

1 Psychotraumatologie im Kontext der Intensivmedizin

Sarah K. Wemme, Louisa Foerster und Alexander Niecke

Die Psychotraumatologie (altgriechisch: psyche: Seele; trauma: Wunde) beschreibt eine wissenschaftliche Disziplin, die sich mit den Folgen und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Traumata beschäftigt. „Trauma“ wird als ein belastendes Ereignis oder eine Situation von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß definiert, welches bei nahezu jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Der Prototyp einer psychischen Störung nach Trauma-Exposition ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Die Symptomatik einer PTBS ist typischerweise durch ein wiederholtes, unwillkürlich sich aufdrängendes Wiedererleben des traumatischen Ereignisses im Hier und Jetzt in Form von lebhaften Bildern und filmartigen Szenen charakterisiert (Nachhallerinnerungen, Alpträume), wobei gleichzeitig ein durchgreifendes Gefühl emotionaler Betäubung sowie eine chronische Übererregung besteht (1).

„Medizinische Traumatisierung“ meint das Erleben eines traumatischen Ereignisses durch Konfrontation mit einer ernsthaften Erkrankung oder Notfallsituation oder auch durch eine medizinische Behandlung. Durch eine die körperliche Grunderkrankung begleitende, komorbide PTBS besteht für den Patienten nicht nur eine zusätzliche psychische Symptomlast, sondern auch ein ungünstiger Einfluss auf die somatische Grunderkrankung (2).

1.1 Medizinische Traumatisierungen im Intensivkontext

Eine akut lebensbedrohliche Erkrankung, die eine Behandlung auf einer Intensivstation (ITS) erfordert, stellt für betroffene Patienten und deren Angehörige eine Ausnahme-situation dar, die oftmals als schwerwiegendes, existenzielles Lebensereignis erlebt wird. Dabei kann die Konfrontation mit einer ernsthaften Erkrankung, dem

drohenden oder tatsächlichen Tod als Traumatisierung erlebt werden, aber auch die intensivstationäre Behandlung an sich. Insofern ist der intensivmedizinische Kontext ein Modell potenzieller Traumatisierung par excellence.

Parker und Kollegen beschreiben in ihrer Metaanalyse persistierende Symptome einer PTBS bei deutlich mehr als einem Drittel aller Überlebenden im Jahr nach dem ITS-Aufenthalt (44% in den Monaten 1 bis 6 nach ITS bzw. 34% in den Monaten 7 bis 12). Etwa ein Fünftel litt dabei unter anhaltend starken PTBS-Symptomen (25% bzw. 17%) (3). Als Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS auf ITS gelten:

- Anamnese einer prämorbid psychischen Störung, z.B. Ängste, Depressionen, Substanzmissbrauch
- Delirante Syndrome/Oneiroide (cave: Sedierung mit Benzodiazepinen)
- Früh-poststationäre traumatische Erinnerungen, z.B. Albträume, Nachhall-erinnerungen

Patienten auf einer Intensivstation benötigen eine besondere, den Umständen angepasste Behandlungsstrategie. Bislang gibt es nur wenig Evidenz für spezifische psychotherapeutische Ansätze. Viel eher ist der flexible Einsatz vielfältiger unterstützender psychotherapeutischer Interventionen erforderlich (s.u.). Die psychologische Interventionsstudie mit der bislang stärksten Evidenz zeigte bei beatmeten Intensivpatienten drei Monate nach einem ITS-Aufenthalt eine signifikant geringere Rate an traumatischem Stress, wenn Tagebücher vom Intensivpersonal und Angehörigen geführt und dem Patienten nach dem ITS-Aufenthalt ausgehändigt wurden. Intensivtagebücher enthalten eine Zusammenfassung der Geschehnisse im Vorfeld der Aufnahme, Beobachtungen, Vorkommnisse und Entwicklungen auf der Intensivstation und schildern den Verlauf des Befindens des Patienten (4).



