

Allgemeine Merkmale der Patientenrolle

- 1. Die Befreiung von normativen Rollenverpflichtungen** (*z.B. von Arbeit*)
- 2. Die Beeinträchtigung der Rollenausübung** (*ohne verantwortlich dafür zu sein*)
- 3. Die Verpflichtung auf Wunsch nach Genesung**
- 4. Die Verpflichtung auf Kooperation mit dem Gesundheitssystem** (*Arzt, Krankenhaus*)

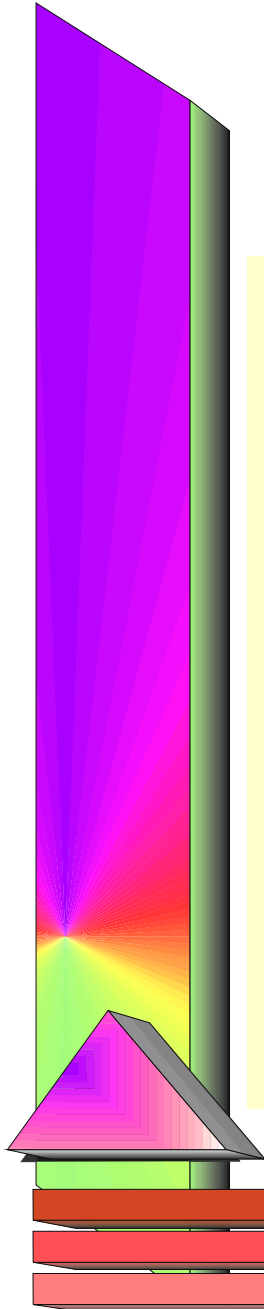
WOHL DES KRANKEN

WÜRDE DES MENSCHEN

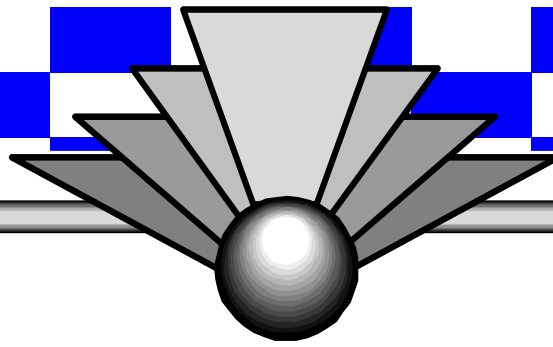
ERHALTUNG DES LEBENS

ABWENDUNG VON SCHADEN und

**VERTRAUENSWÜRDIGKEIT DES
ARZTES**



- *Fachliche Kompetenz*
- *Funktionelle Spezifität*
- *Altruistische Haltung*
- *Allparteiliche,
universalistische
Einstellung*
- *Affektive Neutralität*



In helfenden Berufen sind immer wieder drei Grundtypen zu beobachten:

- *der übereifrige Typus (er muss helfen – Burnout-Syndrom)*
- *der sich professionell gebende Typus (Selbstbestätigung – „Kollusion“)*
→
- *der sich aufopfernde Typus (pessimistische Einstellung zur Selbstverantwortung)*

Drei Kommunikationsgruppen

- ✓ **Kommunikationsart**
- ✓ **Kommunikationsusus**
- ✓ **Kommunikationssituation**

