

Konzeptuelle Überlegungen für die psychologische Arbeit auf Intensivstationen

Zusammenfassung

Psychische Notfallsituationen, in denen Angehörige oder Patienten sofortige Unterstützung benötigen, sind auf der Intensivstation häufig.

Das Management dieser Situationen stellt eine Herausforderung für das ärztliche und pflegerische Personal dar und sollte durch eine gut strukturierte, professionelle Unterstützung durch Psychologen ergänzt werden. Notwendige Rahmenbedingungen für die psychologische Arbeit auf der Intensivstation sind eine enge Einbindung des Psychologen in das Team und die Abläufe der Station sowie zeitlich flexible Verfügbarkeit. Die Arbeitsweise ist proaktiv und orientiert sich an den Grundsätzen der Notfallpsychologie sowie stabilisierenden Techniken der Traumatherapie. Setting und Inhalte der psychologischen Unterstützung sind an den Arbeitskontext der Intensivmedizin adaptiert und an den Bedürfnissen der Patienten und Angehörigen orientiert. Nach Ansicht der Autorin sind die Erkenntnisse aus der psychologischen Arbeit mit Patienten und Angehörigen und die überparteiliche Position des Psychologen im Team für einen konstruktiven Kommunikationsprozess zwischen allen Beteiligten von Nutzen. Zukünftig sollten geeignete praxisrelevante Outcomes der psychologischen Arbeit, die die Besonderheiten der Intensivmedizin angemessen berücksichtigen, entwickelt werden, um die Inhalte, Ziele und Effekte der Arbeit exakter darzustellen. Die psychologische Unterstützung von

Clinical psychology in the intensive care unit – a conceptual framework

T. Deffner

► **Zitierweise:** Deffner T: Konzeptuelle Überlegungen für die psychologische Arbeit auf Intensivstationen. *Anästh Intensivmed* 2017;58:248-258. DOI: 10.19224/ai2017.248

kritisch erkrankten Patienten und deren Angehörigen sollte, wie es die WHO-Definition von Palliative Care festschreibt, fester Bestandteil einer ganzheitlichen Therapie und Fürsorge dieser Menschen sein.

Abstract

Psychological emergency situations in which family members or patients require immediate support are common at the intensive care unit.

The management of these situations poses a challenge for the medical and caregiving personnel. It should therefore be supplemented by well-structured, professional support from psychologists. The necessary framework for psychological work at the intensive care unit includes the close involvement of the psychologists in the team and standard procedures at the hospital ward as well as flexible availability.

The work method is proactive and oriented towards the fundamentals of emergency psychology as well as the stabilising techniques of trauma therapy. The setting and content of the psychological support are adapted to the work context of intensive care and oriented towards the needs of the patients and their family members. The findings resulting from psychological work with patients and their family along with the non-party position of the psychologist in the team add to a constructive communication process among all parties involved.

Schlüsselwörter

Kritische Erkrankung – Angehörige – Intensivstationen – Notfallpsychologie

Keywords

Critical Illness – Relatives – ICU – Emergency Psychology

In the future, applicable and practice-oriented outcomes of psychological work should be developed and take into consideration the special circumstances of intensive care, in order to arrive at a more precise definition of the content, goals and effects of our work. Psychological support for critically-ill patients and their family members as defined in the WHO term "Palliative Care" should be an inherent part of a holistic therapy and care for all concerned.

Intensivmedizin ist Behandlung von körperlichen und psychischen Krisensituationen

Intensivmedizin fordert von den dort tätigen Ärzten und Pflegekräften nicht nur professionelles Handeln bei akuten medizinischen Ereignissen und lebensbedrohenden Erkrankungen. Auch die tägliche Konfrontation mit dem dadurch verursachten menschlichen Leid der Patienten und Angehörigen stellt hohe An-

forderungen an die individuelle Fähigkeit jedes Einzelnen, solche psychischen Krisensituationen einerseits professionell zu begleiten und anderseits persönlich zu verarbeiten [1]. Während der routinierte Umgang mit medizinischen Notfällen charakteristisch für die Intensivmedizin ist, spielt das professionelle psychosoziale Krisenmanagement bisher kaum eine Rolle in der praktischen Arbeit auf der Intensivstation, da Psychologen als Fachkräfte für Krisenintervention nicht in der intensivmedizinischen Komplexbehandlung abgebildet sind. Folglich werden diese Fachkräfte, wenn gleich von den Berufsverbänden gefordert [2], aktuell nur wenigen Intensivstationen zur Verfügung stehen. Die Betreuung von Angehörigen und Patienten in akuten psychischen Krisensituationen muss daher entweder den Ärzten und Pflegekräften der Station übertragen werden oder sie kann aufgrund mangelnder personeller Ressourcen und/oder hoher Arbeitsdichte nur unzureichend erfol-

gen. Diese Situation erleben die Beteiligten als unbefriedigend und belastend, sehen sie sich doch mit Menschen in existenziellen Nöten konfrontiert, die sie in vielen Fällen nicht hinreichend begleiten können [3].

Aktueller Stand psychologischer Patienten- und Angehörigenbetreuung auf der Intensivstation

Im Krankenhaus erfolgt in Deutschland die psychologische Betreuung der Patienten zumeist über den sogenannten Konsil- und Liaisondienst. In diesem System können Psychologen als professionelle Unterstützung für Patienten und teilweise auch für Angehörige angefordert werden [4]. Die Betreuung ist dabei konsiliarisch oder auch kontinuierlich möglich. Nur selten allerdings ist ein Psychologe ausschließlich für die Intensivstation zuständig. Zudem sind die zeitlichen Ressourcen sowie die terminliche Flexibilität der entsprechenden Fachkraft sehr begrenzt, da sie oftmals

auf mehreren Stationen eingesetzt wird. Eine Abrechnungsmöglichkeit für psychologische Arbeit auf der Intensivstation gibt es derzeit nicht [5], obwohl die Patienten durch schwere körperliche Erkrankung und Intensivmedizin belastet sind [6]. Die Angehörigen müssen trotz eigener Betroffenheit und Belastung ihre Aufgabe als Patientenvertreter wahrnehmen [7]. Demzufolge sind Situationen, in denen Menschen psychisch stark belastet sind, auf der Intensivstation häufig, und psychologische Fachkräfte werden konsequenterweise für diesen Bereich auch gefordert [2]. Es fehlen jedoch gewöhnlich die strukturellen Voraussetzungen und praktikable Modelle für die interdisziplinäre Einbindung von Psychologen auf Intensivstationen.

