

Z Allg Med 2024 · 100:268–271
<https://doi.org/10.1007/s44266-023-00167-4>
 Angenommen: 11. Dezember 2023
 Online publiziert: 25. Januar 2024
 © The Author(s) 2024



Patientin mit Symptomen einer posttraumatischen Belastung nach Intensivmedizin – ein Fallbericht der PICTURE-Studie

Linda Sanftenberg^{1,5} · Julia Krevet^{1,2,5} · Robert Philipp Kosilek^{1,5} · Daniela Lindemann^{1,5} · Konrad Schmidt^{3,5} · Christoph Heintze^{3,5} · Thomas Elbert^{4,5} · Maggie Schauer^{4,5} · Ulf-Dietrich Reips^{4,5} · Jochen Gensichen^{1,5} · PICTURE-Studiengruppe

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Universität München, LMU München, München, Deutschland; ² Abteilung Innere Medizin, Klinikum Bogen, Bogen, Deutschland; ³ Institut für Allgemeinmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; ⁴ Fachbereich Psychologie, Universität Konstanz, Konstanz, Deutschland; ⁵ PICTURE-Studiengruppe, Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Universität München, LMU München, München, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Intensivmedizinische Aufenthalte führen bei vorbelasteten Menschen häufig zu Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (Post-ICU-PTBS). In der Nachsorge spielen HausärztInnen eine wichtige Rolle.

Falldarstellung: Eine 58-jährige Patientin entwickelt nach erlebter Sepsis eine Post-ICU-PTBS. Sie erhält durch ihre Hausärztin eine Kurzform der Narrativen Expositionstherapie (NET) und erfährt eine deutliche Symptombesserung.

Schlussfolgerung: Die angewandte Kurzform der NET kann für die Behandlung von leicht- bis mittelgradigen Symptomen einer Post-ICU-PTBS geeignet sein.

Schlüsselwörter

Post-ICU-PTBS · Kritisch Kranke · Gesprächsbasierte Kurztherapie · Psychische Gesundheit

Intensivmedizinische Behandlungen bedeuten für viele PatientInnen physischen und psychischen Stress. Etwa jede/-r fünfte Patient*in bildet im ersten Jahr nach intensivmedizinischer Behandlung Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (Post-ICU-PTBS) aus [1]. Insbesondere das Krankheitsbild der Sepsis wird mit einem erhöhten Risiko assoziiert [2, 3]. Gleichzeitig gibt es nur wenig Therapie-

plätze für eine ambulante oder stationäre Traumatherapie, die Wartezeiten können mitunter sehr lang sein [4]. Als hausärztliche Therapieform könnte (ggf. zur Überbrückung) eine verkürzte Narrative Expositionstherapie (NET) genutzt werden [5].

PICTURE – PTSD after ICU Survival, Caring for Patients with Traumatic Stress Sequelae following Intensive Medical Care.

Die Mitglieder der PICTURE-Studiengruppe werden am Beitragsende gelistet.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

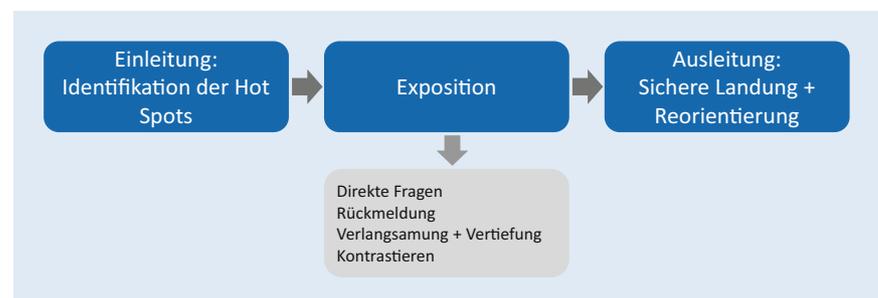


Abb. 1 ▲ Allgemeiner Ablauf der Narrativen Expositionstherapie (NET)

