

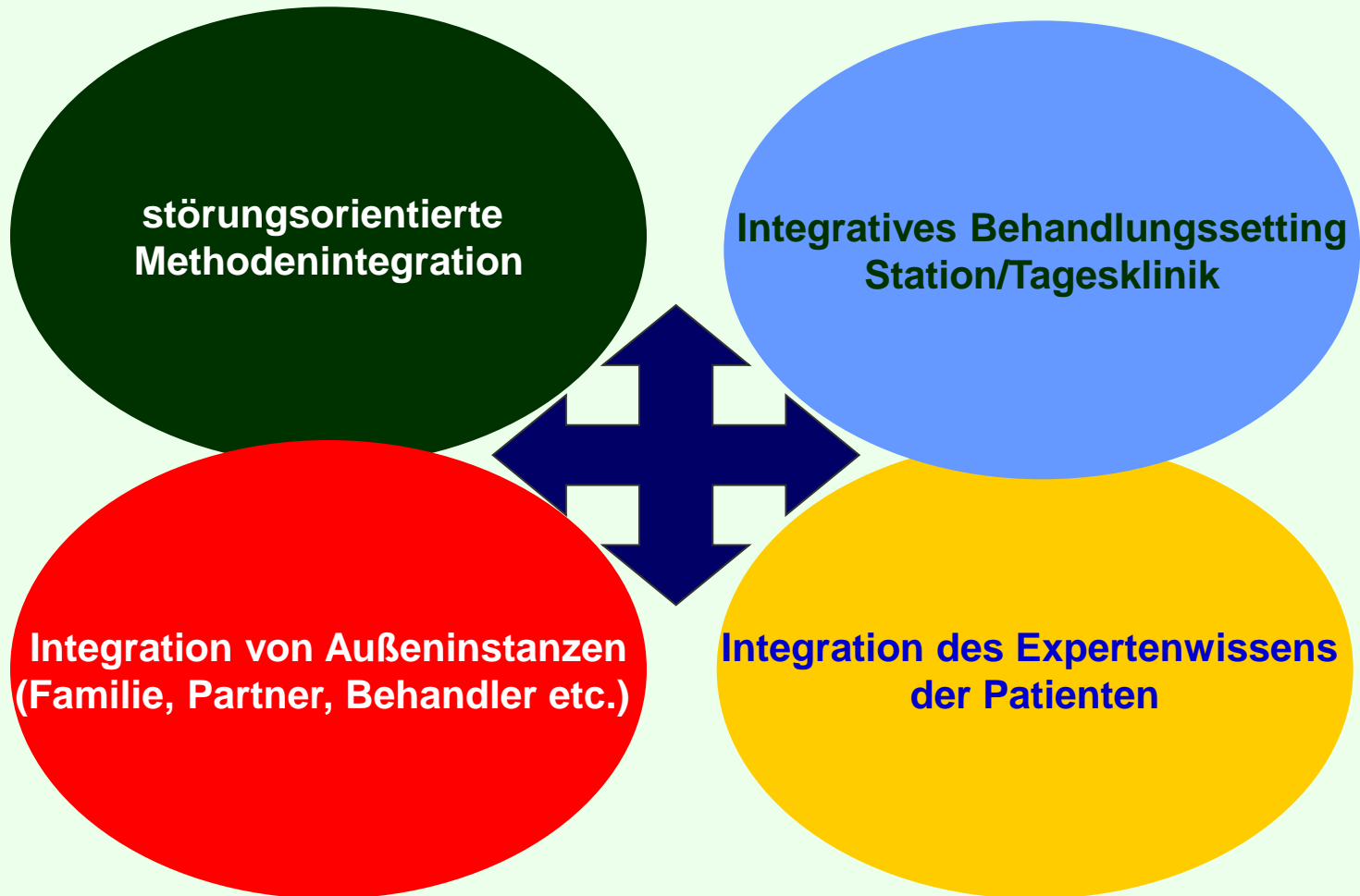
Wenn Patienten Stimmen hören

***Focusgespräche zwischen Patienten
und ihren Behandlern
