

# Wunden der Seele

**In der Palliative Care steht der Mensch mit all seinen körperlichen, psychischen und geistigen Belangen im Mittelpunkt. Nicht wenige der Patienten, die bei unheilbarer Krankheit und am Lebensende begleitet und gepflegt werden, haben im Verlauf des Lebens seelische Wunden davon getragen – sie haben ein Trauma erlitten und möglicherweise durchleben sie es nochmals. Pflegende sollten auf diese Situationen vorbereitet sein.**

VON STEFAN ZETTL

Im Verlauf unseres Lebens werden wir alle mit einer Vielzahl an belastenden Situationen, Kränkungen, Demütigungen, Verlassenheit und anderen Formen seelischer Verletzungen konfrontiert. Während es vielen Betroffenen gelingt, diese Erfahrungen zu verarbeiten und damit hinter sich zu lassen, bleiben bei manchen Menschen lebenslange Narben zurück. In Situationen der palliativen Pflege und Behandlung können diese Narben wieder aufbrechen, wie es das Praxisbeispiel 1 beschreibt.

## Wiederkehrender Schrecken

Das Praxisbeispiel 1 beschreibt ein Geschehen, das sich in Deutschland in dieser oder ähnlicher Form in vielen Krankenhäusern, Pflegeheimen, palliativen Einrichtungen aber auch in der ambulanten Pflege tagtäglich wiederholt. Die Generation der Kriegskinder, jene zwischen 1920 und 1945 in Deutschland geborenen Männer und Frauen, deren frühes Leben durch Krieg, Bomben, Tod, Hunger, der Furcht vor Vergewaltigung, Flucht und Vertreibung bestimmt war, wird von ihrer Vergangenheit wieder eingeholt. Dreißig Prozent der Menschen dieser Generation gelten durch ihre Kriegserfahrungen als traumatisiert. Etwa 200 000 Frauen haben das Trauma nicht verkraftet und sich das Leben genommen (Messerschmidt, 2006).

Die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung für die palliative Versorgung kann diese schrecklichen Kriegserinnerungen ungewollt wieder wachrufen. Katja Thimm (2011: 135) beschreibt in einem Artikel eindrücklich das Erleben ihres Vaters im Krankenhaus:

*„Doch mein Vater ringt nicht alleine mit dem Tod, mit dem sein septischer Körper gerade ringt. Er sucht dem Tod zu entkommen, dem er als Kind entkam. Das Krankenbett, der Schlauch, die Kanüle schließen Erinnerungen auf. Nun, da der Körper schwach ist und der Geist erschöpft, da er sich ausgeliefert fühlt wie der heranwachsende Junge im Flüchtlingsstreck, ist er den vergessen geglaubten Empfindungen preisgegeben. Die alten, bösen Bilder erwachen. ... Das Krankenhaus seine Kampfzone. Um uns herum der Tod.“*

Die wenigsten Opfer hatten nach Kriegsende die Möglichkeit, über ihre Erfahrungen zu sprechen und sie dadurch zu verarbeiten (Eichhorn et al., 2011). Der Psychoanalytiker Alexander Mitscherlich (1967) spricht von einer „Unfähigkeit zu trauern“, Monika Hauser (2011: 10) von einem „Schwei-

## PRAXISBEISPIEL 1

Die 85-jährige Frau W. wird von ihrer Tochter einer Pflegeeinrichtung zur stationären Pflege anvertraut. Die weit fortgeschrittene Herzschwäche hat den Verbleib der alten Dame in den eigenen vier Wänden in den letzten Wochen unmöglich gemacht.

In der ersten Nacht hat die neue Zimmernachbarin von Frau W. einen Alptraum, aus dem sie laut um Hilfe rufend aufwacht. Frau W. gerät dadurch selbst in einen panikartigen Zustand und lässt sich kaum beruhigen. Immer wieder ruft sie: *„Die Russen kommen, die Russen kommen, schnell, schnell, wir müssen uns verstecken!“* Wiederholt versucht sie unter Einsatz aller körperlichen Kräfte und beginnender Atemnot, aus ihrem Bett aufzustehen und das Zimmer zu verlassen. Sie muss von den Pflegenden im Nachtdienst festgehalten werden und erscheint kaum ansprechbar; vernünftiges Zureden scheint in dieser Situation überhaupt nichts zu bewirken. Erst ein vom diensthabenden Arzt verordnetes Beruhigungsmittel lässt sie schließlich erschöpft wieder einschlafen.