Rahmenbedingungen und inhaltliche Schwerpunkte der psychologischen Arbeit auf der Intensivstation

Mehr als in anderen Bereichen des Krankenhauses wird der Ablauf auf der Intensivstation durch unvorhergesehene Ereignisse bestimmt. Dieser Tatsache muss auch die psychologische Arbeit Rechnung tragen. Nachfolgende konzeptuelle Überlegungen basieren auf der mehrjährigen praktischen Tätigkeit der Autorin auf zwei anästhesiologisch geleiteten chirurgischen Intensivstationen an einem Krankenhaus der Maximalversorgung und sind ein Vorschlag für den künftigen Einsatz von Psychologen auf der Intensivstation.

1. Psychologische Unterstützung sollte wochentags zeitlich flexibel von den Teammitgliedern zur Betreuung der Patienten und Angehörigen angefordert werden können. Auch die Initiierung eines Kriseninterventionsdienstes auf Abruf wäre hilfreich, um psychologische Notfallsituationen außerhalb der regulären Dienstzeiten kompetent zu begleiten.
2. Damit psychologische Unterstützung in Krisensituationen wirksam erfolgen kann, ist der tätige Psychologe auf Informationen angewiesen. Neben den expliziten Informationen zu einem bestimmten Fall, die zum Ver-

ständnis der aktuellen Situation und zur Klärung des psychologischen Arbeitsauftrages wichtig sind, spielen implizite Informationen über die regulären Abläufe auf der Station, wichtige Ansprechpartner, die Gestaltung von Gesprächssituationen und den Ablauf bestimmter Gespräche eine wichtige Rolle, um routinierte Kompetenz und Sicherheit im Kontakt mit den Patienten und Angehörigen zu vermitteln. Die aus den Gesprächen mit Patienten und Angehörigen resultierende psychologische Einschätzung wird dem Behandlungsteam durch Niederschrift in der elektronischen Patientenakte transparent gemacht.

3. Die Arbeit erfolgt nicht konsiliarisch, vielmehr ist der Psychologe als festes Mitglied im interdisziplinären intensivmedizinischen Team verankert. Seine Erkenntnisse kommuniziert er in einem fortlaufenden Prozess dem behandelnden Team. Hinsichtlich der Patientenbetreuung ist der Psychologe berechtigt, relevante Informationen an die beteiligten Ärzte weiterzugeben [8]. Unter Wahrung der Schweigepflicht bezüglich der Gesprächsinhalte kann der Psychologe auch seinen Eindruck von den Angehörigen mitteilen und so wichtige Hinweise für die Gestaltung der ärztlichen und pflegerischen Gespräche geben.
4. Die psychologische Tätigkeit umfasst hauptsächlich die Betreuung von Patienten und Angehörigen während des Aufenthalts auf der Intensivstation.
5. Notfallpsychologie und Krisenintervention sind die Schwerpunkte der Tätigkeit. Psychische Krisensituationen von Patienten und Angehörigen werden daher vorrangig gegenüber anderen Anliegen zur Patienten- bzw. Angehörigenbegleitung behandelt.
6. Sie sollte grundsätzlich mit den relevanten OPS aus dem Kapitel 9.40 - 9.41 kodiert werden, um die erbrachte Leistung abzubilden. Zukünftig ist außerdem die Entwicklung einer detaillierten täglichen Tätigkeitsdokumentation notwendig.

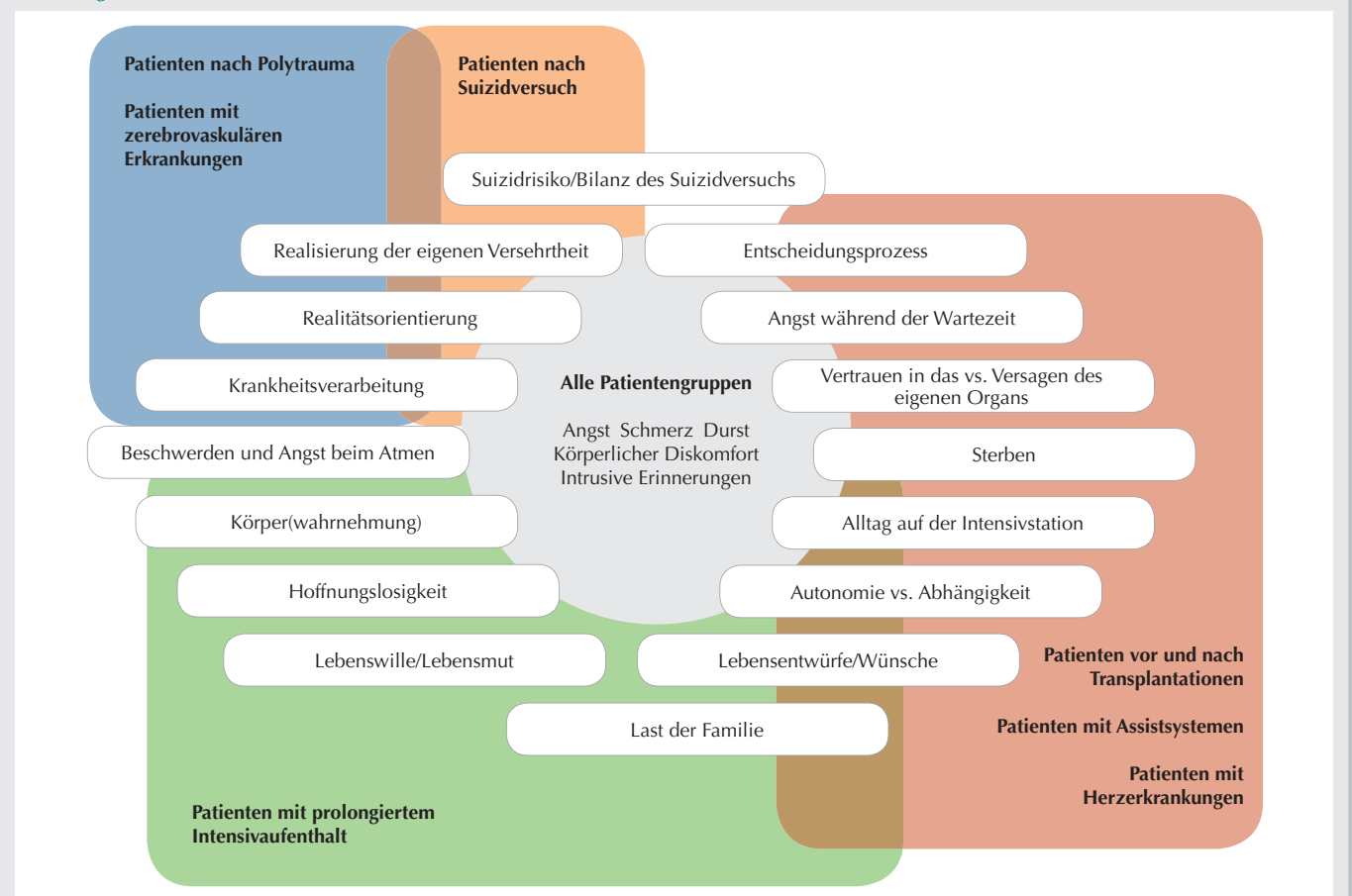
7. Die Tätigkeit wird von einem Psychologen mit Diplom- oder Masterabschluss ausgeübt. Eine Vertiefung in klinischer Psychologie ist ebenso wie eine zertifizierte Weiterbildung in den Bereichen Notfallpsychologie und/oder Psychotherapie notwendig.

