

# Chronisch kranke Patienten sind nicht schwierig, sondern anders!



Diplom-Psychologe Martin Simmel

**In der Behandlung chronisch kranker Patienten stoßen wir als Ärzte und Therapeuten nicht selten an Grenzen: So viele unterschiedliche und mit unter hochgradig ausdifferenzierte Symptombeschreibungen seitens des Patienten sowie die damit verbundene Erwartung, von uns als Experten jetzt nach langem Leidensweg endlich geheilt werden zu können, sind typische Erfahrungen im Umgang mit diesen Patienten. Dazu kommt möglicherweise dieses Grundgefühl der Hilflosigkeit und Vergeblichkeit, von dem man nicht weiß, ob es vom Patienten auf den Behandler herüber „schwappt“, oder ob es vielleicht nach einer Reihe scheinbar vergeblicher Therapieansätze bereits im Behandler selbst entsteht. Dieser kleine Artikel soll Denkanstöße bieten, die uns bei der Betreuung chronisch kranker Patienten Perspektiven aufzeigen und somit unsere (Be-)Handlungsfähigkeit bestmöglich gewährleisten.**

## **„So eine Taube ist ja schließlich auch nur ein Mensch!“**

In den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts hat man in der Verhaltenspsychologie verschiedene, teils sehr eindrückliche Experimente gemacht. Man hat beispielsweise Tauben in Käfige gesetzt und ihnen beim Picken in einer bestimmten Ecke immer ein Körnchen dargeboten. Das Picken in einer anderen Ecke hat einen leichten, aber wirksamen Stromschlag ausgelöst. Die Beobachtung war, dass die Tauben innerhalb kürzester Zeit nur noch zielgerichtet in der Ecke, wo das Futter dargeboten wurde gepickt haben.

Nach wenigen Tagen haben die Forscher die Versuchsanordnung modifiziert: Man hat in den entsprechenden Ecken im zufälligen Wechsel Stromschläge und Körner dargeboten. Somit war für die Tauben ab diesem Zeitpunkt nicht mehr vorhersehbar, ob ihr Picken zu einem Körnchen, oder zu einem Stromschlag geführt hat. Was glauben Sie haben die meisten Tauben dann gemacht? Ja, sie haben sich in eine der anderen Ecken gesetzt und auf´s Sterben gewartet!

Diese und ähnliche Versuchserfahrungen haben die Verhaltensforscher aufgegriffen und das Konzept der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975) als eines der grundlegenden Erklärungsmodelle für die Entstehung von depressiven Erkrankungen entwickelt: Bedingungen, in denen sich Menschen hilflos fühlen, d.h. dass sie mit dem, was sie tun oder unterlassen, scheinbar nicht vorhersehen können, was in der Konsequenz des Verhaltens geschieht, führt zu Resignation und Depression. Übertragen auf Menschen mit z.B. chronischen Schmerzerkrankungen bedeutet das: Wenn Patienten schon viele Behandlungs- und Therapieversuche unternommen haben und diese nicht zu den erhofften Ergebnissen führen, ist es durchaus vorstellbar, dass sich diese beschriebene innere Vergeblichkeit einstellt.

## **„Schulmedizinisch austherapiert“**

Viele chronisch kranke Patienten haben aufgrund dieser wirkungslosen Therapieversuche häufig ein imaginäres Schild auf ihrer Stirn: „Ich bin schulmedizinisch austherapiert! Bei mir hilft alles nichts! Ich bin ein hoffnungsloser Fall!“ (...) Mit diesem Selbstkonzept beim nächsten Behandler anzukommen, stellt erfahrungsgemäß nicht die optimalste Startbedingung dar. Deshalb sind zu Beginn/im Erstkontakt zwei Dinge wesentlich:

1. Ich nehme mir ausreichend Zeit für das erste Gespräch, damit der Patient in einer vertrauensvollen Atmosphäre seine Anliegen darlegen kann. Das bedeutet Wertschätzung und Verständnis dafür, dass die Sache in all ihrer Komplexität nicht ganz einfach ist. (Sonst wäre das Problem wahrscheinlich bis dato schon gelöst worden!)
2. Ich frage den Patienten ausdrücklich nach seinem Erklärungsmodell: Was glaubt er, welche Bedingungen/Ursachen im Zusammenhang mit seiner Erkrankung relevant sind?  
Damit erreiche ich einerseits, dass ich die Motive und Denkmodelle des Patienten deutlicher erkennen kann, und andererseits sende ich bereits sehr früh das Signal (ohne den Patienten damit alleine zu lassen!), dass ich eine Behandlung nur mit seiner intensiven Mithilfe bewerkstelligen kann.

