

**Institut Universitaire Kurt Bösch (IUKB) Sion/Schweiz**

**Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Master of Advanced Studies  
(MAS) in Palliative Care, Kommunikation und Ethik am Ende des Lebens**

**Studiengang 2006 – 2008**

# **Wie nehmen Pflegende Traumatisierung in der Vorgeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner wahr?**

**Eine Untersuchung im Langzeitbereich**

Gutachter:

Dr. Valeria Ferrari Schiefer, Sion

Prof. Dr. Christof Müller-Busch, Berlin

Frau Elke Anker, Burgdorf

Sandra Schneider

Wiesenweg 13b

3400 Burgdorf

Burgdorf, Mai 2009

## **Abstract**

Traumatische Ereignisse können im Alter wieder wach werden. Ursachen dafür sind, dass Möglichkeiten von Ablenkung und Kompensation wegfallen. Dazu kommt, dass mehr Zeit zur Verfügung steht, um Unbewältigtes wahrzunehmen. Auch Verluste von nahe stehenden Personen, Pensionierung, ein Eintritt in ein Pflegeheim, etc. können eine Rolle spielen. Neben äusseren Faktoren kommt dem Alterungsprozess selbst eine wichtige Rolle zu. Er konfrontiert uns zunehmend mit Hilflosigkeit, und diese wiederum ist ein wesentlicher Faktor bei traumatisierten Erfahrungen, so dass damit frühere Gefühle wieder wach werden können.

Die vorliegende Untersuchung im Langzeitbereich geht der Frage nach, wie Pflegende Traumatisierung in der Vorgeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner wahrnehmen. Auf der Basis von dreizehn qualitativ durchgeführten Interviews und einer teilnehmenden Beobachtung werden die Beobachtungen und Wahrnehmungen der Pflegenden untersucht. Die Daten der Interviews wurden in Anlehnung an die Prinzipien der Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring analysiert.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflegenden sehr gut beobachten und eine sehr gute Wahrnehmung haben. Die Pflegenden können ihre Beobachtungen und Wahrnehmungen jedoch schlecht auf eine Traumatisierung in der Vorgeschichte der Bewohnenden zurückführen, da ihnen die theoretischen Kenntnisse dazu fehlen. Es geht nicht um die Diagnosestellung, vielmehr geht es darum, die Persönlichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner zu unterstützen und zu festigen, indem sie in ihrer Eigenverantwortung bestärkt werden bzw. sie ihnen nicht abgesprochen wird. Es gilt, die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner in den Mittelpunkt zu stellen. Andererseits sollten gemeinsam mit den Bewohnenden Bewältigungsstrategien gefunden bzw. erhalten werden, die es ihnen möglich machen, aktiv am Leben teilzunehmen. Die Pflegenden können den Bewohnerinnen und Bewohnern zeigen, dass sie zumindest jetzt und durch die Pflege keine Gewalt, in welcher Form auch immer, erfahren werden.

# Inhaltsverzeichnis

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Einleitung</b> .....   | <b>6</b>  |
| <b>Ausgangslage</b> .....   | <b>9</b>  |
| <b>Fragestellung</b> .....  | <b>11</b> |
| <b>Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit</b> .....   | <b>12</b> |
| <b>1 Theoretische Grundlagen</b> .....  | <b>13</b> |
| 1.1 Begriffserklärung .....   | 13        |
| 1.1.1 Definition Traumatologie .....  | 13        |
| 1.1.2 Körperliche Gewalt (Häusliche Gewalt) .....   | 16        |
| 1.1.3 Psychische Gewalt .....   | 19        |
| 1.1.4 Sexualisierte Gewalt .....  | 22        |
| 1.1.5 Das medizinische Trauma .....   | 23        |
| 1.2 Die somatische Erinnerung verstehen .....   | 25        |
| 1.2.1 Überlebenszentrale oder das autonome Nervensystem .....   | 28        |
| 1.2.2 Abwehrreaktionen auf eine erinnerte Bedrohung .....   | 30        |
| 1.3 Kampf, Flucht und Erstarrung .....  | 30        |
| 1.4 Die Symptomatologie des Traumas .....   | 32        |
| 1.4.1 Aufzählung der Symptome .....   | 33        |
| 1.4.2 Posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS) .....  | 39        |
| 1.4.3 Pflegediagnose Posttraumatisches Syndrom .....  | 40        |
| 1.5 Therapie Angebote .....   | 42        |
| 1.5.1 Kognitive-behaviorale Verhaltenstherapie .....  | 45        |
| 1.5.2 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) .....  | 46        |
| 1.5.3 Psychodynamische Therapien .....  | 46        |
| 1.5.4 Somatic Experiencing (SE) nach Peter Levine .....   | 46        |
| 1.5.5 Social Trauma Therapy (STT), Traumaheilung nach Anngwyn St. Just: .....   | 48        |
| 1.5.6 Craniosacral Therapie .....   | 49        |
| <b>2 Überlegungen aus der Praxis</b> .....  | <b>51</b> |
| 2.1 Leben im Pflegeheim .....   | 51        |
| 2.1.1 Tagesablauf einer Bewohnerin im Pflegeheim, Beobachtungen aus dem<br>Praktikum der Autorin .....                                      | 54        |
| 2.2 Folgen für alte Menschen nach erlebtem Trauma .....   | 58        |
| 2.3 Pflegeziele und –massnahmen für Bewohnerinnen und Bewohner mit<br>Posttraumatischem Belastungssyndrom erstellt von Martina Böhmer ..... | 67        |
| <b>3 Empirischer Teil</b> .....   | <b>70</b> |
| 3.1 Datenerhebung durch qualitatives Interview .....  | 70        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 3.1.1    | Das qualitative Interview .....   | 70        |
| 3.1.2    | Interviewleitfaden.....   | 70        |
| 3.1.3    | Auswahl der Interviewpartnerinnen und –partner .....  | 71        |
| 3.1.4    | Durchführung des Interviews .....   | 72        |
| 3.1.5    | Transkription und Auswertung der Interviews.....  | 72        |
| 3.1.6    | Qualitative Inhaltsanalyse .....  | 73        |
| 3.2      | Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse .....   | 75        |
| 3.2.1    | Was wissen Pflegende über Trauma?.....  | 75        |
| 3.2.2    | Wie sind Pflegende geschult, um die Körper-Symptome der Bewohnenden<br>wahrzunehmen? .....  | 77        |
| 3.2.3    | Wie nehmen Pflegende Traumatisierung in der Vorgeschichte der<br>Bewohnenden wahr? Aufgrund von welchen Beobachtungen?.....           | 77        |
| 3.2.4    | Was denkst Du, wie viele alte Menschen sind von einem Trauma betroffen? .....   | 80        |
| <b>4</b> | <b>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse .....</b>   | <b>80</b> |
| 4.1      | Was wissen Pflegende über Trauma?.....  | 82        |
| 4.2      | Wie sind Pflegende geschult, um die Körper-Symptome der Bewohnenden<br>wahrzunehmen? .....  | 83        |
| 4.3      | Wie nehmen Pflegende Traumatisierung in der Vorgeschichte der<br>Bewohnerinnen und Bewohner wahr? Aufgrund welcher Beobachtungen? ... | 83        |
| 4.4      | Konsequenzen für die Praxis .....   | 85        |
| <b>5</b> | <b>Schlussfolgerung .....</b>   | <b>86</b> |
|          | <b>Literaturverzeichnis .....</b>   | <b>91</b> |
|          | <b>Abbildungen .....</b>  | <b>94</b> |
|          | <b>Anhang.....</b>  | <b>95</b> |
|          | <b>Anhang I- Interviewleitfaden I.....</b>  | <b>95</b> |
|          | <b>Anhang II - Interviewleitfaden II.....</b>   | <b>97</b> |
|          | <b>Anhang III - Transkription und Auswertung der Interviews (CD) .....</b>  | <b>98</b> |

## Vorwort und Dank

Diese Studie wurde als Masterarbeit am Institut Universitaire Kurt Bösch in Sion, Schweiz, als Abschluss des Masterstudiums Palliative Care, Kommunikation und Ethik am Ende des Lebens erstellt und im Mai 2009 vorgelegt.

Im Alter kann die Verarbeitung traumatischer Ereignisse – seien sie kürzlich erlebt oder länger zurückliegend – wichtig werden. Mit dieser Arbeit soll aufgezeigt werden, welche vielfältigen Bedeutungen, die Erfahrungen von Unfällen, körperliche/psychische Gewalt (auch in Pflegesituationen), Kriegserlebnisse oder die sexuelle Gewalt in der Kindheit für die individuellen Lebensgeschichten der Bewohnerinnen und Bewohner angenommen haben. Ein Eintritt in ein Pflegeheim kann eine Re-traumatisierung auslösen. Daher ist es wichtig, dass Pflegendе mögliche Symptome wahrnehmen und diese zuordnen können, damit sich die Bewohnerinnen und Bewohner sicher und ernst genommen fühlen.

Ganz besonders bedanke ich mich bei der Betreuerin meiner Masterarbeit, Frau Dr. Valeria Ferrari Schiefer, die mir mit wissenschaftlicher Kompetenz und menschlicher Loyalität zur Seite stand. Weiter bedanke ich mich für die Betreuung dieser Arbeit bei Herrn Prof. Dr. H. Christof Müller-Busch. Herzlichen Dank auch Frau Elke Anker, die mir bei fachlichen Fragen zur Traumatologie mit Rat und Tat zur Seite stand. Dank auch an Marie-Madlen Jeitziner und Francis Grand, die mich bei der Methode und qualitativen Studie beraten haben. Und zuletzt bedanke ich mich bei Andrea Hausammann für die wertvolle Lese- und Korrekturarbeit. Danken möchte ich aber auch denjenigen Menschen, die für ein Interview zur Verfügung gestanden sind. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Darüber hinaus danke ich Marie-Anne Gfeller, Ingeborg Beatty und Martin Wiederkehr für ihre Unterstützung und ihre wertvollen Tipps. Ein Dank gilt auch meinem Lebenspartner, Fritz Wiederkehr, der mir während der Zeit des Schreibens den Rücken frei hielt.

## Einleitung

Viele Menschen interessieren sich seit dem Anschlag von Luxor, den Terroranschlägen vom 11. September 2001, dem Tsunami vom 26. Dezember 2004, manche schon vorher nach schweren Zugunglücken oder Amokläufen, was es bedeutet, extremen Stresssituationen ausgesetzt zu sein.

Die heute über 70-jährigen Menschen sind vielleicht noch als Nachkriegskinder des ersten Weltkrieges aufgewachsen und/oder sie haben den zweiten Weltkrieg miterlebt. Doch die heute alten Menschen haben nicht nur Kriege erlebt, wir Schweizerinnen und Schweizer haben auch andere gesellschaftliche traumatische Ereignisse in unserer Geschichte zu verzeichnen:

Pro Senectute Schwyz stellte fest, dass sie in ihrer täglichen Arbeit immer wieder mit der Thematik der Verdingkinder konfrontiert werden. Frau Angela Zimmermann schrieb dazu einen Bericht „Du bist nichts, Du hast nichts, aus Dir wird nichts!“ – Verdingkinder in der Schweiz. Aus diesem Bericht (Erscheinungsjahr unbekannt) kurz zusammengefasst geht hervor, dass in unserem Lande zwischen 1800 und 1950 Waisen- und Scheidungskinder, aus Not abgegebene, uneheliche und sogenannte milieugeschädigte Kinder von den Armenbehörden ungefragt auf Bauernhöfe verteilt wurden. Die Kinder wurden entweder von verzweifelten, verarmten Eltern weggegeben oder von den Behörden einfach abgeholt. Die Geschwister wurden getrennt. Wie beim Sklavenhandel gab es in Städten und Dörfern Verdingmärkte (Bettlergemeinden), wo man die Kinder wie Ware feilbot. Waren die Kinder einmal verschachert, fragte niemand mehr nach ihnen. Nicht allen erging es schlecht. So wurden einige auch wie eigene Kinder behandelt. Andere dagegen durchstanden Hunger, Verwahrlosung, Misshandlungen, sexuelle Gewalt, emotionale Verarmung und Isolation. Die Verdingkinder litten unter den Schikanen der Bauernkinder und des anderen Personals. Das genaue Ausmass des Verdingens kennt niemand. Nur im Kanton Bern wurde dieses Thema historisch aufgearbeitet. Es ist dabei von gegen 10'000 Berner Verdingkindern die Rede, die statistisch erfasst worden sind. In anderen Kantonen sind anstelle von Verdingkindern folgende Begriffe verwendet worden: Kost-, Güter-, Hof-, Rast-,

Hüter-, oder Los-Kinder. Das Wort „verdingt“ kommt von „gedinge“, zur Sache machen und aushandeln, wie teuer es ist.

Eine ähnliche Art der Verdingung gab es auch in Deutschland, die sogenannten Schwabenkinder. Diese Kinder schufteten, sofern sie die langen Fussmärsche überlebt hatten, von Frühjahr bis Herbst zwischen Ulm und Bodensee. Betroffen hiervon waren, nebst anderen, Kinder aus dem Graubünden. Auch hier erzählen viele von Misshandlungen und sexueller Gewalt.

(Vgl. Seglier 2004, Buchumschlag).



Abb. 1



Abb.2

Frau Elisabeth Wenger beschreibt in ihrem Buch „I ragazzi del camino“ die Geschichte der Tessiner Jungen, die noch Mitte des 19. Jahrhunderts von den notleidenden Bauern als Kaminfeger nach Mailand verkauft werden. Gehalten werden sie wie Sklaven und nur wenige überleben die gefährliche Arbeit.

„Spazzacamino“ werden sie genannt und als lebende Kehrbesen müssen sie durch die Kamine kriechen. Von der Familie des Meisters werden sie häufig gequält, von anderen verspottet.

(Vgl. Wenger/Zanoni 2007, Buchumschlag).

Unsere Bewohnerinnen und Bewohner sind jedoch nicht nur von oben genannten Ereignissen, Naturkatastrophen oder schweren Unfällen Opfer geworden – sondern viel häufiger von der Gewalt in „ganz normalen Familien“. Eine Gewalt, die früh begann, lange dauerte und das gesamte weitere Leben überschattete.

Das Bundesamt für Statistik zeigte in der Opferhilfestatistik 2005 (S:11) auf, dass bei über der Hälfte der Beratungen (53%) eine familiäre Beziehung zwischen dem Opfer und der tatverdächtigen Person bestand. Die Opferhilfe-Beratungsstellen haben oft mit Opfern von Körperverletzungen (11'031 Beratungen oder 40%) oder von Verletzungen der sexuellen Integrität (8'004 oder 29% der Beratungen, davon 55% mit Kindern als Opfer) zu tun. Die Opfer sind in den meisten Fällen weiblich (74%). Bei den Tätern hingegen handelt es sich in erster Linie um Männer (84%).

Bei 72% der Beratungen kannten die Opfer die Täter bereits vor der Straftat. Darüber hinaus ereigneten sich 53% aller von den Beratungsstellen erfassten Fälle im Familienkreis: Es handelt sich dabei hauptsächlich um Körperverletzungen (66%) und Verletzungen der sexuellen Integrität von Kindern (55%). Der Anteil der weiblichen Opfer ist bei Straftaten im Familienkreis grösser als bei Straftaten ausserhalb der Familie (86% gegenüber 62%). Die Beratungsstellen haben hauptsächlich mit Fällen von Gewalt im Rahmen enger Beziehungen, insbesondere familiären Beziehungen, zu tun. Bei den Opfern dieser Gewaltdelikte handelt es sich überwiegend um Frauen und Kinder, die diesen Taten wiederholt ausgesetzt sind, ohne dass die Polizei oder das Gericht davon Kenntnis haben. (Vgl. Bundesamt für Statistik, Opferhilfestatistik 2005, S:11).

Leider gibt es zu den Jahren, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner in den heutigen Pflegeheimen Kinder, Teenager oder junge Erwachsene waren, keine Daten. Daher kann nur geschätzt werden, dass es sich damals um ähnliche Zahlen handeln musste.

Die heute alten Frauen und Männer können durch mannigfache Erfahrungen traumatisiert sein. Solche Traumata können unterschiedliche Ursachen aufweisen wie z. B. sexualisierte, körperliche, psychische Gewalt, oder die durch Pflegenden, Ärzte verursachten medizinischen Traumata. Für die heute alten Menschen bedeutet dies zum Teil jahre-, ja manchmal jahrzehntelange oder sogar lebenslängliche Verdrängung. Diese Erinnerungen können jedoch bei Pflegebedürftigkeit, bei Einzug in ein Heim oder bei der Einweisung in ein Spital wieder aufbrechen.

Viele der alten Frauen und Männer können durch die Pflege retraumatisiert werden oder es kann zu Re-Aktivierung von traumatischen Erlebnissen kommen. Sie

reagieren dann mit den unterschiedlichsten Symptomen und Verhaltensweisen, wehren oftmals alle Massnahmen, besonders die der Körperpflege ab. So erhalten häufig alte Frauen und Männer, die entsprechende Verhaltensweisen zeigen, die Altersdiagnosen Demenz, Delir oder andere Diagnosen, die Bezug auf einen Verwirrtheitszustand nehmen.

### **Ausgangslage**

Wer Furchtbares erlebt hat, kann unter bestimmten psychischen und physischen Reaktionen leiden. Das Spektrum traumatischer Störungen reicht von den Folgen eines einzigen, überwältigenden Ereignisses bis zu den vielschichtigen Folgen lang anhaltender und wiederholter Gewalttaten. Diese werden aus dem Bewusstsein verbannt– das ist eine normale Reaktion, eine Überlebensstrategie.

Bestimmte Verletzungen sind zu schrecklich, als dass man sie laut aussprechen könnte. Eine zentrale Rolle des psychischen Traumas spielt dabei der Konflikt zwischen dem Bedürfnis, schreckliche Ereignisse zu verleugnen, und dem Bedürfnis, sie laut auszusprechen. Nicht jede Person leidet später darunter. Aber wer darunter leidet, erlebt in der Regel das Schlimme immer wieder. Petra G.H. Aarts & Wybrand op den Velde stellen in ihrem Kapitel „Eine früher erfolgte Traumatisierung und der Prozess des Alterns“ in Traumatic Stress, verschiedene Studien aus Deutschland und den Vereinigten Staaten von Amerika dar. Diese zeigen auf, dass Menschen zwischen 46.5 und 66.5 Jahren fast häufiger als jüngere Menschen unter Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) leiden. Die Autoren beziehen sich unter anderem auf Studien von Kulman und Suttorp (1989). Diese untersuchten 100 überlebende Patienten des Zweiten Weltkrieges in den Niederlanden. Bei der Mehrzahl ihrer Probanden trat ein späterer Ausbruch oder eine Verschlimmerung der posttraumatischen Symptomatik im mittleren und späten Lebensalter auf.

(Vgl. Aarts & op den Velde 2000, S: 290).

In verschiedenen geriatrischen Einrichtungen der Vereinigten Staaten beobachtete Honigman-Cooper (1979), dass ältere Überlebende eines Traumas unter einer verstärkten Empfindlichkeit für die Belastungen litten, die mit dem Alterungsprozess einhergehen. Der Verlust von Familienmitgliedern und Freunden und die daraus resultierenden Einsamkeitsgefühle oder ein Eintritt in ein Pflegeheim,

scheinen bei einer plötzlichen Verschlimmerung oder einem Spätausbruch posttraumatischer Symptome häufig eine auslösende Rolle zu spielen. Zudem bieten die späteren Phasen der Lebensspanne die Gelegenheit, über die eigene Existenz nachzudenken, wie sie in Erik Eriksons Modell<sup>1</sup> der Identitätsbildung beschrieben ist. (Vgl. Honigmann-Cooper 1979, S: 621-629).

Leider wird die PTBS selten als das erkannt, was sie ist. Die Beschwerden und Symptome dieser Bewohnerinnen und Bewohner werden als Zeichen von Depression, exzessivem Grübeln, geistigem Abbau oder anderem gedeutet, wie sie gewöhnlich mit höherem Alter in Verbindung gebracht werden.

(Vgl. Arts & op den Velde 2000, S: 305-306).

Zeigen ältere Menschen oben genannte Symptome oder andere psychische Auffälligkeiten bzw. Erkrankungen, gilt es herauszufinden, welchen Sinn dieses entsprechende Verhalten für diejenige Person hat.

Den Sinn können Pflegende nur versuchen zu finden, wenn sie sich auf ihr Gegenüber einlassen, sich wirklich für die Biografie ihres Gegenübers interessieren und bereit sind, traumatische Erfahrungen anzusehen, anzuerkennen und sie in einen Zusammenhang zum jetzigen Verhalten der betroffenen Person zu bringen. Mögliche Ansätze bieten die Haltung von Palliative Care und die Konzepte Basale Stimulation oder Validation nach Feil<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Das Modell geht davon aus, dass sich jeder Mensch in Stufen entwickelt, die in jedem von Geburt an angelegt sind. Jede dieser Stufen besitzt eine besondere Thematik, die jeweils in der entsprechenden Stufe aktuell wird. Die Aktualität eines Themas steigert sich schlussendlich zu einer Krise. Wenn die Krise bewältigt wurde, folgt die nächste Stufe usw. Überdies seien die späteren Perioden des Lebenszykluses Phasen der Identitätsbildung, mit jeweils eigenen spezifischen Entwicklungsaufgaben. Nach Erikson endet das Leben eines Menschen idealerweise mit der Vollen- dung dieser Aufgaben. Seiner Meinung nach sind die Ich-Integrität und die Verzweiflung die Ex- trempole des Kontinuums dieser letzten Entwicklungsstufe, wobei Verlusterlebnisse die Haupt- prüfungen darstellen. Erfolgreiche Anpassungen an das Altern sind daher gleichbedeutend mit der Fähigkeit, die Verluste und Herausforderungen, die das Altern mit sich bringt, adäquat zu bewälti- gen. (Vgl. Arts & op den Velde 2000, S: 298)

<sup>2</sup> Seit den 70er Jahren entwickelte der Sonderpädagoge Andreas Fröhlich das Konzept der **basalen Stimulation** zur Förderung schwer behinderter Kinder. Es zielt darauf ab, den Kindern über elementare Wahrnehmungsangebote Kontaktmöglichkeiten mit ihrer Umwelt zu erschliessen. Christel Bienstein, Diplompädagogin und Pflegefachfrau, hat das Konzept auf die Pflege beatm- eter, desorientierter, somnolenter Patienten, die keine Reaktionen zeigen, übertragen. (Vgl. Bien- stein, Fröhlich 1991, Buchumschlag) Naomi Feil hat für den Umgang mit desorientierten alten Men- schen die Methode der **Validation** entwickelt. Validation akzeptiert den Menschen so, wie er ist. Die Gefühle und die innere Erlebniswelt des verwirrten Menschen werden respektiert. Diese Menschen in ihrer eigenen Welt zu erreichen – das ist die Kunst der Validation. (Vgl. Feil, de Klerk- Rubin 2005, Buchumschlag)

## Fragestellung

Traumatische Erlebnisse, Traumata, das Thema Gewalt allgemein sind Themen, die Angst machen können, da diese mit der eigenen Vergangenheit konfrontieren können oder Verdrängtes wieder an die Oberfläche bringen. Vielleicht weiss man nichts mehr über seine eigenen traumatischen Erlebnisse, vielleicht ahnt man, dass da etwas war. Vielleicht geht es um die Hilflosigkeit, wenn man solchen Menschen begegnet. Ganz generell stellt sich die Frage, wie jede Person mit diesem Thema umgeht. Nach wie vor gehört das Sprechen über erlebte traumatische Erlebnisse zu den Tabuthemen unserer Gesellschaft, besonders wenn sich diese in der eigenen Familie abgespielt haben. Dies obwohl vermehrt schockierende Geschichten in der Presse als Sensationen vermarktet werden. So gesehen ist Traumaerfahrung auch ein gesellschaftliches Thema, vor dessen Wirklichkeit niemand mehr die Augen verschliessen kann. Pflegende haben eine besonders hohe Verantwortung im Umgang mit alten Frauen und Männern, deren Geschichte sie nicht kennen. Der Berufsalltag zeigt auf, dass Pflegende routiniert arbeiten und vereinheitlicht pflegen. Pflegehandlungen haben immer Auswirkungen auf das Gegenüber und können Reaktionen wie Abwehr und Widerstand auslösen.

Daher stellen sich für mich folgende Fragen:

- Was wissen Pflegende über Trauma?
- Wie sind Pflegende geschult, um die Körper-Symptome der Bewohnenden wahrzunehmen?
- Wie nehmen Pflegende Traumatisierung in der Vorgeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner wahr? Aufgrund welcher Beobachtungen?

Mit meiner Masterarbeit zeige ich auf, welches Wissen über Trauma bei Pflegenden in der Langzeitpflege, im Umgang mit alten Menschen, besteht. Wie nehmen Pflegende Symptome oder Reaktionen von Bewohnerinnen und Bewohnern wahr und wo ordnen sie diese zu? Stellen sie einen Zusammenhang zwischen Symptomen/Reaktionen von Bewohnenden und Trauma her?

## **Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit**

Um dieser Fragestellung nachzugehen war mir wichtig, als erstes Begriffe zu erklären und theoretische Kenntnisse zu vermitteln. Die theoretischen Grundlagen über die Aspekte der Psychotraumatologie entsprechen einer aktuellen Literaturrecherche. Die Primärsuche relevanter Artikel erfolgte in den Datenbanken MEDLINE (PubMed der National Library of Medicine), CIHNAL (Cihnal direkt online service) und im Internet mit der Google-Suchmaschine. Die Sekundärsuche fand anhand der Literaturangaben in den gefundenen Forschungsartikeln statt. Es wurde mit dem Hauptbegriff „Posttraumatic Stress Disorder“ und in Verbindung mit: Nursing, Signs and Symptoms, Care, Diagnosis, Risk, Survivors, Aging, und geriatric nursing gesucht.

Im zweiten Teil werden Überlegungen aus der Praxis festgehalten. Diese enthalten das Leben im Pflegeheim und welche Auswirkungen ein Heimeintritt haben kann.

Der dritte Teil beinhaltet eine Untersuchung im Langzeitbereich. Die Erhebung erfolgte mittels Interviews. Dreizehn Personen wurden in halbstrukturierten, teilweise narrativen Interviews aufgefordert, über ihre Beobachtungen und Wahrnehmungen von Traumatisierung in der Vorgeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner zu erzählen. Es wurde bewusst darauf verzichtet, Interviews mit Bewohnerinnen und Bewohner zu führen, da sich die Untersuchung auf die Wahrnehmung der Pflegenden konzentriert. Die Interviews wurden in Schweizerdeutsch bzw. mit zwei Personen auf Hochdeutsch geführt. Daher sind Stil, Wortwahl und die Grammatik nicht immer korrekt. Teilweise mussten durch die Autorin bei der Transkription Worte oder Phrasen übersetzt werden. Die Interviews dauerten zwischen zehn Minuten und einer Stunde. Das Vorgehen der Transkription orientierte sich an den Richtlinien von Flick, mit Wort-Fürwort-Aufzeichnung und Aufnahme von Ausdrücken des Zögerns oder Überlegens, jedoch ohne das Dokumentieren jeder Pause mit exakter zeitlicher Dauer und Umschrift (Vgl. Flick, 2002). Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte nach der Methode der Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (Vgl. Mayring, 2008).

