

# Was ist ein guter Arzt? Das Menschenbild in der Psychosomatischen Medizin

Kurt Fritzsche  
(Freiburg)

## 1 Einleitung

In dem Portrait des Dr. Paul-Ferdinand Gachet zeigt Vincent van Gogh den Arzt, sitzend an einem Tisch, den Kopf mit einer Hand abstützend, die zweite liegt auf dem roten Tisch. Ein Fingerhut, der auf dem Tisch liegt, kann als Hinweis auf den Arztberuf gesehen werden. Der Gesichtsausdruck ist traurig-melancholisch, der Blick in die Ferne gerichtet. Dies Bild entstand 1890, wenige Wochen vor dem Selbstmord von Vincent van Gogh. Ähnlichkeiten mit den Selbstportraits von Van Gogh fallen sofort auf, wobei die Verzweiflung und Traurigkeit in Selbstbildnissen noch ausgeprägter ist. Van Gogh sah in Gachet seinen äußerlichen und innerlichen Doppelgänger. Er fühlte sich ihm besonders verbunden und beide wurden schon nach kurzer Zeit Freunde. Das Portrait von Dr. Gachet kann somit auch als Selbstbildnis verstanden werden. Es ist aber auch ein Beispiel für eine besonders innige Arzt-Patient-Beziehung.

## 2 Was ist Psychosomatische Medizin?

Psychosomatische Medizin beschäftigt sich mit den Wechselwirkungen zwischen körperlichen, seelischen und sozialen Prozessen in der Entstehung, dem Verlauf und der Bewältigung von Krankheit und Leidenszuständen. Bei jeder Krankheit wirken körperliche, psychische und soziale Faktoren in unterschiedlicher Gewichtung zusammen. Die Aufgabe des Arztes ist es, neben den organischen Anteilen auch die psychosozialen Prozesse am Krankheitsgeschehen zu erkennen und zu berücksichtigen.

Die Anschauung, dass Körper und Seele einen Zusammenhang bilden und sich wechselseitig beeinflussen, gilt für die Ursprünge sowohl der westlichen als auch der chinesischen Medizin.

Der Begriff „Psychosomatik“ wurde von Johann Christian August Heinroth (1773-1849) geschaffen. Er stellte fest: „Die Person ist mehr als nur der bloße Körper, auch mehr als die Seele: Sie ist der ganze Mensch.“

In der Alltagssprache lässt sich der Zusammenhang zwischen Emotionen und ihrer Projektion auf den Körper gut nachweisen: „Wenn das Herz flattert, was uns an die Nieren geht, wenn etwas deine Nerven anspannt, was wir im Kopf nicht aushalten, was mir auf den Magen schlägt, wo mir

die Galle hochkommt, wenn Ihnen eine Laus über die Leber läuft, was mir unterm Nagel brennt, was uns unter die Haut geht“.

Ähnliche Zusammenhänge finden sich in der chinesischen Medizin, z.B. wird Freude mit dem Herzen assoziiert und Ärger mit der Leber.

### 3 Das bio-psycho-soziale Systemmodell

Die großen Erfolge der naturwissenschaftlich-technischen Medizin sind faszinierend und unbestreitbar. Die Entwicklung der modernen Medizin hat jedoch zu Spezialisten für nahezu jedes Organ geführt, aber auch zu Spezialisten für Seelenkrankheiten. Dadurch ist die Tatsache aus dem Blick geraten, dass bei jeder Krankheit körperliche, psychische und soziale Probleme des Kranken individuell sehr verschieden ineinander greifen. Die naturwissenschaftlich-technische Medizin schreibt dem Arzt einseitige Modelle und Konzepte für seine Empirie vor. Psychosomatische Medizin beginnt mit der Entdeckung, dass die Krise der Medizin eine Krise ihrer Philosophie ist.<sup>1</sup>

In seinem wegweisenden Artikel in der Zeitschrift „Science“ mit dem Titel *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine* hat George Engel die Forderung nach einer bio-psycho-sozialen Medizin formuliert, die somatische, psychische und soziale Probleme des Kranken nicht nur additiv als Angelegenheit verschiedener Disziplinen versteht, sondern „integriert“, als einander ergänzende Aspekte eines kranken Menschen beschreibt.<sup>2</sup>

