

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

(Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper** † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Hückeswagen)

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 05/2023

Psychotrauma und Behandlung in der Akutmedizin bei
Notfalleinsätzen und auf Intensivstationen

*Ursula Elvira Kaufmann, Peter Kaufmann, Graz**

* Kaufmann, Ursula Elvira, Graz MSc, *Psychotherapeutin / Integrative Therapie, Supervisorin, Graz, Mitarbeiterin im KI-Team Steiermark*; Kaufmann Peter Dr. Priv. Doz. *Notarzt und Facharzt für Innere Medizin und Intensivmedizin, Graz*

Korrespondenzadresse: Ursula Kaufmann MSc, A-8020 Graz, Burenstrasse 38; E-Mail:
ullikaufmann22@gmail.com; Cc.: peter.kaufmann@klinikum-graz.at

Inhalt:

1. Einleitung
2. Definition
3. Erfassen des psychischen Befindens von Akutpatienten
4. Grundprinzipien der Integrativen Therapie im medizinischen Notfall
5. Diskussion
6. Zusammenfassung/Summary
7. Literatur

*" Was immer uns als Schmerz erscheint,
ob wir ihn als Warnung oder Heimsuchung begreifen,
er ist ein Urphänomen, ist an den Menschen gebunden,
einfach weil unser Leben verletzlich ist (Stepan 2001).*

1. Einleitung

Beim Umgang mit Menschen im Rahmen der Notfall- und Intensivmedizin treten akute psychische und/oder körperliche Belastungssituationen in hohem Maße auf (Nieke et al. 2019). Die Häufigkeit von Symptomen wie Anspannung, Bedrücktsein, Hoffnungslosigkeit, Orientierungslosigkeit bis hin zu Halluzinationen, Schlafstörungen und Angst und Panikattacken variiert zwischen 30 - 65 % (Deffner et al. 2020). Auch für Angehörige und Hilfskräfte des medizinischen Versorgungsteams stellen Situationen, wo es um Leben und Tod geht, eine akute emotionale Herausforderung dar, die unbeachtet mit schweren psychischen Folgeschäden einhergehen kann (Caplan 1964; Lindemann 1994). Während körperliche Symptome fortlaufend eingeschätzt und sofort behandelt werden, trifft dies für psychische Symptome, die oft verzögert auftreten können, noch immer zu wenig zu. Das Erkennen und die Einschätzung solcher Symptome sind jedoch wichtige Voraussetzungen für eine rechtzeitige psychotherapeutische Krisenintervention. Wird diese verzögert oder fehlt sie gänzlich, so können die Betroffenen auch nach dem Aufenthalt im Krankenhaus unter psychischen Symptomen leiden und als Konsequenz psychiatrische Diagnosen entwickeln (Valentin 2017; Wade 2014). In der Behandlung psychischer Erkrankungen, in der die therapeutische Beziehung, der persönliche Kontakt, eine wesentliche Voraussetzung ist, geschieht dies bei der Integrativen Therapie vor dem Hintergrund eines wissenschaftlich evaluierten Integrationsmodells - dem "Tree of Science" - und eines zukunftsorientierten bio-psycho-sozial-ökologischen Menschenbildes (Stefan 2020). Deshalb wird der Frage nachgegangen, ob das methodenplurale Verfahren der Integrativen Therapie auch bei psychischen Belastungssituationen im Rahmen von medizinischen Notfällen anwendbar und in der Vorgangsweise nach deren Grundprinzipien praxistauglich ist.

2. Definitionen

Eine akute Belastungsreaktion ist eine vorübergehende Störung, die sich aufgrund einer außergewöhnlichen physischen oder psychischen Belastung hin entwickelt und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt (Dilling und Freyberger 2014).

Ein traumatisches Ereignis umfasst sowohl eine reale tatsächliche oder drohende schwere Verletzung, Erkrankung oder Tod als auch die subjektive Bewertung der betroffenen Person, dass die Situation eine existentielle Krise sei (Deffner 2020). Dies schließt auch die Zeugenschaft der Bedrohung anderer Personen mit ein.

