

Gesprächsführung, Bindungstypologie und Arzt-Patient-Beziehung

U.T. Egle, R. Nickel

Inhalt

Grundlagen des ärztlichen Gesprächs	174
Arzt-Patient-Beziehung und Bindungsverhalten	176
Arzt-Patient-Interaktion bei sicher gebundenen Patienten	176
Arzt-Patient-Interaktion bei unsicher gebundenen Patienten	177
Konsequenzen der Bindungstypologie für die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung	178
Fazit für die Praxis	179

Das ärztliche Gespräch als Basis der Kontaktaufnahme, Diagnostik und Vermittlung therapeutischer Inhalte sollte genauso systematisch erlernt werden wie andere Elemente ärztlichen Handelns, z. B. klinische und apparative Untersuchungsmethoden und Therapieverfahren. Viele Ärzte haben aber die Vorstellung, dass der „gesunde Menschenverstand“ hinreichend ist, um mit Patienten adäquat zu kommunizieren. Die alltägliche Praxis zeigt aber, dass diese Vorstellung nicht zutreffend ist.

Grundlagen des ärztlichen Gesprächs

Das ärztliche Gespräch hat fünf grundlegende **Funktionen**:

- Arzt und Patient machen sich bekannt und lernen einander kennen.
- Beide klären gemeinsam die Rahmenbedingungen und Ziele der Konsultation.
- Wichtige krankheitsbezogene Informationen werden gesammelt und vermittelt, sowohl auf der somatischen als auch der psychosozialen Ebene.
- Erkennen und Zulassen von Gefühlen sowohl beim Patienten als auch bei sich selbst: Die eigenen Gefühle des Arztes sollten im Hinblick auf ihre Bedeutung überprüft, ggf. als Indikator verstanden und nicht unreflektiert ausgelebt werden. Beim Patienten sind Gefühle als grundsätzlich legitim und bedeutsam zu bewerten. Sie sollten nicht nur zugelassen, sondern ggf. auch angesprochen und verstanden werden. Kritik seitens des Patienten ist zunächst verständnisvoll zu begegnen und nicht sofort zurückzu-

weisen. Sie kann mit Sorgen des Patienten, fehlenden Informationen oder einer nicht klaren Kommunikation zu tun haben, aber natürlich auch inhaltlich berechtigt sein. Oft kann sie so zur Verbesserung der Zusammenarbeit genutzt werden.

- Beeinflussung des Patientenverhaltens: Zunächst ist es als inhaltliche Erweiterung der Rahmenbedingungen und Ziele wichtig, die jeweilige Verantwortung von Arzt und Patient zu klären und die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zu betonen. Als medizinischer Experte hat der Arzt gleichzeitig die Aufgabe, Informationen deutlich und adäquat zu vermitteln, um dem Patienten so eine Entscheidungsgrundlage zu geben. Dies kann auch klare Hinweise, Bewertungen und Anweisungen umfassen.

Kommunikation hat **inhaltliche** und **interaktionelle Aspekte**. Je nach Betonung und affektiver Unterlegung können die gleichen Inhalte sehr unterschiedliche Informationen vermitteln. Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe können grob als symmetrisch oder asymmetrisch („komplementär“) beschrieben werden. Je nach Situation, in der sich Arzt und Patient begegnen, kann das eine oder das andere sinnvoll und hilfreich sein. In der Betreuung chronisch Kranker, d. h. wenn es sich nicht um Notfälle handelt, sollten symmetrische Kommunikationsabläufe im Vordergrund stehen. Arzt und Patient sollten sich als Partner verstehen, die gemeinsam ein gleiches Ziel verfolgen. Die gemeinsamen Ziele sollte zu Beginn festgelegt werden, um so eine gemeinsame Basis zu haben und damit einen Behandlungsauftrag, auf den sich beide beziehen können. Dieser Auftrag bzw. das Behandlungsziel kann sich

im Behandlungsverlauf verändern, erweitern oder konkretisieren. Auch diese Veränderungen sollten für Arzt und Patient möglichst klar sein. Bei chronischen Schmerzpatienten besteht der Behandlungsauftrag üblicherweise in einer Reduktion der Schmerzsymptomatik und der Art des Umgangs mit den Schmerzen.

