



„SCHWIERIGE“ PATIENTEN smart-Q Kongresse - WORKSHOP

Karin Kieseritzky, Dipl.-Psych.

Psychologische Psychotherapeutin

Verhaltenstherapeutin DGVT

Psychologische Schmerztherapeutin DGSS/DGPSF

Supervisorin DGSS/DGPSF

Psychoonkologin DAPO

Qualifizierte Palliativpsychotherapeutin PKN

Mitglied S3-Leitlinien-Kommission Palliativmedizin der AWMF, DKG & DKH

St. Joseph-Stift Bremen

Klinikum Delmenhorst

Akademie Palliative Care Education Norddeutschland e.g.V.

CHARAKTERISTIKA VON „SCHWIERIGEN“ PATIENTEN

- verunmöglicht es dem Behandler, eine therapeutische Beziehung aufzubauen
- nimmt nicht die im Gesundheitssystem erwartete Rolle ein
- hat Überzeugungen und Wertvorstellungen, die von denen des Behandlers abweichen oder die beim Behandler Selbstzweifel erwecken

nach Simon et al, 1999



smart-Q Kongresse

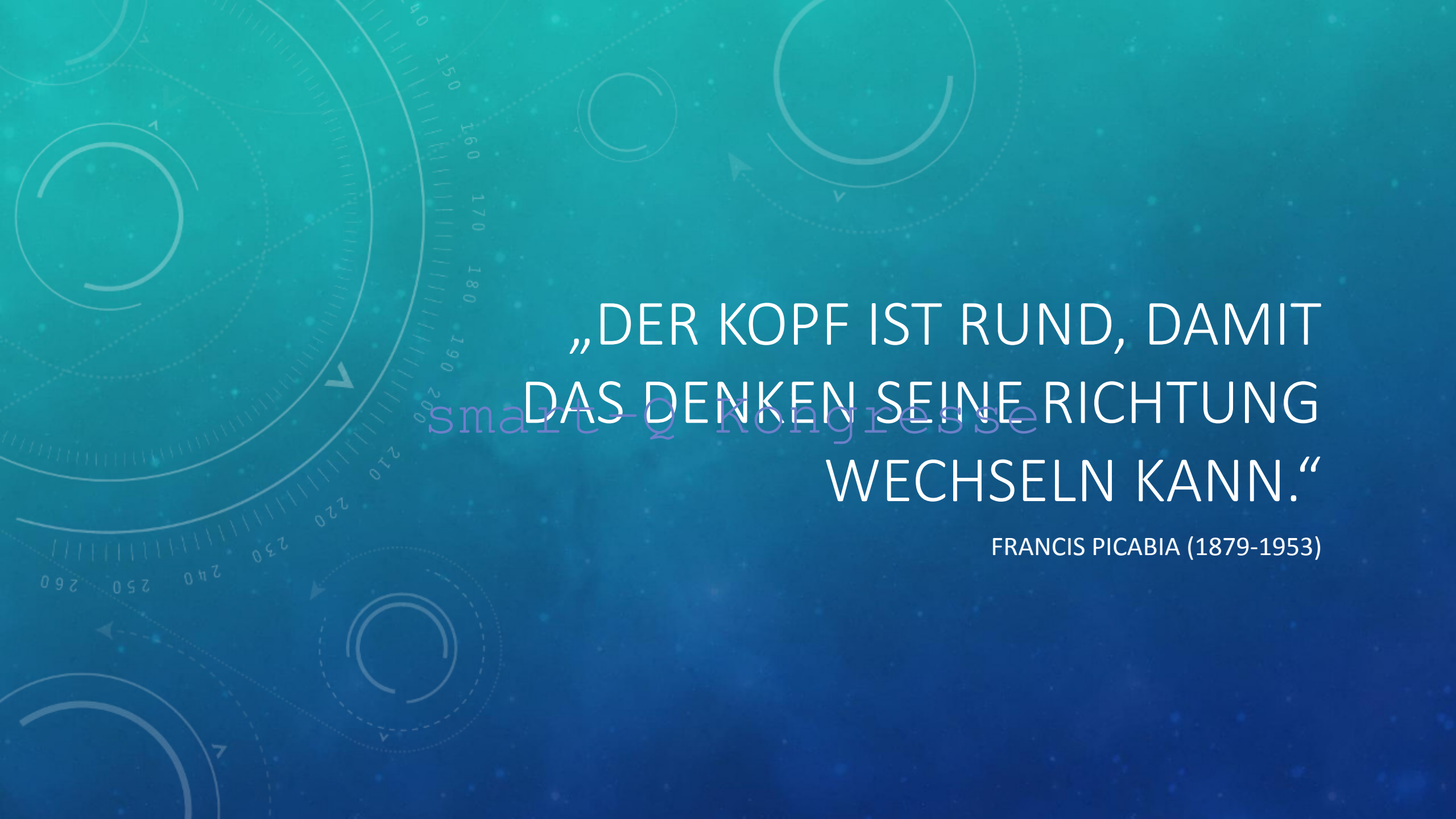
Palliativmedizin

für Patientinnen und Patienten mit
einer nicht heilbaren Krebserkrankung
(September 2015)

Patientenleitlinie

HANDWERKSZEUG

- Wissen um spezifische Schwierigkeiten
- Ethische Grundprinzipien
- Was tue ich hier eigentlich?
- Reflexion von Zielen/Gefährdungen auf Seiten des Patienten/Angehörigen/Behandlers/Pflegenden/Betreuenden
- „Selbstsupervision“
- Kommunikation
- Besondere Interaktionsstile



smart-Q Kongresse

„DER KOPF IST RUND, DAMIT
DAS DENKEN SEINE RICHTUNG
WECHSELN KANN.“

FRANCIS PICABIA (1879-1953)

WER HAT EINEN „FALL“ MITGEBRACHT?

smart-Q Kongresse

NICHT PATIENTEN AN SICH SIND SCHWIERIG, SONDERN DIE INTERAKTIONEN MIT IHNEN

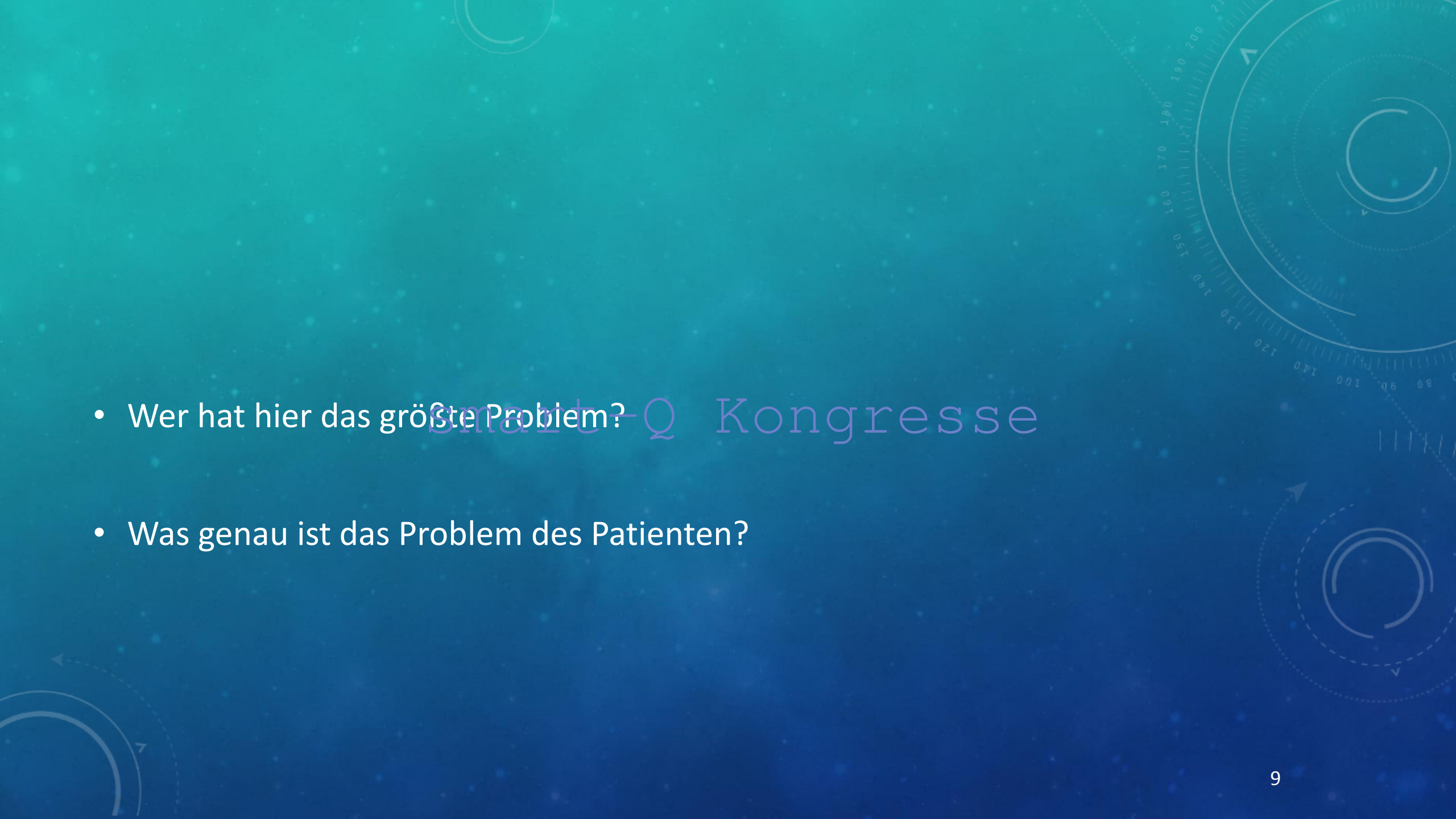
„Orte“ der Schwierigkeiten:

- Persönlichkeit des Patienten
- Persönlichkeit des Behandlers
- Interaktionen
- Kontext
- Einstellungen und Reaktionsweisen des Behandlers

smart-Q Kongresse

FALLVORSTELLUNG HERR A.

- Diagnose: ossär metastasierendes Prostata-Ca
- Lebenssituation: verwitwet; lebt allein in eigener Wohnung im 3. Stock; 2 Söhne leben entfernt; lt. Sohn ist Patient ein „Messie“
- Aktuelle Situation: zum 2. Mal auf Palliativstation wegen Schmerzen; überwiegend bettlägerig; Verlegung in ein Hospiz angedacht; Patient möchte in eigene Wohnung zurück ohne Pflegedienst

- 
- Wer hat hier das größte Problem?
 - Was genau ist das Problem des Patienten?

VIER-PRINZIPIEN-MODELL DER MEDIZIN-ETHIK

(BEAUCHAMP UND CHILDRESS, 1977)

- **Respekt vor der Autonomie der Patientin / des Patienten (respect for autonomy):**
Das Autonomieprinzip gesteht jeder Person Entscheidungsfreiheit und das Recht auf Förderung der Entscheidungsfähigkeit zu. Es beinhaltet die Forderung des informierten Einverständnisses (informed consent) vor jeder diagnostischen und therapeutischen Maßnahme und die Berücksichtigung der Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen des Patienten.
- **Nicht-Schaden (nonmaleficence):**
Das Prinzip der Schadensvermeidung fordert, schädliche Eingriffe zu unterlassen. Dies scheint zunächst selbstverständlich, kommt aber bei eingreifenden Therapien (z.B. Chemotherapie) häufig in Konflikt mit dem Prinzip der Fürsorge.
- **Fürsorge, Hilfeleistung (beneficence):**
Das Prinzip der Fürsorge verpflichtet den Behandler zu aktivem Handeln, das das Wohl des Patienten fördert und ihm nützt. Das Fürsorgeprinzip steht häufig im Konflikt mit dem Autonomieprinzip und dem Prinzip der Schadensvermeidung (s.o.). Hier sollte eine sorgfältige Abwägung von Nutzen und Schaden einer Maßnahme unter Einbeziehung der Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen des Patienten vorgenommen werden.
- **Gleichheit und Gerechtigkeit (justice):**
Das Prinzip der Gerechtigkeit fordert eine faire Verteilung von Gesundheitsleistungen. Gleiche Fälle sollten gleich behandelt werden, bei Ungleichbehandlung sollten moralisch relevante Kriterien konkretisiert werden.

smart-Q Kongresse

WAS HEIßT SCHADEN ABWENDEN?

WORIN KÖNNTE DER SCHADEN BESTEHEN?

WAS TUE ICH EIGENTLICH HIER?

