

Brigitte Merkwitz

merkwitz-seminare@gmx.de

www.brigitte-merkwitz.de

www.bilderderstille-merkwitz.de

Olstdorf 49 53347 Alfter Tel. : 02222/65807 mobil: 0173/9439194

Psychotherapeutische Begleitung

respekt Praxis für Beratung und Bildung in der Altenarbeit

Feb.2009

Unsichtbare Wunden

Traumatische Erfahrungen in der Biografie alter Frauen und Männer

Es gibt Erinnerungen an traumatische Erlebnisse, die die heute alten Menschen jahre- ja manchmal jahrzehntelang verdrängt haben. Diese Erinnerungen können nun auftauchen, wenn sie ihre soziale Umgebung mit ihren individuellen Bewältigungsstrategien durch einen Krankenhausaufenthalt oder ein Umsiedeln in ein Altenheim verlieren. Manchmal genügen aber auch normale Alterungsprozesse, wo Kontrollverluste erlebt werden, um traumatische Ereignisse zu erinnern.

Judit Herman¹ eine amerikanische Psychiaterin schreibt: „*Ein Trauma entsteht dann, wenn das Opfer von einer überwältigenden Macht hilflos gemacht wird, es eine Bedrohung für das Leben oder die körperliche Unversehrtheit erfährt. Ein psychisches Trauma ist immer begleitet von Gefühlen von intensiver Angst, Hilflosigkeit, Kontrollverlust und drohender Vernichtung.*“ Mögliche Folgen eines Traumas werden in der Diagnose Posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS) zusammengefasst.

Als mögliche Faktoren für ein PTBS werden in der Literatur u. a. Katastrophen wie zum Beispiel Überschwemmungen und Erdbeben, Kampf oder Kriege, Überfall, Folter, Vergewaltigung, sexualisierte Gewalt an Kindern genannt.

Die einzelnen Symptome reichen von allen Formen von psychischen Störungen, wie z. B. Wahrnehmungsstörungen, Apathie, Depression, Angst- und Panikzustände, regressives Verhalten, Zwangshandlungen bis Halluzinationen. Im somatischen Bereich kann es zu chronischen Schmerzen, Schlafstörungen, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Essstörungen, Atemstörungen, extreme Schwankungen aller Vitalwerte usw. kommen. Und ebenfalls kann

¹ Herman, Judith Lewis in: Die Narben der Gewalt – Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden, S. 53; 1993, München, Kindler Verlag

es zu kognitiven Störungen wie Verwirrung, Gedächtnis- oder Konzentrationsverlust kommen.

Die Diagnose PTBS ist mir in den unterschiedlichsten stationären und ambulanten Bereichen leider selten begegnet.

Es wäre allerdings von großer Bedeutung, weil doch viele der alten Menschen, die wir in den Krankenhäusern, den Altenheimen und in der ambulanten Pflege versorgen und betreuen, traumatisiert sein können. Neben anderen möglichen Traumatisierungen wie zum Beispiel Unfälle und lebensbedrohliche Krankheiten haben die meisten von ihnen mindestens einen Krieg erlebt und können Überlebende von Konzentrationslagern sein.

Auch gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede.²

So ist bei den heute alten Frauen davon auszugehen, dass sie im Besonderen von häuslicher und sexualisierter Gewalt betroffen sind. Es gab für sie nicht nur Traumatisierung durch sexualisierte und andere Gewalt in der Kindheit, Vergewaltigungen in ihren Ehen und Beziehungen. Sie erlebten zusätzlich Massenvergewaltigungen im und nach dem 2. Weltkrieg, Zwangsprostitution in den Lagerbordellen der Konzentrationslager (z.B. in Sachsenhausen, Buchenwald und Auschwitz)³ und zwischen 1945 und 1948 Zwangsprostitutionen bei amerikanischen Soldaten.

Männer dieser Generation waren häufig im 2. Weltkrieg an Kriegshandlungen direkt beteiligt. Sie haben miterlebt, wie Menschen umgebracht wurden, standen Todesängste aus, waren in Kriegsgefangenschaft, haben Folter und Verwundungen überlebt. Auch außerhalb des Krieges können sie Opfer von Misshandlungen in der Kindheit und Gewalttaten, wie zum Beispiel Überfälle und Raub geworden sein.

Für Frauen und Männer waren gerade während des Nationalsozialismus weitere traumatische Erlebnisse, wie zum Beispiel Flucht und Vertreibung, Verschüttung, Bombenhagel, Verfolgung als Andersdenkende, Andersfähige, Homosexuelle, als Angehörige anderer Kulturkreise und Religionen, Inhaftierung in Konzentrationslagern möglich. Sie können Opfer sein von Zwangsmedikamentenversuchen und Zwangssterilisation und von weiteren Formen von traumatischen Gewalterlebnissen.

