

## **VIII./2.: Psychotherapeutische Techniken in der Unterstützung von chronisch Erkrankten**

### **VIII/2.1.: Die Umwandlung der verleugnenden und klagenden Haltung zur Kooperation mithilfe der Motivierenden Gesprächsführung**

Zusammenfassung

Die Methode der Motivierenden Gesprächsführung wurde von Miller und Rollnick (1991) ausgearbeitet, ursprünglich zur Behandlung von addiktologischen Patienten, also für typisch ambivalent motivierte Patienten. Die Methode ist jedoch auch gut einsetzbar in anderen therapeutischen Situationen mit dem Ziel, die aktive Teilnahme der Klienten zu erhöhen. Das Ziel ist letztendlich, die hinter der unbestimmten Motivation verborgene Ambivalenz zu mindern (z.B. „*ich möchte gesund werden, doch will ich weder meine Lebensweise noch meine Essgewohnheiten ändern*“). Es ist wichtig, dass wir den Widerstand des Patienten als etwas Natürliches wahrnehmen. Wer will schon von einem Augenblick auf den anderen seine gewohnte Lebensweise aufgeben?

Die Schritte der Motivierenden Gesprächsführung:

Aufgabe

Zählen Sie die Schritte der Motivierenden Gesprächsführung auf!

1. Das **empathische Anhören** der Gesichtspunkte des Patienten (die Überzeugung des Patienten kann einen Widerstand hervorrufen)
2. **Das Entwickeln einer Diskrepanz:** Was ist das Gute oder das Schlechte daran, dass der Patient auf seiner gewohnten Lebensweise besteht? Es ist wichtig, hier nicht nur eine formale Frage zu stellen, sondern tatsächlich aufzudecken, was für konkrete Vorteile der Patient durch seine Lebensgewohnheiten hat (z.B. er muss nicht auf seine täglichen und großen Süßigkeitsrationen verzichten).
3. **Die Umlenkung des Widerstandes.** Zeichen des Widerstandes sind: Diskussion, Unterbrechen, Verneinen, Ablenkung des Gesprächs. Die Techniken des Aufklärens sind:
  - **Die Sokrates'sche Frage:** z.B. „*Welche Vorteile hätte es, wenn Sie weniger Süßigkeiten essen würden...?*“
  - **Reflexion:** z.B. „*Es scheint für Sie kein Problem zu sein, dass sie bislang nicht auf ihre Nahrung geachtet haben und so haben Sie evtl. zu viel Kalorien zu sich genommen...*“
  - **Verstärkte Reflexion:** z.B. „*Ihrer Meinung nach gibt es also keinen Zusammenhang zwischen der kalorienreichen und bewegungsarmen Lebensweise und ihrer Gewichtszunahme und dem Entstehen von Diabetes des Typs 2...*“
  - **Doppelseitige Reflexion:** z.B. „*Sie wünschen sich also, dass ihre Diabetes heilt, aber so, dass Sie ihre bisherige Lebensweise aufrecht erhalten...*“
  - **Fokuswechsel:** z.B. „*Ich will Ihnen nicht von den Süßigkeiten abraten, ich versuche nur ihre Denkweise im Zusammenhang mit ihrer Gesundheit zu verstehen...*“
  - **Einverständnis:** z.B. „*Die Veränderung der Lebensweise ist wirklich eine schwere Aufgabe und man darf dies nicht unterschätzen...*“
4. Das **Fördern der Selbstwirksamkeit, Ausdruck der Zuversicht zur Veränderung**, gleichzeitig die Umstrukturierung der Verantwortung: z.B. „*Ich kann Ihnen als Arzt nur Ratschläge geben, doch Sie kennen sich und*

Wichtig

*Ihre Situation viel besser, so ist anzunehmen, dass Sie viel bessere Ideen dafür haben, wie Sie sich ihrer Krankheit anpassen können". Auf jeden Fall sind Formeln wie „Sie als Patient haben die Aufgabe... ich als Arzt habe die Aufgabe...“ zu vermeiden.*

