

Vortrag Teil 2: Posttraumatische Belastungsstörungen alter Frauen in der Pflege

Autorin:

Dipl. Berufspädagogin (Pflege) Dorothea Meudt

E-Mail: dorothea.meudt@freenet.de

Vortrag Teil 2:

Posttraumatische Belastungsstörungen alter Frauen in der Pflege

Einleitung:	2
Einstieg ins Thema	3
Trigger	5
Typische Symptome posttraumatischer Belastungsstörungen	6
Übererregung.....	6
Intrusion.....	6
Konstriktion.....	6
Symptome.....	7
Pflegeziele	8
Maßnahmen in der Pflege von Frauen mit posttraumatischem Belastungssyndrom	8
Einige konkrete Maßnahmen:	9
Fallbeispiel: posttraumatische Belastungsstörung	10
Literaturempfehlung.....	12
Literaturverzeichnis	12

Einleitung:

Otto Stender!

Und er fasst mich an
und er hält mich fest
und ich bin starr vor Angst
bin steif vor Angst
bin still vor Angst

Und er ist groß
und er ist fett
ich bin steif aus Angst
ich bin starr aus Angst
ich bin still aus Angst.

Und er drückt mich
und er küsst mich
ich bin still vor Angst
ich bin steif vor Angst
ich bin starr vor Angst

Und er heißt für mich Onkel
und er war bisher freundlich
und ich bin starr aus Angst
und ich bin steif aus Angst
und ich bin still aus Angst

Und der Vater sagt: Das wird wohl
nicht so schlimm gewesen sein
stell Dich nicht so an
und ich bin starr vor Scham
und ich bin steif vor Scham
und ich bin still vor Scham

Und dann war ich Bettnässern
mit siebzehn
und habe heute mit sechzig
noch Ekel und Angst
vor großen dicken Männern.

Einstieg ins Thema

Posttraumatische Belastungsstörungen alter Frauen in der Pflege

- Sexuelle Gewalt
- Zwangsprostitution
- Kriegserfahrungen
- Vergewaltigung
- Sexuelle Übergriffe
- Hinterherpfeifen

Untersuchungen zeigen, dass jede 3. bis 7. alte Frau in der Pflege Erfahrung männlicher sexueller Gewalt gemacht hat.

Ethiknetzwerk 25. März 2011 - Frankfurt – Diplom-Berufspädagogin (Pflege) Dorothea Meudt 2

Aus verschiedenen Untersuchungen geht hervor, dass jede 3.- bis 7. alte Frau in der Pflege Erfahrung männlicher sexueller Gewalt gemacht hat.

Das trifft besonders für Frauen und Männer zu, die Kriegs- und Nachkriegszeiten erlebt haben, denn Krieg heißt immer auch sexuelle Gewalt gegen Frauen, wie die Arbeit von Monika Hauser und Medica Mondiale bestätigte.

Massenvergewaltigungen von Frauen, die reihenweise von siegreichen Soldaten geschändet wurden, um dem Feind die letzte Ehre zu nehmen, Frauen, die sich den Männern zur Verfügung stellten, um die eigene Tochter zu schützen, Frauen die sich zwangs-prostituieren mussten, weil die Kinder mit dem Notwendigsten versorgt werden mussten und man so an Lebensmittel kam, die das Überleben zu sicherten,...

Aber auch Männer machten in Kriegs- und Nachkriegszeiten sexuelle Gewalterfahrungen, wenn sie als jugendliche Soldaten hilflos das beschämende Treiben der gestandenen Kameraden mit ansehen mussten oder gar durch andere gezwungen wurden, in gleicher Weise mitzutun.

Zurück blieben zahlreiche, an Körper und Seele schwer beschädigte Frauen, Frauen die unter großer Not und unter widrigen Verhältnissen abzutreiben versuchten und dabei wiederum ihr Leben aufs Spiel setzten, Frauen die nach erlebter Vergewaltigung vom eigenen Mann als „geschändet“ zurückgestoßen wurden.

Viele Kinder wuchsen ohne einen Vater auf, bzw. wussten durch Gerüchte von einem Vater, den sie nicht kennen durften, oder wurden durch auffälliges Aussehen zum Außenseiter.

Viele Ehen und Beziehungen zerbrachen, weil Erlebtes nicht aufgearbeitet werden konnte, denn wer hatte in der Nachkriegszeit schon eine Möglichkeit zur Therapie? Mit Unterstützung konnten betroffene Frauen nicht rechnen, denn das Thema war hoch tabuisiert, es galt Schweigen, Aushalten, Durchhalten und nach dem verlorenen Krieg Wiederaufbau.

In der Literatur sind zahlreiche Interviews solcher Frauen zu finden. Ich verweise hiermit auf das Buch von Martina Böhmer, die zu diesem Thema geforscht hat, als auch auf das Buch von H. Sander, die Frauen und Männer zu erfahrenen sexuellen Gewalterlebnissen im Nachkriegsberlin interviewt hat.

Zitat aus H. Sander „BeFreier und Befreite“ (2008), Fischer Verlag, S. 88¹

S.G., geb. 1928: Frau G. lebte an der Grenze zu Berlin in einem Dorf. Die Mutter war mit den jüngsten Geschwistern und dem Vater zum Bunker gegangen. „Ich hatte mich mit einer Frau zusammengetan. Der Mann von ihr war auch noch aufgetaucht. Der wollte, dass er und seine Frau sich das Leben nehmen. Die Frau hat tatsächlich mit E605 Selbstmord begangen. Der Mann hat später geheiratet.“ Vergewaltigt wurde sie in einem Stall. „Ich hatte unheimlich viel an. Der Russe fing an, mich auszuführen, da kamen Offiziere rein, die haben ihn verprügelt. Ich war total aufgelöst. Aber dann haben die Offiziere mich geholt und eingeschlossen. Da kam ich nicht raus.“ Die Mutter wurde auf der Suche nach ihr auch vergewaltigt und bei der Schwester haben „die Russen angestanden. Meine Schwester wollte sich das Leben nehmen, aber mein Vater hat ihr das E605 weggenommen. Sie bekam ein Kind von einem Russen, das im 7. Monat geboren wurde und starb. Es gab Gerede im Dorf, die hat ein Kind von einem Russen. Das Kind haben wir im Garten des elterlichen Hauses begraben, es konnte ja nichts dafür.“ Die Schwester hatte Syphilis und ist mit 60 schwer herzkrank gestorben. (...) Frau G. hatte jahrelang Angst, wenn sie Russen gesehen hat. „Das ist etwas, was man sein ganzes Leben nicht los wird. Der Golf-Krieg ist ja so ein Wahnsinn. Was Frauen und Kinder mitmachen...“

Auch später in den „Wirtschaftswunderjahren“ war sexuelle Selbstbestimmung von Frauen nicht ein schützenswertes Rechtsgut und Vergewaltigung in der Ehe nicht als strafbare Handlung nicht im Strafgesetzbuch verankert. Sexualdelikte galten lediglich als Verstoß gegen Sitte und Moral und wenn Frauen sich wehrten, trat häufig die Frage der Mitschuld auf den Plan.

Auch heute erleben täglich Frauen und Mädchen, zu geringerem Teil auch Jungen, sexuelle Gewalt und Missbrauch. Sexueller Missbrauch betrifft inzwischen alle Altersschichten von Frauen und macht sowohl vor Kindern als auch vor alten Menschen nicht halt. Behinderte und abhängige Menschen scheinen allerdings besonders häufig betroffen zu sein. Dabei trifft sexuelle Gewalt die Opfer besonders schwer, da es sich oft um einen nahestehenden, vertrauten Menschen handelt, der zum Täter wird.

Inzwischen wissen wir, dass erlebte sexuelle Gewaltsituationen als einschneidendes biografisches Moment gilt und diese immer schwerste körperliche und psychische Schäden hinterlassen, die sich über das gesamte Leben auswirken und die Einstellung zur Sexualität nachhaltig prägen. (Siehe auch Folie 3) Die schrecklichen Erlebnisse können nicht vergessen werden, auch wenn sie therapeutisch bearbeitet wurden. Frauen können nur lernen, mit diesen Beschädigungen umzugehen und versuchen, die bedrückenden Erfahrungen in ihre Lebensbiografie zu integrieren.