Die posttraumatische Belastungsstörung hingegen ist die Folge eines Psychotraumas, wobei es zu einer verzögerten, protrahierten Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder einer Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (Dilling und Freyberger 2014). Prädisponierend hierfür ist das Fehlen von unterstützender Umwelt, äußeren und inneren Ressourcen, adäquaten Bewältigungsstrategien sowie einer ausreichenden persönlichen Stabilität (Petzold 2000). Treten belastende Ereignisse / Erlebnisse zu schnell und in einem Übermaß auf, werden Wahrnehmungs- und

Handlungsmöglichkeiten eines jeden Menschen eingeschränkt oder blockiert und seine Fähigkeit der Selbststeuerung beeinträchtigt oder gar außer Kraft gesetzt. Es kommt im Rahmen eines "Point of no Return" zum „inescapable shock“ (*Schauer und Elbert 2010*).

Beispiel 1: 40 jähriger Mann kommt ins psychotherapeutische Rehabilitationszentrum mit intermittierenden Symptomen der subjektiven Atemnot, Zuschnüren des Halses verbunden mit großer Angst. In der psychotherapeutischen Anamnese ergab sich ein Badeunfall in einem Sommercamp als 13 jähriger Junge. Die oben genannten Symptome traten erstmals ca. nach einem halben Jahr nach dem Unfallereignis auf. Obendrein berichtet der Patient bis zum Tag des Rehabilitationsaufenthaltes nicht schwimmen gelernt zu haben aus Angst und Panik vor dem Wasser.

3. Erfassen des psychischen Befindens von Akutpatienten

Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen spielen bei Auftreten und Schweregrad in der Akutphase eine wichtige Rolle (*Juen und Kratzer 2012*). Jede Belastung erzeugt Stress als eine unspezifische Reaktion des Körpers auf jegliche Anforderung, welcher er ausgesetzt wurde (*Selye 1974*). Ein Stressereignis / Stressor erzeugt einerseits über die Achse Thalamus - Hypothalamus - Hypophyse die Ausschüttung von Cortisol in der Nebennierenrinde und andererseits bekommt parallel dazu der Sympathikusanteil des vegetativen Nervensystems ein Übergewicht, was zur vermehrten Produktion von Adrenalin im Nebennierenmark führt (*Stratakis 1995*). Aufgrund dieser Pathophysiologie werden Symptome erzeugt, an denen ein sich im Hyperstress befindlicher Mensch erkannt werden kann, auch wenn er zur verbalen Kommunikation nicht fähig ist. Dazu zählen beschleunigter Herzschlag/Herzklopfen, verstärkte und schnellere Atmung/Hyperventilation, kaltschweißige/zentralisierte Haut, weite Pupillen, Mundtrockenheit usw. Dieser Erregungs- bzw. Schreckzustand im Rahmen der sympathischen Aktivierung beinhaltet die ersten 4 Stadien der insgesamt 8 **F** in der traumabasierten "Defensiven Kaskade" (*Schauer und Elbert 2010*): Einem initialen **Freeze** Zustand (Erstarrung im Schreck, attentive Immobilität) folgt rasch die Angstreaktion in der Phase 2 = **Fear**. Beim Fehlen von Bindungspersonen schreitet die Traumakaskade mit der Phase 3 und 4 (Fluchtreaktion = **Flight** und Abwehr- bzw. Überlebenskampf = **Fight**) voran. Bleibt eine Hilfe weiterhin aus, dann entwickelt sich eine Erstarrungsreaktion im Schreck (**Fright**) mit tonischer Immobilität und maximaler emotionaler Erregung. Nachfolgend kommt es zu einem Erregungsrückgang durch Aktivierung des Parasympathikus im Sinne eines "shut down" mit Abfall von Herzfrequenz und Blutdruck sowie beginnenden kognitiven Störungen. Terminal entwickelt sich eine somatische und psychische Ohnmacht (**Faint**) mit ausgeprägten kognitiven Störungen. Schließlich kommt es zur Aufspaltung (**Fragmentierung**) des Leibes (Körper, Geist und Seele), wobei sich Phänomene von Amnesie, Anästhesie, fehlender Körperempfindungen, Emotionslosigkeit, fehlende bzw. gestörte Sinneswahrnehmungen und inadäquate, auffällige Verhaltensmuster zeigen.

