

*Manuskriptfassung 24.4.2023*

**Kurt Lüscher (Universität Konstanz)**

**Ambivalenzen: Ein verdeckter Schlüsselbegriff medizinischen und pflegerischen Handelns?<sup>1</sup>**

Korrespondenz-Adresse: Humboldtstrasse 15, 3013 Bern  
[kurt.luescher@uni-konstanz.de](mailto:kurt.luescher@uni-konstanz.de) – [www.kurtluescher.de](http://www.kurtluescher.de)

*Ungeachtet aller Professionalität geht medizinisches und pflegerisches Handeln oft mit Erfahrungen von Ungewissheit und Zweifeln, also Ambivalenzen einher. Häufig werden sie verdrängt. Sie zur Sprache zu bringen und den Umgang damit systematisch zu bedenken kann für alle Beteiligten hilfreich sein.*

Zum medizinischen Alltag gehört das Entscheiden. In vielen Fällen ist es routiniert. Doch es gibt auch Situationen, die ein Zögern, sogar ein Innehalten erfordern, weil zunächst kein eindeutiges *Entweder-Oder* zutreffend scheint. Wir pflegen dann zu sagen, ich bin *ambivalent*. Nicht selten geht es dabei um schwerwiegende Probleme. Dies legt nahe zu bedenken, worauf Ambivalenz im Kontext medizinischen und pflegerischen Handelns hinweist und wie konstruktiv damit umgegangen kann. Dazu bringe ich aus sozialwissenschaftlicher Sicht einige Überlegungen ein.

Vorab lohnt sich kurz daran zu erinnern, dass der Begriff der Ambivalenz erstaunlicherweise erst 1910 vom Zürcher Psychiater Eugen Bleuler geschaffen wurde. Er schlug ihn im Zusammenhang mit der Diagnose Schizophrenie vor, einem ebenfalls von ihm stammenden Begriff, der ein komplexes Krankheitsbild bezeichnet. [1] Es betrifft letztlich das Erleben und Erahren der *Persönlichkeit* eines Menschen. Anders ausgedrückt: Es geht um die Vorstellung eines subjektiven *Selbst* als Referenz für die Fähigkeit *verantwortlich* zu fühlen, zu denken und zu handeln. Dieser anthropologische Bedeutungshorizont, auf den Eugen Bleuler und – mit rascher Bezugnahme auf ihn – in verschiedenen Ausprägungen Sigmund Freud [2] hinwies, ist ein Grund, dass der Begriff in zahlreichen Arbeitsfeldern und Disziplinen

<sup>1</sup> Der Text ist die überarbeitete Fassung eines Referats gehalten im Kantonsspital Chur 7.10.2022. Ich danke Marietta Buol, Pflegefachverantwortliche in Onkologie, Kantonsspital Chur, sowie Prof. Dr.med. Christian Lüscher, Neurologe, Universitätsspital Genf, Prof. Dr. med., Dr. phil. nat. Lorenz Räber, Kardiologe Insel-Spital Bern, Dr. Michael Schwitter, Leitender Arzt Onkologie, Kantonsspital Chur für sachkundige Kommentare aus pflegerischer und ärztlicher Sicht.

rezipiert wurde, so auch in den Sozialwissenschaften [3], und er sich für transdisziplinäre Sichtweisen anbietet. Dass der Begriff erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts formuliert wurde, obwohl damit auf allgemeine menschliche Erfahrungen und Einsichten rekurriert wird, dürfte nicht zuletzt mit der zunehmenden Infragestellung der Idee einer individuellen und kollektiven Identität in der Moderne und der Postmoderne zusammenhängen. [4] Das trifft in der Gegenwart gesteigert und in mannigfaltiger Weise auch im Alltag zu. [5]

Diese Entwicklungen gehen verständlicherweise mit einer gewissen Vieldeutigkeit einher. Darum ist es angebracht, das das Gemeinte zu explizieren. Aus der historischen Begriffsanalyse leite ich folgende Umschreibung ab: Kennzeichnend für Ambivalenz ist in meiner Sichtweise, *erstens*, dass von Erfahrungen gleichzeitiger Gegensätze die Rede ist, auch von grundlegenden Differenzen, beispielsweise von menschlicher Nähe und Distanz im Verhältnis unter Angehörigen eines Teams, von Sympathie und Antipathie gegenüber eines Patienten oder Patientin, von Abhängigkeit und Eigenständigkeit im Verhältnis zwischen Eltern und Kindern, oder von Brüchen im Selbstbild zwischen Wollen und Sein. Kennzeichnend ist, *zweitens*, dass eine Dynamik des Hin und Her, des Schwankens, des Zögerns, des Innehaltens und Neuansetzens, mit im Spiel ist, umschreibbar als Vaszillieren. *Drittens* ist anzunehmen, dass diese Erfahrungen von Belang für das Tun und Lassen und die damit zum Ausdruck kommenden Facetten persönlicher und kollektiver Identität sowie der damit einhergehenden Befähigung zum verantwortlichen Handeln relevant sind.