# 1 Theoretische Grundlagen

## 1.1 Begriffserklärung

### 1.1.1 Definition Traumatologie

#### Nach Wikipedia

„Als **Trauma** (v. griech. *τραύμα*; Pl.: *Traumata*, v. griech. *τραύματα*) bezeichnet man in der Medizin oder Biologie eine Schädigung, Verletzung oder Wunde, die durch Gewalt von aussen entsteht. Die Lehre der Verletzungsarten und ihrer Behandlung wird als Traumatologie bezeichnet. Bei einer Mehrfachverletzung sind mehrere Körperregionen oder Organe betroffen bzw. verletzt. Besteht durch diese Mehrfachverletzung Lebensgefahr, so spricht man in der Medizin von einem Polytrauma.“

„Ein **Psychotrauma** ist eine seelische Wunde, die auf einzelne oder mehrere Ereignisse zurückgeht, bei denen im Zustand von extremer Angst und Hilflosigkeit die Verarbeitungsmöglichkeiten des Individuums überfordert waren.“

#### Nach ICD-10

(International Classification of Diseases, WHO-Definition, 1991)<sup>3</sup>

„Kurz oder lang anhaltende Ereignisse oder Geschehen, von aussergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmass, die nahezu bei jedem tief greifende Ver-zweiflung auslösen würde.“

(Vgl. Maerecker/Rosner 2006, S. 4).

---

<sup>3</sup> Das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene Diagnose-Schlüsselverzeichnis ICD-10 wird weltweit zur Klassifikation von medizinischen Diagnosen eingesetzt.

#### DSM-IV, 1994<sup>4</sup>

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

„Potenzielle oder reale Todesbedrohungen, ernsthafte Verletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder bei anderen, auf die mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wird.“

(Vgl. Maerecker/Rosner 2006, S. 4).

#### Nach Levine Peter A.

Ein Trauma ist die am meisten vermiedene, ignorierte, verleugnete, missverstandene und unbehandelte Ursache menschlichen Leidens. Viele Menschen leiden an Symptomen, die sie nach einer Erfahrung gemacht haben, die sie als lebensbedrohlich oder überwältigend wahrgenommen haben (Vgl. Levine 2007, S:14).

Peter Levine beschreibt in seinem Buch „Trauma-Heilung“, dass Traumasymptome nicht durch das traumatische Erlebnis entstehen, sondern durch erstarrte Energie, die nach dem Abklingen des traumatischen Erlebnisses nicht aufgelöst worden ist. Körper und Seele bleiben in schockiertem Zustand.

Weiter schreibt er, dass trotz der Fähigkeit als Mensch zu überleben und uns anzupassen, traumatische Erlebnisse das physiologische, psychologische und soziale Gleichgewicht verändern können, so dass die Erinnerung an ein bestimmtes Ereignis die Gegenwart sehr stark beeinträchtigt. Obwohl die meisten Menschen, die traumatischen Belastungen ausgesetzt waren, fähig sind, ihr Leben einigermaßen fortzuführen, ohne ständig in der Erinnerung zu leben, heisst das nicht, dass die traumatischen Ereignisse keine Spuren hinterlassen. Menschen, die nicht in der Lage sind, die schrecklichen Erfahrungen zu integrieren, beginnen spezifische Muster der Vermeidung und Übererregung zu entwickeln.

(Vgl. Levine 2007, S: 14-16).

In „Traumatic Stress“ beschreiben Bessel A. van der Kolk und Alexander C. McFarlane, dass traumatische Erfahrungen wesentliche Bestandteile des Menschseins sind. Trotz der menschlichen Fähigkeit, zu überleben und sich anzupassen,

---

<sup>4</sup> Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) ist ein Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung).

können traumatische Erlebnisse das psychologische, physiologische und soziale Gleichgewicht eines Menschen in solchem Mass verändern, dass die Erinnerung an ein bestimmtes Ereignis alle anderen Erfahrungen überschattet und die Gegenwart stark beeinträchtigt. Wenn Menschen sich ausschliesslich auf Erinnerungen an ihre Vergangenheit konzentrieren, verliert ihr Leben seine Farbigkeit, und aus aktuellen Erfahrungen wird nichts mehr gelernt. Das posttraumatische Syndrom ist das Ergebnis der Tatsache, dass die Zeit nicht imstande ist, alle Wunden zu heilen. Die Erinnerung an das Trauma ist nicht als ein Teil der persönlichen Vergangenheit integriert und akzeptiert; stattdessen beginnt sie unabhängig von bereits vorhandenen Schemata zu existieren (d.h. sie ist dissoziiert) (Vgl. Van der Kolk 2000, S: 26,27).

Levine unterteilt Traumata in zwei Hauptkategorien – die offensichtlichen und die subtilen.

Zu den offensichtlichen Ursachen eines Traumas gehören:

- Krieg
- Schwerer emotionaler, körperlicher oder sexueller Missbrauch in der Kindheit
- Vernachlässigung, Verrat oder Verlassenwerden in der Kindheit
- Die Erfahrung oder das Miterleben von Gewalt
- Vergewaltigung
- Schwere Verletzung oder Krankheit

Zu den subtilen Ursachen gehört ein breites Spektrum von scheinbar gewöhnlichen Ereignissen. Viele von ihnen gehen weit häufiger mit traumatisierenden Auswirkungen einher, als wir erwarten würden:

- Kleinere Autounfälle (auch Blechschaden), insbesondere wenn sie ein Schleudertrauma zur Folge haben.
- Invasive Behandlungsmassnahmen beim Arzt oder Zahnarzt, vor allem bei Kindern, die festgehalten werden oder narkotisiert sind. (Auch wenn vom Verstand her nachvollzogen werden kann, dass der Eingriff nötig ist).
- Stürze und andere sogenannte geringfügige Verletzungen, vor allem wenn Kinder oder ältere Menschen betroffen sind.

- Naturkatastrophen wie Erdbeben, Hurrikans, Tornados, Brände und Überflutungen.
- Krankheiten, besonders wenn sie mit hohem Fieber oder versehentlicher Vergiftung einhergehen.
- Allein gelassen werden, vor allem bei kleinen Kindern und Säuglingen.
- Anhaltende Ruhigstellung, wiederum insbesondere bei Kindern (Gips, Schienen, etc.).
- Extrem heissen oder kalten Temperaturen ausgesetzt sein, vor allem bei Kindern und Säuglingen.
- Plötzliche laute Geräusche, vor allem bei Kindern und Säuglingen.
- Geburtsstress, gilt sowohl für die Mutter als auch für das Kind.

(Vgl. Levine 2007, S: 18-20)

### **1.1.2 Körperliche Gewalt (Häusliche Gewalt)**

Wenn wir von körperlicher Gewalt sprechen, gehört hier der Begriff der häuslichen Gewalt unbedingt dazu.

Häusliche Gewalt wird unterschiedlich definiert. Juristische Definitionen beinhalten meist nur die reinen Straftatbestände, während in vielen soziologischen bzw. psychologischen Definitionen die Motivation des Täters oder der Täterin ebenfalls mit einbezogen wird. Dies wird beispielsweise anhand der beiden folgenden Definitionen ersichtlich:

Häusliche Gewalt liegt vor, wenn Personen innerhalb einer bestehenden oder aufgelösten familiären, ehelichen oder eheähnlichen Beziehung physische, psychische oder sexuelle Gewalt ausüben oder androhen (Vgl. Kantonsgericht St. Gallen 2002, S: 23-26).

Häusliche Gewalt ist jede Verletzung der körperlichen oder seelischen Integrität einer Person, die unter Ausnutzung eines Machtverhältnisses durch die strukturell stärkere Person zugefügt wird (Vgl. Schwander 2003, S: 13).

Büchler beschreibt, dass die meisten empirischen Untersuchungen zwischen einmaliger, situationsbezogener Gewalt einerseits und wiederholter, systematischer Gewaltausübung andererseits unterscheiden. Neben den aggressiven Handlungen eines oder beider Beteiligten bestimmen also auch folgende Faktoren körperliche/häusliche Gewalt:

- Eine mehr oder weniger emotionale Bindung zwischen Täter und Opfer, welche auch mit einer räumlichen Trennung vorerst nicht beendet ist.
- Die Gewalt wird in der Wohnung, im gemeinsamen Haushalt, d.h. im privaten Raum ausgeübt. Diese Tatsache hat Konsequenzen für das Sicherheitsgefühl des Opfers.
- Die körperliche und/oder die psychische Integrität des Opfers wird durch die aggressive Handlung wiederholt verletzt.
- Der Täter oder die Täterin nutzt ein existierendes Machtgefälle zu seinem Opfer aus oder kreiert ein solches, um es anschliessend auszunutzen.

Je nach verwendeter Definition äussert sich häusliche Gewalt nicht nur in körperlichen Übergriffen, sondern auch in subtileren Gewaltformen. In der soziologischen und sozialpsychologischen Forschung wird unterschieden zwischen körperlicher und sexueller Gewalt sowie psychischer und ökonomischer Gewalt (Vgl. Büchler 1998, S: 7).

Körperliche/häusliche Gewalt betrifft alle sozialen Schichten, unabhängig von Bildungsstand, Einkommen, gesellschaftlichem Status und Kultur oder Herkunft. Es zeigt sich allerdings die Tendenz, dass diese Form der Gewalt bei sozial weniger Privilegierten etwas häufiger vorkommt (Vgl. Büchler 1998, S: 3).

Häusliche Gewalt und Kindesmisshandlung kommt oft in denselben Familien gleichermassen vor. Bei Kindern, die die Misshandlung eines Elternteils miterleben, lässt sich eine Vielzahl von Verhaltensstörungen, emotionalen und kognitiven Beeinträchtigungen sowie Problemen mit Langzeitauswirkungen auf die Entwicklung (beispielsweise traumatische Symptome oder Depressionen) beobachten (Vgl. Büchler 1998, S: 7).

Auch Männer können Opfer körperlicher/häuslicher Gewalt werden. Wie verbreitet das Phänomen ist, lässt sich kaum sagen. In neueren Studien wird versucht, aus einer Genderperspektive sowohl weibliche als auch männliche Opfererfahrungen differenziert zu untersuchen.

Körperliche/häusliche Gewalt entsteht:

- Unter Paaren in bestehender oder aufgelöster ehelicher oder partnerschaftlicher Beziehung
- Unter Geschwistern
- Zwischen (Stief-/Pflege-)Eltern-Kind
- Zwischen Verwandten bzw. Bekannten einer Partei des Paares und der anderen Partei des Paares

(Vgl. Bächler 1998, S: 3-7)

Körperliche Gewalt reicht von wiederholten Tätlichkeiten bis hin zur Tötung.

Folgende Verhaltensweisen sind als körperliche Gewalt zu bezeichnen:

- Gegenstände nachwerfen
- Stossen, packen, schütteln, beißen
- Ohrfeigen, Fusstritte, Faustschläge austeilen
- Verprügeln
- Würgen
- Eine Waffe ziehen
- Mit einem Werkzeug zuschlagen, mit einem Messer zustossen, schiessen

Solche Gewalttaten bewirken offenkundige Schmerzen und Schockzustände, sichtbare Verletzungen oder gar schwere Beeinträchtigungen mit bleibenden Schäden. Verletzungen befinden sich bei Misshandlungen häufig an Kopf, Hals, Nacken, Brustkorb und Unterleib. Nicht selten beginnen körperliche Misshandlungen während der Schwangerschaft.

Sexuelle Gewalt umfasst alle erzwungenen sexuellen Handlungen. Sie ist immer ein Akt der Aggression und wird vom Täter gerade deshalb ausgewählt, weil das Erlebnis von Macht und Demütigung hier am nachhaltigsten ist. Sexuelle Gewalt stellt nicht nur eine krasse Verletzung des Selbstbestimmungsrechts dar, sondern immer auch eine Verletzung der körperlichen Unversehrtheit. Die Übergänge zur körperlichen Gewalt sind deshalb fließend.

(Vgl. Kantonsgericht St. Gallen 2002, S: 23-26)

### 1.1.3 Psychische Gewalt

Psychische Gewalt wird eingesetzt, um ein ständiges Klima der Angst aufrecht zu erhalten. Die Formen der psychischen Gewalt sind vielfältig. In einer einfachen und schematischen Abstufung lassen sie sich unterscheiden nach ihren Auswirkungen, ihrer strafrechtlichen Bedeutung und ihrer Erkennbarkeit:

Psychische Gewalt, die eine ernsthafte Gefahr darstellt:

- Schwere Drohung (Angriffe auf Leib und Leben in Aussicht stellen)
- Nötigung (ein Verhalten mit der Androhung empfindlicher Übel erzwingen)
- Freiheitsberaubung (bewachen und einsperren)
- Stalking (nach der Trennung systematisch belästigen und verfolgen)

Psychische Gewalt, welche die körperliche Gewalt begleitet und verstärkt, für sich allein aber noch keine ernsthafte Gefahr bedeutet:

- Diskriminierende Gewalt
- Konsequenz missachten
- Andauernd beschimpfen
- Verleumden
- Soziale Gewalt
- Bevormunden
- Isolieren
- Ökonomische Gewalt
- Kein Haushaltsgeld geben
- Nicht arbeiten lassen
- Den Verdienst beschlagnahmen

(Vgl. Kantonsgericht St. Gallen 2002, S: 23-26)

In der Dynamik der Gewaltbeziehung wird Angst vor weiteren Übergriffen zu einem wichtigen Instrument der Unterdrückung. Körperliche Gewalt braucht gar nicht mehr regelmässig angewendet zu werden, schon die begründete und fortwährend geschürte Furcht davor reicht aus.

Meist werden verschiedene Formen der Gewalt nebeneinander ausgeübt, um das Opfer einzuschüchtern und zu beherrschen. Gewalt wird eingesetzt, um das Opfer

in seiner Entscheidungsfreiheit zu beschränken, um seine sozialen und finanziellen Ressourcen zu beschneiden und es für die eigenen Bedürfnisse gefügig zu machen. Die Folgen des andauernden Drucks auf das Opfer – Anpassung und "Gewöhnung", Unsicherheit und Verwirrung, Verzweiflung und Lähmung – können so ausgeprägt sein, dass Hilfe von aussen kaum angenommen wird. In die häusliche Gewalt werden fast unvermeidlich auch die Kinder einbezogen. Sie sind Zeugen der Gewalt, werden als Mittel benutzt, z.B. als Überbringer von Briefen oder sind Objekte von Entführungsdrohungen. Kinder sind manchmal aber auch ganz direkt betroffen. Das Wohl der Kinder, die der Gewalt zwischen ihren Eltern fassungslos und erschüttert gegenüberstehen und einer Misshandlung erst recht schutzlos ausgesetzt sind, ist deshalb immer besonders sorgfältig zu prüfen. (Vgl. Kantonsgericht St. Gallen 2002, S: 23-26).

### **Soziale Gewalt**

- Isolieren, Kontakte nach aussen verhindern
- Untergraben des Selbstwertgefühls
- Offen demütigen

### **Finanzielle Gewalt**

- Verdienst beschlagnahmen
- (Zu) wenig Haushaltsgeld geben
- Nicht arbeiten lassen, usw.

Psychische Gewalt an Kindern<sup>5</sup> zählt zu jener Gewaltform, die wohl am häufigsten auftritt, jedoch am wenigsten sichtbar ist, weil keine äusserlichen Verletzungen ausgemacht werden können. Sie wird nicht selten als „normale Erziehungsmethode“ verharmlost. Eltern, aber auch Bezugspersonen von Kindern (Lehrerinnen und Lehrer oder Betreuende) greifen im Alltag aktiv wie auch passiv, d.h. ohne es zu wollen oder gar zu bemerken, zu dieser Form der Gewalt. Auch unter Erwachsenen und unter Kindern und Jugendlichen wird psychische Gewalt ausgeübt.

---

<sup>5</sup> <http://www.kinderschutz.ch/cms/de/node/17>

Psychische Gewalt wird durchaus nicht immer isoliert ausgeübt – sehr oft tritt sie in Kombination mit oder als Bestandteil von anderen Formen von Gewalt auf.

Sexuelle Gewalt zum Beispiel ist immer auch psychische Gewalt.

Je häufiger Situationen von psychischer Gewalt im Leben des Kindes vorkommen und je regelmässiger es von einer bestimmten Art von psychischer Gewalt betroffen ist – je mehr „System“ die psychische Gewalt hat –, desto schwerwiegender sind die möglichen Folgen für das Kind.

Häufig ist psychische Gewalt erster Ausdruck einer schwierigen Beziehung zwischen Erwachsenen, Eltern, Bezugspersonen und ihren Kindern.

Die Kinder, angewiesen auf die wohlwollende Aufmerksamkeit der Erwachsenen, können sich nicht zur Wehr setzen, werden gefügig oder fühlen sich schuldig am Misslingen der Beziehung:

- Kinder werden zu Sündenböcken gemacht, an denen sich Spannungen und Konflikte entladen. Diese Aggressionen erniedrigen das Kind und zerstören sein Selbstwertgefühl.
- Rigide Erziehungshaltungen in der Familie, aber auch in ausserfamiliären Betreuungssituationen, bedrohen die Autonomiebestrebungen der Kinder: Den Kindern werden ihre eigene Persönlichkeit, ihre eigenen Gefühle, Ideen und Zukunftspläne abgesprochen, sie werden erniedrigt, schikaniert, terrorisiert, aber auch überbeschützt und bevormundet. Oft wird dabei versucht, mit psychischem Druck eine Verhaltensänderung zu erzwingen.
- Kinder werden isoliert, Wissen, Kontakte, Anregungs- und Entwicklungsmöglichkeiten werden ihnen bewusst vorenthalten. Dies geschieht zum Beispiel oft unter dem Deckmantel von "gut gemeinten" pädagogischen, politischen oder religiösen Erklärungen.
- In anderen Fällen suchen Erwachsene, die selbst unter dem Gefühl der mangelnden Zuwendung leiden, ständig Trost und Unterstützung bei den Kindern. Diese Rollenumkehr zwischen den Generationen belastet die Kinder mit Ängsten und Verantwortung, die für ihr Alter untragbar sind.
- Eltern, die sich in Trennungs- oder Scheidungssituationen sehr häufig streiten oder die in einer pathologischen Beziehung leben, versuchen, die Kinder zu bestechen, auf ihre Seite zu bekommen, auszunutzen, und bringen sie dadurch in einen Loyalitätskonflikt.

- Ein Beispiel für Kinder, die psychische Gewalt ausüben, sind Mitschüler, die einen Kameraden immer wieder und manchmal über lange Zeit auslachen, kritisieren und ausgrenzen.

Aus dieser schwierigen Position heraus entwickeln Kinder nicht selten Überlebensstrategien, die sie schliesslich als „schwierige Kinder“ (verhaltensauffällige Kinder) erscheinen lassen.

Unmittelbar löst die psychische Gewalt beim betroffenen Kind, wie bei einer betroffenen erwachsenen Person, negative Gefühle aus. Die/der Betroffene fühlt sich niedergeschlagen, gedemütigt, blossgestellt, minderwertig, orientierungs- und hoffnungslos (Vgl. <http://www.kinderschutz.ch/cms/de/node/17>).

Psychische Gewalt kann viele unterschiedliche Probleme zur Folge haben. Als wichtigste zu erwähnen sind etwa Lügen, Stehlen, aggressives Verhalten generell, Einkoten, Bettnässen, ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung), geringes Selbstwertgefühl, emotionale Instabilität, Ängste, Lernbehinderungen, Leistungsschwächen oder Leistungsprobleme, Unfähigkeit zu Vertrauen, Depression, Rückzug, bis hin zu Mord oder Selbstmord (Vgl. Kantonsgericht St. Gallen 2002, S: 23-26).

#### **1.1.4 Sexualisierte Gewalt**

Die Statistik aus dem Schlussbericht vom Juni 1992, der eigens dafür eingesetzten Arbeitsgruppe „Kindsmisshandlungen in der Schweiz“, an das Eidgenössische Departement des Innern hält fest, dass jährlich 40'000 Kinder und Jugendliche sexuelle Übergriffe erleben. Das heisst, etwa jedes 4. Mädchen und etwa jeder 7. Knabe werden mindestens einmal in seinem Leben mit sexueller Gewalt konfrontiert. Zu 90% kennt das Opfer den Täter, da er aus der eigenen Familie oder dessen Umfeld kommt, nur gerade 10% sind Fremdtäter. Die Hälfte der Kinder ist jünger als 10 Jahre. Zahlen aus den Vereinigten Staaten von Amerika und Deutschland bestätigen die Zahlen in der Schweiz. Diese Länder sprechen von jedem 3./4. Mädchen und jedem 7./8. Jungen. Menschen mit Behinderungen sind sexueller Gewalt doppelt so häufig ausgesetzt.

Sexualisierte Gewalt gehört für viele zum Lebensalltag. Diese kann über lange Zeit andauern, besonders, wenn sie in der eigenen Familie stattfindet. Dazu kommt, dass sich meist der Grad der Gewalttätigkeit und die Intensität der sexuellen Übergriffe steigern. Grundsätzlich kann man sagen, dass sexuelle Gewalt immer und überall vorkommen kann. Die Täter kommen aus allen sozialen Schichten, üben jeden Beruf aus, der Bildungsgrad spielt keine Rolle. In den meisten Fällen nutzen die Täter die Abhängigkeit des Opfers aus, deshalb ist bekannt, dass es oft im direkten sozialen Umfeld oder in der Familie passiert. Je näher das Opfer dem Täter steht (Loyalität dem Täter/dem System gegenüber), desto intensiver ist die (gelebte und erlebte) Gewalt und desto länger dauert diese an. Beim Kind oder Jugendlichen entstehen starke seelische Beeinträchtigungen. Die Angst, das Gefühl der Verlassenheit, ein gestörtes Gefühl zum eigenen Körper, das zerbrochene Vertrauen, Schuld und Schamgefühl können das ganze Leben andauern.<sup>6</sup>

#### **1.1.5 Das medizinische Trauma**

Anngwyn St. Just, Direktorin des Colorado Center for Social Trauma arbeitet als körperorientierte Psychotherapeutin. In einem ihrer Workshops sprach sie über das medizinische und zahnmedizinische Trauma. Diese Traumata können vor, während oder auch nach der Geburt beginnen. In allen medizinischen oder zahnmedizinischen Notfall- oder Routinebehandlungen liegt Potential für posttraumatische Stressreaktionen und zwar in allen Lebenslagen.

Zu den viel erlebten Beispielen von medizinischen Umständen, die zu einem überwältigenden Gefühl von Hilflosigkeit oder Machtlosigkeit bei Patienten führen können, gehören:

- Die Diagnose einer ernsthaften, lebensbedrohenden Krankheit ( z.B. Krebs, Aids, Multiple Sklerose)
- Routinemässige Behandlungen, die schon Angst auslösen beim blossen daran denken (z.B. eine Spritze, Loch bohren beim Zahnarzt )
- Medizinische Eingriffe (z.B. Operationen, Behandlung von Verbrennungen, Brüchen oder schweren Wunden, Abort, Narkose)
- Immobilität wegen Gipsverbänden, orthopädische Schienen und Prothesen

---

<sup>6</sup> <http://www.missbrauch-opfer.info/main.asp?IDS=37>

- Kieferorthopädie
- Wundbehandlung, Thoraxdrainagen stecken, Magen-Darmspiegelungen ohne Analgesie/Sedation
- Pflegerische Handlungen gegen den Willen des Patienten (z.B. Absaugen, Dauerkatheter legen, Essen eingeben, Intimpflege, Lagern)

Trotz Einverständnis zu einer Operation erlebt der Körper des Patienten den Schnitt als traumatisch und lebensbedrohend. Daher ist eine gute Operationsvorbereitung wichtig, damit wir dem Körper eine Ressource geben.

Postoperativ sieht man oft den sogenannten „shivering“ Schüttelfrost. Nebst dem medizinischen Verständnis, wie es zu diesem Schüttelfrost kommt, gibt es noch eine andere Erklärung. Hierbei kann es sich um eine Traumaentladung des Körpers handeln, was - wie später noch gelesen werden kann - eine gesunde Reaktion des Körpers ist, und sofern dies der Kreislauf zulässt, nicht unterbrochen werden sollte.

Im Laufe des Lebens ist der Mensch verschiedensten Einflüssen und Erfahrungen ausgesetzt: Geburt, Verletzungen, körperliche Traumen, seelische Traumen, Stress usw. Dies kann Bewegungsblockierungen unter anderem im craniosacralen System zurück lassen, welche das körperliche und seelische Wohlbefinden beeinträchtigen. Im Spital, Pflegeheim lagern Pflegende die Patienten/die Bewohnenden regelmässig. Je nachdem, wie sie da den Kopf des Patienten/der Bewohnenden (z.B. für eine Behandlung) lagern müssen, überstrecken sie dabei die Halswirbelsäule, was zu einer Beeinträchtigung des Craniosacralenflusses<sup>7</sup> führt. Dies

---

<sup>7</sup> Die Craniosacrale Therapie geht auf den amerikanischen Osteopathen William G. Sutherland zurück. In der Craniosacral-Therapie wird davon ausgegangen, dass der rhythmische Fluss des Gehirnwassers im Gehirn bis ins Rückenmark für das Wohlbefinden des Menschen von grosser Bedeutung ist. Dieser Gehirnwasserfluss pulsiert vom Schädel (Cranio) bis zum Kreuzbein (Sacrum) und hat Einfluss auf alle wichtigen Körpersysteme und die Tätigkeit der inneren Organe. Entsteht eine Störung dieses Flusses, können verschiedene Beschwerden auftreten. (Siehe S. 49 in dieser Arbeit)

wiederum kann eine Traumawiederholung für den betroffenen Menschen bedeuten<sup>8</sup>.

## **1.2 Die somatische Erinnerung verstehen**

Menschen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) leiden darunter, dass sie von Bildern, Empfindungen und Verhaltensimpulsen (implizites Gedächtnis) überflutet werden, die nicht mit einem bestimmten Kontext, mit bestimmten Konzepten und einem bestimmten Verständnis (explizites Gedächtnis) verbunden sind. Das implizite Gedächtnis liefert der somatischen Erinnerung die wichtigsten Informationen (Vgl. Rothschild 2002, S: 65-71).

Babette Rothschild beschreibt in ihrem Buch „Der Körper erinnert sich“ am einfachsten, wie man die somatische Erinnerung verstehen kann. Ihrer Ansicht nach basiert die somatische Erinnerung auf dem Nervensystem, einem Kommunikationsnetzwerk, das den ganzen Körper umfasst. Mit seiner Hilfe und insbesondere mit Hilfe der Synapsen wird die Information zwischen dem Gehirn und allen Körperbereichen ausgetauscht. Drei Teilbereiche des Nervensystems sind im Hinblick auf Traumata besonders relevant: das sensorische System, das autonome und das somatische Nervensystem (Vgl. Rothschild 2002, S: 65-71).