Ablenkung und aktive Betätigung ist meist ein hervorragendes Mittel der Verdrängung und eine gute Ressource, schreckliche Erlebnisse so weit zu „vergessen“, dass sie zumindest nicht mehr täglich schmerzen. Wenn aber Krankheit und Pflegebedürftigkeit ein Aktivsein verhindern, einen zur Ruhe zwingen, tauchen die alten schrecklichen Bilder umso leichter und intensiver wieder auf.

¹ Siehe Literaturempfehlung

Trauma- Experten wissen, dass gerade große Veränderungen der Lebensumstände (z.B. ein Sturz mit schwerwiegenden Folgen, eine lebensbedrohliche Erkrankung, das Versterben eines nahen Angehörigen, ein notwendiger Umzug in eine Pflegeeinrichtung...) dazu führen können, dass alte Wunden wieder aufbrechen.

Wissenschaftler sprechen in diesem Zusammenhang von „Reaktivierung“.

Trigger

Der schreckliche Traum erwacht auch erneut, wenn situative Kontexte, Menschen, Stimmen, Gerüche o.ä. zum Trigger werden. Dann wird die Situation in allen Einzelheiten noch einmal erinnert und durchlebt, Ängste und das Gefühl des „Geschändet Werdens“ werden zur erneuten Bedrohung, Panikgefühle machen sich breit und die Betroffenen zeigen entsprechende körperliche und psychische Symptome. Der Körper schaltet auf Alarm! (Siehe auch Folie 4)

Trigger = engl.-Auslöser

Eine oftmals alltägliche Situation wird unerwartet an eine Erfahrung (z.B. Gewalterfahrung) geknüpft, die in allen Einzelheiten noch einmal erinnert und durchlebt wird. Sie wird z.B. **ausgelöst** durch Gesten, Geräusche, Gerüche etc..

Ängste und das Gefühl des „Geschändet Werdens“ steigern sich zur erneuten Bedrohung, Panikgefühle machen sich breit und die Betroffenen zeigen entsprechende körperliche und psychische Symptome, die von Außenstehenden zunächst nicht gedeutet werden können.

Der Körper schaltet auf Alarm!

Pflegende sind oft aufgrund schlechter Rahmenbedingungen und knapper Zeitressourcen gezwungen, wider besseren Wissens die pflegerische Handlung schnell und zügig zu Ende zu führen, auch wenn sie eindeutige Anzeichen für erlebte sexuelle Gewalt erkennen. Leider aber können nach wie vor viele Pflegekräfte unerwartete Reaktionen Pflegebedürftiger nicht richtig einordnen, reagieren ungehalten und stehen ihnen hilflos gegenüber. „Nun soll sie sich mal nicht so anstellen“, „ist doch gleich vorbei“ oder „da müssen wir nun mal durch, das muss heute sein“, macht sich dann schon mal in unseren Gedanken breit oder kommt als Spruch über die Lippen. Abwehr oder Verweigerung von Pflegebedürftigen hält den Arbeitsablauf auf, die Angehörigen oder der MDK gucken schließlich genau hin, ob richtig gepflegt wird. Bei der nächsten Arztvisite werden dann evtl. Beruhigungsmittel verschrieben, damit die Pflege auch gründlich und fachgerecht durchgeführt werden kann.

Bedrohliche Erlebnisse sexueller Gewalterfahrung, die erneut wach und durchlebt werden, zählen wir heute zu den Posttraumatischen Belastungsstörungen.

Typische Symptome posttraumatischer Belastungsstörungen

Diese werden von den Psychotraumatologen im Allgemeinen in drei Hauptkategorien eingeteilt:

Übererregung

- die Frauen sind in ständiger Erwartung einer neuen Gefahr, das körpereigene Schutzsystem befindet sich in permanenter Alarmbereitschaft, deutlich gekennzeichnet z.B. durch Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen. *(Siehe auch Folie 5)*

Intrusion

- Die Betroffenen leiden unter den sich ungewollt aufdrängende Erinnerungen an das traumatische Ereignis, auch wenn die Gefahr schon lange vorüber ist, Traumatisierte erleben das Ereignis erneut, als ob es gerade geschehen wäre. Der abnormal gespeicherte Gedächtnisinhalt wird spontan wieder ins Bewusstsein zurückgeholt, typische Zeichen: Alpträume, Ruhelosigkeit. *(Siehe auch Folie 6)*

Konstriktion

- Situationen, die als bedrohlich empfunden werden, werden von den Betroffenen soweit wie möglich vermieden, in Ihnen entsteht das Gefühl der Erstarrung, sie leiden unter einer veränderten Wahrnehmung, dazu entwickeln sich häufig psychische Veränderungen wie Verzerrung, distanzierte Bewusstseinszustände (Trance) und dissoziative Zustände (Abspalten von Gedanken) bis hin zu Verstümmelungen und Suizidgedanken. *(Siehe auch Folie 7)*

Pflegekräfte sollten Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung erkennen, auch wenn es sich meist um unspezifische Zeichen handelt, die auch auf einen anderen Zusammenhang hinweisen können. Hier gilt es aber immer hinzuschauen und hellhörig zu werden.

Denn wenn alte Frauen merken, sie haben ein Mitspracherecht, die Pflege wird bei Abwehrreaktionen unterbrochen, es wird Rücksicht auf ihre Befindlichkeit genommen, kann sich eine Vertrauensbasis entwickeln. Damit verliert die aktuelle Situation die Bedrohung und somit auch ihre Triggerfunktion. Manchmal schließen sich gar biografische Gespräche an und Frauen können über das Erlebte und die schrecklichen Erfahrungen berichten, es „ans Licht bringen“, und damit aus der Dunkelheit der Vergangenheit befreien, was schon wesentlich zu einer Lösung beitragen kann.

Schwieriger zu handhaben sind Situationen, in denen Frauen auffällige Verhaltensweisen zeigen, jedoch nicht über Hintergründe sprechen wollen oder können. Aber auch hier hilft eine Unterbrechung, die Situation zu entschärfen, um eine erneute Verletzung auf jeden Fall zu vermeiden. Hinschauen, erspüren, Rücksichtnehmen, ein würdevoller Umgang - nur das kann die oberste Devise für pflegerische Arbeit sein!

Symptome

Deshalb sollten verschiedene Reaktionen Pflegebedürftiger aufmerken lassen
(nach Martina Böhmer², 2005): *(Siehe auch Folie 10)*

- Nicht vorhandene Schamgrenze
- Ein Apathisches „Über-sich-ergehen-lassen“
- Antriebsarmut
- Regressives Verhalten
- Schreien, um sich schlagen, weinen, erstarren, einschlafen besonders bei solchen Pflegemaßnahmen wie:
 - Mundpflege
 - Waschen des Gesichts
 - Waschen und Versorgen des Genitalbereichs
 - Sich vom Pflegenden wegdrehen müssen (Rücken zuwenden)
 - Gebadet werden (besonders bei männlichen Pflegepersonen)
 - Verabreichung von Vaginalzäpfchen
 - Verabreichen rektaler Abführmaßnahmen
 - Digitales Ausräumen des Enddarmes (leider oft unnötig praktizierte Maßnahme, die übrigens verordnungs- und aufklärungspflichtig ist!)
 - Rektale Infusionen
 - Legen und Tragen eines Dauerkatheters
 - Körperpflege allgemein
 - An- und Auskleiden
 - Verabreichung von Medikamenten
 - Fixierungsmaßnahmen, besonders im Bett

(Siehe auch Folie 8 und 9)

Auch sonstige Verhaltensweisen und somatische Symptome in körperlich nahen Pflegesituationen oder gar schon bei ihrer Ankündigung lassen u.a. auf erlittene sexuelle Gewalt schließen:

- Abends nicht ins Bett wollen;
- Nur mit offener Tür und mit Licht schlafen;
- Sich zu anderen Heimbewohnern ins Bett legen;
- Ständiges Klingeln nach der Pflegekraft ohne erkennbaren Grund;
- Nicht allein sein können oder wollen;
- Stetiges Rufe, Verlangen nach der Mutter;
- Eigenes digitales Ausräumen (Kotschmierer);
- Übelkeit / Erbrechen bei der Mundpflege;
- Kopfschmerzen ohne erkennbare Ursache;
- Belegte oder leise Stimme;
- Bauch und /oder Unterleibsschmerzen ohne pathologische Ursachen;
- Atemnot ohne pathologische Ursache;
- Hormonelle Störungen;
- Vaginalentzündungen;
- Ständige innere und äußerliche körperliche Unruhe;
- Alpträume;
- Stark schwankende Vitalwerte (RR, Puls, Atmung);
- Schlafstörungen aller Art;
- Tabletten, Nikotin und Alkoholhabusus

² Siehe Literaturempfehlung

Aus den beschriebenen Anzeichen lassen sich entsprechende Pflegeziele von Menschen mit posttraumatischer Belastungsstörung ableiten.