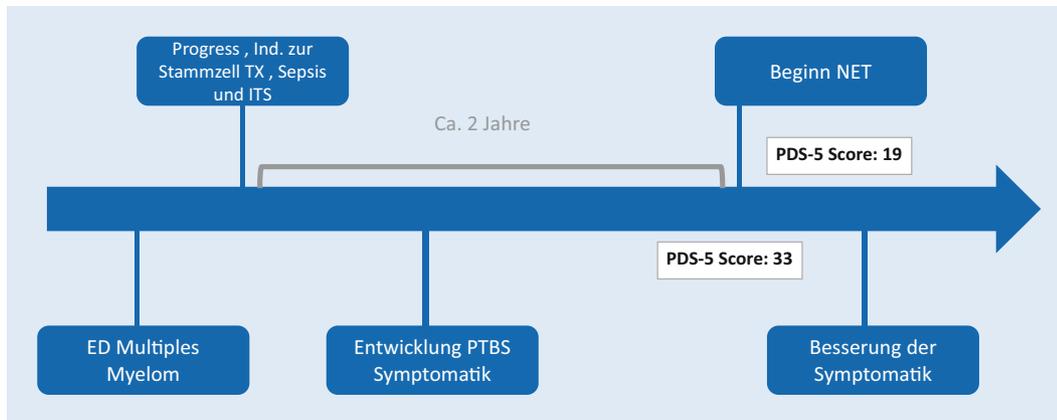


Abb. 2 ◀ Chronologie des Fallberichts. *ED* Erstdiagnose, *Stammzell TX* Stammzelltransplantation, *ITS* Intensivstation, *PDS-5* posttraumatische Diagnose Skala nach DSM-5, *NET* Narrative Expositionstherapie

Anamnese

Die 58-jährige Patientin wird aufgrund einer Sepsis einige Tage intensivmedizinisch behandelt. Daraufhin entwickelt sie Symptome einer Post-ICU-PTBS, welche sich über die nachfolgenden Monate chronifizieren.

Befund

Die Patientin erkrankt mit 51 Jahren an einem multiplen Myelom. Mit 58 Jahren kommt es bei der Patientin zu einem Progress, und es wird die Indikation zur autologen Stammzelltransplantation gestellt. Während der Konditionierung vor der eigentlichen Transplantation entwickelt die Patientin eine chemotherapieinduzierte Panzytopenie. Nach Infektion mit *Staphylococcus aureus* kommt es zur Sepsis mit Multiorganversagen, inkl. akutem Atemnotsyndrom (ARDS), akutem Nierenversagen (Akin II), paralytischem Ileus sowie hypoxischer Hepatitis. Es folgt die Verlegung der Patientin auf die Intensivstation mit künstlicher Beatmung und Sedierung. Die geplante Stammzelltransplantation wird im Anschluss durchgeführt. Hierdurch kann eine Remission erreicht werden.

Bereits drei Monate nach der Entlassung aus dem Krankenhaus berichtet die Patientin von wiederkehrenden Bildern aus der Zeit der Intensivstation, Albträumen, Schlafstörungen und zeigt ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten gegenüber Triggersituationen. Sie erzählt, dass alle Themengebiete um Krankheit und Gebrechlichkeit seither angstbesetzt seien. Sie könne schlecht einschlafen und

sei zunehmend tagsüber müde. Die Beschwerden würden an Intensität im Verlauf zunehmen und ihren Alltag enorm beeinträchtigen. Eine Psychotherapie habe die Patientin noch nicht erhalten.

Zur Quantifizierung der Ausprägung der Post-ICU-PTBS-Symptome wird der Posttraumatic Diagnostic Scale-5-Score (PDS-5-Score) verwendet (Summenscore von 0–80) [6]. Ab einem Punktwert von ≥ 36 Punkten wird eine klinisch manifeste PTBS angenommen, darunterliegende Werte von 15–35 gelten als „nicht klinisch manifest“, sind aber indikativ für einen symptomatischen PTBS-Verlauf einzuordnen. Unterhalb von 15 Punkten wird keine klinische Relevanz angenommen und oberhalb von 70 Punkten eine schwerwiegende PTBS-Symptomatik. Vor Therapiebeginn liegt der PDS-5-Score bei der Patientin bei 33 Punkten.

