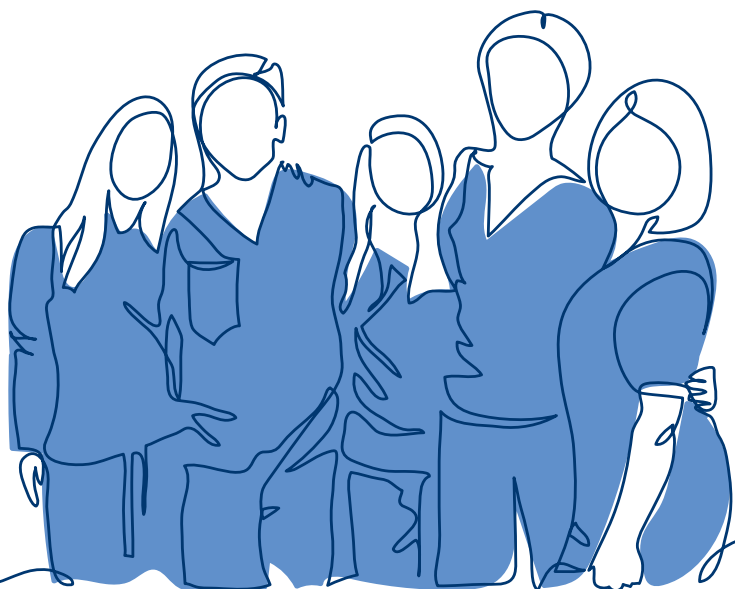




Seelenpflege

Traumاسensible Behandlung
in Senioreneinrichtungen

Leitfaden zur traumasensiblen Pflege für Mitarbeitende aus stationären Pflegeeinrichtungen



Der Leitfaden entstand im Rahmen des Projekts „Seelenpflege“ –
Traumasensible Behandlung für Senioren

Kooperationspartner:



Stiftung Bürgerspital zum
Hl. Geist



Universitätsklinikum Würzburg –
Zentrum für psychische Gesundheit:
AG Rehawissenschaften

Förderer:

**Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit, Pflege und Prävention**



Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention

Autorinnen des Leitfadens: Sarah Niemann, Julia Majewski und Heiner Vogel

Bildnachweise: S. 1 und S. 21: alstanova@gmail.com – [stock.adobe.com](https://www.stock.adobe.com),
S. 7: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention, S. 9 (A. Noffz):
Christof Herdt, S. 17, 18 und 34: Freepik, S. 22: Bundesarchiv BArch_Bild_183-R93609,
S. 40: [pixnio.com](https://www.pixnio.com)

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, www.berliner-botschaft.de

***Leitfaden
zur traumasensiblen Pflege
für Mitarbeitende
aus stationären
Pflegeeinrichtungen***

Inhaltsverzeichnis

Grußwort	7
Vorwort	8
Trauma und traumasensible Pflege.....	10
Nicht immer heilt die Zeit alle Wunden – Traumatische Erfahrungen können auch (noch) im Alter belasten	10
Traumasensible Pflege	12
Was ist ein Trauma?	13
Traumafolgen.....	16
Traumafolgen	16
Traumafolgen im Alter erkennen – gar nicht so einfach!	20
Verläufe einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)	22
Trigger und Reaktivierung	24
Mögliche Trigger bei Bewohnenden in stationären Pflegeeinrichtungen	26
Trauma und Demenz	28
Psychische und Verhaltenssymptome bei Menschen mit Demenz	29
Hilfreiche Strategien	30
Ressourcen und Traumata in der Biografie der Bewohnenden erfassen	30
Ressourcen von Bewohnenden aktivieren und fördern.	32
Über traumatische Erfahrungen sprechen.	35
Reaktivierung vermeiden – eine triggerarme Umgebung schaffen	36
Sicherheit herstellen	39
Umgang mit reaktivierten traumatischen Erinnerungen	41
Selbstfürsorge für Mitarbeitende	42
Zwischen Fürsorge und Selbstfürsorge: Nähe und Distanz	42
Strategien zur Herstellung von Nähe (für alle, die mit viel Distanz arbeiten).	43
Strategien zur Herstellung von Distanz (für alle, die mit viel Nähe arbeiten).	44
Was tun bei eigenen Traumata als helfende Person?	47

Arbeitshilfen – Anhang	49
Arbeitshilfe 1 zur Erfassung von positiven/belastenden/traumatischen Lebenserfahrungen der Bewohnenden	50
Arbeitshilfe 2 zur Erfassung von Ressourcen	51
Arbeitshilfe 3: Leitfaden für eine Fallbesprechung zur Analyse von herausforderndem Verhalten	52
Arbeitshilfe 4 zum Umgang mit reaktivierten Erinnerungen, starken Emotionen und hohen Anspannungszuständen – SOS-Interventionen	54
Wissenschaftliche Quellen	56

Grüßwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

traumatische Lebenserfahrungen begleiten viele Menschen ein Leben lang. Deshalb begrüße ich sehr, dass mit dem vorliegenden Leitfaden ein konkretes, praxisorientiertes Angebot für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in stationären Pflegeeinrichtungen vorliegt, das sensibilisiert, Orientierung bietet und die Handlungssicherheit stärkt. Der Leitfaden ist im Rahmen des Projekts „Traumabehandlung in den Senioreneinrichtungen der Stiftung Bürgerspital zum Hl. Geist Würzburg“ entstanden und wurde in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Würzburg erarbeitet.

Traumasensible Pflege bedeutet, aufmerksam zuzuhören, Betroffene ernst zu nehmen und die Pflege so zu gestalten, dass retraumatisierende Situationen vermieden und individuelle Ressourcen gestärkt werden. Genau hier setzt dieser Leitfaden an: Er vermittelt Wissen zu Traumafolgen, zeigt mögliche Trigger im Pflegealltag auf und stellt konkrete Interventionen und Arbeitshilfen bereit, die unmittelbar im Alltag anwendbar sind.

Mein Dank gilt allen, die an der Entwicklung dieses Leitfadens mitgewirkt haben – den Fachkräften vor Ort, den Kooperationspartnern und den wissenschaftlichen Begleiterinnen und Begleitern. Ihnen, die täglich Verantwortung für hilfebedürftige Menschen tragen, möchte ich mit diesem Werk eine praktische Unterstützung an die Hand geben.

Gleichzeitig ist klar: Traumasensible Pflege braucht Zeit, Fortbildung und die richtigen Rahmenbedingungen. Als Staatsministerin ist es mir wichtig, mit diesem Leitfaden eine entsprechende Grundlage zu schaffen, damit solche Ansätze nachhaltig in der Versorgung verankert werden können.

Ich wünsche Ihnen, dass das vorliegende Werk Ihnen Mut macht, praktische Hilfe bietet und die Arbeit mit traumabelasteten Bewohnerinnen und Bewohner erleichtert – zum Wohl derjenigen, die unsere Fürsorge am meisten benötigen.

Judith Gerlach, MdL

Bayerische Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention



Vorwort

Wenn zwei sich für die Arbeit und das Engagement der jeweils anderen interessieren und sich austauschen, kann das dazu führen, dass sie eine Versorgungslücke feststellen. So war das im Jahr 2018 bei Gesprächen zwischen uns, der Traumatherapeutin Angelika Ossowski und der Leiterin der Stiftung Bürgerspital, die sich um ältere und alte Menschen kümmert, Annette Noffz.

Es gibt Dunkelzifferberechnungen, die ausweisen, dass etwa jede 7.–10. Person in Deutschland in ihrem Leben von sexuellem Missbrauch / sexueller Gewalt betroffen ist. Dazu kommen weitere traumatische Belastungen wie z. B. Erlebnisse aus Kriegen, Unfällen oder auch schweren Erkrankungen. Die mögliche Zahl belasteter Menschen, die nie eine professionelle Hilfe erfahren konnten, ist danach sehr hoch.

