

Uta Sonneborn

Dr. med.

## **Emotionale und Psychosoziale Kompetenz für Medizinstudenten und Ärzte Impulse zur Weiterentwicklung des medizinischen Curriculums**

Geboren am 14.05.1952 in Bad Berleburg

(Staats-)Examen am 28.04.1983 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Psychosomatik

Doktorvater: Herr Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Rolf Verres

Als Resultat dieser Arbeit sollte das Lernziel der psychosozialen Kompetenz inhaltlich differenzierter und über das gesamte Studium hinweg in einer speziellen Art des Lernens durch Wissen gepaart mit Erfahrungen vermittelt werden. – Lehrjahre für Seele und Verstand. Die der Hälfte der Heilung zugeschriebene „Droge Arzt“ muss in ihrer Wahrnehmung und Intuition geschult werden und selbst gesund bleiben können.

Die Grundlagen psychosozialer Kompetenz sind die emotionale (1.) Eigen- und (2.) Beziehungskompetenz sowie die (3.) psychosoziale Sachkompetenz. Von diesen Fähigkeiten des Arztes, gemeinsam mit seiner medizinischen Fachkompetenz hängen die Gesamtdiagnose, die Therapie, die Qualität des Behandlungsergebnisses und der Grad der Zufriedenheit in der Arzt-Patienten-Beziehung auf beiden Seiten ab.

Voraussetzung für die (1.) emotionale (Eigen-) Kompetenz sind: Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion, Selbststeuerung und Selbstverantwortung;

für die (2.) Beziehungskompetenz: die Nutzung von (1.) sowie eine differenzierte Wahrnehmung des Gegenübers, Empathie, Interesse, geschulte Intuition, Kontaktfähigkeit, kommunikative Kompetenz, Anwendung der Modalitäten eines guten Arzt-Patienten-

Gespräch, eine humanistische, partnerschaftliche, dialogische Grundhaltung in der Arzt-Patienten-Beziehung und die Kenntnis der Zugangswege zum Patienten.

Für die (3.) psychosoziale Sachkompetenz sind notwendig: das integrierte Wissen und dessen Nutzung um biopsychosoziale, funktionelle und psychosomatische Zusammenhänge, sowie ein grundlegendes Leib-Seele-Verständnis.

Zur psychosozialen Kompetenz gehört (4.) außerdem die Fähigkeit zur Kooperation und kreativen Konfliktlösung mit Kollegen und anderen Gruppierungen im Gesundheitswesen. Neben seiner medizinischen Fachkompetenz sollte der Medizinstudent eine profunde Ausbildung für emotionale und psychosoziale Kompetenz studienbegleitend durch Vorklinik und Klinik erfahren dürfen, damit aus ihm nicht nur ein Mediziner sondern ein Arzt werden kann. Die bisherigen Rahmenbedingungen reichen dazu nicht aus.

In den für Medizinstudenten relevanten Lehrbüchern und Lernzielen kommen diese Aspekte und deren Ausgestaltung zu kurz. Die Dominanz rein naturwissenschaftlichen Denkens über die Krankheit als Objekt wird weder dem kranken Menschen, noch den zunehmend psychosozial verursachten Erkrankungen, noch den Erwartungen des jungen Medizinstudenten gerecht. Ihr kreatives Potenzial geht bei dieser Art der Ausbildung verloren.

150 von Medizinstudenten des 3. Semesters verfasste Protokolle über Arzt-Patienten-Gespräche wurden auf ihren Gehalt an Voraussetzungen für emotionale Eigen- und Beziehungskompetenz und psychosoziale Sachkompetenz untersucht (hier vor allem die Erfassung der psychologischen Ebene der Arzt-Patienten-Beziehung, der Zusammenhänge nonverbaler Signale, Symptome und Erkrankungen sowie biopsychosoziale Hintergründe von kranken Menschen). Die Ergebnisse zeigten, dass die Studenten dringend einer wesentlich differenzierten Schulung als bisher auf diesem Gebiet bedürfen.