#### Dimensionen des bio-psycho-sozialen Systems

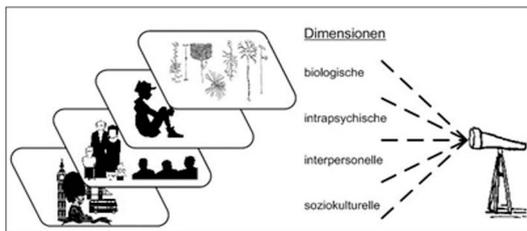


Abb. 1 Das biopsychosoziale Modell

<sup>1</sup> Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiack, Theorie der Humanmedizin. München, Wien, Baltimore 1998.

<sup>2</sup> George L. Engel, The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, in: Science, 196 (1977), S. 129-136.

### 3.1 Wirklichkeit als Konstrukt

In den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts wurde in der Quantenphysik das Beobachterproblem entdeckt. Niels Bohr und Werner Heisenberg stellten fest, dass Beobachtungsergebnisse Ausdruck der Fragestellung und Verhaltensmöglichkeiten des Beobachters sind. Das Resultat dieser revolutionären Veränderungen des bisherigen wissenschaftstheoretischen Modells wird als konstruktivistische Wende bezeichnet. Konstruktivismus heißt: Realität liegt nicht vor. Sie muss konstruiert werden. Während unsere Sinnesorgane vieles ausblenden, was in der Außenwelt passiert, enthält umgekehrt unsere Wahrnehmungswelt auch ihrem Inhalt nach sehr viel, was keinerlei Entsprechung in der Außenwelt hat.

Das Gehirn bildet Regelmäßigkeiten der Umgebung landkartenartig in kortikalen Repräsentanten ab, die sich jedoch durch neue Erfahrungen ständig verändern, die sogenannte Plastizität des Gehirns. Beim gleichen Stimulus für bestimmte Wahrnehmungsrezeptoren werden unterschiedliche Hirnareale aktiviert. Welche Hirnareale in einem bestimmten Augenblick reagieren, hängt entscheidend vom emotionalen Zustand der Person ab. Was Arzt und Patient jeweils denken, ist für das jeweilige Gegenüber zunächst nicht zugänglich. In einem gemeinsamen Abstimmungsprozess gelingt es, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, in der die jeweils subjektiv erlebte Wirklichkeit zu einer gemeinsamen neuen Wirklichkeit wird.

Die unterschiedlich erlebte Wirklichkeit wird in der folgenden Geschichte *„Ein Cowboy und ein Indianer treffen sich in der Prairie“* eindrücklich dargestellt:

Der Indianer zeigt mit dem Zeigefinger auf den Cowboy. Der hebt als Antwort Zeige- und Mittelfinger gespreizt hoch. Der Indianer schüttelt die Hände vor dem Gesicht. Da schüttelt der Cowboy locker seine rechte Hand. Beide reiten davon.

Zuhause erzählt der Cowboy: „Heute habe ich eine Rothaut getroffen. Sie hat mit dem Zeigefinger gedroht mich zu erschießen. Da habe ich dem Indianer mit der Hand bedeutet, ihn zwei Mal zu erschießen. Da er mich aber um Gnade gebeten hat, habe ich ihm zu verstehen gegeben, er solle verschwinden.“

Der Indianer berichtet zuhause: „Heute habe ich ein Bleichgesicht getroffen. Auf meine Frage nach seinem Namen hat der Weiße geantwortet: „Ziege.“ Auf meine weitere Frage: „Bergziege?“ kam die Antwort: „Nein, Flussziege.“<sup>3</sup>

In der System-Theorie im traditionellen Modell der Biomedizin, das den Organismus bzw. Körper als offenes System begreift, sind Krankheitssympto-

---

<sup>3</sup> Friedrich Janshoff, Sprachaufmerksamkeit und Sprachbewußtheit, in: *ide* 3, 2002, S. 125-128, hier: Kommunikation – interkulturell?, S. 128.

