

34 Traumatisierung und Notfallpsychologie

Examenschwerpunkte



Traumatische Ereignisse (S. 508), Akute Belastungsreaktion und stressassoziierte Störungen (S. 510), Traumatische Erfahrungen in der Biografie von Patienten und Bewohnern (S. 513), Pflege und Begleitung von Menschen mit traumatischen Erfahrungen (S. 516), Notfallpsychologie (S. 517)

34.1 Traumatische Ereignisse

Durch die Medienübertragung ist das Interesse an Katastrophen, Großschadensereignissen, Verbrechen und den daraus entstehenden Folgen im materiellen, somatischen und psychischen Bereich für die betroffenen Menschen weltweit öffentlich geworden. Das Bewusstsein für die psychischen Folgen von extremen, belastenden Ereignissen ist gewachsen. Für die medizinische Notfallversorgung ist in Deutschland gesorgt. Es liegen klare Konzepte für eine schnelle und optimale Hilfeleistung in unterschiedlichen Bedarfssituationen vor. Die psychologische Betreuung von Menschen, die schlimme Ereignisse erleben mussten, ist in den Blick der Forschung gerückt. Sie bietet inzwischen gesicherte Erkenntnisse darüber an, wie Hilfe gestaltet werden kann, damit psychische Verletzungen aufgefangen oder gelindert werden können.

Das Wort „Trauma“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet Verletzung. Unter einem psychischen Trauma versteht man eine psychische Verletzung nach außergewöhnlich belastenden Lebensereignissen wie z.B.:

- **Unfälle:** Verkehrsunfälle, Unfälle am Arbeitsplatz oder zuhause,
- **Straftaten:** Geiselnahmen, Entführungen, Terrorismus, Attentate, Körperverletzung, Vergewaltigung, Einbruch oder andere Verbrechen,
- **Todesfälle:** Suizid, Suizidversuch, Tod einer Bezugsperson,
- **Großschadensereignisse, Katastrophen:** Unglücksfälle im Bahn-, Flug- oder Schiffsverkehr, Explosionen, Großbrände, Unwetter, Überschwemmungen, Vulkanausbrüche, Erdbeben und Kriege (► Abb. 34.1).

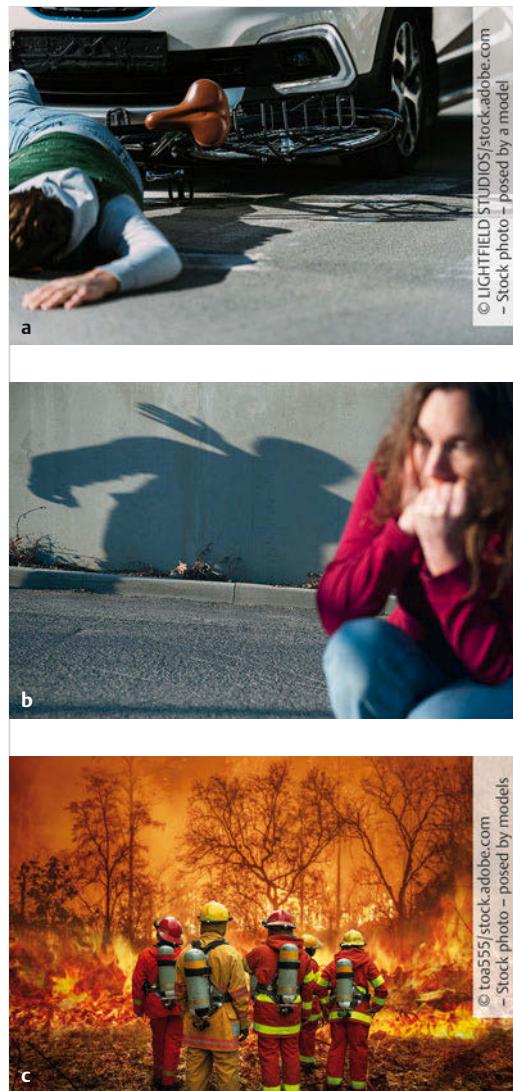


Abb. 34.1 Belastende Lebensereignisse.

- a Unfall. (© LIGHTFIELD STUDIOS/stock.adobe.com. Stock photo - posed by a model.)
 b Gewalt (*nachgestellte Situation*). (© P. Blåfield/Theime)
 c Naturkatastrophe. (© toa555/stock.adobe.com - Stock photo - posed by models.)

Definition

Von einem **traumatischen Ereignis** wird gesprochen, wenn:

- die Person etwas erfahren hat oder Zeuge eines Ereignisses wurde, das eine außergewöhnliche Bedrohung (Lebensbedrohung, Tod oder schwere Verletzung) enthielt,
- die Reaktion der betroffenen Person aus intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen bestand,
- die ursprünglichen Reaktionen (Flucht oder Kampf) und konstruktive Problemlösungen wegen der massiven Überreizung des Nervensystems versagen; die Situation kann von der Person selbst zu diesem Zeitpunkt nicht sinnvoll verarbeitet werden.