² siehe Böhmer, Martina in: Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit; Mabuse Verlag, Frankfurt, 2000 und 2001

³ Christel Wickert in: *Tabu Lagerbordell*, S. 41 – 59, Eschbach, Insa; Jacobsen, Sigrid; Wenk, Silke (Hg.), *Gedächtnis und Geschlecht Deutungsmuster in Darstellungen des Nationalsozialistischen Genozids*, Campus Verlag, Frankfurt/New York, 2002

Auch bergen bestimmte Berufe die Gefahr der Traumatisierung, wie zum Beispiel die der Feuerwehr, der Polizei, des Bergbaus, der Pflege, der Medizin usw., da die Menschen hier bedrohlichen Situationen ausgesetzt sein können.

Zunehmend müssen wir uns in der Pflege auch mit den verschiedenen Formen von Gewalt, denen MigrantInnen ausgesetzt waren und sind, wie z. B. rassistische Übergriffe, Folter und Krieg in ihren Herkunftsländern, Traumatisierungen in den Auffanglagern, Beschneidung, Frauen- und Kindesprostitution, Frauen- und Kinderhandel, Zwangsverheiratungen usw. auseinandersetzen.

Traumatische Symptome können in der Pflege erst dann angemessen behandelt werden, wenn sie als solche auch erkannt werden. Das heißt, dass wir Pflegenden uns dieser Möglichkeit, dass die von uns betreuten alten Menschen an traumatischen Erfahrungen leiden, stellen müssen.

Da ein Trauma beim Opfer ein Gefühl der Ohnmacht und des Kontrollverlustes auslöst, ist es von **grundlegendster** Bedeutung, dass die alten Frauen und Männer ihre Stärke und Kontrolle über sich und ihren Körper und ihr Leben wiedererlangen, soweit dies möglich ist. Das allerwichtigste ist also, dass sie **Sicherheit** bekommen.

Diese Sicherheit können sie erhalten, indem sie autonom handeln bzw. über sich und ihren Körper zumindest mit bestimmen können und anderen Menschen wieder vertrauen lernen.

Uns vertrauen können sie nur, wenn wir in der Pflege, im ärztlichen und therapeutischen Umgang möglichst Situationen verhindern und vermeiden, die traumatische Erinnerungen wach rufen lassen können.

Dies kann uns nicht immer gelingen, da es in der Natur der Pflege, der Diagnostik, und der Therapie liegt, dass es zu Grenzüberschreitungen kommt.

Da ist es dann wichtig, ihnen hilfreich zur Seite zu stehen, wenn bei ihnen traumatische Erinnerungen wach geworden sind und sie mit den vielfältigsten Symptomen reagieren.

Das tun wir, indem wir ihre Verhaltensweisen und ihre Symptome, seien sie nun körperlicher oder psychischer Art, erst einmal als mögliche **Reaktionen** hinterfragen. Als Reaktionen auf Gegebenheiten um sie herum und vielleicht auch auf unsere Maßnahmen oder unseren Umgang mit ihnen.

Wichtig ist, zu überdenken, warum sich ein alter Mensch gegen bestimmte Dinge wehrt oder was ihn veranlasst, sich in einer bestimmten Form zu verhalten.

Dazu ist von Bedeutung, möglichst viel aus der Biographie eines Menschen zu erfahren, um eventuelle Rückschlüsse ziehen zu können.

Ganz praktisch haben wir meiner Erfahrung nach viele Möglichkeiten, mit traumatisierten alten Frauen und Männern umzugehen und sie zu unterstützen bzw. sie zu schützen. So ist es meiner Meinung nach unabdingbar, stets die Intimsphäre von ihnen bei der Pflege, Behandlung und Diagnostik mit z. B. einer spanischen Wand als Sichtschutz zu wahren und zu schützen.

Lärm, Hektik, Pflege zu zweit, invasive Handlungen wie das Legen von Dauerkathedern, rektale und orale Pflege und diagnostische Maßnahmen, Fernsehfilme über Krieg und Gewaltverbrechen, Licht, das Schatten wirft, verschlossene Türen (oder auch nicht abschließbare Türen) auf der Station, Lärm usw. können Erinnerungen mit den entsprechenden Gefühlen hervorrufen und sollten möglichst vermieden werden.