Psychologische Interventionen bei Intensivpatienten

Abhängig von Struktur und Zugehörigkeit einer Intensivstation werden dort heterogene Patientengruppen behandelt. Die Indikationen für psychologische Interventionen können daher vielfältig sein (Abb. 1). Zahlreiche Aspekte der Intensivbehandlung bzw. der Erkrankung können von den Patienten als Stressoren wahrgenommen werden [9] und daher zu psychischer Belastung führen. Zusätzlich befinden sich viele Patienten durch Medikation, eine Infektsituation bzw. die zugrundeliegende Erkrankung in einem Zustand eingeschränkter Wahrnehmungsfähigkeit. Strukturelle Bedingungen der Intensivstation erschweren zusätzlich einen gelingenden Realitätskontakt [10]. Die Patienten können sich in inneren Zuständen befinden, in denen sie gravierende Schwierigkeiten haben, ihre subjektiven Wahrnehmungsinhalte mit der äußeren Umgebung und/oder ihrem Körper in Beziehung zu setzen (Dissoziation). Die Etablierung und Förderung der Kontaktfähigkeit sowie der Aufbau einer tragfähigen supportiven Beziehung mit dem übergeordneten Ziel der psychischen Stabilisierung des Patienten stellen die zentralen Inhalte der psychologischen Arbeit mit Intensivpatienten dar (Abb. 2).

Patienten können während einer Intensivbehandlung in ihrer Wahrnehmungsfähigkeit unterschiedlich stark beeinträchtigt sein. Bei wachen und adäquaten Patienten können je nach Symptomlage Interventionen wie z.B. Entspannungs- oder Imaginationsübungen [11], allerdings nicht manualisiert, sondern nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten zur Anwendung kommen. Auch Psychoedukation hinsichtlich der

Abbildung 1



Psychologisch relevante Themen ausgewählter Patientengruppen auf der Intensivstation.

normalen Verarbeitung von kritischen bzw. traumatischen Lebensereignissen hat sich vor allem in der Arbeit mit Patienten nach Polytrauma oder Suizidversuch bewährt [12].

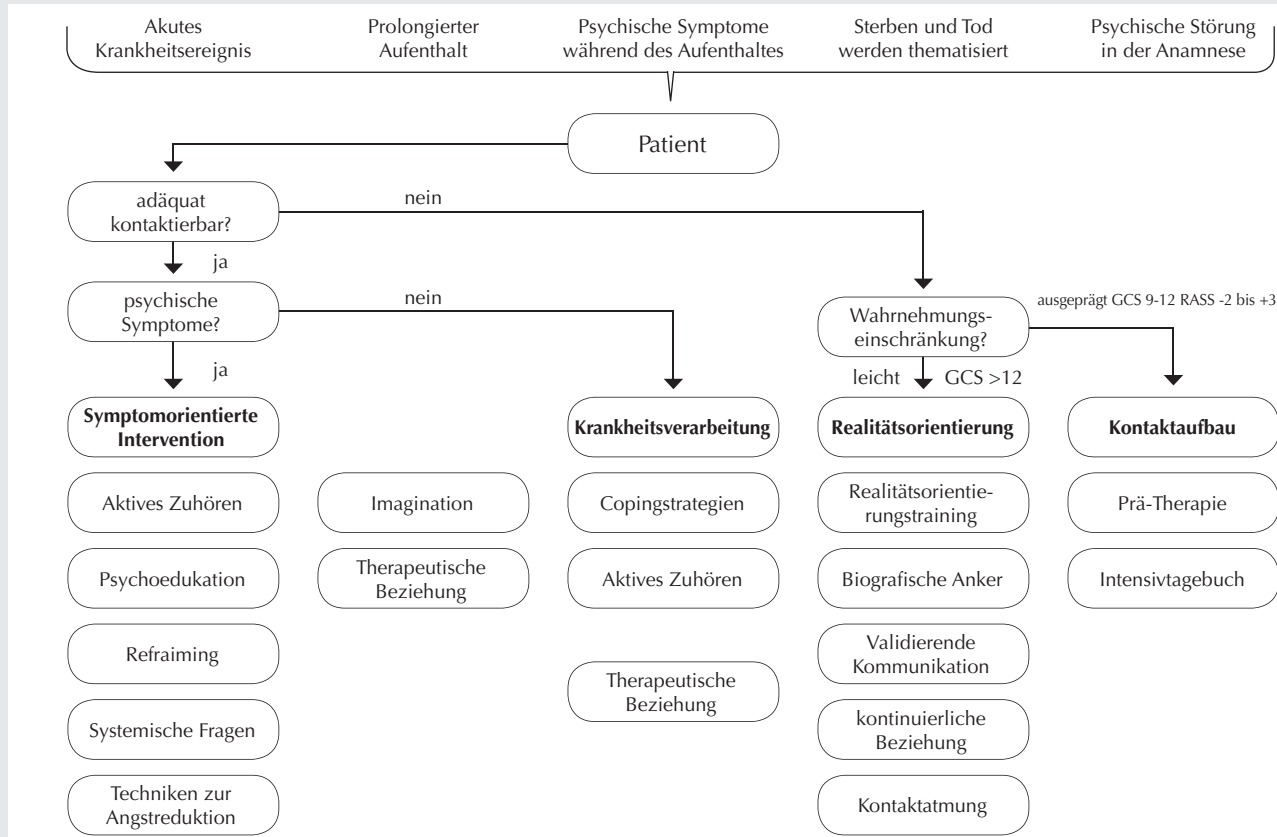
Eine erweiterte bzw. veränderte Sichtweise auf das Symptom bzw. die aktuelle Situation kann bei den Betroffenen auch durch systemische Fragen und Reframing, eine Technik, die den Patienten dazu anleitet, das Problem/Symptome aus einem anderen Blickwinkel wahrzunehmen, gefördert werden. Grundlegend für die psychologische Arbeit mit dem wachen und adäquaten Patienten ist die Gestaltung einer „Arbeitsbeziehung“ (therapeutische Beziehung), die einen neutralen und geschützten Kommunikationsrahmen für seine Erfahrungen und Erlebnisse bietet [13].