Merke

Ein traumatisches Ereignis liegt außerhalb dessen, was Menschen normalerweise erleben.

Es werden verschiedene Arten von Traumata unterschieden:

- akzidentielle Traumata: Traumata, die nicht unmittelbar von einem Menschen verursacht werden, z. B. Naturkatastrophen,
- man-made Traumata: unmittelbar von einem Menschen verursachte Traumata, z. B. Vergewaltigung,
- Typ I Traumata: einmalig oder kurz andauernd, z. B. Unfall,
- Typ II Traumata: wiederholt, lange andauernd, z. B. Folter, langjähriger Missbrauch.

Aufgabe

- 1 Mit welchen traumatischen Ereignissen können Sie im Krankenhaus oder im Pflegeheim konfrontiert werden? Welche könnten Sie in die Lage bringen, psychologische Hilfe zu leisten oder notfallpsychologische Hilfe zu vermitteln?

34.1.1 Betroffene Personen

Außergewöhnliche Belastungen können sich in jedem Leben ereignen. Von einem Trauma betroffene Personen sind:

- **Primäropfer:** Menschen, die selbst unmittelbar in ein traumatisches Ereignis verwickelt sind, wie Verletzte nach einem Unfall, Obdachlose nach einem Erdbeben, als Geisel festgehaltene Personen, Entführte, in suizidaler Absicht Verletzte.
- **Sekundäropfer:** Menschen, die zu einem extremen Ereignis hinzukommen, mit den traumatisierten Opfern unmittelbar konfrontiert werden, wie Einsatzkräfte der Polizei, der Feuerwehr, des notärztlichen Dienstes und Augenzeugen.
- **Tertiäropfer:** Sie haben das Ereignis nicht direkt vor Ort erlebt. Sie haben aber eine enge persönliche Beziehung zu mindestens einem Opfer. Zu Tertiäropfern zählen in der Regel Angehörige der Betroffenen, Mitschüler, Freunde der Primär- oder Sekundäropfer. Dies können Eltern sein, die nachts von der Polizei informiert werden, dass ihr Kind verunglückt ist, oder Schüler einer Schule, an der ein Amoklauf stattgefunden hat, während die Schüler selbst aber nicht vor Ort waren, auch Personal in Arztpraxen, Krankenhaus oder Pflegeheim.

34.1.2 Neurophysiologie der Traumatisierung

Was geschieht im Gehirn, wenn ein Mensch in eine traumatische Situation gerät? Bei traumatischen Erlebnissen sind die Sinneseindrücke und die Emotionalität der Situation so intensiv und belastend, dass das Gehirn sie nicht ausreichend verarbeiten kann. Ein Teil des limbischen Systems, der Mandelkern, hemmt die Weiterleitung zu Sprachzentren und zu weiterverarbeitenden Hirnregionen. Die Sinneseindrücke werden zerlegt in Bilder, Töne und Gerüche. Diese hängen in Bruchstücken wie in einer Warteschleife und gelangen nicht in die „Endablage“ des Gehirns. So können sie nicht in die bisherigen Erfahrungen und die bestehende Vorstellung von der Welt integriert werden. Bei ähnlichen Reizen oder Situationen kommen sie wieder hervor. Dies kann in Form von sog. Flashbacks oder auch als ein Wiedererleben in Alpträumen erfolgen.

34.2 Akute Belastungsreaktion und stressassoziierte Störungen

Ohne das Vorliegen einer Belastung oder eines Traumas (S.508), das jeweils durch zu hohen Stress verursacht wurde, kann nicht von einer der folgenden Störungen gesprochen werden, unabhängig davon, ob es sich um eine Diagnose nach der ICD-10 (S.453) oder der ICD-11 (S.455) handelt.

► **ICD-10.** Bei der Diagnostik der psychischen Folgeschäden eines außergewöhnlich belastenden Lebensereignisses oder einer über eine gewisse Zeit anhaltenden schweren Belastung unterscheidet die WHO in der ICD-10 (International Classification of Diseases) zwischen der:

- akuten Belastungsreaktion und der
- posttraumatischen Belastungsstörung.

► **ICD-11.** Die ICD-11 benennt das Kapitel der Belastungsstörungen neu in: „Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind“ (Stressassoziierte Störungen, ► Tab. 34.1). In der ICD-11 soll durch die neue Benennung betont werden, dass die **Stressoren** die Ursache bzw. der Auslöser für verschiedene Störungen sind. Im Vergleich zur ICD-10 wurden einige stressbedingte Krankheitsbilder aus anderen Kapiteln neu integriert.