Supportiv-unterstützende Interventionen (mod. n. [10])

- **Stabilisierung:** Emotionale Sicherheit vermitteln, ggf. Interventionen zur kurzfristigen inneren affektiven Distanzierung anbieten und Bewältigungsstrategien erarbeiten
- **Entlastung:** Über belastende Ereignisse sprechen (können), hierbei Abwehrmechanismen respektieren
- **Aufarbeitung:** Geschehnisse rekapitulieren, Erinnerungslücken schließen
- **Autonomie:** Kontroll- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten anbieten
- **Motivation:** Adhärenz stärken
- **Soziale Unterstützung:** Besuche von Angehörigen fördern
- **Entlassungsvorbereitung:** Ggf. psychotherapeutische Weitervermittlung

1.2 Traumatisierte Angehörige von Intensivpatienten

Angehörige sind durch die Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung eines Nahestehenden in der Regel deutlich belastet. Dabei können existenzielle Ängste vor jahrelanger Pflegebedürftigkeit, vor dem Versterben und vor einem sozioökonomischen Statusverlust bestehen. Stressoren, wie das Erleben von Ausgeliefertsein oder Orientierungsmangel in der Fremdheit einer Intensivstation, ungeklärte innerfamiliäre Konflikte oder Kommunikationsstörungen mit oder im Team können dabei

verstärkend und gegebenenfalls traumatisierend wirksam sein (5). Angehörige können auch in komplizierte Rollen geraten, beispielsweise indem sie als Entscheidungsträger bei Therapiezielbegrenzung fungieren oder bei Lebend- oder Stammzelltransplantationen anderweitig an der Behandlung beteiligt sind (2). Bei etwa jedem dritten bis fünften Angehörigen eines intensivmedizinisch behandelten Patienten treten klinisch relevante PTBS Symptome auf (6, 7). Unter diesen tragen Angehörige, die sich während des Intensivaufenthaltes nicht ausreichend informiert fühlten, die aktiv Entscheidungen treffen mussten oder deren Angehörige auf der Intensivstation verstarben, ein erhöhtes PTBS-Risiko (8).

Intensivmediziner sollten über fundierte Kenntnisse im Umgang mit belasteten Angehörigen verfügen. Sofern traumatische Reaktionen beobachtet werden, ist erstens die Herstellung einer sicheren Umgebung zum Schutz vor weiterer Trauma-Einwirkung, zweitens Informationsvermittlung über traumabezogene Symptome sowie drittens das Hinzuziehen eines Psychotherapeuten sinnvoll und geboten (9).

1.3 Verwundbare Helfer

Die Konfrontation mit einem potenziell lebensbedrohlichen Krankheitsbild stellt das behandelnde medizinische Fachpersonal vor hohe Anforderungen. Einerseits müssen sie regelmäßig die Limitierung medizinischer Möglichkeiten und das Versterben ihrer Patienten tolerieren, andererseits sind die Arbeitsbedingungen auf einer Intensivstation durch eine besonders hohe Arbeitsbelastung, großen Handlungs- und Zeitdruck sowie eine hohe Verantwortung gekennzeichnet, wobei nur unregelmäßige Ruhepausen und eine ständige Alarmbereitschaft herrschen. Die permanente Konfrontation mit Schwerkranken und Sterbenden kann, auch bei hohem Arbeitseinsatz und entsprechenden Behandlungserfolgen, ein Insuffizienzgefühl oder Kompetenzzweifel hinterlassen (10). Insbesondere das Erleben einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes eines Patienten durch einen eigenen schweren Fehler stellt eine potenziell traumatisierende psychische Belastung für den Behandler dar. Eine sogenannte sekundäre Viktimisierung („*a man who causes a victim is a victim too*“) (11) führt dabei häufig zu einer Verschlechterung der eigenen Lebensqualität sowie einem erhöhten Burn-out-Risiko (12) bzw. erhöhten PTBS-Risiko (13). Neben negativen ökonomischen Auswirkungen, etwa in Form hoher Krankheitsstände, haben diese Folgen auch einen negativen Einfluss auf die Arbeitsqualität der Betroffenen und somit das Patienten-Outcome (10).