Das gilt in ausgeprägtem Masse auch und gerade für das medizinische Handeln, zu dem bekanntlich gehören: diagnostizieren, vergleichen, Befunde und Bilder interpretieren applizieren, to care, trösten, Mut machen, deuten, bisherige Erfahrungen heranziehen und modifizieren, ferner riskieren, abwarten und vieles mehr. Gemeinsam ist diesen Tätigkeiten: Sie gehen einher mit der Gestaltung von *Beziehungen* zwischen zwei und mehr Beteiligten, also mit *sozialen* Beziehungen. Medizinisches Handeln ist in sozialwissenschaftlicher Sichtweise – nicht nur – aber in der Regel, *Beziehungsarbeit*, eingebettet und strukturiert in Situationen, Organisationen und Gesellschaften, konkretisiert in sozialen Rollen. Diese Sichtweise bietet sich zur Vertiefung an.

Als *theoretische* Grundlage wähle ich folgendes Verständnis: Soziale Beziehungen entstehen, werden entfaltet und verfestigt, wenn sich Menschen wiederholt begegnen und sich rekursiv an den vorausgehenden Begegnungen orientieren. Das besagt Beziehungen

- beruhen auf *Wiederholung*. Dazu gehört die Möglichkeit, dass es auch ein Verändern, ein Abweichen gibt, das mehr oder weniger zufällig ist
- beinhalten somit *Repetition und Zufälligkeit*, folglich *Verlässlichkeit* und *Offenheit*
- gehen einher mit *Kontingenz* im Sinne von Ungewissheit
- sind gesellschaftlich gerahmt, also mehr oder weniger institutionalisiert, d.h. mit der einer Vorstellung *sozialer Rollen* verknüpft, die mehr oder weniger weite Spielräume individueller Gestaltung beinhalten.

*Beispielsweise:* Die Pflegeperson oder Ärztin kommt beim Klingeln nicht so schnell wie üblich, die Patientin ist nicht ansprechbar wie gewohnt. Alle können sich also auch anders verhalten als erwartet. Es können – sozusagen *mikrosozial*, also gewissermassen durch das soziologische Mikroskop betrachtet – Irritationen entstehen Diese können ihrerseits Unsicherheiten und somit Ambivalenzerfahrungen auslösen. Denn *anderes* ist möglich.: Es kommen Zweifel auf: Sieht die Patientin in einer anderen als der bisherigen Behandlung den Hinweis eine Verschlechterung ihres Zustandes? Die Irritationen können kumulieren, z.B.: Eine andere Pflegeperson verabreicht ein anderes Medikament. Was denkt die Patientin? Wem kann, soll sie glauben? Ist das ein Hinweis auf einen Fehler der Pflege? Oder: Was bedeutet es, wenn eine andere Ärztin kommt und neue Fragen stellt? Oder: Wie sich verhalten, wenn die Patientin unerwartet eine bis jetzt übliche Behandlung verweigert?

Werden diese mikrosozialen Irritationen in einen grösseren Kontext gestellt und wiederholen sie sich, werden die Rollenerwartungen nicht erfüllt, welche die Patientin gegenüber der Pflegeperson hat, oder umgekehrt die Pflegeperson oder der Ärztin gegenüber der Patientin. Es kommt zu Brüchen in den sozialen Rollen. Diese können bei allen Beteiligten ein Nährboden oder Auslöser alltäglicher Ambivalenzen sein. – Wie können wir dieses Geschehen näher umschreiben und genauer analysieren? Gibt es womöglich verschiedene Typen des Erlebens von Ambivalenzen und des Umgangs damit?

Häufig werden solche Typen induktiv, also mittels Verallgemeinerung von individuellen Erfahrungen gebildet. Ich schlage indessen den Weg über eine theoretische Rahmung vor, gehe zu diese Zweck vom Begriff der sozialen Beziehung aus und unterscheide dabei zwei konstitutive Dimensionen, jene

- des *Subjektiven, also Persönlichen*. Diese Dimension ist charakterisiert durch die ambivalenz-generierenden Pole warm/vertraut vs. kalt/fremd. Diese Bezeichnungen sind

gewollt abstrakt. Sie findet sich u.a. in ethnologischen Untersuchungen. Sie lassen sich – wie zu zeigen sein wird - unschwer auf konkrete Situationen medizinischen Handelns übertragen. Wichtig ist ferner: Da es sich um Spannungsfelder handelt, werden die Gegensätze nicht statisch, sondern dynamisch verstanden.

