

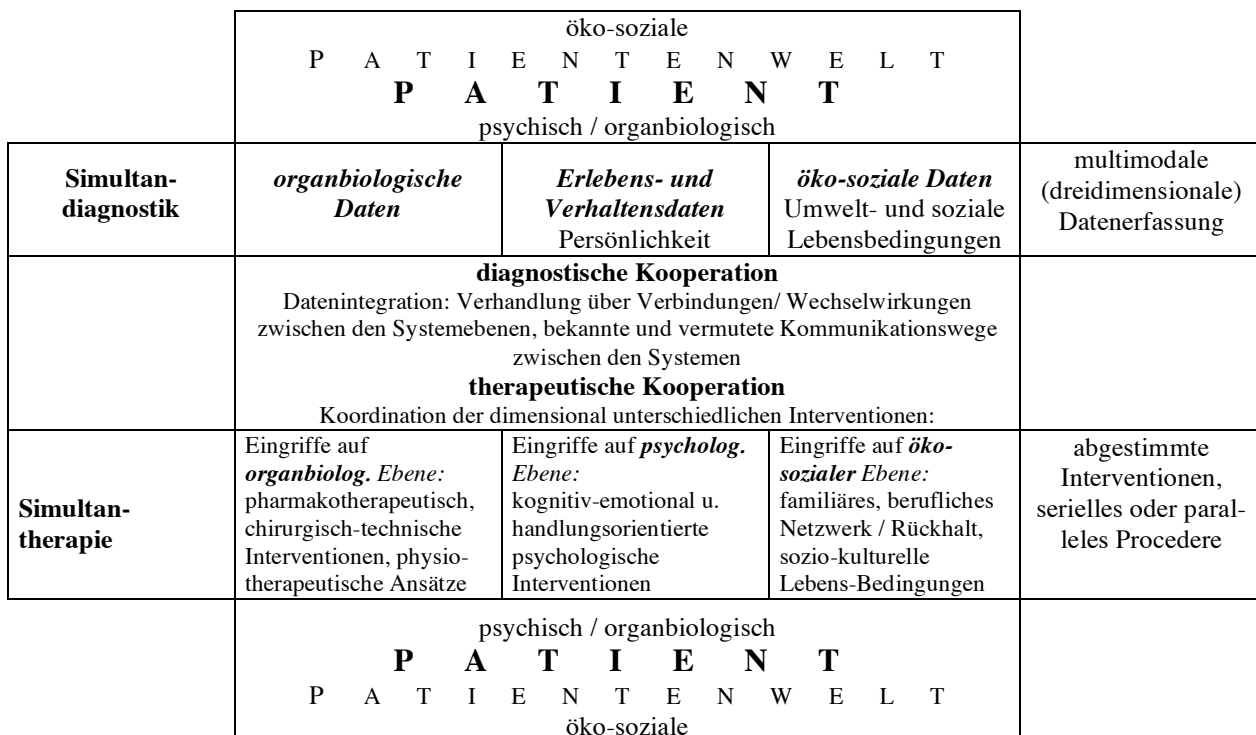
ÖÄK-DIPLOM PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN - PSY2-FALLARBEIT
 „Simultandiagnostik und Simultantherapie in der biopsychosozialen Patientenbetreuung“

