

**Landeszahnärztetag Baden-Württemberg
20. / 21.10.06**

Psychosomatik in der Zahnheilkunde:

Dr. J. Stoffel:

Der (Zahn) -Arzt als „Patient“

Hilfestellung bei der Betreuung des psychosomatischen Patienten

Dr. J. Stoffel

Der (Zahn) -Arzt als „Patient“ - Hilfestellung bei der Betreuung des psychosomatischen Patienten

Der Zahnarzt als Patient –

Das fordert dazu heraus, darüber nachzudenken: Sind diese Anführungszeichen gerechtfertigt, wird er also wirklich zum Patienten? und entsprechend dem Generalthema der Tagung natürlich bezogen auf seine Psyche bzw. Psychosomatik Und wenn ja, unterscheidet er sich dabei von seinem allgemeinmedizinischen Kollegen – macht also die Klammer einen Sinn ?

Ober andersherum: wenn es den Zahnarzt in der Patienten- Ausführung gibt, dann müsste es auch den seelisch gesunden, glücklichen Zahnarzt geben. - Ist das eine Utopie oder ein realistisches Ziel ?

Spüren Sie doch selbst einmal dem nach, wie es ihnen geht, wenn Sie am Ende eines arbeitsreichen Tages die Praxis verlassen. Können Sie dann zu sich sagen:
Ich fühle mich körperlich, seelisch und geistig fit
Und ich bin zufrieden mit mir und der (Berufs-) Welt
Von anderen fühle ich mich angenommen und geschätzt
An morgen und die weitere Zukunft denke ich voller Zuversicht
Und heute freue ich mich noch auf den Feierabend, auf die Verabredung...was auch immer Sie vorhaben.

Trifft zumindest das Meiste davon und an den meisten Feierabenden zu ?

Oder geht es Ihnen eher häufiger so, dass Sie zu sich sagen müssen:

Ich bin müde, leer, körperlich und emotional erschöpft
Ich fühle mich gefangen, überdrüssig, gereizt
Ich fühle mich wertlos, zurückgewiesen, ausgenutzt, frustriert
Ich fühle mich abgearbeitet, schwach und "ausgebrannt"
Ich fühle mich niedergeschlagen, ohne Hoffnung und "erledigt"
Ich habe Angst und auch Depressionen sind mir nicht fremd

Dann nämlich zeigen sich einige der klassischen Symptome des Burn out, und die Liste ließe sich noch um viele solcher ganz unspezifischen und auch psychosomatischen Symptome verlängern.

Und falls Sie sich eher hier wieder finden sollten, dann sind Sie sicher in guter Gesellschaft:

Denn insgesamt 40% aller Berufstätigen fühlen sich ausgebrannt, und helfende, soziale Berufe sind dabei mit 60% gut im Rennen

Damit aber erfüllen Sie auch die Kriterien ein Patient zu sein !

Denn ein Patient ist ein Leidender, der ggf. auch ärztliche Hilfe sucht.

Vielleicht aber sagen Sie ja: Ich merke von all dem gar nichts – ich, und Therapie?

Sind Sie aber deshalb auch schon gesund ? – Oder funktioniert einfach nur noch ihr Abwehrmechanismus besonders gut ?

Wann und wie wird der (Zahn-) Arzt leidend ?

Und falls Sie es doch noch wahrnehmen können - Was ist das für ein Prozess, der hochintelligente Frauen und Männer mit ursprünglich anscheinend guter Motivation und einer Menge Vertrauen in sich selbst und ihre Fähigkeit, Krisensituationen zu meistern, in eine Geistesverfassung derartiger emotionaler Auflösung bringt ? Und vielleicht ist es auch da bei der Suche nach einer Antwort gut, der alten Therapeutenregel zu folgen, und gerade das anzuschauen, was vom Patienten am liebsten ausgeklammert werden soll: – fangen wir also mit uns selbst an.

Im Fokus: Ärztliche Helferrolle - Was der Arzt beiträgt ...durch seine Persönlichkeit

Was tragen wir dazu bei, selbst ein Patient zu werden ?

Ist es da nicht auch so, dass wir manchmal von uns selbst sagen müssten:

Es gibt Teile in mir, die haben sich noch nicht das DU angeboten - Strebungen, die nicht zueinander passen und nicht im Bewusstsein integriert sind ?

Da ist einmal die klassische Helferrolle mit dem ethisch sicher hochwertigen Wunsch, anderen zu helfen. Dahinter aber stecken oft eine Fülle unbewusster, längst dem Bewusstsein entzogener Motive: Die einstigen Wünsche unserer Eltern, Lehrer, Pfarrer usw., aus uns solle ein fleißiger und anderen hilfreicher Mensch werden, haben wir längst verinnerlicht und in unserem Über-Ich integriert, halten sie also für eigene Ziele, genauso wie der ganz menschliche und im gesunden Sinne narzisstische aber auch unersättliche Wunsch unseres inneren Kindes nach liebevoller Zuwendung sich jetzt projektiv nach außen wendet und verbündet mit Strebungen nach Anerkennung, Wertschätzung, Geltung und Macht, jetzt im unermüdlichen Kampf gegen den gemeinsamen Erbfeind: Krankheit und Tod
Wer nun aber seine Arme bildlich gesprochen so ins Unermessliche ausbreitet, muss verdrängen, dass seine Kraft allenfalls nur relativ größer sein kann, als die seines Patienten, und er muss die eigenen Bedürfnisse auch sich selbst gegenüber verleugnen, um nicht am täglichen Missverhältnis zwischen unrealistischen Wünschen und Wirklichkeit, zwischen Einsatz und ausbleibender Gratifikation zu scheitern. Dieses Verdrängen aber kostet Energie, und auch gerade die unbewussten narzisstischen Kränkungen machen krank.

Da nun weder innerhalb der Praxis noch im Kollegenkreis ein Austausch über eigenes Befinden möglich ist, selbst wenn es denn überhaupt einmal ins Bewusstsein durchbrechen könnte, weil Probleme als Schwäche oder Versagen angesehen werden, bleiben wir in der Isolation uns selbst überlassen und unserm unsicheren vielschichtigen Selbstbild als Helfer, Chef und Unternehmer, und wir bleiben in diesen Rollen fixiert.