gegeben“ und fragt: „Doch wo waren in der (ost- und west-) deutschen Nachkriegsgesellschaft die Räume zum Sprechen? Welche Tabuisierungen wirken hier zum Teil bis heute?“

Die langfristigen Folgen sexualisierter Kriegsgewalt und ihrer zerstörerischen Wirkungen auf die Betroffenen sind aber nur ein Beispiel langfristig wirkender, traumatischer Erfahrungen.

### Seelische Verletzung und Trauma

Viele Menschen erleben im Verlauf ihres Lebens ein traumatisches Erlebnis wie z.B. den Verlust eines geliebten Menschen, die Konfrontation mit einer schwerwiegenden Erkrankung oder Gewalt. Vor wenigen Wochen wurde in vielen Berichten und Fernsehsendungen an den Terrorakt vom 11. September 2001 in den USA erinnert. Viele Überlebende der Attentate entwickelten als Folge der sie vollkommen überwältigenden Eindrücke und Erfahrungen seelische Störungen. Den amerikanischen Behörden zufolge leiden oder litten mindestens 10 000 Feuerwehrmänner, Polizisten und Zivilisten als Folge der Anschläge unter einer sogenannten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Für viele, die die Anschläge hautnah miterlebten, hat sich ihr Leben für immer verändert.

Für Wöller (2006: 11) stellt ein psychisches Trauma „eine plötzliche Diskontinuität des körperlichen und seelischen Erlebens dar, ein nicht erwartetes Eindringen äußerer Kräfte in die psychische Organisation. Es wird daher definiert als ein Zustand der Überwältigung des ICH durch innere und äußere Kräfte.“ Kennzeichnend ist das subjektive Erleben der völligen Hilflosigkeit, Ohnmacht und des Ausgeliefertseins.

Männer scheinen traumatischen Erlebnissen häufiger ausgesetzt zu sein als Frauen. In einer Studie zur Lebenszeitprävalenz (Häufigkeit einer Krankheit oder eines Symptoms in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Lebenszeitpunkt) von Fairbank et al. (2000) berichteten rund 61% der befragten Männer und rund 51% der Frauen darüber, mindestens einmal in ihrem Leben einem traumatischen Erlebnis ausgesetzt zu sein. 20% der Männer und 11% der Frauen wiesen multiple Traumata (drei oder mehr) auf.

### Posttraumatische Belastungsstörungen

Die Konfrontation mit traumatischen Erfahrungen muss jedoch nicht zwangsläufig zu einer andauernden seelischen Verletzung führen. Menschen mit stabiler Persönlichkeit, emotionaler Intelligenz, engen familiären Bindungen und einem tragfähigen sozialen Netz werden diese Verwundungen letztlich meistens verarbeiten und in ihre Lebensgeschichte integrieren können. Der Begriff „Resilienz“ (lateinisch *resilire* = zurückspringen, abprallen) beschreibt diese Widerstandsfähigkeit von Menschen gegenüber Belastungen.



Traumatische Erinnerungen werden wach ...

Andere Menschen entwickeln dagegen eine sogenannte posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation WHO (2006: 164) folgendermaßen beschrieben wird:

„Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhall-erinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen können. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung (Daueraufmerksamkeit), einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen verbunden, und Suizidgedanken sind nicht selten.“





... es gilt, diese Erinnerungen richtig einzuordnen, mögliche Auslöser zu vermeiden und positive Ressourcen zu aktivieren

## Das Ende der Unverletzlichkeit

Eine PTBS entsteht also als eine verzögerte oder ungewöhnlich lang anhaltende (protrahierte) Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (WHO, 2006; w001). Dazu zählen u. a.

- ▶ sexueller Missbrauch oder andere Gewalterfahrungen in der Kindheit
- ▶ Vergewaltigung
- ▶ schwere lebensbedrohliche Erkrankungen
- ▶ schwere Unfälle
- ▶ Naturkatastrophen
- ▶ Miterleben von Verbrechen, wie zum Beispiel Amokläufen
- ▶ Kriegserfahrungen, Gefangenschaft
- ▶ Folter
- ▶ Flucht, Vertreibung.