- jene von *Organisation und Institutionalisation* mit den abstrakt benennbaren, ambivalenz-generierenden Polen formell/strikt vs. informell/flexibel. Das Formelle zeigt sich mehr oder weniger deutlich in der Betonung von Hierarchie, oft auch in der Kleidung und dem Auftreten. Auch dieses Spannungsfeld beinhaltet Dynamik.

- Die (orthogonale) Verknüpfung der beiden Dimensionen ermöglicht, schematisch *vier Grundtypen* des Erfahrens und Gestaltens von Ambivalenzen unterscheiden.

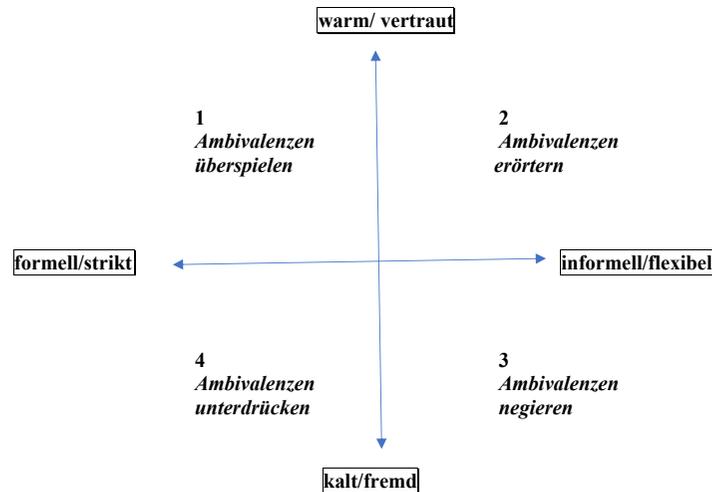
- Für diese Grundtypen lassen sich durch Bezugnahme auf das situationsbezogene Handeln *Charakteristika des Rollenhandelns* ableiten, das sich als mehr oder weniger konkreter Ausdruck des Erfahrens und Umgangs mit Ambivalenzen interpretieren lässt.

- Denkbar ist im Weiteren, dass Eigeninitiative, Anleitung oder Zwang es ermöglichen, Übergänge von einem zum anderen Typ zu initiieren.

- Für die Übertragung in die Praxis, z.B. in verschiedenen Feldern der Medizin oder verschiedenen Orte der Behandlung und Pflege, können (und sollten) – wie erwähnt – die Umschreibungen adaptiert, modifiziert und konkretisiert werden.

Zusammengefasst ergibt sich folgendes Diagramm

**Diagramm**  
**Typen des Erfahrens und Gestaltens von Ambivalenzen in**  
**Situationen medizinischen und pflegenden Handelns**



Gestützt darauf lassen sich Typen des Erfahrens und dem Umgang mit Ambivalenzen mit Blick auf alltägliche Situationen im Spital, beispielsweise bei der Patientenaufnahme oder im Krankenzimmer umschreiben. Diese Typen lassen sich auch als Ausdruck einer *Haltung* verstehen. Sie drücken aus, was soziologisch bisweilen als *Habitus* bezeichnet wird.

#### *Typ 1: Ambivalenzen überspielen*

Die Atmosphäre ist insgesamt freundlich-sachlich

Das medizinische Personal (*mP*) hat ein klares Rollenverständnis. Es unterscheidet die Zuständigkeiten und die Kompetenzen.

Ambivalenzerfahrungen werden als unvermeidliche, in gewisser Weise selbstverständliche Aspekte des Berufs angesehen. Sie werden mit Routinen überspielt. Ist das Personal unter sich, werden sie bisweilen mit distanzierender Ironie und mit Humor beschrieben.

Gegenüber den Patienten (*Pa*) sind Verhalten und Reden von höflicher Anteilnahme geprägt. Gleiches gilt in den Beziehungen zu deren Angehörigen (*A*). Unterschiedliche Aussagen des *mP* gegenüber *Pa* und *A* werden vermieden.

Ambivalenzerfahrungen der *Pa*, die existenziellen Themen wie Lebensrückblick, Sterben, Sinn des Leidens betreffen, werden – wenn überhaupt – nur beiläufig angesprochen und deren vertiefte Erörterung womöglich an Fachleute (z.B. Seelsorge) delegiert.