me Hinweise auf im Körper verborgene Ursachen, die der Arzt auffinden und beseitigen muss. Dieses Modell entspricht einer ganz speziellen Wirklichkeitskonstruktion und entfaltet konsequent eine pragmatische Realität mit dem Ziel, den Körper des Patienten durch gezielte biomechanische Interventionen in Form zu bringen. Das Modell des menschlichen Organismus als offenes System hat als Defekt-Reparatur-Modell eine große Anziehungskraft. Außerdem dient es der Abwehr von existenziellen Ängsten und Todesbedrohungen: Ein Maschinendefekt kann von geschickten Handwerkern immer wieder repariert werden. Wir sprechen auch vom sogenannten Uhrmodell für den menschlichen Organismus, verbunden mit der Vorstellung, wir könnten wie bei einer Uhr das Glas abheben und hätten damit direkten Zugriff zum Ursache-Wirkungs-Mechanismus und der gesamten Technik im Inneren der Uhr, die von uns gezielt manipuliert, repariert und verändert werden kann. Der menschliche Körper wird in dieser Form als offenes System betrachtet, im systemtheoretischen Sinne einer Kybernetik erster Ordnung.

### 3.2 Kybernetik zweiter Ordnung

Mit der Kybernetik zweiter Ordnung wurden Wirklichkeitsbeschreibungen beobachtungsabhängig, abhängig von den jeweils hier und jetzt aktuell benutzten Unterscheidungen und Bezeichnungen. Damit ist auch eine andere Definition der Systemgrenze im Sinne der „Innen- und Außen-Beziehung“ verbunden, die hier definiert wird durch Bedeutungszusammenhänge, d.h. durch einen Code. Die Kenntnis oder Unkenntnis des Codes unterscheidet, wer „Insider“ wird oder „Outsider“ bleibt. Systeme, die ihre Wirklichkeit nach einem jeweils eigenen Code konstruieren, werden als geschlossene Systeme bezeichnet, weil sie für den Beobachter, der den Code nicht kennt, unzugänglich sind.

Wie unser Gegenüber denkt und fühlt, ist uns zunächst einmal verschlossen. Wir sind füreinander eine sogenannte „Blackbox“. Georg Büchner drückt dies in *Dantons Tod* in eindrucksvoller Weise aus:

Julie: Glaubst du an mich?

Danton: Was weiß ich! Wir wissen wenig voneinander. Wir sind Dickhäuter, wir strecken die Hände nacheinander aus aber es ist vergebliche Mühe, wir reiben nur das grobe Leder aneinander ab, – wir sind sehr einsam

Julie: Du kennst mich Danton.

Danton: Ja, was man so kennen heißt. Du hast dunkle Augen und lockiges Haar und einen feinen Teint und sagst immer zu mir: lieb Georg. Aber (*er deutet ihr auf Stirn und Augen*) da da, was liegt hinter dem? Geh, wir haben grobe Sinne. Einander kennen? Wir müssten uns die

Schädeldecken aufbrechen und die Gedanken einander aus den Hirnfasern zerren.<sup>4</sup>

## 4 Arzt und Patient im Annäherungsprozess

Was geschieht, wenn Arzt und Patient, also zwei Menschen mit einer jeweils individuellen Lebensgeschichte und oft ganz unterschiedlichen Erwartungen, Wünschen und Vorgaben in der Arztpraxis oder im Krankenhaus aufeinander treffen? Zunächst wissen beide noch wenig voneinander. Sie befinden sich beide in einer „Blackbox“. Der Patient ist vielleicht verunsichert über seine Beschwerden und sucht Orientierungshilfe beim Arzt. Der Arzt ist ohne Anamnese und diagnostische Maßnahme meistens nicht in der Lage, auf Anhieb zu sagen, was dem Patienten fehlt. Auch er braucht Orientierungshilfen, um sich gemeinsam mit dem Patienten der noch unerkannten Erkrankung zu nähern.