Beispiel 1 Fortsetzung: Der Patient berichtete, als Nichtschwimmer in den See gefallen zu sein, und nach dem ersten Schreck (freeze) versuchte er mit all seinen Kräften durch Strampeln und Rudern mit den Armen über Wasser zu bleiben. (fight and flight). Die initiale Unbemeretheit seiner Not löste zusätzliche Verzweiflung aus (fright). Angesichts der Fruchtlosigkeit seines Todeskampfes und dem Verlassen seiner Kräfte ging er unter. Im Bewusstsein, "jetzt ist es aus" bemerkte er, ein totales Loslassen seiner psychischen und physischen Kräfte (shut down). In letzter Sekunde wurde er von seinen Lehrern gerettet und kam erst am Ufer des Sees wieder zu Bewusstsein (Ohnmacht, faint). Anschließend wurde er in

Begleitung eines Mitschülers zur Beobachtung ins Zimmer geschickt, was er selber als unzureichende Unterstützung empfand. Erst beim Wiederbegegnen der Eltern am Ende des Sommercamps erlitt der Patient eine Weinattacke, während die Lehrer auf die Frage der Eltern den Unfall bagatellisierend abtaten.

Befindet sich eine erkrankte Person in einem fortgeschrittenen Stadium der defensiven Kaskade - einer starken Ausprägung des Parasympathikus, in dem kognitive Funktionen und Wahrnehmungen so abgespalten sind, dass oft keine verbale Kommunikation (Ausfall des Broca-Areals) mehr stattfinden kann - dann muss das therapeutische Fachpersonal von folgenden möglichen psychischen Befindlichkeiten des Patienten ausgehen (Deffner 2020) :

- 1) hoher Erregungszustand bzw. Anspannung mit Schlafstörungen in Folge
- 2) Gefühl von Panik oder des Bedrücktseins in Folge
- 3) aufwühlende und nicht in den Kontext passende Gedanken und Verhaltensweisen
- 4) Orientierungslosigkeit und Hoffnungslosigkeit
- 5) weniger häufig können auch Halluzinationen auftreten

Beispiel 2: 60 jährige Frau kommt in die psychotherapeutische Praxis und berichtet, im Winter gemeinsam mit ihrem Ehemann in den Bus eingestiegen zu sein, während der Gatte auf einer Eisplatte ausrutschte und stürzte. Sein Stöhnen und seine schwere Atmung ließen sofort auf eine Verletzung schließen. In ihrem plötzlichen Erregungszustand verbunden mit Panik, rief sie dem Busfahrer zu, er möge die Theaterkarten am Abend für Müller (Name geändert) bitte abbestellen.

4. Grundprinzipien der Integrativen Therapie im medizinischen Notfall

Nach dem **Intersubjektivitätsprinzip** ist therapeutisches Handeln immer beziehungsorientiert (Leitner 2010) und erfolgt in Beziehungsstrukturen, in denen jedes "Du" und "Ich" einem "Wir" zugrunde liegt weil es in der sozialen Natur des Menschen wurzelt. Mensch wird man durch Mitmenschen und unser Sein ist immer ein „Mit-Sein“. Daher gehört in der Begegnung der Krise (und nicht nur dort) die Herstellung einer Bindung zwischen Helfer und Patient_Patientin zum vorrangigen und ersten Element in der Betreuung/Behandlung (Juen und Kratzer 2012). Rapport, Empathiefähigkeit und Konsensbildung als kommunikative Grundlagen gehören zur Grundausstattung jeder helfenden Person.

Beispiel 3: Schwerer Verkehrsunfall auf der Autobahn. Ein PKW mit zwei Insassen und Hund überschlug sich mehrmals. Während ich als Ersthelferin gemeinsam mit anderen Verkehrsteilnehmern zur Unfallstelle kam, fing das Fahrzeug Feuer. Die Beifahrerin welche körperlich scheinbar unverletzt war, wurde von uns Helfern aus dem Fahrzeug gezogen und weggeführt. Dabei kollabierte die noch ansprechbare, schwer schockierte Patientin. Körperlich präsent, bei ihr auf dem Boden hockend, stellte ich mich vor und berührte mit ihrem Einverständnis ihre Hand.