Therapeutische Intervention

Die Narrative Expositionstherapie (NET) ist eine evidenzbasierte Gesprächstherapie und wurde ursprünglich für den Einsatz in Krisengebieten entwickelt [5]. Die Adaptation für die Hausarztpraxis erfolgt im Rahmen der PICTURE-Studie [7]. Die adaptierte Version der NET für die Hausarztpraxis richtet sich dabei explizit an Patient*innen mit einer leicht- bis mittelgradigen Post-ICU-PTBS-Symptomatik. Schwerwiegende Symptome (PDS-5-Score ≥ 70 Punkte) stellen eine Kontraindikation für die angewandte Kurzform der NET dar. Ein Teil der psychischen Belastungen bei Post-ICU-Patient*innen remittiert spontan in den ersten Wochen nach Entlassung. Auch sollte nach einem traumatisierenden

Ereignis vorerst die physiologische Beruhigung erreicht werden. In den ersten drei Monaten ist eine Exposition also kontraindiziert. Die vorgestellte Patientin erhält 36 Monate nach ihrem Intensivaufenthalt die Kurzform der NET in drei Einzelsitzungen (je 45 min) durch ihre behandelnde Hausärztin sowie sieben wöchentlich stattfindende Telefonvisiten durch eine medizinische Fachangestellte der Hausarztpraxis. Das hausärztliche Praxisteam wurde vor Beginn der Intervention durch eine Psychologin geschult (online, 60 min inklusive praktischer Übungen). Eine ergänzende Psychopharmakotherapie erfolgt nicht.

Nach dem diagnostischen Interview erfolgt in der 1. Therapiesitzung eine grundlegende Psychoedukation sowie die Zusammenstellung der bedeutsamsten Lebensereignisse in chronologischer Form. Hier betont die Patientin die Konflikte der eigenen Eltern, erlebte Vernachlässigung in der Kindheit sowie drohende Arbeitslosigkeit in der Vergangenheit. Positiv sind der Patientin die eigene Schulzeit, das Kennenlernen ihres Ehemanns sowie die Geburt der eigenen Tochter erinnerlich.

Die 2. Therapiesitzung findet zwei Wochen später statt. Durch das strukturierte Berichten über den intensivmedizinischen Aufenthalt wird die traumatisierende Situation („Hot Spot“) fokussiert. Um eine Narrative Exposition zu erreichen, werden direkte Fragen, Rückmeldungen und Momente der Verlangsamung und Vertiefung eingesetzt, unter Beachtung von Ort und Zeit des Erlebten. Dabei soll das kognitive, emotionale und physiologische Geschehen ins Bewusstsein gerufen werden. Das Kontrastieren mit der realen, sicheren „Ist-Situation“ gibt den Patient*innen

Sicherheit und emotionale Stabilität. Am Ende dieser Therapiesitzung wird über eine koordinierte Ausleitung die Reorientierung von der Hausärztin herbeigeführt (▣ Abb. 1).

Durch die Narrative Exposition kommt es bei der Patientin zu einer ausgeprägten Aktivierung des mit der Angst verknüpften assoziativen Netzwerks an Erinnerungen. Sie weint viel und ist motorisch unruhig. Die Ärztin zeigt sich empathisch und bleibt während der Sitzung im emotionalen Kontakt mit der Patientin.

In der 3. Therapiesitzung wird die intensivmedizinische Behandlung nochmals thematisiert. Zu Beginn berichtet die Patientin eine verbesserte Schlafqualität. Die Ernsthaftigkeit ihrer Erkrankung wäre der Patientin erst im Nachhinein klageworden. Die Intervention beschreibt sie als hilfreich und entlastend. Eine ergänzende Psychotherapie ist aktuell nicht geplant (▣ Abb. 2).