Pflegeziele

Für Pflegende ist es nicht das Ziel, erlittene Gewaltsituationen aufzuarbeiten. Das ist eindeutig die Aufgabe anderer Professionen! Vorsicht! (Siehe auch Folie 11)

- Wichtig aber ist es, das schädigende und ungesunde Abwehrverhalten in positives und gesundes Verhalten umzuwandeln.
- Somatische Beschwerden sollen gebessert und nicht weiter verschlimmert werden.
- Schlafstörungen sollten beseitigt werden.
- Psychische Erkrankungen sollten behandelt werden und der gesundheitliche Zustand verbessern.
- Die Frau sollte wieder aktiv am Leben teilnehmen können.
- Vielleicht kann eine Vertrauensperson gefunden werden, mit der das Erlebte besprochen werden kann.
- Die Frau muss Gefühle wie Wut oder Trauer ausleben dürfen.
- Sie muss ihre Bedürfnisse erkennen und sich trauen, sie auszusprechen.
- Erneute Verletzungen und Triggersituationen, soweit irgend möglich, vermeiden.

Entsprechend dem Pflegeprozess könnten aus den Zielformulierungen Maßnahmen für fachlich begründetes Pflegerisches Handeln bei posttraumatischen Belastungssituationen abgeleitet werden:

Maßnahmen in der Pflege von Frauen mit posttraumatischem Belastungssyndrom

(nach Martina Böhmer)

Achtung! Als Pflegekraft die eigenen Grenzen erkennen! Keine psychotherapeutische Behandlung durchführen!

Aber folgende Punkte in der Pflege berücksichtigen: (Siehe auch Folie 12)

- **Stärkung der Persönlichkeit und Schaffung neuer Kontakte.**
Denn Ohnmacht und Isolation sind die Grunderfahrungen des psychologischen Traumas! In sozialer Isolation ist keine Gesundung möglich!
- **Möglichkeiten schaffen, dass Frauen über sich selbst bestimmen oder zumindest Mitspracherecht haben!**
Denn in der belastenden Situation wurde über die Frau entschieden, sie hatte nichts zu sagen! Traumatisierte Frauen brauchen verständnisvolle Pflegekräfte, die Reaktionen, Krankheitssymptome und Verhaltensweisen akzeptieren, die eine vertrauensvolle Beziehung anbieten und die Frauen mit ihren Bedürfnissen und Wünschen in jeder Situation ernst nehmen.
- **Für eine sichere Umgebung sorgen, in der vielleicht auch mal belastende Themen besprochen werden können.**
Denn Frauen können Erlebtes nicht immer in ihr Leben integrieren, siehe zum Vergleich die Sterbephase nach Kübler Ross „Phase des Nicht-wahr-haben-wollens“. Frauen müssen ernstgenommen werden, sie brauchen Zeit für Gespräche und Menschen, zu denen sie Vertrauen haben und die ihnen zur Seite stehen.

Einige konkrete Maßnahmen:

(Siehe auch Folie 13-15)