Ein weiteres Prinzip ist das **Bewusstheitsprinzip**, wobei menschliches Erleben durch exzentrisches Bewusstsein gekennzeichnet ist, das kognitive, emotionale, volitive und soziale Prozesse organisiert. Die therapeutische Praxis befasst sich deshalb zentral mit dem Umgang und der Förderung von Bewusstheitsprozessen (Leitner 2010). Im Rahmen einer Exploration müssen Wünsche, Bedürfnisse und Handlungsspielräume eruiert werden. Dabei braucht es in der Akutphase als wichtige Heil- und Wirkfaktoren einführendes Verstehen, Empathie sowie emotionale Annahme und Stütze (Petzold 2003). Um Stress- und Immunbelastung gering zu

halten, macht es Sinn, in einem natürlichen, teilnehmenden Gespräch, ein narratives Klima entstehen zu lassen (Petzold 2004). Der/die Traumatisierte soll seine Geschichte erzählen und über seine Gefühle sprechen dürfen, wobei jedes Gefühl in Ordnung ist (Dogs und Poelchau 2017).

Beispiel 3 Fortsetzung 1: Im guten Rapport zu ihr, gab ich ihr Informationen über den Unfallhergang und dass Rettungskräfte unterwegs seien. Alle Insassen hätten das Fahrzeug schon verlassen und ihr Mann werde betreut. Als die Patientin, offenbar von Angst überwältigt zu hyperventilieren begann, ging ich behutsam auf sie ein, indem ich sie nach Schmerzen befragte und ihr erklärte, dass ihr Zustand, in dem sie sich befände, völlig in Ordnung sei. Fragen nach der Herkunft, dem Hund und des Reiseziels, sorgten für Ablenkung und Stresslinderung. Inzwischen trafen die Rettungskräfte ein.

Im **Sozialitätsprinzip** ist der Mensch als soziales Wesen im mikro- (Angehörige, Freunde, Familie), meso- (Arbeit, Krankenhaus, Umfeld) und makro- (Staat, Gesellschaft) -sozialen Kontexten zu verstehen. Soziale Netzwerke, Rollen, Identitätszuschreibungen und kollektive Wertesysteme bestimmen unser Handeln, unsere Gesundheit und unser Kranksein (Leitner 2010). Im therapeutischen Handeln in der Akutphase ist daher die Bildung von Netzwerken bzw. Auffangnetzen besonders wichtig. Oft wird vergessen, dass wir auch in Krisensituationen Zugang zu unseren Ressourcen haben, welche von der Hilfskraft durchaus erfragt werden kann. Dabei ist das Wissen über die 5 Säulen der Identität (Leiblichkeit, soziales Netz, materielle Sicherheit, Arbeit, Leistung und Freizeit sowie Werte) von Nutzen. So wäre die Information einer verletzten Person, dass ein Familienmitglied besorgt in der Nähe sei, ein Beispiel für eine Verschiebung der Wahrnehmung auf die Ressource "soziales Netz".

Beispiel 3 Fortsetzung 2: Während die Patientin von mir in den Rettungswagen begleitet wurde, fragte ich sie nach Angehörigen und Freunden, und erklärte ihr, dass ihr Mann auch mit einem anderen Rettungsauto ins Krankenhaus gebracht werde. Die Polizei bemühe sich um die Verständigung weiterer Angehöriger. Erst unmittelbar vor dem Abtransport konnten wir uns verabschieden und sie gab mir zu verstehen wie dankbar sie war.

Auch in der Intensivmedizin ist im mikrosozialen Kontext ein Aufrechterhalten und Pflegen der Bindung der kritisch erkrankten Person mit den Familienangehörigen von absolut wichtiger Bedeutung. Ein aktives Herangehen, in dem Zuspruch und Trost gesendet wird, gilt als essentielle Hilfe in Krisensituationen (Petzold 2002). Dieses Sozialitätsprinzip findet daher auch auf Intensiv- und Überwachungsstationen durch den Besuch von liebevollen und vertrauenswürdigen Angehörigen eine Verwirklichung. Nicht nur der Kontakt, sondern auch die aktive Beteiligung der Familienangehörigen am Heilungs- bzw. Linderungs- und Pflegeprozess kann die Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation verkürzen, ohne dass es dabei ein erhöhtes Sterberisiko gibt (Lee 2019). Psychosomatische Komplikationen, wie z.B. Delir, welches mit einem bis zu 3-fach erhöhter Krankenhausliegedauer und Krankenhausmortalität assoziiert ist, sind auch nach dem Spitalsaufenthalt im Langzeitverlauf mit funktionellen und kognitiven Einschränkungen verbunden. Daher sind flexible, uneingeschränkte Besuchszeitregelungen ein wesentliches Element in der Delirprävention. Demgegenüber konnte die Abwesenheit von Angehörigen als Risikofaktor für Delir und Angst bei Intensivpatient_innen identifiziert werden (Janssens 2018). Selbst im Falle eines sich im Sterbeprozess befindlichen oder bereits verstorbenen nahen Angehörigen sind Verabschiedungsrituale extrem wichtig. Wenn diese Möglichkeiten nicht gegeben sind, wird die Verarbeitung des Todes von Familienmitgliedern erschwert und ein hohes Maß an Schmerz kann über Jahre hinweg bestehen bleiben (Fromme 2014).

Beispiel 4: 57 jährige Frau kommt im Zustand der tiefsten Trauer, der Sinnlosigkeit des Lebens, ständiger heftiger Weinattacken und der Sorge um den Ehemann. Vor 4 Jahren sei ihr 24 Jahre alter Sohn plötzlich und unerwartet verstorben. Zum Zeitpunkt des Todes befand sich die Patientin in einem Kuraufenthalt und wurde von der Polizei verständigt und von einem Kriseninterventionsteam betreut. Trotz sofortiger Heimreise, war es ihr nicht möglich, sich von ihrem Sohn zu verabschieden, da der Leichnam bereits abtransportiert und zur Gerichtsmedizin gebracht worden war. Auch später wurde ihr der gewünschte Kontakt zu ihrem toten Sohn verweigert. In der psychotherapeutischen Praxis gab sie an, sie hätte so gerne noch einmal die Hand gehalten und ihn auf die Stirn geküsst. Psychotherapeutische Interventionen, insbesondere eine szenische Exploration, machten ihr den Tod und die Verabschiedung greif- und begreifbar.

Die COVID-19-Maßnahmengesetze der Regierungen ab 2020 erklären sich aus der Sorge und Angst, das Virus würde sich durch direkten Menschenkontakt unkontrolliert im Rahmen einer Pandemie ausbreiten und dabei auch Personal von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gefährden. Der krankheitsbedingte Ausfall von Ärzten, Ärztinnen und Pflegepersonal hätte dann einen Zusammenbruch der Gesundheitsversorgung bedeutet. Deshalb wurden von Seiten der Regierungen Besuchsverbote in Spitälern empfohlen, welche dann von den Gesundheitsbehörden der Länder an die Träger der Einrichtungen zur Umsetzung weitergegeben wurde. Die Spitalsleitungen verhängten daher im März 2020 ein striktes Besuchsverbot, wobei Palliativpatienten und Sterbende offiziell davon ausgenommen wurden. Im Juli 2020 erfolgte eine Lockerung dahingehend, dass Besuche mit folgenden Einschränkungen möglich wurden (KAGes 2020):

- jeder Patient_in darf pro Tag einen gesunden Besucher im Patientenzimmer empfangen
- Die Besuchszeit pro Besucher ist auf 15 Minuten beschränkt
- während des gesamten Aufenthaltes ist Mund-/Nasenschutz Pflicht
- 2 Meter Abstand halten, kein Körperkontakt

Während Basismaßnahmen der Hygiene wie Händedesinfektion und persönliche Entscheidung der Kontakteinschränkung bei Krankheitssymptomen außer Diskussion stehen, können diese Besuchseinschränkungen angesichts der oben angeführten Heil- und Wirkfaktoren der Psychotherapie im Allgemeinen und der Grundprinzipien der Integrativen Therapie im Speziellen in Frage gestellt werden. Der intersubjektive Kontakt zwischen den belasteten Erkrankten und den besorgten Angehörigen wird einerseits durch das Tragen einer Maske erschwert, da Mimik und Ausdruck eingeschränkt sind und die Sprache verändert wird (Rahne et al. 2021). Zusätzlich verhindert die Abstandregelung die so wichtige liebevolle und einfühlsame menschliche Berührung. Durch die fehlende Ausschüttung des "Kuschelhormons" Oxytocin fehlt Stressminderung und Entspannung (Fasching und Psota 2019). Ein weiterer Faktor in diesem Kontext ist die drastische Reduktion der Besuchszeit und der Anzahl der Besucher.