**UNTERLAGE ZUR AUFARBEITUNG EINER GANZHEITLICH ORIENTIERTEN DIAGNOSTIK UND
 BEHANDLUNG**

Univ.-Prof. Dr. Josef W. EGGER & Univ.-Prof. Dr. Peter STIX

Für die Dokumentation von Informationen, die sich aus einer biopsychosozialen Erfassung von Patienten- sowie Arzt-Patient-Beziehungsdaten („ganzheitliche Patientenbetreuung“) ergeben und die in weiterer Folge in der *psychosomatischen Grundversorgung* genutzt werden können, wird ein schriftlicher Leitfaden vorgestellt. Dieser wird im Rahmen der praktischen Übungen zur sog. Simultandiagnostik („psychosomatische Gesamtdiagnostik“) und Simultantherapie (parallel eingreifende Behandlung) im PSY-II-Curriculum an der Med.Univ.Graz verwendet. Es soll darauf hingewiesen werden, daß es sich dabei um eine von mehreren Möglichkeiten handelt, mehrdimensionale Datenerfassung zum Zwecke einer basalen psychosomatischen Intervention zu betreiben. Der vorliegende Problembearbeitungs-Leitfaden stammt im Wesentlichen aus einer integrativ verhaltensmedizinischen Perspektive, er kann aber mit entsprechenden Modifikationen auch an andere Schwerpunktsetzungen angepasst werden.

<i>Mögliche inhaltliche Bereiche für das explorierende Gespräch:</i>	
+ klinische Daten, aktuelle Symptome, körperlicher Zustand + momentane Befindlichkeit, Stimmungslage, krankheitsbezogene Sorgen + subj. Krankheitsverständnis: eigene Erklärung für Symptome, eigene Vorstellungen + Einstellung zu Diagnostik, Therapie und Arzt/Ärzten + zwischenmenschliche Beziehungen: Ehe, Lebensgemeinschaft/Partnerschaft, + Sexualität (bei Frauen: auch Menstruation) + Familienleben, Kinder, + Beschäftigung, Beruf + Freizeit, soziales Leben, Lebensstil + aktuelle oder latente Belastungen, äußere oder innere Stressoren: belastende Lebensereignisse, psychosozialer Stress, Alltagsärgernisse + Sonstiges:	



Schematische Skizze zur „Simultandiagnostik“ und „Simultantherapie“ (in Anlehnung an P. Hahn / mod. Egger 1995)

Therapeut/en:

Eingangs-Diagnosen:

erste grobe Skizzierung (Benennung) des Patienten-Leidens oder (gegebenenfalls) Zuweisungsdiagnose:

.....

Alter: Geschlecht: Name/Chiffre:

Beruf: Fam.stand: Anzahl der Begegnungen:

nur skizzenhafte Darstellung:

1. Beschreibung der Eingangssymptomatik

kurze Angaben zur subjektiven Symptomatik: mit welchen aktuellen **Beschwerden**, Symptomen, Problemen kommt der Patient? Warum kommt er gerade jetzt damit? Wie drückt er sein Leid aus?

nur skizzenhafte Darstellung:

2. BESCHREIBUNG der allgemeinen, aktuellen Krankheitssituation des Patienten.

Machen Sie kurze Angaben über die gegenwärtigen psychosozialen und die medizinische Versorgung betreffenden **Lebensbedingungen** des Patienten. Welche sind seine bedeutsamen Lebensumstände bzw. Stressoren wie z.B. berufliche Belastung oder häusliche Schwierigkeiten sowie Krankheiten? Welche gesundheitlichen Schutz-Faktoren und psychosozialen Ressourcen - wie z.B. intaktes soziales Netzwerk, gute Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen, Mobilität - sind trotz der Krankheitssituation vorhanden?

3. ANALYSE DER PROBLEMATIK (Symptomatik):

Welche Störungen/Beschwerden/Probleme sind gegenwärtig konkret beschreibbar?

Gibt es eventuell Unterschiede in der Beschreibung der Beschwerden:

a. Wie beschreibt bzw. äußert der *Patient* seine Beschwerden? (nur beschreiben, hier noch keine Interpretation vornehmen)

b. Gibt es Angaben *anderer Personen* zur Beschreibung oder Einschätzung der Beschwerden (z.B. vonseiten des Partners, der Kinder, von Kollegen, Behörden ...) ?

c. Wie lautet die Beschreibung der Beschwerden aus Ihrer *ärztlichen Sicht*? (nur beschreiben, hier noch keine Interpretation vornehmen)

4. Bisherige Bewältigungsversuche (Kontrollbemühungen) des Pat.

Bisherige **Behandlungsversuche** oder Beeinflussungsmaßnahmen **aufseiten des Patienten** (insbesondere Versuche der Selbsthilfe bzw. Selbstkontrolle; wenn möglich: Skizze über gesundheitsrelevante protektive Faktoren (Ressourcen) des Patienten und wie weit diese vom Pat. bisher zur Problembewältigung auch genutzt wurden.