Oft kommen noch Belastungen aus der eigenen Lebensgeschichte hinzu - reaktiviert durch aktuelle ähnliche Situationen. Die alten in unbewussten Ängsten und Konflikten abgelagerten Traumata, verschärfen dann die Schwere aktueller Belastungen.



... durch seine Tätigkeit

Bewusst ist uns aber allen – und deshalb auch nur der Vollständigkeit halber erwähnt - Unser Beruf ist anstrengend:

Feinste Bewegungen in oft verdrehter verspannter Körperhaltung, wechselnden Lichtverhältnissen und in oft hoher Geräuschkulisse, unter Zeit- und Qualitätsdruck, ausgesetzt einer ständigen Informationsflut und einem wachsenden Papierkrieg, führen dazu, dass wir wie beim Multitasking eines Computers uns gleichzeitig um den Patienten, die Mitarbeiter und die Praxisführung kümmern müssen. Dazu gesellen sich oft noch persönliche Sorgen und Belastungen: Der Beruf – einst meist mit viel Idealismus begonnen – hat inzwischen Unternehmenscharakter angenommen – ist das noch das, was ich wollte ? – so wird sicher manch einer fragen. Viele fühlen sich dabei wie in einem Hamsterrad, ohne Möglichkeit selbst noch Einfluss nehmen zu können. Wirtschaftliche Sorgen durch Nachfragerückgänge oder hohe Außenstände mehren sich. Ständig neue Methoden und Materialien sorgen nicht selten ebenso für fachliche Verunsicherung, wie entsprechende Spezialisierungen den Konkurrenzdruck erhöhen. Statt den dafür erwarteten Lohn erleben wir eher eine anhaltende Attackierung in der Öffentlichkeit.

... durch Defizite in der Aus-, Fort-, und Weiterbildung

Nicht ohne Folgen bleiben auch entsprechende Defizite in unserer Ausbildung, bezogen auf psychologische und psychosomatische Fragestellungen.

„Wer nur einen Hammer als einziges Werkzeug hat, für den sieht alles nach einem Nagel aus!“

Den meisten Kollegen fehlen insbesondere tiefenpsychologische Kenntnisse, die uns Einstellungen und Verhaltensweisen unserer Patienten erklären könnten.

Beispielsweise deren Wunsch, auf unserem Behandlungsstuhl emotional fast wieder zum Kind werden zu dürfen, von uns bemuttert oder bevatert.

Oder auch, warum manche Patienten vielschichtige Gewinne aus ihrem Krank-Sein ziehen können und sich deshalb unseren Bemühungen unbewusst widersetzen.

Dass hier die „Psychologie des gesunden Menschenverstandes“ nicht ausreicht, ja versagen muss, ist wohl einsehbar. Es fehlt uns meist die Fähigkeit, hinter die Stirn des Patienten, aber auch hinter die eigene Stirn zu schauen ebenso, wie kommunikative Fähigkeiten, in einzelnen Fällen manchmal auch soziale Kompetenzen.

Aus unserer Ausbildung heraus sind wir ausgerichtet auf solche Diagnosen und dazugehörige Therapieansätze, mit denen nicht nur wir selbst umgehen können, sondern welche auch im Austausch mit Kollegen Anerkennung finden. Automatisch verengt dies den Blickwinkel auf rein körperliche Aspekte des Patienten, angefangen von der Untersuchung bis hin zum in irgendeiner Form krönenden Abschluss.

Aber nicht nur wir geben dem körperlichen Geschehen einseitige Bedeutung, auch der Patient lässt sich auf diesen ungeschriebenen Vertrag ein und „organisiert“ seine zunächst im Grunde seelischen Beschwerden, gibt ihnen Gestalt als Dauer-Eintrittskarte in unsere Praxis.

Letztlich haben wir also zwar immer eine Lösung – sie passt nur oft nicht zum Problem und wird so auch für uns auf Dauer zum Stressfaktor, der krank machen kann.

Soweit unterscheidet sich die Situation des ZA nicht wesentlich von der des Allgemeinmediziners.

Besondere Psychische Belastungsfaktoren des Zahnarztes:

Zusätzliche Belastungen entstehen allerdings durch das besondere Maß und auch die Bedeutung der Ängste unserer Patienten, deren Anspannung sich auch auf uns überträgt, und es zu einer regelrechten Angst vor der Angst des Patienten kommen kann.

Zudem unterschreiten wir regelmäßig und zwangsläufig die magische Intimgrenze von 60 cm gegenüber dem Patienten, aber oft auch gegenüber der Mitarbeiterin, ohne dass auch wir selbst diese allseits potentiell Aggression erzeugende Situation durch Angriff oder Flucht auflösen könnten, was einen weiteren Stressfaktor darstellt. Auch laufen wir dabei Gefahr, gerade durch diese Nähe und die Erzeugung von Angst vor Kontrollverlust beim Patienten, auch dessen seelische Konflikte zu mobilisieren, ja sogar alte Traumatisierungen zu reaktivieren – manchmal auch neue zu setzen und uns als erste Zielscheibe aufbrechender Aggression geradezu anzubieten.

Dazu kommen noch all jene Spannungen, wie sie sich zwangsläufig ergeben können im Zusammentreffen ganz unterschiedlicher Persönlichkeitsstrukturen.

Im Fokus: Die Patientenrolle - Was der Patient beiträgt

Nun:

„Patienten sind auch Menschen – und das ist das Einzige, was manchmal den Praxisbetrieb stört !“

Allem Voran seine Erwartungen an eine fachliche wie menschliche Begegnung der ganz besonderen Art: Da wird nichts an Wünschen ausgelassen, was dann nicht auch unweigerlich in Konflikt geraten muss mit den realen Möglichkeiten.