Auch können wir z. B. eine pflegerische, eine bestimmte diagnostische oder therapeutische Maßnahme unterbrechen, wenn wir ein Abwehrverhalten bemerken und den Nutzen einer Maßnahme noch einmal hinterfragen. Dadurch wird den traumatisierten Menschen – auch und gerade dementen - deutlich gemacht, dass ihr Abwehrverhalten und ihre Bedürfnisse wahrgenommen und akzeptiert werden. Es muss ja nicht heißen, dass die Maßnahme, die wir gerade durchführen wollen, schlecht ist. Es ist vielleicht einfach so, dass sie für **diesen** alten Menschen in **diesem** Moment und in **dieser** Umgebung und in **dieser** Form und von **dieser** Person durchgeführt vielleicht eine Erinnerung an ein traumatisches Erlebnis hervorrufft.

So haben wir also auch die Möglichkeit an vielen Punkten etwas zu verändern. An der Form der Maßnahme: wenn die alte Frau sich gegen das Essen oder die Körperpflege wehrt, vielleicht einmal probieren, ihre Hand zu führen, so dass sie sich selbst das Essen gibt und sich wäscht. Oder wir probieren statt der Dusche die Badewanne, weil der alte Mann erlebt hat, dass seine Kameraden im KZ unter der Dusche vergast wurden. Oder wir probieren bei der alten Frau statt der Badewanne die Dusche, weil sie, als sie ein Kind war, in der Badewanne von ihrem Vater missbraucht wurde. Vielleicht ist auch der Zeitpunkt schlecht, weil es morgens zu hektisch und zu laut ist und der alte Mann dadurch an seine Arbeitsstelle erinnert wird, wo er bei einem morgendlichen Unfall sein Bein verloren hat.

Das Schwierige an unserer Arbeit ist oftmals, dass die alten Menschen uns dies alles aus den unterschiedlichsten Gründen nicht sagen können oder wollen. Hier müssen wir aufmerksam sein und lernen, anders hinzuschauen und Verhaltensweisen von alten Menschen nicht so oft in die Schublade: dement, altersverwirrt, altersdepressiv und so weiter zu stecken. Schon

dadurch verändert sich sehr vieles: Der Blickwinkel nämlich auf die alten Menschen **von ALT auf MENSCH**, darauf, dass sie alle eine lange Lebens-Geschichte haben.

Die Veränderung des Blickwinkels setzt die Bereitschaft der MitarbeiterInnen voraus, die eigene Wahrnehmung zu ändern. Aufgrund unserer eigenen Lebensgeschichte haben wir entsprechende Muster, die Menschen, die Welt und uns selber aus einem bestimmten Blickwinkel zu erleben.

Veränderung der Wahrnehmung heißt auch neue Erfahrungen zu machen. So werden wir auf diesem Workshop Übungen ausprobieren, die hilfreich sind, den Blickwinkel von: ALT auf MENSCH , demente alte Frau auf traumatisierte alte Frau, dementer Alter auf traumatisierter Alter etc. zu ändern. Wesentlich dabei sind dann die Erfahrungen, dass sich dadurch die eigenen Gefühle, Gedanken und dem zu Folge auch unser Umgang den Menschen gegenüber verändert.

Wenn wir viele alte Frauen und Männer als aggressiv, verwirrt, apathisch, unruhig oder depressiv erleben, können wir uns nun vorstellen, dass sie womöglich eine traumatisierte Geschichte haben. Diese können wir ihnen nicht nehmen! Allerdings können wir sie unterstützen und sie in ihren Gefühlen und Ängsten begleiten, sie nicht alleine lassen und ihnen möglicher Weise angemessene Therapien, wie zum Beispiel auch Psychotherapie, zukommen lassen.

Liebevolle und kompetente Begleitung werden wir ggf. in praktischer Arbeit (*einwenig*)erproben.

Sie haben im ersten Teil umfangreiche Informationen erhalten, im zweiten Teil geht es um Erfahrungen in der Interaktion zwischen Ihnen und dem Menschen – von dem wir in diesem Fall davon ausgehen oder wissen, dass es Traumatisierungen in der Lebensgeschichte gibt - . Ich überprüfe meine therapeutische Grundhaltung und begegne meinem Gegenüber mit Präsenz und Empathie, und erst dann gehe ich mit meiner Aufmerksamkeit zu dem alten Menschen.

Hilfreiche und praktische Übungen zeigen Ihnen z.B. : Strategien der Distanzierung, Umgang mit dem Atem, die Bedeutung von Rhythmus und (Tages-) Ritualen, Tips und Übungen zur Selbstberuhigung und Distanzierung, die Achtsamkeit auf den Körper und Muskelentspannung, den Kopf reinigen mit Übungen zum Selbstschutz, die Kraft der Fantasie und weitere kreative Umgangsformen, positive Gestaltung des Umfeldes: Natur, Gegegnungen, Essen, ...

Diese Übungen können je nach Situation und unterschiedlicher Ausgestaltung für Sie als MitarbeiterInnen als auch für die alten Menschen unterstützend sein.