5. Wie ist die beklagte Problematik verstehbar?

Unterscheiden Sie zwischen (a) dem subjektiven Krankheitsbild (wie sieht der Pat. sein Leiden?), (b) dem objektivierbaren Krankheitsbild als solchem (Befundlage) und (c) Ihrer eigenen Einschätzung als Arzt. (Und woher stammen Ihre Informationen dazu: aus Verhaltensbeobachtung, persönlichem Gespräch mit Patienten, medizinischen Untersuchungen ...)

ad a. Patienten-Selbsterleben:

Wie äußert sich der Patient selbst zu seiner Krankheit/Problematik (d.h. gedankliche und gefühlsmäßige Äußerungen des Patienten. Was denkt, was fühlt der Patient diesbezüglich? Wie erlebt er sich in seiner Krankheit, wie ist seine Auffassung/Erklärung dazu?)

ad b. erhebbare Befunde:

Was ist anhand der untersuchbaren medizinischen Merkmale objektivierbar, d.h. was ergeben Befunde bzw. was zeigt sich objektiv am Patienten? (Beschreiben Sie dabei auch erkennbare Verhaltensweisen des Pat. wie z.B. Krankheitsverhalten, compliance, coping)

ad c. Urteil des Arztes auf der Basis von Befund & persönlichem Eindruck

Was denken *Sie* zur Problematik und was fühlen *Sie* im Umgang mit diesem Patienten?

Falls Sie Daten dazu besitzen, nehmen Sie bitte eine differenzierte Analyse der Anamnese- bzw. Explorationsdaten vor:

6. Funktionale Analyse der Symptomatik

a. Von welchen auslösenden Bedingungen ist die Krankheit (Symptomatik) *wahrscheinlich* abhängig? Gibt es erkennbare innere (=psychische) oder äußere (=öko-soziale) steuernde Faktoren für das Auftreten der Symptome.

b. Wenn die Symptomatik einsehbare Folgen für das Leben des Pat. hat: Welche unmittelbaren (direkten) oder mittelbaren (in weiterer Folge entstehenden) positiven wie negativen Konsequenzen hat das Auftreten der Symptomatik für den Patienten? Formulieren Sie Ihre Annahmen über (positive und/oder negative) *Folgen* der Symptomatik (insbesondere: Worin könnte ein sekundärer Krankheitsgewinn liegen?).

7. Entstehungsgeschichte der Symptomatik

Welche Skizze zur Genese der Symptomatik lässt sich auf der Basis der beobachteten Daten entwerfen?

Versuchen Sie eine Beschreibung der "Entstehungsgeschichte" der Krankheit: Von welchen

+) psycho-sozialen,

+) körperlichen und

+) materiellen Bedingungen

ist anzunehmen, daß die Entwicklung der Krankheit wesentlich beeinflusst wurde?

8. Zusammenfassende Erklärung ("Verständnis") der Krankheit

Welche Annahmen lassen sich aufgrund der vorhandenen Informationen für die Analyse und Interpretation der Krankheit formulieren? Falls möglich: Bringen Sie Ihre Beobachtungsdaten in Verbindung mit einer erklärenden Theorie (bzw. Annahme), welche die Entwicklung bis zum gegenwärtigen Zustand verständlich machen könnte (= **Arbeitshypothese** zum "Krankheitsverständnis")

9. Bestimmung des Therapiezieles

Welche Aspekte sollten primär behandelt werden?