Die schwierigen verletzenden Erinnerungen sind für die Betroffenen nicht einfach „vorbei“, nur weil sie vergangen sind. Sie beeinträchtigen körperlich wie psychisch, sind schmerzhaft und ohne ein geeignetes Umfeld sehr schwer mitzuteilen. Hier ist das Wissen und Verständnis zum Themenkomplex Trauma und Traumafolgestörungen essentiell, um mit Aufmerksamkeit und Sensibilität auf diese Menschen eingehen zu können.

Die Betroffenen selber sind mit dieser Aufgabe oft alleine überfordert, verlieren ihren Halt und damit auch Selbstwertgefühl und Wohlbefinden. Viele empfinden Scham und trauen sich nicht über das Erlebte zu sprechen. Oder aber sie haben Angst davor um Hilfe zu bitten, weil die Schilderung des Erlebten angezweifelt und die erhoffte Unterstützung daher verweigert wird. Nicht alle betroffenen Personen benötigen Unterstützung, aber bei vielen hat über die Jahrzehnte nur Verdrängung und Unterdrückung der Belastungen stattgefunden.

Die Auswirkungen haben in erster Linie die direkt Betroffenen zu ertragen und müssen damit umgehen. Aber auch die Angehörigen und weitere nahestehende Menschen sind davon betroffen, zumeist ohne zu wissen, warum ein Mensch „eigenwillig“ oder „schwierig“ ist. In Situationen von Hilflosigkeit, gerade in Einrichtungen der Altenpflege, kann es zu Situationen kommen, die das Erlebte wieder aufleben lassen und Pflegesituationen für alle Beteiligten erschweren.

Eine Hilfe kann auch im höheren Lebensalter erfolgen, und damit den Betroffenen, Angehörigen und Pflegenden helfen. In jedem Fall ist eine Sensibilisierung der Pflegenden hilfreich und kann auch auf Angehörige eine positive Auswirkung entfalten. In jedem Fall sollte bei Hinweisen auf eine Belastung eine Unterstützung versucht werden.

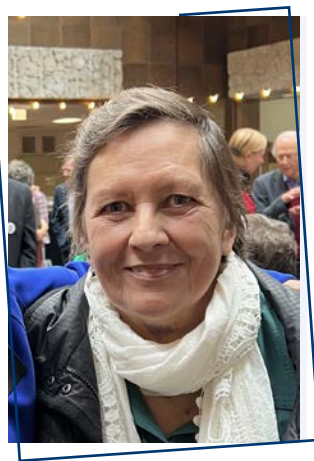
Viele Maßnahmen, auch im Gesundheits- und Pflegebereich, finden bei uns besondere Zustimmung, wenn sich ein positiver Effekt zudem in Geld ausdrücken und messen lässt.

Eine Sensibilisierung und im besten Fall auch eine positive Intervention kann zu einer Verbesserung der Situation aller Betroffenen – also auch der Angehörigen und Pflegenden – führen. Damit liegt nahe, dass weniger Medikamente notwendig sein können, die gerade bei Depressionen und Schlafproblemen verabreicht werden. Pflegenden, die auf diesem Gebiet über mehr Wissen verfügen, können den zu Pflegenden und deren Angehörigen noch mehr Verständnis und Unterstützung geben. Dies kann zu mehr Zufriedenheit in den wichtigen pflegenden Berufen führen, mit allen daraus erwachsenden positiven Effekten, zu denen auch finanziell positive Auswirkungen gehören.

Wir danken allen Mitwirkenden und Unterstützern herzlich und sehen in diesem Leitfaden eine Möglichkeit, einen Beitrag zur Verbesserung der Situation traumatisierter Pflegebedürftiger für Ausbildung und Anwendung leisten zu können.

Wir hoffen auf eine dauerhafte Etablierung dieser Unterstützung!

Annette Noffz und Angelika Ossowski



Nicht immer heilt die Zeit alle Wunden – Traumatische Erfahrungen können auch (noch) im Alter belasten

Symptome von Traumafolgestörungen werden im Pflegekontext oft übersehen, fehlinterpretiert oder können bei Pflege- und Betreuungskräften verständlicherweise zu Überforderung und Hilflosigkeit führen. Die psychotherapeutische Behandlung von Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, ist trotz des hohen Bedarfs weiterhin mangelhaft. Pflege- und Betreuungskräfte werden mit der Versorgung psychisch belasteter und traumatisierter Pflegebedürftiger alleingelassen.

Das Erleben traumatischer Ereignisse wie z. B. ein schwerer Unfall, sexualisierte und/oder körperliche Gewalt, Naturkatastrophen oder Kriegshandlungen kann nicht nur körperliche Verletzungen, sondern auch psychische Wunden hinterlassen. Die meisten Menschen entwickeln mit oder ohne Hilfe Strategien, die es Ihnen ermöglichen, nach entsetzlichen Ereignissen weiterleben zu können. Einige Menschen haben jedoch bis ins hohe Lebensalter mit den psychischen Folgen traumatischer Ereignisse zu kämpfen. Anderen Betroffenen geht es so, dass längst vergessen geglaubte Erinnerungen erst im Alter wieder auftauchen und zu einem hohen Leidensdruck führen. Dies kann zahlreiche Gründe haben. So können z. B. durch aktuelle gesellschaftliche Krisen oder bestimmte Pflegehandlungen alte traumatische Erinnerungen wachgerüttelt werden.

Vor diesem Hintergrund ist im Rahmen des Projekts „Seelenpflege“ zur traumasensiblen Behandlung von Bewohnenden in stationären Pflegeeinrichtungen ein Leitfaden für Mitarbeitende aus stationären Pflegeeinrichtungen entstanden. Der Leitfaden soll einen Überblick zu den wichtigsten Aspekten einer traumasensiblen Pflege geben und Strategien für den Praxisalltag vermitteln, um Mitarbeitende aus stationären Pflegeeinrichtungen im Umgang mit traumatisierten Bewohnenden zu unterstützen. Als Ergänzung zum Leitfaden wurden konkrete Arbeitshilfen für den Pflegealltag entwickelt. Die Arbeitshilfen finden Sie im Anhang dieses Leitfadens.

Wir hoffen, dass sich Mitarbeitende aus stationären Pflegeeinrichtungen mit diesem Leitfaden im Umgang mit traumatisierten Pflegebedürftigen etwas weniger alleine gelassen fühlen und erste Handlungsoptionen für den konkreten Pflegealltag erhalten. Gleichzeitig sind wir uns einig darüber, dass die Umstrukturierung von stationären Pflegeeinrichtungen hin zu einer traumasensiblen Pflege auch finanzielle und strukturelle Lösungen seitens der Politik benötigt, um das System nachhaltig zu unterstützen.

Wir möchten uns bei allen engagierten Mitarbeitenden aus stationären Pflegeeinrichtungen bedanken, die sich tagtäglich um psychisch belastete Bewohnende mit traumatischen Lebenserfahrungen kümmern und sich den zahlreichen Herausforderungen stellen.

Bleiben Sie engagiert und zuversichtlich. Sie leisten tolle Arbeit.

Sarah Niemann und Julia Majewski



Traum sensible Pflege

Mitarbeitende aus stationären Pflegeeinrichtungen versorgen tagtäglich psychisch belastete Bewohnende. Nicht selten spielen dabei traumatische und belastende Lebenserfahrungen eine wichtige Rolle. Der Umgang mit traumatisierten Bewohnenden kann sehr herausfordernd sein und Pflege- und Betreuungskräfte werden häufig mit dieser Problematik alleingelassen. In der Pflegeausbildung und in Fortbildungen kommt dieses Thema leider häufig noch zu kurz.