Jede Mitteilung hat 4 Seiten

Die Sachseite

**Selbstoffenbarungs-
Seite**

Beziehungs - Seite

Appell - Seite

Macht gegenüber dem Patienten

Macht der Information

Macht durch Belohnung

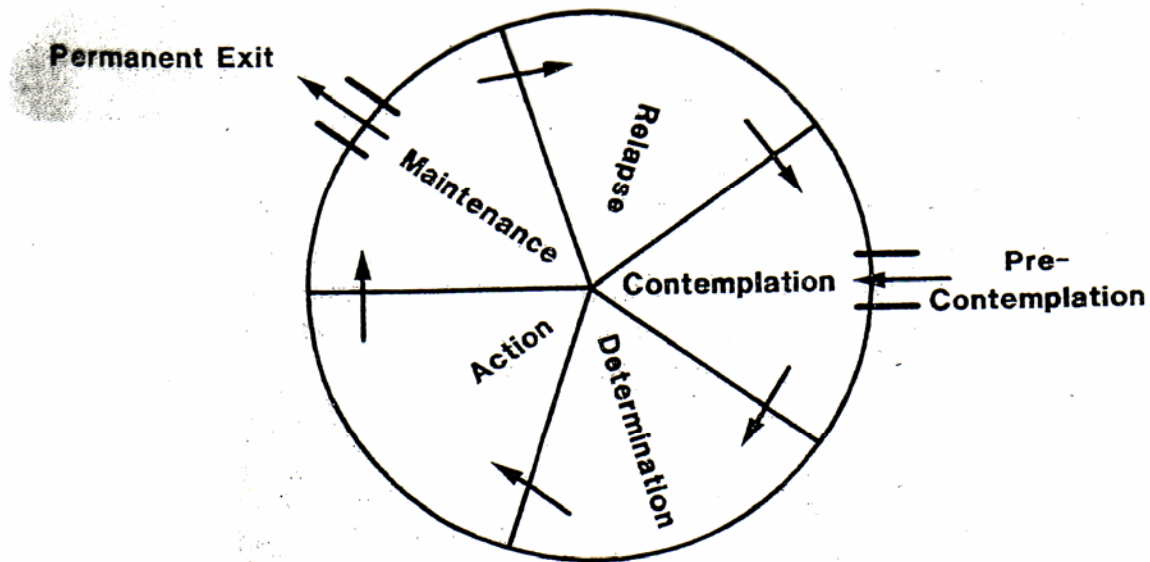
Macht der Kontrolle

Macht des Experten

Macht der Legitimität

Macht des überzeugenden Modells

Die 6 Stadien die der Motivation zur Verhaltensänderung unterliegen:



Prochaska and DiClemente's six stages of change.

Übertragung

Das unbewusste Erleben und die szenische Gestaltung einer aktuellen Beziehung nach dem Muster früher Beziehungen

GEGENÜBERTRAGUNG

**unbewußte emotionale und
verhaltensmäßige Reaktion auf
Übertragungsangebote**

PROGRESSIV

“Ich muss mich so ideal, überlegen, verehrend geben, damit Du Dich auch selbst etwas besser und anerkannter fühlen kannst.

AKTIV



TYRANNISCH

“Ich muss (müsste) noch progressiver sein, weil ...”

**ERSCHÖPFT
VORWURFSVOLL**



funktionale
Kollusion



provokant
übertreibend,
provokant
verweigernd



dysfunktionale
Kollusion



REGRESSIV

“Ich muss mich so bewundernd, verehrend geben, damit Du Dich in Deiner Überheblichkeit bestätigt finden kannst.

IDEALISIEREND



HÖRIG

“Ich muss (müsste) noch regressiver sein, weil ...”

ABWEISEND

Problempatienten

- Dramatisierende oder „hysterische“ Patienten
- Selbstquälerische und Schmerzberbereite
- Konfliktvermeidende oder Somatisierende
- hypochondrisch Klagsame
- Selbstdestruktive
- betont Unabhängige
- ängstlich Abhängige
- überheblich Anspruchsvolle (narzisstische)
- überangepasst Ordentliche (zwanghafte)
- misstrauisch Abweisende (paranoide)

Einflussfaktoren auf die Kooperation

Persönlichkeit des Patienten

Demografische Daten

Sozio-kultureller Hintergrund

Einfluss der Arzt-Patient-Beziehung

Merksatz

Das ärztliche Gespräch ist nicht nur eine Forderung nach mehr Menschlichkeit, sondern ein unerlässliches Instrument zur Verbesserung der Diagnose und zur Abwendung iatrogenen Schädens durch einseitige Behandlung von Krankheiten, wenn ihr psychosozialer Anteil vernachlässigt wird. Das Instrument dafür ist die „positive psychosomatische Diagnose“ als Ausdruck einer bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise des kranken Menschen.