a. Therapieziel oder Behandlungs-Erwartungen aus der Sicht des *Patienten*:

b. aus der Sicht *anderer* (falls zutreffend: welcher Personen?):

c. Therapieziel aus Ihrer *ärztlichen Sicht* (geben Sie eine begründete Schilderung Ihrer therapeutischen Zielsetzung und begründen Sie mögliche Maßnahmen):

d. das sich aus a-c ergebende **realisierbare Therapieziel(e)** ist:

10. Behandlungsmethoden und Durchführung der Interventionen

Welche Behandlungsart wurde gewählt (z.B. Intervention mittels ärztlicher Gesprächsführung, psycho-psychologische Regulationsverfahren - Entspannungstherapien wie AT oder PME -, Paar- bzw. Partnergespräch etc.) und wie haben Sie diese durchgeführt?

11. Ergebnisse

Welche **Behandlungsergebnisse** lassen sich bis jetzt beschreiben?

fakultativ:

12. Rückfallsprophylaxe / Katamnese-Daten

Wieweit konnte dem Pat. Hilfe zur Selbsthilfe vermittelt werden, Informationen zum weiteren Verlauf ...

13. Reflexion zur therapeutischen Intervention

a. Arzt-Patient-Beziehung

Wie haben Sie den Patienten erlebt, d.h. welche Gedanken, Gefühle, Stimmungen oder Handlungsimpulse wurden bei Ihnen im Verlauf der Begegnungen mit ihm provoziert? Welche Erkenntnisse konnten Sie daraus für das Verständnis des Patienten gewinnen?

b. Überlegungen zur Vorgangsweise

Anmerkungen zur eigenen praktischen Arbeit im Rahmen dieser Übung zur "psychosomatischen Grundversorgung": Wie gut konnten Sie Aspekte des biopsychosozialen Krankheitsverständnisses in der Intervention nutzen bzw. umsetzen?

14. Zusammenfassendes Ergebnis

(stichwortartige Zusammenfassung zur Fallarbeit): *Simultandiagnostik* und *Simultantherapie*

BEOBACHTUNGS- EBENE	DIAGNOSTIK bisherige diagnostische Erkenntnisse (Fakten von Interpretationen trennen!)	THERAPIE Konsequenzen für die weitere Behandlung (konkrete Schritte und Überlegungen)
biologisch (organmedizinische / körperliche Aspekte)	z.B. ätiolog. und pathogenet. Aspekte, Risikofaktoren ... weitere Abklärung?	physikal., medikamentöse, chirurgische u.a. Interventionen
psychologisch (Erlebnis- und Verhaltenseigenheiten; Persönlichkeitsaspekte)	z.B. auslösende oder aufrechterhaltende Faktoren; Persönlichkeitsaspekte, Bewältigungsstil, subj. Krankheitstheorie...	Ärztliches Gespräch, psycholog. Entspan- nungsverfahren, Überweisung z.B. zu Psychotherapeuten?
ökosozial (familiäre, beruflich- gesellschaftliche und andere umweltbezogene Aspekte)	z.B. soziales Netzwerk/sozialer Rückhalt, akute oder chron. Belastungen (Stressoren) in Beruf/Familie/Wohnbedingungen	Nutzung von Informationen, Vermittlung bzw. konkrete Kontakte zu Familie, Arbeitsplatz, Behörden/Vereine

Anmerkungen zum Verständnis des Zusammenhangs der einzelnen Beobachtungsebenen:

1. Krankheitsverständnis („Expertenmodell“): Wie könnte der Pat. mit seinen beobachtbaren Krankheitsphänomenen "verstanden" werden?
2. Welche prinzipiellen Interventionsmöglichkeiten ergeben sich (aus Punkt 1) auf jeder der drei Ebenen des biopsychosozialen Modells?
3. Wo setzen Sie den Therapie-Fokus bzw. womit beginnen Sie?

Resumee: (a) Persönliche Einsichten im Umgang mit dem Konzept „Simultandiagnostik“/„Simultantherapie, (b) eventuelle Folgerungen für die eigene ärztliche Praxis: