



Umgang mit psychisch auffälligen Patienten

Gut gerüstet sein

Nicht alle Patienten sind einsichtig, was ihre Behandlung und den Ablauf in der Praxis angeht. Patienten mit psychischen Störungen können sich auch an der Rezeption mitunter auffällig verhalten. Da heißt es, gut gerüstet zu sein.

Ppsychisch auffällige Menschen erscheinen uns oft unheimlich oder machen uns verlegen. Weil wir nicht wissen, wie wir mit ihnen umgehen sollen, reagieren wir unangemessen. Medizinisch gesehen gibt es eine breite Palette psychischer Störungen und Erkrankungen. Patienten mit Psychosen (siehe Kasten Seite 5) müssen psychiatrisch behandelt werden. Sie begegnen uns, wie auch Patienten mit neurotischen Störungen, regelmäßig in der Hausarztpraxis. Früher teilte man psychische Krankheiten vereinfachend in Psychosen und Neurosen ein. Der Begriff Neurose wird nicht mehr verwendet, weil er sich nicht genau definieren lässt. Stattdessen beschreibt man die einzelnen neurotischen Krankheitsbilder genauer nach ihrem Beschwerdebild – hierzu gehören beispielsweise Angststörungen, Zwänge

oder posttraumatische Störungen. Sie stehen mit der Lebensgeschichte des Patienten in Zusammenhang. Patienten mit neurotischen Störungen leiden nicht unter Verlust der Realitätskontrolle, aber sie haben manchmal wenig Möglichkeiten, flexibel und angemessen auf Anforderungen des Alltags zu reagieren. In der Praxis kann sich das verschieden äußern. Manchmal können die Patienten die Auswirkungen ihrer Krankheit nicht überblicken oder verstehen und ziehen nicht am selben Strang wie die Behandler. Das heißt in den Worten der Behandler meist „schlechte Therapietreue“. Zudem sind die Patienten oft unzufrieden mit der Betreuung. Sie hinterfragen die Notwendigkeit einer Behandlung und die Kompetenz der Praxis oder sind unersättlich in ihren Forderungen. Andere sind eher unbeteiligt und nur schwer zu erreichen.

Nicht nur bei Patienten mit psychischen Erkrankungen hilft die folgende Einteilung in passive und aktive Patienten.

Die passiven Patienten

Die passiveren Problempatienten haben Angst vor Untersuchungen, klagen schon an der Rezeption über Befindlichkeitsstörungen wie Schlafprobleme und brauchen viel Zuwendung. Diese Patienten suchen Unterstützung im Umgang mit ihrer Erkrankung und mit ihren heftigen Gefühlen. Unterstützung können Sie eher vermitteln, wenn Sie auf den Patienten eingehen, etwa indem Sie antworten: „Ich kann mir gut vorstellen, dass diese Untersuchung Ihnen Angst macht.“ Vermeiden Sie Beruhigungsfloskeln wie „Sie brauchen keine Angst zu haben“ oder „Sie müssen nur positiv denken“. Fragen Sie lieber: „Gibt es noch etwas, was ich jetzt für Sie tun kann?“

Die aktiven Patienten

Die aktiveren Problempatienten wirken dagegen zunächst einmal souverän, sind gegenüber dem Arzt kooperativ bis unterwürfig, aber streiten gerne mit den MFA. Sie schimpfen dann über Wartezeiten, die überflüssigen Zuzahlungen oder das offene (wahlweise geschlossene) Fenster im Wartezimmer. Das gipfelt in aggressivem Verhalten, das von der Unhöflichkeit über Beleidigungen bis zu Tätlichkeiten führen kann. Wichtig im Umgang mit solchen Patienten ist eigene Souveränität – auch wenn das mitunter schwer fällt. Denn was die Betroffenen für sich als absolute Tatsache erleben, können Sie nicht einfach

„leugnen“ – auch wenn es offensichtlich nicht der Realität entspricht. Solche Episoden sind für die Patienten selbst beängstigend und belastend, da ihre „Landkarte“ nicht mehr stimmt. Das Dagegenreden steigert die Not des Patienten noch weiter, weil er sich jetzt auch von Ihnen nicht verstanden fühlt, was unguete Gefühle wie Angst und Einsamkeit noch verstärkt.

Deeskalationsstrategien

Obwohl nicht jede aggressive Situation durch Deeskalationsstrategien bewältigt werden kann, sind sie in bestimmten Situationen ausgesprochen hilfreich. Und das heißt zunächst einmal, nicht zusätzlich zu provozieren. In einer angespannten Situation ist es absolut unwichtig, wer Recht hat und wer nicht. Ihr Ziel sollte sein, die Situation und nicht den Patienten zu beherrschen. Wenn es Ihnen möglich ist, bleiben Sie dem Patienten zugewandt, freundlich und offen. Versuchen Sie ihm Entscheidungsmöglichkeiten zu lassen, dadurch kann er sein Selbstwertgefühl wieder herstellen und fühlt sich weniger ausgeliefert. Manchmal kann das Anbieten verschiedener Lösungen die Situation entschärfen, weil er dann das Gefühl hat, die Geschehnisse noch selbst beeinflussen zu können.