## Entgleisen der Verarbeitung

Aber wie ist es möglich, dass diese „alten, bösen Bilder“ immer wieder lebendig werden? Warum verblassen sie nicht mit zeitlichem Abstand zum ursprünglichen Geschehen immer mehr? Gibt es keine Heilung dieser seelischen Wunden?

Die neurobiologischen Befunde der letzten Jahre haben entscheidend zum Verständnis der Vorgänge im Zentralnervensystem nach schweren Traumatisierungen beigetragen. Bedingt durch den durch die Traumata ausgelösten massiven Stress können die Erfahrungen und die damit verbundenen sensorischen Empfindungen durch den Hippocampus (Bestandteil des Gehirns) nicht in ein direktes (Sprach-) Gedächtnis überführt und damit in einem lebensgeschichtlichen Zusammenhang eingeordnet werden. Das Kerngebiet des Gehirns (Amygdala) wird in seiner Funktion negativ beeinflusst. Es produziert „aus heiterem Himmel“ auftretende Flashbacks und unangemessene Angstreaktionen auf Auslösemomente (sog. Trigger), die spezifische Elemente der traumatischen Situation – z. B. Schreie (→ PRAXISBEISPIEL 1), Fixiert-Werden, Geruch von Blut – enthalten. Die betroffene Person wird dabei von Emotionen überschwemmt, kann sich die entstehenden Gefühlszustände jedoch nicht erklären, da sie nicht auf in Sprache fassbare Erinnerungen zurückgreifen kann.

## Ständige Alarmstimmung

Traumatisierte Menschen befinden sich in einer Art ständiger Alarmstimmung. Die überfallsartig auftretenden Erinnerungen und Angstzustände sind mit heftigen körperlichen Symptomen wie Herzrasen, Zittern, Angstschweiß, Atemnot, Übelkeit und Ohnmachtsanfällen verbunden. Sie sind so unmittelbar, als wäre das, was vielleicht schon Jahre zurück liegt, erst vor wenigen Minuten geschehen. Kruse et al. (2011:74) bemerken dazu nach Interviews mit traumatisierten Menschen: „Wer in die Hölle blicken musste, der kann auf einen Schlag für jedes Gefühl taub sein. Oder es kann jahrzehntelang ruhen, bis die Erinnerungen im Kopf explodieren und die Kruste aufreißt, die das Grauen darunter verbarg.“ Dies verdeutlicht Praxisbeispiel 2 aus dem palliativen Pflegealltag.

## Nachlassende Abwehr im Alter

Das Erkrankungsrisiko ist umso höher, je mehr traumatische Ereignisse jemand bereits in seinem Leben verarbeiten musste. Posttraumatische Symptome können durchaus auch noch nach 50 Jahren vorgefunden oder durch traumaassoziierte Auslöser ausgelöst werden. Auffallend ist die Entwicklung und Veränderung traumabegleitender Symptome über die Lebensspanne hinweg: häufig kommt es gerade im Alter zu einer Zunahme der Belastungssymptome, einem plötzlichen Wieder-Auftauchen der erlebten Verletzungen. Vielleicht ist das „Ich“ der betroffenen Menschen mit zunehmendem Alter immer weniger dazu in der Lage, sie erfolgreich zu zähmen und unter Kontrolle zu halten. Mit dem Trauma verbundene Erlebnisse (z. B. Schreie) können dann unbeabsichtigt zu einer Retraumatisierung und dem Aufblühen der beschriebenen Symptomatik führen.



## PRAXISBEISPIEL 2

Frau F. kann aufgrund ihrer fortgeschrittenen Krankheit die Körperpflege nicht mehr selbst durchführen. Hat sie in den letzten Wochen einen Teil davon noch selbstständig ausführen können, benötigt sie jetzt vollständige Hilfe durch die Pflegenden. Als die Pflegende – nachdem sie Frau F. ihr Handeln angekündigt und erklärt hat – den Intimbereich der Patientin waschen will, reagiert diese daraufhin schnell mit zunehmender Anspannung, Angst und Panik. Sie vollführt massive Abwehrbewegungen, tritt um sich und beginnt zu schreien.