*Pa* bemühen sich um Compliance und respektieren die Regeln des Spitals und der Abteilung. Ihre Ambivalenzerfahrungen gelten als selbstverständlich; sie werden indessen kaum zur Sprache gebracht.

Die Beziehungen der *Pa* zu den Angehörigen werden beiläufig und zurückhaltend angesprochen.

#### *Typ 2: Ambivalenzen erörtern*

Die Atmosphäre ist insgesamt ungezwungen-locker.

Das *mP* thematisiert unter sich (und im Kontakt mit den *Pa*) das eigene Rollenverständnis. In beschränktem Rahmen kommt auch Privates sowie persönliches Erleben zur Sprache.

Ambivalenzerfahrungen unter alltäglicher Art werden respektiert und einvernehmlich geklärt. Betreffen sie gewichtige Themen und sind sie Anstoss zum Nachdenken und Reden über Lebenslauf und Sterben sowie Sinngebungen des Lebens. Es wird womöglich darüber gesprochen. Das gilt unter dem *mP* und in Gesprächen mit den *Pa*. In diesen kommt Einfühlungsvermögen (Empathie) zum Ausdruck.

*Pa* vermögen ihre Wünsche zu äussern. Sie sprechen offen über Schmerzen und Ängste.

Die *Pa* reden freimütig über ihre Beziehungen zu *A*. Diese beinhalten ihrerseits oft Ambivalenzerfahrungen.

#### *Typ 3: Ambivalenzen negieren*

Die Atmosphäre ist sachlich-emotionslos.

Das *mP* sieht seine Rolle darin, effizient medizinisch zu betreuen und zu behandeln. Unter sich hält beachtet das *mP* eine klare Arbeitsteilung

Ambivalenzerfahrungen bleiben unbeachtet.

Persönliche Themen kommen nicht zur Sprache oder sie werden, falls angesprochen, in genereller Weise erörtert.

Die *Pa* sind oft schweigend und fügen sich den Umständen. Bisweilen sind sie unstat.

Der Kontakt mit Angehörigen ist beiläufig.

#### *Typ 4: Ambivalenzen unterdrücken*

Die Atmosphäre wirkt oft angespannt-fragil. Bisweilen kommt es zu emotionalen Ausbrüchen.

Das *mP* fühlt sich oft gestresst. Es findet sich wenig Zeit zum Austausch. Kleinigkeiten können Auslöser für Unstimmigkeiten und Konflikte sein.

Persönliches kommt weder unter dem Personal noch mit den *Pa* zur Sprache. Die Gespräche sind kurz und knapp. Längeres Verweilen findet nicht statt.

Ambivalenzerfahrungen werden verdrängt, können jedoch unvermittelt aufbrechen.

Die *Pa* sind oft ungeduldig, bisweilen gehässig. Sie bringen Schmerzen und Bedenken ungehemmt zum Ausdruck. Nörgeln und Reklamieren sind häufig.

Der Kontakt mit *A* ist zufällig und wenn, dann oft gehemmt und beiläufig.

### Allgemeine Leitsätze

*Methodisch* betrachtet sind Diagramme ein heuristisches Hilfsmittel für Praxis und Theorie.

Die offene Wechelseitigkeit zwischen Sprache und Zeichnung regt an, regt zum Diskutieren an, dementsprechend zum Modifizieren und Differenzieren, beispielsweise je en Feldern der Medizin, Krankheitsbildern, Behandlungsarten und weiteren prägenden Umständen.

Die Idee des Ambivalenten lädt ein, auf die Relevanz einer sozialen Logik des (medizinischen) Handelns zu achten. Ambivalenzen stehen für ein *offenes Sowohl-Als-Auch*. Es ist eine Alternative zum Denken in einem *geschlossenen Entweder-Oder*, mithin auch dem Drängen auf rasche Eindeutigkeit. Ambivalentes Denken und Reden aktiviert also den *Möglichkeitssinn*, d.h. nicht nur über das zu denken was ist, sondern was *auch* denkbar ist, was möglich sein könnte. Das wiederumlenkt die Aufmerksamkeit auf Zufall und Schicksal. Im Horizont des Ambivalenten sind ferner Utopien und Dystopien.

*Inhaltlich* besehen lassen sich u.a. allgemeine folgende Einsichten formulieren.

- Ambivalenzerfahrungen sind im medizinischen und pflegerischen Handeln häufig und mannigfaltig. Im Sinne eines transdisziplinären Gedankenaustausches rege ich indessen an, eine über die Routinen hinausgehende *Sensibilität* dafür zu entwickeln und zu kultivieren, denn Ambivalenzerfahrungen können im Hinblick auf das Selbst-Verständnis, die Handlungsbefähigung, und die den therapeutischen Erfolg für alle Beteiligten relevant sein.