Regelmäßig entwickeln sich dann aus anfänglichen Idealisierungen, in denen das Wort des Arztes als Droge und Heilsbotschaft wirkt, Bilder vom rohen unfreundlichen Sadisten bis hin zum Pfuscher, der unwirksam, unnötig und nur am eigenen Profit orientiert behandelt.

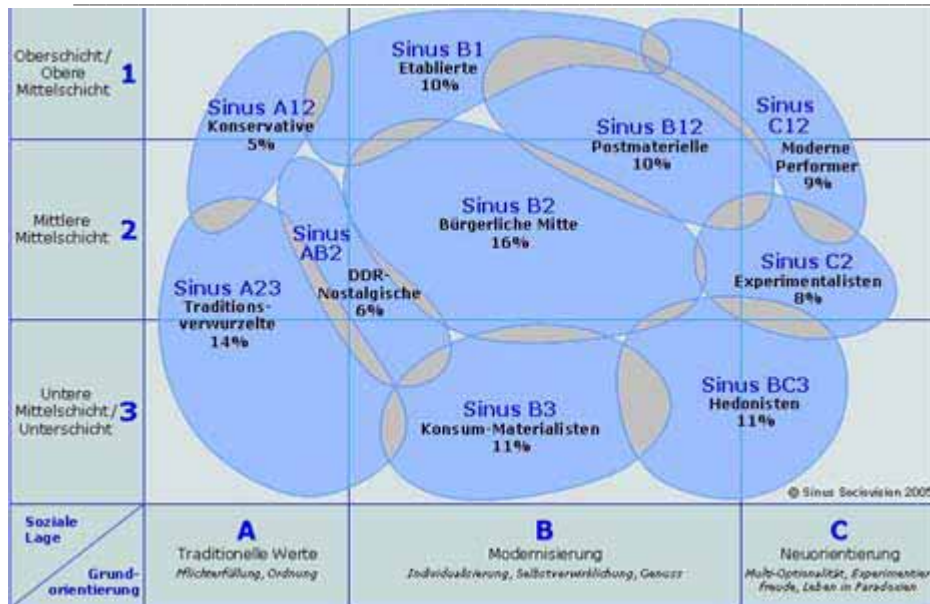
Dahinein mischen sich unterschiedlichste Ängste, vordergründig vor Schmerz, dahinter aber meist viel tiefer sitzend noch vor Kontrollverlust, vor zu großer Nähe und Enge und grenzüberschreitender Verletzung, aber auch in zunehmenden Maße vor hohen Kosten. Dies alles wird untermauert von den sattsam bekannten mediengestützten Vorurteilen.

Im Fokus: Die gesellschaftliche Situation und Entwicklung

Und tatsächlich treffen sich Arzt und Patient ja auch nicht in einem luftleeren Raum. Beide sind in eine zunehmend plurale Gesellschaft eingebettet. Soziologen beschreiben mindestens 10 Gruppierungen, die sich nicht nur in ihrem ökonomischen Rahmen sondern auch in den Wertorientierungen unterscheiden.

6 Landeszahnärztetag Baden-Württemberg 20./21.10.06 - Psychosomatik in der Zahnheilkunde:

Der (Zahn) -Arzt als „Patient“ – Hilfestellung bei der Betreuung des psychosomatischen Patienten



(Quelle: Publik Forum 05/2006 S.30 Schaubild Institut Sinus Sociovision (www.sinus-sociovision.de))

Wenn wir den Zahnarzt der Einfachheit halber in der bürgerlichen Mitte ansiedeln, so kann er sich also mit etwa 16% der Bevölkerung in seinen Wertorientierungen identifizieren. Die geringen Schnittmengen mit anderen Gruppen lassen befürchten: jenseits beginnt schon eine andere Welt mit anderen Orientierungen, die ihm schon weniger vertraut sein werden.

Dazu kommt die Spaltung unserer Gesellschaft in eine kleine Gruppe immer Wohlhabenderer und eine Mehrheit mit immer geringer werdenden wirtschaftlichen Ressourcen, und dies findet seine Entsprechung und Spiegelung auch in der Zahnärzteschaft. Das geht einher mit einem Zerschneiden der zwischenmenschlichen Solidarität und gegenseitigen Verbindlichkeit, und der Entwicklung zu einer Ellenbogengesellschaft, in der jeder gegen jeden und auf den eigenen Vorteil bezogen agiert.

In diesem Rahmen erleben auch immer mehr Zahnärzte eine Einschränkung wirtschaftlicher Möglichkeiten, was zu dem Gefühl existenzieller Bedrohung führen kann, verbunden mit Gefühlen von Abwertung und Würdeverlust. Und auch hier gilt: Was kränkt macht krank!

Die Mehrheit beantwortet diese Lebenssituation mit Fatalismus, einer eher depressiven Anpassungsstrategie, andere beantworten dies aggressiv – gegen andere im beruflichen oder privaten Umfeld oder aber gegen sich selbst.

Im Fokus: resultierende Probleme in der Arzt - Patienten – Beziehung ...

Vor diesem Hintergrund ist leicht verständlich, dass es auch in der Arzt-Patientenbeziehung zu Problemen kommen muss.

Beide Seiten begegnen sich in einem Dunstkreis voller Vorurteile, in der die jeweilige Selbstwahrnehmung und die Fremdwahrnehmungen nicht übereinstimmen.

Auch ist die Beziehung schon durch das „setting“, durch das soziale wie aktuelle Machtgefälle der Begegnung belastet.

Und es begegnen sich zudem die unterschiedlichsten Einstellungen, Vorstellungen und Erwartungen.

Und auch von außen ist die Beziehung belastet, angefangen von unvermeidlichen Auseinandersetzungen wegen der Kassengebühr, über Zuzahlungs- Diskussionen bis hin zu Differenzen wegen Gutachten.

Und nicht zuletzt treffen hier die unterschiedlichsten Persönlichkeitsstrukturen mit all ihrem unbewussten Konfliktpotential aufeinander.