Arzt und Patient beginnen nun sich zu verständigen, knüpfen Beziehungsfäden und versuchen eine gemeinsame Sprache zu finden. Einige Einstellungen und Techniken haben sich bewährt: Einfühlungsvermögen (Empathie), Echtheit, bedingungslose Wertschätzung, Innehalten, Geduld haben, Abwarten, aktives Zuhören.

Zuhören kann dabei schon in Minuten oder gar Sekunden wirksam werden. Es geht hierbei nicht um die real zur Verfügung stehende Zeit, sondern um die Haltung gegenüber dem Patienten. Dieses Einschwingen des Arztes auf den Patienten meinte Balint mit „Tuning-In“. Wenn der Arzt bei sich selbst entdeckt, dass er seinen Patienten zuhören kann und auch das kaum Gesagte noch erfasst, wird die Folge sein, dass er beginnt, sich selbst in derselben Weise zuzuhören und sich als diagnostisches Instrument zu entdecken. Zuhören erfordert vom Arzt zunächst, sich selbst zurückzunehmen. Zuhören ist ein aktiver Prozess, der genaues Hinhören und gutes Beobachten braucht.

### 4.1 Die Person des Arztes als diagnostisches Instrument und als Medikament

Sehr bald enthüllte die Diskussion, dass das bei weitem am häufigsten verwendete Medikament in der Allgemeinarztpraxis der Arzt selbst ist. Nicht nur auf den Tropfen in der Flasche oder die Pillen in der Schachtel kommt es an, sondern auch darauf, wie der Arzt dies seinen Patienten gibt – eigentlich

---

<sup>4</sup> Georg Büchner, Dantons Tod, in: Ders., Werke und Briefe. Münchner Ausgabe. Karl Pörnbacher / Gerhard Schaub / Hans-Joachim Simm / Edda Ziegler (Hg.). München / Wien 1988, S. 67-133, hier S. 69.

auf die ganze Atmosphäre, in der ein Medikament verordnet und genommen wird.<sup>5</sup>

So wie der Arzt bei der Untersuchung des Herzens sein Stethoskop und bei der Untersuchung des Bauchs den Ultraschall benutzt, so können seine eigenen gefühlsmäßigen Reaktionen im Gespräch mit dem Patienten etwas über diesen Patienten mitteilen, was keine andere diagnostische Methode in Erfahrung bringen kann. Sein eigenes Befinden, seine Gedanken, seine Fantasien sind wie der Klang eines Resonanzkörpers, der durch das Gespräch in Schwingung versetzt wird.

## 4.2 Formen der Arzt-Patient-Beziehung

Im Kern ist und bleibt die Beziehung zwischen Arzt und Patient aufgrund eines grundlegenden Informations- und Kompetenzunterschiedes asymmetrisch. Die Asymmetrie verstärkt sich aufgrund rasanter Weiterentwicklungen in der Medizin. Sie verringert sich durch neue Informationsquellen (Internet) und bei Patienten mit hohem Bildungsniveau. Das erfordert vom Arzt eine hohe Flexibilität und ein ausgesprochen gutes Gespür für die individuellen Patienten.

Im paternalistischen Modell ist der Arzt kraft seiner (väterlichen) Autorität in der Lage, über den als unmündig erachteten Patienten hinweg zum Besten des Patienten zu entscheiden und zu handeln. Er tut das in der Überzeugung, dass dies zum Wohle des Patienten geschieht. Der Patient bleibt passiv. Hier ist die Asymmetrie sehr stark ausgeprägt.

Im Dienstleistungs- oder Konsumentenmodell steht die Zufriedenheit des Patienten im Mittelpunkt. Der Arzt ist Experte, die Entscheidungskompetenz bleibt beim Patienten.

Das partnerschaftliche Modell geht von der kooperativen Leistung zweier gleichberechtigter Partner aus. Nur wenn beide zusammenarbeiten und sich ergänzen, kann die Behandlung zum Erfolg führen. In diesem Aushandlungsprozess sind Arzt und Patient gemeinsam für alle Entscheidungen verantwortlich. Hier ist die Asymmetrie zwischen Arzt und Patient nur noch gering ausgeprägt.