Beispiel 5: Krebskranker Patient im Endstadium wird zu Hause von seinen Angehörigen palliativ betreut. Eine akute medizinische Komplikation war der Grund für eine Wiederaufnahme ins Spital. Ein SARS-Covid-19 Testergebnis war positiv, sodass der Patient isoliert und vom Besuch der Angehörigen völlig abgeschirmt wurde. Auf dringenden Wunsch der Ehefrau wurde ein zweiter Test durchgeführt. Während der Wartezeit auf das Testergebnis verstarb der Patient unter medizinischer und pflegerischer Betreuung jedoch ohne noch einmal Kontakt zur Familie gehabt zu haben. Das Ergebnis des zweiten Testes, welches nach dem Tod bekannt wurde, war negativ. Die verzweifelte Familie gab an, das Vertrauen in das Gesundheitssystem verloren zu haben.

Als eine essentielle Grundlage der Integrativen Therapie beinhaltet das **Leiblichkeitsprinzip** menschliches Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln, welches leibgegründet ist und im Sinne einer biologischen und phänomenalen Wirklichkeit verstanden wird. Daher ist es in akuten Belastungssituationen für die Hilfskraft wichtig, die Aufmerksamkeit auf vegetative und emotionale Ausdrucksphänomene zu legen. Ein adäquates Eingehen auf diese Phänomene beinhaltet sowohl die nonverbale Kommunikation (Berührung, Druck, Mimik) als auch verbal durch Stimmlage, Tonalität und nicht zuletzt durch die notwendigen medizinischen Maßnahmen. Nicht das, was wir sagen, macht den Unterschied, sondern wie wir es sagen (*O'Connor und Seymour 1998*). Die Bedeutung einer Mitteilung zeigt sich an der Reaktion, die man bekommt.

Neben all diesen Prinzipien ist in einer akuten Belastung auch die Weitergabe von **Informationen** ein wesentliches Kriterium. Einerseits soll der betroffenen Person nichts vorenthalten werden; andererseits, können Erklärungen über bestimmte Reaktionen hilfreich sein (*Juen und Kratzer 2012*).

5. Diskussion

Die psychische Betreuung von Menschen in einer akuten Belastungssituation im Rahmen von präklinischen und klinischen medizinischen Notfallsituationen ist zur Verhinderung oder Linderung traumabedingter Folgeerscheinungen essentiell wichtig. Voraussetzung hierbei ist das Erfassen des psychischen Befindens und die richtige Deutung der sich zeigenden Symptomatik. Im therapeutischen Handeln können hierbei die Grundprinzipien der Integrativen Therapie hilfreich sein.

Ein hohes Vorkommen versorgungsrelevanter psychischer Belastungen bei Patienten/Patientinnen im akuten medizinischen Notfall ist bekannt. Aber nicht nur die Betroffenen, sondern auch ihre Angehörigen und professionellen Hilfskräfte sind in diesem Kontext mit psychischen Belastungen konfrontiert (*Niecke und Michels 2020*). In einer Umfrage unter den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin gab die Mehrzahl der Befragten einen bedeutsamen psychosozialen Versorgungs- bzw. Unterstützungsbedarf an (*Niecke und Hartog 2019*). Während die Anforderung eines Kriseninterventionsteams jederzeit möglich ist, obliegt es jedoch der Einschätzung des medizinischen Notfallteams und des Personals auf den Intensivstationen entweder selbst im psychosozialen Kontext aktiv zu werden oder eine professionelle Hilfe anzufordern. Daher ist nicht nur eine Sensibilisierung für die psychosoziale Dimension in der Akutmedizin (verstärkte Ausbildung/Schulungen von Rettungskräften, Pflegepersonal und Ärzten/Ärztinnen), sondern auch der Wille zu einem übergreifenden politischen Handlungsplan (z.B. Personalressourcen) erforderlich. Dass es hier noch erhebliches Entwicklungspotential nach oben gibt, zeigen Entwicklungen in Deutschland, wo Pflegepersonaluntergrenzen vorübergehend außer Kraft gesetzt wurden (*Jannsens und Deffner 2021*), sowie in Österreich, wo Spitalsbetten wegen Personalmangel nicht belegt werden konnten (*Steiermark.ORF 2021*).

