

## Mens sana in corpore sano – ein gesunder Geist in einem gesunden Körper – ein Fallbeispiel

### Einleitung

Im Fokus der Forschung im Wundmanagement in den letzten 20 Jahren waren vor allem die Wunde, die metabolischen Prozesse und die entsprechenden Lokaltherapien. Psyche und psychosoziale Aspekte des Menschen mit chronischen Wunden in die Wundtherapie mit einzubeziehen, wird aber noch zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt [1].

„Ganzheitliche“ Betrachtung beinhaltet heute noch überwiegend die Erfassung der nicht selten komplexen Grunderkrankungen, deren Kausalität zur Wunde sowie die Wunde selbst. Ein persönlicher Erfahrungsbericht lässt vermuten, dass die Psyche durchaus einen wesentlichen Beitrag in der Wundheilung hat.

### Fallbeispiel Anamnese

In meiner Zeit als Wundexpertin in einem Gesundheitszentrum wurde ich als Schnittstelle zwischen Klinik, Hausärztin, Pflegedienst und Patientin bei Fällen hinzugezogen. Ein Fall war eine 84-jährige Patientin, die sich im Rahmen des Stationsaufenthalts einen Decubitus sacralis unbekannter Kategorie zugezogen hatte (Abb. 1a). Seitens der Klinik wurde eine chirurgische Intervention empfohlen. Die Familie lehnte dies ab, mit der Begründung, dass die Patientin während ihres Aufenthalts in

der Klinik mental sehr abgebaut habe. Die Mutter litt laut Aussage der Tochter sehr unter der Trennung der Familie. Darum entschied die Familie, die Patientin zu Hause weiter zu versorgen. „Zu Hause“ bedeutete, im Haus ihrer Tochter generationsübergreifend gepflegt zu werden.

Gleich nebenan wohnte der Sohn mit Familie und es existierten eine engagierte Nachbarschaft sowie eine Hausärztin, die dieses Vorhaben unterstützte. Neben den Ressourcen aus dem familiären Bereich wurde ein Pflegedienst zum Verbandswechsel involviert. Ein Patientenlifter wurde organisiert und ein Mobilitätsprotokoll erstellt.

### Verlauf

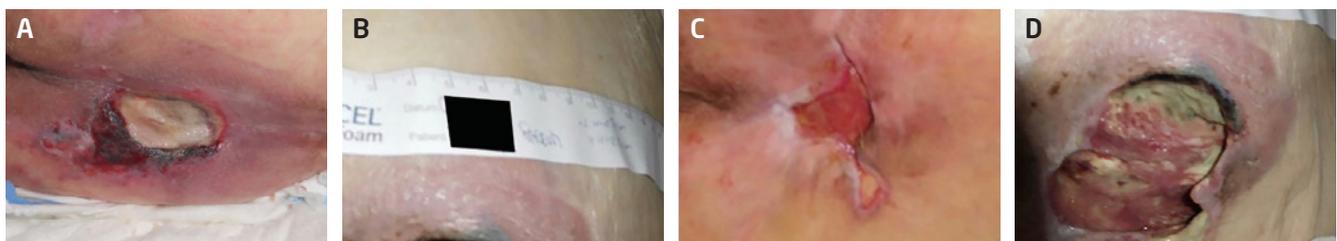
Bereits zum Start der ambulanten Therapie war für mich eine Wesensveränderung der Patientin zu beobachten. Während die Patientin in der Klinik apathisch wirkte und kein Interesse an Kommunikation gezeigt hatte, lächelte sie mich nun an. Sie schien sichtlich froh, wieder zu Hause zu sein. Alle Beteiligten wirkten höchst motiviert und es herrschte eine zuversichtliche Stimmung.

Lokaltherapeutisch wurde ein autolytisches Debridement eingeleitet, der Verbandswechsel erfolgte einmal täglich durch den Pflegedienst. Die Mobilisati-

on und Positionierung übernahmen die Familie und Nachbarn. Nach der Körperpflege wurde die Patientin mittels Patientenlifter mobilisiert und frühstückte mit ihrer Familie. Zusätzlich bekam sie zweimal pro Tag eine hochkalorische proteinreiche Flüssignahrung per Os. Nach dem Mittagessen verbrachte sie zwei Stunden im Bett, wobei jeweils auf eine seitliche Positionierung geachtet wurde. Nachmittags nahm sie wieder am Familienprogramm teil, saß im Garten oder Nachbarn kamen auf eine Tasse Kaffee vorbei und verbrachten Zeit mit ihr.

Der Wundheilungsverlauf war vorbildlich, was alle an der Wundheilung beteiligten Personen motivierte. Es benötigte gut drei Wochen der Autolyse und Exsudationsphase, bis sich die Nekroseplatte und der faserige Fibrinpropf lösten. (Abb. 1b). Die Exsudation war stark rückläufig, die Lokaltherapie wurde entsprechend umgestellt, die Verbandsintervalle wurden reduziert.

Im Laufe der Wochen proliferierte der Wundgrund, die Unterminierung von ehemals 10 cm reduzierte. Die Patientin selbst nahm an Kräften zu. Es wurde kein Patientenlifter mehr benötigt, um sie zu mobilisieren. Die Patientin hatte Appetit und nahm rege an den Vorbereitungen eines Familienfestes teil, worauf sich alle sehr freuten. Die Granulation



**Abb. 1** **A:** Befund der Patientin des Fallbeispiels bei Aufnahme. **B:** Nach drei Wochen Behandlung. **C:** Der Dekubitus sacralis in der Epithelisierungsphase, die Aufnahme entstand 2-3 Wochen vor dem Tod des Sohnes. **D:** Zustand der Wunde 2-3 Wochen nach dem Tod des Sohnes der Patientin. Kurze Zeit später verstarb die Patientin.

in der Wunde war mittlerweile auf Hautniveau und die Epithelisierung hatte zirkulär eingesetzt. Es bestand die begründete Annahme, dass dieser Wundheilungsverlauf in naher Zukunft vor dem Abschluss stehen würde (Abb. 1c).

Obwohl alle Maßnahmen wie Druckentlastung und Lokalthherapie weiter nach Plan liefen, hatte die Patientin vier Wochen später ein größeres Wundausmaß als zu Beginn der Wundtherapie. Sie wirkte energielos und apathisch, sprach und aß nicht mehr. Ihr Sohn war plötzlich an einem Herzinfarkt verstorben. Es entstand für mich der Eindruck, dass sie sich in ihrer tiefen Trauer um den Verlust ihres Kindes selbst aufgegeben hatte. Drei Tage nach dem letzten Wunddokumentationsfoto (Abb. 1d) verstarb sie.

### Fazit

Die Psyche und der Körper greifen wie Zahnräder ineinander und sind nicht voneinander zu trennen. Psychosoziale Faktoren setzen Wundheilungshemmen-

de oder Wundheilungsfördernde Botenstoffe frei: Durch Zuwendung, Berührung und Aufmerksamkeit werden messbare Botenstoffe im Körper freigesetzt, die positiven Impact auf die Wundheilung nehmen [2, 3, 4]. Im Umkehrereffekt setzen Angst, Isolation und Trauer die Immunaktivität der Zellen herab und stellen damit Stressoren für die Wundheilung dar [5, 6].

Effektive Wundversorgung sollte die Psyche der Patientinnen und Patienten mit einbeziehen und, bei Bedarf, entsprechende Hilfestellungen anbieten.

### Literatur

1. **Upton D, Hender C, Solowiej K:** Mood disorders in patients with acute and chronic wounds. *J Wound Care* 2012 Jan; 21(1): 42–48.
2. **Nagaswa et al.:** Oxytocin-gaze positive loop and coevolution of human-dog bonds *Science* 2015; 348 (6232): 333–336.
3. **Broadbent et al.:** A brief relaxation intervention reduces stress and improves surgical wound healing response: A randomized trial. *Brain, Behavior and Immunity* 2012: 212–217.
4. **Gouin et al.:** Marital Behavior, Oxytocin, Vasopressin, and woundhealing. *Psychoneuroendocrinology*. 2010; 35 (7): 1082–1090.
5. **Lucas VS:** Psychological stress and wound healing in humans – what we know. *Wounds* 2011; 23(4): 76–83.
6. **Denda M et. al.:** Immobilization-induced and crowded environment-induced stress delay delir recovery in murine skin. *British Journal of Dermatology* 1998; 138: 778–780.

### Gesine Guhde-Speil

Zertifizierte Wundexpertin ICW und Fachtherapeutin Wunde ICW, Unispital Basel, Wundambulatorium Dermatologie  
E-Mail: gesine.guhde-speil@usb.ch

*Hinweis der Redaktion: Die nächste Ausgabe der WUNDmanagement wird den Schwerpunkt „Wunde und Psyche“ haben. Frau Guhde-Speil wird die Thematik in einem ausführlichen Artikel mit interessanten Studien und Beobachtungen aus 20 Jahren Praxis beleuchten.*



**3. Gemeinsamer Kongress  
der Schweizerischen Gesellschaften für Wundbehandlung**  
Mittwoch, 21. und Donnerstag, 22. September 2022, Kongresshaus Biel

**ZUSAMMEN NOCH STÄRKER!**

**Zum dritten Mal treffen sich die beiden Gesellschaften in Biel, getreu dem Motto „Zusammen noch stärker!“ als grundlegendem Garant für eine erfolgreiche Behandlung unserer Patientinnen und Patienten.**

Weitere Details zum Kongress finden Sie unter [www.safw-congress.ch](http://www.safw-congress.ch)

Das Komitee der Schweizerischen Gesellschaften für Wundpflege freut sich über Ihre Teilnahme und einen spannenden Kongress!