Eine **gleichberechtigte Kommunikation** in einem Gespräch setzt voraus, dass Arzt wie Patient auch die Rahmenbedingungen ihres Gespräches kennen. Ein wesentlicher Faktor ist dabei das beidseitige Wissen um die zur Verfügung stehende Zeit. Nur wenn beide Gesprächspartner diese kennen, können sie sie vor dem Hintergrund ihrer Interessen auch aktiv ausgestalten. Das fehlende Wissen um die zur Verfügung stehende Zeit bei einem der beiden Gesprächspartner, üblicherweise beim Patienten, führt von Beginn an zu einer asymmetrischen Gesprächskonstellation. Insofern sollte – soweit möglich – seitens des Arztes bei Beginn jeden Gesprächs der zur Verfügung stehende zeitliche Rahmen definiert bzw. diesbezüglich eine Vereinbarung getroffen werden. Dies kann, falls erforderlich, die Vereinbarung eines zweiten längeren Gesprächs sein. Sicherlich gibt es auch für den Arzt Rahmenbedingungen, die er nur schwer beeinflussen kann; eine solche Absprache schafft auch dann für Arzt und Patienten die Möglichkeit der Einflussnahme.

Als weitere basale Kommunikationsregel sollten seitens des Arztes offene Fragen grundsätzlich vor geschlossenen gestellt werden. Nur so kann der Patient im Rahmen einer partnerschaftlichen Beziehung all das zur Sprache bringen, was für ihn wichtig ist. Eine Gesprächsführung mit ausschließlich engen geschlossenen Fragen („Verhör“) mag zwar für den Arzt zeitökonomisch sein, er bekommt vom Patienten dann meist jedoch nur die ausschließlich auf die Beschwerden bezogenen Informationen. Psychosoziale Aspekte bleiben weitgehend ausgespart. Der Patient fühlt sich recht schnell zum „Fall“ reduziert und – zu Recht – nur unvollständig wahrgenommen.

Darüber hinaus sind folgende Anforderungen an das ärztliche Gespräche zu stellen:

- Schon bei der Kontaktaufnahme ist verbal ebenso wie nonverbal – Mimik, Gestik, Sitzhaltung – darauf zu achten, dass Voraussetzungen für eine partnerschaftliche Arzt-Patient-Beziehung geschaffen werden. Dabei ist auf einen adäquaten körperlichen Abstand – nicht so nahe ebenso wie nicht so weit entfernt –, auf gleiche Augenhöhe und die Möglichkeit zur Aufnahme und Ausweichen von Blickkontakt zu achten. Die Art der Begrüßung in Form des Händeschüttelns und den Patienten beim Namen nennen gehört zur persönlichen Kontaktaufnahme. So banal dies klingen mag, so häufig wird gegen diese basalen Kri-

terien der Kontaktaufnahme in Kliniken, aber auch in Praxen verstoßen.

- Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung erfordert Zeit und Einfühlungsvermögen. Nur wenn der Arzt nicht nur weiß, was der Patient an Beschwerden hat, sondern auch wie es ihm damit geht, kann er darauf eingehen und darüber beim Patienten Vertrauen schaffen. Erst dies lässt das Ausmaß der Beeinträchtigung des Patienten und seinen Leidensdruck klarer erkennen.
- Nur eine kontinuierliche und mehrdimensionale Informationsgewinnung auf der somatischen wie psychosozialen Ebene erlaubt eine umfassende Diagnosestellung.
- Beratung und Aufklärung unter Berücksichtigung der Möglichkeiten und Wünsche des Patienten sollten von Beginn der Therapie an gegeben sein. Dabei sollte dann sukzessive auch der seitens des Patienten zu leistende Beitrag erarbeitet und explizit definiert werden.
- Anstelle globaler oder wenig definierter Heilerwartungen sollten Behandlungsauftrag und Behandlungsziel möglichst klar definiert sein. Hierfür trägt der Arzt mit seinem Fachwissen einen großen Teil der Verantwortung. Dies verhindert eine einseitige Zuschreibung der Verantwortlichkeit für die Behandlung und deren Ergebnis seitens des Patienten an den Arzt. Eine diffuse Verantwortungszuschreibung programmiert insofern Enttäuschungen bei chronischen Schmerzpatienten geradezu vor.
- Die Begleitung und Unterstützung des Patienten sollte auch dann gewährleistet sein, wenn aufgrund von Art oder Schwere der Erkrankung ärztliches Handeln im engeren Sinne nicht mehr möglich ist. Gerade in solchen Situationen ist für viele Patienten das Gespräch mit dem Arzt besonders wichtig.