Wahrnehmungsbeeinträchtigte Patienten können mit dem Ziel der Realitätsorientierung [14]. bzw. der Validierung ihres eigenen Erlebens [15] unterstützt werden, wobei die Auswahl der jeweiligen Intervention situationsabhängig entschieden werden muss. In der praktischen Erfahrung führt Realitätsorientierung mitunter zu Agitation insbesondere bei deliranten Patienten, sodass die validierende Kommunikation und das Gespräch über biografische Themen mitunter beruhigender für den Patienten sein können. Bei stark wahrnehmungsbeeinträchtigten Patienten können durch häufige Kontakte nach dem Konzept der Prä-Therapie [16] Hypothesen über das Befinden des Patienten generiert werden. Nicht zuletzt stellt auch das Intensivtagebuch eine Möglichkeit dar, mit dem wahrnehmungsbeeinträchtigten

Patienten in Kontakt zu treten [17], indem Regungen und Verhaltensweisen des Patienten darin vermerkt werden.

Die psychologischen Konsultationen erfolgen mehrmals wöchentlich für die Dauer von bis zu 20 Minuten und ermöglichen so ein engmaschiges Screening des psychischen Befindens und den Aufbau einer kontinuierlichen supportiven therapeutischen Beziehung. Künftig sollten auch praktikable und valide Screeninginstrumente zur Erfassung des psychischen Befindens eingesetzt werden [18,19] (siehe Information „Erfassung psychischer Symptome“ am Ende des Textes). Sie ermöglichen die Identifikation besonders belasteter Patienten, da diese gefährdeter sind, auch nach der Intensivbehandlung an psychischen Symptomen und Störungen zu leiden [20,21].

Abbildung 2



Indikationen für psychologische Patientenbetreuung auf der Intensivstation (ganz oben) und deren Umsetzung bei verschiedenen Patientengruppen.

Die inhaltliche Gestaltung und Wirksamkeit der psychologischen Betreuung von Patienten wird in verschiedenen Studien untersucht [11,23,24,25], wobei die besonderen Herausforderungen der Intensivmedizin für die psychologische Praxis [26] nur teilweise Berücksichtigung finden und der Modus der psychologischen Intervention („Wer?“ „Wann?“ „Und für wie lang?“ [27]) noch unklar ist. Künftige Untersuchungen sollten auch die Möglichkeiten psychologischer Unterstützung von Patienten, die wahrnehmungs- und/oder äußerungsbeeinträchtigt sind (bspw. durch die zugrundeliegende Erkrankung, durch Intubation oder Tracheotomie) in den Fokus rücken. Notwendig ist auch die Entwicklung von relevanten Outcomes, mit denen die Wirksamkeit psychologischer Interventionen während der Intensivbehandlung abgebildet werden kann.

Psychologische Angehörigenbetreuung

Die Betreuung von Angehörigen ist neben der Patientenbetreuung die zweite Säule der professionellen psychologischen Tätigkeit auf der Intensivstation. Ähnlich wie in der Pädiatrie und der Palliativmedizin haben die Angehörigen in der Intensivmedizin einen großen Stellenwert durch ihre rechtliche Stellvertreterfunktion für den einwilligungsunfähigen Patienten. Sie sind daher in dem in Deutschland praktizierten Modell des Shared-Decision-Making [28] Informations- und Entscheidungspartner. Aus diesem Grund müssen Angehörige in das Konzept psychologischer Arbeit auf der Intensivstation eingebunden werden.

Es wurde bereits umfassend belegt, dass die Angehörigen massiven psychischen

Belastungen ausgesetzt sind [29], wobei aktuelle Untersuchungen hauptsächlich auf psychische Langzeitfolgen fokussieren [30,31]. Häufiger jedoch als diese dürften akute Belastungsreaktionen von Angehörigen in der Situation, in der der Patient auf der Intensivstation behandelt wird, problematisch sein. Es kann angenommen werden, dass sich die meisten Angehörigen zumindest in den ersten Tagen nach Aufnahme des Patienten auf der Intensivstation in einem krisenhaften Zustand befinden und Symptome einer akuten Belastungsreaktion zeigen (siehe Information „Angehörige in Krisensituationen“ am Ende des Textes) [32]. Oftmals werden der hohe Stellenwert der Kommunikation [33] und die Einbeziehung der Angehörigen in Entscheidungsprozesse [34] betont. Ärzte und Pflegekräfte sehen sich in der Praxis immer wieder damit konfrontiert, mit Angehörigen, die

sich in einem psychischen Ausnahmezustand befinden, wichtige Gespräche über die medizinische bzw. pflegerische Therapie des Patienten führen zu müssen. Diese Aufgabe kostet nicht nur viel Zeit und erfordert ein hohes Maß an Gesprächsführungskompetenz, sie geht auch oft über die eigentliche Arbeitsaufgabe des Behandlungsteams hinaus. In vielen Bereichen der Angehörigenbetreuung kann der Psychologe das Team der Intensivstation durch seine Tätigkeit entlasten (Tab. 1).

Psychosoziale Arbeit mit Angehörigen ist Notfallpsychologie

Da sich die Angehörigen zumindest temporär in einem Zustand psychischer Krise befinden, können Interventionen auf Grundlage der Notfallpsychologie zur Anwendung kommen. Insbesondere der Erstkontakt mit Angehörigen nach der Aufnahme des Patienten auf der Intensivstation oder in anderen Notfallsituationen kann nach den Prinzipien der psychosozialen Notfallhilfe erfolgen [36,37]. Ein schematischer Ablauf der notfallpsychologischen Herangehensweise von Lasogga und Gasch [36,37] wird im Folgenden auf die notfallpsychologische Begleitung der Angehörigen

von Intensivpatienten übertragen. Einzelne Aspekte werden exemplarisch anhand einer typischen Notfallsituation (Angehörige eines polytraumatisierten Patienten kommen zum ersten Besuch) erläutert.

Der Psychologe muss zunächst durch Informationen des Oberarztes, Dienstarztes und der Patientenakte einen Überblick über die aktuelle medizinische Situation und den Status der Angehörigen gewinnen. Daran schließt sich die eigentliche Intervention an. Der Psychologe sucht die Angehörigen am Patientenbett bzw. im Wartebereich auf oder begleitet den Arzt zum Erstgespräch mit den Angehörigen, stellt sich in seiner Funktion vor und bietet die Gesprächsmöglichkeit an. Das Gespräch wird außerhalb der belastenden Situation am Patientenbett geführt.