Ebenfalls hilfreich an dieser Stelle ist die Implementierung eines sogenannten dritten Punkts. Damit meine ich ein Stück Papier, eine Karteikarte oder Ähnliches, wo ich die Beschwerden und Symptome des Patienten mit skizziere und festhalte. Der Zweck ist bereits ein therapeutischer: Die Probleme und Beschwerden werden festgehalten (können also nicht verloren gehen und müssen auch nicht vom Patienten wiederholt werden) und erhalten einen Platz außerhalb der Personen (Patient und Behandler). Diese Distanz zu den Beschwerden schafft erste Betrachtungsoptionen und erleichtert grundlegend die (Be-)Handlungsfähigkeit, weil die Probleme oder Schmerzen nicht mehr so stark mit dem Patienten assoziiert sind.

## **Entwicklung eines gemeinsamen, plausiblen Verständnisses als Behandlungsfundament**

Nachdem der Patient ausreichend Gelegenheit hatte, seine Sicht der Dinge und die damit verbundenen Wahrnehmungen zu erörtern, gilt es ein gemeinsames Verständnis als Fundament einer möglichen Zusammenarbeit zu etablieren. Wir müssen unseren Patienten erklären, wie wir als Experten diese chronischen Phänomene bewerten und wie wir uns diese erklären. An dieser Stelle verweise ich auf die Veröffentlichungen von Dr. Erich Wühr. Insbesondere das Rucksackmodell (Wühr, 2010) stellt hierbei eine extrem nützliche Metapher dar: Dieser Rucksack füllt sich im Laufe eines Lebens mit diversen Belastungsbrocken, welche schließlich vor dem Hintergrund der individuellen Konstitution und den jeweiligen Lebensumständen mehr werden. Unser Organismus

reguliert diese Belastungen aus, er adaptiert und kompensiert sie bestmöglich. Dies gelingt solange, bis schließlich seine Regulations-, Adaptations- und Kompensationsfähigkeit erschöpft sind und sich bei fortschreitender Belastung ein Dekompensationsphänomen (Symptom) einstellt.

Aufgrund der komplexen und individuellen Regulations-, Adaptations- und Kompensationsleistungen des Organismus lässt sich von uns leider die Qualität und das Ausmaß der jeweiligen chronischen Symptome nicht vorhersehen. Und: Da wo die Dekompensationszeichen auftreten, liegt in der Regel nicht die Ursache des Problems (Wühr: „Das chronische Symptom lügt!“).

Diese grundlegenden Überlegungen und Plausibilitäten gehören aus unserer Sicht zum Einstieg in eine effektive Behandlung und Führung chronisch kranker Patienten. **„Unser Organismus funktioniert nicht falsch, sondern er passt sich bestmöglich an seine inneren und äußeren Rahmenbedingungen an!“**

Ich bitte unsere Patienten, diese Aussage zu prüfen und vor dem Hintergrund ihrer individuellen Situation zu bewerten. Nicht selten lassen sich auf diese Weise die relevanten „Brocken im Rucksack“ ins Bewusstsein rücken. Es ergibt sich eine Problemliste und eine Rangfolge, welche Belastungsfaktoren aktuell am wichtigsten erscheinen. Selbstverständlich äußere auch ich als Experte meine Einschätzung und ergänze die Überlegungen des Patienten.

Jetzt gilt es, auf der Grundlage dieser Erkenntnisse sinnvolle und logische Behandlungsschritte zu vereinbaren: Welche Experten gibt es für welche Themen? Was kann ich als Behandler zum Gesamtkonzept beitragen? Welchen Beitrag muss der Patient leisten? Welche Erwartungen kann ich erfüllen? Welche nicht?

