

➔ Viele ältere deutsche Frauen sind kriegstraumatisiert. Die Betroffenen haben die Erlebnisse im Zweiten Weltkrieg, auf der Flucht und während der Besatzungszeit verdrängt, im Alter und in Pflegesituationen brechen sie oftmals wieder auf. „Pflegesituationen können zu einer Trauma-Reaktivierung führen“, sagt Martina Böhmer, Altenpflegerin für Geriatriische Rehabilitation

Ihnen müsse, so Martina Böhmer, Sicherheit vermittelt und Kontrolle gegeben werden über das, was mit ihnen gemacht wird, um Retraumatisierungen und Trauma-Reaktivierungen zu vermeiden. Pflegende müssen die spezifischen Symptome eines unbewältigten Traumas erkennen: Als Langzeitfolge kann eine posttraumatische Belastungsstörung mit psychischen und psychosomatischen Befunden entwickelt werden. Symptome wie Übererregung, psychische Erstarrung, Flashbacks, Schlafstörungen, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Entscheidungsunfähigkeit und Desorientierung können neben körperlichen Auffälligkeiten, wie chronischen Schmerzen, Übelkeit, Kopfschmerzen, Unterleibsbeschwerden, Atembeschwerden, hormonelle Schwankungen und Blutzuckerentgleisungen auftreten. Traumata haben aber nicht immer eine posttraumatische Belastungsstörung zur

Folge, sondern oft auch Depressionen oder Ängste.

„Es ist für die pflegebedürftigen Frauen von großer Bedeutung, so genannte Trigger, also Ereignisse, die die Traumatisierte an die traumatisierende Situation erinnern, zu vermeiden“, sagt Martina Böhmer. Häufige Trigger in der Pflege von Frauen mit sexualisierten Gewalt-



Fachtagungen der Evangelischen Frauen in Württemberg im März 2009

Pflege, Betreuung und Seelsorge traumatisierter älterer Frauen

und selbständige Referentin und Beraterin für Altenhilfe. Psychische oder psychosomatische Symptome, verursacht durch traumatische Erfahrungen, können nach längerer Zeit der Symptommfreiheit wieder auftreten. Die Reaktivierung erlittener Traumata ist dabei von einer Retraumatisierung, einem erneuten traumatischen Ereignis, zu unterscheiden.

„Es ist wichtig, dass sich traumatisierte Frauen in Pflegesituationen nicht wieder ausgeliefert fühlen.“

somatischen Befunden entwickelt werden. Symptome wie Übererregung, psychische Erstarrung, Flashbacks, Schlafstörungen, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Entscheidungsunfähigkeit und Desorientierung können neben körperlichen Auffälligkeiten, wie chronischen Schmerzen, Übelkeit, Kopfschmerzen, Unterleibsbeschwerden, Atembeschwerden, hormonelle Schwankungen und Blutzuckerentgleisungen auftreten. Traumata haben aber nicht immer eine posttraumatische Belastungsstörung zur

erfahrungen sind Körperpflege, Baden, Duschen, Toilettengänge, Inkontinenzversorgung, pflegerische und ärztliche Diagnostik und auch invasive Pflege, wie beispielsweise Klistiere, Darmrohre, rektale Infusionen und Zäpfchenvergabe. Auch verschlossene Türen oder nicht verschließbare Zimmertüren, Gerüche, Geräusche, Filme, Lärm, Dunkelheit oder auch Redewendungen können alte Traumata wiederbeleben.

Zur professionellen Pflege gehört eine hohe Aufmerksamkeit für

Symptome und mögliche Trigger. Eine respektvolle Haltung gegenüber der Pflegebedürftigen muss die Grundlage sein: die Pflegenden über die Maßnahmen informieren, Absprachen treffen und Grenzen respektieren. Therapien dürfen nicht aufgezwungen werden, Sichtschutz bei der Pflege muss gewährleistet werden, zu zweit darf nur dann gepflegt werden, wenn es sich absolut nicht vermeiden läßt. Die Pflegenden sollten sich für die Lebensgeschichte der pflegebedürftigen Person interessieren, mit ihr Biografiearbeit machen und Gespräche anbieten. Um eine bedürfnisorientierte Pflege professionell durchführen zu können, wird mehr fachliche Unterstützung benötigt: Der Umgang mit Traumatisierten müsse Bestandteil des Ausbildungslehrplanes für Kranken- und Altenpflege sein und es bedürfe auch nach der Ausbildung kontinuierlicher fachlicher Begleitung, beispielsweise in Form von Supervision.