als Modell einer integrativen Psychosomatik***

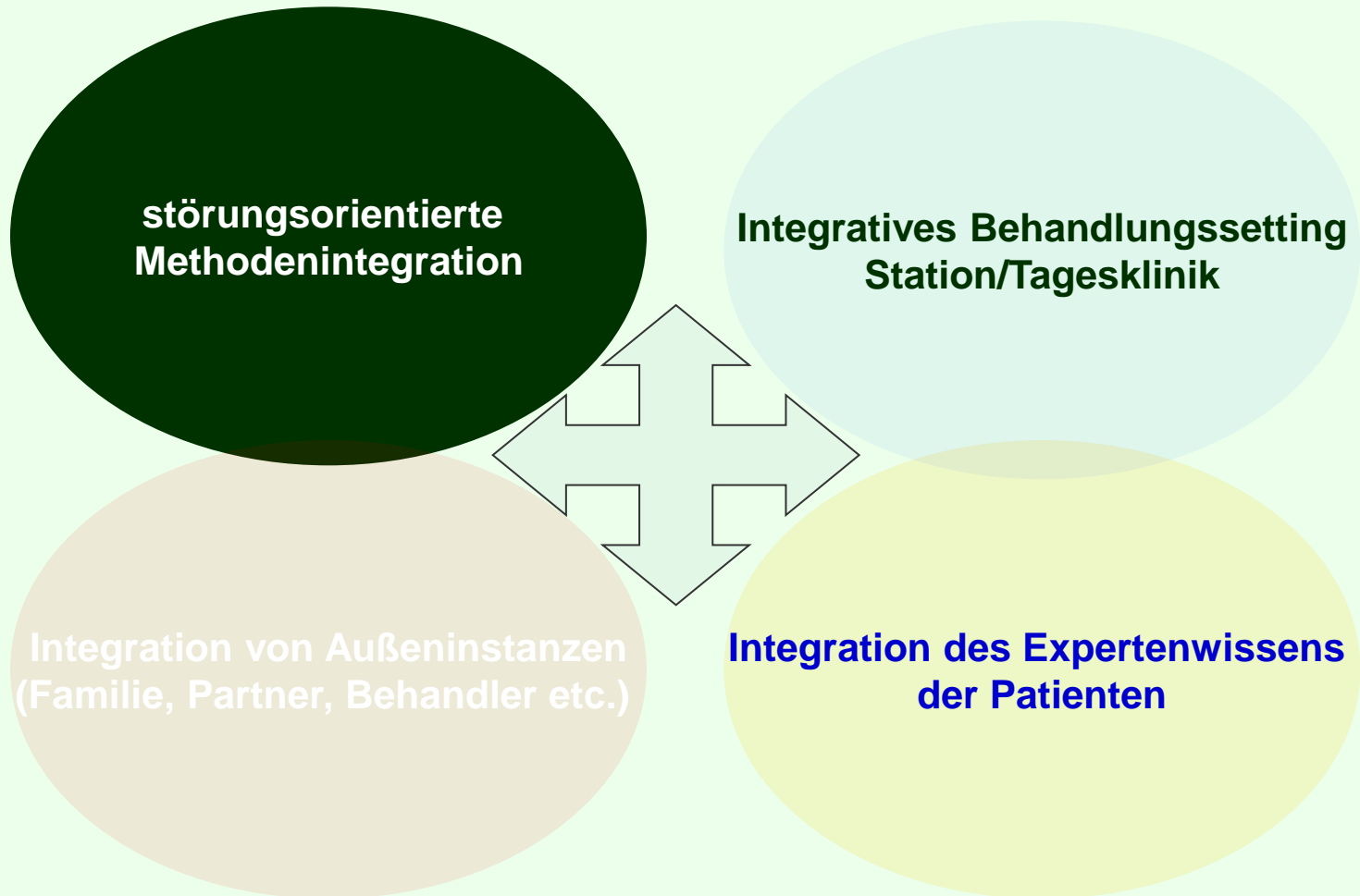
Interne Fortbildung

Askan Hendrichke, Ostalb-Klinikum Aalen/Württ.