Zusammenfassend ist der Mensch als bio-psycho-soziales Wesen zu verstehen, welcher in einem ökologisch-ökonomischen Umfeld existiert. Diese gesundheitsbewahrende und gesundheitsfördernde Grundhaltung steht im Widerspruch zu vielen Zwangsverordnungen mit drohender Strafverfolgung im Rahmen der COVID-19 Krise 2020-2021, wobei der positive Effekt

auf die Virusausbreitung mangels genauer Vergleichszahlen bei Epidemien in den Vorjahren (*Hasibeder 2019*) kritisch diskutiert werden kann.

"Nach den Ursachen hinter den Ursachen zu fragen und die Folgen nach den Folgen zu bedenken, ist die bedeutendste Aufgabe kritischer Bewusstseinsarbeit " (*Petzold 2011*).

6. Zusammenfassung: Psychotrauma und Behandlung in der Akutmedizin bei Notfalleinsätzen und auf Intensivstationen

Belastungssituationen psychischer und körperlicher Natur sind bei medizinischen Notfällen häufig. In einer Reflexion dieses klinischen Umfeldes wird die Frage nach der Anwendbarkeit der Grundprinzipien der Integrativen Therapie theoretisch beleuchtet und mit Fallbeispielen ergänzt. Dies soll ein Beitrag für die praktische Arbeit zur Vermeidung psychischer Folgeschäden im Rahmen von traumatischen Krisen sein. Dass neben den Erkrankten auch ihre Angehörigen und professionellen Hilfskräfte starken psychischen Belastungen ausgesetzt sind, wird oftmals unterschätzt. Diese können allein schon dadurch gelindert werden, dass zwischen dem kritisch erkrankten Menschen und seinem familiären Umfeld ein persönlicher Kontakt gewährleistet wird. Demgegenüber ist die Abwesenheit der Angehörigen mit negativen körperlichen und psychischen Auswirkungen auf beiden Seiten verbunden. Besuchs-beschränkungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen im Rahmen der COVID-19-Maßnahmen-gesetze der Regierungen 2020 - 2021 widersprechen diesem Intersubjektivitäts- und Sozialitätsprinzip.

Schlüsselwörter: Notfallmedizin, Intensivmedizin, Psychotrauma, Integrative Therapie

Summary: Psychotrauma and Treatment in acute medicine during emergency operations and in intensive care units

Stressful situations of a psychological and physical nature are common in medical emergencies. In a reflection of this clinical environment, the question of the applicability of the basic principles of integrative therapy is theoretically examined and supplemented with case studies. This is intended to be a contribution to practical work to avoid subsequent psychological damage in the context of traumatic crises. The fact that not only the sick but also their relatives and professional assistants are exposed to severe psychological stress is often underestimated. These can be alleviated simply by ensuring personal contact between the critically ill person and their family environment. In contrast, the absence of relatives is associated with negative physical and psychological effects on both sides. Restrictions on visits to hospitals and care facilities as part of the government's COVID-19 Measures Act 2020-2021 contradict this principle of intersubjectivity and sociality.

Keywords: Emergency medicine, intensive care medicine, psychotrauma, integrative therapy

7. Literatur

Caplan, G. (1964): Principles of preventive psychiatry. New York: Basic books.