## **VIII./2.2.: Die mit der Krankheit verbundene Edukation, das Erstellen eines problemlösenden Aktionsplans**

**A.) Das Besprechen der Ängste des Patienten.** Genauso wie bei der Somatisierung, reicht es auch hier nicht, den Patienten einfach nur zu beruhigen, denn im Zusammenhang mit körperlichen Symptomen gibt es ebenfalls zahlreiche Annahmen in der Kultur bzw. ist vieles im Internet erreichbar (das ja die wichtigste Informationsquelle der Patienten ist). Auch mit dem entsprechenden Informieren des Patienten kann die Angst bezüglich physischer Krankheiten nicht gelöst werden, in diesen Fällen können auch die Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie eingesetzt werden, die wir im folgenden Kapitel vorstellen.

**B.) Das Aufdecken und die Umstrukturierung von inadäquaten Annahmen über die Krankheit**

**Die inadäquaten Annahmen über chronische Erkrankungen sind zweierlei Typs:**

A.) Annahmen mit Angstinhalt (z.B. „*Ich bin herzkrank, das bedeutet, dass ich in einigen Jahren sowieso an Herzinfarkt sterben werde...*“), und deshalb können die Symptome zu einer katastrophisierenden Überbewertung führen (ähnlich zu den somatisierenden Störungen). Die Angst kann zu einem vermeidenden Verhalten und zu einem übersteigerten Krankheitsbewusstsein führen. (z.B. der Patient verlässt das Haus in einer Allergiesaison überhaupt nicht)

B.) Annahmen, die die Zusammenarbeit in der Behandlung der Krankheit hindern (z.B. „*ich darf kein (Allergie auslösendes) Rohobst essen, doch gekochtes oder gebackenes schon*“, oder „*der hohe Blutdruck entsteht durch Stress, die Bewegung und die Nahrung spielen dabei keine Rolle*“).

*(Zur Aufdeckung katastrophisierender Ängste finden wir Beispiele in dem beigelegten Video) (P\_2\_video\_VIII\_1\_fejzet).*

Wichtig

Die Umbewertung der inadäquaten oder katastrophisierenden Gedanken beginnt mit dem Sammeln der Gedanken. Danach können in der Umstrukturierung zahlreiche Mittel verwendet werden. Ähnlich wie in der Somatisierung kann auch hier die Methode der Standardfragen eingesetzt werden. (2. Tabelle).

P\_2\_tablazat\_VIII\_1\_fejzet.jpg

Aufschrift: 2. Tabelle

## **VIII./2.3.: Das Entwickeln der objektiven Monitorisierung der Symptome**

Sowohl im Falle der physischen Krankheiten als auch im Falle von psychischen Problemen müssen wir danach trachten, dass die subjektiven Beschwerden in

objektive Daten umgewandelt werden. Es ist ein Vorteil, dass bei zahlreichen chronischen Erkrankungen der aktuelle Zustand des Patienten sowieso einer Monitorisierung mit einfach einsetzbaren Mitteln unterzogen wird (z.B. Blutdruck-Messen zu Hause, Zuckerspiegelmessen zu Hause, der Einsatz von PEF bei Asthma). Insofern diese Messgeräte nicht zur Verfügung stehen, lohnt es sich, ein Beschwerdeprotokoll zu benutzen (z.B. Schmerz-Tagebuch, Bewegungsbehinderten-Protokoll). Die Fähigkeit der Monitorisierung des eigenen physischen Zustandes hat an sich bereits einen angstmindernden Effekt. Es lohnt sich im Zusammenhang mit der Monitorisierung der Symptome einen dreistufigen Aktionsplan zu erstellen, da es für den Patienten sehr beruhigend ist zu wissen, zu welchen Symptomen was für konkrete Handlungen gekoppelt werden können:

- A.) Welche Symptome kann der Patient selbst unter Kontrolle halten (z.B. Kontrolle eines asthmatischen Anfalls mit einem Inhalationspräparat, Schwankungen des Zuckerspiegels)?
- B.) Bei welchen Symptomen soll der Arzt aufgesucht werden (z.B. die Asthma-Anfälle häufen sich, der Zuckerspiegel schwankt öfter)?
- C.) Bei welchen Symptomen muss sofort der Arzt eingreifen oder eine Notaufnahme in Anspruch genommen werden?

