

Nachbetreuung amputierter Patienten aus psychologischer Sicht

■ Alexander Breitung

Zusammenfassung

Die psychologische Betreuung amputierter Patienten sieht eine schnelle frühzeitige Intervention vor. Die Patienten brauchen dabei eine gezielte detaillierte Information hinsichtlich ihres zukünftigen Lebens. Mithilfe der kognitiven Umstrukturierung können zusätzlich irrationale Denkprozesse korrigiert werden. Dadurch können Ängste und Depressionen vermieden werden. Ungünstige Risikofaktoren bei den Patienten sind zu beachten. Entscheidend für die Verarbeitung der Amputation ist das Erreichen einer sehr hohen Motilität seitens des Patienten. Vor der Verarbeitung der Amputation muss immer die Verarbeitung des Unfall- oder des Krankheitserlebnisses berücksichtigt werden, da es sonst zu Therapiemisserfolgen kommen kann.

Aftercare of Patients who have Undergone Amputations

The psychological care of patients who have undergone amputation requires a rapid and early intervention. These patients need specific, detailed information with regard to their future lives. By means of cognitive restructuring, additional irrational thought processes can be corrected. Anxiety and depression can be avoided by these means. Any unfavourable risk factors affecting the patient must be taken into consideration. A decisive factor for coping with the amputation is that the patient him/herself rapidly achieves a high degree of motility. Before the amputation itself can be accommodated the patient must always first come to terms with the respective accident or disease process, otherwise therapy could be unsuccessful.

Im Zeitraum von 1980 bis 2007 wurden an der BG-Unfallklinik Tübingen ca. 1800 amputierte Patienten psychologisch betreut.

Ausgehend von einem präventionspsychologischen Ansatz (vgl. Breitung, 1980 [1]) wurde bei den Patienten ein Konzept angewandt, dass seinen Ursprung in der psychologischen Behandlung querschnittgelähmter Patienten hatte und durch Ergänzungen auf bein- und armamputierte Patienten übertragen wurde.

Das Konzept sieht eine schnelle psychologische Intervention vor.

Bei Patienten mit nicht traumatologischem Verlauf noch vor der Amputation, mit traumatologischem Verlauf in den ersten drei Tagen nach der Amputation (vgl. Breitung, 1992 [2]). Damit soll schon frühzeitig der Entwicklung von Zukunftsängsten und Depressionen entgegen gewirkt werden (vgl. Lange, 2006 [5]).

Da jede Amputation ihre psychische Auswirkung auf der kognitiven Ebene, emotionalen Ebene, physiologischen Ebene und Verhaltensebene hat, müssen alle vier Ebenen von Beginn an Beachtung finden.

Die Verarbeitung der Amputation wird auf jeden Fall auf der kognitiven Ebene geleistet, sodass hier eine rechtzeitige psychologische Intervention einen günstigen Verlauf der Verarbeitung fördern kann.

Findet sie nicht statt, kann es u.a. zu irrationalen Denkprozessen („ich bin im Leben nichts mehr wert“) und in der Folge zu einer Breite an Gefühlsäußerung (Unsicherheit, Niedergeschlagenheit, Angst, Depression etc.), physiologischen Symptomen (Herzrasen, Schwitzen, erhöhter Hautwiderstand, Schmerzen etc.) und zu Verhaltensauffälligkeiten (Nichtbeachtung des Stumpfes, übertriebene Rollstuhlabhängigkeit, Aggressivität etc.) kommen.

Auf der kognitiven Ebene haben wir die Erfahrung gemacht, dass viele Patienten vollkommen falsche Vorstellungen von ihrem zukünftigen Leben mit Amputation haben. Irrationale Denkmuster können hierbei massiv zum Ausdruck kommen. „Laienhafte“ Urteile zur Möglichkeit mit der Prothese, voreilige Schlussfolgerungen zur Partner- und Freundesreaktion, Extremansichten zum Phantomschmerz, einseitiges Urteil über den zukünftigen eigenen Stellenwert sowie allgemeine Einstellungen zum Behindertsein können letztendlich in eine ausgeprägte Zukunftsangst führen.

Ein frühzeitiges Informationsgespräch kann hier alleine schon Ängste erst gar nicht entstehen lassen.

So müssen z. B. bei beinamputierten Patienten Themenbereiche wie Phantomschmerz, Prothesentechnik, Gangschulung, verändertes Körperbild, die nächsten Wochen in der Klinik, zukünftige Möglichkeiten im Alltag, berufliche und private Aspekte hier schon zur Sprache gebracht werden.