Für den Umgang mit pflegebedürftigen Bewohnenden mit traumatischen Lebenserfahrungen hat sich das Konzept der traumasensiblen Pflege bewährt. Traumasensible Pflege ist jedoch nicht mit einer traumafokussierten psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung gleichzusetzen. Mitarbeitende von stationären Pflegeeinrichtungen sollen nicht die Aufgaben von Psychotherapeut:innen oder Ärzt:innen ersetzen, sondern im Rahmen der Pflege- und Betreuungstätigkeit **mehr Sicherheit im Umgang mit traumatisierten Bewohnenden erlangen.**

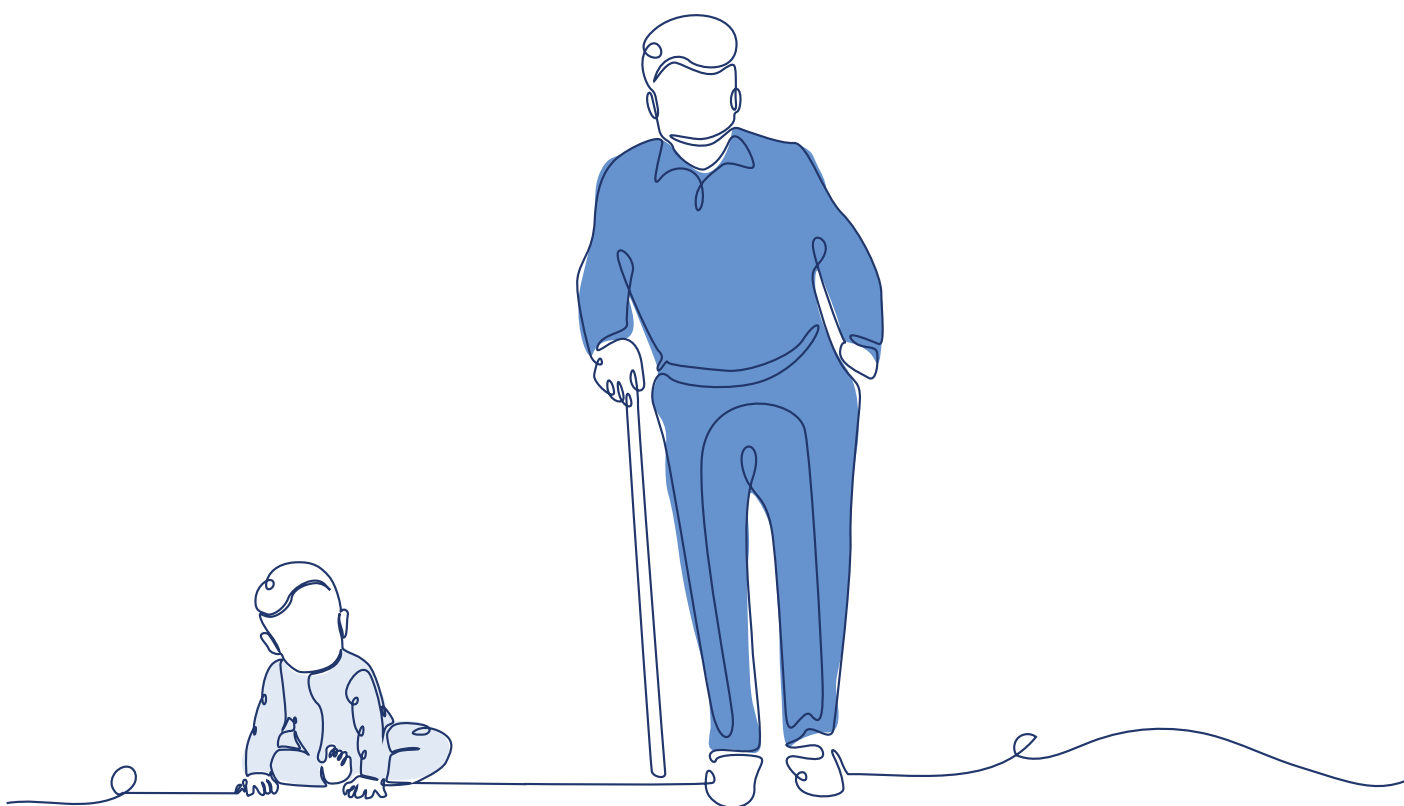
Traum sensible Ansätze bieten hierfür eine wertvolle Grundhaltung und liefern erste Handlungsempfehlungen, sodass Mitarbeitende ...

- Traumafolgen bei Bewohnenden erkennen können,
- ein Verständnis dafür entwickeln, wie sich traumatische Lebenserfahrungen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten auswirken können,
- Sicherheit im Umgang mit Betroffenen bekommen, die sich bezüglich ihrer traumatischen Lebenserfahrungen öffnen,
- ein sicheres Umfeld schaffen können, in dem Trigger und Retraumatisierungen vermieden werden und
- die psychische Widerstandsfähigkeit der Bewohnenden stärken können.

Gleichzeitig sollen traumasensible Ansätze Mitarbeitende dabei unterstützen, im Umgang mit traumatisierten Pflegebedürftigen selbstfürsorglich zu handeln und selbst psychisch gesund zu bleiben.

Was ist ein Trauma?

Ein Trauma, also ein traumatisches Lebensereignis, wird in der Psychologie so definiert: Ein kurz- oder langanhaltendes **Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß**, welches bei nahezu jeder Person eine **tiefe Verzweiflung** auslösen würde und welches einhergeht mit starken Gefühlen der **Hilflosigkeit** und Schutzlosigkeit.



Traumatische Ereignisse können einmalig und zeitlich begrenzt sein (**Typ-I-Traumata**), wie z. B. ein Autounfall, ein Überfall oder eine Vergewaltigung im Erwachsenenalter. Sie können aber auch wiederholt und über einen längeren Zeitraum stattfinden (**Typ-II-Traumata**), wie z. B. Missbrauchserfahrungen in der Kindheit oder Kriegserlebnisse. Des Weiteren können traumatische Ereignisse von einer anderen Person willentlich verursacht werden (**man-made**), wie z. B. Gewalt- oder Kriegshandlungen. Sie können aber auch „zufällig“ geschehen (**akzidentell**), wie z. B. ein Autounfall oder eine Naturkatastrophe.

Mit zunehmendem Lebensalter steigt auch die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens ein traumatisches Ereignis zu erleben. Zudem spielen kollektive generationentypische Traumatisierungen eine Rolle. Viele der heute in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen gehören der Generation der damaligen Kriegskinder an, von denen ca. ein Drittel langanhaltende, beschädigende bis hin zu traumatischen Erfahrungen machen musste.

Der Begriff „Trauma“ wird umgangssprachlich oft verwendet, trifft fachlich gesehen aber nicht immer zu. Belastende Erlebnisse, die der psychologischen Trauma-Definition nicht entsprechen, wie z. B. der Eintritt in den Ruhestand oder der Beginn der Pflegebedürftigkeit, werden i. d. R. nicht als Trauma bezeichnet, sondern können als **belastende oder kritische Lebenserfahrungen** eingeordnet werden.

Traumatische Ereignisse, die Bewohnende von stationären Pflegeeinrichtungen erlebt haben könnten, sind z. B.:

- Sexueller Missbrauch, Misshandlung, extreme Vernachlässigung in der Kindheit
- Kriegserlebnisse und Nachkriegserlebnisse
- Körperliche, psychische, sexualisierte Gewalt im Erwachsenenalter (z. B. auch im Rahmen der Ehe)
- Medizinisch bedingte Traumata (z. B. lebensgefährliche Erkrankungen, komplizierte medizinische Eingriffe wie Beatmungsmaßnahmen)
- Schwere Unfälle
- Berufsbedingte Traumata (z. B. lebensgefährliche Situationen bei Einsätzen von Polizei oder Feuerwehr)
- Körperliche, psychische, sexualisierte Gewalt im Pflegekontext



Bei Menschen im höheren Lebensalter kommen zusätzlich altersbedingte stressauslösende Faktoren (Stressoren) hinzu, die sich auf die Lebensqualität, aber auch auf die Verarbeitung und die Auswirkungen von traumatischen Lebenserfahrungen auswirken können. Menschen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung leben, stellen hier eine besonders verletzbare Gruppe dar. Altersbedingte Stressoren bei dieser Zielgruppe sind z. B.:

- Rollenverluste (z. B. nach Berentung oder aufgrund von Pflegebedürftigkeit)
- Finanzielle Probleme, Armut
- Verlust von sozialen Kontakten
- Tod des Partners oder einer anderen wichtigen Bezugsperson
- Körperliche Erkrankungen, Multimorbidität
- Multiple Medikamente mit Wechsel- und Nebenwirkungen
- Mobilitätseinschränkungen
- Sensorische Einschränkungen (z. B. Seh- und Hörverlust)
- Demenzerkrankung oder andere kognitive Störungen (bei sich selbst oder einem Angehörigen)
- Verlust von Alltagskompetenzen
- Pflegebedürftigkeit
- Übergang in eine stationäre Pflegeeinrichtung

Traumafolgen

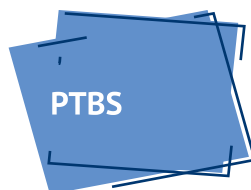
Stellen Sie sich ein Trauma wie eine psychische Wunde vor. Analog zu physischen Wunden muss diese gereinigt und versorgt werden, damit sie heilen kann. Auch nach der Heilung bleibt eine Narbe zurück, mit der es sich aber besser leben lässt als mit einer offenen Wunde. Wird die Wunde nicht gut versorgt, dann pocht, eitert und schmerzt sie. Die Wunde wird allgegenwärtig und beeinträchtigt den Alltag. Ähnlich kann man sich eine Traumafolgestörung vorstellen. Die psychische Wunde wurde noch nicht ausreichend versorgt und ist noch nicht geheilt.

Aber nicht alle Menschen, die ein Trauma erleben, entwickeln eine Traumafolgestörung. Es hat sich gezeigt, dass die zeitlich länger andauernden Traumata und die willentlich von Menschen verursachten Traumata im Vergleich zu anderen Traumaformen das höchste Schädigungspotenzial haben. Wichtig ist, dass jede psychische Belastung, die sich aufgrund einer Traumatisierung entwickelt, **eine normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis** ist.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Eine häufige Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Sie ist nach dem ICD-10, einem Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation für psychische Krankheiten, gekennzeichnet durch drei Hauptmerkmale: ungewolltes Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung.

Ungewolltes Wiedererleben



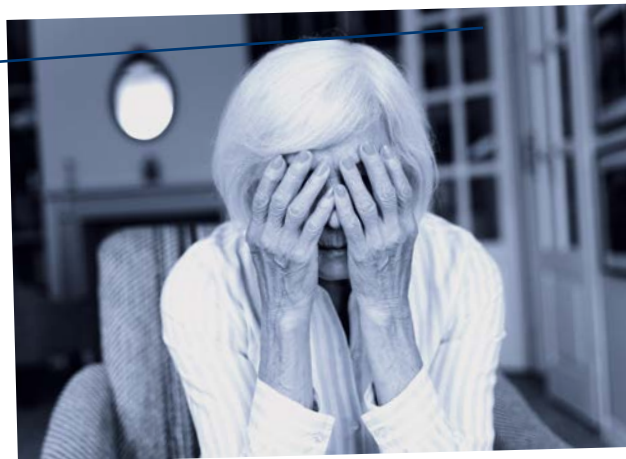
Vermeidung

Übererregung

Ungewolltes Wiedererleben

Betroffene leiden unter lebhaften Erinnerungen an traumatische Ereignisse, die plötzlich und unerwartet auftauchen und nicht kontrollierbar sind. Diese inneren Bilder können bei wachem Bewusstseinszustand auftauchen oder die Betroffenen im Schlaf, z. B. in Form von Albträumen, quälen. Die unkontrollierbaren Erinnerungen lösen oft eine starke Belastung und mit dem Trauma verbundene Gefühle aus. Nicht selten fühlt sich die betroffene Person wieder so wie in der damaligen traumatischen Situation.

Eine 95-jährige Bewohnerin mit beginnender Demenz schaut in den Nachrichten eine Berichterstattung über den russischen Angriffskrieg auf die Ukraine. Plötzlich fühlt sie sich in die Vergangenheit zurückversetzt, zieht die Bettdecke über den Kopf und ruft laut: „Die Russen kommen“.



Nicht immer ist das ungewollte Wiedererleben für Außenstehende so „offensichtlich“. Viele der heute Hochaltrigen tendieren dazu, nicht über belastende Erfahrungen zu sprechen oder ihr Leiden als etwas Normales anzusehen. Das Erzählen des Erlebten ist oft von Schuld und Scham überschattet.

Vermeidung

Betroffene versuchen verständlicherweise alles, was an das traumatische Ereignis erinnert, zu vermeiden. Sie versuchen z. B., nicht an die Ereignisse zu denken oder überflutende Gedanken „abzuschalten“. Vermeidung kann sich auch auf Orte oder Aktivitäten beziehen, die an das Trauma erinnern (z. B. nicht mehr in den Park gehen, an dem das Trauma passiert ist). Dadurch kann sich der Aktivitäts- und Bewegungsradius der Betroffenen deutlich verringern.


Eine 85-jährige Bewohnerin hat kürzlich ihre Schwester, ihren Ehemann und eine ihrer besten Freundinnen verloren. Über die Verluste selbst und ihre Gefühle spricht sie nicht. Auf Nachfragen, wie es ihr geht, sagt sie nur: „Das Leben ist ein Kommen und ein Gehen.“



Stellen Sie sich vor, schwere Erinnerungen und Gefühle sind wie ein großer, aufgeblasener Ball im Wasser. Menschen mit einer PTBS möchten diese Erinnerungen und Gefühle oft nicht spüren und versuchen, sie wegzuschieben. In dem Bild mit dem Ball bedeutet das: Die Betroffenen drücken den Ball mit viel Kraft unter Wasser, damit er nicht an die Oberfläche hochkommt. Das kostet sehr viel Energie. Im höheren Alter lassen die Kräfte nach – dann wird es noch anstrengender, die schweren Erinnerungen und Gefühle wegzudrücken.

Übererregung

Während und nach einem Trauma reagiert auch der Körper mit. Das Nervensystem wird empfindlicher. Das bedeutet, dass Menschen mit diesem Problem innerlich ständig „auf der Hut“ sind. Sie können verschiedene Schwierigkeiten haben, z. B. schlecht schlafen, sich leicht erschrecken, schnell genervt oder gereizt sein, das Gefühl haben, ständig aufpassen zu müssen oder sich schlecht konzentrieren. Diese Probleme kommen daher, dass der Körper zu voreilig in eine Art „innere Alarmbereitschaft“ gerät.



Eine 70-jährige Bewohnerin, die in ihrer Kindheit massiv traumatisiert wurde, reagiert sehr gereizt und manchmal mit lautem Schreien, wenn Mitarbeitende ihr Zimmer außerhalb der von ihr vorhersehbaren Zeiten (z. B. zur Morgenroutine oder zu den Mahlzeiten) betreten.

Weitere Probleme, die nach einem Trauma auftreten können

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist nicht die einzige psychische Erkrankung, die nach dem Erleben von Traumata auftreten kann. Einige Menschen entwickeln eine **Depression** (Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit), **Ängste** und **Panikattacken** oder greifen zu **Alkohol**, **Drogen** oder **Medikamenten**, um mit belastenden Gefühlen und Erinnerungen besser umgehen zu können. Andere entwickeln schwerwiegende **zwischenmenschliche Probleme**, Probleme mit dem **Selbstbild** oder im **Umgang mit Gefühlen**. Diese Probleme können entweder alleine auftreten oder zusätzlich zu einer PTBS.

Mehr als die Hälfte der Betroffenen mit einer PTBS hat noch mindestens eine weitere psychische Erkrankung. Auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören zu den häufigsten Begleitstörungen einer PTBS. Eine chronische PTBS, also eine PTBS-Symptomatik, die länger als 2 Jahre andauert, geht mit einer höheren Rate körperlicher Krankheiten einher.

Traumafolgen im Alter erkennen – gar nicht so einfach!