Bei den Punkten B und C soll festgehalten werden, was bis zum Arztbesuch zu tun ist, bzw. soweit dies im gegebenen Fall möglich ist, sollen die Handlungen an die gemessenen Zahlenangaben gekoppelt werden. Zur Ausarbeitung eines Aktionsplans zeigt das folgende Video ein Beispiel ([P\\_5\\_video\\_VIII\\_1\\_fejzet](#)).

### **VIII./2.4.: Die Unterstützung des Patienten in der Kontrolle seiner Krankheitssymptome**

Am Anfang der chronischen Krankheiten haben die Patienten zahlreiche Aufgaben zu bewältigen, und sie haben oft das Gefühl, dass sie diesen Aufgaben nicht gewachsen sind. Zu Beginn der Therapie müssen für sie deshalb die möglichst meisten Hilfsquellen zur Verfügung gestellt werden und gleichzeitig muss auch klar gestellt werden, von wem/welcher Organisation und mit welcher Art der Hilfe sie rechnen können. Wir müssen den Patienten genau erklären, welche Aufgaben der Facharzt, der Hausarzt, die Schwester, der Diätetiker etc. in ihrer Behandlung hat und was für Hilfe er/sie evtl. von zivilen Organisationen oder Krankenorganisationen zu erwarten hat (z.B. Bewegungsbehinderten-Transporte etc.) Wenn wir die Angstminderung des Patienten mit der Einführung der notwendigen Veränderungen verbinden können, kann die Zusammenarbeit mit dem Patienten in großem Maße verbessert und vorangetrieben werden. Das beigelegte Video zeigt, wie die Angstminderung des Patienten mit der Einführung der Symptomkontrolle verbunden werden kann – all dies mit der Methode der Sokrates'schen Befragung. ([video](#)). ([P\\_4\\_video\\_VIII\\_1\\_fejzet](#))

### **VIII./2.5.: Die Unterstützung in den notwendigen Veränderungen in der Lebensweise der Patienten**

Die Einführung der Veränderung der Lebensweise von chronisch erkrankten Patienten gehört zu den schwierigsten Aufgaben in ihrer Betreuung. Die plötzliche, drastische Veränderung („Beginn des neuen Lebens“) hält in der Regel nicht lange an, weil sowohl die Patienten als auch ihre Familienmitglieder gleichzeitig zu viele Umstände ändern müssen und auf einmal auf zu viele

Aufgabe:  
Geben Sie die Definition von Kooperation und Therapietreue!

Wichtig

alltägliche Freudenquellen verzichten müssen ohne jeglichen Übergang. Bei der Mehrheit der Patienten ist aus erwähnten Gründen – falls die Zeit dazu auch ausreichend gegeben ist – die Methode der sukzessiven Annäherung die erfolgreichste. Im Laufe dieser Methode kann die Lebensweise in kleinen, auch leistbaren Schritten verändert werden und wir können auch genügend Zeit zur Entstehung von neuen alternativen Freudenquellen geben (z.B. laut Erfahrungen dauert die Umstellung auf die neue, von der traditionellen ungarischen Ernährungskultur auf eine neuere, gesündere Ernährungskultur, bzw. die Zeit, in der diese zur Quelle der Freude werden kann, min. drei Monate). Das Ziel ist ja, dass die Veränderung der Lebensweise dauerhaft währe.