- Mein Auftrag? Was soll ich tun?

- Berufsordnung
- Leitlinien
- Institutionelles Leitbild
- Vorgesetzte/ Kollegen
- Kostenträger
- Individuell/persönlich

- Vorstellungen von der beruflichen Rolle?
Wann bin ich zufrieden mit meiner Tätigkeit?

- Gesellschaftlich
- Kostenträger
- Institutionell
- Team
- Patientenrückmeldung
- Persönlich

- Grenzen?

- Retter?
- Tröster?
- Beschützer?
- Komplize?
- Erzieher?
- Ermahner?
- Unterstützer?
- Anteilnehmender?
- Harmoniebeauftragter?
- Sterbebegleiter?
- Lebensbegleiter?
- Erlöserbringer?

smart-O Kongresse

GEDANKEN VON HELFERN GEGENÜBER PATIENTEN

- **Irrationale Gedanken**

- Ich muss ihm helfen
- Er muss sich helfen lassen
- Er muss tun, was ich ihm sage
- Ich weiß, was für ihn gut ist

smart-Q Kongresse

Rationale, hilfreiche Gedanken

- Ich biete ihm meine Hilfe an
- Er muss diese Hilfe nicht annehmen
- Ich achte ihn als Person
- Er darf ängstlich, misstrauisch, ärgerlich, hoffnungslos, abweisend und uneinsichtig sein
- Ich erwarte nicht Einsicht des Patienten in seine eigene Unzulänglichkeit
- Ich bin bereit, gangbare Wege zu gehen

KOMMUNIKATION

- Ist das wichtigste diagnostische Verfahren
- Ist das wichtigste therapeutische Verfahren (s.a. Nocebo-Forschung)
- Ist der ausschlaggebende Faktor der Patientenzufriedenheit
- **Zuhören und Wahrnehmen sind die wichtigsten Gesprächstechniken!**

KOMMUNIKATION MIT PATIENTEN

- IRRTÜMER

- Kommunikation „kann man oder kann man nicht“
- Kommunikation ist einfach („reden kann doch jeder“)
- Kommunikative Kompetenz nimmt mit dem Alter und der Erfahrung zu
- Der Patient will nicht reden, sondern gesund werden
- Wir haben ohnehin viel zu wenig Zeit

UMGANG MIT SCHWIERIGEN FRAGEN

- Muss und kann ich immer eine Antwort wissen?
- Mit dem Patienten herausfinden,
 - was er mit dieser Frage meint,
 - was sie für ihn bedeutet
 - was ist die ‚Frage hinter der Frage‘?
- aus dem Frage-Antwort-Modus aussteigen – die Ebene wechseln

DIE BASIS EINER THERAPEUTISCH SINNVOLL GENUTZTEN ARZT/THERAPEUT-PATIENT-BEZIEHUNG BESTEHT AUS:

- einer empathischen Grundhaltung
- einer kritischen Reflexion eigener Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen
- einem bewussten Umgang mit Interaktionsproblemen bzw. einer gezielten Beziehungsgestaltung
- dem Einsatz bestimmter Gesprächsführungstechniken
- einem bewussten Umgang mit Information und Partizipation

JEDE KOMMUNIKATION HAT EINE

- eine kognitive (inhaltliche) Ebene
und
- eine emotionale Ebene

➤ kognitive und emotionale Ebene
unterscheiden!

smart-Q Kongresse

KOMMUNIKATION MIT PATIENTEN/ANGEHÖRIGEN – GRUNDREGEL

Ein gelungenes Gespräch hilft dem Patienten/dem Angehörigen

- kognitiv (Inhaltsebene)
(„Ich habe die Information erhalten, die ich brauche.“)
- emotional (Beziehungsebene)
(„Ich bin gehört und verstanden worden.“)

Patient

- äußert Sorgen / Ängste
- konfrontiert mit schlechter Nachricht



smart-Q Kongresse

Fachliche Antwort

- Beruhigung
- Ratschläge
- Information

Themenwechsel

VERFRÜHTE FACHLICHE ANTWORT „DISTANCING“

Folgen:

- Problem wird missverstanden
- Wichtigstes bleibt oft unerwähnt
- Strukturierung der Angst unmöglich
- Stress nimmt zu