Die akute Belastungssituation F43.0 wird in der ICD-11 in das Kapitel 24 (QE84) eingeordnet (► Tab. 34.1), weil diese **nicht** mehr als psychische Störung angesehen wird, sondern als eine normale Reaktion auf eine extreme Stresssituation bzw. Stressoren.

Tab. 34.1 Stressbedingte Belastungsstörungen – Vergleich ICD-10 und ICD-11. Diese Gruppe wurde in der ICD-11 um neue Störungsbilder erweitert. Die akute Belastungsreaktion wird in der ICD-11 nicht mehr als psychische Störung eingeordnet.

ICD-10	ICD-11
F43.0 Akute Belastungsreaktion	QE84 Akute Belastungsreaktion (Stressreaktion) (In der ICD-11 ausgelagert ins Kap. 24 „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“, keine psychische Störung mehr!)
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	<ul style="list-style-type: none"> • 6B40 Posttraumatische Belastungsstörung • 6B41 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (Wurde in der ICD-10 unter F.6.2.0 codiert, keine direkte Entsprechung in der ICD-10.) • 6B42 Verlängerte Trauerstörung (Wurde in der ICD-10 unter F.4.2 codiert, keine direkte Entsprechung in der ICD-10.)

34.2.1 ICD-10: Akute Belastungsreaktion

Sie „zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von ‚Betäubung‘, mit einer gewissen Bewusstseinseinengung und eingeschränkten Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sich-Zurückziehen aus der Umweltsituation folgen oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität [...].“ (ICD-10, F43.0; ► Abb. 34.2).



Abb. 34.2 „Was ist nur mit mir los?“ (nachgestellte Situation) (© BillionPhotos.com/stock.adobe.com - Stock photo. Posed by a model.)

Merke**M!**

Eine akute Belastungsreaktion findet in den ersten 4 Wochen nach dem belastenden Ereignis statt. Besteht die Symptome länger als 4–6 Wochen, liegt eine posttraumatische Belastungsstörung vor.

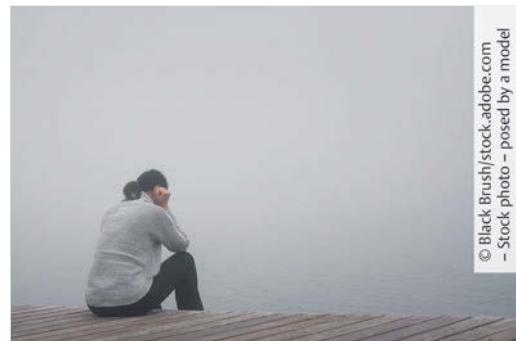
34.2.2 ICD-10/ICD11: Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

„Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks) oder in Träumen vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Gewöhnlich tritt ein Zustand von vegetativer Übererregbarkeit mit gesteigerter Wachsamkeit, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind oft mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten [...].“ (ICD 10, F43.1; ► Abb. 34.3).

Merke**M!**

Alle Symptome der akuten Belastungsreaktion und der posttraumatischen Belastungsstörung sind normale Reaktionen in anormalen Situationen.

Belastungsstörungen in diesem Sinne, die sich in der Folge eines traumatischen Erlebnisses ausbilden, sind medizinisch als Krankheit anerkannt. Psychische Traumatisierung kann ebenso arbeitsunfähig machen wie eine körperliche Verletzung.



© Black Brush/stock.adobe.com
- Stock photo - posed by a model

Abb. 34.3 „Ich kann nicht mehr!“ (nachgestellte Situation) (© Black Brush/stock.adobe.com - Stock photo - posed by a model.)

Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach der ICD-10

Nicht jede psychische Störung nach einem schweren Erlebnis ist eine posttraumatische Belastungsstörung. Um sie zu diagnostizieren sind verschiedene Kriterien zu beachten:

1. Das Vorliegen eines traumatischen Ereignisses (der Patient ist selbst oder indirekt betroffen, z. B. als Augenzeuge bei Ereignissen mit Todesfall, schwerer Verletzung oder Lebensbedrohung) und die Reaktion von Angst, Hilflosigkeit und Entsetzen.
2. Quälendes Wiedererleben der traumatischen Situation. Im Wachzustand werden plötzlich und lebhaft Ereignisanteile erlebt, gesehen, gerochen, gehört (Flashback). Die gleichen physiologischen Begleiterscheinungen, wie Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, treten auf. In Form von Alpträumen wiederholt sich die erschütternde Situation im Schlaf.
3. Vermeiden und emotionale Stumpfheit. Die Personen fühlen sich wie betäubt. Sie berichten von Starrheit, Unzugänglichkeit im Gefühlsbereich. Alle Reize, die einen an das Ereignis erinnern könnten, werden gemieden.
4. Übererregung in Form von Wachsamkeit, Alarmbereitschaft, Schreckhaftigkeit. Dadurch entstehen Einschlafstörungen und Konzentrationsprobleme, häufig auch somatische Symptome.

Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach der ICD-11

Unverändert kann nach der ICD-11 eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nur dann entstehen, sofern die Betroffenen einem extrem bedrohlichen oder entsetzlichen Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen ausgesetzt waren.

Die Störung wird durch **alle** der 3 folgenden Punkte gekennzeichnet:

- Das traumatische Ereignis oder die traumatischen Ereignisse werden in der Gegenwart wiedererlebt in Form von lebhaften aufdringlichen Erinnerungen, Rückblenden oder Albträumen. Das Wiedererleben kann über eine oder mehrere Sinnesmodalitäten wahrnehmbar sein und wird typischerweise von starken oder überwältigenden Emotionen begleitet. Dies sind insbesondere Angst oder Entsetzen, und starke körperliche Empfindungen.
- Gedanken und Erinnerungen an das Ereignis bzw. die Ereignisse werden vermieden. Ebenso werden Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das Ereignis bzw. die Ereignisse erinnern, vermieden oder gemieden.
- Eine erhöhte aktuelle Bedrohung wird anhaltend wahrgenommen, was sich z. B. durch Hypervigilanz oder eine verstärkte Schreckreaktion auf Reize wie unerwartete Geräusche zeigt.

Die Symptome zur Diagnose sind in der ICD-10 und ICD-11 im Kern unverändert, nur anders formuliert.

Die Symptome halten mindestens mehrere Wochen lang an und verursachen erhebliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. (ICD-11; 6B40, ▶ Tab. 34.1)

34.2.3 Neu ICD-11: Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-11, 6B41) geht auf ein Ereignis oder eine Reihe von Ereignissen zurück, die von **extrem** bedrohlicher oder entsetzlicher Natur waren. Beispiele dieser Extremsituationen sind: Folter, Skla-

verei oder Völkermord oder Opfer von anhaltender häuslicher Gewalt und wiederholter sexueller Missbrauch in der Kindheit.

Betroffene, die an dieser Störung leiden, haben eine schlechtere Prognose und brauchen andere Behandlungen als Personen mit PTBS (6B40; F43.1). Die komplexe PTBS ersetzt die bisherige ICD-10-Kategorie der dauerhaften Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastungen (F62.0).

Neben den oben genannten klinischen-diagnostischen Kriterien (S.512) haben die Betroffenen schwerwiegende und anhaltende Probleme, ihre Affekte zu regulieren. Sie sind außerdem davon überzeugt, dass sie minderwertig, abgeschlagen oder wertlos sind, was mit Scham- oder Schuldgefühlen einhergeht, da die Betroffenen belastende Gefühle des Versagens im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis empfinden. Hieraus resultieren Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten und sich anderen nahe zu fühlen. Diese Symptome verursachen erhebliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen und schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen des Lebens.

34.2.4 Neu ICD-11: Verlängerte Trauerstörung

Eine verlängerte Trauerstörung (ICD-11, 6B42) ist eine Störung, bei der nach dem Tod eines Partners, eines Elternteils, eines Kindes oder einer anderen Person im persönlichen Umfeld eine anhaltende, allgegenwärtige und intensive Trauerreaktion auftritt. Die Betroffenen verspüren eine Sehnsucht nach dem Verstorbenen oder beschäftigen sich anhaltend mit dem Tod der betrauerten Person.

Die Betroffenen leiden unter vielfältigen emotionalen Schmerzen, z. B. Traurigkeit, Schuldgefühle, Wut, Verleugnung, Schuldzuweisungen. Sie tun sich schwer den Tod zu akzeptieren. Oft haben die Betroffenen das Gefühl, einen Teil ihres Selbst verloren zu haben, und sind nicht mehr fähig, in eine positive Stimmung zu kommen. Es stellt sich eine emotionale Taubheit ein, die verhindert, dass soziale oder anderen Aktivitäten gepflegt werden können.

Die intensive Trauerreaktion der betroffenen Person hält nach dem Verlust über einen atypisch langen Zeitraum an, d. h. **mindestens 6 Monate**,

und übertrifft die erwarteten sozialen, kulturellen oder religiösen Normen, nach denen die Person lebt. Bei den meisten Menschen tritt etwa 6 Monate nach dem Trauerfall zumindest eine teilweise Besserung der seelischen Trauerschmerzen (S.379) ein. Wenn die schweren Trauerreaktionen und -schmerzen länger andauern, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass die Betroffenen persönliche Einschränkungen in allen Funktionsbereichen des Lebens erfahren.

Eine abnorme Trauerreaktion (pathologische Trauer) wurde in der ICD-10 noch unter den Anpassungsstörungen (F43.2) diagnostiziert. Die verlängerte Trauererkrankung wurde in die ICD-11 als eigene Störung aufgenommen, weil Fachkreise monierten, dass eine ausgeprägte und schwächen-de Trauerstörung mit den zur Verfügung stehenden ICD-10-Diagnosen nicht ausreichend berücksichtigt werden konnte. Der kulturelle Kontext ist sehr wichtig, um zu unterscheiden, ob die Trauerreaktion noch den kulturellen Normen entspricht oder nicht. Weiter ist zu differenzieren, dass keine depressive Episode (S.476) vorliegt, deren Auswirkungen und Krankheitsprognosen andere Behandlungsmethoden erfordern.