Emotionen beeinflussen Wahrnehmung, Einstellung, Denken, Körper, Seele und Beziehungsgestaltung. Sie äußern sich nonverbal und verbal und sind für intra- und interpsychische Zustände bei Arzt und Patient verantwortlich. Ohne Bewusstsein über die eigenen Gefühle kann der Arzt keine Empathie und Beziehungsfähigkeit, keine emotionale Intelligenz – und psychosoziale Kompetenz entwickeln.

Nur eine verschwindend geringe Minderheit der Studenten wies gute bis sehr gute Fähigkeiten in differenzierter (Selbst-) Wahrnehmung und (Selbst-) Reflexion von Emotionen und Gefühlen auf, Flexibilität mit Gefühlen umzugehen, den inneren Dialog zu führen, Ich und Du, Gefühle und Interpretationen von einander abgrenzen zu können.

Nur 1/3 der Studenten bemerken, dass der Arzt auf Gefühle des Patienten eingegangen sei oder sie abgeblockt habe.

Das Gros der Studenten scheint sich nicht über die weitreichende Bedeutung von Emotionen und nonverbalen Signalen wie auch von Atmosphären bei sich selbst und beim Patienten als Kommunikationsfaktoren bewusst zu sein. Ein integriertes Wissen über die eigene und professionelle Nutzung vertiefter (Selbst-) Wahrnehmung und (Selbst-) Reflexion zur Selbstverantwortung und Selbstfürsorge, zum emotionalen Zugang zum Patienten, als inneres Instrumentarium zur Diagnostik und Therapie psychisch (mit-)verursachter Erkrankungen sowie zur interaktiven Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht gefunden werden.

Auffällig ist, dass, wenn die Studenten Emotionen und nonverbale Botschaften bei sich selbst (weniger) und beim Patienten (mehr) wahrnehmen, sie diesen jedoch keine Wertschätzung und Wichtigkeit beimessen. Sie können sie weder für sich noch für den Patienten nutzen. Losgelöst, ohne Bezug zu ihrer eigenen Person oder der des Patienten mit seiner Geschichte stehen sie unintegriert im Raum – als Objekte.

Diese objekthafte Beziehung zu den Emotionen findet seine Fortsetzung im Umgang mit den Patienten und der Krankheit als Objekt. Es entsteht eine Wechselwirkung. Eigene, abgewertete Gefühle werden entweder im Patienten ebenfalls abgewehrt oder auf ihn übertragen. Bei einem solchen Prozess besteht die Gefahr, dass der Arzt auf den Patienten entweder nicht mehr eingeht – oder er in seinen Patienten aufgeht; beides ist nicht professionell.

Die Fähigkeit, Empathie zu entwickeln, sich mit Mitgefühl professionell einzulassen und auch wieder abgrenzen zu können, ist nicht ausreichend ausgebildet. Er selbst verliert den Kontakt zu seinen Gefühlen – dies ist häufig eine Vorstufe des Burnout-Syndroms. Empathie, Schwingungsfähigkeit und Kontaktfähigkeit sind in starren Rollenmustern nicht möglich – also auch keine Beziehungskompetenz. Ungeschulte Wahrnehmung macht Fehldiagnosen, v.a. im Bereich von funktionellen, somatoformen und psychischen Erkrankungen, wahrscheinlicher.

Diese ineinander greifenden Mechanismen sind von Anbeginn des Studiums durch eine Schulung der (Selbst-) Wahrnehmung, (Selbst-) Reflexion sowie durch Wertschätzung, Verbalisierung und Integration von Emotionen zu vermeiden. Emotionale Eigen- und Beziehungskompetenz sind zu stärken.

Zur Beziehungskompetenz gehören neben der Eigenkompetenz als Grundvoraussetzung die kommunikativen Fähigkeiten und die von psychologisch integriertem Wissen geprägte, spezielle Gesprächskompetenz in der Arzt-Patienten-Beziehung. Hierzu eignen sich besonders Modelle aus der Klientenzentrierten Gesprächstherapie, integrativer Gestalttherapie,

Transaktionsanalyse und Internal Family Therapy auf tiefenpsychologisch fundiertem Hintergrundwissen.