Wie erst später im Gespräch mit Angehörigen deutlich wird, war Frau F. von ihrem Vater mehrfach sexuell missbraucht worden. Eine Psychotherapie zur Aufarbeitung ihrer Gewalterfahrungen war ihr nie angeboten worden.

### Angstauslösende Situationen identifizieren und vermeiden

Im palliativen Pflegealltag geht es vor allem darum, mögliche Symptome wie Flashbacks, belastende Träume, emotionale Taubheit oder ein ständiges Auf-der-Hut-sein als mögliche Begleiterscheinung einer posttraumatischen Belastungsstörung einzuordnen. Das ist nicht immer einfach, da die dafür ursächlichen Erfahrungen möglicherweise ja schon viele Jahrzehnte zurück liegen und von den Betroffenen Personen in der Regel auch nicht konkret geschildert werden können.

In einem zweiten Schritt geht es darum, mögliche Auslöser (Trigger) zu identifizieren, z. B. Kriegsberichtserstattungen im Fernsehen, Nacktheit bei Pflegehandlungen usw. Sie sollten soweit wie möglich von allen Mitarbeitenden vermieden werden, um nicht immer wieder ungewollt die alten Wunden aufzureißen und mit ihnen verbundene überwältigende Affekte anzustoßen.

### Ressourcen aktivieren

Alles, was bei den Traumaopfern neutrale oder positive Gefühlszustände auslösen kann, stellt eine Ressource da, die gezielt gefördert werden sollte. Dazu zählen die Ermutigung zur Kontaktaufnahme zu Pflegenden oder anderen Mitarbeitenden des Teams; bei auftauchenden Ängsten, die Förderung sozialer Kontakte, das Aufsuchen von Orten, die Beruhigung auslösen (z. B. Garten), wenn möglich – Aktivitäten wie Sport und Hobbies oder das Ausüben angenehmer Tätigkeiten. Hilfreiche Vorstellungsbilder von guten, kraftvollen Momenten in der eigenen Vergangenheit helfen bei der Abwehr der Angst und der Entwicklung von Gelassenheit. Im Kontext von Palliative Care sollte bei Bedarf aber auch rechtzeitig eine ärztliche und/oder psychotherapeutische Beratung oder Behandlung erwogen werden. Inzwischen stehen eine ganze Reihe von traumaspezifischen Behandlungsverfahren zur Verfügung (z. B. Eye Movement

Desensitization and Reprocessing EMDR), die dabei helfen, die Traumafolgen zu lindern und dadurch zu einer besseren Lebensqualität beizutragen. ■

Literatur beim Verfasser



DIPL.-PSYCH. DIPL.-BIOL. STEFAN ZETTL  
Psychologischer Psychotherapeut,  
Psychoanalytiker, Medizinische Universitäts-  
klinik Heidelberg, Sektion Nephrologie  
stefan.zetzl@med.uni-heidelberg.de

### Anerkennung und Würdigung

Bereits vor mehr als einhundert Jahren stellten die beiden Psychoanalytiker Josef Breuer und Sigmund Freud (1893) fest, dass es gesund sei, sich emotional zu öffnen, und dass es krank mache, wenn man etwas emotional Belastendes zurückhält. Inzwischen liegen experimentelle Befunde vor, die die gesundheitsfördernden Effekte durch eine emotionale Öffnung durch Schreiben und Sprechen belegen. Durch die Schilderung des Geschehens, das Einnehmen anderer Perspektiven, das Ordnen der Ereignisse und das Zuhören eines emotional bedeutsamen Dritten wird ein kohärenteres (logisch, zusammenhängend nachvollziehbares) Schema der Ereignisse abgespeichert, das mit weniger emotionalem Stress verbunden ist. Dies geschieht in einem Wechselspiel von Zulassen der Erinnerung und kontrollierter Abwehr, die immer respektiert werden sollte. Der Patient sollte deshalb nie aktiv ausgefragt werden, um eine erneute Panik und Reizüberflutung zu verhindern. Aber alleine die Möglichkeit, in einem geschützten Rahmen über die erlebten Verletzungen zu sprechen, kann zu einer seelischen Entlastung führen. Letztlich geht es oft um die verspätete Anerkennung und Würdigung der schmerzlichen Erfahrungen.