Aufgabe



2 Herr und Frau Krämer* haben bei einem Auto-unfall 2 Neffen verloren. Obwohl sie selbst zum Unfallzeitpunkt nicht im Auto waren und die Fahrerin des Autos keine Schuld hatte, fühlen sie sich verantwortlich und werden von Gedanken geplagt wie „wenn wir nur bei ihnen gewesen wären ...“, „wenn wir die Kinder nur zu Hause behalten hätten ...“, „wenn wir nur unser Auto zur Verfügung gestellt hätten ...“. In den Wo-chen nach dem Unfall nahm Frau Krämer 10 Kilo Gewicht zu, bei Herrn Krämer zeigten sich Herz-rhythmusstörungen. Die Unfallstelle umfuhren sie noch nach Monaten weiträumig. Sie zogen sich aus ihren kirchlichen und sozialen Aktivitäten zurück. Sie litten beide unter Flashbacks und Schlafstörungen. Obwohl ihr Leben nicht durch den Unfall gefährdet und sie nicht Zeuge des Ereignisses waren, entwickelten sie eine posttraumatische Belastungsstörung entsprechend der Schwere ihres Verlustes.

Zeigen Sie an diesem Fall Diagnosekriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung auf.

*Aufgabenstellung ist fiktiv, Namen frei erfunden

34.3 Traumatische Erfahrungen in der Biografie von Patienten und Bewohnern

34.3.1 Sexualisierte Gewalterfahrungen

Das Bundeskriminalamt meldete für das Jahr 2023 in Deutschland rund 126.000 polizeilich erfasste Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Diese Zahl stieg im Jahr 2023 das achte Jahr in Folge und erzielte einen neuen Höchststand. Die Polizeiliche Kriminalstatistik 2023 verzeichnet 39.061 Fälle von Vergewaltigung oder sexueller Nötigung (37.061 weibliche und 3.299 männliche Opfer). Das bedeutet, dass im Durchschnitt alle 13,5 Minuten eine Vergewaltigung angezeigt wird. Hinzu kommt eine enorme Dunkelziffer nicht angezeigter Straftaten. Schätzungen gehen davon aus, dass über 20% aller älteren Frauen sexualisierte Gewalt erfahren haben.

Sexualisierte Gewalt fand und findet auch heute noch in verschiedenen Lebensbereichen statt:

- in der Kriegs- und Nachkriegszeit,
- innerhalb der Familie,
- in der Ehe,
- in kriminellen Handlungen durch fremde Personen.

Pflegende begegnen in ihrem Beruf Menschen, die in ihrer Biografie mit lang oder kurz zurückliegen-den traumatischen Erfahrungen konfrontiert wurden. Diese Erfahrungen bringen die Patienten und Bewohner mit. Sexuelle traumatische Erfahrungen beeinflussen das Erleben der Pflegesituationen und wirken sich oft belastend auf die Pflegebezie-hung aus.

Sexualisierte Gewalterfahrungen älterer Frauen in der Kriegs- und Nachkriegszeit

Sexuelle Gewalt fand in Deutschland in der Kriegs- und Nachkriegszeit statt in Form von:

- **Massenvergewaltigungen:** Schätzungen gehen von mindestens 2 Millionen Vergewaltigungen allein auf deutschem Gebiet aus – davon etwa 240 000 unmittelbar mit Todesfolge für die Mädchen und Frauen. Es kam zu vielen unerwünschten Schwangerschaften. Viele Frauen wurden mehrfach vergewaltigt. Immer wieder mussten Kinder mit ansehen, wie die eigenen Mütter vergewaltigt wurden.
 - **Zwangprostitution:** Zehntausende von Frauen wurden in Wehrmachtsbordellen zur Prostitution gezwungen. Frauen, die sich dabei mit Geschlechtskrankheiten angesteckt hatten, wurden erschossen. In Konzentrationslagern fand Zwangprostitution zur Steigerung der Arbeitsmoral der Zwangsarbeiter statt.
- Nach Kriegsende sahen viele Frauen keine andre Möglichkeit, sich und ihre Familien zu ernähren, als sich bei den amerikanischen Soldaten zu prostituieren.

Wie gingen Frauen mit diesen sexuellen Gewalterfahrungen um?