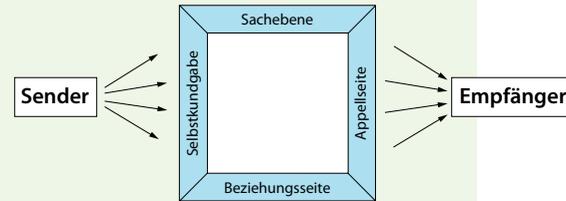
Psychosen

Bei Psychosen liegen Veränderungen der gesamten Persönlichkeit vor. Man spricht von einer exogenen Psychose, wenn eine körperliche Erkrankung die Psychose verursacht, etwa eine Durchblutungsstörung oder Verletzung des Gehirnes oder Missbrauch von Alkohol und anderen Suchtmitteln. Zu den endogenen Psychosen zählen die Schizophrenie und die manisch-depressive Erkrankung. Die gebräuchlichste Hypothese zu deren Ursachen ist eine Stoffwechselstörung der Nervenzellen im Gehirn.

Die vier Seiten einer Nachricht

Der Psychologe Friedemann Schulz von Thun hat für die verschiedenen Seiten einer Nachricht ein Kommunikationsmodell entwickelt. Danach kann man fast alles Gesagte auf unterschiedliche Weise verstehen:

1. wörtlich (Sachebene)
2. als Aufforderung (Appellseite)
3. als Mitteilung des Sprechenden über sich selbst (Selbstkundgabe)
4. als Beschreibung der Beziehung zwischen Sprecher und Zuhörer (Beziehungsseite)



Das folgende Beispiel verdeutlicht das: Ein Mann und eine Frau sitzen beim Abendessen. Der Mann sagt: „Da ist etwas Grünes in der Suppe.“

Er meint (Sachebene): Ich sehe etwas Grünes.

Selbstkundgabe: Ich weiß nicht, was es ist.

Beziehungsseite: Du wirst es wissen.

Appellseite: Sag mir bitte, was es ist!

Sie versteht (Sachebene): Er sieht etwas Grünes.

Selbstkundgabe: Ihm schmeckt das Essen nicht.

Beziehungsseite: Er hält mich für eine schlechte Köchin.

Appellseite: Ich soll künftig nur noch kochen, was er mag.

Die Frau antwortet schließlich: „Wenn es dir nicht schmeckt, kannst du ja selbst kochen!“ Und das Kommunikationsdesaster ist perfekt.

Beispiel nach Friedemann Schulz von Thun: Miteinander reden

Weitere Informationen zu diesem Modell unter www.schulz-von-thun.de

Verwenden Sie aber keine Ja-/Nein-Fragen, die vom Patienten eine Entscheidung verlangen und ihn zusätzlich unter Druck setzen. Fragen Sie lieber allgemein „Wie wollen Sie das Problem angehen?“, „Was genau meinen Sie bitte mit ...?“ oder auch „Können Sie mir sagen, was Sie so ärgerlich macht?“. Durch gezieltes Fragen wechseln Sie vom Problem zu den Lösungsansätzen. Nach dem Was und Wie zu fragen ist gut, das Warum vermeiden Sie besser. Es provoziert nur Rechtfertigungen und billige Entschuldigungen.

Botschaften richtig deuten

Manchmal kommt es bei schwierigen Gesprächen zu Beleidigungen, die verletzen. In der Regel reagiert jeder Mensch auf beleidigende Äußerungen mit einem Gegenangriff, dadurch wird die Gesprächssituation aber noch schlechter. Um damit umgehen zu können, hilft mitunter eine „Umdeutung“. Machen Sie aus der emotionalen Äußerung eine

sachliche Feststellung. Sagt der Patient „So einen Mist habe ich ja noch nie gehört“ meint er eigentlich „Mir gefällt nicht, was Sie mir sagen“. Und dann lautet die richtige Antwort auch nicht „Für Ihre Krankheit kann hier niemand etwas“ oder „Machen Sie nicht so einen Wirbel“. Besser ist da ein „Bei soviel Enttäuschung kann ich verstehen, dass Sie jetzt wütend sind“. Machen Sie sich die vier Seiten einer Nachricht (Kasten oben auf dieser Seite) bewusst – das hilft fast immer.

Ob aktiv oder passiv, in beiden Fällen gilt: Sprechen Sie nicht über das Gefühl, das der Patient bei Ihnen auslöst, sondern über sein Gefühl. Vermeiden Sie wenn irgendwie möglich störende Außenreize (z. B. nicht ans Telefon gehen und selbst nicht herumlaufen) und sprechen Sie eher ruhig und nicht zu laut. Selbst wenn der Patient gerade eine andere Wahrnehmung als Sie hat, sollte er immer das Gefühl haben, dass Sie ihn ernst nehmen.

RM ■