Ebenen einer integrativen psychotherapeutischen Versorgung



Ebenen einer integrativen psychotherapeutischen Versorgung



Eckpunkte integrativer Psychotherapie

Bio-Psycho-Soziales Krankheitsmodell

- # Perspektive einer dynamischen Wechselwirkung zwischen den biologischen und psychischen Eigenschaften einerseits und den sozialen Bedingungen des Lebens andererseits
- # komplexitätsgerechte Hypothesenbildung zum Symptomverständnis

Therapeutenhaltung gegenüber dem Patienten

- # Therapie sollte `angemessen ungewöhnlich` sein, um einen Prozess in Gang zu setzen, der Möglichkeiten für Veränderung (i.S.v. Wahlmöglichkeiten) bietet
- # bisherigen Handlungs- und Lebensstrategien des Patienten mit Respekt, Unvoreingenommenheit, Offenheit und Wertschätzung begegnen
- # Beschreibung eines Kontext, der das Symptom/Verhalten des Patienten sinnhaft erscheinen lässt
- # öffnende Dialoge über die Vor- und Nachteile möglicher Veränderungen
- # Offenheit für und Akzeptanz von Möglichkeiten, die für den Patienten `passen`, Ideen des Therapeuten sind für die Lösungen anderer nicht immer brauchbar
- # Kooperation statt Konfrontation, der Patient als Experte bestimmt Tempo und Ausmaß möglicher Veränderungen oder Nicht-Veränderungen

Eckpunkte integrativer Psychotherapie

integrative Behandlungs-Pläne

- # teambezogene multiprofessionelle Therapie-Angebote
- # flexible Behandlungsintensität
- # multimodaler Behandlungsansatz **mit einer Kombination von**
 - verschiedenen therapeutischen Settings
(Einzel-, Gruppen,- Paar- und Familientherapie)
 - Verknüpfung von verschiedenen `Schulen´
(Verhaltenstherapie, tiefenpsychol. Therapie, systemische Therapie)
 - verbalen und nonverbalen therapeutischen Angeboten

Patienten – focussierte Therapien und Settings

- # störungsspezifische Therapie

integrative multimodale Behandlung

- Behandlung in einem interdisziplinären Team
- individuell angepasste Behandlungspläne mit Phasen von high und low intensity care, spezifische Kriseninterventionsprogramme
- prozessorientierte Behandlung, ggf. Intervallbehandlung
- differenziertes Behandlungssetting (Einzel-, Gruppen-, Paar- und Familientherapie)
- **Methodenkombination**
(Verknüpfung bzw. Nutzung von Methoden unterschiedlicher Schulen und Therapieansätze)
- **Methodenintegration**
(Bildung eines neuen Ganzen, Schaffung neuer Zusammenhänge)
- Verknüpfung von verbalen und nonverbalen Therapieangeboten
- patientenbezogene Differenzierung der Therapeutenhaltung
(aktiv, reflexiv, supportiv, provokativ etc.)
- **Methodentransparenz** (wissen, was der andere macht)