Um ihre aus dem Krieg zurückkehrenden Männer nicht zu belästigen, aber auch aus Angst davor, verstoßen zu werden, schwiegen und verdrängten die meisten Frauen das Erlebte. Sie wollten vergessen und stürzten sich deshalb in ihre Aufgaben als Mütter, Hausfrauen, Versorgerinnen und nach Kriegsende als sog. Trümmerfrauen in den Wiederaufbau Deutschlands. So blieb für die meisten Frauen keine Zeit, um die traumatischen Erlebnisse zu verarbeiten.

Die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung (deren Ursache u. a. sexualisierte Gewalt ist), kommt erstaunlicherweise bei älteren Frauen so gut wie nie vor. So werden deren Symptome (z. B. Übererregung, emotionale Erstarrung, Flashbacks, Schlaf-, Konzentrations-, Persönlichkeits- und vor allem Gedächtnisstörungen, plötzliche Desorientierung, Angst- und Panikzustände, Fluchtverhal-

ten und Halluzinationen) im Alter oft mit den Diagnosen Demenz, Depression oder mit Psychosen assoziiert und entsprechende Maßnahmen eingeleitet: Verabreichung von Sedativa, Antidepressiva und Antipsychotika (z. B. mit den Nebenwirkungen der kognitiven Leistungsminderung, Bewegungsstörungen und vegetativen Symptomen) oder sogar Unterbringung im Demenzbereich einer Institution!

Sexuelle Gewalterfahrungen innerhalb der Familie

Sexuellen Missbrauch von Kindern gibt es heute und gab es vermutlich auch früher. Durch die Machtposition der Väter in der Familie und die Tabuisierung der Thematik zu der damaligen Zeit liegt die Vermutung nahe, dass solche Verbrechen früher kaum aufgedeckt wurden.

Sexuelle Gewalterfahrungen in der Ehe

Viele Vergewaltigungen fanden und finden an Ehefrauen bzw. in einer Partnerschaft statt, an jungen und alten Frauen. Dabei geht es fast immer um Macht, aus der die Täter ihre Befriedigung erhalten. Ziel ist dabei oft, Frustration abzureagieren oder die Demütigung und Unterdrückung der Frau, um das eigene Selbstwertgefühl zu steigern.

Bis 1977 existierte im Gesetzestext der Begriff „Eheliche Pflichten“. Viele ältere Frauen sind mit diesem Rechtsbegriff aufgewachsen und wehrten sich nicht dagegen, wenn der Ehemann sein Recht einforderte. Erst 1997 wurde erzwungener ehelicher Beischlaf als Vergewaltigung in der Ehe strafbar. Aus Angst vor den Reaktionen des Mannes wurden dennoch viele dieser Straftaten nicht angezeigt. Zum Schutz der Frauen bei häuslicher Gewalt wurden schließlich 2002 „schnell wirkende Schutzanordnungen“ bei Gewalt in der Ehe und gegen Kinder möglich.

Dennoch werden nach wie vor viele solcher Verbrechen nicht angezeigt. Dabei spielen Abhängigkeitsverhältnisse und Ängste vor den Reaktionen des Mannes aber auch davor, allein nicht zurechtkommen, eine wichtige Rolle.

Da die heute älteren Frauen fast immer in finanzieller Abhängigkeit zu ihren Ehemännern standen und die Gesetzeslage damals noch weniger Möglichkeiten bot, um sich zu wehren, liegt die Vermutung nahe, dass gerade ältere Frauen vermehrt von Gewalt in der Ehe betroffen waren oder sind.

Bei Menschen mit Migrationshintergrund können zudem traumatische Erfahrungen durch Zwangsheirat, Beschneidungen etc. vorliegen.

Sexuelle Gewalterfahrungen durch kriminelle Handlungen

Neben den oben beschriebenen sexuellen Gewalterfahrungen im Krieg oder im häuslichen Umfeld geschehen auch Traumatisierungen durch Straftaten, z. B. sexuelle Übergriffe am Arbeitsplatz, sexuelle Nötigung, Vergewaltigung unter Drogen.

34.3.2 Nicht sexualisierte Gewalterfahrungen

Zu den sexualisierten Gewalterfahrungen kommen in vielen Biografien noch andere traumatisch erlebte Gewalterfahrungen hinzu.

Gewalterfahrungen in der Kriegs- und Nachkriegszeit

In dieser Zeit wurde Gewalt in vielfältiger Form erlebt, z. B. in Form von Hunger, Schmerzen, körperlichen Verletzungen und Demütigungen, Enteignung, Zerstörung von Häusern und Lebensraum.

Gewalterfahrungen innerhalb der Familie und in der Schule

Geprägt von einem autoritären Erziehungsstil haben viele Menschen der älteren Generationen Gewalt durch die Eltern erlebt, sie wurden z. B. geschlagen, im Zimmer oder im Keller eingesperrt. Erst im Jahr 2000 wurde die körperliche und seelische Misshandlung der Kinder im Gesetzestext ausdrücklich verboten.

Viele ältere Menschen haben auch durch Lehrer Gewalt erfahren, wie Demütigungen vor der Klasse oder Schläge mit dem Stock.