---

<sup>8</sup> Workshop über das medizinische und zahnmedizinische Trauma, Anngwyn St. Just, Zürich, 12.-14.10.02

## Organisation des zentralen Nervensystems

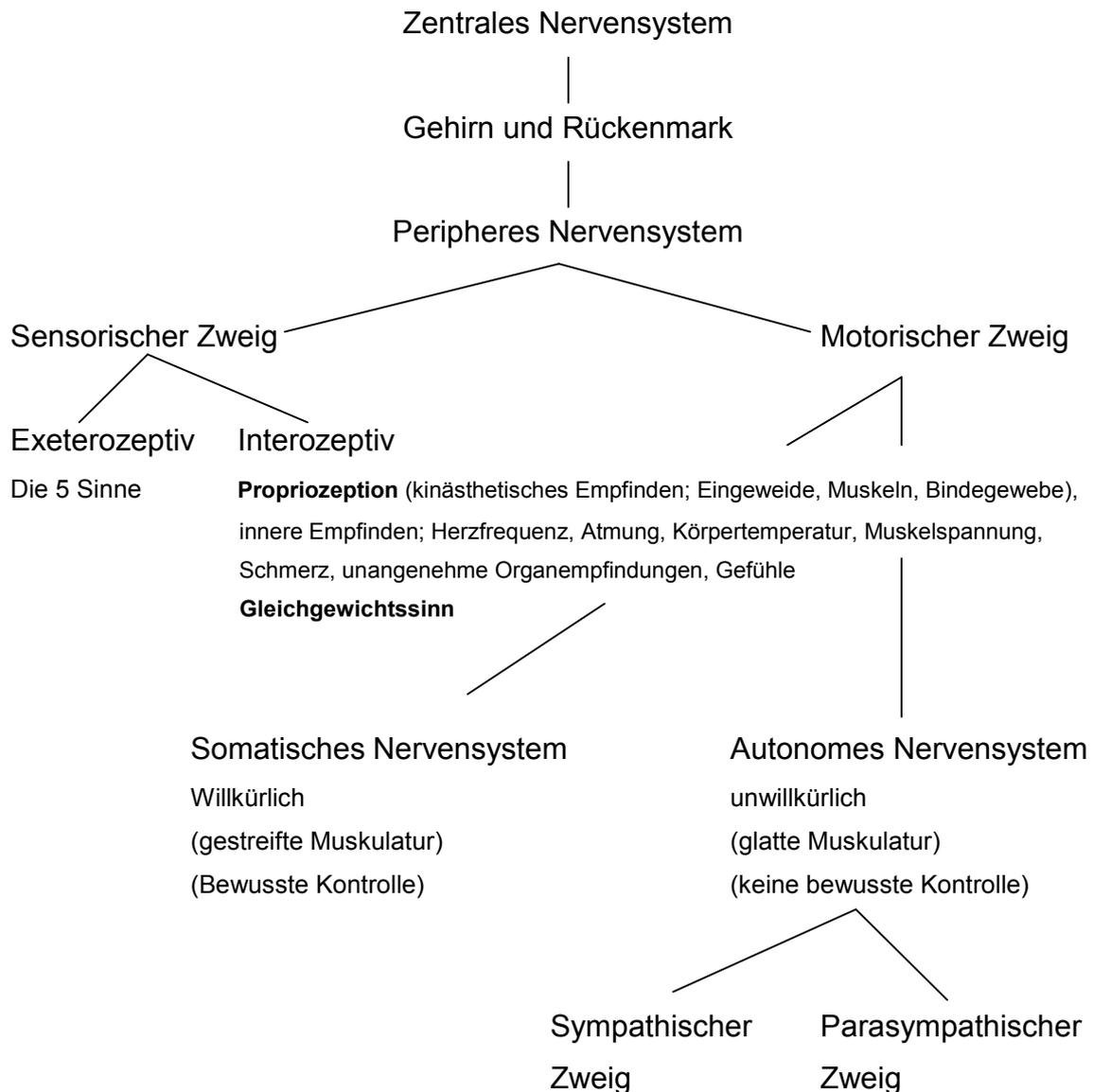


Abb.3

Das **sensorische Nervensystem** steht in enger Beziehung zum Gedächtnis. Das Nervensystem übermittelt sensorische Informationen, die es sowohl in der Körperperipherie als auch im Körperinnern mit Hilfe von Synapsen, über den Thalamus im Gehirn und den somatosensorischen Bereich der Grosshirnrinde gesammelt hat. Dies ist nach Rothschild der erste Schritt zur Entstehung von Erinnerung, der Verarbeitung und Kodierung von Informationen. Ein Teil dieser Informationen wird für die spätere Nutzung gespeichert und im Bedarfsfall reaktiviert. Der grösste Teil

hingegen wird schnell wieder vergessen. Wir erleben die Welt mit Hilfe unserer Sinne. Sie informieren das Gehirn ständig über die innere wie äussere Umgebung. Aufgrund der Sinne nimmt die Realität Form an.

Wie Rothschild weiter schreibt, ist jeder der Sinne für die Auseinandersetzung mit der **somatischen** Grundlage der **Erinnerung** im Allgemeinen und traumatischer Erinnerungen im Besonderen von Bedeutung. Die ersten Eindrücke vermitteln uns gewöhnlich die Sinne. Diese werden nicht als Wörter kodiert, sondern als somatische Empfindungen: Gerüche, Anblicke, Geräusche, Berührungen, Geschmäcke, Bewegungen, Körperhaltungen, Verhaltenssequenzen und Organempfindungen. Die im impliziten Gedächtnis gespeicherte Erinnerung an ein bestimmtes Ereignis kann manchmal durch ähnliche sensorische Informationen reaktiviert werden (zustandsabhängiges Erinnern). Dafür lassen sich viele Beispiele aus dem normalen Alltagsleben anführen. So wurde beispielsweise durch das plötzliche Hören einer Melodie, durch einen bestimmten Geschmack oder einen Geruch: "mein Gott daran habe ich ja seit Jahren nicht mehr gedacht"! Zum Teil beinhalten solche Erinnerungen etwas Positives, manchmal etwas Negatives, doch wir erleben sie ständig.

(Vgl. Rothschild 2002, S: 65-71).

Die **sensorische Erinnerung** ist für Rothschild von entscheidender Bedeutung, beim Verstehen wie Erinnerungen an traumatische Erlebnisse abgespeichert werden. Diese Erinnerungen können prinzipiell genauso kodiert werden wie andere Erinnerungen, sowohl explizit wie auch implizit. Doch gewöhnlich fehlt Menschen, die unter Posttraumatischer Belastungsstörung leiden, die explizite Information, die sie brauchen, um die belastenden somatischen Symptome (Körperempfindungen, von denen viele implizite Traumaerinnerungen sind) zu verstehen (Vgl. Rothschild 2002, S: 65-71).

Eines der grössten durch die Posttraumatische Belastungsstörung verursachten Probleme sind die **Flashbacks**. Dabei handelt es sich um sehr belastende Wiederholungen impliziter sensorischer Erinnerungen an traumatische Ereignisse, die zuweilen mit einer expliziten Erinnerung verbunden sind. Diese Flashbacks werden von so starken Empfindungen begleitet, dass die Betroffenen die gegenwärtige Realität nicht von der Vergangenheit unterscheiden können. Sie haben das Ge-

fühl, die Situation fände in der Gegenwart statt. Ein Flashback kann durch exterozeptiv oder durch interozeptive Systeme bzw. auch durch beide ausgelöst werden (Vgl. Rothschild 2002, S: 65-71).

### **1.2.1 Überlebenszentrale oder das autonome Nervensystem**

Das limbische System bezeichnet Rothschild als „Überlebenszentrale“. Bei extremem Stress, wie er beispielsweise durch Traumata oder Bedrohungen entsteht, aktiviert es die HPA-Achse<sup>9</sup> und schüttet auf diese Weise Hormone aus, die dem Körper signalisieren, dass er sich auf eine Verteidigungsreaktion vorbereiten muss. Der Hypothalamus aktiviert den sympathischen Zweig (SNS) des autonomen Nervensystems (ANS) und versetzt ihn in einen Zustand erhöhter Erregung, die dem Körper Kampf oder Flucht ermöglicht. Durch Ausschüttung von Epinephrin und Norepinephrin werden Atmung und Herzfrequenz beschleunigt, die Haut wird bleich, weil das Blut aus der Körperoberfläche in die Muskeln fließt, um den Körper auf schnelle Bewegungen vorzubereiten. Wenn weder Kampf noch Flucht möglich erscheinen, versetzt das limbische System gleichzeitig den parasympathischen Zweig (PNS) des ANS in einen erhöhten Erregungszustand, wodurch jene tonische Immobilität eintritt, die manchmal auch Erstarren genannt wird – so wie eine Maus erstarbt, wenn sie von einer Katze gefangen wird oder wie ein Vogel, der in eine Scheibe fliegt.

Im Fall einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) reicht die Kortisolausschüttung nicht aus, um die Alarmreaktion zu unterbrechen. Das Gehirn reagiert weiterhin, als stünde es unter starkem Stress oder als würde es ein Trauma oder eine Bedrohung erleben. Obwohl das tatsächliche traumatische Ereignis möglicherweise schon seit längerem beendet ist, fordert das limbische System vom Hypothalamus weiterhin, das ANS zu aktivieren und den Körper auf Kampf, Flucht oder Erstarren vorzubereiten. Bei PTBS-Kranken befindet sich der Körper in einem Zustand chronischer ANS-Symptomen, die die Grundlage von Angst-, Panik-, Schwäche- und Erschöpfungsgefühlen sowie Muskelsteifheit, Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafstörungen bilden.

Es handelt sich hierbei um einen Teufelskreis, dessen ursprünglicher Zweck war, das Überleben zu sichern, der die Betroffenen jedoch nach dem Ende der realen

---

<sup>9</sup> Achse zwischen Hypothalamus, Hypophyse (Pituitary) und Nebennierenrinde (Adrenal glands), nach den englischen Begriffen für diese Organe kurz „HPA-Achse“ genannt.

Bedrohung weiterhin peinigt. Während eines traumatischen Ereignisses bereitet das Gehirn den Körper auf eine Bedrohung vor. Bei PTBS wiederholt das Gehirn seine Warnung ständig und regt das ANS permanent an, sich auf die Abwehrreaktionen des Kampfes, Fliehens oder Erstarrens vorzubereiten. Reaktionen wie Erhöhung der Herzfrequenz, Erbleichen der Haut, Ausbruch von kaltem Schweiß usw., die für die Abwehr einer Gefahr wichtig sind, wirken auf die Dauer äusserst belastend und hindernd. Bei PTBS können bedeutungslose, neutrale Reize (Objekte, Geräusche, Bewegungen, usw.) durch klassische Konditionierung mit dem traumatischen Ereignis assoziiert werden und verursachen deshalb traumatisches Hyperarousal (Übererregung). Diese Reize werden zu äusseren Triggern, die innerlich als Gefahr wahrgenommen werden. Verwirrung kann entstehen, wenn die äussere, als sichere eingestufte Situation nicht mit dem inneren Empfinden einer Bedrohung übereinstimmt. Die Symptome können dann chronisch werden, oder es kann zu einem akuten Ausbruch kommen. (Vgl. Rothschild 2002, S: 65-71).

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Sympathischer Zweig</b></p> <p>Wird aktiviert bei positiven und negativen Stresszuständen, etwa beim sexuellen Höhepunkt, bei Wut, Verzweiflung, Schrecken, Angst/Panik und Traumata.</p>  | <p><b>Parasympathischer Zweig</b></p> <p>Zu den Aktivierungszuständen zählen Ruhe und Entspannung, sexuelle Erregung, Glück, Ärger, Trauer, Traurigkeit.</p>  |
| <p><b>Erkennbare Anzeichen</b></p> <p>Beschleunigte Atmung<br/>         Erhöhte Herzfrequenz (Puls)<br/>         Erhöhter Blutdruck<br/>         Pupillen weiten sich<br/>         Bleiche Hautfarbe<br/>         Verstärktes Schwitzen<br/>         Haut ist kalt<br/>         Verringerte Verdauungsaktivität (+Peristaltik)</p> | <p><b>Erkennbare Anzeichen</b></p> <p>Verlangsamung + Vertiefung der Atmung<br/>         Niedrigere Herzfrequenz (Puls)<br/>         Absinken des Blutdruckes<br/>         Pupillen verengen sich<br/>         Rötung der Haut<br/>         Haut wirkt bei Berührung trocken (und gewöhnlich warm)<br/>         Gesteigerte Verdauungsaktivität (+Peristaltik)</p>  |
| <p><b>Während eines traumatischen Ereignisses ODER bei einem (visuellen, auditiven, und/oder sensorischen) Flashback:</b></p> <p>Vorbereitung auf schnelle Bewegung, führt möglicherweise zur Auslösung des Kampf- oder Fluchtreflexes</p>   | <p><b>Während eines traumatischen Ereignisses ODER bei einem (visuellen, auditiven, und/oder sensorischen) Flashback:</b></p> <p>Kann auch gleichzeitig mit dem sympathischen Nervensystem aktiviert werden, wobei es dessen Aktivierung überdeckt. Dies führt zu tonischer Immobilität: Erstarrungsreflex. Gekennzeichnet durch gleichzeitiges Auftreten von Anzeichen für starke sympathische und parasympathische Aktivierung.</p> |

Abb. 4

### 1.2.2 Abwehrreaktionen auf eine erinnerte Bedrohung

Damit ein belastendes Ereignis zu einem Trauma für einen Menschen wird, muss eine Dynamik in Gang kommen, die sein Gehirn buchstäblich in die Klemme bringt.

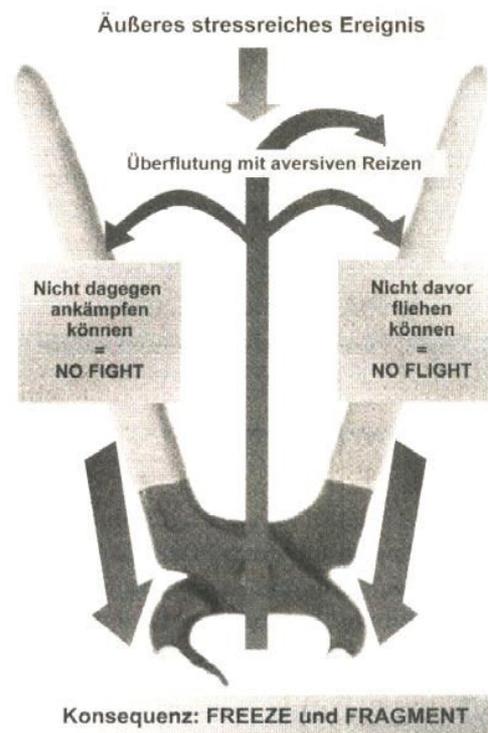


Abb. 5

### 1.3 Kampf, Flucht und Erstarrung

Levine hat sich während seiner früheren Forschungstätigkeit zum Thema Trauma mit dem Gehirn beschäftigt. Ihm war bekannt, dass die instinktiven Teile des menschlichen und des tierischen Gehirns nahezu identisch sind und dass nur die rationalen Anteile ausschliesslich beim Menschen vorkommen. Er wusste, dass Beutetiere in der freien Wildbahn selten traumatisiert werden, obwohl sie sich laufend in Gefahr befinden. Diese scheinen über die angeborene Fähigkeit zu verfügen, Auswirkungen lebensbedrohlicher Ereignisse einfach abzuschütteln und beinahe so weiter zu leben, als sei nichts Ungewöhnliches geschehen. So beobachtete Levine einen Bären, der sich nach einem Betäubungsmittelpfeil (seinem Schockzustand) herausbewegte. Der Bär begann zuerst leicht zu zittern, das Zittern nahm stetig zu

und gipfelte in einem fast krampfartigen Schütteln, bei dem die Gliedmassen des Bärs scheinbar willkürlich herumdreschen. Nach dem Abflauen des Schüttelns nahm das Tier tiefe Atemzüge, die sich über seinen ganzen Körper ausbreiteten. Als Levine das Verhalten des Bärs in Zeitlupe beobachtete, stellte er fest, dass die scheinbar willkürlichen Rotationen der Beine in Wirklichkeit koordinierte Laufbewegungen waren. Es war, als ob das Tier seine Flucht vollendete, in dem es die Laufbewegungen aktiv zu Ende brachte, die im Augenblick der Betäubung unterbrochen wurden. Nach dem Abschütteln der „eingefrorenen Energie“ gab sich der Bär spontanen, tiefen Atemzügen hin.

(Vgl. Levine 2007, S: 35-38).

Wenn eine Situation als lebensbedrohlich wahrgenommen wird, mobilisieren sowohl der Verstand als auch der Körper eine gewaltige Energiemenge, um einen Kampf oder eine Flucht vorzubereiten – deshalb wird von einer „Kampf- oder Fluchtreaktion“ gesprochen. Levine hält fest, dass, - wenn die Energieentladung des Körpers vollständig ist - das Gehirn die Information erhält, dass es den Pegel der Stresshormone nun absenken kann. Die Gefahr ist vorüber. Bleibt die Botschaft jedoch aus, so veranlasst das Gehirn weiterhin die Ausschüttung grosser Adrenalin- und Kortisolmengen und der Körper verbleibt in seinem hoch aufgeladenen Zustand. Daher stellt sich Levine die Frage, was Menschen daran hindert, zu einer normalen Funktionsweise zurückzukehren, wenn die Bedrohung aufgehört hat? Warum können sich Menschen von einem Energieüberschuss nicht auf dieselbe Weise befreien, wie Tiere es natürlicherweise tun?

(Vgl. Levine 2007, S: 35-38).

Tiere machen sich den Totstellreflex zu Nutze, was ein ebenso wichtiger Überlebensmechanismus ist wie die „Kampf- oder Fluchtreaktion“. Der Totstellreflex wird auch als „Einfrieren“ bezeichnet. Eine weitere lebenswichtige Funktion der Erstarrungsreaktion ist die Gefühllosigkeit. Ein Tier erleidet so während des Sterbens weder Schmerz noch Schrecken. Die Menschen setzen die Erstarrungsreaktion regelmässig ein, wenn sie verletzt oder sogar überwältigt sind. Der Mensch hat im Gegensatz zum Tier im Allgemeinen Schwierigkeiten, sich nach diesem Zustand wieder zu normalisieren. Denn das Hilfsmittel, das der Mensch

braucht, um wieder in die Gegenwart zurückzukehren, sind die Gefühle, die nun jedoch betäubt sind.

Die Tiere erreichen den normalen Zustand durch Schütteln, Zittern und Atmen. Tiere, die dies nach einem Ereignis nicht machen, sterben. Obwohl der Mensch an einem ungelösten Trauma selten stirbt, kann sein Leben aufgrund der Folgeerscheinungen schwer beeinträchtigt werden. Manche Menschen beschreiben diesen Zustand als „bei lebendigem Leibe tot sein“.

Levine ist überzeugt, dass der Mensch aller Wahrscheinlichkeit nach dieselbe angeborene Fähigkeit besitzt wie das Tier, Bedrohungen einfach abzuschütteln. Die Menschen benötigen dazu jedoch therapeutische Anleitung. (Vgl. Levine 2007, S: 35-38).

#### **1.4 Die Symptomatologie des Traumas**

Für Levine ist es wichtig, diese allgemeinen Trauma-Symptome als das zu betrachten, was sie wirklich sind. Wenn es unserem Körper nicht gut geht, sendet er uns eine Botschaft. Diese hat die Aufgabe, uns darüber in Kenntnis zu setzen, dass irgendetwas in unserem Innern sich nicht richtig anfühlt und unsere Aufmerksamkeit braucht. Beachten wir diese Botschaften nicht, so können mit der Zeit Trauma-Symptome daraus hervorgehen.

Es ist ebenfalls wichtig, zur Kenntnis zu nehmen, dass nicht jedes dieser Symptome ausschliesslich durch ein Trauma verursacht wird. Desgleichen, dass nicht jeder Mensch, der eines oder mehrere dieser Symptome aufweist, ein Trauma hat. Symptome, die zum Beispiel durch eine Grippe hervorgebracht wurden, vergehen in der Regel nach einigen Tagen. Diejenigen, die infolge einer Traumatisierung entstanden sind, tun dies nicht.

Zu den ersten Symptomen, die sich meist unmittelbar nach einem überwältigenden Ereignis entwickeln, gehören Übererregung, Anspannung, Dissoziation und Verleugnung der Gefühle der Hilflosigkeit, Bewegungsunfähigkeit oder Erstarrung. (Vgl. Levine 2007, S: 22-23).

### 1.4.1 Aufzählung der Symptome

Levine beschreibt nachfolgend die Symptome und ihre Reihenfolge des Auftretens:

**Übererregung.** Sie kann die Form von körperlichen Symptomen annehmen: eine Erhöhung des Pulses, Schwitzen, Atembeschwerden (schnell, flach, keuchend, usw.), kalte Schweissausbrüche, Kribbeln und Muskelanspannung. Sie kann sich auch als mentaler Prozess in Form einer Zunahme von Zwangsgedanken, Gedankenrasen und Sorge manifestieren.

Levine glaubt, wenn wir uns erlauben, diese Gedanken und Empfindungen anzuerkennen, in anderen Worten, wenn wir ihnen ihren natürlichen Fluss zugestehen, werden sie einen Gipfel erreichen und dann allmählich weniger werden, bis sie sich schliesslich ganz auflösen. Während dieses Prozesses ist es möglich, dass der Mensch Folgendes erlebt: Zittern, Schütteln, Vibrieren, Wellen von Wärme und Atemfülle, Verlangsamung der Herzschlagrate, Wärme, Muskelentspannung und ein allgemeines Gefühl von Erleichterung, Behaglichkeit und Sicherheit.

(Vgl. Levine 2007, S: 22-26).

**Anspannung.** Wenn wir auf eine lebensbedrohliche Situation reagieren, ist die Übererregung in unserem Körper zunächst von Anspannung und Wahrnehmungseinengung begleitet. Die Funktionsweise unseres Nervensystems stellt sicher, dass wir unsere gesamte Kraft aufs Äusserste konzentrieren und auf bestmögliche Art und Weise auf die Bedrohung richten können. Die Anspannung verändert die Atmungstätigkeit, den Muskeltonus und die Körperhaltung eines Menschen um seine Leistungsfähigkeit und Kraft zu steigern. Die Blutgefässe in der Haut, in den Extremitäten und den inneren Organen verengen sich, so dass mehr Blut für die Muskulatur zur Verfügung steht, die angespannt und zu einer Verteidigungsaktion bereit ist. Die Verdauungstätigkeit ist gleichzeitig gehemmt. Wir können auch in einem benommenen und gefühllosen Zustand sein.

(Vgl. Levine 2007, S: 22-26).

**Dissoziation und Verleugnung.** Levine zitiert in seinem Buch Woody Allen, der sagte: „Ich habe keine Angst vor dem Sterben. Ich möchte bloss nicht dabei sein, wenn es passiert.“ Diese geflügelten Worte stellen für Levine eine genaue Be-

schreibung für die Rolle, der Dissoziation dar. Die Dissoziation beschützt den Menschen davor, von eskalierender Erregung sowie von Angst und Schmerz überwältigt zu werden. Sie „lindert“ den Schmerz einer schwerwiegenden Verletzung durch die Ausscheidung von Endorphinen, bei denen es sich um im Körper gebildetes Opium handelt. Bei einem Trauma scheint die Dissoziation das Mittel der Wahl zu sein, der Menschen in die Lage versetzt, Erfahrungen auszuhalten, die im Augenblick jenseits des Erträglichen sind.  
(Vgl. Levine 2007, S: 22-26).

Für Rothschild beinhaltet die Dissoziation eine Spaltung des Bewusstseins. Das Opfer eines traumatischen Ereignisses kann Elemente dieser Erfahrung abspalten und dadurch die belastende Wirkung des Vorfalls verringern. Amnesien unterschiedlicher Stärke sind die bekannteste, aber nicht die einzige Art von Dissoziation. Manche Menschen fühlen sich infolge der Dissoziation wie betäubt und spüren keinerlei Schmerz, andere schalten jedes emotionale Empfinden aus. Wieder andere werden ohnmächtig oder fühlen sich so, als hätten sie keinen Körper mehr. Die extremste Form von Dissoziation ist die Abtrennung vollständiger Persönlichkeiten vom Bewusstsein, ein Phänomen, das dissoziative Identitätsstörung genannt wird.  
(Vgl. Rothschild 2002, S: 102).

**Verleugnung** ist für Levine vermutlich eine Form der Dissoziation auf einem niedrigeren Energieniveau. Der Verlust der Verbindung kann zwischen der Person und ihrer Erinnerung an eine bestimmte Situation bzw. zwischen der Person und ihren Gefühlen zu dieser Situation (oder einer Serie von Ereignissen) erfolgen. Möglicherweise verleugnen wir, dass ein Ereignis überhaupt stattgefunden hat oder wir tun so, als ob es unwichtig sei. Wenn wir zum Beispiel einen geliebten Menschen verloren haben oder wenn wir verletzt oder vergewaltigt wurden, verhalten wir uns mitunter so, als ob nichts geschehen sei, weil der Schmerz uns überwältigen würde, wenn wir uns von der Situation wirklich berühren liessen. Ausserdem kann sich Dissoziation auch durch einen Teil des Körpers äussern, der als unverbunden oder nahezu abwesend erlebt wird. Häufig geben chronische Schmerzen einen Hinweis auf eine Region des Körpers, die abgespalten wurde.  
(Vgl. Levine 2007, S: 22-26).

**Gefühle der Hilflosigkeit, Bewegungsunfähigkeit und Erstarrung.** Wenn Übererregung das Gaspedal des Nervensystems ist, dann ist ein Gefühl überwältigender Hilflosigkeit seine Bremse. Die Hilflosigkeit, die in solchen Zuständen erlebt wird, ist nicht das gewöhnliche Gefühl von Hilflosigkeit, das jede und jeden von Zeit zu Zeit befallen kann. Es ist das Gefühl, völlig zusammengebrochen, bewegungsunfähig und jeder Kraft entleert zu sein. Dabei handelt es sich laut Levine nicht um eine Empfindung, Vorstellung oder Einbildung. Es ist real. (Vgl. Levine 2007, S: 22-26).

Levine beschreibt weitere Symptome, die zur gleichen Zeit wie die eben genannten oder etwas später auftreten können. Dies sind:

- Übermäßige Wachsamkeit (ständig „auf der Hut sein“)
- Bedrückende Bilder oder Rückblenden (Flashbacks)
- Extreme Licht- und Geräuschempfindlichkeit
- Überaktivität
- Übertriebene emotionale Reaktionen und Schreckhaftigkeit
- Alpträume und nächtliche Angstatacken
- Abrupte Stimmungswechsel (Zornreaktionen oder Wutanfälle, häufiger Ärger oder Weinen)
- Scham und mangelndes Selbstwertgefühl
- Herabgesetzte Fähigkeit, mit Stress umzugehen (leicht und häufig in Stress geraten)
- Schlafstörungen

Levine weist an dieser Stelle darauf hin, dass einige dieser Symptome auch erst später, mitunter erst nach Jahren auftreten können. Er erinnert auch daran, dass diese Liste nicht für diagnostische Zwecke gedacht ist. Sie soll als Orientierungshilfe dienen, damit ein Gefühl dafür vermittelt werden kann, wie und welche Trauma-Symptome auftreten können.

(Vgl. Levine 2007, S: 22-26).