Im Falle der sukzessiven Annäherung lassen wir den Patienten aufschreiben, auf welchen Gebieten er seine Lebensweise zu verändern hat. Danach können wir in allen Bereichen analysieren, in welchen Schritten das gesteckte Ziel erreicht werden kann. Bei den einzelnen Schritten ist es wichtig, dass diese eine kurze und konkrete Frist haben und objektiv beobachtbar sein sollen oder aber messbar sein sollen (z.B. ist die Aussage nicht gut messbar, „*ich reduziere den Verzehr von Rotfleisch*“, doch gut messbar ist die Aussage z.B. „*Ich esse wöchentlich nur einmal Rotfleisch, zweimal die Woche weißes, an anderen Tagen esse ich Gemüse oder Fisch*“). Auch hier ist wichtig nachzufragen, was für externe Hilfe der Patient zur Verwirklichung seines Zieles heranziehen kann (z.B. Familienmitglieder, Freunde, supportive Vereine, zivile Organisationen oder Krankenorganisationen). In der Unterstützung der Veränderung der Lebensweise können die Patienten auch verschiedene Fachhilfe in Anspruch nehmen (Krankengymnastiker/in, Diätiker/in, persönlicher Trainer etc.).

### **VIII./2.6.: Der langfristige Erhalt der Kooperation und Therapietreue (Compliance und Adhärenz)**

Veränderungen in der Kooperation und Therapietreue sind bei chronischen Erkrankungen gesetzmäßig. Mit dem Fortschreiten der Behandlung, im Anpassen an die Krankheit reduziert sich paradoxerweise die Therapietreue. Laut zahlreichen Studienergebnissen nimmt z.B. nach einer Behandlung von 6 Monaten nur die Hälfte der Patienten den Vorschriften entsprechend die Medikamente. Im Hintergrund dieser Tatsache können mehrere Ursachen stehen (die Persönlichkeit des Patienten, der symptomfreie Zustand des Patienten, die Kommunikation des Versorgungssystems, die gesellschaftlich-wirtschaftliche Lage, etc.). Die Kooperation mit den kommunikativen Mitteln ist in den meisten Fällen verbesserbar. Zur Verbesserung der Kooperation sind folgende Techniken am meisten erfolgreich:

- A.) Die Einbeziehung des Patienten in die Entscheidung.** Falls die Möglichkeit besteht, soll der Patient unbedingt in den Entscheidungsprozess bezüglich der Therapie miteinbezogen werden (z.B. welches Medikament er bei gleichen Wirkstoffen bevorzugt, zu welcher Bewegungsart er am meisten Lust verspürt, etc.)
- B.) Ermutigen wir den Patienten, Fragen zu stellen!** Die zweiseitige symmetrische Beziehung (nicht nur wir dürfen fragen, sondern auch der Patient), bestärkt z.T. die Arzt-Patienten-Beziehung, teils unterstützt sie den Arzt dabei, die Denkwesie des Patienten über seine Krankheit und die Behandlung kennenzulernen - er soll fähig sein, Annahmen zu modifizieren.

**C.) Erheben wir den Patienten (auf seinem Niveau!) zum Experten seiner eigenen Krankheit!**

Erklären wir ihm (entsprechend seines Bildungsniveaus und seines Sprachgebrauchs) was sich in seinem Organismus durch die Wirkung der Krankheit und der Behandlung abspielt, wie die Arzneimittel genau wirken etc. Wenn wir die Möglichkeit haben, gebrauchen wir Anschauungsmaterialien (Abbildungen, ergänzende schriftliche oder internetbasierte Materialien), doch sollen wir uns im Klaren sein, dass diese die persönliche Konsultation nicht ersetzen können! Auf jeden Fall sollten wir für den Patienten auch Homepages im Internet empfehlen!

**D.) Wir sollen offen über die Nebenwirkungen sprechen**, sowie über den Inhalt des Beipackzettels (die meisten Patienten lesen diesen gleich nach dem Öffnen der Schachtel!) Die im Beipackzettel enthaltenen Inhalte können angsterregend sein und Grundlagen für eine katastrofisierende Denkweise sein (vergessen wir nicht: die Realität hat ihre Grenzen, die menschliche Phantasie hat keine!). Erarbeiten wir gemeinsam mit dem Patienten Strategien zum Umgang mit den Nebenwirkungen!