Aktuelle Studien zeigen, dass ältere Menschen im Vergleich zu Jüngeren seltener von einer voll ausgeprägten Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) betroffen sind. Dafür beobachtet man bei Menschen im höheren Lebensalter häufiger eine subsyndromale PTBS. Das bedeutet, dass entweder weniger der o. g. Symptome zutreffen oder die Symptome nicht vollständig ausgeprägt sind, aber dennoch einen Leidensdruck verursachen.

Eine besondere Herausforderung bei älteren Menschen ist vor allem, psychische Belastung und Symptome einer Traumafolgestörung zu erkennen.

Im höheren Alter liegen häufig somatische Krankheiten bis hin zu Multimorbidität vor. Auch demenzielle Erkrankungen spielen eine wichtige Rolle. Falls zusätzlich eine PTBS vorliegt, können sich die Krankheiten wechselseitig beeinflussen, z. B. im Sinne eines Teufelskreises verstärken.

Außerdem können PTBS-Symptome mit anderen psychischen Störungen wie Depression oder Angststörungen verwechselt werden, die im Alter häufiger auftreten. Typische PTBS-Symptome wie Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung können im Alter aber auch anders in Erscheinung treten, z. B. als körperliche Beschwerden, Schlafstörungen oder sozialer Rückzug.

Bei PTBS und psychischen Begleitsymptomen besteht bei alten und hochaltrigen Menschen zudem die Gefahr, dass Symptome nicht als krankhaft/pathologisch erkannt werden, sondern dem normalen Alterungsprozess zugeschrieben werden. So können z. B. Schlafstörungen aufgrund einer PTBS so fehlinterpretiert werden, dass es im Alter normal sei, dass der Schlaf schlechter werde. Ein depressiver Rückzug könnte als Rückzug (weniger soziale Kontakte) im Rahmen des Alterungsprozesses verkannt werden.



Das Diagnostizieren von psychischen Erkrankungen und Traumafolgestörungen ist bestimmten Fachpersonen vorbehalten. Bei einer traumasensiblen Pflege geht es daher nicht um eine Diagnosestellung, sondern vielmehr um eine Sensibilisierung für traumatische Erlebnisse in der Biografie der zu Pflegenden und für psychische und Verhaltenssymptome, die sich ggf. daraus entwickeln können. Symptome wahrnehmen und einordnen zu können, kann die Handlungsmöglichkeiten von Pflegekräften in Richtung einer bedürfnisorientierten Pflege erweitern. Pflegekräfte können sich dadurch als selbstwirksamer erleben.



Tipp für die Praxis

Die Arbeit in einer stationären Pflegeeinrichtung ist immer auch Beziehungsarbeit. Die Mitarbeitenden in den Einrichtungen haben in der Regel ein sehr gutes Gespür für die Menschen, die sie pflegen und kennen diese zudem über längere Zeit. Nutzen Sie dieses Potenzial und vertrauen Sie auf Ihre Einschätzungen.

Das Projekt „Seelenpflege“ hat gezeigt, dass Pflege- und Betreuungskräfte psychisch belastete Bewohnende sehr gut erkennen konnten. Es kann außerdem sehr hilfreich sein, wahrgenommene Verhaltensauffälligkeiten und psychische Symptome gründlich zu dokumentieren und regelmäßig im Team zu besprechen, um alle Mitarbeitenden auf einen ähnlichen Wissensstand zu bringen und um den Verlauf der Symptomatik beobachten zu können.

Verläufe einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

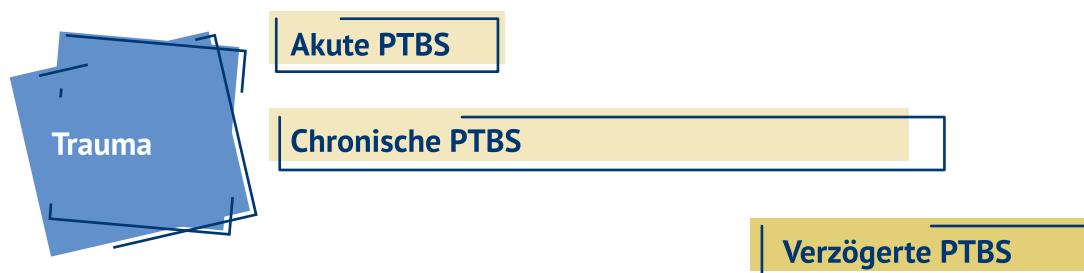
Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung können in Hinblick auf die Lebensspanne unterschiedlich verlaufen: Sie können **akut** auftreten, also innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatischen Ereignis, sie können **chronisch** verlaufen, also länger als 2 Jahre andauern, oder aber **verzögert** auftreten, oft Jahrzehnte nach einem traumatischen Ereignis.

Das folgende Beispiel beschreibt eine verzögerte Traumareaktion bei einer pflegebedürftigen Bewohnerin.

Eine 97-jährige Seniorenheimbewohnerin hat als junge Frau im Krieg ihre beste Freundin bei einem Bombenangriff verloren. Die meisten ihrer schrecklichen Kriegserinnerungen waren ein Leben lang verschüttet. Erst im Zuge der Bettlägerigkeit im Seniorenheim tauchten vermehrt traumatische Erinnerungen auf, die die Seniorenheimbewohnerin in längst vergessen geglaubte Zeiten zurückversetzte.



Traumareaktionen



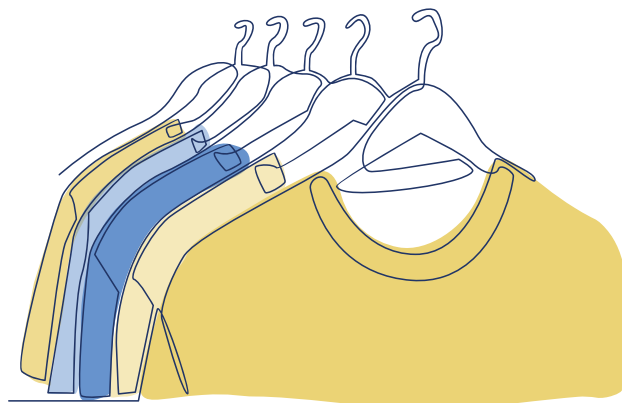
Häufig erleben die Betroffenen im Zuge des Älterwerdens eine Verschlechterung oder Reaktivierung von bereits früher vorhandenen PTBS-Symptomen. Selten waren die Betroffenen komplett symptomfrei, führten aber ein Leben ohne größere Beeinträchtigungen. Die Verschlechterung bzw. Reaktivierung von PTBS-Symptomen im höheren Lebensalter könnte durch folgende Phänomene erklärt werden:

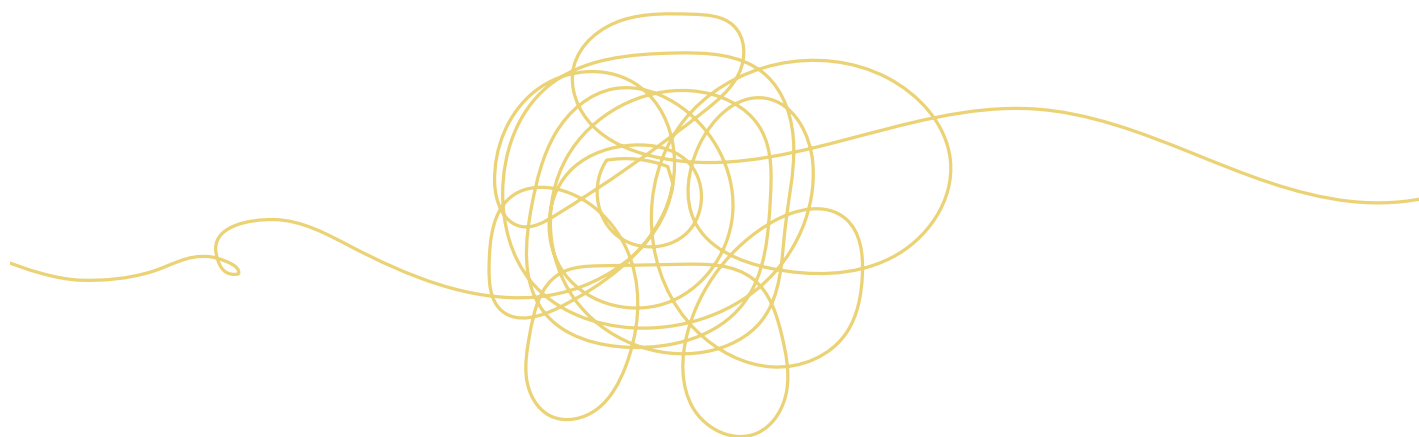
- Betroffene haben mehr Zeit zur Reflexion über die eigene Biografie.
- Betroffene haben aufgrund von veränderten Rollen und Aufgaben und altersbedingten Abbauprozessen weniger Möglichkeiten als früher, sich abzulenken.
- Mit dem Älterwerden verschlechtert sich das Kurzzeitgedächtnis, während das Langzeitgedächtnis noch länger intakt bleibt. Vergangene Erfahrungen werden wieder präsenter.
- Altersbedingte Stressoren können die allgemeine psychische Belastung der Betroffenen erhöhen und zu der Entwicklung einer PTBS-Symptomatik beitragen.
- Ältere Menschen empfinden oft einen unterschweligen Druck, sich einer nicht abgeschlossenen Aufgabe noch widmen zu müssen, sodass unverarbeitete Erlebnisse wieder verstärkt an die Oberfläche kommen.

Trigger und Reaktivierung

Das Erleben eines Traumas versetzt Körper und Psyche in einen Überlebensmodus und führt zu einer hohen körperlichen Aktivierung. Verschiedene Elemente eines Traumas, z. B. einzelne Merkmale der Situation (z. B. Straße, dunkel, Mann), die körperliche Reaktion (z. B. Herzrasen), aber auch die emotionale Bedeutung (z. B. Todesangst), werden miteinander gekoppelt und bilden zusammen ein Bedrohungsnetzwerk. Dieses Bedrohungsnetzwerk kann jederzeit durch einzelne Schlüsselreize (z. B. Dunkelheit) vollständig aktiviert werden und die Erinnerung an das Trauma reaktivieren. Die Schlüsselreize werden auch als Trigger bezeichnet.

Stellen Sie sich vor, Ihr Gedächtnis funktioniert wie ein Kleiderschrank. Ihre Erinnerungen sind Kleidungsstücke. In einer ruhigen, normalen Situation hat Ihr Gehirn genug Zeit, die einzelnen Kleidungsstücke zusammenzufalten und ganz ordentlich in den Schrank zu legen. Wenn Sie irgendwann ein Kleidungsstück rausholen möchten, wissen Sie genau, wo Sie es im Schrank finden können. Vermutlich können Sie sich ganz gut daran erinnern, was Sie an Ihrem letzten Geburtstag gemacht haben, mit wem Sie gefeiert haben, was es zu essen gab, etc.





Während einer traumatischen Situation ist das Gehirn in einem Ausnahmezustand. Es befindet sich im „Überlebensmodus“ und hat keine Zeit, die Erinnerungen sorgfältig zu speichern. Die Kleidungsstücke werden also alle in den Kleiderschrank gequetscht, sind komplett durcheinander. Sie finden kein einziges Teil mehr. Wenn Sie am Kleiderschrank vorbeigehen, geht die Tür bei der kleinsten Bewegung direkt auf und alles fällt heraus.

Menschen, die an einer PTBS leiden, werden dadurch immer wieder ungewollt an die Vergangenheit erinnert oder sie fühlen sich vollständig in die Vergangenheit zurückversetzt und können die Gegenwart nicht mehr von der Vergangenheit unterscheiden. Sie erleben eine reale Bedrohung und ein Ausgeliefertsein. Wenn Pflegebedürftige heftige emotionale Reaktionen zeigen, z. B. bei einer Pfl egetätigkeit, oder die Gegenwart mit der Vergangenheit zu verwechseln scheinen, kann es sein, dass vergangene traumatische Erfahrungen reaktiviert wurden.

Mögliche Trigger bei Bewohnenden in stationären Pflegeeinrichtungen

Im Kontext der stationären Pflegeeinrichtung spielt die **Pflegebedürftigkeit** eine große Rolle. Das Angewiesensein auf Hilfe und der Verlust der Autonomie können bei Bewohnenden Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit auslösen. Diese Gefühle treten oft auch in traumatischen Situationen auf, wenn sich Betroffene ausgeliefert, macht- und hilflos fühlen. Die erlebte Hilflosigkeit im Zuge der Pflegebedürftigkeit kann z. B. solche Erinnerungen reaktivieren, bei denen ähnliche Gefühle vordergründig waren (z. B. Gewalterfahrungen in der Kindheit, Ausgeliefertsein gegenüber einem gewalttätigen Elternteil).

Der **Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung** kann mit Gefühlen der Entwurzelung einhergehen. Zum einen kann der Umzug selbst traumatisch verarbeitet werden (wenn dieser z. B. als existenzielle Bedrohung erlebt wird). Zum anderen kann das Gefühl der Entwurzelung durch den Umzug in eine Einrichtung, z. B. bei Menschen, die im Krieg ihr Zuhause verloren haben und/oder auf der Flucht waren, traumatische Erinnerungen reaktivieren.

Aktuelle gesellschaftliche Ereignisse können an selbst erlebte Traumata erinnern. Zum Beispiel kann die Berichterstattung über einen aktuellen Krieg eigene Erfahrungen aus der Kriegs- und Nachkriegszeit wieder ins Gedächtnis bringen.



Tipp für die Praxis

Sie können im Vorfeld nicht alle möglichen Trigger im Blick haben, da es sehr individuell ist, welche Schlüsselreize als Trigger fungieren könnten.

Wenn Sie allerdings grundsätzlich dafür sensibilisiert sind, dass traumatische Erinnerungen in der Gegenwart reaktiviert werden können, lässt sich dieses Wissen nutzen, um die Betroffenen zu unterstützen (**siehe Kapitel „Hilfreiche Strategien – Reaktivierung vermeiden“**).

Trauma und Demenz

Es gibt mittlerweile zahlreiche Studien, die die Zusammenhänge zwischen Trauma und Demenz genauer beleuchten. Es zeigte sich, dass es vor allem wechselseitige Einflüsse gibt, also dass sich traumatische Lebenserfahrungen und daraus resultierende psychische Erkrankungen auf die Entwicklung einer Demenz auswirken können, aber auch dass eine Demenz Einfluss auf die Symptomatik einer Traumafolgestörung haben kann.

PTBS als Risikofaktor für Demenz

Menschen, die von einer (unbehandelten) PTBS betroffen sind, haben ein fast doppelt so hohes Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Neurobiologische und kognitive Veränderungen durch eine PTBS scheinen sich u. a. auf die Neuropathologie der Demenz auszuwirken und diese in manchen Fällen zu beschleunigen.

Demenz bei Menschen mit PTBS

Eine demenzielle Erkrankung kann das Erkennen von psychopathologischen Symptomen erschweren, da Betroffene Schwierigkeiten haben, ihre Symptome zu beschreiben. Des Weiteren können sich Symptome bei Demenz und PTBS überlappen (z. B. Reizbarkeit und Schlafstörungen), sodass es häufiger zu Fehldiagnosen kommt.



Symptome, die bei Menschen mit Demenz und PTBS häufiger beobachtet wurden, sind:

- Reizbarkeit und Ärger
- Negative Gefühlslage
- Schlafstörungen
- Schreien
- Umherwandern

Dies bedeutet jedoch nicht, dass alle Menschen mit Demenz, die diese Symptome zeigen, auch eine PTBS haben, sondern dass es lediglich Hinweise auf eine PTBS sein könnten, die weiter abgeklärt werden sollten.