Grundregeln für das ärztliche Gespräch sind in Tabelle 3.7-1 aufgelistet. Tabelle 3.7-2 enthält eine Auflistung von häufigen Fehlern im ärztlichen Gespräch.

Tab. 3.7-1: Grundregeln ärztlicher Gesprächsführung

- Zeitdauer festlegen
- Patient bestimmt zunächst Thema und Inhalt des Gesprächs
- Arzt gibt Anregungen durch klärende Fragen
- Zuerst verstehen, dann beraten: Mitteilung seitens Patient: Was? Wie?
- Klären und Zusammenhänge aufzeigen (Zusammenfassen)
- Bestätigen, verstehen, Anerkennung aussprechen
- Vorsichtige kritische Distanz und Realitätsprüfung
- Informationen, seltener Ratschläge oder Verbote
- Vorsichtiges „Übersetzen“ von Gefühlen in Sprache

Tab. 3.7-2: Typische Fehler der ärztlichen Gesprächsführung

- Monologisieren: viel und ununterbrochen reden
- Generalisieren: „immer“, „nie“
- Dogmatisierung: unantastbare Lehrsätze
- Offensives Konfrontieren: Patienten überfordern/überrollen mit Informationen
- Abstrahieren: Fachgespräche überfordern die meisten Patienten!
- Bagatellisieren: Probleme/Symptome des Patienten herunterspielen
- Rationalisieren: nur auf Vernunftebene eingehen, an Vernunft appellieren
- Projizieren: auf den Patienten eigene Gefühle übertragen/ihm unterstellen
- Identifizieren: Distanzverlust anstelle von Sympathie („Ich an deiner Stelle...“)
- Konkurrieren mit Vorbehandlern („Ich versichere Ihnen, dass wir das besser hinkriegen als...“)

Arzt-Patient-Beziehung und Bindungsverhalten

Die Ergebnisse der Bindungsforschung der letzten 20 Jahre haben auch für das Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung wichtige Erkenntnisse gebracht (Abb. 3.7-1). Sie sind besonders deshalb relevant, weil gerade in Situationen der Unsicherheit, in Stress- und Belastungssituationen das Bindungssystem aktiviert ist. In diesem Sinne sind Arzt-Patient-Beziehungen oder Situationen, in denen therapeutische Hilfe aufgesucht wird, häufig geradezu prototypisch (Abb. 3.7-2 bis 3.7-4).

In prospektiven Studien wurden gesichert, dass zwischen den Erfahrungen eines Menschen mit seinen Eltern und seiner späteren Fähigkeit, emotionale Beziehungen einzugehen, ein enger kausaler Zusammenhang besteht. Störungen dieser Fähigkeit beruhen auf der Art und Weise, wie sich die Eltern gegenüber dem Säugling verhalten haben. Wesentlich dabei ist das Ausmaß, in dem die Eltern als sichere Basis verfügbar waren und gleichzeitig ihr Kind ermutigten, von dieser Basis aus die Welt selbständig zu erkunden („Unterstützung von Neugierverhalten“). Aus diesen frühen Beziehungserfahrungen entwickeln sich innere Arbeitsmodelle von Beziehungen. Dies sind feste und vergleichsweise zeitstabile mentale Bindungsrepräsentanzen oder Bindungsstile, welche die eigenen Wünsche und Erwartungen an andere und das Verhalten anderen gegenüber prägen.