Patient

- äußert Sorgen / Ängste
- konfrontiert mit schlechter Nachricht

smart-Q Kongresse

Empathische Antwort

- Aktives Zuhören
- Empathische Antwort

Fachliche Antwort

- Beruhigung
- Ratschläge
- Information

Themenwechsel

EMPATHIE (N. RIESS 2011; SCHAEFERT ET AL. 2013)

1. Versuchen Sie herauszufinden, was Ihr Gegenüber fühlt, braucht und will.
Beobachten Sie dazu:

E: den Blickkontakt (eye contact)

M: die Gesichtsmuskulatur bzw. den Gesichtsausdruck (muscles of facial expression)

P: die Haltung (posture)

A: den Affekt (affect)

T: den Tonfall (tone of voice)

H: was Sie genau hören (hear), z. B. hinsichtlich besonderer Betonungen, heftiger Affekte, eines plötzlichen Abreißens der Verbindung

Y: Ihre eigenen (your!) Reaktionen auf den Patienten, auch in körperlicher Hinsicht, also z. B. die eigenen Gefühle, der eigene Atemrhythmus oder eine muskuläre Anspannung

EMPATHIE (N. RIESS 2011; SCHAEFERT ET AL. 2013)

2. **Nonverbale Botschaften**, v. a. die eigene Mimik und Gestik, sind mindestens so entscheidend wie der Gesprächsinhalt. (s.a. Mehrabian, 1974).
3. Um dem Patienten **aufrichtiges Interesse und Einfühlungsbereitschaft** zu signalisieren, sollten v. a. dessen subjektive Realität anerkannt werden.
4. Eine empathische Grundhaltung einzunehmen und zu signalisieren heißt aber nicht, dem Patienten automatisch und in allen Punkten zuzustimmen!

NURSE-MODELL ZUM UMGANG MIT SCHWIERIGEN EMOTIONEN (SMITH, 2002, BACK, 2008)

- **N**aming: Emotionen benennen
- **U**nderstanding: wenn möglich, Verständnis für die Emotion ausdrücken
- **R**especting: Respekt und Anerkennung für den Patienten/Angehörigen ausdrücken
- **S**upporting: Unterstützung anbieten
- **E**xploring: weitere Aspekte zur Emotion herausfinden

KOMMUNIKATION MIT TUMORPATIENTEN – GRUNDREGEL (2)

Entscheidend für den Patienten ist nicht,

- was wir wissen,
- was wir sagen,
- was wir meinen,

sondern

- was der Patient versteht, was bei ihm „ankommt“.