Begleitet er den Arzt zum Erstgespräch, kann der Psychologe nach erfolgten medizinischen Informationen bei den Angehörigen verweilen und zunächst eine erste Einschätzung hinsichtlich des aktuellen Befindens der Angehörigen treffen (Wer wirkt besonders belastet? Was brauchen die Angehörigen, um sich beruhigen zu können?). So kann es notwendig sein, die Angehörigen

durch sachliche Informationen bspw. zum Procedere der nächsten Stunden zu beruhigen oder ihren Emotionen dadurch Raum zu geben, dass sie über das berichten können, was sie aktuell bewegt. Möglicherweise waren Angehörige selbst direkt oder indirekt in das Unfallereignis involviert und haben das Bedürfnis, darüber zu sprechen. Je nach dem psychischen Zustand der Angehörigen kann es notwendig sein, direkte Handlungsanweisungen zu geben („Sie müssen voraussichtlich noch 1-2 Stunden warten. Am besten verbringen Sie diese Zeit nicht ausschließlich hier im Wartebereich, sondern gehen noch einmal für eine halbe Stunde nach draußen.“ „Müssen noch andere Angehörige verständigt werden? Das könnten Sie jetzt übernehmen.“ „Wir setzen uns jetzt erst einmal hin, und Sie können mir alles in Ruhe erzählen.“). Ein ruhiges, kompetentes und direktes Auftreten ist zentral für das Management von psychosozialen Notfallsituationen und vermittelt den Angehörigen das Gefühl von Sicherheit. Der Psychologe muss folglich mit dem ganzen Spektrum an möglichen emotionalen Reaktionen der Angehörigen rechnen und ihnen signalisieren, dass er auch intensive Verzweiflung, Wut, Trauer oder Angst aushalten und begleiten kann. Weiterhin muss er mit allen Abläufen der Intensivstation routiniert vertraut sein und für die notfallpsychologische Begleitung genügend Zeit einplanen. Um die Handlungsfähigkeit der Angehörigen und damit das Gefühl der Selbstkontrolle zu unterstützen, sollten psychologische Notfallinterventionen an vorhandenen Ressourcen der Angehörigen ansetzen (Beispielsweise spüren viele Menschen sehr gut, wenn sie eine Situation nicht aushalten können und ein psychischer Zusammenbruch droht. In diesem Fall können die Betroffenen darin unterstützt werden, ihrem Gefühl zu trauen und sich nur in dem Maß der Situation auszusetzen, das für sie auszuhalten ist. Das kann z.B. dadurch sein, dass sie nicht mit an das Patientenbett gehen können. Andere wiederum profitieren davon, wenn sie sich die Situation strukturieren können, damit die bestehende Angst und

Tabelle 1

Psychologische Angehörigenbetreuung auf der Intensivstation im Verlauf des Aufenthaltes.

Zeitlicher Verlauf		Tätigkeit des Psychologen	
Aufnahme des Patienten (Tag 1-3)		<ul style="list-style-type: none"> • Proaktives Aufsuchen der Angehörigen, bei Bedarf notfallpsychologische Intervention • Veränderung des Alltags und des Familiengefüges • Aktuelle Ängste und Sorgen • Einschätzung der aktuellen Belastung der Angehörigen und ggf. Aktivierung weiterer Hilfen (z.B. weiteres soziales Umfeld, praktische Entlastung durch bspw. Krankschreibung) 	
Kritischer Zustand/ protrahierter Verlauf		<ul style="list-style-type: none"> • Veränderter Alltag durch protrahierten Verlauf • Förderung der Selbstfürsorge der Angehörigen • Bei kritischem Zustand Gesprächsangebot auch zu den Themen Sterben und Tod 	
Verlegung	Verstreben	<ul style="list-style-type: none"> • Abschließendes Gespräch vor Verlegung ggf. Aktivierung weiterer professioneller Hilfen für die Angehörigen 	<ul style="list-style-type: none"> • Familienkonferenz • Begleitung der Angehörigen an das Sterbebett • Zurückhaltende Präsenz und Verfügbarkeit während des Sterbeprozesses • Falls erforderlich Aktivierung professioneller Unterstützung für die Trauersituation nach Verlassen der ITS

Unsicherheit reduziert wird, z.B. in der folgenden Form: „Jetzt ist er im OP, dann können wir in ca. 2 Stunden zu ihm gehen, er wird aber durch Medikamente tief schlafen; er wird anders aussehen; er ist am Kopf, an den Armen und am Bauch verletzt, aber er hat im Moment keine Schmerzen und keinen Stress. Hier wird gut für ihn gesorgt.“).

Es ist wichtig, die Angehörigen zu eigenständigem Handeln zu motivieren („Haben Sie bereits XYZ informiert? Haben Sie die Nummer hier? Wenn Sie möchten, bleibe ich bei Ihnen, wenn Sie ihn/sie anrufen.“ „Wen können Sie heute Abend anrufen, wenn Sie nicht schlafen können?“). Auch Psychoedukation zum Thema der akuten Belastungsreaktion hat sich als entlastend für die Angehörigen erwiesen („Dass Sie im Moment keinen klaren Gedanken fassen können und sich völlig durch den Wind fühlen, ist ganz natürlich angesichts dieser Situation. Es bedeutet nicht, dass mit Ihnen etwas nicht stimmt, sondern ist eine ganz normale Reaktion auf so eine schwere Belastung.“). Übergeordnetes Ziel der Erstintervention ist die Vermeidung einer psychischen Dekompensation bzw. die psychische Stabilisierung der betreffenden Angehörigen durch die genannten

Maßnahmen: Beruhigen, Zuhören, Informieren (inklusive Psychoedukation), Strukturieren, Selbstkontrolle und Ressourcenaktivierung fördern [36,37]. In ihrer Grundorientierung ist die Notfallpsychologie daher salutogenetisch, proaktiv und direktiv.

Die Angehörigen werden in der Regel in nachfolgenden Kontakten weiter betreut, da sie nach der akuten Krisensituation mit zahlreichen Herausforderungen eines veränderten Alltags konfrontiert sind [32]. Auftretende Schwierigkeiten und Konflikte sowie der Umgang mit der aktuellen Situation sind dann oft Gegenstand psychologischer Gespräche. Ein ressourcenorientierter psychologischer Arbeitsansatz hilft den Angehörigen, einen konstruktiven, kräfteschonenden Umgang mit der schwierigen Situation zu finden (Themengebiete in Tab. 2).

Therapiezieländerung: Psychologische Angehörigenbetreuung in End-of-Life-Decisions

Therapiezieländerungen weg von einer kurativen hin zu einer symptomkontrollierenden palliativen medizinischen Strategie werden auf der Intensivstation

häufig getroffen. Diese Situationen zeichnen sich durch hohe Komplexität aus [38] und werden von Ärzten und Pflegekräften oftmals belastend erlebt [39]. Eine Optimierung der bestehenden Praxis kann durch veränderte Kommunikationsstrukturen erreicht werden [40]. Wie Abbildung 3 verdeutlicht, kann der Psychologe wichtige Informationen zur Vorbereitung von therapieentscheidenden Gesprächen beitragen, so zum Beispiel eine umfassendere psychosoziale Anamnese des Patienten durch Gespräche mit den Angehörigen, Informationen zur Lebensqualität vor der Intensivbehandlung und damit wichtige Aspekte zur Eruiierung des mutmaßlichen Patientenwillens. Auch die Situation und Haltung der Angehörigen kann psychologisch eingeschätzt und diese Bewertung in die Planung des Angehörigengesprächs eingehen. Darüber hinaus ist auch die engmaschige Erhebung des psychischen Befindens des Patienten – sofern möglich – durch den Psychologen zu realisieren und für das Angehörigengespräch relevant.