„Die Traumatherapie ist in den letzten 15 Jahren davon abgekommen, möglichst viel über das traumatische Ereignis zu sprechen“, berichtete Ulrike Reddemann, niedergelassene Fachtherapeutin für Psychotraumatologie. Man habe erkannt, dass dieses jahrelang praktizierte Vorgehen kontraproduktiv für die Bewältigung von Traumata sei. Der allgemeine Trend in der Psychotherapie geht dahin, das zu unterstützen, was der Genesung förderlich ist und sich nicht mehr auf die Entwicklung und Entstehung von Krankheiten und Symptomen zu konzentrieren. „Entscheidend ist das, was zur psychischen Widerstandsfähigkeit, zur Resilienz, beiträgt“, führte Reddemann aus.

„Traumakonfrontationen haben in der Seelsorge nichts zu suchen“, betonte Ulrike Reddemann. „Diese

gehören unbedingt in die Therapie.“ Die Seelsorgearbeit hingegen ist gut geeignet, Trauma-Betroffene zu stabilisieren. Es geht darum, gemeinsam mit der traumatisierten Frau ein Gegengewicht zur inneren Schreckenswelt aufzubauen. Dazu gehört, äußere Sicherheit zu schaffen und Retraumatisierung zu vermeiden. Wichtig ist auch, dass die Klientin lernt, schwierige Gefühle ohne Drogen oder ohne selbstverletzendes Verhalten auszuhalten. Für Situationen, in denen die Emotionen unerträglich werden, werden Notfallpläne erarbeitet.

Deutlich unterschieden werden muss in der Seelsorge zwischen dem Vorgehen bei einer Traumafolgestörung wie der posttraumatischen Belastungsstörung und dem Vorgehen bei einem psychischen Zustand, in dem sich Menschen unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis befinden. Bei einem akuten Trauma müssen speziell ausgebildete NotfallseelsorgerInnen oder KrisenhelferInnen mit den Betroffenen arbeiten und zunächst grundlegende Bedürfnisse wie Wärme, Kälte, Durst und Hunger befriedigen. Es könne auch der Wunsch bestehen, festgehalten zu werden, dafür müssten die KrisenhelferInnen zur Verfügung stehen. Körperliche Bewegung kann für von akuten Traumata betroffene Menschen wichtig sein.

„Der Körper muss das Trauma quasi herausarbeiten, das Stresshormon Cortisol muss abgebaut werden.“

„Unbewältigte Traumata werden intergenerationell weitergegeben“, erklärte Reddemann. „Die nachfolgende Generation kann unter ständig wiederkehrenden Träumen leiden, nachts aufwachen, schreien und unerklärliche Ängste haben.“ Die Betroffenen hätten das Gefühl, dass diese Symptome nicht zu ihnen gehören. Die unbewältigten Traumata werden unbewusst, oft nonverbal über die Atmosphäre, die in einer Familie herrscht, an die Kinder weitergegeben. Eltern, die traumatisiert und sich dessen bewusst sind, sollten deshalb darauf achten, ihren Kindern zu vermitteln, dass es ihre Angst sei, nicht aber die der Kinder.

Einig waren sich Ulrike Reddemann und Martina Böhmer darin, dass es neben den kriegstraumatisierten älteren Frauen auch viele junge Frauen gibt, die durch Missbrauch, häusliche und sexualisierte Gewalt traumatisiert seien. Die Symptomatik und die erforderliche Behandlung bleiben weitgehend gleich.

TANJA URBAN

Dipl.-Sozialpädagogin und Referentin für verbandsbezogene Arbeit der Evangelischen Frauen in Württemberg

Literaturtipps

Böhmer, Martina: Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen – Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit. Mabuse Verlag 2000.

medica mondiale e.V., Grieser, Karin (Hg.): Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen. Handbuch zur Unterstützung traumatisierter Frauen in verschiedenen Arbeitsfeldern. Mabuse Verlag 2006.

Rau, Anna Katharina: Krieg, Flucht und Vertreibung. Nationalsozialismus und Kriegserfahrungen in der Biografie alter Menschen. Schlütersche Verlagsgesellschaft 2007.