Diese Informationen müssen jedoch realistisch und glaubhaft vermittelt werden und gut dosiert sein. Sie dürfen den Patienten nicht überfordern. In der Regel sind deshalb mehrere Gespräche erforderlich, damit der Patient die Fülle an Informationen aufnehmen und durchdenken kann.

Der Überbringer selbst muss bis ins kleinste Detail über ein kompetentes Fachwissen verfügen, um allen Fragen des Patienten schnell und gezielt entgegen zu können. Er muss jedoch auch darin geschult sein, irrationale Denkmuster des Patienten zur Amputation und seinen Folgen erkennen zu können.

Eine schnelle Korrektur dieser „gedanklichen Verzerrung“ kann helfen, eine Stabilisierung dieser ungünstigen Denkstruktur zu verhindern.

Hierbei kommt der Methode der kognitiven Umstrukturierung aus der kognitiven Verhaltenstherapie eine zentrale Bedeutung zu,

mit deren Hilfe die Korrektur in einer sehr verständlichen, einfachen und fast für alle Patienten zugänglichen Sprache vorgenommen werden kann (vgl. Hautzinger, 2000 [6]).

Trotz aller Informationsweitergabe und umfassenden psychologischen Intervention muss der Patient auf „seiner“ emotionalen Seite auch trauern dürfen.

Diese Traurigkeit ist nicht mit einer Depression zu verwechseln. Sie ist eine natürliche Reaktion auf einen einschneidenden Verlust im Leben, sie ist eine natürliche Reaktion auf den veränderten Körper bzw. veränderte Körperbild (vgl. Trautmann, 1986 [4]). Die psychologische Betreuung beinhaltet hier Begleitung, Verständnis, Empathie, Zuhören, Ermunterung zur Trauer und Einfühlen in die ganz spezifische Situation des Patienten.

Allerdings gibt es ungünstige äußere Bedingungen, die von vornherein die Bewältigung der Amputation insgesamt gefährden

und die für die psychologische Betreuung einen erheblichen Mehraufwand und eine große Herausforderung bedeuten können.

Bis heute hat nämlich eine Anzahl an Risikofaktoren Gültigkeit (vgl. Florin, 1981 [3]), deren kombiniertes Auftreten den Behandlungserfolg erschweren

bzw. zum Scheitern bringen können und die jedem psychologischen Betreuer bewusst sein müssen:

- der amputierte Patient war vorher schwach sozial integriert,

- war eher introvertiert und verschlossen,
- war sportlich wenig aktiv,
- war wenig risikofreudig,
- hatte ein niedriges Ausbildungsniveau,
- hatte keine Einsicht in die Notwendigkeit der Amputation,
- die Amputation und Nachbehandlung erfolgten nicht in einer Spezialklinik,
- die prothetische Erstversorgung erfolgte sehr spät,
- mehrere Reamputationen waren notwendig,
- der Unfall war fremdverschuldet.

Dabei wird nie ein einzelnes Element den Behandlungserfolg irritieren, sondern immer das Auftreten von mehreren Komponenten, was trotz allen Bemühens des Behandlungsteams durchaus auch zu einem kompletten Scheitern hinsichtlich der Therapieziele führen kann.

Das entscheidende psychologische Moment nach der Akutphase und der gezielten Informationsweitergabe ist in der Weiterbehandlung jedoch das Zusammenspiel von Arzt, Physiotherapie, Ergotherapie, Orthopädiemechaniker und Patient, das zum Ziel hat, die Bewegungsfreiheit des Patienten auf ein Höchstmaß zu trainieren.

Klappt diese Zusammenarbeit optimal und führt sie beim Patienten letztendlich zu einer hohen Motilität mit Prothese (z. B. durch eine kompetente Gehschule), kann dies jegliche weitere psychologische Intervention ersetzen.

Studien zeigen hier einen klaren Zusammenhang zwischen hoher Motilität und geringer Depressionsrate, zwischen hoher Motilität und niedrigem Schmerzempfinden sowie zwischen hoher Motilität und hoher Integration des Kunstbeines bzw. Kunstarmes in das eigene Körperbild (kosmetischer Aspekt!) (vgl. Florin, 1981 [3]).

Viele Jahre haben wir jedoch übersehen, dass vor der Verarbeitung der Amputation die Verarbeitung des Unfallereignisses Beachtung finden muss.