Dabei wird es sicher die Ausnahme bleiben, dass das Image auch unserer Praxen dafür sorgt, dass die meisten Menschen sich große Mühe geben, gesund zu bleiben. Eher erleben wir sie dann mit mehr oder weniger versteckter Aggression in der Praxis, entweder als offen anspruchsvolle fordernde Patienten, die spontan unsere Ablehnung und Ärger auslösen. Oder sie erscheinen oberflächlich als angepasst und unterwürfig, bringen ihre Aggressionen aber durch unterschiedlichste Verweigerungen zum Ausdruck, lassen letztlich alle unsere Bemühungen scheitern, und fügen uns damit letztlich eine narzisstische Kränkung zu.

Andere wieder erscheinen sehr bescheiden, abhängig, hilflos und ängstlich, bringen aber ein solch hohes Maß an Bedürftigkeit mit, dass wir zunächst bereitwillig in die Falle unserer klassischen Helferrolle geraten, dann aber bald die Unersättlichkeit der Wünsche spüren und uns in Rückzugsgefechte verstricken.

Nicht selten werden wir dabei zum Opfer des sog. Korypäen-killer-Syndroms, wobei der Patient unsere Praxis aufsucht mit dem unbewussten Ziel, dass wir alle seine Wünsche und Nöte in die Hand nehmen sollen. Natürlich ist hier die Enttäuschung vorprogrammiert. Dazu gesellt sich erst jetzt der Konflikt aus dem schon erwähnten Machtgefälle. Es baut sich ein affektives aggressives Potential auf, was letztlich die Lösung in einer Art „Denkmalsturz“ des zunächst idealisierten Arztes sucht, dessen Erfolg zunächst Triumph auslösen mag, letztlich aber neue Ängste bewirkt, verbunden mit neuem „alten“ letztlich chronischem Schmerz als Dauereintrittskarte in die nächste Praxis zur Suche eines neuen Opfers. Und immer weiter werden neue Ärzte idealisiert, gestürzt verlassen usw.

Uns aber bleiben die Blessuren des Denkmalsturzes und die krankmachenden Kränkungen, die unbewusst auf Rache sinnend lassen, die wir dann hinter der Ausrede tarnen: „Wir Mediziner sind nicht inhuman, wir haben nur keine Zeit, human zu sein!“

Die Folgen sind ständige Spannungen in der Arzt-Patientenbeziehung.

Diese Spannungen sind einerseits Qualitätskiller, es kommt zu Behandlungsfehlern und Abbrüchen verbunden mit Schuldgefühlen bis hin zu haftungsrechtlichen Folgen. Andererseits steigert dies wiederum den Stress für das gesamte System: Praxis. Letztlich werden auch wir selbst zum Blitzableiter sich aufschaukelnder Spannungen, in der Form somatoformer aber auch manifest organischer Erkrankungen.

So mancher Herzinfarkt, aber auch so mancher Versuch, Angst und Stress in Alkohol aufzulösen, ist dann nichts anderes, als Suizid auf Raten.

Wir konnten also bis dahin erkennen:

Zahnärzte – nicht viel anders als Ärzte - können selbst zum Patienten werden. Und es macht jetzt Sinn, nach konstruktiven Hilfsmöglichkeiten zu fragen, die nicht nur unsere Patienten, sondern auch uns schützen und heilen können.

Allgemeine Hilfen

Dazu gehört natürlich – und das sei nur der Vollständigkeit halber erwähnt – eine gesunde Lebenshaltung mit ausreichenden Erholungsphasen zum Wiederauffüllen der Ressourcen, Sport und gesunde Ernährung.

Hilfreich ist auch, sich unter Freunden auszutauschen – u. Freunde hat man nur, wenn man sich Zeit nimmt, Freundschaften auch zu pflegen.

Und auch als Arzt sollten wir uns nicht scheuen, professionelle Hilfe zu beanspruchen.

Inwieweit es gelingen kann, innerhalb der Kollegenschaft, z.B. am Stammtisch, im AK oder im Qualitätszirkel sich auszutauschen, wird von den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten abhängen.

Und natürlich hilft auch die fachliche Fortbildung, so manchen Nebelschleier zu lichten, der über Diagnostik, Therapie, Kommunikation, Selbst- und Stressmanagement liegt, insbesondere was die Vermeidung von Selbstüberschätzungen und dem Erlernen, auch einmal Grenzen zu setzen, anbelangt.

Ganz sicher aber ist es nicht möglich zu wählen, ob wir uns mit Psychologie überhaupt befassen wollen oder nicht, einzig, ob wir dies förderlich oder schädlich tun möchten – auch für uns selbst.

Oder, um es frei nach Brecht zu formulieren: Stell Dir vor, es gibt Konflikte in Deiner Praxis, aber Du hältst Dich raus – dann kommen die Konflikte zu Dir!

Der Blick in die Fachmedien mag uns den Eindruck vermitteln, dass es die Implantate sind, auf die sich unser tägliches Tun stützt. Im arithmetischen Mittel aber reichen die in D. tatsächlich verkauften Implantate – bei aller Freude über diese Hilfsmittel - nur für ein Implantat pro Praxis und Monat. Demgegenüber zeigt jeder Zweite erwachsene Patient Spuren eines somatisch-technisch meist nicht hinreichend erklärbaren Zähneknirschens, und in Verbindung mit den wachsenden Zahlen stressbedingter- und neurotischer Erkrankungen, müssen wir davon ausgehen, dass kein Tag vergeht, an dem nicht mindestens ein Patient unsere Praxis aufsucht, dem wir mit Mechanik allein nicht helfen können.

Wir müssen also eine Antwort finden – uns selbst, unseren Patienten und der Gesellschaft gegenüber, sei es in der klassischen Rolle des HZA, evtl. mit entsprechenden Fortbildungen, sei es als Spezialist für die zahnärztliche Psychosomatik. Einmünden soll all dies in die Befähigung, „schwierige Fälle“ nicht nur erkennen zu können, sondern sich auch darüber austauschen und kooperieren zu können, und die Patienten letztlich an Psychotherapeuten, Klinik oder „Spezialisten“ überweisen zu können.