Ein **Flashback** ist für Rothschild das teilweise oder vollständige Wiedererleben eines traumatischen Ereignisses. Die bekanntesten Formen sind visuelle und auditive Flashbacks, doch werden manchmal auch somatische Symptome, die ein

traumatisches Ereignis auf irgendeine Weise wiederholen, als Flashback bezeichnet. Unabhängig vom betroffenen sensorischen System ist ein Flashback in jedem Fall äusserst belastend, weil dabei das Gefühl entsteht, das Trauma werde fortgesetzt oder beginne wieder von vorne.

(Vgl. Rothschild 2002, S: 109).

Rothschild macht hierzu noch eine wichtige Ergänzung. Sie beschreibt dabei, dass Menschen, die unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden, sich anders an traumatische Ereignisse erinnern als an nichttraumatische. Erstere „erinnern“ sich nicht wirklich im normalen Sinne. Normale Erinnerung siedelt eine Erfahrung in der Vergangenheit an. Menschen, die unter einer PTBS leiden, dissoziieren traumatische Erinnerungen, was beinhaltet, dass diese sich frei im Leben des Betroffenen bewegen können. Sie können jederzeit in Form von Flashbacks in der Gegenwart auftauchen. Man könnte den Zustand auch folgendermassen benennen: Alpträume haben, während man wach ist. Flashbacks werden lebensecht und intensiv wiederholt, so dass es schwierig ist, sie von der realen Situation im betreffenden Augenblick zu unterscheiden.

(Vgl. Rothschild 2002, S: 109).

Die nächsten möglichen Trauma-Symptome nach Levine sind:

- Panikattacken, Ängste, Phobien
- Leere im Kopf oder Gefühle der Entrückung
- Vermeidungsverhalten (meiden von Plätzen, Aktivitäten, Bewegungen, Erinnerungen oder Menschen)
- Sich von gefährlichen Situationen angezogen fühlen
- Suchtverhalten (übermässiges Essen, Trinken, Rauchen, usw.)
- Übertriebene oder verminderte sexuelle Aktivität
- Gedächtnisverlust und Vergesslichkeit
- Unfähigkeit zu lieben oder Bindungen mit anderen Menschen einzugehen
- Angst zu sterben oder ein verkürztes Leben zu haben
- Selbstverletzung (schwerer Missbrauch von Suchtmitteln, sich selbst Schnittwunden zufügen)
- Verlust von unterstützenden Glaubenshaltungen (spirituell, religiös, zwischenmenschlich)

Die letzte Gruppe der Symptome umfasst diejenigen, die sich im Allgemeinen erst nach längerer Zeit bilden. In den meisten Fällen sind ihnen einige der Frühsymptome vorangegangen. Levine betont hier, dass es jedoch keine feste Regel gibt, ob und wann ein Symptom auftreten kann.

(Vgl. Levine 2007, S: 22-26).

Zu dieser Gruppe gehören:

- Übermäßige Scheu
- Verminderte emotionale Reaktionen
- Unfähigkeit, Verpflichtungen einzuhalten
- Chronische Müdigkeit oder sehr niedriges körperliches Energieniveau
- Probleme mit dem Immunsystem wie Überempfindlichkeit gegenüber Sinneseindrücken
- Bestimmte hormonelle Probleme wie Fehlfunktionen der Schilddrüse
- Psychosomatische Erkrankungen, vor allem Kopfschmerz, Migräne Nacken- und Rückenschmerzen
- Chronische Schmerzen
- Fibromyalgie (chronische, generalisierte Muskel-, Knochen- und Bindegewebeschmerzen mit typischen Schmerzpunkten)
- Asthma
- Hautbeschwerden
- Verdauungsprobleme (nervöser Darm)
- Starkes prämenstruelles Syndrom
- Depression und Gefühle von drohendem Unheil
- Gefühle von Getrenntheit, Entfremdung und Isolation (Gefühl „bei lebendigem Leibe tot zu sein“)
- Verringerte Fähigkeit, Pläne zu machen

Levine hält fest, dass Trauma-Symptome stabil - also permanent vorhanden - sein können. Sie können aber auch instabil sein, das heisst sie kommen und gehen und werden durch Stress ausgelöst. Mitunter bleiben sie auch jahrzehntelang verborgen und kommen plötzlich zum Ausbruch. Üblicherweise treten Symptome nicht einzeln sondern in Gruppen auf. Häufig werden sie mit der Zeit zunehmend

komplexer und haben immer weniger Verbindung zum ursprünglichen traumatischen Ereignis.

(Vgl. Levine 2007, S: 22-26).

Der **Wiederholungszwang** ist ein weiteres eindrückliches Symptom, das Levine beschreibt. Es ist der Zwang, die Handlungen zu wiederholen, die das Problem ursprünglich verursacht haben. Es zeigt sich, indem wir wieder und wieder in Situationen hineingezogen werden, die das ursprüngliche Trauma sowohl offensichtlich als auch weniger offensichtlich wiederholen. Die Prostituierte, die in ihrer Kindheit sexuelle Gewalt erlebt hat, ist ein weit verbreitetes Beispiel dafür. Es kann sein, dass wir die Folgen eines Traumas entweder durch körperliche Symptome wiedererleben oder in Form einer intensiveren Interaktion mit der äusseren Umwelt.

Diese Wiederholungen können sich in intimen Beziehungen, Situationen am Arbeitsplatz, durch wiederholte Unfälle oder Missgeschicke und anlässlich anderer, scheinbar zufälliger Ereignisse abspielen. Sie können auch in Form von körperlichen Symptomen oder psychosomatischen Erkrankungen in Erscheinung treten. Kinder, die ein traumatisches Erlebnis hatten, stellen die Situation oftmals beim Spielen immer wieder nach. Als Erwachsene fühlen wir uns häufig zwanghaft dazu veranlasst, Traumata aus der Kindheit in unserem Alltagsleben zu wiederholen. Dabei bleibt der Mechanismus ungeachtet des Alters ähnlich. Unglücklicherweise kann es sein, dass die Verbindung zwischen einer Wiederholung und der ursprünglichen Situation nicht gleich ersichtlich ist. Eine traumatisierte Person kann das traumatische Ereignis an eine andere Situation knüpfen und dann diese Situation anstelle der ursprünglichen wiederholen. Kennzeichnend für diesen Wiederholungstyp sind beispielsweise wiederkehrende Unfälle, vor allem dann, wenn sie Ähnlichkeiten aufweisen. In anderen Fällen kann es sein, dass sich die Person immer wieder eine bestimmte Art von Verletzung zuzieht. Verstauchte Füße, verrenkte Knie, Schleudertraumata und sogar viele sogenannte psychosomatische Erkrankungen sind allgemeine Beispiele für körperliche Wiederholungen. Auf den ersten Blick scheint keiner dieser sogenannten „Unfälle“ etwas anderes zu sein als eben ein Unfall. Den entscheidenden Hinweis, der sie als Symptom eines Traumas identifiziert, liefert die Häufigkeit ihres Auftretens.

(Vgl. Levine 2007, S: 22-26).

### **1.4.2 Posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS)**

Nach Van der Kolk weisen die folgenden drei Symptome auf ein Posttraumatisches Belastungssyndrom hin:

1. Wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Flashbacks):

Das Trauma läuft wie ein Film immer wieder innerlich ab oder verfolgt die Betroffenen in Form von Alpträumen. Dabei ist ein Verhalten oder Empfinden bemerkbar, als ob sich das traumatische Ereignis gerade nochmals wiederholen würde. Alle physiologischen Reaktionen „von damals“ treten erneut auf.

2. Vermeidung:

Wegen dem andauernden Gefühl emotionaler Betäubtheit wirkt der traumatisierte Mensch apathisch, scheinbar gleichgültig und teilnahmslos gegenüber der Umgebung. Vormals wichtigen Aktivitäten wird kein Interesse mehr entgegen gebracht, es stellen sich Gefühle von Distanziertheit, Entfremdung von der Umgebung und einer verstellten Zukunft ein.

3. Alarmbereitschaft:

Es können Konzentrationsschwäche, Nervosität, Hypererregbarkeit (übermäßige Schreckhaftigkeit, Gereiztheit und Wutausbrüche), Depressionen und Angstzustände, die sich evtl. auch somatisch äussern (z.B. Magen-, Kopfschmerzen), auftreten. So können Symptome, die für das PTBS typisch sind, durch Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch überdeckt werden.

(Vgl. Van der Kolk 2000, S: 33-40).

Zusätzlich zur beschriebenen „einfachen PTBS“ gibt es noch eine „komplexe PTBS“, bei den Beeinträchtigungen/Störungen in den Bereichen Affektivität, Selbstwahrnehmung, Beziehung zum Angreifer, Beziehung zur Umwelt und Motivation/Orientierung hinzukommen. (Vgl. Van der Kolk 2000, S: 33-40).

### **1.4.3 Pflegediagnose Posttraumatisches Syndrom**

(Nach NANDA [North American Nursing Diagnosis Association] Originalbezeichnung: „Post-Trauma Syndrome“).

Durch das Einführen der Pflegediagnose soll erreicht werden, dass alle Pflegenden und andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen das Gleiche unter der entsprechenden Formulierung verstehen (sprachliche und fachliche Ebene).

Die North American Nursing Diagnosis Association definierte den Begriff Posttraumatische Belastungsstörung wie folgt: „Anhaltend fehlangepasste Reaktion auf ein traumatisches überwältigendes Ereignis“.

Als mögliche Ursachen werden genannt:

- Ereignisse ausserhalb des gewöhnlichen Erfahrungsbereiches einer Person
- Schwere Bedrohung oder Verletzung einer Person oder ihrer Bezugspersonen, schwere Unfälle, Industrieunfälle und Kraftfahrzeugunfälle
- Physischer oder psychosozialer Missbrauch, Vergewaltigung
- Zeuge sein von Verstümmelungen, gewaltsamen Toden oder anderen Schreckensereignissen, tragische Ereignisse mit zahlreichen Toten
- Naturkatastrophen oder menschengemachten Katastrophen, plötzliche Zerstörung des eigenen Heims oder der Gemeinde in der man gelebt hat, Epidemien
- Kriege, militärische Auseinandersetzungen/Konflikte, als Kriegsgefangener gefangen gehalten werden, Opfer krimineller Gewalttaten oder Opfer von Folterungen, Geiselnahme

Bestimmte Merkmale oder Kennzeichen:

#### Subjektive

- Eindringliche Gedanken, wiederholte Träume oder Alpträume; Wiedererleben des traumatischen Ereignisses, das aufgrund von kognitiven, affektiven und/oder sensomotorischen Aktivitäten erkannt werden kann (Flashbacks)
- Herzklopfen, -rasen, Kopfschmerzen (fehlendes Interesse an den gewohnten Aktivitäten, Distanz, fehlendes Gefühl von Intimität/ Sexualität)
- Hoffnungslosigkeit, Beschämung
- Exzessives Erzählen des traumatischen Ereignisses, Äusserungen von Schuldgefühlen als Überlebender oder wegen des zum Überleben notwendigen Verhaltens
- Magenschleimhautreizung, Veränderung des Appetits, Schlafstörung/Insomnie, chronische Erschöpfung, leichte Ermüdbarkeit

#### Objektive

- Angst/Furcht
- Zustand erhöhter Reaktionsbereitschaft, Aufmerksamkeit (Vigilanz), erhöhte Schreckhaftigkeit, neurosensorische Erregbarkeit, Reizbarkeit
- Trauerreaktion, Schuldgefühle
- Konzentrationsschwierigkeiten, Depression
- Wut und/oder Zorn, Aggression
- Vermeidungsreaktionen, Repression, Entfremdung, Distanzierung, psychogene Amnesie, Benommensein
- Stimmungsveränderungen, (schlechte Impulskontrolle/Reizbarkeit und Explosivität/Jähzorn), Panikattacken, Schreckreaktionen
- Suchtmittelmissbrauch, zwanghaftes Verhalten
- Enuresis (bei Kindern)
- Schwierigkeiten mit zwischenmenschlichen Reaktionen: Abhängigkeit von anderen, Versagen bei der Arbeit/in der Schule

Phasen:

Akuter Subtyp:

Beginnt innerhalb von sechs Monaten und dauert nicht länger als sechs Monate

Chronischer Subtyp:

Chronisch, dauert länger als sechs Monate

Verzögerter Subtyp:

Latenzzeit von sechs Monaten oder länger vor dem Auftreten der Symptome

(Vgl. Doenges 2002, S: 562-564).

### **1.5 Therapie Angebote**

Bessel A. van der Kolk, Alexander C. McFarlane & Onno van der Hart schreiben in Traumatic Stress über den allgemeinen Ansatz zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (Vgl. Van der Kolk et al. 2000, S. 309ff).

Obwohl die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) eine der häufigsten psychiatrischen Störungen ist (beziehen sich Van der Kolk et al. dabei auf Studien von Breslau, Davis, Andreski & Peterson 1991, Saxe et al 1993), steckt die systematische Untersuchung dessen, was eine effektive Behandlung ausmacht, noch in den Kinderschuhen (Vgl. Van der Kolk et al. 2000, S. 309ff).

Van der Kolk, McFarlane & Van der Hart stellten fest, dass ungeachtet der Tatsache, dass die meisten Studien mit positiven Ergebnissen zur Besserung einer PTBS-Symptomatik sich eines kognitiv-behavioralen Ansatzes (EMDR; Eye Movement Desensitization and Reprocessing) bedienen, praktizieren die meisten Kliniker, die traumatisierte Patienten behandeln, nach wie vor psychodynamische Therapie (Vgl. Van der Kolk et al. 2000, S. 309ff).

Anmerkung der Autorin: Das Trauma wird als zu komplex angesehen, als dass es mit EMDR alleine behandelt werden könnte. Es könnte bei den Betroffenen den Eindruck hinterlassen, dass sie nun geheilt sind und dabei andere Symptome nicht mehr als zum Trauma gehörend interpretieren. Daher weisen Traumaexpertinnen und -experten wie Anngwyn St. Just, Levine und andere darauf hin, dass die meisten Therapiemethoden in der Regel die während eines bedrohlichen Ereignis-

ses ablaufenden körperlichen Reaktionen nicht in ausreichender Weise berücksichtigen.

Das Therapieziel bei traumatisierten Patienten besteht darin, ihnen zu helfen, von der Heimsuchung durch die Vergangenheit und ihrer Interpretation nachfolgender emotional erregender Stimuli als einer Wiederkehr des Traumas wegzukommen. Stattdessen sollen sie zu einer vollen Anteilnahme an der Gegenwart hingeführt und in die Lage versetzt werden, auf aktuelle Anforderungen reagieren zu können. Um dies zu bewerkstelligen, muss der Patient die Kontrolle über seine emotionalen Reaktionen wiedergewinnen. Er muss das Trauma in eine umfassendere Lebensperspektive einordnen, als ein geschichtliches Ereignis (oder eine Serie von Ereignissen), das zu einer bestimmten Zeit und an einem bestimmten Ort stattfand und von dem erwartet werden kann, dass es nicht noch einmal geschieht, wenn der Mensch sein Leben selbst in die Hand nimmt. Für Van der Kolk, McFarlane & Van der Hart ist das Schlüsselement bei der Psychotherapie von PTBS-Patienten die Integration des Fremden, des Unannehmbaren, des Furchterregenden und des Unverständlichen in ihr Selbstkonzept. Die massive Abwehr, die anfänglich als Notschutzmassnahme aufgebaut wurde, muss allmählich die Psyche der Leidenden aus ihrer Umklammerung entlassen. Nur so wird verhindert, dass dissoziierte Aspekte der Erfahrung weiterhin in das Leben der Leidenden eindringen und auf diese Weise die bereits traumatisierten Opfer ständig re-traumatisiert (Vgl. Van der Kolk et al. 2000, S. 309ff).

Van der Kolk, McFarlane & Van der Hart stellten fest, dass ein ernstzunehmendes Hindernis für eine wirksame Behandlung darin besteht, dass sich zahlreiche traumatisierte Menschen davor hüten werden, sich Erinnerungen an das Trauma, einschliesslich psychotherapeutischer Interventionen, auszusetzen (Vgl. Van der Kolk et al. 2000, S. 309ff).

Ein Trauma muss in den verschiedenen Phasen des Lebens unterschiedlich behandelt werden. Behandlungsmethoden, die in einigen Stadien anschlagen, können in anderen unwirksam sein (Vgl. Van der Kolk et al. 2000, S. 309ff).

Jede Behandlung traumatisierter Patienten muss entsprechend dem Ausmass unfreiwilliger Intrusionen des Traumas sowie der Fähigkeit der Betroffenen/des Betroffenen intensive Emotionen auszuhalten, vorgenommen werden. Die Behandelnden müssen die verschiedenen psychischen Abwehrmechanismen die von den Betroffenen eingesetzt werden, identifizieren und respektieren, um mit den Erinnerungen an traumatisches Material umzugehen. Eine wirksame Behandlung muss phasenweise vorgenommen werden und sollte die folgenden Phasen beinhalten (Van der Kolk, McFarlane & Van der Hart beziehen sich dabei auf van der Hart, Brown & van der Kolk 1989, van der Hart, Steele, Boon & Brown 1993 und Hermann 1992):

1. Stabilisierung, u. a. durch (a) Informationsvermittlung und (b) Identifizierung von Gefühlen durch Verbalisieren somatischer Zustände.
  2. (Dekonditionierung) Rückbindung traumatischer Erinnerungen und Reaktionen.
  3. Rekonstruktion prätraumatischer persönlicher Schemata.
  4. Wiederherstellung sicherer sozialer Bindungen und interpersoneller Fähigkeiten.
  5. Ermöglichung heilender emotionaler Erfahrungen.
- (Vgl. Van der Kolk et al. 2000, S. 309ff)

Luise Reddemann und Cornelia Dehner-Rau sprechen in ihrem Buch „Trauma – Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen“ von drei Phasen in der Traumatherapie:

1. Die **Stabilisierungsphase** nimmt häufig den grössten Raum ein. Je besser es der Person seelisch und körperlich geht, desto eher kann die Person verkraften, sich mit belastenden Lebensereignissen zu beschäftigen.
2. Die **Traumakonfrontationsphase**: Voraussetzung für die Traumakonfrontationsphase ist daher zwingend die Fähigkeit, traumatisches Material steuern und sich selbst beruhigen zu können. Bei geglückter Stabilisierung ist es in den meisten Fällen jedoch nicht notwendig oder sinnvoll, die mit traumatischen Erfahrungen verbundenen Gefühle noch einmal intensiv zu durchleben.

3. Die **Integrationsphase** hat als dritte Phase zum Ziel, das Erlebte in seine Lebensgeschichte einzuordnen und Sinnfragen zu klären. Hier geht es um eine gegenwarts- und zukunftsbezogene Neuorientierung.

Zur Traumatherapie stehen verschiedene Verfahren zur Verfügung:

- Kognitive-behaviorale Verhaltenstherapie
- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
- Psychodynamische Therapien
- Mischformen, d.h. Kombinationen von verschiedenen Therapien wie z.B. systemische Therapien und Körpertherapien
- Somatic Experiencing (SE) nach Peter Levine
- Social Trauma Therapy (STT) nach Anngwyn St. Just
- Craniosacraltherapie

Psychopharmaka kann helfen, ist aber nur ergänzend zur Psychotherapie sinnvoll. Die alleinige Behandlung mit Psychopharmaka ist nicht ausreichend (Vgl. Reddemann & Dehner-Rau 2004, S: 70-79).

Reddemann und Dehner-Rau haben die einzelnen bewährten Therapieformen kurz erläutert:

### **1.5.1 Kognitive-behaviorale Verhaltenstherapie**

Bei dieser Therapieform geht es vor allem darum, dass sich die Person das Denken bewusst macht und verändert. In der kognitiven Verhaltenstherapie geht man davon aus, dass so genannte dysfunktionales Denken, also nicht hilfreiches oder ungesundes Denken, wesentlich dazu beiträgt, dass wir krank werden oder nicht gesunden können. Der Vorteil dieser Therapie ist, dass das, was wir denken, im Allgemeinen gut zugänglich und einer Bearbeitung zuzuführen ist. Menschen mit einer PTBS neigen dazu, sich für schuldig zu halten, sich zu schämen und allgemein unrealistisch zu denken. Dazu gehört zum Beispiel das Verallgemeinern. (Vgl. Reddemann & Dehner-Rau 2004, S: 70-79).

### **1.5.2 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**

Dabei handelt es sich um ein relativ neues Therapieverfahren, das Francine Shapiro 1995 erstmalig gemacht hat. EMDR hat sich insbesondere bei Monotraumata weltweit bewährt.

Im Wesentlichen geht es beim EMDR darum, mittels Augenbewegungen eine beschleunigte Verarbeitung des Traumas im Gehirn anzuregen. Während die Therapeutin ihre Hand vor den Augen der Patientin/des Patienten hin und her bewegt und dadurch Augenbewegungen der Patientin/des Patienten veranlasst, konzentrieren sich diese gleichzeitig auf ihre inneren Vorstellungen des Traumas. Man weiss nicht genau, wie diese beschleunigte Verarbeitung zustande kommt, die Erfahrung zeigt aber, dass EMDR dabei hilft, die traumatischen Erlebnisse sehr rasch, allerdings auch sehr intensiv zu durchleben und damit zu verarbeiten (Vgl. Reddemann & Dehner-Rau 2004, S: 70-79).

### **1.5.3 Psychodynamische Therapien**

Diese zeichnen sich dadurch aus, dass so genannte unbewusste Vorgänge stärker berücksichtigt werden. Ausserdem legen psychodynamische Therapeuten viel Wert auf das Verständnis und die Nutzung der therapeutischen Beziehung und sie legen viel Wert auf Einsichtsförderung (Vgl. Reddemann & Dehner-Rau 2004, S: 70-79).

### **1.5.4 Somatic Experiencing (SE) nach Peter Levine**

Somatic Experiencing bietet die Möglichkeit, mit bedrohlichen Ereignissen/ Traumata besonders behutsam, dennoch in der Tiefe erfolgreich zu arbeiten. Die meisten Therapiemethoden berücksichtigen in der Regel die während eines bedrohlichen Ereignisses ablaufenden körperlichen Reaktionen nicht in ausreichender Weise. Anders das von Peter Levine entwickelte Modell zur Überwindung und Integration traumatischer Ereignisse: Es beruht auf Verhaltensbeobachtungen in der Tierwelt. Der zugrunde liegende biologische Mechanismus geht auf das Jäger-Beute-Verhalten zurück, einen ursprünglichen Reiz-Reaktions-Zyklus mit grundsätzlich drei Optionen: Flucht-, Angriff- und Totstell-Reflex. Trauma entsteht, wenn bei Überreizung des Nervensystems der ursprünglich natürliche Zyklus von Orientierung, Flucht, Kampf und Immobilitäts-Reaktion nicht

vollständig durchlaufen werden kann oder gar nicht erst zustande kommt. Bei der Aufarbeitung der Folgen von Schock und Trauma muss deshalb die körperliche Reaktion auf das verursachende Ereignis als eigenes Phänomen verstanden und berücksichtigt werden.

Gelingt es dem Menschen, die biologischen Prozesse schrittweise und langsam zu vervollständigen, so kann die Person wieder Zugang zu ihren angeborenen, lebenswichtigen Reaktionsmöglichkeiten wie Orientierung, Flucht, Kampf, Verteidigung finden, und so ihre volle Lebensenergie zurückgewinnen, die zum Zeitpunkt der Überwältigung nicht zur Verfügung stand bzw. eingefroren ist. Für Levine ist das Trauma im Nervensystem gebunden. Es ist somit eine biologisch unvollständige Antwort des Körpers auf eine als lebensbedrohlich erfahrene Situation. Das Nervensystem hat dadurch seine volle Flexibilität verloren. Er geht davon aus, dass dem Menschen geholfen werden muss, wieder zu seiner ganzen Spannbreite und Kraft zurückzufinden.

Mit SE wird das traumatische Ereignis körperlich und geistig „neu verhandelt“. Levine geht davon aus, dass der Mensch begreifen muss, dass es weder notwendig noch möglich ist, Ereignisse, die in der Vergangenheit liegen zu verändern. Dabei ist nicht das Ereignis selbst entscheidend, sondern die Reaktionsweise des Nervensystems, d.h. wie die physiologischen Regulationskräfte des Nervensystems mit der Bedrohung fertig geworden sind. Mit SE ist es möglich, ohne Inhalt oder Erinnerung zu arbeiten, wenn das Ereignis emotional zu belastend erscheint. Eine mögliche Re-Traumatisierung bei der Aufarbeitung wird vermieden, indem die „eingefrorene“ Energie in kleinen Dosen „aufgetaut“ wird und schrittweise zur Entladung kommt. Durch das Aufspüren und Wiederbeleben dieser biologischen, körperlichen Abwehrkräfte, entsteht aus dem traumabedingten Gefühl von Lähmung und Erstarrung ein Gefühl von Lebendigkeit und eine Eröffnung von neuen Möglichkeiten und Lebensfreude. Die tief verankerten Nachwirkungen von Trauma können sich schonend auflösen.

(Vgl. Levine 1998, S: 40-49/124-128).

### **1.5.5 Social Trauma Therapy (STT), Traumaheilung nach Anngwyn St. Just:**

Anngwyn St. Just leitet das Arizona Center for Social Trauma (ACST) in Jerome/Arizona. Ihr Spezialgebiet ist die Entwicklung von humanistischen, den Kontext betonenden Modellen im Rahmen der somatisch orientierten Traumatherapie. Seit Jahrzehnten erforscht und befasst sie sich mit dem Gebiet der Traumatherapie, das sie in jahrelanger Zusammenarbeit mit Peter Levine massgeblich beeinflusste.

Während eines überwältigenden Lebensereignisses gibt es einen Moment, in dem die Wahrnehmung der Zeit stoppt und sich ein Teil des Bewusstseins abspaltet. Dies ist zwar Teil eines schützenden Dissoziationsvorganges, kann aber dazu führen, dass ein Teil des Bewusstseins in der Vergangenheit festsitzt und diese Energie in der Gegenwart nicht zur Verfügung steht. Die Traumaarbeit versucht, diesen Moment, "in dem die Zeit stillsteht", wieder zu finden, um die Zeit für das Individuum wieder vorwärts zu bewegen. So wird die in der Vergangenheit gebundene Energie freigesetzt, der Organismus aus der Fixierung herausbewegt, damit der Mensch sich wieder im Hier und Jetzt befinden kann.

Das noch junge Gebiet der Somatischen Traumatologie befasst sich mit der Entwicklung neuer, psycho-physiologischer Ansätze, mit denen es gelingt, bewusste und unbewusste Reaktionen auf überwältigende Lebensereignisse zu erkennen und zu behandeln. Die am Arizona Center for Social Trauma entwickelten Lehr-, Forschungs- und Behandlungsprogramme basierend auf der Erkenntnis, dass psycho-physiologische Manifestationen von Traumata sich ein Leben lang direkt im sozialen Verhalten des Menschen widerspiegeln. Aus dieser Sichtweise werden in der Somatischen Traumatologie die Auswirkungen von ungelösten Traumata nicht allein auf das Individuum bezogen, sondern auch auf die Personen, die mit traumatisierten Menschen in Beziehung stehen - ebenso auf die weit darüber hinausgehenden lokalen, nationalen und globalen Zusammenhänge. (Vgl. Anngwyn, Unterlagen Weiterbildung von 2008).