**Exposition
(z.B. Angst-
und Zwangsstörungen)**

**Motivation fördernd
(z.B. somatoforme Störungen)**

**Motivation fordernd
(z.B. Eßstörungen)**

**supportiv – entlastend
(z.B. Anpassungsstörungen)**

störungsorientierte Therapieansätze

**stabilisierend, strukturierend
(z.B. Traumafolgestörungen)**

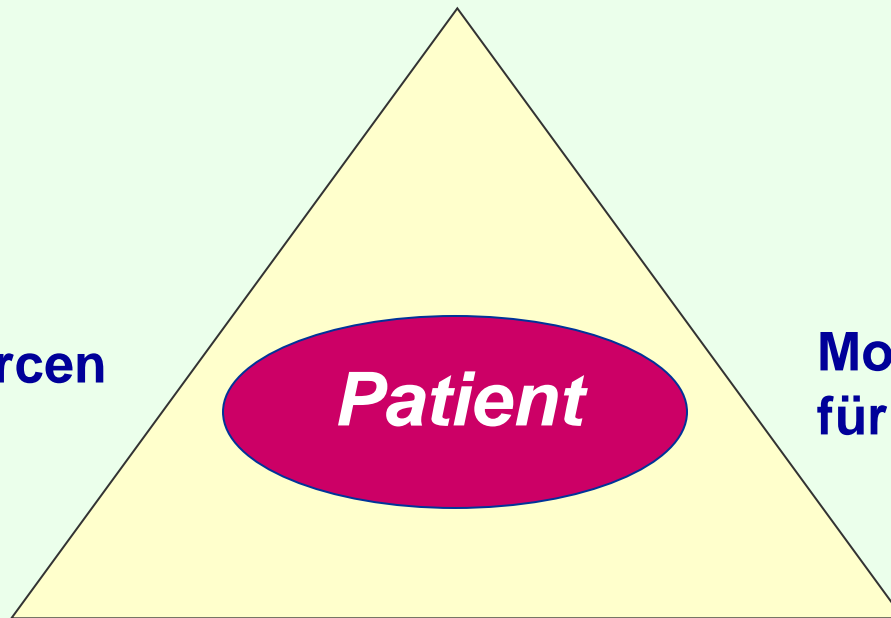
**erlebnisorientiert
(z.B. Schmerzstörungen)**

**konfliktorientiert
(z.B. Depressionen, Ängste)**

**biographieorientiert
(z.B. depressive Störungen)**

Einschätzung der Wechselwirkungen für therapeutische Veränderungen

Struktur und Persönlichkeit?



Motivation und Mut
für Veränderungen ?

**Förderung der Motivation
zur Veränderung**
(Beziehungsverhalten,
Beziehung zum Symptom)

Beurteilung der Persönlichkeit
(Einschätzung der Struktur
und Konfliktfähigkeit)

Exposition
(Erkennen und Respektieren
eigener Grenzen, Stärkung von
Selbstwirksamkeit, und Dingen,
die klappen)

**problem-focussierte und
lösungs-orientierte
Strategien und Ansätze des
Therapeuten**

Unterstützen und Aktivieren
(Stärkung des Selbstvertrauens
in Zeiten von Konflikt-Stress
und Verlust von Kontrolle)

Eduktion
(Veränderung der
Krankheitsattribution)

