck von Bestätigung, der Notwendigkeit; man sieht Verständnis, aber auch Zweifel; man sieht sogleich auch Flucht, Abwehr oder Angriff. In jedem Falle; Anfang einer ganz neuen Reihen von Ereignissen, Empfindungen, Gedanken und Vorsätzen, der Schmerz also, ebenso auch die Angst, die dann den Gang zum Arzte einleitet, sind Ausgangspunkte eines ganzen Bündels von neuen Entfaltungen, die kein Mensch sofort als gestaltete Einheit dazustellen vermöchte.

An dieser Denkarbeit beteiligt sich alsbald der Arzt, der Therapeut, die Medizin, die Wissenschaft. Und, sagen wir es nur gleich, in der Hauptsache ist die Denkarbeit vergeblich.

Wir müssen aufpassen, dass wir das Lebende nicht so interpretieren, als ob es sich logisch benehmen würde, denn diese Art des Denkens, ist nicht wirksam. Das Leben scheint die Logik nicht zu lieben. Unsere Denkarbeit ist also noch nicht die Krankheitsarbeit, die der Patient leisten muss, und sie kann nur indirekt etwas beitragen.

Viktor von Weizsäcker 1886 – 1957 – Begründer der anthropologischen Medizin

Kommunikation: Übermittlung von Informationen durch verbale und nonverbale Äusserungen. In der Kommunikation werden definierte, also medizinisch objektivierbare Krankheiten angesprochen und mit grosser Wahrscheinlichkeit auch Symptome, welche sich im funktionellen und / oder psychischen Bereich befinden und dementsprechend im medizinischen Sinne keine Diagnose ergeben haben.

Schmitz Hermann, einer der ganz erfolgreichen neuzeitlichen Philosophen hat zum Thema Sprache und Kommunikation folgende Gedanken niedergeschrieben:

Sprache ist eine ausschliesslich dem Menschen eigene, nicht im Instinkt wurzelnde Methode zur Übermittlung von Gedanken, Gefühlen und Wünschen mittels eines Systems von frei geschaffenen Symbolen.

Die Sprache ist aus dem Bedürfnis heraus entsprungen den Kontakt zwischen Menschen zweckmässiger, fester und reichhaltiger zu gestalten, so dass sie erst im Gespräch also in der Ausübung der Verständigung ihr eigentliches Sein hat.

Der soziale Charakter der Rede und Übermittlung von Gedanken durch das Wort nimmt heute die beherrschende Stellung in der Betrachtung sprachlicher Erscheinung ein, wobei die grundlegende Form von Sprachvorkommen dem Dialog gilt.

Hermann Schmitz, 1928, emeritierter Professor für Philosophie an der Universität Kiel

Emotionen: die Emotionale Ebene ist in einer therapeutischen Beziehung wahrscheinlich die wichtigste von allen dreien. Ganz besonders jedoch sind in schwierigen Situationen die Gefühle, welche der Therapeut und der Patient wechselseitig empfinden, oft verschieden. Beim Therapeuten liegen oft Mitleid, Schuldgefühle oder Ohnmacht vor, der bei der Patientin Enttäuschung, Ärger oder Wut. Gerne möchte ich Ihnen jedoch mitgeben, was Aaron Antonovsky zum Thema Emotionen und Kohärenzgefühl sagt:

Der menschliche Organismus kann nicht ohne schädliche Folgen auf einem hohen und intensiven Level emotionaler Spannung verharren, auch nicht, wenn die Emotionen angenehm sind. Man muss sich entspannen, um nicht zu erschöpfen. Ich möchte eine zentrale Hypothese aufstellen, dass Personen mit einem starken Kohärenzgefühl wahrscheinlich andere Emotionen erleben als solche mit einem schwachen.

Ein weiteres Erscheinungsmerkmal der Emotionen ist das Ausmass in dem sie unbewusst sind. Die Person mit einem starken Kohärenzgefühl wird sich ihrer Emotionen eher bewusst sein, kann sie leichter beschreiben, fühlt sich dadurch weniger bedroht.

Drittens gibt es die vielen Stressoren, die die Fragen der Schuldzuweisung aufwerfen. Die Person mit einem schwachen Kohärenzgefühl wird eher jemand oder etwas anderes beschuldigen oder davon sprechen, wie oft sie im Leben „Pech“ habe. Dies drückt den oft ineffektiven Abwehrmechanismus aus, eine ängstliche Flucht vor der Übernahme von Verantwortung, was ein nagendes Gefühl von Unbehagen zurücklässt.

Der Unterschied eines Menschen mit einem starken oder einem schwachen Kohärenzgefühl besteht nicht darin, dass diejenigen mit dem starken Kohärenzgefühl keine tiefen Ängste und starken Gefühle durchleben, sogar eher stärker. Aber sie sind in der Lage, irgendwann die hohe Spannung wieder gehen zu lassen, schaffen damit Platz für andere Emotionen und schliessend damit aus, dass aus der Spannung Stress wird, die zu Pathologie führt.