Es ist die Entscheidung eines jeden Arztes, welche Anteile der beschriebenen Modelle er in sein professionelles Selbstverständnis aufnimmt. Das partnerschaftliche Modell erfordert vom Arzt hohe Flexibilität und die Fähigkeit zuzuhören. Die Entscheidung für diesen schwierigeren Weg, dem Patienten flexibel zu begegnen, wird langfristig mit dankbareren Patienten und einer höheren Arbeitszufriedenheit entlohnt. In der Psychosomatischen

---

<sup>5</sup> Michael Balint, *The Doctor, his Patient, and the Illness*, in: *The Lancet* CCLXVIII, Vol. 1 (1955), S. 683-688 (bisher nicht auf Deutsch erschienen), zitiert nach Carl Nedelmann, Hein Ferstl (Hg.), *Die Methode der Balintgruppe*. Stuttgart 1989, S. 94.

Medizin und der Psychotherapie herrscht meistens das partnerschaftliche Modell vor.

### 4.3 Der Patient als der Fremde

Patient und Arzt sind zwei Fremde, die erst einen gemeinsamen Code entwickeln müssen, um sich zu verständigen. Die Fremdenangst ist eine Urangst des Menschen. Zur Bewältigung dieser Angst vor dem Unbekannten beim Patienten versucht der Arzt schon nach kurzer Zeit, die Führung im Gespräch zu übernehmen. Die durchschnittliche Redezeit eines Patienten, bevor der Arzt ihn unterbricht und Fragen stellt, beträgt ca. 20 Sekunden. Dann übernimmt der Arzt die Führung und bestimmt die Agenda. Neben diesem äußeren Fremden gibt es aber auch einen inneren Fremden, der durch die Begegnung mit dem äußeren Fremden aktiviert werden kann. Es ist der Anteil in unserer Persönlichkeit, der für libidinöse und aggressive Wünsche und Bedürfnisse steht, die jedoch von den Eltern oder anderen Bezugspersonen abgelehnt und sanktioniert wurden. Es ist der Anteil im Kind, der abgespalten und verwirkt wurde. An dieser Stelle entsteht eine innere Leere. Der Verrat am Selbst, die Unterdrückung des wahren Selbst und die Entwicklung eines falschen Selbst führen zur Entfremdung mit ansatzweise auftauchenden Anteilen des wahren Selbst. Dies macht Angst und wird abgewehrt. Statt Selbstfindung entsteht Selbsthass, der sich in der Projektion auf andere entlädt. Der Versuch, das Fremde draußen zu halten, verstärkt die Selbstentfremdung und führt zu Fremdenhass und Rassismus.

### 4.4 Wie kommt der Arzt vom Fremden zum Selbst?

Die wahrhaftige Ich-Werdung führt über die Auseinandersetzung mit dem Fremden, sowohl dem inneren Fremden wie dem äußeren Fremden. Jetzt ist der Patient nicht mehr nur etwas fremdes Äußeres, sondern jemand, von dem ich selbst etwas lernen kann, der mich bereichert. Martin Buber nannte es „am Du zum Ich-werden“. Klaus Dörner nannte es: „Sich finden, indem man sich verliert“ und Hermann Schmitz fragt, „was man verliert, wenn man die Fassung verliert?“ Von Laotse ist überliefert: „Willst du Menschen führen, so gehe hinter ihnen her.“ Michel de Montaigne: „Wen du führen willst, dem folge.“

In extremster Weise hat dies Emanuel Lévinas als „Sich-dem-Anderen-aussetzen“ formuliert. Es ist ein bedingungsloses sich dem Anderen aussetzen. „Du stehst in meinem Dienst, egal was aus mir wird, es gibt jetzt kein Wenn und Aber.“ Dieser ethische Imperativ, dieses Absolute wird oft als Überforderung empfunden. Lévinas aber sagt, mit der Überforderung fängt es gerade an. „Natürlich kann ich dem dann ausweichen oder mich widersetzen, denn meine Antwort auf den Anderen zählt nur, wenn sie eine freie ist.“ Weiterhin betont Lévinas, dass, „auch selbst wenn ich mich ganz dem