Spezielle Hilfen -

Der „psychosomatische Konsiliardienst“



Ein wichtiges Bindeglied hierzu könnte der entsprechend weitergebildete Zahnarzt sein, weil dieser entsprechende Möglichkeiten für die Diagnostik und Therapiereinleitung besitzt. Er kann helfen, frühzeitig psychosomatische Zusammenhänge zu erkennen, diese entsprechend „patientenverträglich“ zu vermitteln, rechtzeitig einen Desomatisierungsprozess einzuleiten und damit einen oft jahrelangen, schmerzlichen und teuren Leidensweg zu verkürzen. Er soll helfen, die somatische Fixierung und Chronifizierung zu verhindern und die Chancen für eine erfolgreiche Überweisung zum Psychotherapeuten zu verbessern. Wesentlich bleibt aber, dass damit für den überweisenden ZA auch dessen persönliches Klage- und Regressrisiko und der resultierende Frust, Stress und hohe Kosten verringert werden sollen.

Mein persönlicher Weg dazu war, eine entsprechende Seite (www.konsiliardienst-stoffel.de) einzurichten, auf der interessierte Kollegen aus dem Umfeld Informationen finden, einmal über Grundlagen der Psychosomatik, welche „Positivkriterien“ auf ein somatoformes Geschehen hinweisen, ohne dass grundsätzlich erst einmal alle nur denkbaren körperlichen Untersuchungen „abgehakt“ worden sein müssen. Dort gibt es selbstverständlich aber auch eine Checkliste zu unerlässlichen somatischen Untersuchungen. Und es wird dort die Möglichkeit einer Überweisung angeboten, verbunden mit einem Arztbrief, der den Auftrag ebenso erkennen lässt, wie die bisher durchgeführten Untersuchungen, Therapieversuche und deren Erfolg, sowie etwaige noch durchzuführende somatische Untersuchungen.

Konsiliardienstlicherseits wird dann eine bio- psycho-soziale Anamnese erhoben, evtl. verbunden mit einem Fragebogen- Screening, wenn nötig einer Krisenintervention, evtl. auch Anleitungen zu Selbstbeobachtung oder Entspannungsverfahren. Ganz wichtig aber: Der Patient soll durch entsprechende Gespräche gezielt hingeführt werden zu einer Überweisung zur Psychotherapie. Es folgt dann ein Arztbrief an den überweisenden Kollegen, der Befunde, Arbeitshypothese, vorläufige Diagnose und Therapieverschlüsse erkennen lässt.

Nun, Sie werden sich vielleicht bis hierher gefragt haben: Warum gehe ich solange und viel auf die Dinge ein, die uns zum Patienten machen, warum komme ich nicht gleich zu den Hilfsmöglichkeiten?

Einmal denke ich, dass auch hier gilt: Erkenntnis des Problems, Verstehen der Hintergründe, ist schon hilfreich und ein Teil „Therapie“ – und Erkenntnisvermittlung ein Stück weit Hilfestellung.

Die Balintgruppe

Und wenn ich jetzt zur Balint- Arbeit komme, hoffe ich zeigen zu können, dass diese Art zu arbeiten, sicher mehr ist als nur das Kurieren eines Symptoms, eher eine Art „seelischer Wurzelbehandlung“, die „via regia“, um alle eingangs beschriebenen Probleme hier integriert und ursachenbezogenen Lösungen näher zu bringen.



Zunächst aber: Was ist das überhaupt – eine Balintgruppe ?

Der Name geht auf Michael Balint zurück, der als Arzt, Psychoanalytiker und Therapeut bereits in der Mitte des vergangenen Jahrhunderts damals bei Ärzten all die beschriebenen Aus- und Fortbildungsdefizite bemerkt hat: ihre Neigung zu Selbstüberforderung und Selbstüberschätzung, die Gefahr, von den Konflikten der Patienten „angesteckt“ zu werden, bis hin zum „Burn-out“.

Er rief deshalb damals eine Gruppe von Ärzten zusammen und entwickelte eine Methode der Gruppenarbeit, die sich seitdem Weltweit und in allen helfenden Berufen verbreitet und bewährt hat.

Äußerlich kennzeichnend für eine solche Balintgruppe ist, dass etwa 8-12 TN aus helfenden Berufen regelmäßig und zu verbindlich vereinbarten Terminen in einer ungestörten Umgebung in einem Stuhlkreis zusammen sitzen und sich über „schwierige Fälle“ in ihrer Arbeit austauschen.

Dieser Austausch geschieht in einem entsprechend strukturierten und durch den Gruppenleiter moderierten Gespräch. Dieser Gruppen- Rahmen ist geschützt: d.h. weder Namen noch Details über Patienten noch über Gruppenteilnehmer gelangen nach außen. Außerdem sorgt der Gruppenleiter dafür, dass jeder einzelne TN in seiner Person geschützt wird, d.h. dass niemand in seinem Denken und Tun als Person kritisiert werden darf.

Was Balintarbeit z.B. vom Coaching unterscheidet, ist, dass die Lösungskompetenz aus der Gruppe kommt, und dass die Analyse und die Lösungsmöglichkeiten, die sich aus dem einzelnen betrachteten Fall ergeben, zum Modell für „schwierige Fälle“ aller in der Gruppe werden. So kann Balintarbeit auch als eine besondere Form der problemorientierten Supervision verstanden werden, in deren primärem Fokus zunächst die Arzt-Patienten-Beziehung steht, aus der heraus aber eben nicht nur dieses Beziehungsgeschehen analysiert sondern auch die dahinter stehenden seelischen Beweggründe der Beteiligten verstanden werden sollen.

Dieses Grundprinzip kann aber auch an praktische Erfordernisse angepasst werden, indem Aspekte der Supervision, oder des Kommunikationstrainings ebenso eingefügt werden können wie die Analyse eines Praxisteam z.B. durch entsprechende Systemaufstellungen.