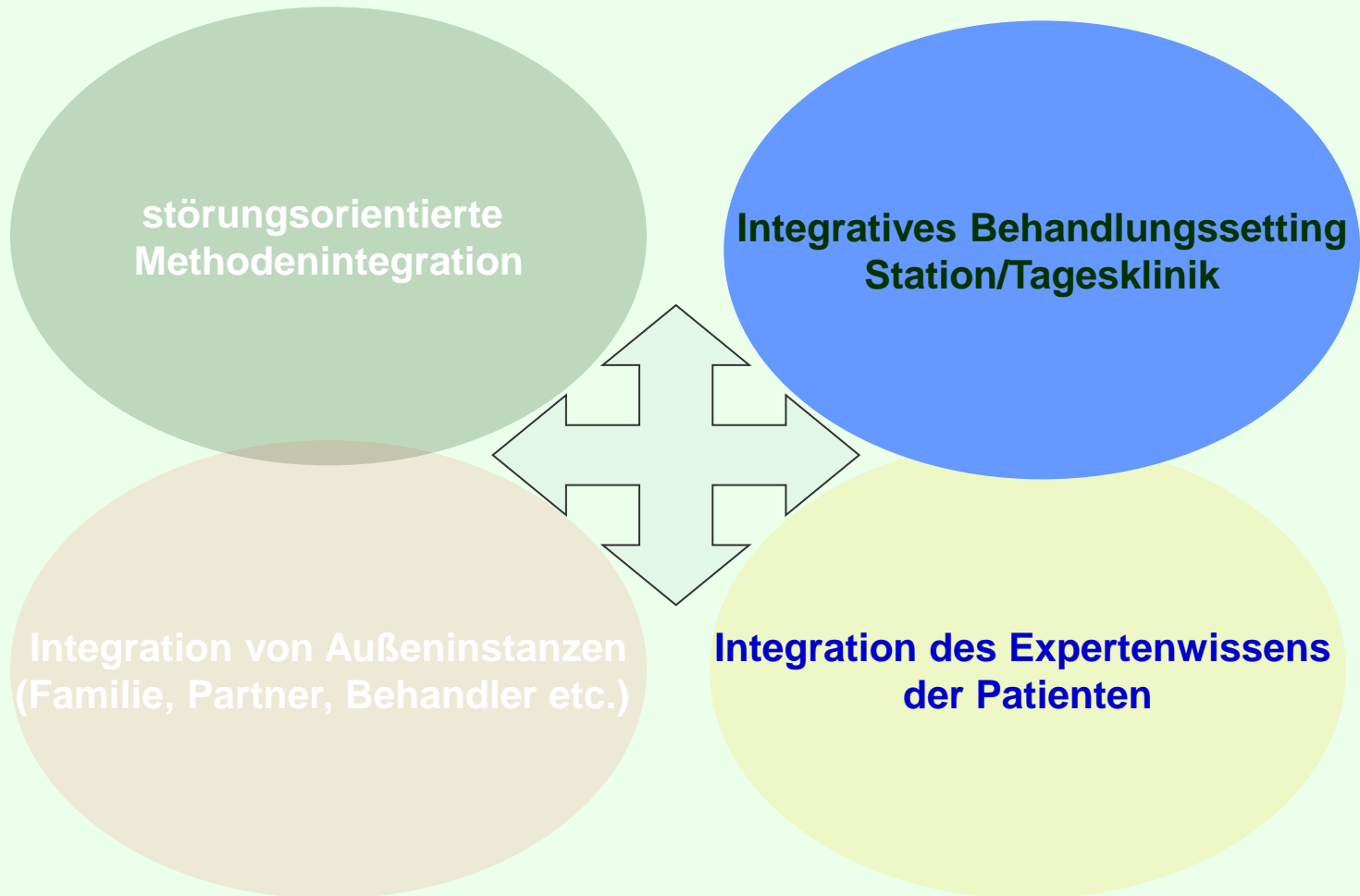
Selbsterfahrung fördern
(Verknüpfungen zwischen Emotionen,
Gedanken, Verhalten und Schmerz)
erfahrbar machen

Konfliktorientierung
(Aufdecken von maladaptiven
Konflikt-Verhaltensmustern)

Verbalisierung
(Verbalisierung von verborgenen
Schuldgefühlen
oder Versagensängsten)

Balance fördern
(Finden einer angemessenen Balance
zwischen eigenen Bedürfnissen
und nötigen Aktivitäten)

Ebenen einer integrativen psychotherapeutischen Versorgung



störungsspezifische Behandlungskorridore in der integrierten Psychosomatik

18 stationäre Betten



18 tagesklinische Plätze

Team
A/B

Gruppe A - 9 Pat. Patienten mit depressiven Störungen

Gruppe B - 9 Pat. Patienten mit Angst- und Panikstörungen
Patienten mit psychogenen Essstörungen

Team
C/D

Gruppe C - 9 Pat. Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen
Patienten mit somatoformen Störungen

Gruppe D - 9 Pat. Patienten mit Anpassungsstörungen
infolge körperlicher Erkrankungen
Patienten mit Trauma - Folgestörungen

Tagesklinik oder Station ?