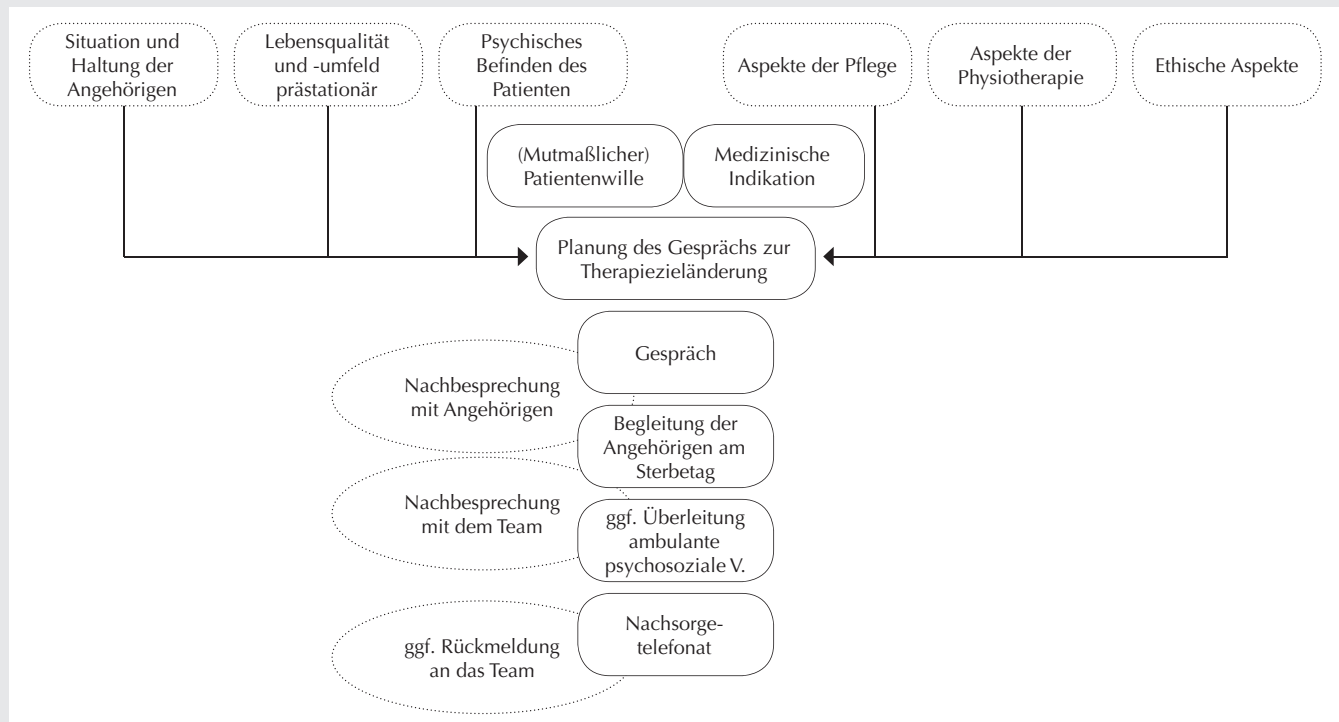
In der praktischen Tätigkeit der Autorin werden Gespräche zur Therapiezieländerung mit den Angehörigen im Nach-

Tabelle 2

Relevante Themen für die psychologische Angehörigenbetreuung im Verlauf.

Angehörige von	Themen im Verlauf	Zusätzliche spezifische Themen der betroffenen Angehörigen
Patienten nach Polytrauma	<ul style="list-style-type: none"> Veränderte Rollen in der Familie 	<ul style="list-style-type: none"> Schuldgefühl (eigene bzw. Schuld der in das Ereignis involvierten Personen)
Patienten mit zerebrovaskulären Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> Eigene Belastung Rolle als Patientenvertreter und Patientenwille 	<ul style="list-style-type: none"> Traumatische Erfahrungen (Anwesenheit beim verursachenden Ereignis bzw. erste Besuche auf der Intensivstation) Juristische Auseinandersetzungen
Patienten vor und nach Transplantationen	<ul style="list-style-type: none"> Kommunikation mit dem Patienten und dem Team der Intensivstation 	<ul style="list-style-type: none"> Gedanken/Ängste hinsichtlich der Zukunft (Lebensentwürfe) Langanhaltende Belastung für alle nahen Angehörigen Gravierende Veränderung des Alltags, z.B. durch Aufgabe der eigenen Erwerbstätigkeit, finanzielle Schwierigkeiten etc.
Patienten mit Assistsystemen	<ul style="list-style-type: none"> Gedanken/Ängste hinsichtlich der Zukunft des Patienten (Lebensentwürfe) 	<ul style="list-style-type: none"> Starre familiäre Rollen als Patient bzw. Angehöriger durch meist langwierige Erkrankung Hoffnung in die Transplantation bzw. Operation
Patienten mit Herzerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> Umgang des Patienten mit den Einschränkungen Angst vor dem Versterben des Patienten Angehörigenbetreuung im Falle des Versterbens 	<ul style="list-style-type: none"> Langanhaltende Belastung für alle nahen Angehörigen Gravierende Veränderung des Alltags, z.B. durch Aufgabe der eigenen Erwerbstätigkeit, finanzielle Sorgen etc. Umgang mit dem Patienten Rolle als Patientenvertreter und Patientenwille Mögliche Pflegebedürftigkeit des Patienten
Patienten mit prolongiertem Intensivaufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> Bei Bedarf Einbindung ambulanter psychosozialer Dienste 	<ul style="list-style-type: none"> Schuldgefühl Fassungslosigkeit Unsicherheit im Umgang mit dem Patienten
Patienten nach Suizidversuch		

Abbildung 3



Psychologische Unterstützung in End-of-Life-Entscheidungen im zeitlichen Verlauf. Der Psychologe steuert Informationen zur Situation der Angehörigen, zum mutmaßlichen Patientenwillen und zur psychischen Situation des Patienten zur Gesprächsvorbereitung bei, er begleitet die Angehörigen während des gesamten Prozesses und bietet bei Bedarf ein nachsorgendes Telefonat an.

gang reflektiert. Dabei wird eruiert, wie die Angehörigen das vorangegangene Arztgespräch aufgefasst haben und welche Schlüsse sie daraus ziehen. Ebenso steht der psychische Verarbeitungsprozess des bevorstehenden Todes im Fokus der psychologischen Begleitung.