Es ist also das unzensurierte Wechselgespräch in einem einführenden und unterstützenden Umfeld, das heißt der Wechsel aus freiem unzensuriertem Fallvortrag eines Kollegen und Rückmeldungen der Gruppe, die nur durch den Gruppenleiter unterbrochen und evtl. ergänzt oder kommentiert werden, was ein „analytisches“

Arbeiten der Gruppe ermöglicht unter Nutzung aller freier Einfälle, Phantasien, Wahrnehmungen und Fragen, jedes Einzelnen. Dabei können eigene Erfahrungen ebenso erschlossen werden wie unsere angeborenen intuitiven Fähigkeiten. Der Patient wird durch diese Analyse immer stärker in der Gruppe „atmosphärisch anwesend“. Zu seinen Problemen gibt es keine aktuell nachweisbaren „richtigen“ oder „falschen“ Antworten, nur subjektive Momentaufnahmen und Vorstellungen, wie der „Fall“ sich weiter entwickeln könnte. Aber die Erfahrung, wie oft sich die Ergebnisse der Gruppe im Nachhinein bewahrheiten, macht Mut zu Spontaneität, Freiheit, Echtheit und Akzeptanz.

Wie aber ist das überhaupt möglich, dass eine solche Arbeitsweise, die manchem als eher unwissenschaftlich erscheinen mag, überhaupt zum Erfolg führen kann ?

Eine Theorieentwicklung der Balintarbeit in streng naturwissenschaftlichem Sinn ist mangels direkter Beobachtbarkeit und Messbarkeit schwierig. Aktuelle neurowissenschaftliche Erkenntnisse bieten aber immerhin Erklärungsmöglichkeiten und lassen die Balintarbeit als eine sehr moderne, zeitgemäße Methode erkennen. Einmal ist es die Entdeckung der sog. „Spiegelneurone“ Ende der 90iger Jahre, jener genetisch vorgegebenen neuronalen Strukturen, die uns u.a. ermöglichen, uns in etwas einzufühlen, was ein anderer erlebt oder fühlt, und zwar einzig aus der Position des Beobachters bzw. Zuhörers.

Zum Anderen ist es die Erkenntnis, dass unser Denken und Fühlen als Ergebnis vielschichtiger, wiederholter und nachhaltiger Sinnesreize einen sehr vernetzten Vorgang in komplexen Konzepten und Bewusstseinszuständen darstellt: Sehr vereinfacht dargestellt, sind es die immer wiederkehrenden gleichartigen Signale aus der Außenwelt, die im ZNS zu ganzheitlichen Aktivitätsmustern und Vernetzungen neuronaler Strukturen führen. Daraus leiten sich bestimmte Bewusstseinszustände inkl. emotionaler Anteile ab, die einerseits im Gedächtnis abgespeichert werden, von dort auch wieder ins Bewusstsein zurückgelangen können, zu entsprechenden Reaktionen führen, aber auch unsere Aufmerksamkeit ausrichten in dem Sinne, dass immer wieder passende Muster zu dem bisher Erfahrenen gesucht werden, was wiederum die entsprechenden Aktionsmuster auslöst aber auch zu Selektion unserer Sinnesorgane führt, die gezielt nach Regelmäßigkeiten aus den Signalen der Umwelt suchen. Neue Informationen haben es also nicht leicht, müssen entsprechend intensiv, wiederholt und mit Affekten verknüpft stattfinden, um die Aktivitätsmuster und synaptischen Verbindungen im ZNS zu verändern.

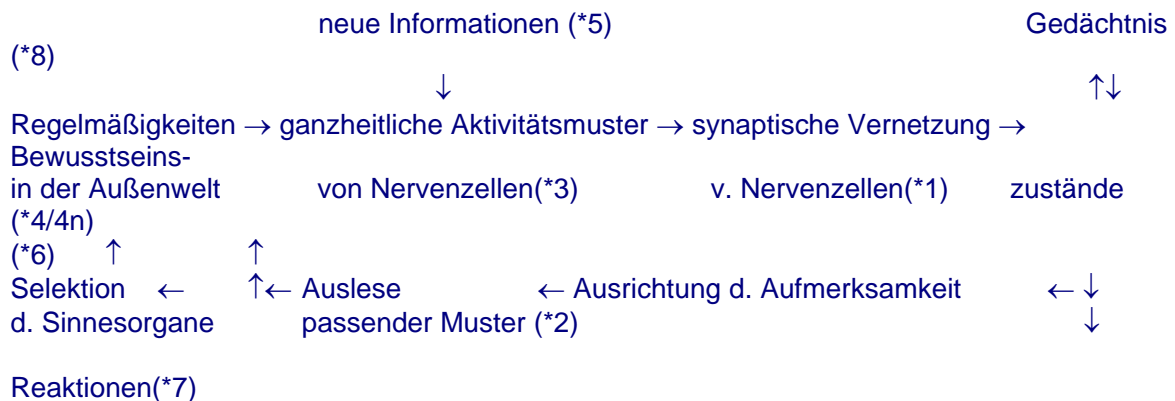
Die Balintgruppe kann nun als eine Vernetzung mehrerer organisierter Nervenzellgruppen verstanden werden. Die Orientierungsarbeit der Gruppe während eines Fallberichtes entspricht dann der Auslese passender Muster, wobei die Spiegelneurone bei jedem TN ermöglichen, dass die emotionalen Inhalte integriert bleiben, und das Wiederaufleben von passenden individuellen Vorerfahrungen innerhalb der Gruppenarbeit entspricht dann dem Aktivitätsmuster der neuronalen Strukturen des ZNS. Gespeicherte Bewusstseinszustände innerhalb der Gruppe werden dann durch neue Eindrücke im Abgleich mit schon vorhandenen gesammelten Vorerfahrungen zu neuen konstruierten Bewusstseinszuständen mit neuen Reaktionsmöglichkeiten und Speicherung im Gedächtnis.