- Deffner, T. et al. (2020): CME Zertifizierte Fortbildung: Psychotraumatologische Aspekte in der Intensivmedizin. *MedKlin Intensivmed Notfmed*, 115, 511 - 518.
- Deffner, T. et al. (2020): Erfassen des psychischen Befindens von Patienten auf der Intensivstation. *MedKlin Intensivmed Notfmed*, 115, 140 - 147.
- Dilling, H. und Freyberger, HJ. (2014): *ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.
- Dogs, CP. und Poelchau, N. (2017): *Gefühle sind keine Krankheit*. Berlin: Ullstein. Seite 79ff
- Fasching, P. und Psota, G. (2019): Psyche und Soma. *DiePUNKTE Psychiatrie*, 1/16, 4-7.
- Fromme, C. (2014): *So fern und doch so nah. Über das Leben, den Tod und das ewige Band der Liebe*. Neumünster: Mansou.
- Hasibeder, W. (2019): Die Sepsis - Epidemiologie, Diagnose und Therapie. *Anästhesie Nachrichten*, Nr. 2, 18-20.
- Janssens, U. (2018): Besuchszeitenregelung auf der Intensivstation: Ein Mosaikstein zur Delirprävention. *Intensiv-News*, Nr.3, 32-34.
- Janssens, U. und Deffner T. (2021): COVID-19 und Burnout bei Mitarbeitenden auf Intensivstationen. *Intensiv-News*, Nr.2, 6-8.
- Juen, B. und Kratzer, D. (2012): *Krisenintervention und Notfallpsychologie*. Innsbruck: Studia Universitätsverlag, Seite 32ff.
- KAGes, (Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.). (2020): <https://www.kages.at/cms/beitrag/10327530/9650072/#3>. Gesehen 23. Juli 2020.
- Lee, HW. et al. (2019): Intensive care unit length of stay ist reduced by protocolized family support intervention: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*, 45, 1072-1081.
- Leitner, A. (2010): *Handbuch der Integrativen Therapie*. Wien-New York: Springer.
- Lindemann, E. (1994): Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry*, 15, 155-160.
- Niecke, A. et al. (2019): Psychische Komorbidität in der Intensivmedizin. *Dtsch Med Wochenschrift*, 144, 54-60.
- Niecke, A. und Hartog, C. (2019): Need for psychological support in intensive care. A survey among members of the German Society of Medical Intensive Care and Emergency Medicine. *MedKlin Intensivmed Notfmed*. <https://doi.org/10.1007/s00063-018-0523-x>
- Niecke, A. und Michels, G. (2020): Psychotherapeutische Versorgung: auf dem Weg zu einer integrierten Intensivmedizin. *MedKlin Intensivmed Notfmed*, 115, 148-149.
- O'Connor, J. und Seymour, J. (1998): *Neurolinguistisches Programmieren: Gelungene Kommunikation und persönliche Entfaltung*. Freiburg im Breisgau: VAK Verlag für angewandte Kinesiologie GmbH. 8. Auflage. Seite 43ff.

- Petzold, HG. (2000): Integrative Traumatherapie : Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen - "quenching" the trauma physiology. Integrative Therapie 2-3, 367-388.*
- Petzold, HG. (2002): Trauma und "Überwindung" - Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und die "philosophische Therapeutik" der Hominität. Sonderausgabe der Zeitschrift für Integrative Therapie. Paderborn: Junfermann.*
- Petzold, HG. (2003): Integrative Therapie - Therapeutische Wirkfaktoren, die 14 "Healing Factors" in der IFK. Paderborn: Junfermann. Seite 1037ff.*
- Petzold, HG. (2004): Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Integrative Traumatherapie und "Trostarbeit" Düsseldorf/Hückeswagen: Petzold und Sieper. Ausgabe 03. Seite 30.*
- Petzold, HG. (2011): Klinische Philosophie, Philosophische Therapeutik, Positive Psychologie und "kritische Bewusstseinsarbeit" für gelebte Humanität. Wien: Krammer.
In: Petzold HG, Orth I und Sieper J. Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, geistiges Leben.*
- Rahne, T. et al. (2021): Influence of surgical and N95 face masks on speech perception and listening effort in noise. <https://doi.org/10.1371/journal.phone.0253874>*
- Schauer, M. und Elbert, T. (2010): Dissociation following traumatic stress. Etiology and treatment. *Journal of Psychology*, 2018(2), 109-127.*
- Selye, H. (1974): Stress without distress. Lippincott Williams & Wilkins, Seite 14.*
- Stefan, R. et al. (2020): Allgemeine Vorstellung der Integrativen Therapie. *ÖAGG Feedback* 3&4. 9-23.*
- Steiermark. ORF (2021): Personalmangel: Spitalsbetten gesperrt. <https://steiermark.orf.at/stories/3119555>. Gesehen 10. September 2021.*
- Stepan, Th. (2001): Zwischen Blaulicht, Leib und Seele. Edewecht: Stumpf u. Kossendey. 2.Auflage, Seite 110.*
- Stratakis, C. (1995): Neuroendocrinology and pathophysiology of the stress system. *Annals of the New York Academy of Sciences*, <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1995.tb44666.x>*
- Valentin, A. (2017): Intensivtherapie - Überleben und Lebensperspektive. *MedKlin Intensivmed Notfmed*, 112. 584 - 588.*
- Wade, DM. et al. (2014): Detecting acute distress and risk of future psychological morbidity in critically ill patients. Validation of the intensive care psychological assessment tool. *Crit Care*, 18. 519.*