**E.) Wir sollten mit dem Patienten immer klären, was wir konkret mit der Behandlung erreichen können und wie viel Zeit dazu nötig ist** (die Mehrheit der Patienten erwartet von den Medikamenten eine sofortige Wirkung).

**F.) Die Therapietreue muss von Zeit zu Zeit kontrolliert werden!** (Die Frage: „*Haben Sie ihre Medikamente in letzter Zeit regelmäßig eingenommen?*“ ist keine gute Frage. Nützlicher wäre die Frage: „*Wann und in welcher Dosis haben Sie in der vergangenen Woche ihre Medikamente eingenommen?*“).

**G.) Bei aufgedeckten Problemen in der Kooperation weisen wir darauf hin, dass dies ein natürlicher Teil dieses Prozesses darstellt** und dazu dient, dass die Behandlung und die Kooperation verbessert wird!

**H.) Falls der Patient seine Medikamente nicht oder nicht in entsprechender Dosis einnimmt, sollen wir klären, was für Gedanken evt. Ängste er hat** und beschäftigen wir uns gezielt damit!

Bei Compliance Problemen ist es wichtig, den Patienten nicht zur Verantwortung zu ziehen – wir müssen dies so auffassen, dass es in der Behandlung von chronisch Erkrankten eine natürliche Erscheinung ist. Bei der Besprechung der Probleme lohnt es sich jene Punkte hervorzuheben, die gut funktionieren. Mit der Methode der Sokrates'schen Fragen werden jene Gedanken, Informationen hinterfragt, die im Hintergrund von Kooperationsproblemen stehen können. **(Beispiele für diese Probleme im beigefügten Video)** ([P\\_6\\_video\\_VIII\\_1\\_fejezet](#)).

### **VIII./2.7.: Stressbewältigung und Plan im Umgang mit Alltagsschwierigkeiten**

Die allgemeinen Methoden der Stressbewältigung haben wir im Kapitel zur Insomnie bereits detailliert beschrieben, die wir hier nur kurz – wie im Kapitel zur Insomnie - nochmal auflisten:.

- Gestaltung eines regelmäßigen Bewegungsprogramms
- das Besprechen der Probleme mit den Angehörigen
- Die Methode der konstruktiven Angst: Der Patient soll sich in einem bestimmten Zeitpunkt als Alltagsroutine ca. 10-20 Minuten Zeit einplanen, wenn er seine Probleme durchdenken kann und aufschreibt, was er zu ihrer Lösung am nächsten Tag, in einer Woche, innerhalb eines Monats etc. tun kann. Falls in einem anderen Tageszeitpunkt, doch besonders abends vor dem Schlafengehen Angstgedanken auftauchen, soll er diese aufschreiben und sich am nächsten Tag in dem selben Zeitpunkt mit ihnen beschäftigen.
- Sonstige stressmindernde Methoden (Entspannung und kognitive Umstrukturierung)

### ***VIII./3.: Wirksamkeit***

Laut Fachliteratur verbessern die Eingriffe, die die psychologische Unterstützung von chronisch erkrankten Patienten fördern, die Lebensqualität und die Prognose der Krankheiten der Patienten in erheblichem Maße. Eben aus diesem Grunde entstanden in den vergangenen Jahren zahlreiche Richtlinien im Thema zur Kommunikation mit chronisch Erkrankten, die in den letzten vier Jahren zu einem herausragenden Thema der somatischen Versorgung geworden sind.

Zum Vergleich haben wir ein Beispiel für eine, die Aspekte des Patienten vernachlässigende, nicht supportive Gesprächssituation

([P\\_8\\_video\\_VIII\\_1\\_fejezet](#): (*beteg igenyeit figyelmen kívül hagyó nem támogató beszélgetés*)) und auch ein Beispiel für eine Arzt-Patienten-Kommunikation ohne psychotherapeutische Elemente beigefügt ([P\\_9\\_clip\\_VIII\\_1\\_fejezet](#): (*nem pszichoterápiás támogató beszélgetés*)).