Erwähnt sei schließlich noch, dass Bindung in hohem Maße transgenerational weitergegeben wird. Autonome (sichere) Eltern haben eher sicher gebundene Kinder, beziehungsentwertende (Autonomie forcierende und emotional zurückwei-

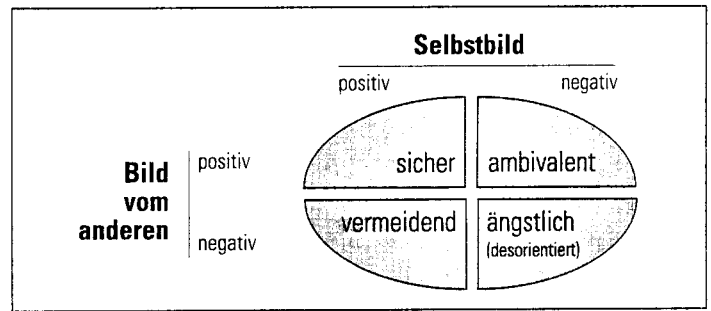


Abb. 3.7-1: Bindungstypologie (nach Mikail et al. 1994).

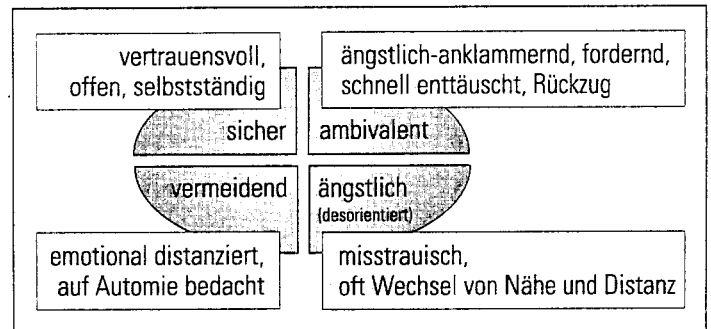


Abb. 3.7-2: Bindungstypologie und vorherrschendes Bindungsverhalten.

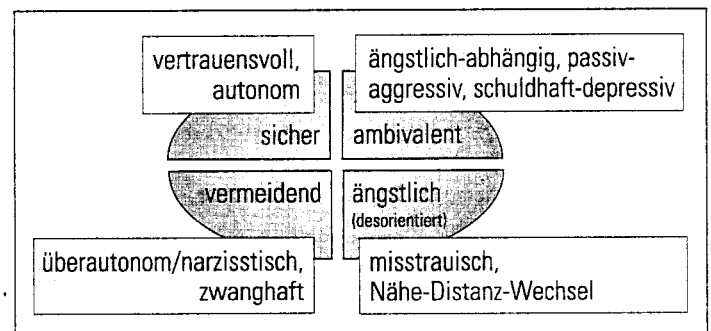


Abb. 3.7-3: Bindungstypologie und Arzt-Patient-Beziehung.

sende) Eltern eher vermeidende und „verstrickte“ (Autonomie einschränkende) Eltern eher ambivalente Kinder.

Arzt-Patient-Interaktion bei sicher gebundenen Patienten

Waren die Eltern als sichere Basis verfügbar, so sind die Voraussetzungen für ein „sicheres Bindungsverhalten“ gegeben: Der Betreffende hat ein positives Bild von sich und von anderen. Da Bindungsverhalten im späteren Leben im besonderen Maße durch Stresssituationen mobilisiert wird, bedeutet dies, dass er im Umgang mit dem Stressor Krankheit adäquat Hilfe aufsuchen kann. Ein sicher gebundener, d. h. autonomer