Auch psychische und Verhaltenssymptome bei Menschen mit Demenz können auf eine PTBS hinweisen. Menschen mit Demenz und PTBS zeigen häufig ausgeprägte psychische und Verhaltenssymptome. Es gibt erste Fallstudien, bei denen psychische und Verhaltenssymptome bei Menschen mit Demenz und PTBS nach einer traumaspezifischen Behandlung deutlich reduziert werden konnten.

Psychische und Verhaltenssymptome bei Menschen mit Demenz

Zielloses Umherwandern (Agitation), Depression, Ängste, Aggressivität, Schreien, Teilnahmslosigkeit oder Gleichgültigkeit (Apathie) sind Beispiele für psychische und Verhaltenssymptome, die von vielen Mitarbeitenden aus stationären Pflegeeinrichtungen und häufig auch dem gesamten Umfeld als herausfordernd erlebt werden.

Sich anderen Menschen gegenüber verständlich machen zu können und verstanden zu werden, ist ein Privileg. Menschen mit Demenz verlieren dieses Privileg nach und nach. Herausfordernde Verhaltensweisen sind möglicherweise ein Resultat der Unfähigkeit sich verständlich zu machen.

Da psychische und Verhaltenssymptome auch Hinweise auf unverarbeitete Traumata sein können, sollten Mitarbeitende aus stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne einer traumasensiblen Pflege ein Verständnis für diese Zusammenhänge entwickeln.

Die zugrunde liegende Problematik zu verstehen, ist der Schlüssel für alles weitere Handeln. Wenn z. B. eine Pflegekraft weiß, warum eine Bewohnerin aggressiv reagiert, kann sie das Verhalten besser einordnen, kann sich dadurch besser abgrenzen und bleibt handlungsfähig. Zusätzlich ergeben sich möglicherweise neue Handlungsoptionen im Umgang mit der Bewohnerin.



Ressourcen und Traumata in der Biografie der Bewohnenden erfassen

Menschen, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung ziehen, haben bereits einen Großteil ihres Lebens gelebt und bringen eine Vielzahl an Lebenserfahrungen mit. Zu diesen Lebenserfahrungen gehören sowohl positive als auch belastende und bei einigen auch traumatische Erlebnisse. Je mehr Informationen aus der Lebensgeschichte der Bewohnenden vorliegen, desto besser kann auf ihre individuellen Bedürfnisse im Hier und Jetzt eingegangen werden.

Tipp für die Praxis

Es ist empfehlenswert, bereits kurz nach Einzug die Biografie der neuen Bewohnenden zu erfassen. Stellen Sie gezielt Fragen zu positiven, belastenden und traumatischen Erfahrungen aus dem Leben der Betroffenen. Versuchen Sie auch zu verstehen, wie der Mensch, der vor Ihnen sitzt, das Leben mit allen Höhen und Tiefen gemeistert hat.

Welche Bewältigungsstrategien hat sich die Person angeeignet? Welche Ressourcen waren hilfreich? Falls die Bewohnenden selbst nicht in der Lage sind, Auskunft zu geben, können Angehörige oder nahestehende Personen wertvolle Informationen liefern (siehe Arbeitshilfe 1).

Nutzen Sie Übergaben und Teambesprechungen, um diese biografischen Informationen innerhalb des Teams hinsichtlich ihrer Relevanz für die Pflege und Betreuung zu diskutieren.

Über eine neue Bewohnerin mit fortgeschrittener Demenz ist über deren Tochter bekannt, dass diese vermutlich mehrere sexuelle Übergriffe erlebt habe. Diese Information kann die Pflegekräfte dafür sensibilisieren, bei der Pflegetätigkeit besonders achtsam für auffällige Verhaltensweisen (z. B. Angst, Abwehrreaktionen) zu sein und ggf. Anpassungen vorzunehmen (z. B. nur weibliches Pflegepersonal für die Intimpflege oder besonders viel Transparenz bei den einzelnen Schritten der Pflegetätigkeit).

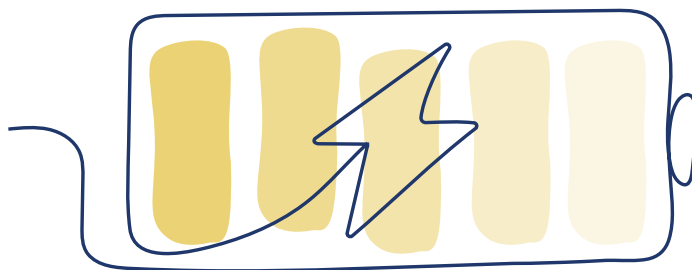


Ressourcen von Bewohnenden aktivieren und fördern

Ressourcen sind unsere Kraftquellen, also Mittel, die uns zur Verfügung stehen, um unsere psychischen Grundbedürfnisse zu erfüllen. So wie wir essen, trinken und schlafen müssen, um körperlich gesund zu bleiben, helfen uns unsere Ressourcen, um psychisch gesund zu bleiben. Es gibt **innere Ressourcen** wie z. B. Fähigkeiten, Eigenschaften, Interessen und **äußere Ressourcen** wie z. B. Kontakt zu anderen Menschen, Arbeit, Wohnumgebung, Natur.

Stellen Sie sich vor, Sie hätten einen inneren Akku, der Ihr Energielevel anzeigt. Ein voller Akku entspricht einem hohen Energielevel, während ein entladener Akku einem geringen Energielevel entspricht. Je aufgeladener Ihr Akku ist, desto widerstandsfähiger fühlen Sie sich. Wenn Probleme auf Sie zukommen, haben Sie genug Kapazitäten, um diese bewältigen zu können. Bei niedrigem Akkustand erleben sich Menschen als weniger handlungsfähig. Ein dauerhaft niedriger Akkustand kann psychische Probleme begünstigen.

→ Ressourcen sind deshalb so wichtig, weil sie unseren Akku wieder aufladen können.



Aktuell verfügbare Ressourcen

Mit aktuell verfügbaren Ressourcen sind alle Ressourcen gemeint, die die Bewohnenden bereits in ihrem Alltag integriert haben, z. B. ein regelmäßiges Hobby oder der regelmäßige Kontakt zu einer engen Bezugsperson.



Ressourcen zu stärken, bedeutet nicht, dass wir Probleme ignorieren. Ressourcen machen Probleme nicht unbedingt weg, aber sie schaffen ein Gegengewicht zu Problemen und helfen uns, mit Problemen besser umgehen zu können. Daher gehört zu einer traumasensiblen Pflege auch die Aktivierung und Stärkung von Ressourcen.



Eine 90-jährige Bewohnerin kocht gerne und beteiligt sich regelmäßig an der Kochgruppe, wo sie viel Anerkennung für ihre akkurate Schneidetechnik bekommt. Nach der Kochgruppe geht es ihr meistens sehr gut.

Tipp für die Praxis

Bei aktuell verfügbaren Ressourcen gilt: Mehr davon! Wenn eine Ressource bereits bekannt ist und einer Bewohnerin/ einem Bewohner guttut, dann darf diese Ressource ruhig mehr Raum im Alltag bekommen. Mitarbeitende können bei kreativen Lösungsansätzen helfen.

Bei o.g. Bewohnerin könnten Mitarbeitende z. B. darauf achten, die Bewohnerin zu allen kulinarischen Angeboten im Haus einzuladen. Sie könnten Fotos der Gerichte der Bewohnerin ausdrucken und sie gemeinsam mit ihr in ihrem Zimmer aufhängen, damit sie sich auch außerhalb der Gruppe an den Gerichten erfreuen kann. Mitarbeitende könnten mit der Bewohnerin Kochbücher anschauen, sie um Rat bei Kochthemen fragen oder mit ihr darüber sprechen, was und für wen sie damals gekocht hat.

Verschüttete Ressourcen

Verschüttete Ressourcen sind Ressourcen, auf die die Bewohnenden keinen Zugriff haben, also von denen sie selbst nichts wissen, oder Ressourcen, die sie längst vergessen haben oder solche, die früher mal gepasst haben aber heute nicht mehr umsetzbar sind.