Techniken des Aktiv-Zuhörens, des Spiegeln, der vertiefenden Fragen an Emotion, Kognition, Verhalten und Wünsche und das Vermeiden der Fehlerquellen stellen Inhalte dieser speziellen Gesprächskompetenz dar. Zu deren Grundlagen gehören das Wissen um eine Leib-Seele-Einheit, Entstehungsmöglichkeiten und schützende Funktion von Symptomen und den adäquaten Umgang mit ihnen sowie um die Phänomene von Abwehrmechanismen, Übertragung und Gegenübertragung, deren Auswirkungen und mögliche Auflösungen. Nur sehr wenige Studenten entwickeln in diesem Bereich Überlegungen. Die unterschiedlichen Modalitäten des Arzt-Patienten-Gespräches selbst sind den Studenten nur punktuell und wenn, dann auch nicht in ihrer weitreichenden Bedeutung vertraut.

Den Studenten scheint nicht geläufig zu sein, dass Arzt und Patient ihre Behandlungsziele abstimmen können (was in der Realität der Protokolle wohl auch selten geschieht), die Ziele sowohl von der Art der Erkrankung, als auch von der Persönlichkeit des Patienten und des Arztes abhängen, Behandlungsverträge geschlossen werden und welche Tücken implizite Behandlungsaufträge und unausgesprochene Ziele haben können. Es wird zwar registriert, ob der Arzt sich Zeit nimmt oder nicht, dass Zeit knapp ist; eine aktive Zeitstrukturierung eines Gespräches hingegen beobachtete kein Student. Auch darüber, woran ein gegenseitiges Ernstnehmen zu erkennen sein könnte, äußerten sich nur wenige Studenten.

Psychosoziale Sachkompetenz beeinflusst Eigen- und Beziehungskompetenz. Selbst wenn ca. 1/3 der Studenten psychologische und biopsychosoziale Hintergründe beim Patienten vermutet, so geschieht dies meist als laienhaftes Psychologisieren denn als psychologisch differenziert und geschult (was dem Patienten mehr schaden als nutzen kann). Seltenst zeigen die Studenten, wie durch Erfassen von Nonverbalem, Emotionen, der psychologischen Ebene und Verknüpfen mit dem Biopsychosozialen, Gesamtdiagnosen möglich sind und Zugang zum Verstehen des Patienten gefunden werden kann. (Psychisch verursachte Erkrankungen werden im Praxisalltag zu ca. 50 % übersehen und falsch behandelt.) An diesen Punkten wird besonders deutlich, wie unintegriert die Emotionen und die Psyche im Denken der Medizinstudenten da stehen, sowie eine große Unbeholfenheit, mit psychischen Aspekten umzugehen.

Diese zur Gesamtdiagnose führende Simultandiagnostik müsste der Student von Anfang an erlernen können. In die Sprechstunde kommt der ganze Mensch, ob der Arzt das will oder nicht.

Die psychosoziale Sachkompetenz kann im 3. Semester natürlich noch nicht voll ausgebildet sein. Über mögliche Grundeinstellungen und Grundhaltungen in der Arzt-Patienten-Beziehung und ihre Auswirkungen hierauf – Vertrauen, Gesprächsatmosphäre, autoritärer oder partnerschaftlicher Umgang, direktives oder nondirektives Verhalten, wurde zwar von ca. einem Drittel der Studenten geschrieben, ihre Bedeutung und ihre Folgen jedoch nur seltenst erfasst. Ebenso verhielt es sich mit den ressourcen- oder lösungsorientierten Ansätzen – jedoch zu einem noch geringeren Prozentsatz.

Über die Existenz unterschiedlicher Grundhaltungen und Modelle mit dem Patienten in Kontakt zu treten, sowie verschiedener Krankheits- und Gesundheitsmodelle scheint kein Wissen vorzuliegen.