Der Patient wird bei diesem Vorgehen maximal beteiligt und mit in die Verantwortung genommen. Das Gegenteil von Vergeblichkeit und Hilflosigkeit sind Perspektiven und Handlungsoptionen? Es mag zwar für den Therapeuten schmeichelhaft erscheinen, wenn er als Experte agiert und vielleicht sogar erste Erfolge bewirkt, aber: Insbesondere bei chronisch kranken Patienten ist es notwendig, dass diese sich trauen wieder Initiative zu ergreifen und Eigenverantwortung zu übernehmen.

**„Der Arzt darf vieles, nur nicht die Hoffnung nehmen“** (Dr. Ulrich Randoll)

Einer der interessantesten Wirkeffekte in Interaktionen zwischen Menschen ist der sogenannte „Rosenthaleffekt“ bzw. „Versuchsleitererwartungseffekt“ (Rosenthal, 1965). Dieser besagt, dass die Erwartungen von verantwortlichen Experten eine Wirkung auf die tatsächlich eintretenden Entwicklungen haben. Mit anderen Worten: Wenn der Arzt oder Therapeut noch Hoffnung hegt, überträgt sich diese Haltung mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den Patienten.

Hoffnung zu haben ist stark abhängig von den äußeren und inneren Bedingungen, welche die beteiligten Personen aufspannen. Ein Beispiel: Meine Form der „Ergebnisorientierten Psychotherapie“ ([www.ergebnistherapie.de](http://www.ergebnistherapie.de)) lässt sich für mich innerhalb einer harmonischen und geschmackvoll anmutenden Klinik, wie der TCM-Klinik in Bad Kötzting ([www.tcm.info](http://www.tcm.info)), viel besser verwirklichen, als beispielsweise auf der Intensivstation einer Uni-Klinik.

Dazu kommt im Wesentlichen eine innere Haltung zum Tragen, die nicht eine ultimative oder sogar wunderbare Heilung erwartet, sondern die vielmehr nach kleinen Entwicklungen in die erwünschte Richtung Ausschau hält. Jede, noch so kleine, Verbesserung bedeutet nach meiner Ansicht, dass der Organismus dazu in der Lage ist! Wir wissen vielleicht noch nicht, wie er das genau macht oder durch welche Faktoren wir es beeinflussen können, aber er kann es bereits – und das alleine zählt erst mal! Motto: „Eine Mücke macht zwar noch keinen Sommer, aber sie kündigt ihn unmissverständlich an!“

### **Ein Stück gemeinsam gehen, ohne zu „verkleben“**

Chronisch kranke Menschen treten uns anfangs zumeist gebückt und niedergeschlagen gegenüber. Der Anspruch, seinen Patienten „auf Augenhöhe“ zu begegnen, erfordert von uns eine entsprechende Haltung. Und: Eine gebückte körperliche Haltung hat Auswirkungen auf unser Empfinden! Charly Brown hat das bereits erkannt, wenn er sagt: „Um richtig schön depressiv sein zu können, musst du den Kopf einziehen, den Blick zum Boden senken und deine Mundwinkel nach unten ziehen!“

Bei aller notwendigen Empathie bedeutet das für uns professionelle Behandler auch, dass wir ausreichend Gelegenheiten schaffen, aufrecht gehen und lächeln zu können. Humor und immer wieder etwas „Ver-rücktes“ zu tun, erhalten uns lebendig, und unsere Patienten bemerken das!

## Literatur und Quellen

Schulz (2002). Peanuts. Wer ist schon normal? Baumhaus Medien AG

Simmel Martin und Wühr Erich (2009). Charisma in der Patientenführung. Verlag für Ganzheitliche Medizin

Simmel Martin (2008). Ergebnisorientierte Beratung und Psychotherapie. In: Erich Wühr (2008). Kraniofaziale Orthopädie. Ein interdisziplinäres Konzept zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit Muskel- und Gelenkschmerzen innerhalb und außerhalb des Kraniomandibulären Systems. Verlag für Ganzheitliche Medizin

Wühr Erich (2010). Systemische Medizin – Versuche zur Theorie und Praxis einer Medizin des 21. Jahrhunderts. Verlag für Ganzheitliche Medizin

[www.wikipedia.de](http://www.wikipedia.de) <Rosenthaleffekt> und <Erlernte Hilflosigkeit>