### 1.5.6 Craniosacral Therapie

Die Osteopathie wurde vom amerikanischen Arzt A. Still um 1870 entwickelt. Sein Schüler W.G. Sutherland entdeckte, dass Gehirn, Rückenmark und die cerebro-spinale Flüssigkeit eine Eigenbewegung haben und in einem eigenen Rhythmus pulsieren.

Sutherland bezeichnete ihn als Primärrhythmus oder Breath of Life, den man überall dort findet, wo keine Störung vorliegt. Upledger entwickelte daraus um 1970 die Methode der Craniosacral-Therapie. Die Therapie befindet sich in einer kontinuierlichen Weiterentwicklung.

Das craniosacrale System umfasst die Bereiche Schädel (Cranium), Wirbelsäule und Kreuzbein (Sacrum) mit seinen Liquor (Hirnwasser) bildenden und resorbierenden Strukturen.

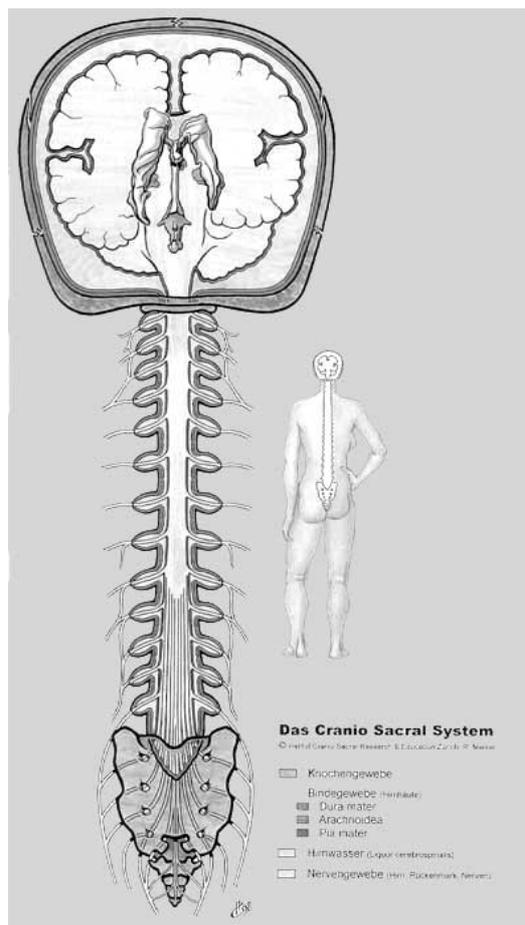


Abb. 7

Dieser Rhythmus beeinflusst den Stoffwechsel jeder einzelnen Zelle und den ganzen Organismus. Er beginnt in der embryonalen Entwicklung und verändert sich im ganzen Leben als Grundrhythmus kaum. Er bewegt die Schädelknochen sowie den ganzen Körper 6-12/min sanft nach innen und nach aussen, in Flexion und Extension. Die Bewegung ist mit der Gezeitenbewegung des Meeres vergleichbar.

Struktur und Form beeinflussen sich gegenseitig. Durch innere oder äussere Einflüsse wie Krankheiten, Unfälle, Traumen, Schocks, Operationen, zahnärztliche Eingriffe, Fehlbelastungen und psychische Einflüsse entstehen Dysfunktionen. Der craniosacrale Rhythmus wird beeinträchtigt oder gestört.

Die Arbeitsweise der Craniosacral Therapie ist sehr ruhig. Mit der unbegrenzten Aufmerksamkeit und erkennenden Berührung (The Diagnostic Touch) wird die Wirklichkeit der verschiedenen Gewebestrukturen und Körpersysteme erfahren und palpiert (ertastet). Sie ist die Voraussetzung für das weitere Vorgehen und die subtilen therapeutischen Techniken (The Therapeutic Touch). Feine und bewusst gesetzte manuelle Impulse können die Eigenregulierung des Körpers einleiten und seine selbstheilenden Kräfte freisetzen. So werden die Regulierungsfähigkeit des Nervensystems und der Abbau von Stress und Schmerz gefördert. Durch die Art der Berührung wird dem System gleichzeitig Unterstützung, Mitgefühl und Sicherheit signalisiert. Dadurch scheint das System in der Lage, sich aus der Schockstarre herauszuwinden und wenn nötig erinnerte Ereignisse der bewussten Verarbeitung zugänglich zu machen.

(Vgl. <http://www.cranio-movement.ch/craniosacrale.html>)

## 2 Überlegungen aus der Praxis

### 2.1 Leben im Pflegeheim

Martina Böhmer schreibt in ihrem Buch „Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen“, was ein Heimeintritt für diese Frauen bedeutet. Obwohl deutlich mehr Frauen in einem Pflegeheim leben, gilt das Folgende auch immer für Männer. Da Böhmer über Frauen schrieb, wurde nachfolgend mehrheitlich nur die weibliche Form übernommen.

Eine Bewohnerin kann nur selten das Heim aussuchen, in dem sie leben soll. In der Regel muss die Frau in ein Heim, weil sie sich selbst nicht mehr versorgen kann. Damit begibt sie sich wieder in eine Situation, in der sie viel Kontrolle abgeben muss. Sie kommt in eine Situation, in der sie auf andere angewiesen ist, nicht mehr selbstbestimmt leben kann, vielem ohnmächtig gegenübersteht. Durch den Umzug ins Heim oder während des vorangegangenen Spitalaufenthaltes verliert die alte Frau ihr soziales und vertrautes Umfeld sowie ihre gewohnte Umgebung. Die Personen kommen erst dann ins Heim, wenn sich ihr körperlicher, seelischer oder geistiger Zustand so verschlechtert hat, dass die Angehörigen und die Spitex zu Hause an ihre Grenzen stoßen oder sie völlig überfordert sind. In diesem Zustand sind die alten Menschen kaum in der Lage, selbstbestimmt ihren neuen Lebensraum zu wählen. Auf der Pflegestation kann es sein, dass sie in ein Mehrbettzimmer kommt, die Zimmernachbarn kann sie nicht wählen. Die Pflegenden, die sie betreuen wird, kann sie nicht bestimmen.

Die Bewohnerin hat keine Aufgabe mehr in ihrem Leben und so keine Möglichkeit, ihre Bewältigungsstrategien aufrecht zu erhalten. Die alte Frau/der alte Mann in einem Pflegeheim ist den ganzen Tag mehr oder weniger untätig, angewiesen darauf, dass andere Menschen ein Aktivierungsprogramm für sie schaffen. Für diese alten Menschen, die in ihrem Leben vielleicht nur Arbeit und keine Freizeit gekannt haben, gibt es jetzt Mal-, Sing- und Bastelgruppen. Die Personen werden nach Hobbys gefragt und wissen unter Umständen gar nicht, was das ist. Diese Generation hatte nie Zeit, Gelegenheit und Unterstützung, ihre Interessen zu entwickeln und zu leben. Auf einmal hat die Person keine Verantwortung mehr.

Verantwortung für sich selbst hat sie nie gelernt. Es gibt keine Verantwortung mehr für die Blumentöpfe und den Vogel im Garten, dem sie Futter hinlegt. Nun wird ihr alles abgenommen, jede klitzekleine Entscheidung treffen andere Men-

schen für sie. Sie kann kaum noch bestimmen, wie sie sich wann, was und wie oft wäscht. Ihre Körperpflege wird überwacht, dokumentiert, nach Reinlichkeitsprinzipien anderer verändert. Durch die Pflege, die sie nötig hat, wird in ihren persönlichen Schutzraum eingegriffen, es gibt dadurch viele Situationen, die sie an ihre traumatischen Erlebnisse erinnern können. Vielleicht findet sie aber auch keine Verbindung zwischen den jetzigen Erlebnissen und ihren früheren Erfahrungen, kann ihre Gefühle, Symptome und Verhaltensweisen selbst nicht zuordnen, weil sie ihre Erlebnisse so sehr verdrängt hat und nie reflektieren konnte. Und vielleicht empfindet sie sich selbst als verrückt, was ihr von aussen dann auch signalisiert wird.

Böhmer weist an dieser Stelle darauf hin, dass das Kurzzeitgedächtnis alter Menschen bekanntermassen nachlässt und das Langezeitgedächtnis stärker wird. Alte leben somit stärker in ihrer Vergangenheit, in Erinnerungen aus ihrer Kindheit und Jugend, dies ist ihnen näher als das, was gestern war.

Durch diese Erinnerungen, die wieder so nah sind, erinnern sie sich auch wieder an ihre Gefühle, erinnern sich an Geräusche, Gerüche, Orte, die mit dieser Zeit in Verbindung stehen. Heutige Geräusche, Gerüche, Begebenheiten und Gefühle erinnern sie an früher.

Böhmer hält weiter fest, dass die Frauen häufig von ungelernten Pflegenden betreut werden, die aus den unterschiedlichsten Motivationen in diesem Beruf arbeiten. Deren Wissensstand im pflegerischen, medizinischen, alterspsychologischen, alterssoziologischen, altersphysiologischen und rechtlichen Bereich ist naturgemäss nicht ausreichend und so können Alte von diesen Pflegenden nicht angemessen betreut und gepflegt werden.

Ein weiterer Faktor, den Böhmer nennt, ist der Zeitfaktor: die Zeit, die fehlt, um die Bewohnerinnen und Bewohner ganzheitlich, das heisst unter Einbezug von Psyche, Körper und Lebensgeschichte zu pflegen. Sie schreibt, dass Pflegende psychisch und physisch so überlastet sind, dass es aus diesen Stresssituationen zu Gewalt gegen alte Menschen kommen kann. Diese Gewalt muss sich nicht immer körperlich ausdrücken, auch das „Ruhig stellen“ der alten Menschen durch Psychopharmaka oder das Fixieren stellt ihrer Ansicht nach eine Gewalt gegen die Bewohnenden dar.

Alte Menschen in Pflegeheimen sind fremdbestimmt. Sie haben kaum eine Möglichkeit, sich Gewalt - gewollter oder ungewollter, bewusster oder unbewusster- zu

entziehen. So erhalten sie z.B. dreimal wöchentlich ein Abführzäpfchen oder einen Einlauf. Wehrt sich die Person, wird sie durch Pflegende festgehalten. Bewohnerinnen und Bewohner schlucken Medikamente, kaum bis gar nicht aufgeklärt über die erwünschten Wirkungen, und kennen keine Alternativen dazu. Ihnen wird das Recht verweigert, was mit ihnen und ihrem Körper geschieht. Es handelt sich um das Recht auf Aufklärung über Wirkungsweisen und Nebenwirkungen von Medikamenten. Die Verweigerung dieses Rechtes nennt Böhmer als weitere Gewaltanwendung, da diese Personen in eine Situation gebracht werden, in der sie hilflos und ohnmächtig sind. Und sie spüren natürlich genauso wie jüngere Personen die Veränderungen in ihrem Körper. Pflegende und Ärzte sind in der Regel nicht ausreichend ausgebildet, um alternative Heilmethoden anzuwenden oder anzuordnen. Böhmer kritisiert weiter, dass kaum einmal das Pflegepersonal auf die Idee kommt, die alte Frau selbst zu fragen, warum sie sich ihrer Meinung nach so fühlt, wie sie sich fühlt. Die Pflegenden beobachten etwas, planen Massnahmen und führen sie durch, meist ohne sie mit der alten Frau zu besprechen oder sich mit ihr - die ihren Körper und sich schon so lange kennt und es bisher immerhin ohne andere geschafft hat so alt zu werden -, zu beraten. Auch Menschen, die dement sind, verfügen über Fähigkeiten, die erkannt und eingesetzt werden müssen. Einerseits erleben Frauen in Pflegeheimen und Spitälern einen Verlust ihrer vertrauten Bewältigungsstrategien, andererseits befinden sie sich in den Institutionen erneut in Situationen, denen sie ohnmächtig und ohne eigene Kontrollmöglichkeiten gegenüberstehen. So kann es zu psychischen und somatischen Reaktionen kommen. Für eine Person, die traumatisiert wurde, ist es das Schlimmste, das ihr passieren kann, wieder in eine Situation zu geraten, über die sie keine Kontrolle hat. Besonders eine Person, die sexualisierte Gewalt erlebt hat, erlebt den Kontrollverlust, darüber was mit ihrem Körper geschieht, als sehr bedrohend. Diese Kontrolllosigkeit kann heftige Panikgefühle in der Person auslösen. (Vgl. Böhmer 2001, S: 85-91).

## **2.1.1 Tagesablauf einer Bewohnerin im Pflegeheim, Beobachtungen aus dem Praktikum der Autorin**

### **Kurze Anamnese und Biografie von Frau L.**

Frau L. ist am 23. April 1915 in Polen als Jüdin geboren. Während des zweiten Weltkrieges ist sie in die Schweiz geflüchtet, wo sie in ein Internierungslager kam. Frau L. heiratete, aus ihrer Ehe entstand jedoch kein Kind. Ihr Mann ist vor langer Zeit gestorben. Über ihre Biografie ist ansonsten sehr wenig bekannt, da sie in der Schweiz keine lebenden Verwandten mehr hat. Sie hat nur noch eine Cousine, die in Österreich lebt und eine Nichte.

Frau L. trat am 16. Januar 2001 im Alterszentrum Kastels ein, da sie an beginnender Demenz litt. Die Demenz ist heute sehr fortgeschritten, sie ist weder zeitlich, örtlich noch persönlich orientiert. Zudem kommt dazu, dass sie beinahe blind ist und nur noch sehr schlecht hört.

Aktuell ist sie sehr unruhig, schreit oft und verweigert gewisse Pflegeverrichtungen. Sie kommuniziert vor allem mit ihrer Mimik und/oder Gestik mit der Aussenwelt. Es ist spürbar, dass sie Angst hat und viel trauert.

### **Eindrücke und Erfahrungen**

Die ersten beiden Tage begleitete ich Frau L. von 07.00 – 16.00 Uhr, Mittwoch und Donnerstag war ich von 13.30 – 21.15 Uhr bei Frau L. Am Freitag verbrachte ich die Nacht im Zimmer von Frau L.

#### Montag, 05. Mai 2008:

Als ich an diesem Tag das Zimmer von Frau L. betrat, war sie bereits wach. Sie lag verkrümmt, in der Embryostellung in ihrem Bett und schrie. Ich ging an ihr Bett und begrüßte sie, ich teilte ihr mit, dass ich mich auf ihren Stuhl setzte. Sie wurde durch meine Anwesenheit am Bett rasch ruhiger. Als ich mich jedoch entfernte begann sie erneut mit dem Schreien.

Sie griff immer wieder ins Leere, suchte irgendetwas und schrie. Das Schreien ging ab und zu in ein Wimmern über. Endlich kam eine Pflegende ins Zimmer, sie grüßte Frau L., machte Licht und öffnete die Vorhänge. Die Pflegende bereitete die Utensilien für die Körperpflege vor, stellte alles auf den Nachttisch, alles lief

sehr routiniert ab. Bettgitter runter, Bett hoch, Bettdecke weg, dazwischen kurze Informationen. Frau L. schien diesen Ablauf zu kennen, sie nahm kaum Anteil an der Pflege. Als die Pflegende jedoch versuchte, ihre Netzhosen runter zu ziehen um sie intim zu pflegen, schrie sie sehr laut und wehrte ab. Die Pflegende sagte immer wieder zu ihr, dass sie sie doch nur intim waschen möchte, sie solle doch nicht so abwehren und müsse auch nicht schreien. Da die Pflegende „stärker“ war, wurde Frau L. intim gewaschen, unten durch angezogen und an den Bettrand mobilisiert. Dann ging es ins Bad, auf's WC, der Oberkörper wurde auf dem WC gewaschen. Anschliessend noch die Zähne rein – fertig. Die Kleider wurden durch die Pflegende ausgewählt. Frau L. wurde in den Rollstuhl gesetzt und in den Speiseraum gefahren. Zum Frühstück wurde ihr der Teller mit fixfertig geschnittenen und bestrichenen Brotstücken hingestellt. Frau L. genoss es sichtlich, die „Schnitteli“ zu essen. Danach wird Frau L. in den Aufenthaltsraum gestossen, dort sassen bereits andere Bewohnende. Für Frau L. begann die Zeit des Wartens, etwa zwei Stunden, während denen mit ihr nichts geschieht. Sie sass da und wartete und schrie.

Es wurde langsam Mittag, Zeit um Frau L. auf's WC zu begleiten. Erneut erfolgte heftiges Abwehren und Schreien beim Ausziehen der Hose und Unterhose. Danach gab es das Mittagessen. Sie erhielt Fingerfood und konnte so alleine essen. Auch das Trinken klappte recht gut. Nach dem Essen wurde Frau L. ins Bett gebracht, eigentlich zum Schlafen, doch sie „nästelte“ und wimmerte vor sich hin. Nach einer guten Stunde wurde Frau L. erneut auf's WC mobilisiert. Doch diese Pflegende ging anders vor! Sie sprach zuerst mit Frau L., berührte sie, strich ihr die Beine aus, so dass sie diese wieder spürte und mobilisierte sie erst anschliessend. Vor dem WC liess sie Frau L. den WC-Rand spüren, sagte ihr, dass sie nun Wasser lösen könne und liess Frau L. die Hosen selbst ausziehen. Diesmal kein Abwehren oder Schreien. Frau L. wurde anschliessend nach Draussen auf die Terrasse geführt, wo sie genüsslich ihr Dessert einnahm.

#### Dienstag, 06. Mai 2008:

Der nächste Tag lief sehr ähnlich ab, mit dem Unterschied, dass Frau L. die Pflegende von Montagnachmittag hatte. Diese ging viel behutsamer mit Frau L. um. Sie kam am Morgen in das Zimmer, berührte Frau L. sprach einwenig mit ihr und

machte erst anschliessend Licht. Sie liess sie das Wasser spüren ob es von der Temperatur her angenehm sei, dies obwohl Frau L. sich ja nur mit der Mimik und Gestik äusserte. Bevor sie eine Tätigkeit verrichtete berührte sie immer zuerst die Stelle wo nun eine Aktivität stattfinden sollte. Frau L. liess so sogar die Intimpflege zu ohne sich zu wehren. Die ganze Mimik und Gestik war viel entspannter. Frau L. versuchte ihr Gesicht selbst zu waschen. Der restliche Tag verlief wie wohl bereits alle Tage zuvor und die die noch kommen.

#### Mittwoch, 07. Mai 2008:

Am Mittwoch begann ich erst um 13.30 mit der Arbeit, Frau L. schlief als ich das Zimmer betrat. Am Nachmittag, im Wohnbereich, schrie sie immer „Stopp, hört auf, nicht schiessen“ – bis mir bewusst wurde weshalb. Am Tisch neben ihr sass en Bewohnerinnen und spielten ein Würfelspiel, jedes Mal wenn die Würfel auf den Tisch fielen klang es wie Schüsse. Ich ging mit Frau L. nach draussen spazieren und sie beruhigte sich ganz rasch wieder. Der Abend verlief leider nicht viel abwechslungsreicher als die Tage zuvor. Die Zähne liess sich Frau L. kaum rausnehmen, sie wehrte sich so gut sie noch konnte. Obwohl sie recht spät, erst um 20.00 Uhr, ins Bett ging, hatte ich den Eindruck die Zeit ginge nicht vorbei. Frau L. schien es gleich zu erleben, sie stöhnte wieder vor sich hin. Da setzte ich mich zu ihr, hielt ihre Hand und war einfach nur da. Sie begann zu sprechen: „Bist Du auch so eine?“, ich verstand nicht genau, was sie damit meinte, aber da sie es in einem fürsorglichen Ton sagte bejahte ich. „Ja es ist schlimm – warum tun die das nur?“ Auch hier ging ich auf sie ein und sagte ihr, dass ich das auch nicht verstehe. Und dann begann sie von der Geschichte mit ihrem Vater zu erzählen, sie erlebte sexuelle Gewalt durch ihn. Nach dieser Geschichte war ich völlig geschafft. Da war ich nun bereits fast drei Tage bei dieser Frau. Sie sprach eigentlich kaum mehr ein Wort und dann erzählte sie mir eine solche Geschichte. Während dem Erzählen hatte ich nie den Eindruck, dass sie noch verwirrt war. Ich weinte zusammen mit Frau L., die mich dann zu trösten versuchte.

#### Donnerstag, 08. Mai 2008:

Am Donnerstag fand ein Pflegefachgespräch über Frau L. statt, da es sich um eine schwierige Situation mit ihr handelte und viele Pflegende mit ihr überfordert waren. Ziel war es, dass sich Frau L. geborgen und sicher fühlt.

Es wurden folgende Massnahmen getroffen:

- Sich Zeit nehmen für die Bewohnerin.
- Nähe geben (z.B. sie vorgängig berühren, ihr mal die Hand halten).
- Ihr „Nein“ akzeptieren“, es allenfalls zu einem späteren Zeitpunkt erneut zu probieren.
- Eine polnische Pflegende anfragen, ob sie mal mit ihr spricht.
- Ein Protokoll führen, wann sie am meisten schreit und unruhig ist, um festzustellen, ob es klare Zeiten gibt, um danach den Tagesablauf allenfalls anzupassen.

An diesem Abend stellte sich das zu Bett gehen als grosse Herausforderung für die Pflegende dar. Frau L. stellte auf stur, wollte sich nicht helfen lassen, schrie, spuckte, kratzte, wehrte ab. Die Pflegende die ihr helfen wollte, sprach hochdeutsch. Erst als eine Schweizerin ins Zimmer kam, beruhigte sie sich etwas. Aber auch von ihr liess sie sich die Zähne nicht rausnehmen.

Freitag, 09. Mai 2008:

Auf der Nachtwache hatte ich ein schockierendes Erlebnis. Frau L. stand selbständig auf, dies machte sie in ganz seltenen Fällen. Sie ging zur Toilette, zog sich ganz nackt aus, kauerte an die Wand und blieb wie sitzend an der Wand stehen. Nach für mich langer Zeit urinierte und stuhlte sie auf den Boden, dann schrie sie, weinte – aber blieb in dieser Haltung stehen. Ich stand dort und war sprachlos: diese so geschwächte Frau tat sich so etwas an, rührte sich nicht mehr und weinte vor sich hin. Ich rief meine Kolleginnen. Diese erzählten mir, dass sie dieses Verhalten auch schon beobachtet hätten. Wir schafften es nicht, Frau L. aus dieser Stellung zu „befreien“, sie wehrte massiv ab. So blieb ich schliesslich im Zimmer und beobachtete sie. Sich zudecken liess sie dann mit der Zeit zu. Ich setzte mich dann neben sie, hielt ihre Hand, war aber still. Endlich stand sie zitternd auf, ich konnte sie ins Bett begleiten, wo sie erschöpft einschlieft.

Wenn ich nun heute die Notizen durchgehe, was ich in den paar Tagen bei Frau L. erlebte, kann ich gar nicht fassen, was während dieser kurzen Zeit alles geschehen ist. Ich habe Frau L. als Bewohnerin ausgewählt, weil ich wusste, dass sie

eine schwere Biografie hatte und mich daher interessierte, wie die Pflegenden auf so eine Person eingehen, auf eine Frau, die sich nicht mehr äussern konnte.

Frau L. hatte wie alle anderen Bewohnerinnen und Bewohner keine Wahl, von wem sie morgens gepflegt wird und wer in ihr Zimmer kam. Es kann eine Frau sein, ein Mann, mürrisch, unausgeschlafen, lustlos oder eine Person, die fröhlich und einfühlsam ist, eine Person die sie mag oder eine, vor der es ihr graut angefasst zu werden. Angefasst wird sie auf jeden Fall, denn Körperpflege muss sein. Diese wird so durchgeführt, wie es die Pflegenden gelernt haben: nach neusten Erkenntnissen. Die Bewohnenden werden beim Waschen oft auf die Seite gedreht und haben so keine Kontrolle mehr, was hinter ihrem Rücken geschieht. Je nach dem, welche Griffe und Techniken angewendet werden, wird die Bewohnerin/der Bewohner an den verschiedensten Stellen angefasst. Manchmal tut es weh, manchmal nicht.

## **2.2 Folgen für alte Menschen nach erlebtem Trauma**

Petra G.H. Arts und Wybrand op den Velde halten in „Traumatic Stress“ fest, dass Altern einen Risikofaktor für den Ausbruch einer PTBS bei Menschen darstellen kann, die früher traumatisiert wurden.

Das meiste von dem, was derzeit in Bezug auf die Langzeitwirkungen von Traumatisierungen bekannt ist, ist aus Studien mit Überlebenden des Zweiten Weltkrieges hergeleitet worden. Während einige Überlebende fähig waren, ein neues Leben anzufangen und wenigstens einigermaßen zurechtzukommen, haben viele andere infolge des durchlebten Grauens weitergelitten. Die Hauptsymptome waren relativ konsistent: Ängstlichkeit, Betäubung der Affekte, Depression, Unruhe, kognitive Beeinträchtigung des Gedächtnisses, somatoforme Beschwerden und Schlafstörungen.

Langsam ist deutlich geworden, dass posttraumatische Beschwerden bei Überlebenden lange Zeit ausbleiben oder in Remission gehen können. Arts & op den Velde beziehen sich dabei auf Studien von Bastiaans 1957, Hoppe 1966 und Krystal 1968. Die beobachtete Latenzperiode zeichnete sich durch eine starke Unterdrückung der Symptome durch Abwehrmechanismen oder Reaktionsbildung aus. Die Forscher waren jedoch gegen die Bezeichnung der „symptomfreien

Periode“, weil ihrer Meinung nach isolierte Symptome immer vorhanden waren. Dennoch führten diese Symptome nicht zu einem klinischen Überlebenssyndrom. Bis heute konzentrierten sich jedoch erst wenige empirische Forschungen spezifisch auf das Alter bei Ausbruch bzw. bei der Verschlimmerung posttraumatischer Beschwerden. Bei 50 % traten die Symptome erst mehr als 20 Jahre nach Ende des Krieges auf.

Arts und op den Velde stellten fest, dass der Verlust von Familienmitgliedern und Freunden und die daraus resultierenden Einsamkeitsgefühle bei einer plötzlichen Verschlimmerung oder einem Spätausbruch posttraumatischer Symptome häufig eine Rolle spielen. Leider wird diese Erkrankung nicht immer als das erkannt, was sie ist. Es können Beschwerden und Symptome auftreten, die als Zeichen von einer Depression, exzessivem Grübeln oder geistigem Abbau gedeutet werden, wie sie gewöhnlich mit höherem Alter in Verbindung gebracht werden.

Zudem zeigten die klinischen Erfahrungen von Arts und op den Velde, dass die Wiederkehr einer PTBS nach Krankheit und Krankenhausaufenthalten nicht selten sind.

Folgende Theorien stellen Arts und op den Velde zum Spätausbruch bzw. der nachträglichen Verschlimmerung einer PTBS auf. Sie beziehen sich dabei auf Studien von Cath 1981, Danieli 1981, Hertz 1990, Krystal 1981 und Randal et al 1981.