Hier sollten dem Studenten die Auseinandersetzung mit dem Modell des dialogischen Prinzips in der Arzt-Patienten-Beziehung und der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Studium nahe gebracht werden. Durch die im deutschen Gesundheitswesen noch ausgeprägte hierarchische, autoritäre, paternalistische oder rein informative Arzt-Patienten-Beziehungen rutscht der Student durch unbewusstes Lernen am Modell automatisch in diese Fahrwässer hinein.

Über falsche Autorität und Machtmissbrauch im ärztlichen Bereich ist aus ihren Stellungnahmen kein Bewusstsein erkennbar.

Der Student sollte sich der Folgen der unterschiedlichen Beziehungsmodelle für ihn selbst und die Patienten bewusst sein, sie erfahren haben und sich aktiv entscheiden können. Eine achtsame, wertschätzende, offene, klare und ressourcenorientierte Grundhaltung, die versucht den Patienten nicht zu bewerten, ihm mit Empathie, Echtheit, emotionaler Wärme und Interesse begegnet, ihn als ganzen Menschen sieht und ihm seine Selbstverantwortung lässt, fördert seine Bereitschaft, ebenso mit sich umgehen zu lernen und dies weiterzugeben.

Diese Erfahrung müssten auch die Studenten schon im Studium an sich selbst erlebt haben, um eine solche Haltung verinnerlichen zu können.

Im Gegenzug dazu birgt die normale Sozialisation des Arztes Gefahren für Leib und Seele des Arztes und führt nicht selten zur *déformation professionnelle*.

Durch psychisch und physisch hohe Dauer (Über)Belastung und nicht genutzte professionelle Bewältigungsstrategien verliert der Arzt immer mehr den Kontakt zu sich selbst und seinen Gefühlen. Diese werden nicht beachtet, abgewertet, abgewehrt, verleugnet. Hierin liegt die Basis für ein „Tätersein“, für abwertenden Umgang mit anderen. Nicht zur Selbstverantwortung, Selbstfürsorge und Teamarbeit sozialisiert, flüchtet er sich einsam und gehorsam in seine Arztrolle und hält an falschen Autoritäten fest; Ärztegeneration für

Ärztegeneration wird derart geprägt. Die Dominanz der naturwissenschaftlichen Fächer und der Krankheit als Objekt verhindert inhaltlich das Interesse am kranken Menschen, an den Gefühlen und den psychischen Zusammenhängen.

Im neuen Modell der humanistischen Medizinersozialisation wird eine positive Sozialbindungsmatrix an die folgenden Generationen weitergegeben. Mit emotionaler und psychosozialer Kompetenz ausgestattet, verfügt der zukünftige Arzt über echtes Selbstbewusstsein und Selbstverantwortung. Er ist sich über seine Motivation klarer. Die im Studium von seinen Lehrern erfahrene Wertschätzung, Offenheit, menschliche Gleichberechtigung, die Freude und Kreativität bei der Arbeit, die kollegiale Gruppenarbeit, die Anleitung zu gesunder Selbstfürsorge bei sozialer Verantwortlichkeit würde er gerne sowohl weiterlehren als auch an die Patienten weitergeben. - Und so seinerseits Vorbild und Identifikationsfigur werden. Durch sechs Lehrjahre für die Seele und den Verstand hätte er eigene Gefühle integriert und verfügte über eine geschulte Wahrnehmung und Reflexionsfähigkeit. Sein Bewusstsein, seine Kreativität und seine Kritikfähigkeit waren geschärft. Der Überwindung von Ratio und Emotio wäre er einen Schritt näher. Durch das Training in emotionaler und psychosozialer Kompetenz verfügte er bei Studienabschluss über ein breites integriertes psychologisches Sach- und Erfahrungswissen neben seinem medizinischen Fachwissen.

Derart zum Arzt und nicht nur zum Mediziner ausgebildet, würde seine Arbeit kompetenter sein und Arzt und Patient mehr Erfolg und Zufriedenheit bringen können.

Mit dieser Arbeit hoffe ich, einige Impulse zur Erweiterung des Curriculums für Medizinstudenten herausgearbeitet zu haben.