Der Psychologe sollte Angehörigen im Fall des Versterbens ihres Angehörigen auf der Intensivstation seine Begleitung anbieten. Am Sterbetag signalisiert er wiederholt seine Verfügbarkeit, verweilt mit den Angehörigen am Sterbebett und stellt ihnen bei Bedarf Raum und Zeit für Pausen bzw. für Gespräche zur Verfügung. Das psychische Befinden wird eingeschätzt, um bei Bedarf externe Hilfen (wie z.B. Hospizvereine oder kurzfristige Beratung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst) heranzuziehen. Falls notwendig, kann auf diese Weise der Kontakt zur ambulanten Nachbetreuung der Angehörigen im Trauerfall geknüpft werden und so eine Überlei-

tung in die ambulante psychosoziale Trauerbegleitung erfolgen. Derzeit wird die Realisierbarkeit von Nachsorgetelefonaten bei trauernden Angehörigen im Zeitraum von 1-4 Wochen nach dem Versterben in der praktischen Arbeit der Autorin überprüft.

Kommunikation und Team – die überparteiliche Position des Psychologen

Der auf der Intensivstation tätige Psychologe entlastet das Team durch die Betreuung von Patienten und Angehörigen in emotional herausfordernden Situationen. Darüber hinaus verfügt er über Informationen von professionell Tätigen, Patienten sowie Angehörigen, hat eine überparteiliche Position und nutzt beide Aspekte zur Förderung eines konstruktiven Kommunikationsprozesses zwischen allen Beteiligten. Bei Bedarf können teambezogene Angebote (z.B. die Besprechung ausgewählter Fälle) das

Spektrum der psychologischen Arbeit erweitern, ohne damit Aufgaben des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu übernehmen. Viele Anliegen, vor allem vonseiten des Teams, werden neben psychologischen auch medizinethischen Fragen aufwerfen. Der Psychologe sollte über fachliches Wissen in diesem Bereich verfügen, jedoch in seiner Funktion als Psychologe keine medizinethischen Einschätzungen formulieren.

Zusammenfassung

Das Erleben einer kritischen Erkrankung und der Aufenthalt auf der Intensivstation sind oftmals mit psychischen Belastungen für Patienten und Angehörige verbunden, die eine professionelle psychologische Betreuung erfordern. Obwohl die Notwendigkeit gesehen wird [2], ist dieser Tätigkeitsbereich in der intensivmedizinischen Fallpauschale nicht abgebildet. Daher erhalten Patienten und Angehörige auf Intensivstationen nicht

die gleiche Möglichkeit der psychosozialen Unterstützung, wie sie Patienten und Angehörigen auf Palliativstationen berechtigterweise durch die DRG zugestanden wird. In ihrer Definition von Palliative Care schließt die WHO [41] aber explizit kritisch erkrankte Menschen ein und fordert für diese und ihre Familien die psychosoziale Betreuung. Präventiv und als Krisenintervention ist die psychologische Betreuung besonders in der Akutsituation während der Intensivbehandlung essentiell und sollte selbstverständlicher Teil einer professionellen ganzheitlichen Therapie kritisch kranker Menschen sein.

Erfassung psychischer Symptome bei Intensivpatienten

Ein Zusammenhang zwischen psychischen Symptomen während des Intensivaufenthaltes und psychischen Langzeitfolgen konnte in jüngeren Untersuchungen nachgewiesen werden [18,20] und unterstreicht die Notwendigkeit der systematischen und standardisierten Erfassung dieser Symptome, da allein die Fremdeinschätzung von Ärzten und Pflegekräften nicht ausreicht, um das Vorliegen und Ausmaß psychischer Symptome von Patienten zu erkennen [22].

Deutschsprachig steht aktuell dafür kein spezifiziertes Verfahren zur Verfügung. Bestehende Fragebögen, mit denen psychisches Befinden im Rahmen einer körperlichen Erkrankung erfasst werden kann, sind zu lang, zu kompliziert und/oder enthalten für den Kontext irrelevante Items.

Englischsprachig ist neben einem Verfahren von Schandl et al. [19], das Risikofaktoren wie Elternschaft, bereits bestehende Erkrankungen, psychologische Vorgeschichte und gedrückte Stimmung während des Aufenthaltes erfasst und anhand dieser Sachverhalte einen Risikoindex bildet, vor allem das IPAT von Wade et al. [18,20] als vielversprechendes Verfahren zu nennen. Dieses erfasst Kommunikations- sowie Schlafschwierigkeiten, Unruhe, Traurigkeit, Panik, Hoffnungslosigkeit, Desorientiertheit, Halluzinationen, paranoides Denken und Intrusionen mit einer dreistufigen Antwortskala. Das IPAT wäre mit einer Durchführungsdauer von nur wenigen Minuten im praktischen Alltag auf der Intensivstation realisierbar, müsste aber zunächst übersetzt und an einer deutschen Normstichprobe validiert werden.

Angehörige in Krisensituationen

Viele Angehörige von Intensivpatienten befinden sich zumindest temporär in einer akuten psychischen Krise. Gekennzeichnet ist diese durch den „Verlust des seelischen Gleichgewichtes infolge akuter Überforderung eines gewohnten Verhaltens-/Bewältigungssystems durch belastende äußere oder innere Ereignisse“ [35]. Die betreffende Person ist folglich zeitlich begrenzt nicht in der Lage, eine Situation mit den ihr zur Verfügung stehenden Handlungsstrategien zu bewältigen. Symptome einer akuten Belastungsreaktion können auftreten. Die Person fühlt sich überfordert, ist nur eingeschränkt wahrnehmungs- und handlungsfähig und psychisch meist stark belastet. Notfallpsychologische Interventionen während der Krisensituation fördern ressourcenorientiert die Wiedererlangung der psychischen Stabilität. Eine prolongierte Reaktion auf eine Krisensituation kann psychopathologisch relevant und unter anderem als Anpassungsstörung behandlungsbedürftig sein.