18 Therapieplätze



18 stat. Betten



Wie wurden bei 507 Pat. die Indikationsentscheidungen für eine **stationäre oder teilstationäre Behandlung getroffen?**

Kriterien für stationäre Aufnahme

(nach Häufigkeit)

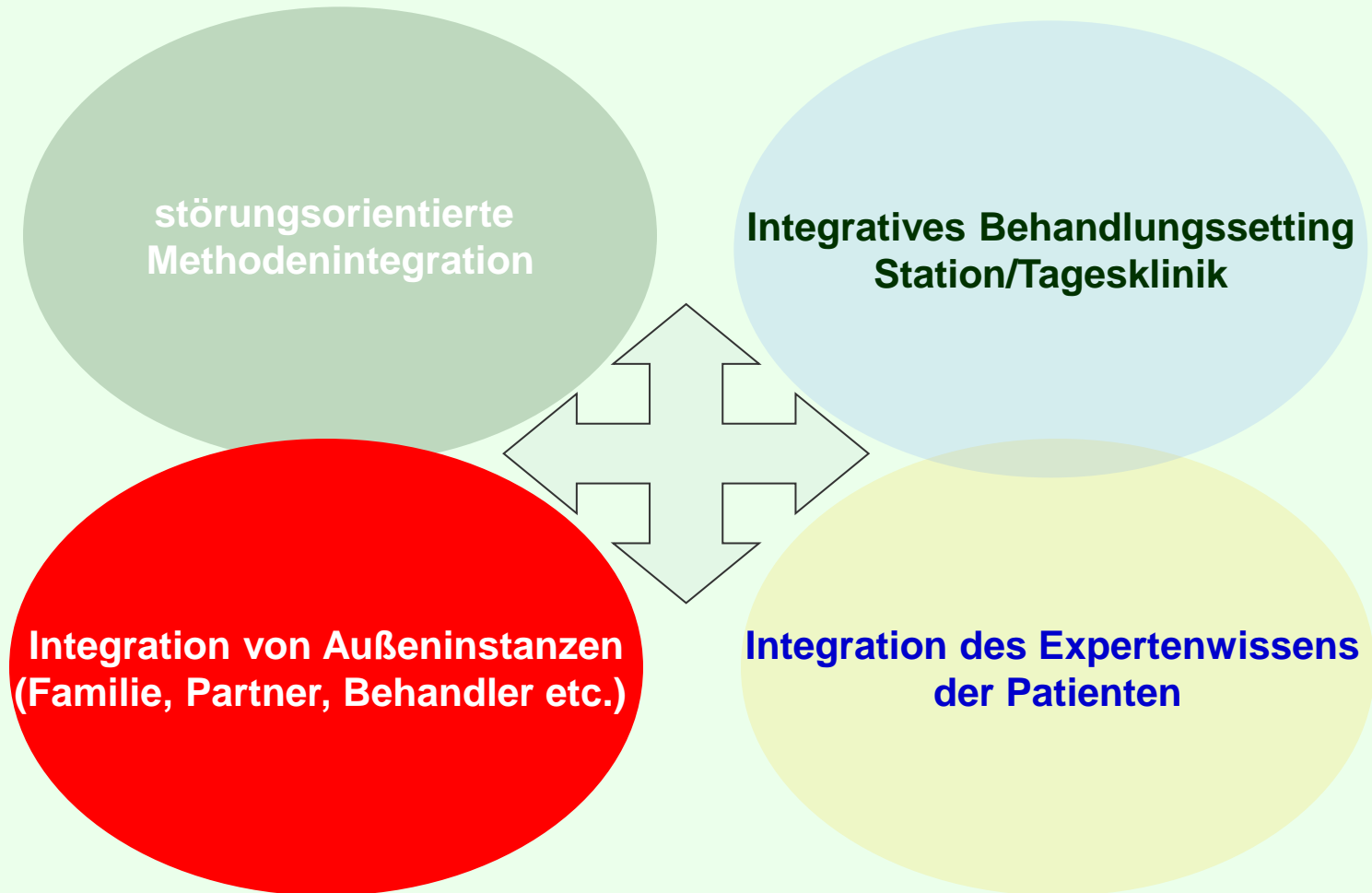
1. Entlastung bei psychosozialen Konflikten
2. Entlastung von Alltagsaufgaben
3. Distanz von zuhause sinnvoll
4. Regelmäßige Struktur der Station notwendig
5. Station als Übungsfeld
6. TK wäre eine Überforderung
7. TK ist nicht ausreichend
8. akute Dekompensation