So gab es unabhängig von den o.g. Risikofaktoren immer wieder Patienten, bei denen trotz frühzeitiger psychologischer Intervention und trotz optimalen Zusammenspiels im Team der Behandlungserfolg schleppend voranging oder gar ausblieb. Erst mit dem größeren

Wissen zu Trauma, Traumaerlebnis und Traumatherapie der letzten Jahre haben wir diesem Aspekt Rechnung getragen und in der Tat nicht verarbeitete Traumaerlebnisse bei manchen amputierten Patienten vorgefunden (vgl. Hausmann, 2003 [7]).

Dementsprechend begegnen wir in unserer psychotraumatologischen Ambulanz immer wieder beinamputierten bzw. armamputierten Patienten, bei denen selbst nach 5 bis 10 Jahren die Akzeptanz der Amputation und Prothese nicht geleistet worden war und die ihr Unfallereignis nicht verarbeitet hatten und inzwischen an einer chronischen Anpassungsstörung litten.

Als Konsequenz ist es deshalb bei uns zum Standard geworden, dass durch den Psychologen neben der Amputation auch das Unfallereignis beim Patienten angesprochen wird.

Psychotherapeutische Interventionsmethoden der Traumatherapie können hier in der Folge der Entwicklung von psychischen Störungen wie Anpassungsstörungen, posttraumatischen Belastungsreaktionen, depressiven Episoden oder spezifischen Phobien entgegenwirken und den Behandlungsverlauf hinsichtlich der Beinamputation günstig bahnen.

Im weiteren Verlauf der Behandlung benötigen viele Patienten noch konkretere Handlungshinweise für den Alltag.

In Zusammenarbeit mit dem Psychologen werden in dieser Zeit Bewältigungsstrategien für die Probleme in den unterschiedlichen Lebensbereichen erarbeitet. Fragen u.a. zu Situationen in der Partnerschaft, im Freundeskreis, im Beruf, bei Freizeitaktivitäten, beim Sport, in der Wohnung, während des Urlaubs oder beim Autofahren werden dabei aufgegriffen und mit dem Patienten erörtert, sodass er bei der Entlassung mit einem Rüstzeug an Problemlösestrategien ausgestattet ist.

Abschließend darf nicht unerwähnt bleiben, dass nicht alle amputierten Patienten umfassende psychologische Betreuung benötigen. Immer wieder begegnen wir Patienten, die aufgrund ihrer Erziehungs- und Entwicklungsgeschichte über genügend innere Stärke und Bewältigungsstrategien verfügen, um ihre Amputation weitgehendst alleine meistern zu können.

Was Sie jedoch auf jeden Fall benötigen, sind die Informationsgespräche zu Beginn ihres Aufenthaltes (vgl. Rack, 2003 [8]), um die eigenen Strategien in der Folge gezielt einsetzen zu können.

Literatur

- ¹ Breitung A. Untersuchungen zu rehabilitations- und präventionspsychologischen Fragen bei querschnittgelähmten Patienten. Zulassungsarbeit Diplom, Uni Tübingen, 1980
- ² Breitung A. Sinn früher Aufklärung über die Querschnittlähmung aus psychologischer Sicht. In: Zäch G. Rehabilitation beginnt am Unfallort. Berlin: Springer Verlag, 1992
- ³ Florin I. Psychologische, medizinische, demographische und rehabilitative Variablen in ihrer Beziehung zum Rehabilitationserfolg bei einseitig beinamputierten Männern. DFG Forschungsprojekt, 1981
- ⁴ Trautmann W. Untersuchung an unterschenkelamputierten Männern und Frauen zur Krankheitsbewältigung. Diplomarbeit, Uni Tübingen, 1986
- ⁵ Lange C. Angst und Depression nach einer Amputation der unteren Extremität. Orthopädie 2006; 35: 1152 – 1158
- ⁶ Hautzinger M. Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen. Weinheim: Beltz Verlag, 2000
- ⁷ Hausmann C. Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Wien: Facultas Verlag, 2003
- ⁸ Rack A. Psychosoziale Auswirkungen posttraumatischer Amputationen an der unteren Extremität – eine retrospektive Evaluierung der Bedeutung des Amputationszeitpunktes. Dissertation, Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München, 2003

Dipl.-Psych. Alexander Breitung
 Psychologischer Psychotherapeut
 Kinder- und Jugendlichen-
 Psychotherapeut
 Schmerztherapeut BVSD
 Sporttherapeut

Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik
 Tübingen
 Psychologischer Dienst
 Schnarrenbergstraße 95
 72076 Tübingen