Anderen aussetze“, der Andere „unerreichbar“ und auch „unverstehbar“ in seiner Andersartigkeit bleibt. Der Andere ist im wahrsten Sinne unendlich weit entfernt, sein Kern muss etwas sein, was für mich unerreichbar ist. Wenn ich aber schon vorher anfange, ihn zu verstehen und zu lieben, besteht immer die Gefahr, dass ich ihn in Wirklichkeit vereinnahme und mir aneigne. Achtung steht für Abstand, Respekt und erst dann kann ich Nähe riskieren. Es bleibt aber immer eine doppelte Asymmetrie im umgekehrten Sinne wie bei der paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung. Der Andere sagt mir, was ich zu tun habe, der Andere ist Subjekt und ich werde durch ihn zum Objekt. Der Andere ist immer jemand, der absolut ist. Gleichzeitig muss ich mir klar werden, dass ich den Anderen nicht erreichen kann und dass ich ihn nicht verstehen kann. Möglich sind kurze Momente wie im Vorübergehen, wo eine gegenseitige Identifizierung möglich ist, wo z.B. klar wird, jetzt habe ich endlich erfahren, wie es in dir aussieht.

Dem gegenüber betont Paul Ricoeur<sup>6</sup> die Reziprozität der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Fürsorge für den Patienten konstituiert sich in der Gegenseitigkeit. Auch der Arzt, der sich um den Patienten sorgt, verändert sich, indem er im Angesicht des zunächst ihm fremden Patienten seinen eigenen Horizont überschreitet. In der Fremdheit des anderen findet er seine eigene Identität.

#### **4.5 Mentalisierung**

Aus der Psychoanalyse kommt der Begriff der Mentalisierung.<sup>7</sup>

Mentalisierung beinhaltet das Verstehen des mentalen Zustandes einer anderen Person, nicht nur das Verstehen von Gefühlen, sondern auch das Verstehen von Gedanken, Wünschen, Fantasien. Gleichzeitig beobachtet der Arzt die eigenen mentalen Zustände, wie sie durch die Interaktion ausgelöst werden. Mentalisierung kann sowohl implizit als auch explizit ablaufen. Explizite Mentalisierung ist bewusst und reflexiv, wohingegen implizite Mentalisierung automatisiert und oft nonverbal ist. Mentalisierung kann, wie Empathie, auch verkörpert sein. Verkörperte Mentalisierung ist die Fähigkeit, den Körper als Sitz von Gefühlen, Wünschen und Emotionen zu sehen und über diese körperlichen Empfindungen zu reflektieren.

#### **4.6 Das Schweigen**

Eine Extremform der Arzt-Patient-Interaktion, die vor allem in existenziellen Notsituationen entstehen kann, ist das gemeinsame Schweigen. In diesem gemeinsamen Schweigen entsteht eine hohe Intensität, die sich nicht in Wor-

---

<sup>6</sup> Paul Ricoeur, *Das Selbst als ein Anderer*. Paderborn 2005.

<sup>7</sup> Jon G. Allan, Peter Fonagy, Anthony W. Bateman, *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington, London 2008.

te fassen lässt. Ebenso wie Erfahrungen einer großen Nähe zwischen Mutter und Kind, die aufgrund der Unreife der Sprache des Kindes nicht verbalisiert werden kann, auch nicht braucht. Es ist eine Präverbalität, die auch in den Schriften des mittelalterlichen Theologen Meister Eckhart in Bezug auf die Erfahrung von Gott auftaucht. Je näher man Gott komme, desto tiefer tauche man in eine „völlige Wortlosigkeit“ und in einen Bereich des Nicht-Wissens ein. In diesem Zustand „wird unsere Rede vollends verstummen und mit dem ganz eins werden, der unaussprechlich ist.“<sup>8</sup>