Kriterien für teilstationäre Aufnahme

(nach Häufigkeit)

1. Transfer in den Alltag soll gefördert werden
2. Motivation nur für TK vorhanden
3. vermehrte Exposition im häuslichen Umfeld sinnvoll
4. Verbleib im häuslichen Umfeld als Ressource
5. täglicher Kontakt zum sozialen Umfeld wichtig

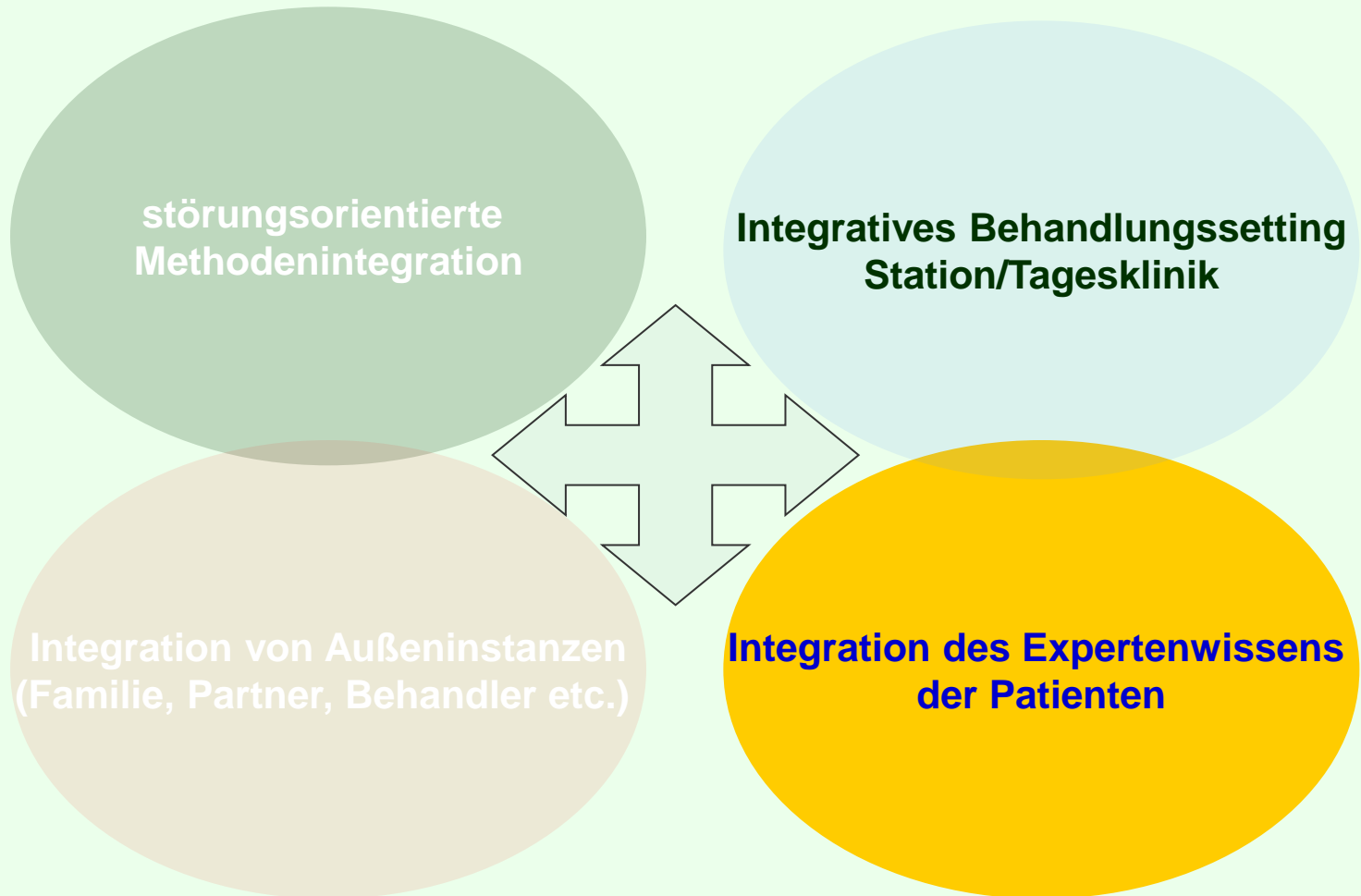
Ebenen einer integrativen psychotherapeutischen Versorgung