Gewalterfahrungen in der Ehe

In vielen Ehen wurde getan, was der Mann sagte, auch gegen den Willen der Ehefrau. So gab es im Gesetz bis 1957/58 das „Letztentscheidungsrecht des Mannes in der Ehe“. Demnach durfte der Mann auch über Erziehungsfragen, Haushalt und Geld entscheiden.

Sich zu trennen war damals sehr schwierig: Frauen waren meistens finanziell vom Ehemann abhängig. Oft hatten Frauen nur eine geringe Schulbildung. Nach einer Heirat blieb die Frau meistens zu Hause und verdiente kein eigenes Geld. Eine Scheidung war auch aus der Sicht der Gesellschaft problematisch. Hinzu kam, dass noch bis 1977 bei Scheidungen das Schuldprinzip galt (Unterhaltsansprüche nach Schuldanteil).

Auch heute findet Gewalt in Ehen oder Beziehungen statt, manchmal auch durch die Frau.

In der Pflege kann es bei den Betroffenen zu fehlendem Vertrauen, ängstlichen Reaktionen und zu Abwehrverhalten – vor allem auch gegenüber Personen des anderen Geschlechts – kommen.

Gewalterfahrungen durch andere kriminelle Übergriffe

Auch kriminelle Handlungen wie Körperverletzung, Geiselnahme, Einbruch, Raub, können Menschen traumatisieren.

B

Fallbeispiel

Gewalt durch Kriminalität. Nach einer Knieoperation liegt eine junge Frau im Krankenhaus. Am frühen Abend findet Pflegefachkraft Lukas* sie in einem Zustand der Unruhe und Angst vor. Sie drängt darauf, dass man ihre Freundin benachrichtigen soll, die Nacht in ihrem Zimmer zu verbringen. Lukas versucht, sie zu beruhigen, erfährt dabei, dass in der Wohnung der jungen Frau vor wenigen Tagen eingebrochen wurde. Die Täter hatten mit brutaler Gewalt Vieles zerstört. Seitdem erlebt sie immer wieder Angstattacken. Das Stationsteam beschließt, die Patientin in ein Doppelzimmer zu verlegen, gleich gegenüber dem Stationszimmer. Die Tür bleibt ein wenig geöffnet. Es wird eine ruhige Nacht.

*Fallbeispiel fiktiv, Namen frei erfunden

34.4 Pflege und Begleitung von Menschen mit traumatischen Erfahrungen

34.4.1 Richtlinien für Pflege und Begleitung von traumatisierten Menschen

Die Aufgaben der Pflegenden beinhalten: Begleiten – Unterstützen – Anleiten – Beraten.

- Traumatisierte Menschen als Menschen mit ihrer Lebensgeschichte begreifen.
- Symptome wahrnehmen und richtig einordnen: Symptome und Verhaltensweisen müssen immer erst als Reaktionen auf bestimmte Situationen und Maßnahmen betrachtet werden. Es gilt Abwehrverhalten und Scham wahrzunehmen und darauf zu reagieren, z. B. durch Unterbrechen und durch Schutz der Intimsphäre.
- Betroffenen Sicherheit vermitteln; einen sicheren Raum zur Verfügung stellen, z. B. ein abschließbares Zimmer, auf Wunsch ein Nachtlicht anlassen, sich ankündigen, sodass der Betroffene nicht erschrickt.
- Betroffenen Kontrolle über sich und seine Situation ermöglichen; fragen, ob bestimmte Pflegehandlungen durchgeführt werden dürfen bzw. was er selbst übernehmen will.
- Vertrauen aufbauen. Das ist oft ein langwieriger Prozess, der durch Zuverlässigkeit und respektvollen Umgang geprägt sein muss. Menschen mit Gewalterfahrungen suchen selten Nähe, sie wirken oft ablehnend und „hart“. Manche verhalten sich sehr angepasst, Berührungen sind häufig unerwünscht. Die Person, die Gewalt erfahren hat, bestimmt über Nähe und Distanz.
- Die Reaktivierung des Traumas vermeiden, d. h. die Situationen und Reize unterbinden, die traumatische Erinnerungen wachrufen können (Trigger), z. B. Lärm, Hektik, Fernsehfilme über Krieg und Gewaltverbrechen, Licht, das Schatten wirft, bestimmte Musik, bestimmte Gerüche.
- Betroffene dabei unterstützen, intakte Lebensbereiche auszubauen: Alltagsgespräche und Aktivitäten als Entspannung und Ablenkung anbieten.