Merksatz

Für ein befriedigendes ärztliches Gespräch genügt die Verwirklichung der drei Kernvariablen

„Akzeptanz“

„Echtheit“ und

„einfühlerndes Verstehen“

- **Akzeptanz** (unconditional positive regard)
- **Echtheit** (congruence)
- **Einfühlerndes Verstehen** (accurate empathic understanding)

Merksatz

Die unbedingte positive Wertschätzung des Patienten ist die Voraussetzung für die Besprechung relevanter Lebensereignisse des Patienten, ohne die wiederum keine sichere Diagnose und adäquate Therapie möglich ist.

Merksatz

***Echtheit bzw. Kongruenz* ist jene innere Haltung des Arztes, die sich nicht von falschen Gefühlen und professionellen Höflichkeitsformen leiten lässt, sondern die Reflexion auf innere Prozesse des Fühlens und Denkens leitet, um das Gespräch angemessen zu führen.**

EMPATHIE

ist jene Haltung im ärztlichen Gespräch, durch die sich der Arzt in die Welt des Patienten versetzt und ihm in seiner Phantasie folgt.

Dabei lässt er natürlich nie seine theoretischen Vorstellung außer acht, er zwingt sie aber auch nicht dem Patienten auf. Vielmehr lenkt er „von innen“ das Gespräch, anstatt „von außen“ kluge Ratschläge zu geben. Die Sichtweise des Patienten hat erste Priorität. Nur so entsteht Vertrauen in den Arzt und korrigierende Überlegungen können vom Patienten eher akzeptiert werden.

Beziehungsfördernde Grundhaltung

- Ich nehme den anderen wie er ist.
- Ich fange dort an, wo der andere steht.
- Ich zeige, dass ich mit ihm Kontakt aufnehmen möchte.
- Ich nehme die in mir ausgelösten Gefühle wahr (worauf weisen sie mich hin?).
- Ich verzichte auf das Anlegen eigener Wertmaßstäbe.
- Ich verzichte auf argumentierendes Diskutieren
- Ich orientiere mich nach den Bedürfnissen.
- Ich arbeite an Partnerschaft und vermeide objektivierende Distanz.

SELBSTREFERENZEN: wenn der Patient deutlich mehr Äußerungen über sich als über externe Inhalte (andere Menschen, politische Kommentare, organisatorische Bedenken zur Behandlung etc.) macht.

SELBSTEMPLORATION: wenn ein aktives Bemühen des Patienten um Klärung psychosozialer Zusammenhänge zu beobachten ist.

GEFÜHLSMÄßIGE BETEILIGUNG am Gespräch: wenn der Patient sich auch von Gefühlen und Vermutungen leiten lässt, ohne in ein starres und konventionelles Sprechverhalten auszuweichen.

BEREITSCHAFT, DIE EIGENEN GEFÜHLE ZU AKZEPTIEREN: obwohl meist negative Gefühle (als Ausdruck einer für den Patienten noch absehbaren Situation) im Vordergrund stehen, müssen diese erst ausgedrückt werden, bevor sich der Patient auf positive Gefühle einlassen kann. Dies muss vom Arzt unbedingt verstanden und berücksichtigt werden.

ENTWICKLUNG VON EINSICHT: wenn der Patient die bisher geleugneten Einsichten offen zu äußern beginnt.

Das diagnostische
Anamnesegespräch dient
dazu, den Patienten/die
Patientin erkenntnisleitend
einführend ganzheitlich zu
erfassen.