Theorie

(H. Egli: Neurowissenschaftliche Ergebnisse und ihre Bedeutung für die Balint- Arbeit Balintjournal 2/2003 S.38 ff)

Und

J. Peichl: ... die Rolle der Spiegelneurone ... Balint-Journal 7/06 49 ff)



- *1 = Balintgruppe als Vernetzung mehrerer organisierter Nervenzellgruppen
- *2 = Orientierungsarbeit der Gruppe während eines Fallberichtes (Nutzung der Spiegelneurone)
- *3 = Wiederaufleben von passenden individuellen Vorerfahrungen
- *4 = gespeicherte Bewusstseinszustände werden durch
- *5 = neue Eindrücke im Abgleich mit
- *6 = schon vorhandenen gesammelten Vorerfahrungen
- *4n = zu neuen konstruierten Bewusstseinszuständen mit
- *7 = neuen Reaktionsmöglichkeiten und
- *8 = Speicherung im Gedächtnis

Im Gegensatz zu theoretischem Lernen oder Verhaltenstraining verändert Balintarbeit also nachhaltig komplexe Konzepte als Handlungsgrundlage, weil emotionale Anteile stets mitgeführt werden.

Aber deshalb ist es auch mit der BA wie mit der Liebe ! : – Darüber reden allein ... Warum also Mitarbeit in einer Balintgruppe ?

Da kann es einmal darum gehen, die eigene alltägliche Arbeit besser verstehen lernen zu wollen und die Auswirkungen unseres Tuns auf den Heilerfolg des Patienten, auf die Qualität der Teamarbeit aber eben auch auf das eigene Wohlbefinden.

Auch geht es darum, die seelischen Hintergründe „schwieriger Patienten“ und deren Erkrankungen besser zu verstehen, Störungen auch im Praxisteam zu erkennen, aber auch um die Verpflichtung für die eigene Gesundheit etwas zu tun und dem Burn-out vorzubeugen.

Gibt es andererseits auch Voraussetzungen, an einer Balintgruppe teilzunehmen? Ich denke, dass es wichtig ist, dass ein TN einer BG regelmäßig aktiv im Beruf tätig ist, dass er – einmal abgesehen von Studenten-BGs – praktische berufliche Erfahrungen und hinreichende Kompetenz besitzt und auch den Wunsch, sich mit anderen Kollegen auszutauschen u. zu beraten. Das Interesse an menschlichen wie psychologischen Fragestellungen ist dabei ebenso wichtig, wie die Bereitschaft, sich mit diesen Fragen auseinandersetzen zu wollen, die eigene berufliche Situation zu

reflektieren und ggf. verändern und verbessern und eigene Fähigkeiten trainieren zu wollen.

Andererseits ist Balint-Arbeit ein Kind der Psychoanalyse und wie diese nicht wirklich zu denken ohne eine im reflektierenden Sinne gesellschaftskritische Haltung, die sich in freiem unabhängigen Denken am Wohlergehen des anderen Menschen orientiert. Dazu gehört das weitestgehende Fehlen von Abhängigkeiten aller Art ebenso wie die Abwesenheit schwerer psychischer Erkrankungen.

Schaden nehmen allerdings kann niemand etwas bei der BA, denn es geht um die „schwierigen Fälle“ im Berufsleben, es geht nicht primär um unsere Person – Selbsterfahrung bleibt ein für andere TN unbemerkter Nebeneffekt. Alles, was zu diesen „Fällen“ gesagt wird, hat seine Richtigkeit und Bedeutung, unsere fachliche, „handwerkliche“ Qualifikation steht nicht zur Diskussion. Es gibt keine Prüfungen, keine Bewertungen, oder Belehrungen. Die Integrität und Selbstbestimmung des Einzelnen bleibt gewahrt, und niemand wird zu irgendetwas gezwungen.

Selbstverständlich muss auch der Gruppenleiter unabhängig sein, d.h. weder einer Ideologie oder irgendeiner Gruppierung verpflichtet sein.

Deutlich werden soll aber auch, welchen konkreten Nutzen sie aus der Balint-Arbeit erwarten können:

Im günstigsten Fall kommt es zu einer Art Spontanheilung, d.h. schon beim nächsten Kontakt mit dem „schwierigen Fall“ nach der Gruppenarbeit löst sich das Problem auf, einfach, weil Sie dem Patienten anders gegenüber treten.

Sehr viel häufiger allerdings ist es, dass es eine Zeit dauert, bis sich unsere eigene innere Grundhaltung und auch unsere Erkenntnisse so verfestigen, dass sie zu nachhaltigen Veränderungen führen können.

Nicht zuletzt wird BA von vielen geschätzt als berufsbegleitende Supervision als Psychohygiene im Sinne der Burn-out-Prophylaxe, - und neuerdings auch als eine effektive wie angenehme Art, Fortbildungspflicht in -Punkte umzusetzen.

denn – um es in Anlehnung an Oskar Wilde zu sagen – nur der Oberflächliche nimmt an, dass er mit sich und seinen Problemen auch in der Praxis alleine zu recht kommt. Hilfestellung aus der BA können sie also erwarten in der Erschließung und Förderung ihrer emotionalen Intelligenz, d.h. der Verbesserung ihres Einfühlungsvermögens und tiefen Verständnisses, aber auch in der Zunahme der zwischenmenschlichen Kompetenz, und der Verbesserung der Fremd- und Selbstwahrnehmung.

Lernen können sie dabei auch zu bemerken, wie sie selbst auf den Patienten reagieren und was dies bedeuten kann, indem sie deuten lernen, in welche Stimmung sie der Patient versetzt, wie sie sich selbst gerade verhalten und welche Interaktion gerade abläuft.

Und sie können lernen, die seelischen Hintergründe verschiedener Erkrankungen und Verhaltensweisen besser zu verstehen, und das Erkennen und den richtigen Umgang mit sog. Positivkriterien, die auf ein psychosomatisches Geschehen hinweisen.

Über das bessere Verstehen und Analysieren der Arzt-Patienten-Beziehung hinaus, sollen typische auch zä.- psychosomatische Erkrankungen, besser erkannt werden können.