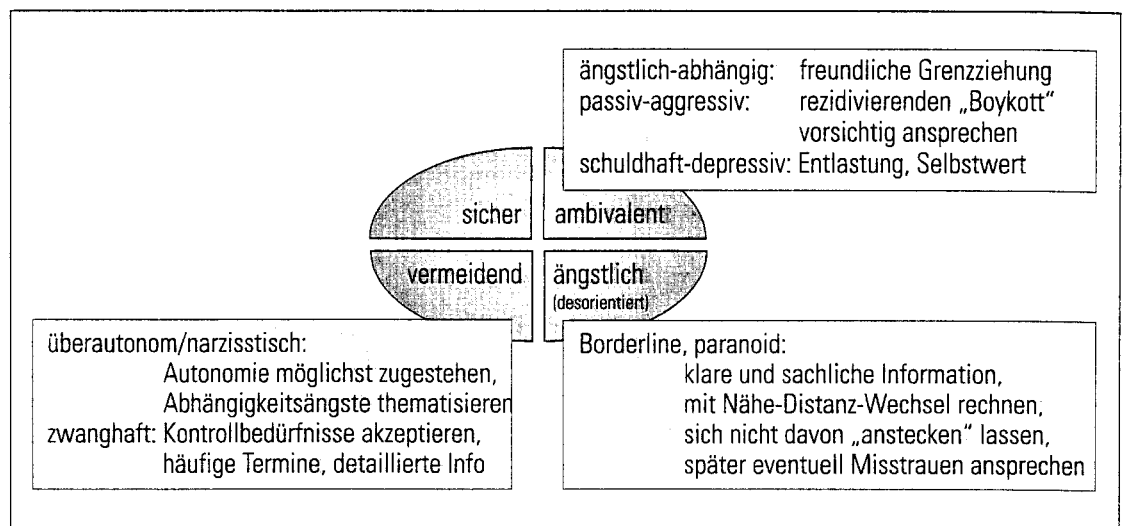


Abb. 3.7-4: Bindungsverhalten und Arzt-Patient-Beziehung.

Mensch kann auch in Situationen, die seine Autonomie beeinträchtigen, z. B. wenn er im Rahmen von Erkrankungen Abhängigkeiten akzeptieren muss, dies besser aushalten und bewältigen. Ein hinreichendes Selbstwertempfinden und eine positive Selbstsicht bleiben erhalten; die zugleich vorhandene positive Sicht anderer ermöglicht das Eingehen einer abhängigen Beziehung. Die Arzt-Patient-Beziehung ist offen, kooperativ und das Krankheitsverhalten adäquat. Die Patienten können angebotene Hilfe annehmen und umsetzen, sie stellen Fragen und sind selbst aktiv, sodass ein geringeres Chronifizierungsrisiko besteht. Die Behandlungcompliance ist bei sicher gebundenen Patienten gerade bei chronischen Erkrankungen günstiger als bei unsicher gebundenen.

Kommunikation und Interaktion sind keine Einbahnstraßen, deshalb ist natürlich immer auch die Bindungs- und Beziehungserfahrungen des Arztes in Rechnung zu stellen. Schwierigkeiten kann es so in der Arzt-Patient-Beziehung auch dann geben, wenn ein sicher gebundener Patient auf einen unsicher gebundenen Arzt trifft.

Arzt-Patient-Interaktion bei unsicher gebundenen Patienten

Ein unsicheres Bindungsverhalten entwickelt sich dann, wenn die oben genannten Grundbedingungen in der frühen Entwicklung nicht gegeben waren. Dabei können verschiedene **Typen unsicherer Bindung** unterschieden werden. Das klassische Adult Attachment Interview (AAI) unterscheidet drei Hauptklassifikationen, neben einem autonomen (sicheren) Bindungstyp zwei unsichere Bindungstypen: unsicher-abweisend und unsicher-verwickelt. Es gibt noch eine Zusatzkategorie, die sog. U-Kategorie bei Personen mit ungelösten traumatischen Erfahrungen. Zwei häufig eingesetzte Fragebogen zum Bindungsverhalten unterscheiden neben einem sicheren zwei unsichere (vermeidend und ambivalent) bzw. einen sicheren

und drei unsichere Bindungstypen (abweisend, besitzergreifend, ängstlich).

Unabhängig von der Erfassung des Bindungsverhaltens Erwachsener zeigen sich zentrale **Muster**: Sicher gebundene Personen fühlen sich in engen Beziehungen wohler als unsichere, insbesondere verglichen mit unsicher-vermeidenden Personen. Unsicher-ängstlich und -ambivalent gebundene Menschen haben stärkere Angst vor Zurückweisung und Liebesverlust als sichere und unsicher-vermeidend gebundene. Mit dem Bindungsmuster sind bestimmte Sichtweisen von sich und anderen – „positiv“ oder „negativ“ – verbunden.