Als hilfreich hat sich die Zusammenarbeit mit psychotherapeutisch erfahrenen Kollegen erwiesen, zum Beispiel in Form eines Liaison-Modells, bei dem den Mitarbeitern unter anderem auch ausreichend Möglichkeit zur Supervision gegeben wird. Darüber hinaus kann die Etablierung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sowie eines Critical Incident Stress Managements dabei helfen, den Umgang mit Behandlungsfehlern im Team zu verbessern.



Take home messages:

- *Symptome einer PTBS treten bei mehr als einem Drittel aller Überlebenden im ersten Jahr nach einem ITS-Aufenthalt auf.*

- *Die interdisziplinäre Zusammenarbeit, beispielsweise mit einem psychosomatischen Konsil-/Liaison-Dienst, kann sowohl die Patientenversorgung als auch die Betreuung belasteter Angehöriger deutlich verbessern.*
- *Behandelnde Ärzte und Pfleger können durch regelmäßige Supervision und Intervention entlastet und so dem Auftreten einer sekundären Viktimisierung vorbeugen.*

Literatur

1. Weltgesundheitsorganisation. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision 2019
2. Glaesmer H, Rosendahl J. Traumatisierungen im Kontext schwerer körperlicher Erkrankungen und medizinischer Behandlungen. In: Seidler GH, Freyberger HJ, Glaesmer H, Gahleitner SB (Hrsg.) Handbuch der Psychotraumatologie. 3. Aufl. 2019; S. 616–629
3. Parker AM, Sricharoenchai T, Raparla S, Schneck KW, Bienvenu OJ, Needham DM. Posttraumatic Stress Disorder in Critical Illness Survivors: A Metaanalysis. *Crit Care Med*. 2015 May; 43(5): 1121–29
4. Jones C, Bäckman C, Capuzzo M, Egerod I, Flaatten H, Granja C, Rylander C, Griffiths RD; RACHEL group. Intensive care diaries reduce new onset post-traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. *Crit Care* 2010; 14(5): R168
5. Niecke A, Schneider G, Hartog CS, Michels G. Traumatisierte Angehörige von Intensivpatienten. *Med Klin Intensivmed Notfallmed* 2017; 112(7): 612–617
6. Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Curr Opin Crit Care* 2012; 18(5): 540–547
7. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: Post-intensive care syndrome-family. *Crit Care Med* 2012; 40(2): 618–624
8. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N et al. Risk of Post-Traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2005; 171(9): 987–94
9. Flatten G, Gast U, Hofmann A et al. S3– Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma Gewalt* 2011; 3: 202–210
10. Meraner V, Sperner-Unterwieser B. Patients, physicians and nursing personnel in intensive care units: Psychological and psychotherapeutic interventions. *Nervenarzt* 2016; 87(3): 264–268
11. Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ* 2000; 320: 726–727
12. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, Shanafelt TD. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2006
13. Teegen F, Müller J. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in intensive care unit personnel. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2000; 50: 384–90



Dr. med. Sarah K. Wemme

Sarah K. Weber ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und Psychoonkologin. Seit 2016 in der Weiterbildung zur Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie an der Universitätsklinik Köln. Aktuell tätig im Konsil-Liaison-Dienst der Abteilung mit Schwerpunkt psychokardiologische Intensivmedizin.



Dr. med. Louisa Foerster

Louisa Foerster ist Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Schwerpunkt Psychotraumatologie. Seit 2016 in der Weiterbildung zur Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie an der Universitätsklinik Köln. Aktuell tätig im Konsil-Liaison-Dienst der Abteilung.



Dr. med. Alexander Niecke

Alexander Niecke ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoonkologe und Gruppenanalytiker. Stellvertretender Klinikleiter (Klinik) und Personaloberarzt an der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Köln. Leiter der Psychotherapiestation und der Contergan-Sprechstunde. Forschungsschwerpunkt: Psychische Komorbidität.