Verbesserung der „tiefen“ Diagnosefähigkeit und deren Vermittlung bei

- Oralen Parafunktionen / Bruxismus
- CMD- Patienten mit letztlich therapieresistenten Myoarthropathien
- Psychogenes (chronisches) Schmerzsyndrom im ZMK- Bereich
- Prothesenunverträglichkeit / mangelnde Adaptation
- gesteigerter Würge- und Brechreiz
- Zungen- und Schleimhautbrennen
- Schädliche Gewohnheiten ("Habbits")
- Motivations- u. Compliance- Defizite (Karies und Gingivitis als Motivationskrankheiten, Nichtakzeptieren von Behandlungsangeboten)
- Psychogene Immunschwächung (Chronische Parodontitis als Stress- und Konflikt-Antwort)
- Behandlungsbezogene Ängste und Phobien

Gruppenarbeit kann aber auch dazu dienen, die Grundlagen für förderliche Kommunikation zu erweitern, sowohl mit dem Patienten wie innerhalb des Praxisteam. Und dazu gehört auch eine Veränderung des Führungsstils, hin zu einer vertrauensvollen Teamarbeit, was letztlich auch hilft, Mobbing- Situationen oder eine zu große Mitarbeiterfluktuation zu reduzieren.

Auch können sie lernen, sich in angemessener Weise von den Wünschen des Patienten abzugrenzen, sich selbst verstehen zu lernen als ein Begleiter des Patienten und nicht als sein Retter, eine Balance herzustellen zwischen einem grenzenlosen Sich-zu Verfügung-Stellen und ungesteuerter Egozentrik, ein Verhalten also, das dem Patienten ermöglicht, gesund werden zu können. Und BA bietet die Chance, vermeintlich Altbekanntes in neuem Licht sehen zu können und oft überraschend neue Lösungswege zu finden.

Parallel dazu kann sich auch ihre eigene Person positiv entwickeln, mit der Chance zu mehr Freude und Erfolg, mehr Selbstbestätigung und Selbstachtung im beruflichen Alltag mit neuen Visionen und neuen Konzepten.

Seitens des Patienten kann eine solche Veränderung bei ihnen auch unbewusst beantwortet werden z.B. durch geringere Ängstlichkeit, ein konsequenteres Befolgen von Instruktionen, weniger Reklamationen und Regresse, weil sie ihm in einem neuen Licht erscheinen. Auch dies kann für sie wiederum mehr Lebensfreude und Lebensqualität bedeuten, Vielleicht auch ein Mehr an Ausgeglichenheit durch eine veränderte Lebensphilosophie mit dem Ziel, „in sich selbst wieder zuhause zu sein, statt selbst auch dort nur ein privilegierter Ausländer“ zu sein.

Und zum Schluss:

Wenn Beruf etwas mit Berufung aber auch Profession zu tun hat, Professio aber Bekenntnis bedeutet, was würde dann wohl geschehen, wenn wir in unserem ganz eigenen Interesse, im Interesse unserer Gesundheit, im Interesse unseres nicht länger Patient sein Wollens, alle eine solche Professionalität entwickeln würden in einer Patienten- zentrierten ZHK, die diesen wie uns selbst als ganzen Menschen sieht, und in der die Arzt-Patienten-Beziehung wieder ins Zentrum zurückfindet ? Denn es gibt nichts Traumatisierenderes als die misslungene, v.a. verletzende Beziehung, und keine noch so ausgefeilte Technik der Therapie kann heilsamer sein als die gelungene, innerlich berührende Beziehung

Dazu gehört natürlich die fachlich theoretische Ausbildung, Kooperation und Supervision, aber eben auch die Entwicklung und Psychohygiene der eigenen Person.

Und weil wir als Einzelne nur so zufrieden und seelisch gesund sein können, wie die Gemeinschaft, die uns umgibt – und natürlich auch umgekehrt - gehört zu alle dem die Annahme unserer auch gesellschaftlichen Aufgaben, etwas also, was man als professionelles Engagement bezeichnen kann.

Dazu wiederum bedarf es der Reflektion der sozialen Bezüge unserer eigenen Arbeit, die eigene Bewusstwerdung aber auch die öffentliche Bewusstmachung gesellschaftlicher Vorgänge, es gehört dazu, dass wir wieder ein akademisch handelndes Subjekt werden, d.h. in kreativem Sinne zur Entwicklung dieser Gesellschaft beitragen, die nicht dafür allein soviel in uns investiert hat, dass wir - wo möglich Schulter zuckend – den Blick gebannt in die Mundhöhle unserer Patienten fixiert, eine Entwicklung nur beobachten und kommentieren, in der es vielen unserer Patienten und auch vielen in eigenen Reihen immer schlechter geht. Wir sollten also zurückfinden zu einem solidarischen Miteinander für eine dem Menschen gerechtere Welt.

Aber auch das fängt im Kleinen an und ganz alltäglich, und kann die anhaltende Wertediskussion begrenzen auf unser 2000 Jahre altes kulturtragendes Erfolgsprogramm.

Anwendung „goldener Regeln“ im konkreten zwischenmenschlichen Umgang

- „was ihr also wollt, das euch die Menschen tun
- „ ... deinen Nächsten lieben, wie dich selbst !“

Bezogen auf die Begegnung in der A-P-B bedeutet das die wechselseitige Teilhabe an allem, was mit der Heilung aller Beteiligten im wirklich ganzheitlichen Sinn zu tun hat, die Respektierung und Verwirklichung der Ziele des Patienten, seiner und unserer eigenen Vorstellungen.

Und wie würde sich auch die Atmosphäre und damit unser Wohlbefinden in der Praxis ändern, würden wir unsere Mitarbeiter in diesem Sinne teilhaben lassen an Entscheidungsfindungen wie am Erfolg unserer Arbeit ?

Und wie erst würde es unser Selbstwertgefühl und letztlich unseren Berufsstand stärken, würden wir unseren Kollegen so begegnen, wie wir wollen, dass sie mit uns umgehen ?

Sehen und nutzen wir alle diese Möglichkeiten, dann wachsen unsere Chancen, nicht länger Patient im eigenen Heilberuf sein zu müssen.