- Probleme verletzter Frauen erkennen und eruieren
- Biografiearbeit
- Beziehungspflege
- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Frau und Pflegekraft, und Umständen wenige zuständige Pflegekräfte wählen.
- Psychische und somatische Symptome abklären lassen.
- Notwendigkeit von Dauergaben von Psychopharmaka und Schlafmittel abklären lassen
- Frau immer über Sinn und Zweck von Pflegehandlungen informieren, Verhandeln und Mitsprache soweit möglich.
- Eigenerfahrungen der Frau als Ressource nutzen, in die Pflegeplanung einfließen lassen!
- Immer wieder in Gesprächen vermitteln, dass Bereitschaft da ist, auf ihre Bedürfnisse einzugehen.
- Unterbrechung der Pflegemaßnahmen, wenn Signale der Überforderung deutlich werden.
- Frau wird in Gesprächen verdeutlicht, dass Bereitschaft da ist, auf ihre Bedürfnisse und Gefühle einzugehen.
- Gelegenheit geben, über das Erlebte zu sprechen
- Sinn bestimmter Verhaltensweisen ergründen, wenn sie ihrer Sicherheit dienen, diese akzeptieren und respektieren.
- Keine Therapie- oder Aktivierungsprogramme aufzwingen, Vorsicht mit Realitätsorientierungstraining
- Der Frau kleine verantwortliche Aufgaben übertragen, die etwas mit ihrer Biografie zu tun haben (Pflanzendienst)
- Der Frau u.U. Psychotherapie anbieten
- Situationen, die an das Trauma erinnern könnten, vermeiden:
 - Keine Sprache benutzen, die an das Trauma erinnern könnte: “Machen Sie mal die Beine breit!“
 - Pflege ohne ZuschauerInnen (Schüler, Praktikanten besonders männlichen Geschlechts)
 - Keine Medikamente oder Gegenstände in Körperöffnungen einführen, Alternativen zu Zäpfchen, rektalen Infusionen, digitaler Entleerung usw. suchen.
 - Kein Tragen von lauten Schuhen besonders bei Mitarbeiterinnen des Nachtdienstes
 - Kein nächtliches Anleuchten mit der Taschenlampe
 - Bei nächtlichen Pflegemaßnahmen warten, bis die Frau richtig wach ist.

Bei **Abwehrmaßnahmen der Frau** *(Siehe auch Folie 16)*

- Sinn, Zweck und Häufigkeit der Maßnahmen überdenken und nach Alternativen suchen
- Einfühlsames Vorgehen bei Maßnahmen, die durchgeführt werden müssen (Körperpflege)
- Schutz der Intimsphäre bei allen Maßnahmen, Fragen nach Gewohnheiten, evtl. Zeitpunkt verschieben
- Geführte Bewegungen/ Hand führen bei Mundpflege, beim Essen, bei der Intimpflege
- Immer mit dem Blick der Frau auf Sicherheit achten
- Gewaltanwendung/ Festhalten bei unruhigen und behinderten Pflegebedürftigen vermeiden.

Bei **somatischen Beschwerden** *(Siehe auch Folie 17)*

- Alternativen zu Medikamenten ausprobieren, Kneippsche Anwendungen, Wickel und Auflagen, Basale Stimulation, Gespräche, Berührungen, Zuhören

Bei Schlafstörungen (*Siehe auch Folie 17*)

- Grund und Art der Schlafstörungen ermitteln
- Alternativen zu Medikamenten ausprobieren: Schlafrituale, schlaffördernden Tee oder andere Getränke (Milch mit Honig, Kakao)

Bei psychiatrischen Beschwerden (*Siehe auch Folie 18*)

- Überprüfen, ob alle Psychopharmaka notwendig sind
- Überprüfung der Dauer, Menge und des Zeitpunktes der Gabe
- Eventuell Alternativen zu Psychopharmaka finden:
 - Bewegung,
 - Sonnenlicht,
 - Schlafentzug bei Depression

Besonders Frauen, die an Demenz erkrankt sind zeigen manchmal ein unerklärliches und „komisches“ Verhalten, was von Pflegekräften meist nicht gedeutet werden kann. Inzwischen wird in Fachkreisen diskutiert, ob Demenz unter Umständen eine mögliche innerpsychische Bewältigungsstrategie sein könnte, um mit den unbewältigten traumatischen Erinnerungen fertig zu werden, wenn die bisherigen Abwehrstrategien nicht mehr zur Verfügung stehen.

Um in der Arbeit mit diesen Frauen fachgerecht handeln zu können, ist es wichtig, dass gerade jüngere Pflegekräfte sich mit der Geschichte beschäftigen und ihr Geschichtswissen auffrischen und vervollständigen.

Daneben müssen Pflegekräfte für das Thema „Traumatisierung durch erfahrene sexuelle Gewalt“ sensibilisiert werden. Das hilft auch, einer erneuten Traumatisierung alter Frauen im Pflegealltag vorzubeugen.

Gleichwohl ist es von Bedeutung, als Pflegekraft für sich selbst zu sorgen, sich mit den eigenen Grenzen, Gefühlen, Erinnerungen auseinanderzusetzen und so Burnout vorzubeugen.