smart-Q Kongresse

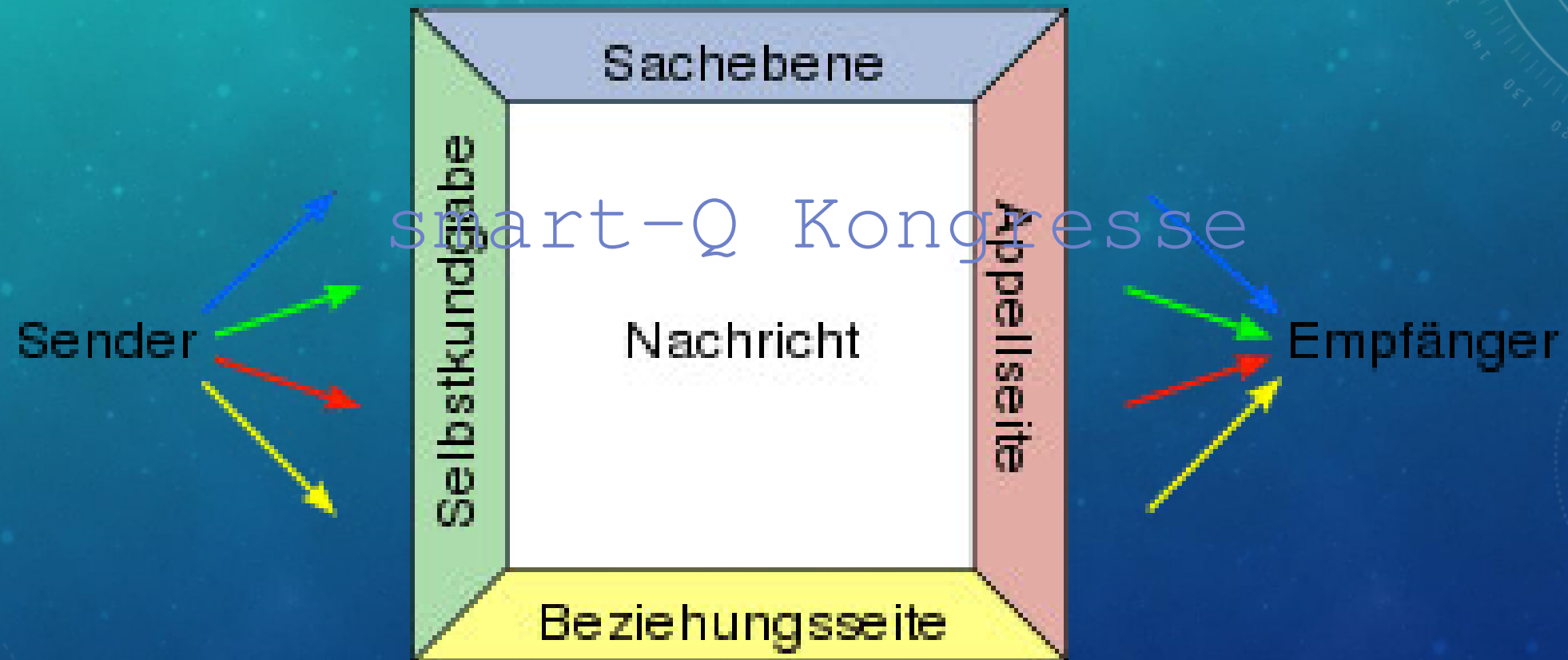
GRUNDREGELN DER GESPRÄCHSFÜHRUNG

„DER ALTE ARZT SPRICHT LATEIN.
DER JUNGE ARZT SPRICHT ENGLISCH.
DER GUTE ARZT SPRICHT DIE SPRACHE DES PATIENTEN.“

URSULA LEHR, EX-GESUNDHEITSMINISTERIN

VIER SEITEN EINER NACHRICHT

(F. SCHULZ-VON-THUN: „MITEINANDER REDEN 1“, 1981)



MIT VIER OHREN EMPFANGEN

(F. SCHULZ-VON-THUN: „MITEINANDER REDEN 1“, 1981)

1. Freie Auswahl des Empfängers, welcher Teil der Botschaft gehört wird

2. Einseitige Empfangsgewohnheiten

1. Das „Sach-Ohr“ smart-Q Kongresse

2. Das „Selbstoffenbarungs-Ohr“

3. Das „Beziehungs-Ohr“

4. Das „Appell-Ohr“

3. Die ankommende Nachricht: ein „Machwerk des Empfängers“

WIE VIELE HERZEN SCHLAGEN IN IHRER BRUST?

Teilpersönlichkeit

1. ...

2. ...

3. ...

4. ...

Bedürfnisse, Ziele, Ängste

1. ...

2. ...

3. ...

4. ...

smart-Q Kongresse

- Wir haben viele smart-Q Kongresse Teilpersönlichkeiten.
- Welche hat gerade die Führung?

Helfer

- Ein Patient hat viele Teilpersönlichkeiten.
 - Wir nehmen nur einen kleinen Ausschnitt davon wahr.
- smart-Q Kongresse

Patient

AKZENTUIERTE PERSÖNLICHKEIT / INTERAKTIONSTILE

- Cave: Stigmatisierung des Patienten!
- Patienten erleben Interaktionsverhalten als passend und richtig (Ich-synton)
 - bei daraus resultierenden Problemen suchen sie den Ursprung der Probleme bei den Interaktionspartnern,
 - finden keine Einsicht in den eigenen Beitrag zu Interaktionsproblemen,
- verfolgen Motive, die sie nur durch Manipulation meinen befriedigen zu können:
 - Anerkennung
 - Sicherheit
 - Wichtigkeit
 - Autonomie
 - Anerkennung von Grenzen
- erreichen durch ihre Interaktionsstile häufig beim Interaktionspartner genau das Gegenteil!