Das diagnostische Anamnesegespräch

- 1. Vorstellung und zielsetzende Information**
- 2. Zeitliche und räumliche Gestaltung**
- 3. Landkarte der Beschwerden**
- 4. Aktueller Beschwerdekomples (jetziges Leiden)**
- 5. Persönliche Anamnese im Längsschnitt (Vorgeschichte)**
- 6. Familienanamnese**
- 7. Konvergenz des Krankheitsbildes von Arzt und Patient**
- 8. Gemeinsames Besprechen des weiteren Vorgehens**
- 9. Beendigung des Gesprächs, letzte Frage des Patienten**
- 10. Die körperliche Untersuchung**

Faktoren, die ein Gespräch verfälschen können (Patient):

- die sozial erwünschte Antwort
- subjektive Intimitätsgrenze
- Widerstandsphänomene
- unbewusste Strategien
- Vorurteile in Bezug auf den Arzt
- Reduplikation

Faktoren, die ein Gespräch verfälschen können (Arzt):

- Vertrauen auf die Kooperation des Patienten angesichts seiner fachlichen Autorität
- Apostolische Mission des Arztes
- Abwertung des Patienten als Laien

Das therapeutisch orientierte Informationsgespräch

BERATEND - STÜTZEND

AUFKLÄREND

ANGSTBEWÄLTIGUNG

Vermittlung von schwierigen und problematischen Botschaften

1. Zeitlicher Faktor
2. Primär für den (die) Betroffenen
3. Einführendes Erfassen
4. Situative Faktoren
5. Persönlich
6. Phasengerecht
7. Wahrheitsorientiert
8. Vom Informationsbedürfnis des Patienten leiten lassen

Aufklärung

nicht nur einmalige Vermittlung von
relevanten Fakten

sondern kontinuierlicher **Prozess**

Betonung des emotionalen und

interaktiven Aspektes der **Kommunikation**

innerhalb der **Beziehung** zwischen Arzt und
Patient

Psychoonkologie

- 1) Psychosoziale Faktoren bei Entstehung, Auslösung und Verlauf von Krebserkrankungen**
- 2) Bedeutung und Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung**
- 3) Hilfe, Begleitung und Unterstützung durch Krisenintervention, Beratung, Psychotherapie**

Was der Allgemeinmediziner in Sachen Krebsprävention tun kann:

- * Beratung über gesunden Lebensstil
- * Beratung über gesunde Ernährung
- * Beratung zur Raucher-Entwöhnung
- * Beratung von Risikogruppen bezüglich Schutzimpfungen
- * Prostata-Vorsorge-Untersuchung
- * Inspektion auf Melanome
- * Überweisung zur Mammographie
- * Überweisung zum PAP-Abstrich
- * Hämoccult-Test

Was kann der Allgemeinmediziner bei der Betreuung von Langzeittumorpatienten tun?

- Gespräch in Sachen Kooperation (Therapietreue)
- Gespräch zu Arzneimittelinteraktionen
- Gespräch über Nebenwirkungen
- Supportivtherapie, wie etwa Schmerztherapie oder Behandlung von Anämie
- Psychologische Betreuung vermitteln

Prävalenz von Angst und Depression (Massie, 1990)

- 50 % keine länger andauernde psychopathologische Reaktion
- 30 % ausgeprägte Anpassungsstörungen
- 20 % schwere Depressionen und Ängste und organische Psychosyndrome

Die häufigsten psychosozialen Belastungen im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung sind:

Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufes

- Lebensbedrohung
- chronische Schmerzen
- Nebenwirkungen der medizinischen Behandlung
- lange Krankenhausaufenthalte
- Herausgerissen-Sein aus dem beruflichen und privaten Alltag
- Unsicherheit in bezug auf den Umgang mit der Erkrankung
- Einschränkungen in bezug auf körperliche und emotionale Belastbarkeit
- Verringerung des Selbstwertgefühls

Hohe Angst- und Depressionswerte

- nach Diagnosestellung
- bei zunehmender Progredienz
- Metastasierung
- Zunehmender Behandlungsdauer

Ziele der psychosozialen Betreuung

- Informationsgespräch
- Hilfestellung bei familiären und sozialen Problemen
- Erarbeiten von Copingstrategien
- supportive und begleitende psychologische und psychotherapeutische Behandlung
- Krisenintervention
- Sterbebegleitung

VERÄNDERUNG DER WAHRNEHMUNG

Verdrängung

Verleugnung

Verschiebung/Projektion