- Die Erfahrung von Ambivalenzen allgemein und im Besonderen im medizinischen Handeln können sozial *konstruktiv* oder *destruktiv*, für das gemeinsame Tun und Lassen und die Persönlichkeitsentfaltung sowie die Entwicklung der Beteiligten *förderlich* oder *belastend* sein. Das gilt auch für die Gemeinschaften und Organisationen, welche die Beziehungen rahmen.

- Die Tragweite von Ambivalenzen lässt sich erkennen, wenn je nach Situation zwischen *banalen* und *gewichtigen* Ambivalenzerfahrungen unterschieden wird. Dies geschieht, indem auf ihre mögliche Bedeutung für das Selbst (also die gelebte Identität der Beteiligten) geachtet wird, auf die sich daraus sich ergebenden Handlungsbefähigungen und Handlungsmuster, also darauf, wie sozialen Rollen je nach Situation und subjektivem Empfinden interpretiert und gelebt werden.

- *Ambivalenzsensibilität* lässt sich kultivieren, indem das Gespür dafür gefördert wird, wie Ambivalenzerfahrungen im Verhalten, Reden und Schreiben offen oder verdeckt zum Ausdruck kommen. Dies kann z.B. unter Bezugnahme auf konkrete medizinische Aufgaben geschehen. U.a. stellt sich die Frage, in welchen Situationen Ambivalenzsensibilität besonders Sie kann sich unter Umständen auch darin zeigen, dass jemand – wie man sagt – aus der Rolle fällt. Ambivalenzsensibilität lässt sich als eine besondere Form von *Feinfühligkeit* verstehen. Sie beinhaltet oft Elemente von *Glaubwürdigkeit* und *Lebensnähe*.

- Ambivalenzsensibilität können wir überdies erwerben, indem wir Ambivalenzerfahrungen in unterschiedlichen Lebensbereichen, etwa Arbeit und Freizeit miteinander vergleichen und indem wir auf Differenzen der Milieus, der Situationen und der Stimmungen achten. Beispielsweise können wir Ambivalenzerfahrungen in literarischen Werken nachvollziehen: Im Handlungsbogen einer Erzählung, in einzelnen Figuren, in Situationen und in der Wortwahl; gehaltvolle Werke weisen eine grosse Ambivalenzdichte auf. Auf wieder andere Weise wecken meisterliche malerischen Darstellungen und klassische ebenso wie moderne musikalische Kompositionen Ambivalenzerfahrungen. Weitgehende Zustimmung findet die These, ob ein Werk als Kunst gelten kann, hänge davon ab, ob und in welcher Weise darin mannigfaltige Ambivalenzerfahrungen dargestellt und dementsprechend wiederum angeregt werden: dem Kitsch hingegen sei eigen, Eindeutigkeit zu zelebrieren. [5]

*Zusammenfassend* lässt sich postulieren: Die Aufmerksamkeit für offene und verdeckte Ambivalenzerfahrungen kann dazu beitragen, die individuelle Persönlichkeitsentfaltung aller Beteiligten zu respektieren und zu fördern, die sozialen Beziehungen respektvoll zu gestalten, dementsprechend zu einem guten Arbeitsklima beizutragen, schwierige und kritische Situationen zu meistern und so insgesamt das medizinische Handeln zu unterstützen.

## Literatur

- [1] Lüscher K, Studer K. 110 Jahre Ambivalenz. Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother 2020: 190-194
- [2] Bourdin D. L'ambivalence dans la pensée freudienne 2005, in: Emmanuelli E et al. (éd.): Ambivalence. L'amour, la haine, l'indifférence. PUF: 15-43
- [3] Merton R K. Sociological Ambivalence. 1976. New York: Free Press
- [4] Bauman Z. 1996. Moderne und Ambivalenz. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- [5] Lüscher K, Roshani A. Interview. 2020. Das Magazin. Zürich, Tamedia: 18-26

*Zusammenfassung*

*Im medizinischen Handeln und in der Pflege machen alle Beteiligten Erfahrungen, die in der Umgangssprache mehr oder weniger beiläufig als ambivalent bezeichnet werden. Es lohnt sich, das damit Gemeinte näher zu analysieren, zu bedenken und typische Formen des Umgangs mit Ambivalenzen zu unterscheiden. Dies kann dazu beitragen, das Arbeitsklima zu verbessern, schwierige und kritische Situationen zu meistern und so insgesamt das medizinische Handeln zu unterstützen.*