Das Gespräch im Kollegenkreis, ein fachlicher Austausch untereinander, eine Fortbildung zu dem Thema führen zu einer vermehrten Handlungssicherheit in schwierigen Situationen.

Fallbeispiel: posttraumatische Belastungsstörung

Frau G., 74 Jahre, zog vor vier Wochen in das Altenheim „Abendsonne“ um.

Sie leidet seit Jahren unter MS und konnte aufgrund zunehmender körperlicher Bewegungseinschränkungen nun nicht mehr allein für sich sorgen. Frau G. hat keine Kinder, ihr Mann verstarb bereits vor 40 Jahren an den Folgen der Kriegsgefangenschaft, seitdem lebte die Frau allein im eigenen Haushalt.

Das Einleben in die neue Umgebung fällt Frau G. augenscheinlich schwer, über Tag hält sie sich oft in ihrem Zimmer auf, insgesamt macht sie einen zurückhaltenden Eindruck. Die Körperpflege übernimmt sie selbständig. Auch bei der Ausscheidung lehnt sie jede Unterstützung ab.

Bei der letzten Untersuchung durch den Hausarzt ordnete dieser eine Bestimmung des Restharns mittels Einmalkatheterisierung an. Frau G. verweigerte bisher den Pflegekräften die Einwilligung zu dieser Untersuchung. Selbst der Leiter der Wohngruppe konnte sie nicht überreden. Nun soll in den kommenden Tagen ein erneuter Versuch durch die leitende männliche Pflegefachkraft unternommen werden.

Seit einigen Tagen berichtet die Nachtwache, dass Frau G. nachts zunehmend unter Schlafstörungen leide. In der vergangenen Nacht fand sie die Bewohnerin in einem bedenklichen Zustand vor:

Frau G. war schweißgebadet aufgewacht, klagte über anfallsweises Herzjagen, über Angstanfälle und Zittern. Sie sah sehr blass aus und konnte nach eigenen Angaben nicht mehr einschlafen. Ihr Mund war so trocken, dass sie kaum sprechen konnte. Auf das Angebot, sie wieder ins Bett zu bringen, reagierte Frau G. ungehalten und aggressiv. Die Bewohnerin verbrachte den Rest der Nacht im Sessel.

Zum Hintergrund der Bewohnerin.:

Frau G. wuchs auf dem elterlichen Hof in Hinterpommern auf. Gemeinsam mit den zwei Schwestern verlebte sie eine sorglose Kinderzeit. Frau G. blieb auch nach der Heirat im Elternhaus wohnen, denn schon kurze Zeit nach der Hochzeit wurden die Männer der Familie zum Kriegsdienst eingezogen. In den Kriegswirren wurde der Ort zuerst von den Deutschen Truppen überrollt. Soldaten schlachteten das Vieh ab, zerstörten die bereits bestellten Felder. Des nachts wurden die Frauen des Dorfes in der Scheune zusammengetrieben und der Reihe nach von Soldaten vergewaltigt. Frau G. konnte sich verstecken, musste aber aus dem Versteck heraus die großen Misshandlungen von Mutter und Schwestern mit ansehen. Die Mutter wurde schwer krank und starb kurze Zeit später. Eine der Schwestern nahm sich das Leben.

Kurz vor Kriegsende wurde der Ort erneut, nun von russischen Truppen überfallen. Die noch dort wohnenden Menschen mussten ihre Heimat verlassen, ihnen blieb, was sie auf dem Leibe trugen. Auch die junge Frau G. schloss sich dem letzten Treck aus der Heimat an. Ihre Flucht durch das zerstörte Deutschland endete vorerst bei einem Bekannten des Vaters in einem Dorf 50 km südlich von Berlin gelegen, der ihr gegen Arbeit auf dem Hof Unterschlupf und Verpflegung gewährte. Leider wurde ihr Vertrauen missbraucht, der Mann vergewaltigte sie fast täglich. Nur mit Mühe konnte sie ihrem Peiniger entfliehen.

Frau G. schlug sich bis in ein Dorf nahe Köln durch. Hier erlebte sie die Befreiung durch die Amerikaner und den Jubel, der den amerikanischen Soldaten von der Bevölkerung entgegengebracht wurde.