In den meisten Studien werden eine Abnahme der Bewältigungsfähigkeiten und eine Zunahme der negativen Lebensereignisse für den Spätausbruch einer posttraumatischen Symptomatik bei älteren Trauma-Überlebenden für verantwortlich gehalten. Ausserdem wird angenommen, dass ältere Trauma-Überlebende unfähig seien, Bewältigungsmechanismen, die ihnen einst zur Verfügung standen, weiterhin zu nutzen (z.B. anhaltende Konzentration auf äussere Angelegenheiten und berufliche Leistungen oder Abwehrmechanismen wie Verleugnung oder Verdrängung). Folglich wurde vermutet, dass eine Kombination aus allgemeinem Mangel an geistiger Beweglichkeit und belastenden Lebensereignissen, wie z.B. Pensionierung, Auszug der Kinder aus dem Haus, Trennung oder Scheidung, Wechsel in ein Pflegeheim, bei älteren Trauma-Überlebenden eine Dekompensation zur Folge hat.

Belastende Lebensereignisse werden als wichtiger Grund für einen späten Ausbruch oder die plötzliche Verschlechterung posttraumatischer Beschwerden bei

Trauma-Überlebenden beobachtet. Arts und op den Velde beziehen sich dabei auf Studien von (Assael & Givon 1984, Cath 1981, Davidson 1987, Hertz 1990, Krystal 1981 und Ornstein 1981). Arts und op den Velde teilen die Lebensereignisse in zwei Klassen ein. Erstens gibt es Lebensereignisse, die mit persönlichen Veränderungen einhergehen, wie Pensionierung, das Weggehen der Kinder aus dem Elternhaus, Tod oder Trennung von Verwandten oder Freunden, körperliche Erkrankungen und die Einweisung in ein Spital oder Pflegeheim. Eine zweite Art herbeiführender Faktoren scheint die Konfrontation - sowohl direkt als auch durch Medien - mit Rassismus, Krieg, Gefangenenlagern oder Gräueltaten zu sein. Diese zwei Klassen von Lebensereignissen haben das gemeinsame Merkmal, dass sie dem ursprünglichen Trauma ähneln oder es symbolisieren und diese Ähnlichkeit zu einem intrusiven Wiedererleben der traumatischen Vergangenheit führt. (Davidson 1987, Musaph 1991, Krystal 1968, 1981 und Ornstein 1981). Solche Lebensereignisse werden deshalb häufig als „retraumatisierende Ereignisse“ bezeichnet.

Da infolge der vielfältigen Verlusterfahrungen, die mit dem Alterungsprozess einhergehen, Leid und Trauer mehr oder weniger eng mit diesem verbunden sind, kommt der Trauerarbeit in diesem Prozess eine wichtige Rolle zu. Besonders im Alter ist sie für das Annehmen und die Integration vergangener und gegenwärtiger Zustände erforderlich. Das Trauern um frühere, analoge Verluste ist selten abgeschlossen, und erneute Verlusterlebnisse können leicht unterdrückt werden und aufgeschobene Trauerreaktionen auslösen. Die Angst erregenden Erinnerungen an die traumatische Vergangenheit können den Trauerprozess ernsthaft behindern. Schlaflosigkeit, chronische Müdigkeit und Depressionen können ein zusätzliches Hindernis für den aktiven Trauerprozess traumatisierter Individuen sein. Zur Förderung der Ich-Integration während des Alterungsprozesses ist es wichtig, dass die Betroffenen den Verlauf ihres Lebens als ihren unabdingbar eigenen akzeptieren (Erikson 1965). Wenn deutlich wird, dass Vergangenheit, Gegenwart und die mögliche zukünftige Entwicklung eine Bedeutung im eigenen Leben haben, gewinnen sowohl positive als negative Erfahrungen an Kongruenz. Diesen Erfahrungen Bedeutung zu verleihen, ist eine Methode, das eigene Leben als sinnvoll zu begreifen und erleichtert das Annehmen und Ertragen der vielfältigen Verluste, die mit dem Alter einhergehen. Einem Trauma eine Bedeutung zu geben und es zu akzeptieren, ist auch eine wichtige Methode der Genesung von diesem.

(Hermann 1992 und Krystal 1988). Wenn die traumatischen Erfahrungen als sinnvoll erlebt werden (Horowitz 1976), vermindert dies den Distress und stellt das Gefühl der Selbstkontrolle bei den Überlebenden wieder her. Arts und op den Velde haben zum Horowitzischen-Modell eine andere Meinung. Sie denken, dass die kognitive Einschätzung als Methode, traumatischen Erfahrungen eine Bedeutung zu geben und sie anzunehmen, eine Überbewertung auf Kosten des emotionalen Aspektes ist. Schliesslich muss die rationale Interpretation traumatischer Erfahrungen ohne emotionale Assoziation sinnlos bleiben. Besonders die Empfindungen der Machtlosigkeit und der extremen Verletzlichkeit sowie der Konfrontation mit skrupelloser Gewaltanwendung erzeugen intensive und unerträgliche Emotionen. Besonders für schwer traumatisierte Menschen ist es schwer, den Qualen einen Sinn zu geben oder sie zu akzeptieren. Auch nur irgendetwas Vernünftiges oder Sinnhaftes in derartigem Grauen zu finden, scheint eine schier unmögliche Aufgabe zu sein. Ferner kann ein Annehmen dieser Verluste unerträgliche Schuldgefühle verursachen.

Jede nachfolgende Phase der menschlichen Entwicklung erfordert die Herstellung oder Wiederherstellung der psychischen Kohärenz und Kontinuität, so Arts und op den Velde. Jede Form von Verlust bedeutet einen Bruch in dem Gefühl der Selbstkohärenz und Selbstkontinuität<sup>10</sup>. Die Verluste, die den Alterungsprozess begleiten und das Konfrontiertsein mit dem eigenen zukünftigen Tod bringen eine weitere Bedrohung des Selbstwertgefühls mit sich. Bei einem massiven Trauma ist der Bruch im Lebenszyklus endgültig. Als solches stellt es einen heftigen und oft erfolgreichen Angriff, der eine Fragmentierung des „Selbst-Bewusstseins zur Folge hat, auf die psychische Integrität dar.

(Vgl. Aarts & op den Velde 2000 S: 289-306).

---

<sup>10</sup> Selbstkohärenz bezieht sich auf das Gefühl der Integration im Hier und Jetzt, während Selbstkontinuität sich auf das Gefühl der Ganzheit im Rückblick über die gesamte Lebensspanne bezieht. (Vgl. Aarts & op den Velde 2000 S:289 – 306)

Das Bild von Salvador Dali bringt nach Ansicht der Autorin deutlich zum Ausdruck, wie man sich eine solche Fragmentierung vorstellen kann.

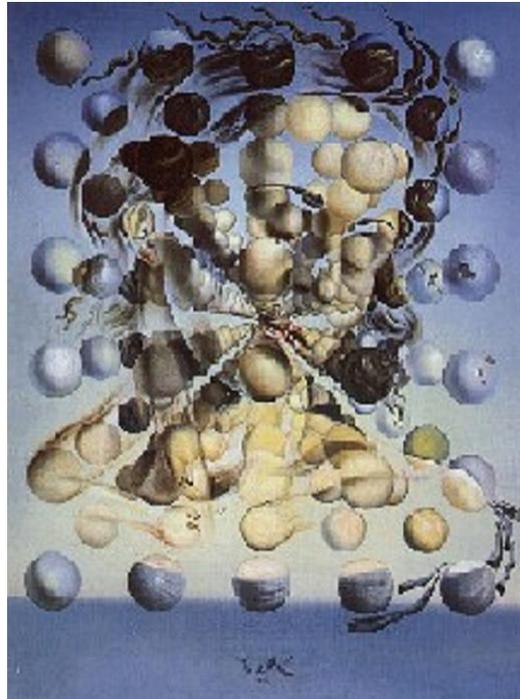


Abb 6

Zum Beispiel behaupten viele Überlebende des Zweiten Weltkrieges, nicht mehr das Gefühl zu haben, dieselbe Person wie vor den traumatischen Ereignissen zu sein.

Beim Bemühen, sich dem Alterungsprozess anzupassen, können nicht hinreichend durchgearbeitete traumatische Erfahrungen auftauchen. Interferenzen zwischen dem Prozess der Traumabewältigung und dem Alterungsprozess können leicht den verzögerten Ausbruch bzw. die Wiederkehr einer posttraumatischen Symptomatik erklären. Deshalb behaupten Arts und op den Velde, dass eine früher erfolgte Traumatisierung ein Entwicklungsrisiko während des Alterungsprozesses darstellt. Weiter stellten sie fest, dass die mit dem Älterwerden einhergehenden Verlust Erfahrungen nicht verarbeitete traumatische Erinnerungen reaktivieren. Denjenigen, denen eine jahre-, sogar jahrzehntelange passable Anpassung gelungen ist, kann sehr wohl noch ein späterer Ausbruch oder eine Verschlimmerung der posttraumatischen Symptomatik während oder nach Durchschreiten der Lebensmitte zustossen. Wenn jedoch psychologische Experten

posttraumatische Symptome (z.B. Depressionen, Ängstlichkeit, intrusive Erinnerungen, chronische Müdigkeit und Schlafstörungen) als Teil des degenerativen Alterungsprozesses missdeuten, kann ihnen die entscheidende Diagnose entgehen, so dass sie älteren Trauma-Überlebenden gegenüber nicht das erforderliche empathische Verständnis aufbringen und ihnen keine angemessene Behandlung zuteil werden lassen können.

(Vgl. Aarts & op den Velde 2000 S: 289-306).

Martina Böhmer hat Merkmale eines posttraumatischen Belastungssyndroms bei alten Frauen in der Pflege aufgelistet, die jedoch auch andere traumatische Gründe haben können als die sexualisierte Gewalt. Wichtig ist, sensibel und „hellhörig“ zu sein und diese Ursache oder ein anderes Trauma als Möglichkeit in Betracht zu ziehen. Oftmals kommt es bei alten Menschen zu einer Vielzahl dieser Merkmale, die dann erst diese Vermutung wahrscheinlich machen.

(Vgl. Böhmer 2001, S: 115-119).

Manche Menschen beginnen zu erzählen oder machen nachfolgende Bemerkungen:

- „schreckliche“ Erlebnisse, besonders nach Kriegsende, in der Kindheit, in der Ehe
- Angst vor den „Russen“ und Soldaten: sich verstecken müssen vor ihnen
- Schwierigkeiten mit dem heimgekommenen Ehemann
- Strenge oder idealisierte „liebe“ Väter
- Frühe Heirat, Auszug aus dem Elternhaus
- Das Verhältnis zum Ehemann: „das war nicht so, wie es sein sollte“
- „wie Männer eben so sind“
- Dass die Ehe nicht gut war, ohne weitere Erklärungen geben zu wollen
- Dass Sex nie Spass gemacht hat: „ich war froh, als es vorbei war“ oder „zum Glück bin ich aus dem Alter raus!“
- Frühe Suizidversuche
- Frühere psychiatrische Behandlungen
- Kinder verloren zu haben, Schuldgefühle gegenüber eigenen Kindern
- Sich schuldig fühlen

Reaktionen auf die Heimeinweisung oder Veränderung im Umfeld der Alten im Heim, zum Beispiel:

- Plötzliches verwirrtes Verhalten (Delir, Durchgangssyndrom)
- Völlige Gleichgültigkeit der neuen Situation gegenüber
- Angst- und Panikzustände
- Übererregbarkeit
- Unsicherheit
- Entscheidungsunfähigkeit
- Fluchtverhalten
- Halluzinationen/Wahnvorstellungen
- Apathie
- Depression
- Zwangshandlungen
- Suizidale Handlungen oder Ankündigungen suizidaler Absichten
- Nahrungsverweigerung
- Schuldzuweisungen an sich oder andere
- Soziales Isolieren auf der Station
- Autoaggressives Verhalten
- Verminderte bis gar keine Reaktionen auf Reize, wie z.B. Ansprache
- Teilnahmslosigkeit
- Wahrnehmungsstörungen
- Sexuelle Hyperaktivität
- Regressives Verhalten

Reaktionen auf Pflegende, zum Beispiel:

- Ängstliche Erwartungshaltung
- Keine eigenen Bedürfnisse artikulieren
- Abwehrhaltung, besonders gegenüber männlichen Pflegenden
- Völlig angepasstes Verhalten, alles tun, was Pflegende wollen
- Völlige Vereinnahmung der Pflegenden
- Grenzenlosigkeit, auch im sexuellen Bereich
- Veränderungen in Mimik, Gestik, Körperhaltung, Motivation bei bestimmten Pflegepersonen
- Regressives Verhalten

Reaktionen auf Pflegemassnahmen, zum Beispiel:

- Nicht vorhandene Schamgrenze
- Apathisches „Alles-über-sich-ergehen-lassen“
- Antriebsarmut
- Regressives Verhalten
- Schreien, um-sich-schlagen, weinen, erstarren, einschlafen, etc.
- insbesondere bei folgenden Pflegemassnahmen:
  - Mundpflege
  - Waschen des Gesichts
  - Waschen und Versorgung im Genitalbereich
  - Sich vom Pflegenden wegdrehen zu müssen (Rücken zuwenden)
  - Gebadet werden
  - Verabreichung von Vaginalzäpfchen
  - Verabreichung rektaler Abführmassnahmen (Zäpfchen, Klistier, Einlauf, Darmrohr)
  - Ausräumen des Enddarmes mit dem Finger (der Pflegeperson)
  - Wechsel der Inkontinenzeinlagen, insbesondere nachts
  - Legen und Tragen eines Dauerkatheters
  - Körperpflege allgemein
  - Bettdecke aufschlagen
  - An- und Auskleiden
  - Verabreichung von Medikamenten
  - Fixierungsmassnahmen, insbesondere im Bett

Sonstige Verhaltensweisen und somatische Symptome, die an frühere sexualisierte Gewalt denken lassen können:

- Abends nicht ins Bett gehen wollen
- Nur mit offener Tür oder mit Licht schlafen
- Sich zu anderen Bewohnenden ins Bett legen
- Ständiges Klingeln nach dem Pflegepersonal ohne erkennbaren Grund
- Nicht alleine sein wollen/können
- Stetiges Verlangen nach der Mutter
- Stuhl- und Harninkontinenz ohne pathologische Ursachen
- Eigenes digitales (mit dem Finger) Ausräumen des Darmes

- Kotschmierer (Regression oder aus Scham, um Pflege zu vermeiden)
- Übelkeit/Erbrechen bei der Mundpflege
- Würgegefühle
- Belegte und/oder leise Stimme
- Kopfschmerzen ohne pathologische Ursachen
- Bauch-, Unterleibsschmerzen ohne pathologische Ursachen
- Ekzeme, Hautallergien
- Asthma
- Atemnot ohne pathologische Ursachen
- Hormonelle Störungen
- Stoffwechselstörungen
- Vaginalentzündungen
- Ständige innere und körperliche Unruhe
- Alpträume
- Blutzuckerentgleisungen
- Starke schwankende Blutdruckwerte, Atem- und Pulsfrequenzen
- Schlafstörungen jeglicher Art
- Tabletten-, Nikotin-, Alkoholabusus

(Vgl. Böhmer 2001, S: 115-119)

Bei der diagnostischen Beurteilung einer PTBS im Alter sind grundsätzlich dieselben Kriterien anzuwenden, wie sie im Allgemeinen gelten. Darüber hinaus sollten folgende Besonderheiten beachtet werden:

- Ältere Menschen, die viel Not erlebt haben, betrachten das Leiden vielleicht als etwas Normales. Deshalb zeigen diese Menschen ihre Belastungssymptome vielleicht nicht nach aussen.
- Ältere Menschen sind möglicherweise weniger mit dem derzeitigen psychologischen Wortschatz vertraut und haben deshalb keine Ausdrucksmöglichkeiten, mit denen sie ihr Leiden beschreiben können. Anstelle von Begriffen, die man auf die PTBS beziehen kann („Erinnerungsattacken“ [engl. Flashback], „Panik“ oder „erhöhte Wachsamkeit“) verwenden die Älteren Begriffe wie „Nervenzusammenbruch“ oder „die Erschütterungen“. Deshalb ist es wichtig, für die spezifische Art von Ausdrücken aufmerksam zu sein, mit welchen ältere Menschen ihre traumabezogenen Symptome benennen.

- Viele ältere Menschen sind besonders sensibel für das Stigma psychologischer Diagnosen. Deshalb sind sie besonders widerwillig, psychologisches Leid zuzugeben.
- Es können körperliche Beschwerden im Vordergrund stehen, da es ein erhöhtes allgemeines Krankheitsrisiko mit fortschreitendem Alter gibt und chronische PTBS selbst verheerende Langzeiteffekte auf die Gesundheit hat (Friedemann & Schnurr, 1995). Dies kann dazu führen, dass eine PTBS-Diagnose übersehen wird.

(Vgl. Leonard 2003, S: 31-19).

### **2.3 Pflegeziele und –massnahmen für Bewohnerinnen und Bewohner mit Posttraumatischem Belastungssyndrom erstellt von Martina Böhmer**

Da traumatische Erlebnisse bei alten Menschen Gefühle der Ohnmacht und des Kontrollverlustes auslösen und sich diese Menschen nun wieder in einer ähnlich ohnmächtigen Situation befinden, kann das wichtigste Pflegeziel für Böhmer nur heissen:

Die Frau/der Mann erlangt wieder Kontrolle über sich und erhält damit Sicherheit.

Weitere Pflegeziele:

- Eruiieren, was genau die Probleme der alten Person sind/Biografiearbeit.
- Beziehungspflege.
- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen der Frau/dem Mann und den zuständigen Pflegenden, unter Umständen Wechseln der zuständigen Pflegepersonen.
- Psychisch und somatisch diagnostisch abklären lassen.
- Notwendigkeit und Dauer von Psychopharmaka überprüfen.
- Beobachtung von psychischen und somatischen Reaktionen auf spezifische Gegebenheiten.
- Die Person über Sinn, Zweck und Art der Durchführung von Pflegemassnahmen stets ausreichend informieren.

- Absprache mit der Bewohnerin/dem Bewohner über anstehende Pflegemaßnahmen (wenn Absprache nicht möglich → auf Signale achten, die die Bewohnenden senden).
- Eigene Erfahrung der Frau/des Mannes als Ressource nutzen, in die Pflegeplanung einfließen lassen (Angehörige fragen – was tat Frau X/Herr Y bei dem und dem Problem... → Bedürfnisblatt).
- Der Person wird durch Gespräche/Verhalten vermittelt, dass die Bereitschaft da ist, auf ihre Bedürfnisse und Gefühle einzugehen.
- Dem Menschen wird die Möglichkeit gegeben, Gefühle wie z. B. Trauer, Wut, Aggressionen, etc. ausleben zu können.
- Der Bewohnerin/dem Bewohner Gesprächsbereitschaft vermitteln, dass sie/er über ihre/seine Erlebnisse sprechen kann.
- Den Sinn bestimmter Verhaltensweisen der Person akzeptieren und respektieren.
- Keine Therapie-, Aktivierungs-, Realitätsorientierungsprogramme aufzwingen.
- Aufgaben/Verantwortung übertragen die etwas mit der Biografie zu tun haben z. B. Tierhaltung, Pflanzendienst, etc.
- Den Bewohnenden entlastende Gespräche anbieten durch eine Person ihres Vertrauens, z.B. Psychologie, Psychotherapeut, Seelsorge,...
- Vermeidung von Situationen, die die Frau/den Mann an ihr/sein Trauma erinnern könnten:
  - Achtung auf Sprache!
  - Pflege ohne Zuschauerinnen und Zuschauer
  - Alternativen suchen: Tablette statt „Zäpfchen“/ Einlage statt Dauerkatheter
  - Nachts: keine lauten Schuhe verwenden, kein Anleuchten mit der Taschenlampe, Initialberührung und Information was für eine Pflegehandlung nun folgt, warten bis die Person richtig wach ist
  - Beim Abwehrverhalten der Frau/des Mannes: Sinn, Zweck und Häufigkeit aller Massnahmen überdenken – ist diese Pflegehandlung wirklich nötig? Könnte sie anders gemacht werden? Von jemand anderem?
  - Bei einer Pflegemaßnahme, die durchgeführt werden muss (z.B. Körperpflege, Mundpflege) auf ein einfühlsames Vorgehen achten,

auf ausreichenden Schutz der Intimsphäre achten, die Eigeninitiative fördern und fordern, Fragen nach Gewohnheiten stellen und diese anwenden. Massnahmen unter Umständen zu einem späteren Zeitpunkt durchführen.

- Die Hand führen: bei der Mundpflege, beim Waschen, beim Essen.
  - Bei allen Massnahmen und Gegebenheiten im Umfeld der Bewohnenden eruieren, wie die Sicherheit erhalten werden kann, z.B. bei Angst vor dem Zubettgehen die Bewohnenden in einem erleuchteten Zimmer schlafen lassen (z.B. mit elektrischen, kleinen Lichtern einen Sternenhimmel über dem Bett machen), „Näschtli“ bauen (gemäss basaler Stimulation), Schutz zusagen in dem wir ihr/ihm sagen, dass wir häufiger vorbeikommen und das dann auch einhalten.
- Bei somatischen Beschwerden:
- Alternativen zu Medikamenten ausprobieren, wie z.B. Wickel, Auflagen, Physiotherapie, Basale Stimulation, Gespräche, Berührungen, zuhören, Schüsslersalze, Homöopathie, Aurosoma, Bachblüten etc.
- Bei Schlafstörungen:
- Grund und Art der Schlafstörung ermitteln
  - Alternativen zu Schlafmitteln probieren, wie z.B. Schlafrituale ermitteln, Meditations-CD, Basale Stimulation, schlaffördernde Tees und andere beruhigende Getränke (z.B. Milch mit Honig), Gespräche, Schüsslersalze, Homöopathie, Aurosoma, Bachblüten etc.
- Bei psychiatrischen Erkrankungen und Psychopharmakaeinnahme:
- Überprüfen, ob Psychopharmakaabgabe notwendig ist, unter Abwägung aller Nebenwirkungen
  - Überprüfen der Dauer, Menge und des Zeitpunktes der Psychopharmakaabgabe

- Ev. Alternativen zu Psychopharmaka finden (z.B. Johanniskraut-tabletten, Bachblüten, Massagen, Homöopathie, Schüsslersalze, Bewegung, Sonnenlicht, Schlafentzug, entlastende Gespräche, Aurosoma, etc.)

(Vgl. Böhmer 2001, S: 122-125).

### **3 Empirischer Teil**

#### **3.1 Datenerhebung durch qualitatives Interview**

##### **3.1.1 Das qualitative Interview**

In einem ersten Schritt musste überlegt werden, in welche Richtung gefragt werden muss, um zu erfahren, welches Wissen die befragten Pflegefachpersonen über das Thema Trauma generell haben und wie sie es im Praxisalltag umsetzen. Des Weiteren interessierte die Wahrnehmung der Pflegefachpersonen in Bezug auf traumatisierte Menschen: was sie beobachten und was sie wahrnehmen in ihrem Pflegealltag. Um Antworten auf diese Fragen zu finden, schien mir die Methode des halbstrukturierten, teilweise narrativen Interviews geeignet. Der Verlauf des Gespräches wurde durch einen Interviewleitfaden vorgegeben, der eine Hilfestellung für die Interviewerin darstellte. Die Reihenfolge und die Formulierungen der Fragen konnten der jeweiligen Interviewsituation angepasst werden. Es war jedoch auch wichtig, dass die Interviewten frei erzählen konnten, was sie beobachteten und erlebten und wie sie die Situation damals beurteilten. So konnten die Befragten zwar auf bestimmte Fragestellungen hingelenkt werden, aber ohne Antwortvorgaben darauf reagieren. (Vgl. Mayer 2007, S: 114-117).

##### **3.1.2 Interviewleitfaden**

Mit dem Interviewleitfaden gelang eine Zusammenstellung derjenigen Themen, die während der Befragung auf jeden Fall angesprochen werden sollten. Es war der Zweck des Leitfadens, der Interviewerin die Übersicht über das Thema zu garantieren und sie davor zu bewahren, wichtige Bereiche auszulassen. Die Reihenfolge der Fragen wurde im Leitfaden festgelegt und sie wurden in Themengruppen

gebündelt. Die Interviewteile beinhalteten einen ersten Teil, wo es um die Erkennung/das Vorwissen eines Traumas geht; welches theoretische Wissen ist zu diesem Thema bekannt? Im zweiten Teil ging es vorwiegend darum, was kann ein Trauma/eine Traumawiederholung auslösen. Was nehmen die Pflegenden im Umgang mit alten Menschen in ihrem Pflegealltag wahr? Im dritten Teil ging es im weitesten Sinne um die Prävention. Was könnte unternommen werden, um sich auf das Thema Trauma besser einzulassen oder dass Traumawiederholung bei alten Menschen vermieden werden könnte? Zum Schluss wurde gefragt ob die/der Interviewte noch etwas anfügen möchte. Der Interviewleitfaden ist im Anhang I der Arbeit zu finden.

Nach sieben durchgeführten Interviews wurde festgestellt, dass sich der Interviewleitfaden in dieser Form nicht bewährte. Er war viel zu ausführlich und lenkte von der eigentlichen Fragestellung ab. So wurde ein zweiter Leitfaden erstellt, der mehr Platz liess, um die Wahrnehmungen der Pflegefachpersonen zu erfassen. Dieser Leitfaden befindet sich ebenfalls im Anhang; Anhang II.

### **3.1.3 Auswahl der Interviewpartnerinnen und –partner**

Die Auswahlkriterien für die befragten Personen bezogen sich auf mehrere Aspekte. So war es wichtig, nicht nur Frauen zu befragen, sondern auch einen Mann. Befragt wurden Pflegefachpersonen: junge und ältere Pflegenden, Lernende, Pflegefachpersonen, die erst kurze Zeit als Pflegefachfrau arbeiten und langjährige Pflegenden. Die gelernten Pflegenden verfügen entweder über einen Sekundar- oder Tertiär-Abschluss. Der Pflegenden ist Kinästhetiktrainer. Die meisten Pflegefachpersonen arbeiten im Langzeitbereich. Da jedoch viele, gerade ältere Menschen auch ins Spital müssen, interessierte ausserdem die Wahrnehmung von Pflegenden in Spitälern. Verschiedene Befragte verfügen zudem über weitere Ausbildungen: Höhere Fachausbildung in der Pflege (HöFa I), Intensivpflege-Ausbildung, Erwachsenenbildnerin, Gruppenleiterin. Da in der Schweiz immer mehr Personen aus dem Ausland pflegen, sind auch zwei Frauen mit ausländischen, jedoch in der Schweiz anerkannten Diplomen, interviewt worden. Zudem wurde eine Pflegefachfrau befragt, die in den letzten Jahren vorwiegend nachts arbeitete.

Die ausgewählten Personen stammen mehrheitlich aus dem beruflichen Umfeld der Autorin. Die Personen wurden alle persönlich kontaktiert und ein Gesprächstermin konnte vereinbart werden.

#### **3.1.4 Durchführung des Interviews**

Der Interviewleitfaden wurde anhand eines Probeinterviews geprüft. Jedes Interview wurde mit einer offenen Frage begonnen. Die Fragen wurden allgemein offen gestaltet, damit die Befragten, die für sie relevanten Aspekte ihres Wissens, ihre Beobachtungen und ihren Umgang erwähnen konnten. Die weiteren Fragen konnten nicht streng nach dem Interviewleitfaden gestellt werden, sondern wurden im Gesprächsverlauf überarbeitet. Wie bereits oben erwähnt, wurde der Interviewleitfaden nach dem siebten Interview angepasst.