34.4.2 Traumareaktivierung

Viele traumatisierte Menschen mussten ihre Verdrängungs- und Bewältigungsstrategien (z. B. Vermeidung, Ablenkung, Verdrängung, Substanzmissbrauch) so optimieren, dass sie damit leben konnten. Mit zunehmendem Alter, hinzukommender Krankheit oder Pflegebedürftigkeit können diese Strategien durch Einschränkungen der Mobilität oder durch Veränderungen des sozialen Umfeldes (z. B. Einzug ins Pflegeheim oder Verlegung auf eine Krankenhausstation) oft nicht mehr aufrechterhalten werden. Denn jetzt werden sie durch fehlende Möglichkeiten der Reizvermeidung (bestimmte Geräusche, Situationen, Ohnmacht, Verlust von Autonomie, Kontrollverlust) mit Reizen der traumatischen Situation konfrontiert, die zu einer Reaktivierung des Traumas führen können. Hinzu kommt, dass die Erinnerungen des Langzeitgedächtnisses in den Vordergrund rücken und so noch präsenter werden.



Fallbeispiel

Reaktivierung eines Traumas. Als Pflegefachkraft Olga* am Abend das Zimmer von Frau Kern* betritt und einige Worte mit ihr wechselt, zeigt die alte Dame, eine bisher unauffällige Bewohnerin, plötzlich massive Angstreaktionen. In Panik springt sie aus dem Bett, reißt das Fenster auf und versucht, sich hinauszustürzen. Olga kann sie gerade noch festhalten und veranlasst, dass Frau Kern eine hohe Dosis Beruhigungsmitel verabreicht wird. Am nächsten Tag stellt sich heraus, dass der russische Dialekt der Pflegefachkraft das Trauma einer erlebten Kriegserfahrung reaktiviert hat.

*Fallbeispiel fiktiv, Namen frei erfunden

Im Folgenden werden Möglichkeiten psychologischer Soforthilfe, wie Krisenintervention und Nachbesprechung für Einzelne oder Gruppen, beschrieben.



34.5 Notfallpsychologie

34.5.1 Auf dem Weg zum Thema

1980 wurde die posttraumatische Belastungsstörung erstmals in den USA diagnostisch erwähnt (DSM, Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder) und seither werden Maßnahmen erarbeitet, um psychischen Schäden nach belastenden Ereignissen entgegenzuwirken, zuerst in den USA, dann, nach dem Flugzeugunglück bei Lockerbie (1988), bei dem 270 Menschen ums Leben kamen, auch in Europa.

Die Aufgaben der Notfallpsychologie erstrecken sich heute über die Bereiche:

- Prävention,
- Traumabewältigung,
- Traumatherapie.

► **Prävention.** Die psychologische Soforthilfe trägt dazu bei, dass ein erschütterndes Erlebnis verarbeitet werden kann und posttraumatische Störungen abgewendet werden. Die Notfallpsychologie stellt Verfahren zur Bewältigung belastender Erfahrungen zur Verfügung. Sie hilft den betroffenen Personen durch psychologisches Krisenmanagement zur Normalität zurückzukehren.

► **Traumabewältigung.** Zum Teil gelingt die sofortige Traumabewältigung im Rahmen des ersten Krisenmanagements nicht. Wenn die Reaktionen der Menschen zunehmen und nicht wie sonst üblich abnehmen, dann wird eine Traumabewältigung in psychologischer Einzelbetreuung notwendig. Sie wird während der akuten Belastungsreaktion (S. 510) durchgeführt.

► **Traumatherapie.** Gelingt die Verarbeitung nicht, kann es zu einer posttraumatischen Belastungsstörung kommen. Mit einem psychologischen Traumabewältigungsprogramm kann einer Chronifizierung der Störung entgegengewirkt werden.

Merke

Die Notfallpsychologie setzt Soforthilfemaßnahmen und Programme zur Traumabewältigung ein mit dem Ziel, menschliches Leid zu lindern und Gesundheit zu erhalten.

Ziele der Notfallpsychologie sind, dass die betroffene Person

- das Erlebte aus einer gewissen Distanz heraus betrachten kann, ohne davon überflutet zu werden,
- ihre Erinnerungen kontrollieren kann,
- den Alltag weitgehend normal leben kann.

Therapie bedeutet nicht Löschung, sondern Integration des Erlebten in die eigene Lebensgeschichte.

34.5.2 Psychologische Soforthilfe nach belastenden Ereignissen

Den psychologischen Maßnahmen, die nach belastenden Ereignissen einer traumatischen Entwicklung angewendet werden, um psychischen Gesundheitsschäden vorzubeugen, liegen Kenntnisse über den Umgang mit Stress zugrunde. Ein schlimmes Ereignis, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegt, ist ein extrem stressender Vorgang. Ein schlechter Umgang mit Stress in Form von Wut, Gewalt, sozialem Rückzug, Selbstmedikation, Alkohol- oder Drogenkonsum führt langfristig zu zusätzlichen Problemen.



Merke

Die Stressverarbeitung unter fachpsychologischer Beratung hat zum Ziel, das schlimme Erlebnis in das weitere Lebensverständnis zu integrieren.