Ergebnis

Bei der Patientin zeigt sich eine deutliche Symptomverbesserung im Verlauf der NET. Nach Therapieabschluss liegt der PDS-5-Score bei der Patientin bei 19 Punkten. Aus Perspektive der Patientin sind vor allem das Verbalisieren des Traumas sowie die gezielten Nachfragen der Hausärztin für den Erfolg entscheidend. Die behandelnde Hausärztin berichtet: „Nach der NET ließen die Alpträume nach. Jetzt wirkt sie ausgeglichener, klingt gut und ihre Stimmung ist deutlich besser. Beim Telefonat mit der medizinischen Fachangestellten ist sie gut gelaunt und lacht viel.“

Diskussion

Obwohl die intensivmedizinische Behandlung zum Zeitpunkt des Therapiebeginns 36 Monate zurückliegt, kommt es schnell zu einer deutlichen Verbesserung der Post-ICU-PTBS. Lange ist keine weitere fachärztliche Behandlung erforderlich. Dies kann auf eine besonders günstige persönliche Konstellation zwischen Hausärztin und Patientin als auch eine singuläre Struktur der traumatischen Erinnerungen hindeuten. Bei der vorgestellten Kasuistik handelt es sich um einen Einzelfall, dessen deutliche Verbesserung aufgrund patienten-,

Patient with symptoms of post-traumatic stress disorder after intensive care—a case report from the PICTURE study

Background: Care in the intensive care unit (ICU) often introduces symptoms of post-traumatic stress disorder (post-ICU PTSD) in individuals with prior adverse experiences. General practitioners play an important role in follow-up care.

Case report: A 58-year-old woman developed post-ICU PTSD symptoms after she experienced sepsis. She received brief narrative exposure therapy (NET) from her general practitioner and experienced significant improvement of symptoms.

Conclusion: A brief version of NET might be appropriate for the treatment of patients with mild to moderate post-ICU PTSD symptoms.

Keywords

Post-ICU PTSD · Critical care · Narrative exposure therapy · Mental health

praxen- und kontextspezifischer Faktoren nicht gleichermaßen auf alle Post-ICU-Patient*innen übertragbar ist. Auch ist diese angewandte Kurzform der NET in der hausärztlichen Praxis nicht für Patient*innen geeignet, die unter den Folgen von Mehrfach- und Komplextraumatisierung leiden.

Fazit für die Praxis

Da die Nachsorge intensivmedizinischer Behandlungen meist in der Allgemeinmedizin stattfindet, sollte auf Symptome einer Post-ICU-PTBS geachtet werden. Auch wenn das Erlernen der NET für das hausärztliche Praxisteam einen gewissen Ressourcenaufwand bedeutet, kann die Kurzform der NET für die Behandlung von leicht- bis mittelgradigen Symptomen einer Post-ICU-PTBS geeignet sein. Um diese Interventionsmöglichkeiten in die hausärztliche Regelversorgung implementieren zu können, sollte über die Einführung einer angemessenen Leistungvergütung nachgedacht werden.

Korrespondenzadresse

Dr. rer. nat. Linda Sanftenberg
Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Universität München, LMU München
Nußbaumstr. 5, 80336 München, Deutschland
linda.sanftenberg@med.uni-muenchen.de

Mitglieder der PICTURE-Studiengruppe (in alphabetischer Reihenfolge). Christine Adrion; Matthias Angstwurm; Cora Ballmann; Antje Bergmann; Antina Beutel; Gerhard Bielmeier; Andrea Bischoff; Ralph Bogdanski; Franz Brettner; Christian Brettschneider; Josef Briegel; Martin Bürkle; Johanna Dohmann; Thomas Elbert; Peter Falkai; Thomas Felbinger; Richard Fisch; Hans Förstl; Benjamin Fohr; Martin Franz; Patrick Friederich; Chris-Maria Friemel; Jürgen Gallinat; Sabine Gehrke-Beck; Jochen Gensichen; Herwig Gerlach; Andreas Güldner; Hanna

Hardt; Christoph Heintze; Andreas Heinz; Axel Heller; Christian von Heymann; Petra Hoppmann; Volker Hüge; Michael Irlbeck; Ulrich Jaschinski; Dominik Jarczák; Stefanie Joos; Elisabeth Kaiser; Melanie Kerinn; Frank-Rainer Klefisch; Stefan Kluge; Roland Koch; Thea Koch; Michelle Kowalski; Hans-Helmut König; Robert Kosilek; Peter Lackermeier; Karl-Ludwig Laugwitz; Yvonne Lemke; Achim Lies; Klaus Linde; Daniela Lindemann; Dagmar Lühmann; Stephanie May; Ludwig Ney; Jan Oltrogge; Wulf Pankow; Sergi Papiol; Maximilian Ragaller; Nikolaus Rank; Lorenz Reill; Ulf-Dietrich Reips; Hans-Peter Richter; Reimer Riessen; Grit Ringeis; David Rösger; Ann Rühhard; Linda Sanftenberg; Maggie Schauer; Gustav Schelling; Jörg Schelling; André Scherag; Martin Scherer; Tomke Schubert; Konrad Schmidt; Antonius Schneider; Gerhard Schneider; Jürgen Schneider; Julia Schnurr; Susanne Schultz; Thomas G. Schulze; Karin Schumacher; Peter Spieth; Franka Thurm; Thomas Vogl; Karen Voigt; Andreas Walther; Dietmar Wassilowsky; Cornelia Wäscher; Steffen Weber-Carstens; Regina Wehrstedt; Roland Weierstall-Pust; Marion Weis; Georg Weiss; Harald Well; Christian Zöllner; Bernhard Zwissler

Förderung. Die Hauptstudie PICTURE ist registriert beim Deutschen Register für klinische Studien (DRKS00012589) und wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft unterstützt (Förderkennzeichen: GE 2073/8–1).

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. L. Sanftenberg, J. Krevet, R.P. Kosilek, D. Lindemann, K. Schmidt, C. Heintze, T. Elbert, M. Schauer, U.-D. Reips und J. Gensichen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der LMU München, Deutschland, genehmigte das Studienprotokoll am 20.09.2017 (Aktenzeichen 17-436). Alle Erhebungen wurden entsprechend der Deklaration von Helsinki durchgeführt. Es liegt eine schriftliche Einverständniserklärung der vorgestellten Patientin und der behandelnden Hausärztin zur Veröffentlichung des Fallberichts vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Rawal G et al (2017) Post-intensive care syndrome: an overview. *J Transl Int Med* 5:90–92
2. Calsavara AJ et al (2021) Prevalence and risk factors for post-traumatic stress, anxiety, and depression in sepsis survivors after ICU discharge. *Braz J Psychiatry* 43:269–276
3. Schmidt K et al (2016) Effect of a primary care management intervention on mental health-related quality of life among survivors of sepsis: a randomized clinical trial. *JAMA* 315:2703–2711
4. Munz D (2022) Bundespsychotherapeutenkammer. Newsletter 2:8
5. Schauer M (2011) Narrative Exposure Therapy: A Short-Term Treatment for Traumatic Stress Disorders. Hogrefe, Göttingen
6. Wittmann L et al (2021) Psychometric properties and validity of the German version of the Post-Traumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5). *Eur J Psychotraumatol* 12:1965339
7. Gensichen J et al (2018) Effect of a combined brief narrative exposure therapy with case management versus treatment as usual in primary care for patients with traumatic stress sequelae following intensive care medicine: study protocol for a multicenter randomized controlled trial (PICTURE). *Trials* 19:480

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Sie haben die Wahl!

Die ZFA online oder gedruckt lesen?



Entscheiden Sie sich jetzt!

Sie haben die Wahl unter: www.degam.de/zfa-online



Nach dem 1.1.2025 erhalten Sie nur noch auf (Ihren) ausdrücklichen Wunsch die Print-Ausgabe.

Neuer Editor in der ZFA

Dr. rer. medic. Jörg Haasenritter, Marburg



Dr. Jörg Haasenritter (MScN), Jahrgang 1966, arbeitete nach seiner Ausbildung zum Krankenpfleger von 1990 bis 2007 in der Krankenpflege. Seit 2007 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin an der Philipps-Universität Marburg und leitet den Funktionsbereich „Quantitative Methodik“. Schwerpunkte seine Arbeit sind u.a. diagnostische Studien und kardiovaskuläre Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung.

Wir begrüßen ihn herzlich im Board der *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* und freuen uns auf die Zusammenarbeit!