

Akute Erst-Dialyse

*Krisenintervention im Kontext von medizinischer
Soforthilfe*

Susanne Edelmann
Silberbachstrasse 11 b
9032 Engelburg
info@edelmann-beratung.ch

Inhalt

1. Einleitung	3
1.1. Ausgangslage und Motivation.....	3
1.2. Fragestellung und Ziel der Arbeit.....	4
2. Theoretische Grundlagen	4
2.1. Krankheitsadaption.....	4
2.2. Trauma.....	6
2.2.1. Biologisches Modell.....	6
2.2.2. Traumafolgen.....	7
2.2.3. Modelle.....	8
2.2.4. Implikationen für die Krisenintervention bei akuter Erst-Dialyse.....	9
3. Methodik	10
3.1. Krisenintervention nach einer akuten Erst-Dialyse.....	10
3.2. Beschreibung des tatsächlichen Vorgehens.....	11
4. Ergebnisse	15
4.1. Berta K.....	15
4.2. Adaption.....	15
5. Reflektion	16
6. Schlussfolgerung	17
7. Literaturverzeichnis	18
8. Quellenverzeichnis	19
9. Anhang	Fehler! Textmarke nicht definiert.
9.1. Traumamanual.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage und Motivation

Ich arbeite als Psycho-Nephrologische Beratung in einer grossen Zentrums-Klinik. Das heisst, ich unterstütze und berate Menschen, die an einer Niereninsuffizienz leiden.

Niereninsuffizienz ist eine Krankheit, die sich meist sehr lange in fehlerhaften Blutwerten zeigt und für den Betroffenen selbst oft Jahre lang nicht spürbar ist. Erst in der letzten Phase der Krankheit treten Symptome wie Müdigkeit/Erschöpfung, Appetitlosigkeit, trockene Haut, Schlafstörungen etc. auf. Symptome, die sich – rein theoretisch – auch allen möglichen anderen Unpässlichkeiten zuordnen lassen.

Dies führt dazu, dass manche Menschen (bis zum Schluss) nicht wissen, dass sie an einer lebensbedrohlichen Krankheit leiden oder sie zwar wissen, dass ihre Nieren nicht mehr so gut arbeiten, das Ganze allerdings möglichst verdrängen und sich oft auch den ärztlichen Kontrollen entziehen.

Die Krankheit nimmt dennoch ihren Lauf und irgendwann kommt dann der Punkt, an dem die Nieren definitiv zu wenig arbeiten, sich der Körper selbst vergiftet, manche der Betroffenen ihre Muskeln nicht mehr kontrollieren können und/oder unter Atemnot leiden. Dies löst sowohl bei Ihnen wie auch dem Umfeld Panik aus und meist landen sie dann via Rettungsfahrzeug auf der Intensivstation einer grösseren Klinik.

Dort erfahren sie, dass sie an terminaler Niereninsuffizienz leiden, sie entweder an dieser Krankheit sterben werden oder nun so rasch als möglich an die Dialysemaschine müssen. Gleichzeitig wird ihnen auch mitgeteilt, dass wenn die Dialyse begonnen wird, sie in aller Regel für den Rest ihres Lebens mit einer lebensverlängernden Massnahme werden leben müssen.

Das heisst, diese Menschen (oft bereits in Panik) werden sehr direkt mit ihrem eigenen Tod konfrontiert. Ihre Welt wird innerhalb Minuten aus den Angeln gekippt und wird nie mehr so sein, wie sie war. Sie erhalten in lokaler Betäubung einen Kurzzeitkatheter, werden an eine grosse Maschine angehängt und sehen zu, wie ihr Blut durch den Filter gepumpt wird.

Medizinisch wird ihnen mit diesen Sofortmassnahmen das Leben gerettet, psychisch gesehen, werden sie dagegen oft traumatisiert.

In unserer Klinik erleiden pro Jahr jeweils ca. 10 bis 15 Betroffene eine akute Erst-Dialyse. In den letzten Jahren wurden sie mir immer dann zugewiesen, wenn sie sich auffällig verhielten oder die Zusammenarbeit mit ihnen oder ihren Angehörigen erschwert war. Im Laufe meiner langjährigen Arbeit mit diesen Menschen, ist mir die Thematik der psychischen Traumatisierung bei einer akuten Erst-Dialyse nun zunehmend bewusst

geworden, insbesondere die Wichtigkeit der psychosozialen ersten Hilfe (vgl. Reiners-Kröncke, Dette, Haas, 2013, S. 10)

Eines meiner Ziele ist deshalb, allen Betroffenen, die eine akute Erst-Dialyse erleben müssen, psychosoziale erste Hilfe in Form von einer gezielten Krisenintervention anzubieten. Zudem stellt sich für mich die Frage, ob sich die Krisenintervention bei einer akuten Erst-Dialyse nicht auch ein Stück weit standardisieren liesse. Und wenn ja, welche Interventionen jeweils ganz gezielt dabei sein müssten.

1.2. Fragestellung und Ziel der Arbeit

Und so habe ich mich für vorliegende Arbeit entschieden:

Ich werde anhand eines Fallbeispiels Effektivität und Grenzen einer strukturierten Krisenintervention nach akuter Erst-Dialyse analysieren und diese anhand der Krankheitsadaption der Betroffenen überprüfen.

Meine **Arbeits-Hypothese** lautet somit:

- Betroffene einer akuten Erst-Dialyse profitieren von einer strukturierten und gezielten Krisenintervention, was sich unter anderem in einer gelungenen Krankheitsadaption zeigt.

2. Theoretische Grundlagen

2.1. Krankheitsadaption

Adaption (lat. adaptare) bedeutet anpassen (vgl. Wikipedia, 2013). Krankheitsadaption heisst somit, sich an das Leben mit einer Krankheit anzupassen. Lernen mit und trotz der Krankheit gut zu leben.

In Bezug auf die Krankheit „Niereninsuffizienz“ ist dies ein hoher Anspruch, hat sie doch Auswirkungen auf praktisch alle Bereiche des Lebens (s. Abb. 1)

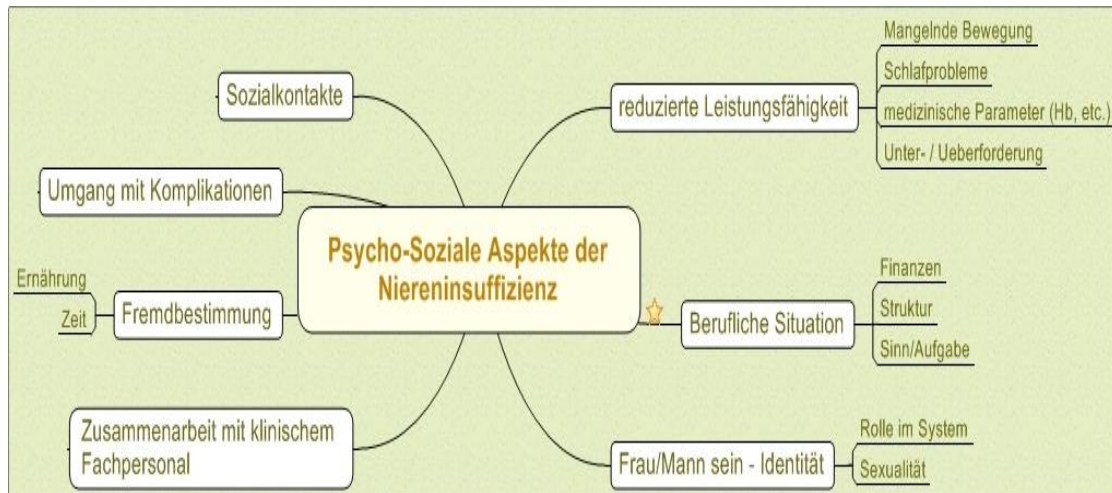


Abb. 1.: Psychosoziale Aspekte der Niereninsuffizienz, (Edelmann 2010)

Abrahms (vgl. Balck, Koch, Speidel, 1985) hat die Adaptionsphasen an der Hämodialyse erforscht und beschrieben (S. 315):

1. Urämisches Syndrom
2. Dialysebeginn
3. Erholung und „Honeymoon“ (3 Wochen bis 3 Monate)
4. Kämpfen um Normalität (3 bis 12 Monate)
5. Soziale Adaption (2. bis 3. Dialysejahr)
6. Leben wird wieder lebenswert (nach 3 Dialysejahren)
7. Beginn der Langzeitfolgen (nach 15 Dialysejahren)

Seit einigen Jahren wird in der Schweiz vor Eintritt des so genannten „Urämischen Syndroms“ (Vollbild der terminalen Niereninsuffizienz mit Erbrechen, Atemnot, Juckreiz etc.) mit der Hämodialyse begonnen.

Dies hat dazu geführt, dass die Krankheit sowohl für die Betroffenen selbst als auch für ihre Angehörigen, manchmal nicht oder nur wenig spür- und fassbar wird, was die Dialyseadaption oft erschwert.

Die „Honeymoon-Phase“ (die euphorische Erkenntnis „die Dialysetherapie bringt mir etwas“) liess sich im letzten Jahrzehnt nur noch bei Patienten mit akuter Erst-Dialyse wahrnehmen. Allerdings immer nur bei einem Teil von ihnen. Für mich stellte sich seit Jahren die Frage, weshalb nur dieser eine Teil. Nun – nach intensiver Auseinandersetzung mit dem Aspekt der Traumatisierung bei einer akuten Erst-Dialyse - denke ich, dass das Auftreten der Honeymoon-Phase ein erstes Zeichen einer geglückten Traumabewältigung sein könnte. Eine These, die allerdings noch genauer überprüft werden müsste. Für meine Arbeit jetzt, könnte dennoch gelten:

das Auftreten der Krankheitsadapptionsphase „Honeymoon“ ist ein erstes wichtiges Kriterium bezüglich erfolgreicher Traumabewältigung.

Als Prädiktoren für eine gelungene Adaption an die Hämodialyse gelten nach wie vor die 1991 formulierten Kriterien von Friederich Balck (vgl. Balck et al., 1991, S. 364):

- Phosphat < 1,5 mmol/l
- diasystolischer BD < 80 mmHg
- Hämoglobin > 11 g/dl
- Flüssigkeitsmenge zwischen den einzelnen Dialysen < 2000 ml
- subjektive Zufriedenheit des Betroffenen
- Abwesenheit von Depression → 30 – 50% der Hämodialysepatienten leiden im Laufe ihrer Dialyse-Karriere irgendwann einmal an einer Depression (vgl. Kimura, 2006)

2.2. Trauma

Trauma bedeutet eigentlich „Verletzung“ (vgl. Wikipedia, 2013) und wird in der Psychotraumatologie als „schwere seelische Verletzung“ (vgl. Reiners-Kröncke et al., 2013, S. 11) oder auch traumatische Krise (vgl. Bündner, 2012, S.24) verstanden.

Frei übersetzt bedeutet Trauma im psychosozialen Kontext:

Ein plötzlich auftretendes, verstörendes, lebensgefährlich und über alle Massen erschreckendes Ereignis, das mit starken seelischen u/o körperlichen Schmerzen verbunden ist und bei allen Menschen eine tiefe Verzweiflung hinterlassen würde.

2.2.1 Biologisches Modell

Im Kontext der akuten Erst-Dialyse müsste man ja eigentlich sagen: den Betroffenen wird hier das Leben gerettet. Sie müssten dies doch nun als grosse Entlastung erleben und es müsste ihnen entsprechend gut gehen.

Weshalb ist das nicht so? Wann und wieso wird ein Ereignis als traumatisch wahrgenommen?

Huber, M. (2003), beschreibt das Trauma-Geschehen als „traumatische Zange“ (vgl. S. 39)

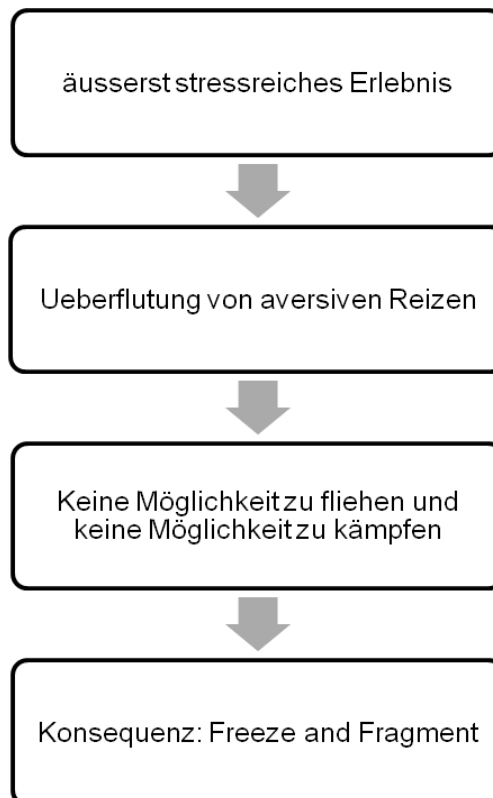


Abb. 2, „Traumatische Zange“ (Huber, 2003)

Das Erkennen des nahen Todes und der starke körperliche und seelische Schmerz setzen den gesamten Organismus in höchste Alarmbereitschaft. Unser Gehirn analysiert die Gefahr innerhalb Millisekunden und befiehlt über den Cortex die Ausschüttung von Adrenalin in den Blutkreislauf, was eine Freisetzung von Cortisol zur Folge hat (hormonelle Stressreaktion). Alle nicht überlebensnotwendigen Körperfunktionen werden eingestellt und der Körper fokussiert komplett auf Kampf oder Flucht. Ist kämpfen oder fliehen unmöglich, bleibt dem Organismus nur die letzte Möglichkeit: der Körper erstarrt und wird unempfindlich (freeze) und Gefühle und Gedanken dissoziieren und zersplittern (fragment). Eine pure Überlebensstrategie, die dem Gesamtorganismus hilft, das Erlebnis überhaupt irgendwie zu überstehen. Ab dem Moment des „freeze and fragment“ spricht man aus psychischer Sicht von einem Trauma.

2.2.2 Traumafolgen

Während sich im Moment des traumatischen Ereignisses der gesamte Organismus aufs Überleben fokussiert, fehlt ihm unmittelbar danach dann meist die Fähigkeit sich zu fokussieren und der Traumabetroffene ringt oft tagelang um Stabilisierung. Angst, Hilflosigkeit, das Gefühl des Kontrollverlustes, Dissoziation, Übererregbarkeit, das alles sind ganz normale Reaktionen und dauern in der Regel einige Tage bis wenige

Wochen an (vgl. Reiners-Kröncke et al., 2013, S. 32). Manchen Menschen gelingt in den ersten 2 bis 4 Wochen nach dem Ereignis die Bewältigung des Traumas und sie können das Erlebte konstruktiv in ihr Leben integrieren. Reiners-Kröncke et al. (2013) sprechen von einem Drittel aller Betroffenen (vgl. S. 34).

Nicht immer gelingt die Bewältigung:

- Dauern die Symptome „Intrusion/Flashbacks“, Vermeidung und Übererregung länger als vier Wochen an, spricht man von einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).
- ca. 1 Monat nach dem traumatischen Ereignis können verstärkte Angstgefühle, depressives Stimmungsbild, verändertes Sozialverhalten, ein Grundgefühl im Leben nicht mehr Fuss zu fassen und Persönlichkeitsveränderungen auftreten. In diesem Fall spricht man von einer Anpassungsstörung (vgl. Reiners-Kröncke et al., 2013, S. 54)

Beide Folgestörungen profitieren von einer professionellen Prozessbegleitung/Therapie, ist doch ansonsten die Gefahr einer Chronifizierung - insbesondere bei der PTBS – gross. Reiners-Kröncke et al. (2013), sprechen diesbezüglich von 88% bei den Männern und 78% bei den Frauen (vgl. S. 61).

Eine Chronifizierung kann sich in einer Depression, Angststörung, somatoformen Störungen, Suchterkrankung, Persönlichkeitsstörungen wie z.B. Borderline-Störungen zeigen und geht damit mit einer grossen Einbusse an Lebensqualität einher.

Ich gehe im Kontext einer akuten Erst-Dialyse davon aus, dass eine Folgestörung der Traumatisierung die erfolgreiche Adaption an die Dialyse massiv stört, wenn nicht gar verunmöglicht.

Wie lässt sich also das Risiko einer Folgestörung minimieren?

2.2.3 Modelle

Zurek, Schedlich & Bering, (2008a) beschreiben 3 verschiedene Bewältigungstypologien und empfehlen, die Interventionen gezielt darauf auszurichten (vgl. S. 8):

Selbsterholer

Selbsterholer sind Menschen, die eine hohe Resilienz mitbringen und bei denen mit grosser Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass sie das Geschehen gut bewältigen und längerfristig keine Folgeschäden davon tragen werden.

Selbsterholer wird nach dem Erstgespräch ein weiterer Kontakt angeboten, es wird jedoch keine fixe Prozessbegleitung abgemacht.

Wechsler

Wechsler sind Menschen, die das Risiko eines chronifizierenden Verlaufes mitbringen, sofern postevent weitere Belastungen dazu kommen. In unserem Kontext kommt eine erhebliche Belastung (Leben müssen mit der Dialyse) auf die Betroffenen und ihr soziales Umfeld zu, was diese Gruppe aus meiner Sicht faktisch ausschliesst und zu Risikopersonen macht.

Bei Wechsler wird ein weiterer Kontakt während der Einwirkphase abgemacht.

Risikopersonen

Risikopersonen sind Betroffene (Re-Trauma, tiefe Resilienz, kein Soziales Netz etc.), bei denen davon ausgegangen werden muss, dass sie einen schwierigen Bewältigungsprozess vor sich haben und ein deutliches Risiko eines chronifizierten Verlaufes besteht.

Bei Risikopersonen sollen direkte weitere Termine zur Prozessbegleitung im Abstand von ca. 1 Woche vereinbart werden.

Zurek et al. (2008a) empfehlen bei jeder Krisenintervention das Erstellen eines Risikoprofils (vgl. S. 8).

Beckrath-Wilking, Biberacher, Dittmar & Wolf-Schmid (2013) teilen die Zeit nach einem traumatischen Erlebnis in drei Phasen auf (vgl. S.55):

1. Schockphase (eine Stunde bis eine Woche)
2. Einwirkungsphase (bis drei Wochen)
3. Erholungsphase (ein bis sechs Wochen)

2.2.4 Implikationen für die Krisenintervention bei akuter Erst-Dialyse

Das Setting einer akuten Erst-Dialyse ist prädestiniert für eine „traumatische Zange“. Die starke Atemnot und das Liegen in der Intensivstation implizieren Todesnähe und generieren seelischen Schmerz. Die medizinischen Akut-Interventionen verursachen körperlichen Schmerz und die Unfähigkeit, die Muskeln zu steuern verunmöglichen sowohl Kampf als auch Flucht. Die Chance, dass die Betroffenen ein psychisches Trauma erleben, ist somit gross.

Die erste psychische Reaktion ist Schock. Hinzu kommt, dass die Patienten zudem mit der Tatsache konfrontiert sind, dass sie für den Rest ihres Lebens von lebenserhaltenden Massnahmen abhängig sein werden. Ein Aspekt, der den Schock verstärkt und die Schockphase verlängert. Das heisst, beim Erstkontakt einer Krisenintervention nach

akuter Erst-Dialyse befinden sich die Patienten höchstwahrscheinlich noch in der Schockphase.

In traumaspezifischer Literatur wird immer wieder betont, wie wichtig es für Betroffene ist, nach einem traumatischen Erlebnis darüber sprechen zu dürfen (vgl. Müller und Scheuermann, 2004, S. 242). Huber (2003) formuliert dies gar so: „Keine Hilfe bekommen ist schlimm, gar nicht darüber sprechen zu können oder zu dürfen, ist am schlimmsten“ (vgl. S. 81). Nach einer traumatischen Erfahrung erschlägt es Betroffenen oft buchstäblich die Sprache. Das Re-Aktivieren der Sprache kann wesentlich zu einer konstruktiven Verarbeitung beitragen (vgl. Reiners-Kröncke et al., 2013, S. 100).

Das bedeutet, für die Betroffenen ist es hilfreich, wenn ein Teil des Erstkontaktes (und vielleicht auch Zweitkontaktes) aus aktivem Zuhören besteht.

3. Methodik

3.1. Krisenintervention nach einer akuten Erst-Dialyse

Ziel einer Krisenintervention ist immer die Unterstützung zur erfolgreichen Bewältigung der traumatischen Erfahrung und damit die Vermeidung von Folgestörungen und/oder Chronifizierung. In unserem Fall kommt zusätzlich die Adaption an die Dialyse dazu.

Erstkontakt

Der Erstkontakt findet in meinem Kontext in aller Regel während der Schockphase statt. Das heisst für mich: der Schwerpunkt dieses ersten Gespräches liegt auf Stabilisierung und Sicherheit vermitteln.

Beim Erstkontakt unterstützt mich das Kriseninterventions-Konzept „BELLA“ von Gernot Sonneck (vgl. Bündner, P., 2012, S. 12). „BELLA“ meint:

B = Beziehung aufbauen (Rapportfähigkeit ist hier enorm hilfreich).

E = Erfassen der Situation (dazu zählt: aktives Zuhören, Anamnese erfragen und Risikoprofil abschätzen)

L = Linderung von Symptomen (Sicherheit vermitteln, Schutzraum bieten, bei Selbsterholern allenfalls auch ein erstes Mal Traumreaktionen erklären)

L = Leute einbeziehen (Kontaktaufnahme mit den Angehörigen)

A = Ansatz zur Problembewältigung (jede Situation erfordert hier etwas anderes)

Zweitgespräch

Zur Zeit werde ich bei jedem Betroffenen einen zweiten Kontakt abmachen (ausser er möchte dies partout nicht). Dies dient der Absicherung, dass er wirklich zu den Selbsterholern gehört und das Geschehene konstruktiv verarbeitet.

Zurek, Schedlich & Bering, 2008b, empfehlen bei jeder Krisenintervention eine ganz gezielte traumabasierte Psychoedukation, in der den Betroffenen einerseits das Wissen vermittelt wird, dass die erlebten Reaktionen ganz normale Phänomene sind, die jedem Traumabetroffenen begegnen und sich nach einigen Tagen bis Wochen auch wieder auflösen. Andererseits werden aber auch Anleitungen zur Selbstberuhigung weiter gegeben, mit dem Ziel, dass die Betroffenen das Gefühl der Kontrolle wieder zurück erlangen (vgl. S. 15). Dies idealerweise in der Einwirkphase. Das Zweit-Gespräch müsste somit in dieser Bewältigungsphase stattfinden.

3.2. Beschreibung des tatsächlichen Vorgehens

Berta K. ist 79 Jahre alt, seit 60 Jahren verheiratet, wohnt in einer 3-Zimmer-Wohnung und hat zwei Töchter, die beide im selben Dorf wohnen. Berta K. hat vor 5 Jahren erfahren, dass ihre Nieren nur noch wenig funktionieren. Sie hat dies allerdings niemandem erzählt, den Kontakt zum Hausarzt abgebrochen und die Krankheit mehr oder weniger verdrängt.

In der Nacht auf den 15. Dezember 12 erwacht sie auf Grund von massiver Atemnot, fällt beim Versuch aufzustehen aus dem Bett und entdeckt entsetzt, dass sie ihre Muskeln nicht mehr steuern kann. Sie ruft nach Luft ringend und in Panik nach ihrem Mann. Dieser gerät ebenfalls in Panik, versucht verzweifelt sie aufzurichten, ohne es jedoch zu schaffen und alarmiert dann Rettungswagen und die Töchter. Berta K. wird ins nächste Landspital gefahren. Dort teilt man ihr mit, dass man ihr nicht helfen könne und sie wird mit dem Rettungshubschrauber in die Zentrums-klinik geflogen. Auf deren Intensivstation wird festgestellt, dass sie raschmöglichst an die Dialyse muss, was ihr auch mitgeteilt wird. Berta K. ist nach wie vor bei vollem Bewusstsein, leidet nach wie vor unter massiver Atemnot und repetiert gebetsmühlenhaft, dass sie keinesfalls an die Dialyse wolle, allerdings auch keinesfalls sterben. Nach 30 Minuten entscheidet sich die mittlerweile entnervte Chefärztin dafür, sie einfach zu dialysieren, setzt der Patientin einen Katheter in die Halsvene und lässt sie an die Dialysemaschine anhängen.

Am nächsten Tag kann Berta K. deutlich besser atmen, formuliert jedoch nach wie vor, dass sie nicht an die Dialyse, aber eben auch keinesfalls sterben möchte. Sie wird mir akut zugewiesen.

17. Dezember 12 (36 Stunden nach der ersten Akut-Dialyse)

Ich gehe auf die Intensivstation und treffe dort eine stark dissoziierte Patientin und eine verzweifelt weinende Tochter und deren Ehemann an.

Die Ärzte treten gleichzeitig zur Übergabesite an, schicken die Angehörigen und mich weg und ich nutze die Zeit um in einem ruhigen Besprechungsraum mit ihnen zu sprechen. Die Tochter weint nach wie vor und beide erzählen abwechslungsweise. Als sie dann langsam ruhiger werden, beginne ich Fragen zu stellen, erste Informationen abzugeben und biete Ihnen an, in zwei Tagen ein Familien-Informations-Gespräch zu leiten, in dem ich Ihnen und der restlichen Familie die Krankheit und die verschiedenen Therapie-Möglichkeiten vorstelle. Beide sind sehr einverstanden damit.

17. Dezember 12

Im Anschluss an das Gespräch mit der Tochter rufe ich den Ehemann an, stelle mich vor und er beginnt „im Schwall“ zu erzählen. Erzählt, wie schrecklich diese Nacht gewesen sei und er keine Nacht geschlafen hätte seither. Ich höre lange nur aktiv zu und bestätige dann, dass alle seine Gefühle, seine Reaktionen völlig normal seien.

Er bedankt sich am Schluss des Telefonates und meint: „das tat jetzt irgendwie gut“.

Danach gehe ich zu Berta K. und treffe sie an der Dialysemaschine an. Wir sprechen über dies und das. Sie hat keine Erinnerungen an die letzten beiden Tage und meint, das sei auch gut so, man soll die Vergangenheit hinter sich lassen. Ich „paraphrasiere ins Unreine“, erzähle in der Metasprache, wie belastend akute Erst-Dialysen sein können, es ganz normal sei, wenn man Angst habe, sich hilflos fühle und am liebsten alles irgendwo verschliessen möchte. Es jedoch auch hilfreich sein könne, darüber zu reden. Angst werde oft kleiner, wenn man darüber spreche. Berta K. wirkt müde und abwesend. Wir machen noch kurz ab, dass ich morgen wieder vorbei kommen werde, danach schliesst sie die Augen.

18. Dezember 12

Ich treffe Berta K. erneut an der Dialysemaschine an. Sie sitzt aufrecht, lächelt mich an und wirkt insgesamt kräftiger. Als erstes erzählt sie von einer belastenden Nacht. Sie hätte sich aufgedreht gefühlt, nicht abschalten können und wenn sie doch eingnickt sei, hätten sie schlechte Träume geplagt.

Ich erkläre die Trauma-Reaktionen und betone, dass es nach belastenden Ereignissen ganz normal sei, diese Reaktionen zu erleben und sie meist nach einigen Tagen, spätestens einigen Wochen auch wieder vorüber gingen.

Berta K. schaut mich freundlich an, scheint jedoch wieder sehr dissoziiert. Einmal, für einen kurzen Moment fällt die Wand und ich kann in ihren Augen ihre ganze Not sehen. Doch kaum nehme ich es wahr, ist sie schon wieder oben, die Wand. Ich bekräftige ihr Bemühen sich zu schützen und entwickle ganz spontan die Metapher einer Schutzhöhle, die ich in allen fünf Sinnen beschreibe. Nun ist sie ganz bei mir. Die Metapher scheint ihr sichtlich wohl zu tun.

→die Intervention „Traumaedukation“ ist vermutlich nicht angekommen, die Intervention „Sicherheit vermitteln“ dagegen schon.

Ich organisiere das Familien-Informationsgespräch und informiere alle Beteiligten. Zudem bespreche ich mit der Leitenden Ärztin, dass wir uns nach dem Familien-Informationsgespräch alle (inkl. Berta K.) zusammen setzen und das weitere Vorgehen besprechen.

19. Dezember 12

Auch diesmal treffe ich Berta K. wieder an der Dialysemaschine an. Sie trinkt einen Tee, isst ein Weggli und freut sich sichtlich, nach den letzten Wochen, in der sie nicht mehr essen mochte, nun wieder essen zu können. Ich nutze die Gelegenheit und informiere die Patientin über die Krankheit „Niereninsuffizienz“, deren Symptome und die Dialysetherapie. Sehr bald scheint sie jedoch überfordert. Ich breche ab und sage: „das ist glaube ich jetzt grad etwas viel“. Und sie meint erleichtert: „ja, viel zu viel“. Wir plaudern dann noch etwas über die Enkelkinder.

Letzte Nacht hat sie gut geschlafen. Der zuständige Oberarzt habe ihr ein Schlafmittel verordnet. Ich sage nichts dazu. Bin jedoch innerlich hin und her gerissen. Durch das Medikament kommt sie zwar vorübergehend zur Ruhe. Doch hindert es sie nicht auch bei der Traumabewältigung?

Am Nachmittag führe ich das Niereninsuffizienz-Informationsgespräch mit der Familie. Die beiden Töchter brechen wiederholt in Tränen aus. Der Ehemann ist agitiert und aggressiv und fällt dann auch prompt vom Stuhl (ohne sich zu verletzen – zum Glück). Es gelingt mir nach einer Weile, die Situation zu beruhigen und letztendlich sind alle sehr interessiert und engagiert dabei. Ich habe am Schluss des Gespräches noch einen Kontakt mit einer langjährigen Dialysepatientin, die etwa im selben Alter ist wie Berta K. organisiert. Diese Frau gibt einerseits bereitwillig Auskunft und macht der Familie andererseits auch Mut. Dieser Kontakt scheint der Familie wieder Hoffnung zu geben.

Anschliessend leite ich das „Standort- und Wie-Weiter-Gespräch“ mit den betreuenden Ärzten, Berta K. und deren Familie und wir entscheiden alle gemeinsam, dass Berta K. eine dreimonatige Probedialyse versuchen wird.

21. Dezember 12

Die Patientin scheint sich zu freuen, als ich zu ihr komme und sie behält meine Hand in der ihren. Morgen wird sie nach Hause gehen und von der Dialysestation in der Nähe ihres Wohnortes weiter betreut. Medizinisch gesehen ist alles geregelt. Bezüglich Traumabewältigung scheint sie sich zwischen Schock- und Einwirkungsphase zu befinden. Ich denke immer noch, dass sie zur Risikogruppe gehört und eine weitere psychische Betreuung benötigt. Ich habe eine Folge-Adresse für sie gesucht, allerdings nur den Psychiatrisch ambulanten Dienst gefunden. Im Wissen, dass dieser Dienst in der ländlichen Gegend, in der Berta K. wohnt, eine sehr grosse Schwelle bedeutet, biete ich ihr die Adresse dennoch an und betone, wie wichtig eine weiterführende Betreuung für sie ist. Sie lehnt freundlich lächelnd ab, will die Adresse auch nicht behalten. Ich fühle mich hilflos und auch etwas wütend. Ich würde sie gerne noch eine Weile begleiten, bin mir nicht so sicher, ob sie Trauma und Krankheit bewältigen wird.

Ich biete ihr an, dass ich in einer Woche telefonisch nachfrage, was sie sehr gerne in Anspruch nimmt.

29. Dezember 12

Ich lese im Austrittsbericht von Berta K., dass sie an der letzten Hämodialyse bei uns in der Klinik eine Panik-Attacke hatte, Temesta erhielt und ihr der zuständige Arzt bis auf weiteres Temesta vor den Dialysen verordnet hat. Ich bin gar nicht glücklich darüber – doch sie ist nun extern...

8. Januar 13

Telefonisches Nachgespräch mit Berta K. Es geht ihr deutlich besser. Das vertraute Umfeld tue ihr sehr gut. Die ganze Familie umsorge und verwöhne sie. Sie lebt nach wie vor mit Schlafmittel für die Nacht und Beruhigungsmittel für die Dialyse. Ich beginne vorsichtig mit einer traumabasierten Psychoedukation und diesmal ist sie ganz bei mir. Ich leite sie zudem zu einer ganz einfachen Atementspannung (Hand auf den Bauch und in die Hand atmen) an. Sie stellt verschiedene Fragen über die Dialysetherapie und ich gebe auch zu diesem Thema Basiswissen weiter. Was sie wohl damit machen wird? Wird sie das Trauma aktiv bewältigen und an die Dialyse adaptieren? Ich weiss nicht so recht...

4. Ergebnisse

4.1. Berta K.

31. Januar 13

Telefongespräch mit Berta K. Sie erzählt „im Schwall“ und ich erkenne sie kaum wieder. Es gehe ihr richtig gut. Sie habe wieder Freude am Kochen, am Essen und am Leben grundsätzlich. Zur Zeit erobere sie sich ihren Haushalt, den in den letzten Monaten der Ehemann übernommen habe, wieder Stück für Stück zurück, fände ganz neu in ihren Alltag. Ihr behandelnder Arzt habe sie ebenfalls auf die Beruhigungsmittel angesprochen. Sie hätte danach entschieden sowohl Schlaf- als auch Beruhigungsmittel wegzulassen. Und das ginge sehr gut so. Sie hätte sich zudem für die definitive Dialysetherapie entschieden. Das Leben sei wunderschön und sie hätte noch so manche Pläne...

Meiner Meinung nach lässt sich die „Honeymoon-Phase“ in diesem Telefongespräch sehr gut erkennen (vgl. Balck et al., 1985, S. 315).

Vielleicht sind es jedoch auch Zeichen einer gegliückten Traumabewältigung, denn: „Nach Stabilisierung und gegliückter Traumaintegration fühlen sich die Klienten oft wesentlich stärker und lebendiger, auch durch das Freiwerden der Energien, die zuvor in „Abwehr“ oder in dem aufwändigen Ringen um die Balance eines dissoziativen „Gleichgewichts“ gebunden waren“ (Beckrath-Wilking et al., 2013, S. 355)

Einen Tag später telefoniere ich mit dem Ehemann. Auch ihm geht es gut. Er erzählt von der Neustrukturierung ihres gemeinsamen Alltages, der gelungenen Lösung des Transportes an die Dialyse und von ihrem Vorhaben, in einigen Monaten den Versuch einer Feriendialyse im Südtirol zu wagen.

Für mich tönt dies, als würde sich das Ehepaar in der von Cullberg beschriebenen Krisenbewältigungsphase „Neuorientierung“ befinden (vgl. Bündner, 2012, S. 22). Was für eine gelungene Krisenbewältigung spricht.

4.2. Adaption

Hat Berta K. auch an die Dialyse adaptiert? Ich rufe eine mir bekannte Kontaktperson der dortigen Dialysestation an und erfrage die Werte (14.02.13):

Phosphat 1,6 mmol/l (< 1,5 mmol/l)	→ noch nicht ganz erfüllt
Hämoglobin 13,4 g/dl (>11 g/dl)	→ erfüllt
Diastolischer Blutdruck 89 mmHg (< 80 mmHg)	→ noch nicht ganz erfüllt
Entzug keiner (< 2000 ml)	→ erfüllt

Berta K. hat bei unserem Telefongespräch vom 31. Januar zudem deutlich ihre subjektive Zufriedenheit formuliert und mein Abfragen von allfälligen Zeichen einer Depression verneint.

Das heisst: Bezüglich Adaption scheint sie somit gut unterwegs, aber noch nicht ganz am Ziel zu sein (BD und Phosphat).

Aus den aufgezählten Ergebnissen schliesse ich, dass meine Arbeitshypothese im beschriebenen Fallbeispiel zu stimmen scheint: Berta K. hat von der gezielten Krisenintervention profitiert, das Trauma der akuten Erst-Dialyse erfolgreich verarbeitet und ist bezüglich Adaption an die Dialysetherapie sehr gut unterwegs, wenn auch die Dialyseadaption noch nicht ganz erfolgt ist. Der Dialysebeginn liegt allerdings erst zwei Monate zurück, Blutdruck und Phosphat liegen in der Nähe des Zielwertes und es scheint mir sehr realistisch, dass sie in den nächsten Monaten im Zielbereich sein werden. Eine erfolgreiche Traumbewältigung und eine fast erfolgreiche Dialyseadaption also, und dies, obwohl Berta K. der Risikogruppe angehörte.

Um eine wirkliche Aussage machen zu können, müsste die These allerdings mit einer deutlich grösseren Datenmenge und validiert überprüft werden.

5. Reflektion

Ich hatte durch die Tatsache, dass Berta K. eine externe Patientin war, nur 5 Tage Zeit für meine Interventionen zur Verfügung. Zudem befand sich die Patientin in dieser Woche die meiste Zeit in der Schockphase und einer peritraumatischer Dissoziation. Dadurch hat sich der Fokus meiner Krisenintervention in erster Linie auf „Beruhigen“ und „Sicherheit vermitteln“ gelegt. Psychosoziale Erste Hilfe eben. Ich hätte jedoch sehr gerne mehr Zeit zur Verfügung gehabt, denn Berta K. gehörte für mich auf Grund folgender Punkte ganz klar zu den Risikopersonen: weiblich, geringer Bildungsstatus, schlechter körperlicher Zustand, hohes Alter, erlebte Todesangst, peritraumatische Dissoziation (vgl. Beckrath et al, 2013, S. 39)

Risikopersonen profitieren von einer längeren Prozessbegleitung und wäre sie in unserem Zentrum weiter betreut worden, hätte ich diese vermutlich auch machen dürfen. So war jedoch das einzige an weiterführender Begleitung, das ich der Patientin anbieten konnte, der ambulante psychiatrische Dienst in ihrer Wohngegend. Dies hat sie jedoch abgelehnt. Ich habe das Dilemma dann für mich so gelöst, indem ich die Patientin gefragt habe, ob ich sie in der nächsten Woche anrufen dürfe. So habe ich – was ich üblicherweise nicht tue – die Prozessbegleitung per Telefon weitergeführt, was sich sehr bewährt hat.

Hätte ich allerdings eine Fachperson in der Nähe der Wohngegend von Berta K. persönlich gekannt und diese auch anders empfehlen können, wäre sie vielleicht darauf eingegangen.

Die erste Information bezüglich Trauma und Traumreaktion ist an Berta K. abgeprallt. Sie war einfach noch nicht bereit dazu. Ich bin froh, dass ich in meinem ersten Telefonat dann ein Zeitfenster dafür erhalten habe, sie dort diesbezüglich aufnahmefähig war und das Erfahrene dann sogar auch noch konstruktiv umgesetzt hat. Hätte ich bei der ersten Edukation Material zum Abgeben bereit gehabt, hätte sie dies zu einem späteren Zeitpunkt nachlesen können und vermutlich davon profitiert.

6. Schlussfolgerung

Die beschriebene Krisenintervention bei einer akuten Erst-Dialyse war eine durchaus erfolgreiche. Dennoch lässt sie sich noch verbessern:

- Ich habe Unterlagen bezüglich Trauma und Traumreaktionen erstellt, die ich den Betroffenen nun jeweils abgeben kann (s. Anhang).
- Ich werde in Zukunft ein Netzwerk an Adressen für eine eventuelle Nachsorge zur Verfügung haben.
- Ich frage alle externen Betroffenen, ob ich sie nach ein, zwei Wochen noch einmal anrufen darf. Dadurch kann ich den Verlauf etwas besser beobachten und allenfalls noch einmal etwas unterstützen.

Durch die Auseinandersetzung mit der Thematik und die Vertiefung in die entsprechende Literatur habe ich viel gelernt:

- Die Einschätzung des Risikoprofiles der Betroffenen empfinde ich als sehr hilfreich und dies werde ich auch in Zukunft beibehalten.
- Auch wenn ich unter Zeitdruck bin: „Das Gras wächst nicht schneller, wenn ich daran ziehe“. Ich muss mit dem Tempo des Betroffenen mitgehen und Traumaedukation macht nicht wirklich Sinn, solange er sich noch in der Schockphase befindet.
- Die meisten Menschen, die bei uns eine akute Erst-Dialyse erleiden, werden an externe Zentren weiter geleitet. Somit besteht meine Arbeit vor allem in „Psychosozialer Erster Hilfe“ und meine Hauptinterventionen in „Sicherheit vermitteln“, „Entlastung bieten“ und – falls schon möglich – „Informationen weiter geben“. Die Vorstellung, eine komplette Traumabegleitung bieten zu können, war

zu ambitiös, ist mit meinen Ressourcen, in meinem Arbeitssetting nur sehr begrenzt möglich.

Jetzt, nach diesem vertieften „ersten Mal“, lässt sich für mich ein gewisses standardisiertes Vorgehen ausmachen:

Erst-Kontakt: Beziehung herstellen, Psychosoziale Erste Hilfe, Anamnese, Risikoprofil erstellen

Zweit-Kontakt: Falls sich der Betroffene nicht mehr in der Schockphase befindet: Psychoedukation (Informationen abgeben, Techniken zur Selbstberuhigung)

Nachsorge: Telefonische Nachfrage

7. Literaturverzeichnis

- Balck, F., Driessen, M. (1991). *Chronische Niereninsuffizienz: Prädiktoren für eine günstige Adaption an Krankheit und Behandlung*. PPMp. 41, 362 – 371, Stuttgart: Thieme
- Balck, F., Koch, U., Speidel, H. (1985). *Psychonephrologie*. Berlin: Springer
- Beckrath-Wilking, H., Biberacher, M, Dittmar, V., Wolf-Schmid, R., (2013), *Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik*, Paddeborn: Jungfermann
- Huber, M., (2003). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil I*. Paddeborn: Jungfermann
- Kimura, H., Ozaki, N. (2006). *diagnosis and treatment of depression in dialyses patients*. PubMed: 16911185
- Müller, W., Scheuermann, U. (2004). *Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte*. Stuttgart: Kohlhammer
- Reiners-Kröncke, W., Dette, M., Haas, I. (2013). *Trauma und Traumabewältigung*, Augsburg: Ziel
- Zurek, G., Schedlich, C., Bering, R. (2008a). *Manual zur Traumabasierten Psychoedukation für Betroffene von Katastrophen – Heft I* – Köln: Eutopa
- Zurek, G., Schedlich, C., Bering, R. (2008b). *Manual zur Traumabasierten Psychoedukation für Betroffene von Katastrophen – Heft II* – Köln: Eutopa

8. Quellenverzeichnis

- FHS, Fachbereich Soziale Arbeit. (2012). *Krisentheorie, Krisenkonzepte, Krisendynamik – eine Einführung. Unterrichtsskript Bündner P. Lochau*: Schloss Hofen
Kantonsspital, Klinik für Nephrologie. (2010). *Psychosoziale Aspekte der Niereninsuffizienz. Unterrichtsskript Edelman S.*, St.Gallen: KSSG
Zurek, G., Schedlich, C., Bering, R. (2008a). *Manual zur Traumabasierten Psychoedukation für Betroffene von Katastrophen – Heft I* – Köln: Eutopa

P.S. Dies ist eine 2013 geschriebene Arbeit im Rahmen meines Studiums an der Fachhochschule in Feldkirch. Sie scheint mir nach wie vor aktuell und zeigt insbesondere auf, wie wichtig und wertvoll eine psychosoziale Beratung im klinischen Setting ist.

Susanne Edelman