Literatur

1. Elpern EH, Silver MR: Improving outcomes: focus on workplace issues. *Curr Opin Crit Care* 2006;12:395-98
2. DIVI (2010). Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen. Verfügbar unter: www.divi-org.de
3. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E: Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care* 2007;13:482-88
4. Wolf M, Arolt V, Burian R, Diefenbacher A: Konsiliar-Liaison Psychiatrie und Psychosomatik. *Nervenarzt* 2013; 84:639-50
5. Häuser W, Stein B: Psychiatrische und psychosomatische Konsiliar- und Liaisondienstleistungen im deutschen Fallpauschalensystem. *Psychosom Konsiliarpsychiatr* 2007;1:47-51
6. Herbst A, Drenth C: The Intensity of Intensive Care: A Patient's Narrative. *Global Journal of Health Science* 2012; 14(5):20-29
7. McAdam JL, Puntillo K: Symptoms experienced by family members of patients in Intensive Care Units. *Am J Crit Care* 2009;18(3):200-209
8. Ethische Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. und des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (2005)
9. Yava A, Tosun N, Ünver V, Cicek H: Patient and Nurse Perceptions of Stressors in the Intensive Care Unit. *Stress and Health* 2010;27:e36-e47
10. Chan MC, Speth PM, Quinn K, Parotto M, Zhang H, Slutsky AS: Circadian rhythms: from basic mechanisms to the intensive care unit. *Crit Care Med* 2012;40(1):246-53
11. Papanthanasoglou EDE: Psychological support and outcomes for ICU patients. *Nursing in Critical Care* 2010;15(3):118-28
12. Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, Dang ST, Matrodomenico J, Nixon RDV, Felmingham KL, Hopwood S: A Randomized Controlled Trial of Exposure Therapy and Cognitive Restructuring for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008;76(4):695-703
13. Schüssler G: Krankheitsbewältigung und Psychotherapie bei körperlichen und chronischen Erkrankungen. *Psychotherapeut* 1998;43:382-90
14. Frank W, Konta B: Kognitives Training bei Demenzen und anderen Störungen mit kognitiven Defiziten. In *Health Technology Assessment*, 1. Auflage, Beitrag 26, Hrsg. Von der deutschen Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information. Köln; 2005
15. Feil N: Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München: E. Reinhardt; 2000
16. Prouty G, Pörtner M, van Wette D: Prä-Therapie. Stuttgart: Klett Cotta; 2015
17. Aitken LM, Rattray J, Hull A, Kenardy JA, Le Broque R, Ullman AJ: The use of diaries in psychological recovery from intensive care. *Crit Care* 2013;17:253
18. Wade DM, Howell DC, Weinman JA, Hardy RJ, Mythen MG, Brewin CR, Borja-Boluda S, Matejowski CF, Raine RA: Investigating risk factors for psychological morbidity three months after intensive care: a prospective cohort study. *Crit Care* 2012;16:R192
19. Schandl A, Bottai M, Hellgren E, Sundin O, Sackey PV: Developing an early screening instrument for predicting psychological morbidity after critical illness. *Crit Care* 2013;17:R210
20. Wade DM, Hankins M, Smyth DA, Rhone EE, Mythen MG, Howell DCJ, Weinman JA: Detecting acute distress and risk of future psychological morbidity in critically ill patients: validation of the intensive care psychological assessment tool. *Crit Care* 2014;18:519
21. Davydow DS, Hough CL, Zatzick D, Katon WJ: Psychiatric Symptoms and Acute Care Service Utilization over the Course of the Year Following Medical-Surgical Intensive Care Unit Admission:

- A Longitudinal Investigation. *Crit Care Med* 2014;42(12):2473-81
22. Laugsand EA, Sprangers MAG, Bjordal K, Skorpen F, Kaasa S, Klepstad P: Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients: A multicenter European study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010; 8:104
 23. Peris A, Bonizzoli M, Iozzeli D, Migliaccio ML, Zagli G, Bacchereti A, et al: Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Crit Care* 2011;15:R41
 24. Long AC, Kross EK, Davydow DS, Curtis JR: Posttraumatic stress disorder among survivors of critical illness: creation of a conceptual model addressing identification, prevention and management. *Intensive Care Med* 2014;40:820-29
 25. Karnatovskaja LV, Philbrick KL, Parker AM, Needham DM: Early Psychological Therapy in Critical Illness. *Semin Respir Crit Care Med* 2016;37:136-42
 26. Hannich HJ: *Medizinische Psychologie in der Intensivmedizin*. Berlin: Springer; 1987
 27. Hatch R, McKechnie S, Griffiths J: Psychological intervention to prevent ICU-related PTSD: who, when and for how long? *Crit Care* 2011;15:141
 28. Lautrette A, Peigne V, Watts J, Souweine B, Azoulay E: Surrogate decision makers for incompetent ICU patients: a European perspective. *Curr Opin Crit Care* 2008;14:714-19
 29. McAdam JL, Puntillo K: Symptoms Experienced by Family Members of Patients in Intensive Care Units. *Am J Crit Care* 2009;18(3):200-209
 30. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ: Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med* 2012;40(2):618-24
 31. Schmidt M, Azoulay E: Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Curr Opin Crit Care* 2012;18(5):540-47
 32. Nagl-Cupal M, Schnepf W: Angehörige auf Intensivstationen: Auswirkungen und Bewältigung. Eine Literaturübersicht über qualitative Forschungsarbeiten. *Pflege* 2010;23(2):69-80
 33. Scheunemann LP, McDevitt M, Carson SS, Hanson LC: Randomized Controlled Trials of Interventions to Improve Communication in Intensive Care Unit. *Chest* 2011;139(3):543-54
 34. Scheunemann LP, Arnold RM, White DB: The Facilitated Values History. Helping Durrogates Make Authentic Decisions for Incapacitated Patients with Advanced Illness. *Am J Respir Crit Care Med* 2012;186(6):480-86
 35. Berger P, Riecher-Rössler A: Definition von Krise und Krisenassessment. In: Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD (Hrsg.), *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention* (S. 19-30). Göttingen: Hogrefe; 2004
 36. Lasogga F, Gasch B: *Psychische Erste Hilfe bei Unfällen* (5. überarb. Aufl.). Edewecht: Stumpf und Kossendey; 2013
 37. Lasogga F, Gasch B (Hrsg.): *Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis* (2. überarb. Aufl.). Berlin: Springer; 2011
 38. Papadimos TJ, Maldonado Y, Tripathi RS, Kothari DS, Rosenberg AL: An overview of end-of-life issues in the intensive care unit. *International Journal of Critical Illness and Injury Science* 2011;1(2):138-146. doi:10.4103/2229-5151.84801
 39. Flannery L, Ramjan LM, Peters K: End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU) – Exploring the experiences of ICU nurses and doctors – A critical literature review. *Australian Critical Care* 2016;29(2):97-103
 40. Quenot J-P, Rigaud J-P, Prin S, et al: Suffering among carers working in critical care can be reduced by an intensive communication strategy on end-of-life practices. *Intensive Care Medicine* 2012;38(1):55-61. doi:10.1007/s00134-011-2413-z
 41. WHO (2002, 2014): Sixty-Seventh world health assembly. Agenda item 15.5. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. WHA67.19.

Korrespondenz- adresse



**Dr. rer. nat.
Teresa Deffner**

Stationspsychologin
Operative Intensivstationen
Klinik für Anästhesiologie und
Intensivmedizin
Universitätsklinikum Jena
Am Klinikum 1
07747 Jena, Deutschland
Tel.: 03641 9323147
E-Mail:
Teresa.Deffner@med.uni-jena.de