PRAKTISCHES VORGEHEN (SCHAEFERT ET AL. 2013)

Folgende Fragen können hilfreich sein:

- Welche Rolle weist mir der Patient zu, welche Funktion soll ich für ihn übernehmen, welche (Bindungs-)Bedürfnisse erfüllen? (z. B. der Tröster, der Retter, der Strenge, der Abweisende, der Komplize)? Wodurch geschieht das (Patient klagt viel, ist sehr verschlossen, signalisiert, dass er alleine nicht zurechtkommt, betont Einzigartigkeit des Behandlers)?
- Welche Gefühle löst der Patient bei mir aus (z. B. Hilflosigkeit, Ungeduld, Wut, Frustration, Wunsch, sich zu entziehen, Enttäuschung, Ohnmachtserleben, Gefühl des Manipuliertwerdens oder das Gefühl, erst idealisiert, dann aber entwertet zu werden)?
- Welche Verhaltensimpulse tauchen bei mir auf (schnell helfen müssen, dichtmachen, einschlafen, unangebrachte Diagnostik/Therapie, um mich vom erlebten Druck seitens des Patienten zu entlasten bzw. um ihn »zum Schweigen zu bringen«)?
- Handle ich evtl. besonders offensiv (hartnäckiges, bohrendes Nachfragen, schnelle Festlegung einer Diagnose, Überdiagnostik) oder besonders defensiv (Abwiegeln; Verharmlosen; Angst, durch »problematische« Fragen die »Büchse der Pandora« zu öffnen und dann die Kontrolle zu verlieren, mit unangenehmen Gefühlen konfrontiert zu werden, dem Patienten zu nahe zu treten oder vielleicht verklagt zu werden)?
- Wo sind dysfunktionale Muster und Verstärker erkennbar (z. B. »Hoffnungs-Enttäuschungs- Zirkel«, Selbstkonzept von Schwäche, Selbstwertproblematik, Unterwerfungs-Kontroll- Konflikte)?
- Welche Vorteile habe ich selbst durch die Behandlung (z. B. fühle ich mich geschmeichelt, teile ich die Abwertung von Kollegen, verdiene ich an nicht-indizierten Untersuchungen oder Therapien; versuche ich, mich rechtlich abzusichern oder die Sympathie des Patienten zu erlangen)?
- Wie viel haben diese Beobachtungen wirklich mit diesem Patienten zu tun? Was könnte sie sonst noch beeinflussen (z. B. vorherige Interaktionen, eigene Kontextfaktoren)?

HILFREICHE ANNAHMEN IM UMGANG MIT „SCHWIERIGEN PATIENTEN“

- Verhalten des Pat. folgt nicht einer Absicht sondern inneren Zwängen und besitzt eine ganz eigene Funktionalität.
- Verhalten des Pat. ist nicht auf die Person sondern auf die Rolle gerichtet.
- Verhalten tritt auf, wenn Pat. sich bedrängt, überprüft, kritisiert, entmündigt, überfordert fühlt.
- Pat. hat daneben auch einzigartige Qualitäten, die es zu entdecken gilt.
- Pat. stellt durch sein Verhalten Idealvorstellungen und Behandlungsziele des Behandlers auf den Prüfstand.
- Pat. hat unrealistische Vorstellung über diagnostische/ medizinische Möglichkeiten.
- Pat. hat evtl. eine ungünstige subjektive Deutung/Interpretation/Vorstellung seiner Beschwerden.
- Unterschied zwischen professioneller und privater Begegnung.
- Umgang mit schwierigen Pat. ist auch Teil der Arbeit.
- Möchte der Pat. wirklich eine Behandlung oder etwas Anderes, z.B. Klagemauer, Beweis der Unbehandelbarkeit, Versorgungswünsche?

- „Wie kann ich Ihnen helfen?“
- Die eigenen Mängel erkennen und Konsequenzen daraus ziehen *smart-Q Kongresse*
 - Emotionale Stabilität
 - Cool bleiben
 - Kurze Pause machen
 - Luft holen -Strecken
- Innere Klarheit ist die Voraussetzung für überzeugendes Handeln und professionelle Distanz

DER UMGANG MIT SCHWIERIGEN PATIENTEN IST TEIL
DER PROFESSIONELLEN ARBEIT

smart-Q Kongresse
... UND DAMIT EINE ALLTÄGLICHE SPANNENDE
HERAUSFORDERUNG.

KKIESERITZKY@SJS-BREMEN.DE