Die Interviews wurden bei den Befragten zu Hause, an ihrem Arbeitsort oder am Arbeitsort der Autorin durchgeführt. Die Interviews wurden auf einem Diktiergerät aufgenommen und anschliessend transkribiert. Die interviewten Personen wussten dies zu Beginn des Interviews und gaben ihr Einverständnis. Es handelte sich dabei immer um Einzelinterviews. Die Gespräche dauerten zwischen zwölf und fünfundvierzig Minuten. Nach der Anpassung der Interviews wurde die Zeit deutlich kürzer, so dauerte ein Interview noch maximal zehn Minuten.

Die Interviews verliefen alle in einer offenen und vertrauenswürdigen Atmosphäre. Bei einigen Interviewten stellte ich fest, dass sie von der Thematik stark betroffen waren und auch körperlich reagierten; Angespanntheit, Schwitzen, schnelleres und unkonzentrierteres Sprechen, unmögliche Satzbildung/-stellung, Gähnen. Diese Personen wurden jeweils am Ende des Gespräches gefragt, wie es Ihnen jetzt, nach dem Interview, geht. Trotz der sichtbaren Aktivierung sagten die Befragten, es gehe ihnen gut. Die insgesamt 13 Interviews wurden alle in der Zeit von Oktober bis Dezember 2008 durchgeführt.

#### **3.1.5 Transkription und Auswertung der Interviews**

Das Vorgehen der Transkription orientierte sich an den Richtlinien von Uwe Flick (2002). Alle 13 Interviews wurden transkribiert, was teilweise schwierig war, da die Personen Mundart sprachen oder eine Mischung mit ausländischem Dialekt hatten. Die geführten Gespräche wurden ins Schriftdeutsche übertragen, Satzbau-

fehler und der Stil wurden dabei nicht behoben. Wo es sinnvoll schien, zum Beispiel zum besseren Verständnis der Aussage oder weil durch eine Übersetzung die eigentliche Aussagekraft des Ausdruckes verloren gegangen wäre, wurden einzelne Begriffe oder Teilsätze auf Schweizerdeutsch belassen. Eine Wort-Fürwort-Aufzeichnung und die Aufnahme von Ausdrücken des Zögerns oder des Überlegens, jedoch ohne das Dokumentieren jeder Pause mit exakter zeitlicher Dauer und Umschrift fanden statt. Hingegen wurde auf eine genaue phonetische Interpunktion verzichtet, da das Gesprächsverhalten und die sprachliche Feinheit für die Auswertung unbedeutend waren. Die dafür angewendeten Transkriptionsregeln sind im Anhang aufgelistet. Die Interviews, die Transkription und die Inhaltsanalyse sind im Anhang auf CD-R gespeichert. (Vgl. Flick 2002, S: 252-254).

### 3.1.6 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Auswertung der Interviews erfolgte mit der qualitativen Inhaltsanalyse, die nach Philipp Mayring durchgeführt wurde (Vgl. Mayring 2008, S: 60).

Die Stärke dieser Inhaltsanalyse ist, dass sie streng methodisch kontrolliert und das Material schrittweise analysiert. Es wurden Kommunikationsinhalte jeder Art nach festgelegten Regeln in **Kategorien** klassifiziert. Die **qualitative** Inhaltsanalyse bezog Kommunikationsinhalte, die nicht explizit ausgesprochen werden, in die Analyse ein. Durch eine systematische Interpretation wurde die inhaltliche Bedeutung von Aussagen ermittelt, ohne das Material auf quantifizierbare Aussagen zu reduzieren. So wurde ein **Kodierschema** entwickelt, welches definierte oder umschrieb, welche Worte oder andere Textmerkmale wie "einzuordnen" waren. Dies war schon deshalb notwendig, weil die menschliche Sprache mehr oder wenig metaphorisch ist.

Es galt somit die Interviews auf thematische Inhalte zu vergleichen: Fahndung nach gleichen und unterschiedlichen Ausdeutungen zu den abgefragten Themenbereichen, dann die Gruppierung der gleichen Themen (Gewichtung) und die Selektion einzelner Themen. Die Aussagen wurden generalisiert und zusammengefasst.

Folgende qualitative Technik wurde für die Zusammenfassung angewendet:

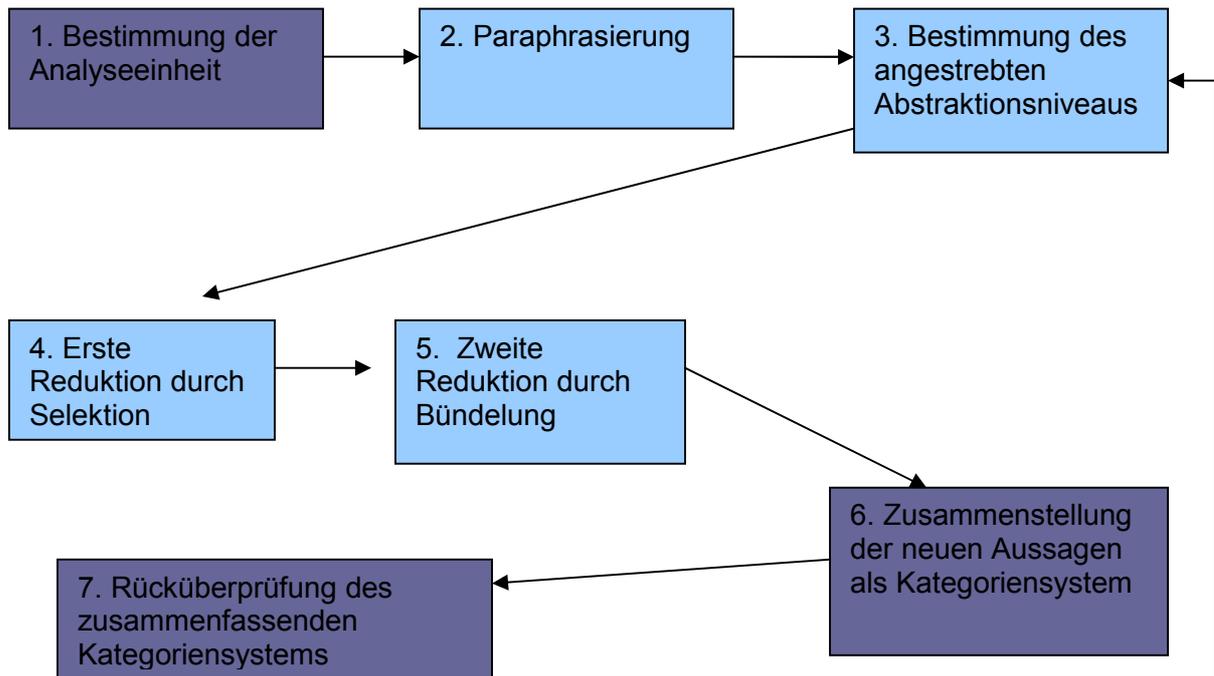


Abb. 8

Im Zentrum dieser Arbeit stand das Beantworten der Fragen:

- Was wissen Pflegende über Trauma?
- Wie sind Pflegende geschult, um die Körper-Symptome der Bewohnenden wahrzunehmen?
- Wie nehmen Pflegende Traumatisierung in der Vorgeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner wahr? Aufgrund welcher Beobachtungen?

Somit wurden folgenden Kategorien gebildet:

- Wissen
- Schulung
- Symptome
- Anzahl Betroffener

## **3.2 Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse**

### **3.2.1 Was wissen Pflegende über Trauma?**

Damit eine Pflegefachfrau/ein Pflegefachmann Symptome einer Traumatisierung wahrnehmen kann, benötigt es ein gewisses Vorwissen. Daher war eine zentrale Frage im Interview, was die befragte Person über den Begriff Trauma weiss. Zwei Personen wussten nichts über den Begriff Trauma und konnten sich darunter auch nichts vorstellen. Elf Personen war zumindest der Begriff bekannt und sie versuchten, in eigenen Worten eine Definition zu formulieren.

Sie unterteilten Traumatas in vier Ebenen: Seelen-, Körper-, psychische - und Gefühlsebene. Sie beschrieben dabei, dass es unterschiedliche Tiefen einer Traumatisierung gibt, die genauere Beschreibung blieb jedoch aus. Ob alles zu einem Trauma werden kann, darüber waren sich die Befragten nicht sicher.

Während der Transkription stellte sich heraus, dass die Befragten, je unsicherer sie bei einer Antwort waren, umso unvollständigere und längere Sätze bildeten, die in andere Sätze eingeflochten wurden. Daher wurde in den nachfolgenden Definitionen lediglich die gekürzte Version festgehalten. Es wurde versucht, den Kern der Aussage in einen kurzen Satz zu formulieren.

Folgende Definitionsversuche über Trauma wurden von den Befragten gemacht:

- Ein schnelles, kurzes Erleben, das bleibt.
- Jedes Erlebnis, das ich erfahre (psychisch oder physisch), das mich im Moment überwältigt, was ich nicht zuordnen kann.
- Trauma ist ein einschneidendes Erlebnis, das dich emotional sehr stark beschäftigt.
- Erlebnis/Geschichte, Unfälle, die dein Leben wesentlich verändern, zu einer wesentlichen Veränderung führen oder schon geführt haben.
- Eine Situation, wo Du als Kind nicht gewusst hast warum. Oder sonstige Situationen, wo man nicht wusste warum.
- Ein Erlebnis, das so einschneidend war, dass es Veränderungen gab in der Persönlichkeit, der Lebensart.

- Trauma sind nicht verarbeitete Lebensereignisse, die die Person prägten. Situationen, die über längere Zeit dauern, kurz, schmerzhaft sein können, die dann aber verdrängt werden.
- Trauma ist ein Erstarrt bleiben in der Angst. Das Tier verhält sich anders, es kann sich aus der Erstarrung wieder lösen. Der Mensch schafft dies nicht, er baut Schichten auf, dadurch verliert er Kraft. Die Lebenskraft steht ihm dann nicht mehr zur Verfügung. Der Mensch ist fixiert auf die Angst vor einem Ereignis, das nicht mehr real ist.
- Trauma ist das, was dich belastet.
- Trauma ist ein Schockzustand, wo man nicht weiss, wie man wieder rauskommt.
- Trauma: etwas, das jemand erlebt hat oder nicht abschliessen konnte.
- Es kann in alltäglichen Situationen plötzlich hochkommen, es ist unberechenbar.

Das Erscheinungsbild von Traumata wurde unterschiedlich beschrieben.

Beispielsweise wurde der Schockzustand benannt oder ein starkes Erregtsein. Die Neurose wird als anderer Begriff für Trauma gewählt. Eine Phobieentwicklung, Angstzustände oder ein „sich nicht mehr Trauen“ waren weitere Beschreibungen. Einige bezeichnen das Trauma als unberechenbar, so dass in alltäglichen Situationen plötzlich etwas „hochkommen“ kann.

Zur Verarbeitung eines Traumas haben sich nur zwei Personen geäußert. Einer Person war bewusst, dass die Traumaverarbeitung sofort erfolgen kann oder aber auch erst Jahre später, wenn „alles wieder hochkommt“. Sie ist jedoch der Überzeugung, dass das Trauma verarbeitbar ist. Weiter geht sie davon aus, dass sich die Verarbeitung körperlich zeigen kann. Die andere Person hat darauf hingewiesen, dass es sehr viel Sorgfalt braucht, um diese Schichten (des Traumas) wieder „abzutragen“.

### **3.2.2 Wie sind Pflegende geschult, um die Körper-Symptome der Bewohnenden wahrzunehmen?**

Als Ergänzung wurde im Interview gefragt, ob die Person während ihrer Zeit als Pflegende, zum Thema Trauma einmal unterrichtet wurde, oder ob sie eine Weiterbildung zu diesem Thema besucht hatte.

Die befragten Personen haben alle verschiedene Krankenpflegeschulen besucht: die älteste Befragte schloss ihre Ausbildung 1972 ab, zwei andere Befragte sind heute in der Ausbildung. Dennoch geben 10 von 13 Befragten an, dass sie während ihrer Grundausbildung nichts über Trauma gehört haben. Vor gut 18 Jahren wurde eine Pflegende bereits über Trauma unterrichtet. Diese Person absolvierte ihre Grundausbildung noch vor Kriegsbeginn im Kosovo. Sie erwähnte, dass auf dieses Thema grossen Wert gelegt wurde. Zwei Personen beschreiben, dass sie ansatzweise etwas darüber gehört haben. (Kriegstrauma, Trauma von Kindern, Schädelhirntrauma oder Situationen, die ein Trauma auslösen können). Zwei Personen haben aus eigenem Interesse eine Weiterbildung zum Thema Trauma besucht.

### **3.2.3 Wie nehmen Pflegende Traumatisierung in der Vorgeschichte der Bewohnenden wahr? Aufgrund von welchen Beobachtungen?**

Damit dieser Fragestellung nachgegangen werden konnte wurden die Pflegenden gefragt, ob sie sich an eine Pflege- oder Betreuungssituation erinnern, in der sie dachten, dass es sich hierbei um eine traumatisierte Person handelte. Welche Symptome waren für sie dabei ausschlaggebend? Es interessierte zudem, ob sie in dieser Situation daran gedacht haben, ob diese Person allenfalls Symptome eines Traumas zeigte.

Die folgenden Zitate stammen aus den Interviews und zeigen deutlich auf, was Pflegende beobachten – jedoch im Moment der Pflegehandlung nur bedingt einem Trauma zuordneten. Die Zitate wurden im Originaltext übernommen und machen auf das bereits Festgehaltene aufmerksam: dass oft keine sinnvolle Satzbildung stattfinden konnte, wenn die Erregung der Befragten zu hoch war.

- „Eines für mich ganz typisch, und das kristallisiert sich so in den letzten Monaten hinaus, und das ist die Verwirrtheit und das ist die Aggression, das sind für mich die ganz so, Bewusstseinsstörungen, Bewusstseinstrübung, und nachher die ganzen im Moment in der die Pflegehandlung, Vegetativen, Stress haben, von Tachykard sein, von Hyperton sein, Schwitzen, die für mich ganz typischen und heute viel mehr der Verwirrtheitszustand und die Aggression.“ (B1, S: 3, 66-68).
- „Also ich denke, das so Typischste ist: auf der einen Seite jemand der sofort weint, oder jemand der aggressiv ist, oder jemand, der sich absolut zurückzieht, das sind so die, die ich am meisten antreffe.“ (B2, S :7, 219-220).
- „... zeigte dann Schmerzreaktionen bereits vor den Berührungen, Intimtoilette verbal „ui“, „ui“ bevor ein Kontakt, eine Berührungen stattfand.“ (B3, S: 10, 357).
- „Auch im Kosovo gibt es Leute, wie z.B. mein Sohn, der das Militär erlebt hat. Er träumt, schreit, ist manchmal abwesend. Ich muss ihn dann beruhigen. Es ist neun Jahre her und er schreit immer noch ein bis zweimal pro Monat. Er ist manchmal auch aggressiv.“ (B7, S: 15, 531-532).
- „... während dem Trauma“schlag“ hat er eine andere Stimme, braucht dann jemanden bei dem er sich sicher fühlen kann. Der Blick ändert sich, er lebt dann in dem, man sieht, dass er das Bild wieder hat.“ (B7, S: 15 535-536).
- „...sie hat wahnsinnig Abwehr und Angst, reagiert vor allem auf Berührung und Kontakt, ganz heftig abwehrte, aggressiv, schlug zu, sich in eine Ecke zurückgezogen, Beine verkrampft übereinander hielt... Angstzeichen: körperlich, dass sie sich „versteift“ hat, in den Augen gesehen, im Gesichtsausdruck, stöhnen, Rückzug war stark, Erstarrung, „versteift“, Blick, das hat jeder gemerkt, dass sie Angst hat.“ (B9, S: 18, 625-643).
- „...eine Frau gehabt, die immer auf und ab gelaufen ist, schrie sporadisch, wie verrückt, hatte Angst wie „verrückt“, ging unter den Tisch unter das Bett, in einer Behändigkeit, wo ich mich fragte, wie sie das macht, sie hatte wahnsinnige Angstzustände ausgestanden.“ (B10, S: 19, 669-971).
- „Sie ging auch oft draussen spazieren, urinierte dort in die Gärten.“(B13, S: 23, 818).
- „...die einem die Hölle heiss machen in der Nacht, die wegen jedem Tröpfchen läuten, 50-mal auf den Topf müssen.“ (B13, S: 23, 834).

Die Pflegenden nehmen sehr viele Symptome wahr, die sie jetzt beim Erzählen, in Zusammenhang mit einem erlebten Trauma bringen. Die Symptome lassen sich in Hauptgruppen einteilen: somatische/vegetative Veränderungen, Emotionen und Verhaltensweisen.

Zu den **somatischen/vegetativen Veränderungen** gehört ihrer Meinung nach eindeutig der Schmerz hin, sei er organisch oder psychosomatisch bedingt. Zudem beobachten sie die vegetativen Zeichen wie erhöhter Puls, erhöhter Blutdruck und Schwitzen als wesentliche Merkmale eines erlebten Traumas. Diagnosen aus der Psychiatrie werden ebenfalls benannt; Depression, Halluzinationen, Borderlinestörung oder Panikattacken. Zudem bringen sie folgende Symptome in Verbindung mit einem Trauma: Kollapse/Ohnmachtsanfälle, Atemprobleme haben, „der ganze Körper reagiert“, Schlaflosigkeit, Spannungszustände.

Beim Unterteilen der Bereiche **Emotionen und Verhaltensweisen** wurde festgestellt, dass diese Gebiete schwer zu differenzieren sind und dass unterschiedliche Ansichten bei der Zuordnung bestehen. Daher wurden beide Zweige zusammengefasst.

Die Angst scheint ein zentrales Symptom zu sein, das sehr unterschiedlich ausgeschmückt wird. Das Spektrum geht von „keiner Angst haben“ über „ängstlich“ bis „panische Angst“. Spannend war zudem, wie oft das Wort „stark“ vorkam und für was es steht: starke Gefühle, stark böse sein, stark skeptisch sein, stark fröhlich sein. Weiter beobachteten die befragten Personen folgende Symptome: Innere Unruhe, Unruhe, Angetriebenheit, war wie verrückt, schlechte Träume haben, abwesend sein. Eine weitere Gruppe wurde in Nähe/Distanz eingeteilt: Nähe nicht zulassen können, Nähe nicht ertragen können. Die Symptome scheinen abends und nachts zudem häufiger aufzutreten als am Tag.

Weitere Beobachtungen wurden eingeteilt in Abwehrreaktionen: aggressiv sein, aktiviert sein, Verhaltensstörung, reagierte vor allem auf Berührung und Kontakt ganz heftig, Verwirrtheit, Bewusstseinsstörung, Schreien, im Dunkeln nicht schlafen können, andere Stimme haben, der Blick ändert sich, abwesend sein, Trauma wiedererleben, Rückzug, die totale Isolierung brauchen, Zuflucht gesucht

unter dem Bett oder dem Tisch, überall Essen versteckt, das Essen hat sie jeweils verschlungen.

### **3.2.4 Was denkst Du, wie viele alte Menschen sind von einem Trauma betroffen?**

Nebst den Hauptfragen interessierte es, was die Pflegenden denken, wie viele Betroffene sie in ihrem Pflegealltag täglich pflegen. Dabei waren sich alle Befragten einig, dass es viele Menschen gibt, die in ihrem Leben ein Trauma erlebt haben.

Interessant dabei war die Definition „viele“. Folgende Zahlen wurden dazu genannt: 10%, 32%, 40%, 70%, 90% und 100%.

Sieben Befragte fanden, dass jeder Mensch in irgendeiner Form einmal ein Trauma erlebt hat und dass dies zur Entwicklung des Menschseins gehört. Jedoch seien nicht alle Traumata gleich belastend.

Zudem wurde genannt, dass sich viele Menschen vielleicht gar nicht bewusst sind, dass sie traumatisiert sind.

## **4 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse**

In der Einleitung wurden zum Thema *„Wie nehmen Pflegende Traumatisierung in der Vorgeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner wahr?“* folgende Fragestellungen hervorgehoben:

- Was wissen Pflegende über Trauma?
- Wie sind Pflegende geschult, um die Körper-Symptome der Bewohnenden wahrzunehmen?
- Wie nehmen Pflegende Traumatisierung in der Vorgeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner wahr? Aufgrund welcher Beobachtungen?

Aus den Ergebnissen der Studien sowie der Literatur wird klar, die Belastungsstörung stellt ein bedeutendes Gesundheitsproblem dar und sollte früh erkannt werden.

Eine der häufigsten psychischen Langzeitfolgen von Traumatisierung ist die Entwicklung einer PTBS. Insbesondere schwer traumatisierte Personen können auch eine komplexe PTBS entwickeln. Eine PTBS kann in jedem Lebensalter - sogar Jahre bis Jahrzehnte nach dem belastenden Ereignis - auftreten. Dies wurde insbesondere bei älteren Menschen beschrieben und in verschiedenen Studien belegt (diese beziehen sich vorwiegend auf Holocaust-Überlebende). Wahrscheinlich waren die Betroffenen bis dahin nicht symptomfrei, doch reichten die Beschwerden nicht aus, um die Diagnose einer PTBS nach ICD-10 (International Classification of Diseases) oder DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) zu stellen oder die Betroffenen haben sich gar nicht in eine klinische Institution oder in eine Psychotherapie begeben.

In Zusammenhang mit Traumatisierung werden im klinischen Alltag wie auch in der Forschung überwiegend die PTBS und viel seltener die psychischen Störungen in Zusammenhang gebracht. Mit dieser eingeeengten Sichtweise geht leider verloren, dass die PTBS nicht die einzige mögliche Spätfolge einer Traumatisierung ist. Untersuchungen zeigen, dass auch Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsveränderungen, Suizidalität, Medikamenten-, Alkohol-, und Drogenmissbrauch oder -sucht, Somatisierungsstörungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen Reaktionsweisen auf Traumatisierung sein können. Momentan werden diese immer noch als eigenständige Krankheiten (Komorbiditäten) gesehen und werden somit getrennt von einer PTBS. Es wäre daher wichtig, die klinischen Traumafolgen in einem breiteren Rahmen zu betrachten. Dazu braucht es jedoch einen grossen Bedarf an wissenschaftlicher Klärung. Insbesondere müssten die Zusammenhänge zwischen einer früheren Traumatisierung und verschiedenen im Alter auftretenden Störungsbildern, wie sie oben genannt wurden, weiter untersucht werden.

Zu den belastenden Lebensereignissen, die im Alter eine PTBS auslösen können, gehören der Verlust einer nahe stehenden Person, schwere körperliche Erkrankung, die Einweisung in das Spital oder in das Pflegeheim, etc. Dies kann mit zunehmendem Alter nicht mehr bewältigt werden, da sich das Gleichgewicht zwischen dem Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis verschieben kann. Weiter zurückliegende Erlebnisse und Ereignisse gewinnen im Alter an Bedeutung. Das Wiederauftreten von Erinnerungen an traumatische Erlebnisse könnte eine Folge struk-

tureller Veränderungen von Gehirnprozessen sein. Zudem wurde die Hilflosigkeit und Abhängigkeit ein Leben lang gemieden, da die „Trauma-Überlebenden“ damals der traumatischen Situation hilflos ausgeliefert waren und einen oft vollkommenen Kontrollverlust erlebten. Der körperliche Alterungsprozess und die allenfalls damit verbundene Aussicht auf baldige Pflegebedürftigkeit bringt nun erneut die Gefahr mit sich, hilflos ausgeliefert zu sein, und kann damit ein Trauma reaktivieren. Angesichts des näher rückenden Todes erfolgt eine erneute Todesbedrohung, wie sie in der traumatischen Situation schon erlebt wurde. Weiter kommt hinzu, dass das Bedürfnis, der eigenen Biografie Bedeutung und Sinn zu geben im Alter zunimmt. Der Lebensrückblick gewinnt erheblich an Bedeutung, wenn Menschen vermehrt mit ihrer eigenen Endlichkeit konfrontiert werden und feststellen, dass ihnen möglicherweise nicht mehr viel Zeit bleibt.

Daher brauchen die Pflegenden, die rund um die Uhr mit den Bewohnerinnen und Bewohnern arbeiten, Wissen und Kenntnisse zur PTBS, um gezielt beobachten und allenfalls eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einer Fachperson einzuleiten.

Die Diskussion/Interpretation unterteilt sich nachfolgend in die drei Teile der Befragung.

#### **4.1 Was wissen Pflegende über Trauma?**

Obwohl die meisten Befragten angaben, die Definition von Trauma oder PTBS nicht zu kennen, gelang es ihnen insgesamt sehr gut, Einzelteile oder Begriffe bestehender Diagnose-Definitionen zu erwähnen. Lediglich zwei der dreizehn befragten Personen fanden keine Worte, um den Begriff Trauma zu definieren oder zu umschreiben.

Eindrücklich war, dass die älteren Pflegenden respektive diejenigen Pflegenden mit mehr Berufserfahrung, mehr und klarere Worte zum Begriff Trauma fanden. Dabei gab es noch einmal eine Unterscheidung: diejenigen Pflegefachfrauen, die sich weitergebildet haben, kamen der in der Masterarbeit verwendeten Definitionen eines Traumas am nächsten. Bei den jüngeren/unerfahrenen Pflegenden fielen die Antworten sehr knapp und eher unpräzise aus.

Erstaunt hat, dass die Befragten mehrheitlich in der Form der dritten Person sprachen. Bereits in der Definition findet eine erste Abspaltung zwischen sich selbst und dem Begriff Trauma statt. So wurde beispielsweise gesagt: „Trauma: etwas, das jemand erlebt hat oder nicht abschliessen konnte.“ Es scheint, als ob Trauma immer die anderen und nicht die eigene Person betrifft.

#### **4.2 Wie sind Pflegende geschult, um die Körper-Symptome der Bewohnenden wahrzunehmen?**

Von den dreizehn Befragten wurde lediglich eine Person in der Grundausbildung über Trauma geschult. Diese Person stammt aus dem Kosovo. Ihre Grundausbildung führte sie viele Jahre vor dem Kriegsausbruch aus.

Die Pflegende, die aus Deutschland kommt, hörte in ihrer Ausbildung nie etwas über Trauma. Dies, obwohl es zu der Zeit in der sie ihre Ausbildung absolvierte, gerade zu Holocaust-Überlebenden und der Nachkriegsgeneration viele Studien gab, die die Traumatisierung der Überlebenden deutlich aufzeigten.

Von den elf Pflegenden, die aus der Schweiz kommen, erwähnen zwei Personen, dass sie von Kriegstrauma oder medizinischem Trauma (z.B. Schädelhirntrauma), kurz etwas im Unterricht gehört haben. Dabei handelte es sich um Akutsituationen. Über Spätfolgen haben sie ebenfalls nichts gehört.

Neun Personen in unterschiedlichem Alter - alle besuchten im Übrigen eine andere Krankenpflegeschule - wurden nie zu diesem Thema unterrichtet. Dies ist umso erstaunlicher, da wir Schweizerinnen/Schweizer nebst den alltäglichen Gewalterfahrungen in den Familien, auch unsere Geschichte mitbringen.