Ein emotional distanzierendes und damit basale emotionale Bedürfnisse nach Bindung frustrierendes, auf frühe Autonomie ausgerichtete Verhalten der primären Bezugsperson führt zu einem starken Bedürfnis nach Abgrenzung als Schutz vor Zurückweisung und Enttäuschung. Das Erleben, nur auf sich selbst vertrauen zu können, letztlich auf sich selbst angewiesen zu sein und von anderen enttäuscht zu werden, nicht das zu bekommen, was man braucht, kann beim Auftauchen von Beschwerden und einer Erkrankung initial zu deren Bagatelisierung und Verleugnung führen. Folge der Symptomverleugnung kann eine Fortsetzung oder gar Steigerung („Flucht nach vorne“) körperlicher Belastung und darüber Ablenkung sein. Das Aufsuchen von Hilfe, so auch die Konsultation eines Arztes, ist alles andere als naheliegend. Der Arzt wird, wenn überhaupt, eher spät aufgesucht. Die negative innere Einstellung, die möglicherweise auch durch die Krankheit und die Bewältigungsanstrengung verursachte zusätzliche innere Anspannung bilden eine negative Ausgangsbasis für eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung. Sie ist von einem deutlichen Kontrollbedürfnis seitens des Patienten und dessen Misstrauen geprägt. Im Kontakt wird eine aggressive Anspannung schnell spürbar, und es kommt aufgrund bewusster und unbewusster gegenseitiger Entwertungen und Kränkungen zu weiteren Missverständnissen, fehlender Offenheit und damit letztlich zu einer Verstärkung des Misstrauens. Folgen sind

erhebliche Probleme bei der Compliance und Arztwechsel. Aufgrund von Autonomie- und Kontrollbedürfnis werden auch immer wieder neue Meinungen eingeholt. Diese werden dann oft ebenfalls entwertet („Koryphäenkiller“), um die eigene Unabhängigkeit zu wahren („vermeidender Typ“). Diese Patienten tendieren verstärkt zur Selbstmedikation, die in einen ausgeprägten Analgetikaabusus münden kann.

Beim unsicher-ambivalenten bzw. unsicher-verwickelten Bindungstyp entsteht aufgrund einer überfürsorglichen, die Neugierde des Kindes einschränkenden primären Bezugsperson, die aber gleichzeitig emotional nicht hinreichend verlässlich und einfühlsam war, ein negatives Selbstvertrauen. Damit verbunden ist die Neigung, Schutz und Sicherheit bei anderen zu suchen. Häufig waren die Bezugspersonen präsent, die Nähe wurde aber aus den Bedürfnissen der Eltern gespeist, die wenig feinfühlig für die Bedürfnisse des Kindes waren, z. B. eine Mutter, die von ihrem überarbeiteten und alkoholabhängigen Ehemann wenig Nähe und Zuwendung erfahren hat und deren Nähebedürfnisse unerfüllt blieben. Das Kind dient als Ersatz und Tröster. Eigene Nähewünsche stehen im Vordergrund und verhindern die Wahrnehmung der kindlichen Wünsche nach Distanz, Abgrenzung und Exploration, aber auch die Wahrnehmung von *dessen* Bedürfnissen nach Nähe.

Daraus resultieren ein ängstlich-anklammerndes, schnell nach ärztlicher Hilfe suchendes Verhalten beim Auftreten körperlicher Beschwerden oder Krankheit sowie die Neigung zu einer ängstlich-hypochondrischen Beschäftigung mit dem eigenen Körper. Solche Patienten neigen im Umgang mit dem Stressor „Krankheit“ zu einem passiven Schonverhalten und versuchen, legitimiert durch Krankheit, ihre unerfüllten Versorgungswünsche befriedigen zu lassen. Diese Passivität der Patienten ist kein „Widerstand“, sondern resultiert aus den früheren Erfahrungen, selbst wenig Einfluss nehmen und dem aktiven Tun der als mächtig erlebten Bezugspersonen wenig entgegenzusetzen zu können. Die gesendeten Signale über eigene Bedürfnisse und Wünsche blieben unbeantwortet, Aktivität wurde nicht gefördert. Die Aufmerksamkeit ist mehr auf die Wahrnehmung der Bedürfnisse der Bezugspersonen ausgerichtet als auf die eigenen. Kompensatorisch entwickelt sich die Kompetenz, in erster Linie andere und deren Bedürfnisse zu verstehen, worüber dann versucht wird, emotional Nähe zu schaffen bzw. aufrecht zu erhalten.