Das deutsche Geld verlor von Tag zu Tag mehr an Wert, die Bevölkerung hungerte. Die Soldaten saßen mit lässig übereinander geschlagenen Beinen auf ihren Jeeps und boten mitgebrachte Nahrungsmittel und Zigaretten gegen Prostitution an. Junge Mütter des Dorfes boten sich reihenweise sogar an, um auf diese Weise die Familie zu ernähren. Auch Frau G. wurde mehrmals aufgegriffen und zur Prostitution gezwungen.

Ihrem Mann gegenüber verlor sie nie ein Wort darüber. Sie versuchte den „ehelichen Pflichten“ so weit wie möglich zu entgehen, was nicht schwer fiel, da ihr Mann erst viele Jahre nach Kriegsende aus der russischen Kriegsgefangenschaft körperlich schwerstbehindert zu ihr zurückkehrt

Literaturempfehlung

- Böhmer, M. (2001). Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Sander, H- und Johr, B. (2006). BeFreier und Befreite. Frankfurt a. M.: Fischer Verlag
- Stemmer, R. (2001). Grenzkonflikte in der Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

Literaturverzeichnis

- Böhmer M. (1999). „Darüber spricht man nicht...“. In: Altenpflege 10/99 S.42-44
- Böhmer, M. (2001). Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Daneke, S. (2001). Tabubrüche und Schamgefühle. In: Altenpflege 6/2001, S.21
- Däbrtiz, K. (2005), Sexualität und körperliche Behinderung als Herausforderung in der Sozialen Arbeit. www.nicolai-vista.de/sozial
- Gröning, K. (2001). Entweihung und Scham. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag GmbH
- Grond, E. (2001). Sexualität im Alter (K)ein Tabu in der Pflege. Hagen: B. Kunz Verlag
- Klitzing, W. v. (1997). Eine echte Herausforderung. In: Altenpflege 11/97, S. 24-25
- Klitzing, W. v. (1997). Die Nähe zum Patienten kann angst machen. In: Pflegezeitschrift 8/97, S.459 – 464, Stuttgart: Kohlhammer GmbH
- Koch-Straube, U. (2003). Fremde Welt Pflegeheim. Göttingen: Verlag Hans Huber
- Koch-Straube, U. (1992). Von der Angst, den Kopf zu verlieren. In: Forum Sozialstation 61/ 1992, S.13-16
- Koch-Straube, U. (1995). Die stille Angst vor dem Tag X. In: Forum Sozialstation 75/ 1995, S.50-51
- Marks, St., (2010). Menschenwürde und Scham. In Praxis Pflegen 3/2010, S. 38-41
- McKenna, H. /McCann, K. (1994). Pflegen heißt auch berühren. In: Altenpflege Forum, Jahrg. Nr.3, S.66-73
- Meudt, D. , (2006). Sexualität in der Pflege alter Menschen. Köln: KDA
- Overlander, G. (2002). Die Last des Mitfühlens. In: Heilberufe 1/2002, S.20 – 21
- Overlander, G. (1996). Die Last des Mitfühlens. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Ringel, D. (2000). Ekel in der Pflege - eine „gewaltige“ Emotion. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH
- Schwartze, G. (1998). Beziehungen und Gefühle in der Pflege. München: Verlag Urban & Schwarzenberg
- Schwerdt, R. (1998). Eine Ethik für die Altenpflege. Göttingen: Verlag Hans Huber
- Sander, H- und Johr, B. (2006). BeFreier und Befreite. Frankfurt a. M.: Fischer Verlag
- Spiegel: „Die Pionierin“ <http://www.spiegel.de/spiegelwissen/0,1518,680226-2,00.html>
- Sporken, P. http://www.beraten-und-beruehren.ch/html/link_sexualitat.html
- Stemmer, R. (1999). Professionalität ist, darüber reden zu können, In: Pflegezeitschrift 7/99, S.505 – 509, Stuttgart: Kohlhammer GmbH
- Stemmer, R. (2001). Sexualität in der Pflege: Tabu? In: Heilberufe 1/2002, S.8 – 19
- Stemmer, R. (2001). Grenzkonflikte in der Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag
- Sydow, K. v. (1994). Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen. München: Verlag Ernst Reinhard