Aaron Antonovsky 1923 – 1994 – Begründer des Salutogenese-Konzeptes

Aus den Sozialwissenschaften ist bekannt, dass Menschen in Krisensituationen dann am ehesten eine Wendung in ihr Leben bringen, wenn sie starke Emotionen (Ängste, Trauer, Wut) zeigen oder ausleben konnten.

Diese drei Bereiche der Kognition, Kommunikation und Emotion bilden die Grundlage für die Compliance, die Christian Vogel bereits angesprochen hat.

Untersuchungen zu Fragen der Compliance wurden bis heute primär im schulmedizinischen Bereich gemacht und es kam dabei heraus, dass nur gerade 30 bis 35% aller PatientInnen eine gute Compliance zeigten. Als Gründe dafür wurde angegeben, dass sie vom Arzt nicht überzeugt waren, Angst hatten, die Therapie könnte ihnen schaden, die Beschwerden dann als doch als nicht so schlimm eingestuft wurden oder die Therapievorschlüsse im Alltag nicht gut umsetzbar waren.

Besonders schwierig scheint es bei chronischen Erkrankungen zu sein, die über Monate oder sogar auch Jahre mit dem Arzt und Therapeuten eine kontinuierliche Zusammenarbeit verlangen. Das Akzeptieren und Bewältigen einer chronischen Krankheit ist ein Prozess, der nicht einmal abgeschlossen ist, sondern sich weiterentwickelt. Von Seiten des Arztes und des Therapeuten ist dabei erforderlich, dass er eine Atmosphäre des Vertrauens schafft und diese aufrecht zu halten versucht.

Eine gute Therapeuten-Patienten-Beziehung ist entscheidend wichtig, damit die Heilung Zuhause stattfinden kann. Wobei es sicher hilfreich ist, wenn sich beide bewusst sind, dass es nicht unbedingt ein Verlust sein muss, wenn nicht alles im Leben korrigierbar ist.

Aber was können wir dazu beitragen, damit die Compliance erhöht wird und damit die Heilungsprozesse Zuhause gefördert werden können? Ich habe mir dazu einige Gedanken gemacht:

Verbesserung des Verhältnisses:

- Klärung der Verantwortlichkeit (Patient, Arzt, Therapeut)
- Information über diagnostische und therapeutische Schritte
- Vermeidung von vorschnellen Versprechungen, Überengagement
- Schaffung von Spielraum für eigenständige Entscheidungen
- Heilungsvorschläge in den bestehenden Alltag integrieren.
- Das Therapiekonzept dem Lebensrhythmus des /der Patientin anpassen.
- Das Familiensystem in das Therapiekonzept mit einbeziehen.
- Compliance: Die meisten Menschen haben Mühe ihre Medikamente, Tröpfchen oder Globulis regelmässig einzunehmen. Kennen sie das?
- Feedback: Wie glauben Sie können Sie meine Empfehlungen umsetzen? Habe ich Ihnen Vorschläge erteilt, von denen Sie bereits jetzt wissen, dass diese in ihrem Alltag gar nicht umsetzbar sind?

Und was ist dann, wenn wir alles für eine gute konstruktive Patient-Heiler-Beziehung eingesetzt haben und der Widerstand ist noch immer da? Braucht es dann nicht die Auseinandersetzung mit diesem Widerstand, die Auseinandersetzung mit dem reichen Jüngling in uns - den Christian Vogel angesprochen hat - der um einen Schritt weiter zu kommen, seinen Besitz verschenken müsste?

Vielleicht heisst den „Besitz verschenken“ in Bezug auf unsere Thematik, die eigene therapeutische Sicherheit gegen die Unsicherheit eintauschen, in dem ich mir eine Supervisionsgruppe oder eine Balintgruppe suche und mich meinen eigenen schwarzen Flecken stelle.

Nicht selten finden wir genau an diesem Punkt den Widerstand vieler TherapeutInnen, sich in die Auseinandersetzung mit dem eigenen therapeutischen Handel zu begeben.

Wenn „Heilung findet Zuhause“ stattfinden soll, ist die therapeutische Selbstreflexion unerlässlich, damit eigenes nicht mit Fremden vermischt wird und eine möglichst transparente Grundlage für eine ehrliche Heiler – Patienten – Beziehung geschaffen werden kann.

Ich möchte Sie und mich selbst ermuntern, immer wieder Räume für die Selbstreflexion zu schaffen, damit wir klarer erkennen können, wo und wie sich uns Widerstände zeigen, deren Kraft wir nutzen können, damit „Heilung findet Zuhause statt“ auch wirklich gelebt werden kann.

Literatur

A. Antonovsky: Salutogenese: „Zur Entmystifizierung der Gesundheit“, dgvt-Verlag 1997

H. Schmitz: „Logische Untersuchungen“, Karl Alber Verlag 2008

H. von Bingen: „Prophetin durch die Zeiten“, Herder Verlag 1998

V. von Weizsäcker: „Warum wird man krank?“, Suhrkamp Verlag 2008