Die Arzt-Patient-Beziehung ist auf Grund des ausgeprägten Bedürfnisses nach Sicherheit anfangs von einer hoffnungsvoll-idealisierenden Haltung seitens des Patienten geprägt. Die – auch im Sinne der Wiederholung früher Erfahrungen – geradezu vorprogrammierte Enttäuschung führt dann aus diesem Grund zu häufigen Arztwechseln („doctor-[s]hopping“) und der Gefahr iatrogenen Schädigungen.

Eine emotional unverlässliche und aufgrund häufiger Wechsel zwischen Fürsorge einerseits und Ablehnung andererseits nicht kalkulierbare primäre Bezugsperson prägt das Bezie-

ungsverhalten des ängstlichen Bindungstyps mit einer negativen Sicht von sich selbst und von anderen. Noch stärker als beim vermeidenden Bindungstyp ist die Beziehung durch ein misstrauisches Verhalten geprägt. Das Beziehungsverhalten wirkt oft chaotisch und ist von einem permanenten Hinundherpendeln zwischen Nähe und Distanz geprägt. Die Beziehungen werden auf Belastbarkeit geprüft und sind ständig belastet und gefährdet. Die Brüchigkeit der Beziehungsgestaltung erinnert an das Verhalten von Personen mit ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen, z. B. Borderline-Störungen und Folgen traumatischer Erfahrungen. Sie werden auch gehäuft bei Patienten mit desorganisiertem und desorientiertem Bindungsmuster gefunden und sind mit einer Häufung bestimmter psychopathologischer Phänomene wie dissoziativen Zustände verbunden. Beziehungen werden gesucht, sind zugleich belastend und lösen starke Gefühle aus, es kommt häufig zu Orientierungslosigkeit, Überforderung und Erschöpfung und als Folge dessen zu Leeregefühlen und Depression.

Konsequenzen der Bindungstypologie für die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung

Bei der Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung sollte der jeweiligen Bindungstypologie Rechnung getragen werden.

Bei **vermeidendem Bindungsverhalten** ist es wichtig, das ausgeprägte Autonomiebedürfnis bei der Gestaltung und der Frequenz von Inhalten und Terminen zu berücksichtigen. Primär sollte der Patient in die Gestaltung der Behandlung soweit möglich einbezogen werden, Termine verhandelt und so dem Kontrollbedürfnis der Patienten entgegengekommen werden. Das Vorgehen des Arztes sollte transparent und nachvollziehbar sein; das kontrollierende Nachfragen der Patienten sollte nicht nur als Misstrauen erlebt werden, sondern als Ausdruck des basalen Bedürfnisses dieser Patienten nach Sicherheit und Autonomie. Gelingt dies, so können eventuell mit zunehmendem Vertrauen und Rückgang der – meist nicht bewussten – Angst vor Zurückweisung später vielleicht auch Abhängigkeitsängste thematisiert werden. Auch ein „passiv-aggressives“ Verhalten kann Ausdruck einer vermeidenden Bindung sein. Der Patient widerspricht zwar nicht immer offen, tut jedoch nie das, was man ihm empfiehlt oder vorschlägt. Nur so glaubt er seine Unabhängigkeit zu wahren und sich vor Erfahrungen von Enttäuschung schützen zu können. Voraussetzung ist dabei sicherlich, Kränkungsgefühle seitens des Arztes, die durch dieses Patientenverhalten ausgelöst werden können, als Ausdruck der Übertragung des Patienten zwar wahrzunehmen, jedoch nicht als Gegenübertragungsverhalten auszuleben. Vor allem einem Arzt, der selbst ein hohes Kontrollbedürfnis hat oder in Beziehungen viel Nähe und Bestä-

tigung sucht und Nachfragen als Mangel an Vertrauen und Bestätigung ansieht, dürfte dies eher schwer fallen.