#### **4.3 Wie nehmen Pflegende Traumatisierung in der Vorgeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner wahr? Aufgrund welcher Beobachtungen?**

Während den Interviews fiel auf, dass sich die Befragten häufig auf eine Person beschränkten, von der sie aus ihrer Biografie oder z.B. einer Tätowierung am Unterarm, wussten, dass diese Person ein Trauma erlitten haben musste. Die dabei erwähnten Bewohnenden oder Patientinnen/Patienten hatten in irgendeiner Form mit dem Krieg zu tun oder es war bekannt, dass die Frau in jüngeren Jahren

vergewaltigt wurde. Alle genannten Traumapatienten hatten in ihrer Krankengeschichte keine entsprechende medizinische Diagnose gestellt bekommen. Es schien, dass sich die Pflegenden besser auf eine solche Situation einlassen können, als auf alltägliche Gewalterfahrungen. Gewalterfahrungen, die sich täglich in Familien abspielt wurden völlig ausgeblendet und daher auch nie erwähnt. Positiv überrascht stellte ich fest, dass die Pflegenden sehr gut beobachten und wahrnehmen. Die Befragten erwähnten insgesamt in etwa alle in der Masterarbeit genannten Symptome. So kamen für sie auch wahnhaftes Verhalten, Depressionen, somatische Erkrankungen oder sogar die Demenz als Symptome eines durchlebten Traumas in Frage.

Die meisten Befragten antworteten auf die Frage wie viele Personen von einem Trauma betroffen sind, mit „viele“ oder „jeder in irgendeiner Form“. Umso erstaunter war ich dann, dass sie die sehr gut beobachteten und wahrgenommenen Symptome nur denjenigen Personen als Traumafolgen zugestanden haben, bei denen aus ihrer Biografie bekannt war, dass sie ein lebensbedrohliches Ereignis erlebt hatten. Dies obwohl sie bei der Definition oft erwähnten, dass das Ereignis/ das Trauma nicht bekannt sein muss oder verdrängt werden kann. Es scheint so, dass die Pflegenden hier ebenfalls einer Verdrängung/Verleugnung oder einem „nicht Wissen“ unterliegen.

Aus den Interviews geht hervor, dass das Berufsverständnis einer Pflegefachperson alleine nicht genügt, um die lebensgeschichtlichen Erfahrungen der Bewohnerinnen und Bewohner in das pflegerische Handeln zu integrieren. Beziehungen mit pflegebedürftigen Menschen scheinen sich eher auf der Basis persönlicher Präferenzen abzuspielen, dort wo Pflegende darüber entscheiden, wie sie über die Körperlichkeit hinaus ihre Pflege gestalten. Möglicherweise wird dies zusätzlich von der Gegebenheit der Arbeitsorganisation beeinflusst. Zeitmangel scheint bei manchen Pflegenden auf eine geringere Handlungsautonomie hinzuweisen. Diese Pflegenden sehen keine Möglichkeit, die Themen der Bewohnenden zu integrieren und üben ihre Definitionsmacht über die alleinige Festlegung der Pflegeziele aus. Trotz des Zeitmangels kann aufgrund der Interviews auch geschlossen werden, dass sich Pflegende der veränderten Situation anpassen und sich Zeit nehmen. Die Pflegefachperson gestaltet dabei die Gegeben-

heiten der Situation bewohnerorientiert, was auf eine hohe Handlungsautonomie hinweisen kann.

#### **4.4 Konsequenzen für die Praxis**

Die Aufgabe der Pflegenden ist es, Reaktionen der Bewohnerinnen und Bewohner zu beobachten, zu beurteilen und zu dokumentieren. In der Betreuung von Menschen nach einem Trauma ist eine gute Beobachtung sehr wichtig. Pflegende können dieser Aufgabe nur gerecht werden, wenn sie zur Betreuung von Menschen nach Traumen während ihrer Ausbildung und/oder in Fort- und Weiterbildung Hintergrundwissen erhalten. Durch vermehrte Information und theoretisches Wissen über Trauma und PTBS sind Pflegende für das Erfassen von subjektiven und objektiven Merkmalen sensibilisiert, was ermöglicht, frühzeitig die Betreuung dieser Bewohnenden interdisziplinär anzugehen.

Es gilt daran zu denken, dass Psychiatrie und Psychotherapie bei den älteren Jahrgängen als stigmatisiert gelten. Psychische Probleme, Überforderung in der Ehe, Ehekrisen wurden höchstens im intimsten Kreis besprochen oder es wurde ein Seelsorger aufgesucht. Für diese Bewohnerinnen und Bewohner ist es, wie sie es häufig nennen, „nun mal ihr Leben“.

Die Pflegenden müssen sich bewusst werden, dass traumatisierende Erlebnisse oft durch alltägliche Situationen in einem Pflegeheim mobilisiert werden. Zum Beispiel durch laute Stimmen, Schreie, andere Geräusche, plötzliches Licht oder Dunkelheit und das sanfte unter die Bettdecke Schauen, um die Einlage zu kontrollieren.

Einträge in einer Pflegedokumentation wie „Schwierigkeiten bei der Körperpflege“, „Bewohner war beim ins Bett Gehen sehr aggressiv“, „musste fixiert werden“ etc., sollten Pflegende hellhörig machen, da die Person vielleicht eine Situation des „Wiedererlebens“ durchmacht.

Ziel ist es, mit traumatisierten Menschen so umzugehen und sie so zu unterstützen, dass die Pflege nicht als Retraumatisierung erlebt wird. Die traumatisierten Menschen - und das gilt für alle Formen von psychischen Traumata, die Menschen erlebt haben - brauchen die Gewissheit und die Möglichkeit, über sich selbst zu bestimmen bzw. zumindest ein Mitspracherecht zu haben. Ebenso wichtig ist es, dass sie auf Pflegende treffen, die Verständnis für ihre Reaktionen,

Verhaltensweisen und Krankheitssymptome haben und ihnen eine vertrauensvolle Beziehung anbieten.

Grundsätzlich ist in der Pflege alter Menschen darauf zu achten, dass die Pflegenden über die möglichen Wirkungen ihres Tuns Bescheid wissen. Bei „übertriebenen“ oder nicht erklär- und nachvollziehbaren Reaktionen der Bewohnenden sollte ein möglicher Zusammenhang mit lebensgeschichtlich früh erlittenen Traumatisierungen erwägt werden.

## **5 Schlussfolgerung**

Die zentrale Frage dieser Arbeit „Wie nehmen Pflegende Traumatisierung in der Vorgeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner wahr?“ konnte mit Hilfe der durchgeführten Interviews beantwortet werden. Es wurde deutlich, dass die Pflegenden sehr gut beobachten und wahrnehmen. Die Zuordnung der Beobachtungen fällt jedoch schwer und wird lediglich dann gemacht, wenn ein schweres Ereignis aus der Biographie bekannt ist. Als schweres Ereignis gilt jedoch nach den Aussagen der Befragten vorwiegend Überleben im Holocaust, Vergewaltigung oder Unfälle. Nur diejenigen, die sich über Trauma weitergebildet oder in der Psychiatrie gearbeitet haben, bringen die Symptome in Zusammenhang mit einer Traumatisierung in der Vorgeschichte der Bewohnenden, dazu gehören auch Erlebnisse aus der Kindheit.

Aus der Untersuchung wurde klar, dass den Pflegenden das theoretische Hintergrundwissen über Trauma fehlt. Daher ist es nicht erstaunlich, dass sie die beobachteten Symptome nicht auf eine Traumatisierung in der Vorgeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner zurückführen können. Zudem ist den meisten Pflegenden die Biografie ihrer Bewohnenden nicht bekannt, dies obwohl in den meisten Institutionen die Biografiearbeit im Pflegekonzept verankert ist. Die Bedürfnisse des alten Menschen werden nur sehr selten in der Pflegedokumentation festgehalten, die Umsetzung in der Pflege erfolgt zudem selten einheitlich und hängt von der Pflegenden ab.

Nicht nur für die Gesellschaft ist das psychische Trauma ein Tabuthema, sondern auch für die Pflegenden, die tagtäglich mit traumatisierten Menschen arbeiten oder

die allenfalls selbst ein Trauma erlebt haben und dieses unter Umständen wie die Bewohnenden verdrängen oder verleugnen. Die Interviewten machten Hinweise darauf, dass mit Informationen, die sie von Bewohnenden erhalten haben oft nicht konstruktiv/professionell umgegangen wird. So können vertrauliche Informationen als „Ganggespräche“ oder zur Belustigung von Pflegenden verwendet werden. Es ist davon auszugehen, dass dies durch die Hilflosigkeit, die Überforderung und allenfalls eigene Aktivierung der Pflegenden geschieht.

Die Aufgabe der Pflegenden ist es, nicht die Rolle des Psychiaters oder des Psychotherapeuten zu übernehmen. Pflegende sind dazu nicht ausgebildet. Vielmehr geht es darum, die Persönlichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner zu unterstützen und zu festigen, indem sie in ihrer Eigenverantwortung bestärkt bzw. sie ihnen nicht abgesprochen werden. Es gilt, die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner in den Mittelpunkt zu stellen. Andererseits sollten gemeinsam mit den Bewohnenden Bewältigungsstrategien gefunden bzw. erhalten werden, die ihnen ermöglichen, aktiv am Leben teilzunehmen. Zudem soll ihnen durch die Art der Pflege kein Anlass zu selbstschädigendem Verhalten gegeben werden. Gerade bei der Anwendung von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen wird häufig nicht nach anderen Möglichkeiten gesucht. Nur allzu rasch werden durch Fixierung mit Körpergurten oder Spezialdecken, Montieren von Gittern, etc. Bewohnende in ihrer Autonomie und Freiheit eingeschränkt, angeblich um ihre Sicherheit zu fördern. Der Ursache für das unruhige Verhalten wird in der Regel nicht nachgegangen.

Die Pflege kann den Bewohnerinnen und Bewohnern zeigen, dass sie zumindest jetzt und durch die Pflege keine Gewalt, in welcher Form auch immer, erfahren werden. Sondern ihnen ermöglicht wird grösstmögliche Autonomie zu leben.

Und die Pflegenden? Pflegende können ihre Aufgaben nur dann gut erfüllen, wenn auch sie die angemessene Unterstützung und Betreuung erhalten. Daher sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

Erhalten Sie die Möglichkeit, mit einer Fachperson über „unerklärliche Vorfälle“ bei Bewohnerinnen und Bewohnern und „unerklärlichen Reaktionen“ ihrerseits zu re-

den? Dies setzt ein Verständnis der Pflegedienstleitung und der Heimleitung voraus, dass Gefässe wie Supervision, Pflegefachgespräche/Fallbesprechungen, etc. unerlässlich sind, damit Pflegenden nicht ausbrennen. Konzepte, die das Thema Gewalt, Freiheit- und Sicherheit und die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner in den Mittelpunkt stellen (wie z.B. Palliative care, Pflegekonzept) sind dringend nötig. Diese müssen in die Praxis implementiert werden und benötigen eine kontinuierliche Begleitung der Pflegenden im Praxisalltag. Kontinuierliche Weiterbildung zu den Themen Validation, Basale Stimulation, palliative care, Gewalt sollten zum Standard in den Pflegeheimen werden.

Wie geht die Pflegefachperson selbst mit dem Thema Scham um? Mit der eigenen Aktivierung? Mit der „Gewaltanwendung“ in der Pflege? Hier benötigt es bereits eine Sensibilisierung und Reflexion der eigenen Person während der Krankenpflegeausbildung. In der Berufspraxis bedingt es Konzepte im Umgang mit Gewalt und Scham/Ekel. Ein Arbeitsklima, in dem offen über Schwierigkeiten gesprochen werden kann, ist unabdingbar.

Welche Gefühle löst das in der Pflegefachperson aus? Wo fühlt sich die Pflegefachfrau/der Pflegefachmann oder die Pflegehilfsperson überfordert? Welche Gefässe sind in einer Altersinstitution vorhanden, um diese Überforderung aufzufangen? Wo ist der „rote Knopf“ der Pflegenden, um Stopp zu sagen? Erlaubt es das Arbeitsklima, offen und ehrlich zu sagen, wenn man nicht mehr mag, wenn man eine Person nicht mehr pflegen kann? Wenn man sich überfordert fühlt? Stehen genügend personelle Ressourcen zur Verfügung, dass eine Arbeitskollegin/ein Arbeitskollege übernehmen kann? Was wird Betriebsintern für die Psychohygiene Pflegenden unternommen?

Enden möchte ich mit der Aussage einer Befragten, die in einem Satz sagt, was die Bewohnerinnen und Bewohner benötigen:

**„Beruhigen kann man die Leute, indem wir ihnen Sicherheit geben, ihnen glauben was sie sagen, Vertrauensaufbau - sie brauchen jemanden, bei dem sie sich sicher fühlen können.“ (B7,S:15, 533-535)**

Schliesslich soll darauf hingewiesen werden, dass die durchgeführte Standortbestimmung nur eine Momentaufnahme darstellt und nicht den Anspruch allgemeiner Gültigkeit erhebt.

## **Erklärung**

Ich versichere, dass die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe angefertigt wurde und ich mich keiner anderen als der von mir angegebenen Literatur und Hilfsmittel bedient habe. Im Rahmen einer Prüfung wurde das Thema von mir noch nicht schriftlich bearbeitet und in keiner Institution eingereicht.

Burgdorf, Mai 2009

Sandra Schneider

## Literaturverzeichnis

**Aarts Petra G.H. & op den Velde Wybrand**, Eine früher erfolgte Traumatisierung und der Prozess des Alterns, in Traumatic Stress, Grundlagen und Behandlungsansätze, Paderborn: Junfermann Verlag, 2000

**Anngwyn St. Just**, Trauma Therapie – Die natürliche Umwelt als Heilwege für die verwundete Weiblichkeit, Vortrag im Polarity Therapie Zentrum in Zürich, Zusammengefasst und Übersetzt von Reich Ursula (Unterlagen Weiterbildung 2008)

**Bereuter Elmar**, Schwabenkind, München: Verlag Piper, 2004

**Bienstein Christel, Fröhlich Andreas**, Basale Stimulation in der Pflege – pflegerische Möglichkeiten zur Förderung von wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen, Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes leben, 1991

**Böhmer Martina**, Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen, Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 2. Auflage, 2001

**Bradshaw John**, Familiengeheimnisse, Warum es sich lohnt ihnen auf die Spur zu kommen, München: Mosaik bei Goldmann, 6. Auflage, 1999

**Büchler Andrea**, Gewalt in Ehe und Partnerschaft - Polizei-, straf- und zivilrechtliche Interventionen am Beispiel des Kantons Basel-Stadt, Basel: Helbling und Lichtenhahn, 1998

**Bundesamt für Statistik (Hg)**: Opferhilfestatistik 2005, Beratungsfälle, Entschädigungen und Genugtuungen, Stand der Datenbank: 06. 06. 2006, Neuenburg, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/22/publ.Document.83374.pdf> [3.3.2009]

**Doenges Marilyn E.**, Moorhouse Mary Frances, Geissler-Murr Alice C., Pflegediagnosen und Massnahmen, Bern: Hans Huber, 3. Auflage, 2002

**Feil Naomi, de Klerk-Rubin Vicki**, Validation – Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen, München: Ernst Reinhardt Verlag, 8. Auflage, 2005

**Flick Uwe**, Qualitative Sozialforschung, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2002

**Hermann Judith**, Die Narben der Gewalt, Paderborn: Junfermann, 2. Auflage, 2006

**Honigmann Cooper, R.H.**: Concentration camp survivor: a challenge for geriatric nursing. Nursing Clinics of North America 14, 1979

**Huber Michaela**, Trauma und die Folgen, Trauma und Traumabehandlung Teil 1, Paderborn: Junfermann Verlag, 3. Auflage, 2007

- Huber Michaela**, Wege der Traumabehandlung, Trauma und Traumabehandlung Teil 2, Paderborn: Junfermann Verlag, 3. Auflage, 2006
- Hunziker Alexander W.**, Spass am wissenschaftlichen Arbeiten, Zürich: VERLAG SKV, 3. Auflage, 2008
- Kantonsgericht St. Gallen in Zusammenarbeit mit dem Projekt Gewalt.Los**, Mitteilungen zum Familienrecht: Häusliche Gewalt, 2002
- Leonard Birgit**, Pflege von älteren Holocaust-Überlebenden, in Pflege, Bern: Verlag Hans Huber, 2003
- Levine Peter A.**, Trauma-Heilung, Das erwachen des Tigers, unsere Fähigkeit traumatische Erfahrungen zu transformieren, Essen: Synthesis Verlag, 1998,
- Levine Peter A.**, Vom Trauma befreien, Wie sie seelische und körperliche Blockaden lösen, München: Kösel, 2007
- Lukas Berit**, Das Gefühl ein NO-BODY zu sein, Paderborn: Junfermann Verlag, 2. Auflage, 2008
- Maercker Andreas, Rosner Rita**, Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung, Stuttgart: Thieme, 2006
- Matsakis Aphrodite**, Wie kann ich es nur überwinden?, Ein Handbuch für Trauma-Überlebende, Paderborn: Junfermann Verlag, 2004
- Mayer Hanna**, Pflegeforschung kennenlernen, Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung, Wien: facultas.wuv, 4. Auflage, 2007
- Mayring Philipp**, Qualitative Inhaltsanalyse, Weinheim und Basel: Beltz 10. Auflage, 2008
- Nijenhuis Ellert R.S.**, Somatoforme Dissoziation, Paderborn: Junfermann Verlag, 2006
- Reddemann Luise, Dehner-Rau Cornelia**, Trauma, Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen, Stuttgart: TRIAS, 2004
- Rothschild Babette**, Der Körper erinnert sich, Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung, Essen: Synthesis Verlag, 2002
- Rüegg Johann Caspar**, Gehirn, Psyche und Körper, Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie, Stuttgart: Schattauer, 4. Auflage, 2007
- Schwander Marianne**, Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt: Neue Erkenntnisse – neue Instrumente, in: Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht, 121/2, Bern: Stämpfli, 2003
- Seglier Lorena**, Die Schwabengänger aus Graubünden, Historische Studie, Graubünden: Verlag Desertina, 2004

**Van der Kolk Bessel A., McFarlane Alexander, Weisaeth Lars (Hg.),** Traumatic Stress, Grundlagen und Behandlungsansätze, Paderborn: Junfermann Verlag, 2000

**Van der Kolk Bessel A., McFarlane Alexander,** Trauma – ein schwarzes Loch, in Traumatic Stress, Paderborn: Junfermann Verlag, 2000

**Van der Hart Onno, Nijenhuis Ellert R.S. & Steele Kathy,** Das verfolgte Selbst, Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung, Paderborn: Junfermann Verlag, 2008

**Wenger Elisabeth, Ivo Zanoni;** I ragazzi del camino - Einer vergessenen Vergangenheit auf der Spur, Basel: Chamaeleon Verlag, 2007, deutsche Auflage

**Wohlwend Lotty, Arthur Honegger;** Gestohlene Seelen – Verdingkinder in der Schweiz, Frauenfeld: Huber & Co. AG, 2004

**Zimmermann Angela,** Du bist nichts, Du hast nichts, aus Dir wird nichts! – Verdingkinder in der Schweiz, Pro Senectute Schwyz, kein Erscheinungsjahr vorhanden

### **Internetadressen**

[http://www.ai-frauen.ch/Bern/Archiv/TdS\\_Velo2005/HaeuslicheGewalt.html](http://www.ai-frauen.ch/Bern/Archiv/TdS_Velo2005/HaeuslicheGewalt.html):

[16.Januar 2009]

<http://arbeitsblaetter.stangltaller.at/PSYCHOLOGIEENTWICKLUNG/EntwicklungErikson.shtml> [16.Januar 2009]

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/22/publ.Document.83374.pdf> [16.Januar 2009]

<http://www.missbrauch-opfer.info/main.asp?IDS=37> [22.02.2009]

<http://www.sz.pro-senectute.ch/data/125/Verdingkinder.pdf> [16.01.2009]

<http://de.wikipedia.org/wiki/Trauma> [15.02.2009]

<http://www.evelynsteinemann.ch/system/stt.php> [3.3.2009]

<http://www.cranio-movement.ch/craniosacrle.html> [3.3.2009]

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/22/publ.Document.83374.pdf> [8.3.2009]

[http://www.gerichte.sg.ch/home/dienstleistungen/nuetzliche\\_infromationen/mitteilungen\\_zum\\_familienrecht.Par.0009.DownloadListPar.0009.File.tmp/Mitteilungen\\_zum\\_Familienrecht - Sonderheft Häusliche Gewalt.pdf](http://www.gerichte.sg.ch/home/dienstleistungen/nuetzliche_infromationen/mitteilungen_zum_familienrecht.Par.0009.DownloadListPar.0009.File.tmp/Mitteilungen_zum_Familienrecht_-_Sonderheft_Haeusliche_Gewalt.pdf) [3.3.2009]

## Abbildungen

- Abb. 1 <http://www.hugo-wolf-akademie.de/cms/files/schornsteinfeger.jpg>  
[5. Februar 2009]
- Abb. 2 [http://www.swissinfo.org/xobix\\_media/images/sri/2008/sriimg20080917\\_9738207\\_2.jpg](http://www.swissinfo.org/xobix_media/images/sri/2008/sriimg20080917_9738207_2.jpg) [5. Februar 2009]
- Abb. 3 Organisation des zentralen Nervensystems (Vgl. Rothschild 2002, S: 66)
- Abb. 4 Autonomes Nervensystem (glatte, unwillkürliche Muskulatur) nach Babette Rothschild aus „Der Körper erinnert sich“, 2002, S: 79
- Abb. 5 Traumatische Zange, aus Michaela Huber Traumabehandlung ([www.schotterblume.de/index.php?navid=2](http://www.schotterblume.de/index.php?navid=2)) [5. Februar 2009]
- Abb. 6 Dali Salvador: Sphärische Galatea, 1952 Kunstdruck:  
[http://www.kbibk2.ac.at/kunst\\_netz/dali/images/bild364b.jpg](http://www.kbibk2.ac.at/kunst_netz/dali/images/bild364b.jpg) [9. Februar 2009]
- Abb. 7 Das Cranio Sacrale System,  
<http://www.cranio-movement.ch/craniosacrale.html> [3.3.2009]
- Abb. 8 Darstellung der Autorin

## Anhang

### Anhang I- Interviewleitfaden I

1. Danken für die Bereitschaft, am Interview teilzunehmen.
2. Gegenseitiges Vorstellen
3. Vertieftes Informieren über meine Studienarbeit
4. Abriss der Themenbereiche, die im Interview angesprochen werden (Trauma, Dissoziativstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung)
5. Vereinbarung mit der Interviewten Person (Information über das Vorgehen)
  - Dauer; ca. 1 Stunde
  - Die Interviewerin ist an das Berufsgeheimnis gebunden
  - Das Interview wird streng vertraulich behandelt und ausschliesslich nur zum Zweck dieser Untersuchung verwendet
  - Jede Namensnennung wird verfremdet
  - Die Tonträger werden von der Interviewerin sofort nach der Transkription gelöscht
  - Es besteht jederzeit die Möglichkeit, Fragen, die nicht beantwortet werden möchten, zurückzuweisen
  - Es kann jederzeit im Nachhinein noch etwas angefügt werden

#### Einstiegsfrage:

- Wer bist Du: kurzer beruflicher Werdegang, Alter, Diplom seit, in welchem Bereich arbeitest Du zur Zeit?

#### Erkennen:

- Wurdest Du zum Thema Trauma während Deiner Zeit als Pflegende einmal weitergebildet? Oder hast Du eine WB zu diesem Thema besucht?
- Was weisst Du über den Begriff Trauma? Gibt es für Dich verschiedene Formen von Trauma? Was sind Deiner Meinung nach traumatische Erlebnisse?
- Was denkst Du, wie viele Menschen sind in irgendeiner Form von einem Trauma betroffen?
- Wie stehst Du zu diesem Thema? Welche Bedeutung hat es für Dich?
- Was macht allenfalls Angst wenn Du von diesem Thema hörst – oder könnte anderen Angst machen?

#### Auslösend:

- Woran könntest Du erkennen, ob jemand traumatisiert ist oder einmal ein Trauma erlebt hat?
- Was könnten Folgen für alte Menschen nach einem erlebten Trauma sein?
- Was sagt Dir der Begriff Dissoziative Störung?
- Was sagt Dir der Begriff Posttraumatische Belastungsstörung?

- Welche Erfahrungen hast Du im Umgang mit alten Menschen am Ende ihres Lebens gemacht, wenn Du Pflegehandlungen ausgeführt hast?
- Sind Dir besondere Reaktionen von alten Menschen aufgefallen, die auf ein erlebtes Trauma hinweisen könnten (physisch, psychisch)?
- Was denkst Du darüber: Können wir Pflegenden bei den alten Menschen eine Traumawiederholung, eine Reaktivierung des Traumas auslösen?

Prävention:

- Gibt es Konzepte die positiven Einfluss auf Prävention auf den alten Menschen haben könnten?
- Was würdest Du brauchen, um diesem Thema näher zu kommen (bei Dir, bei der Institution, bei der Arbeit)?

Schlussfrage:

- Gibt es etwas, was wir jetzt noch nicht besprochen haben bzw. angesprochen haben, was Du als wichtig empfindest oder noch anfügen möchtest? Oder hast Du das Gefühl, dass alles gesagt worden ist?

Abschluss und Dank:

- Information darüber wie es weitergeht: Transkription, Tonband wird gelöscht. Abgabetermin Ende Januar 2009. Falls gewünscht stelle ich Dir die Arbeit zu.
- Hast Du noch Fragen?
- Vielen Dank für das Interview, Deine Offenheit und das mir entgegengebrachte Vertrauen. Ich wünsche Dir eine gute Zeit.

## Anhang II - Interviewleitfaden II

In der PsychoTraumatologie geht man davon aus, dass traumatische Erlebnisse im Alter wieder wach werden können. Lang verdrängte Erinnerungen können dabei wieder an die Oberfläche stossen. Diese zeigen sich in unterschiedlichen, jedoch klar definierten Symptomen. Diesen Zustand nennt man Aktivierung. Als Diagnose kennt man auch den Begriff PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung).

1. Erinnerst Du Dich an eine Pflege- oder Betreuungssituation, in der Du denkst, dass es sich hierbei um eine traumatisierte Person handelt? Bitte erzähle mir von dieser Situation, allenfalls von dieser Person.
2. Welche Symptome sind für Dich ausschlaggebend, dass Du sie einer möglichen Traumatisierung zuordnen würdest?
3. Hast Du in dieser Situation daran gedacht, dass diese Person allenfalls Symptome eines Traumas zeigt? Oder hat eine Arbeitskollegin/ein Arbeitskollege davon gesprochen?

### Ergänzende Fragen:

1. Wurdest Du zum Thema Trauma während Deiner Zeit als Pflegende einmal weitergebildet oder hast Du eine WB zu diesem Thema besucht?
2. Was weißt Du über den Begriff Trauma?
3. Was denkst Du, wie viele Menschen sind von einem Trauma betroffen?

## **Anhang III - Transkription und Auswertung der Interviews (CD)**