Jede Form, über Gott nachzudenken und zu sprechen, setzt wiederum seine Abwesenheit voraus, das bedeutet, der Gedanke oder das Sprechen vertreibt Gott aus dem wunderbaren Kreis einer unmittelbaren Wahrnehmung. Hier findet sich eine Verwandtschaftsbeziehung mit der Psychoanalyse von W.R. Bion. Bion spricht ebenfalls von „no memory, no desire, no understanding“, wenn er die Annäherung des Psychoanalytikers an die Erfahrungen seines Patienten beschreibt. Um an den Erfahrungen des Patienten teilnehmen zu können, sollte der Analytiker jede kognitive und intentionale Tätigkeit aufgeben. Nur so wird ein tiefes, präverbales Erleben möglich. Der taoistische Weg besteht aus einer besonderen Verschränkung von „Sein“ und „Nichts“, von Fülle und Leere, von Präsenz und Nicht-Präsenz. „Die leere Mitte“, der gestaltlose, unartikulierte, undefinierte, noch unorganisierte, aber multipotente Bereich wird wegen des Fehlens bezeichneter Eigenschaften als das „Nichts“ (*wu*) benannt. Die berühmte Formel „*wu wei*“ (wörtlich: nichts-tun) meint keineswegs „nicht handeln“, sondern vielmehr eine besondere Weise des „Handelns durch nicht handeln“. Beim Wu Wei geht es darum, „das Nichts zur Wirkung zu bringen“ und zwar durch ein bewusstes und aufmerksames, nicht störend eingreifendes Geschehenlassen dessen, was von alleine (*ziran*: spontan, auf natürliche Weise) zu werden im Begriff ist.

## 5 Zusammenfassung

Jeder Mensch hat neben biologischen Grundbedürfnissen auch emotionale Grundbedürfnisse wie das Bedürfnis nach Bindung, emotionaler Nähe, nach Kontrolle und Autonomie, nach Selbstbestätigung und Anerkennung. Alle Menschen verbindet der Wunsch nach gegenseitiger Achtung und Wertschätzung, so wie es im Weltethos der Religionen herausgearbeitet wurde: Behandle andere so, wie du selbst behandelt werden möchtest. Jeder Mensch ist einzigartig. Im ärztlichen Gespräch und im psychotherapeutischen Prozess gilt es immer wieder, das Besondere eines Menschen herauszufinden:

---

<sup>8</sup> Pseudo-Dionysius Areopagita, Über die mystische Theologie, in: Ders., Über die mystische Theologie und Briefe. Bibliothek der griechischen Literatur hg. von Adolf Martin Ritter. Stuttgart 1991, S. 74-80.

Was ist das für ein Mensch? Warum wird er jetzt krank? Welche biologischen und emotionalen Grundbedürfnisse sind bei ihm nicht befriedigt? Über welche Ressourcen verfügt er trotz seiner Krankheit? Gesundheit und Krankheit werden dabei als ein komplexes Wechselspiel zwischen biologischen, psychischen, sozialen und kulturellen Elementen der menschlichen Existenz gesehen.

Ein guter Arzt weiß, dass er den Patienten nicht auf einen isolierten Organbefund reduzieren kann. Er berücksichtigt neben den somatischen Befunden auch die Lebens- und Krankheitsgeschichte des Patienten und integriert sie in eine Gesamtdiagnose. Ein guter Arzt kann zuhören, innehalten, sich zurücknehmen, sich vom Patienten führen lassen und bei Bedarf auch wieder die Führung übernehmen. Er verfügt über eine hohe kommunikative und emotionale Kompetenz. Er ist sich seiner emotionalen Reaktionen auf belastende Erfahrungen und der Konfrontation mit lebensbedrohlichen Krankheiten, mit Sterben und Tod bewusst. Er lässt sich vom Patienten berühren und betrachtet den Patienten als einen Menschen, der ihn ebenfalls bereichern kann.

Er nimmt auf der anderen Seite auch seine eigenen Belastungsgrenzen wahr und sorgt rechtzeitig für körperlichen und seelischen Ausgleich. Und nicht zuletzt weiß er um die heilende Wirkung einer guten vertrauensvollen empathischen Arzt-Patient-Beziehung, so wie wir es am Anfang zwischen Van Gogh und Paul Ferdinand Gachet erlebt haben. Denn „im Zentrum der Medizin steht immer eine menschliche Beziehung zwischen Patient und Arzt“ (Balint).