Ist man als Arzt mit einem **unsicher-ambivalent gebundenen Patienten** konfrontiert, so es geht in der Arzt-Patient-Beziehung um eine freundliche Grenzziehung gegenüber dessen ängstlich-anklammerndem Verhalten und den teilweise hypochondrischen Befürchtungen. Häufig vorhandene Kontrollbedürfnisse sollte man als Arzt soweit möglich akzeptieren. Hilfreich können detaillierte Informationsvermittlung im Rahmen regelmäßiger und relativ häufiger Termine sein, die jedoch eher kurz und damit für den Patienten inhaltlich auch überschaubar („kontrollierbar“) sein sollten. Das negative Bild von sich und gleichzeitig positive von anderen kann sich teilweise auch in einem schuldhaft-depressiven Verhalten äußern, dem durch entlastende und selbstwertstärkende Interventionen zu begegnen ist. Im Kontakt können dann Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen des Patienten durch positive Rückmeldungen gefördert werden. Dies zielt insbesondere auf die Stärkung von mehr Eigenaktivität und Eigenverantwortung ab und sollte deshalb nicht mit der Einschränkung von Kontakt verbunden sein.

Beim **ängstlich bzw. desorientiert gebundenen Patienten** ist es wichtig, dass der Arzt mit Nähe-Distanz-Wechseln rechnet und sich von diesen, wenn sie auftreten, nicht „anstecken“ lässt. Suchen diese Patienten Nähe und freut sich der Arzt über diesen „Vertrauensbeweis“ und geht darauf ein, so sind Rückzug und Distanz seitens des Patienten geradezu vorprogrammiert. Das günstigste Arztverhalten gegenüber diesen Patienten ist von möglichst unbeirrbarer freundlicher Zugewandtheit und sachlich-nüchterner Information geprägt. Dies durchzuhalten, ist sicherlich oft nicht einfach, da diese Patienten häufig mit erheblichem Aufwand versuchen, die ihnen vertrauten Nähe-Distanz-Konstellationen herzustellen. Gerade diese Patienten laufen Gefahr, aufgrund eigener selbstschädigender Tendenzen und dem Auslösen aggressiver Gegenübertragungsgefühle beim Behandler verletzt und entwertet zu werden. Dies schließt

auch unreflektierte invasive Behandlungsmaßnahmen und „Schädigungen“ mit ein.

Fazit für die Praxis

Grundsätzlich ist die Gefahr aggressiven und unreflektierten Handelns bei allen Patienten mit unsicherem Bindungsverhalten gegeben und beruht auf den vielen Möglichkeiten wechselseitiger Enttäuschungen. Neben der „Sachorientierung“ sollte insofern immer auch darauf geachtet werden, welche Erwartung der Patient jeweils an die Arzt-Patient-Beziehung stellt und welches Beziehungsangebot er macht. Nur dann kann der Arzt entscheiden, in welchem Umfang und in welcher Form er darauf eingehen möchte bzw. kann. Dies besser zu erkennen, gelingt am ehesten durch eine adäquate ärztliche Gesprächsführung, die neben dem Erfassen und Klären von Beschwerden und Symptomen auch die aktuelle und frühere Lebens- und Beziehungssituation des Patienten in die Anamneseerhebung einbezieht (s. Kap. 4.2). Ein sicheres Bindungsverhalten beim Arzt unterstellt, ist dies bei sicher gebundenen Patienten eher unkompliziert möglich. Bei ambivalent bzw. verwickelt gebundenen Patienten gelingt dies meist verhältnismässig rasch, ist dann klärend und letztlich arbeitserleichternd: Missverständnisse werden verhindert und Enttäuschungen wird vorgebeugt. Bei unsicher-vermeidend und ängstlich bzw. desorganisiert gebundenen Patienten ist aufgrund deren misstrauischer Bindungsprägung mehr Vorsicht geboten. Gelingt auch hier die Wahrnehmung der Bindungsmuster und darüber der Aufbau einer besseren Arzt-Patient-Beziehung, verbessert dies oft entscheidend die Compliance und führt nicht selten zu einer höheren Arbeitszufriedenheit des Arztes. In Ergänzung zu einer kompetenten Technik der Gesprächsführung kann die Teilnahme an einer Balint-Gruppe dazu einen wesentlichen Beitrag leisten.