Integration von Außeninstanzen

- regelmäßige Paar- und Familiengespräche (Kooperation mit Angehörigen als Partner des Wandels)
- Einbeziehung von Sozial- oder Reha-Beratern der Arbeitgeber (z.B. bei BG-Pat.)
- Einbeziehung amb. Behandler und SH-Gruppen
- Überleitung der Patientinnen in ambulantes IV-Netzwerk für Essstörungen NEO

Ebenen einer integrativen psychotherapeutischen Versorgung



Integration und Utilisierung des Expertenwissens der Patienten

- Patenschaft der 'Oldies' für neue Patienten
- ausführliche Psychoedukation aller Störungsbilder
- tägliche Triaden
- wöchl. Feedback-Gruppen A-D
- bei Settingwechsel Diskussion mit Pat.
- **Focusgespräche, evtl. im Beisein von Mit-Patient**
- Abschlußresumee bei Begrüßung der neuen Patienten

Grundannahmen im Focusgespräch mit dem Patienten

- alle Wahrnehmungen der Therapeuten sind subjektive Beschreibungen, keine ist wichtiger als die andere
- der Patient ist fähig, zur Lösung von Problemen eigenen Ressourcen zu aktivieren
- der Patient ist Experte für seine eigenen Lösungen
- Therapeutenideen können für andere u.U. wenig hilfreich sein
- Menschen sind eher zu Veränderungen bereit, wenn ihre Persönlichkeit gewürdigt wird

Ziele

im Focusgespräch mit dem Patienten

- verschiedene Sichtweisen des Problems sichtbar werden lassen
- Perspektivwechsel soll die Reflektion über mögliche Ursachen oder Lösungen aus verschiedenen Richtungen ermöglichen
- Blickwinkel des Patienten soll erweitert werden, um neue Ideen des Wahrnehmens, Erkennen und Handelns zuzulassen
- Patient soll sich angenommen fühlen und in einen Dialog mit den Behandlern einbezogen werden
- Gelegenheit, bisherige Entwicklungsschritte zu würdigen

Regeln im Focusgespräch mit dem Patienten

- die Vielzahl verschiedener Betrachtungs – und Reflexionsebenen ist erwünscht (Multiversum), abweichende Meinungen werden als Bereicherung verstanden, nicht als Infragestellen der eigenen Position
- Therapeuten sprechen primär zu sich, (Konversation über ihre Ideen, statt Intervention), kein Blickkontakt zum Patienten
- Ausführungen der Therapeuten sollen eher vorsichtig, suchend, fragend („sowohl-als-auch“, statt „entweder-oder-Logik“) oder im Konjunktiv formuliert sein, nicht als Statement
- die Wertschätzung des Patienten steht im Vordergrund
- Spekulationen sind erlaubt (future pacing), es werden keine instruierenden Ratschläge gegeben
- der Patient erhält Gelegenheit zu einem Abschlusskommentar, ggf. kann er einen Patienten seines Vertrauens mitbringen