Verschüttete Ressourcen sind wie ein vergrabener Schatz. Der Schatz ist zwar da, aber er ist nicht unbedingt sichtbar. Man muss ihn erst einmal finden und ausgraben. Menschen dabei zu unterstützen, ihre Ressourcen zu erkennen und im Alltag einzusetzen, bedeutet sozusagen, gemeinsam mit ihnen **auf Schatzsuche zu gehen**.

Tipp für die Praxis

Bei verschütteten Ressourcen gilt: Ressourcen reaktivieren!

Das geht am besten in drei Schritten:

1. Verschüttete Ressourcen identifizieren (siehe Arbeitshilfe 2)
2. Die entdeckten Ressourcen an den aktuellen Alltag anpassen (Seien Sie kreativ!)
3. Angepasste Ressourcen regelmäßig anwenden

Eine 85-jährige Bewohnerin hat früher viel Yoga gemacht und meditiert. Heute kann sie gesundheitsbedingt beide Tätigkeiten nicht mehr ausführen.

Da Yoga körperlich und Meditation geistig für sie nicht mehr funktionieren, braucht es kreative Lösungen, um die Ressourcen wieder zu aktivieren: z. B. Meditationsklänge anhören, Bilder von Yogaposen aufhängen, Klangschale anstimmen, über positive Erinnerungen sprechen, etc. Was genau für die Bewohnerin hilfreich ist, sollte individuell mit ihr und ggf. mit ihren Angehörigen besprochen und im Alltag ausprobiert werden.



Über traumatische Erfahrungen sprechen

Mit Bewohnenden über traumatische Erfahrungen zu sprechen, kann bei Mitarbeitenden und Angehörigen die Angst auslösen, dass alte Wunden wieder aufgerissen und die psychische Belastung der Betroffenen verstärkt werden könnten. Wenn eine Person von sich aus über traumatische Erfahrungen sprechen möchte, ist dies erst einmal ein Hinweis darauf, dass die belastenden Erinnerungen sowieso schon da sind. Es kann für die Betroffenen daher entlastend und hilfreich sein, damit nicht alleine sein zu müssen.

Viele der heute alten Menschen sind mit der Annahme aufgewachsen, dass über Belastendes nicht gesprochen werden darf. Heute gilt, dass es sehr wohltuend sein kann, über schlimme Erfahrungen zu sprechen. Dennoch sollte diese Erkenntnis nicht als Druck oder Zwang eingesetzt werden, sondern vielmehr zu einem Angebot führen, welches sowohl angenommen als auch abgelehnt werden darf. Ein Sich-Öffnen unter Druck birgt das Risiko einer Retraumatisierung und kann zu der von Vielen befürchteten Verschlimmerung der Belastung führen. Daher ist es wichtig, die Grenzen der Betroffenen zu respektieren und ihre Bewältigungsstrategien anzuerkennen.

Tipp für die Praxis

Wenn eine pflegebedürftige Person Ihnen gegenüber traumatische oder belastende Lebensereignisse erwähnt, prüfen Sie erst einmal für sich, ob Sie selbst die zeitliche und psychische Kapazität für ein kurzes Gespräch haben.

Falls nein, ist es vollkommen in Ordnung, das Gespräch zu vertagen und die Person auf andere Gedanken zu bringen.

Falls ja, fragen Sie die betroffene Person, ob sie mit Ihnen darüber sprechen möchte. Falls die Person einwilligt, hören Sie zu und seien Sie für die Person da.

Gespräche über lebensgeschichtliche Erfahrungen können auch während der Pfl egetätigkeit geführt werden. Fragen Sie nach dem Gespräch, wie es der Person nun geht und ob sie noch etwas braucht, bevor Sie gehen. **Sorgen Sie selbst nach dem Gespräch für sich und tun Sie etwas, was Ihnen guttut, z. B. eine kurze Pause, Ablenkung oder ein Gespräch mit einer Kollegin.**

Reaktivierung vermeiden – eine triggerarme Umgebung schaffen

Eine Umgebung, die ständig traumatisierende Erinnerungen reaktiviert, wirkt sich destabilisierend auf die Betroffenen aus. Mitarbeitende aus stationären Pflegeeinrichtungen können dabei unterstützen, eine Umgebung triggerarm zu gestalten, indem sie gemeinsam im Team

1. mögliche Trigger identifizieren und dann
2. Trigger entfernen, sofern dies möglich ist.

Trigger identifizieren

Zunächst ist es wichtig, mögliche Trigger, also Auslöser für reaktivierte traumatische Erinnerungen zu identifizieren.

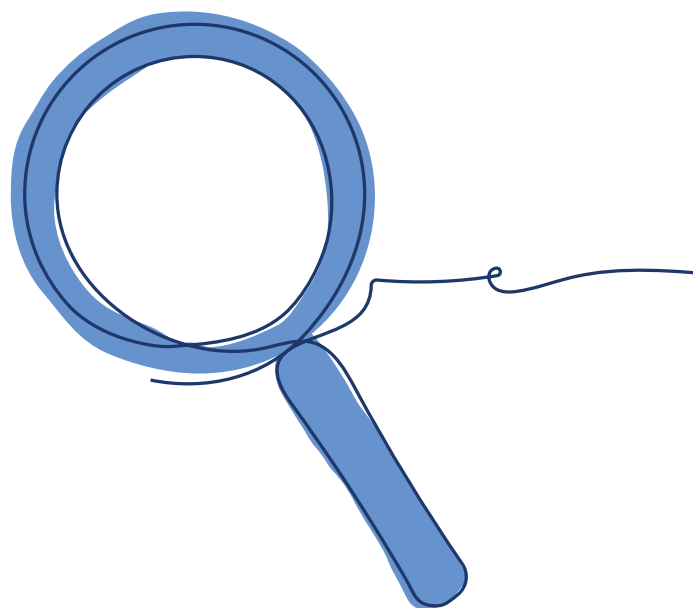
Tipp für die Praxis

Versuchen Sie gemeinsam im Team herauszufinden, was die Auslöser für problematisches/auffälliges Verhalten sind.

Folgende Fragen können hierbei behilflich sein:

- Wo trat das Verhalten auf?
- Wer war anwesend?
- Wann trat das Verhalten auf?
- Wann trat das Verhalten **nicht** auf?
- Was geschah, kurz bevor das Verhalten aufgetreten ist?

Nutzen Sie für eine Analyse von herausforderndem Verhalten gerne die Arbeitshilfe 3.



Eine 100-jährige bettlägerige Bewohnerin mit fortgeschrittener Demenz schaut tagsüber ab und zu Fernsehen. Egal, welche Fernsehprogramme für sie angemacht werden, die Bilder auf dem Bildschirm scheinen sie durcheinander zu bringen und in frühere Zeiten zu versetzen. Sie sagt oft „Angst! Angst!“, ruft laut nach ihrer Mutter oder um Hilfe. Im Pflorgeteam wird festgestellt, dass die von der Bewohnerin berichtete Angst und auffälliges Verhalten (rufen, klopfen) während der Fernsehzeit zunimmt.

- Wo trat das Verhalten auf? – *Im Zimmer der Bewohnerin*
- Wer war anwesend? – *Die Bewohnerin war alleine im Zimmer.*
- Wann trat das Verhalten auf? – *Vorwiegend bzw. verstärkt während der Fernsehzeiten*
- Wann trat das Verhalten nicht/seltener auf? – *Wenn jemand bei der Bewohnerin im Zimmer war und sich mit ihr unterhielt*
- Was geschah, kurz bevor das Verhalten aufgetreten ist? – *Für die Bewohnerin wurde ein Fernsehprogramm angemacht.*

Im o. g. Beispiel scheint das Fernsehprogramm bei der Bewohnerin zu Verwechslungen mit der Vergangenheit zu führen und Angst und Hilflosigkeit auszulösen. Das Fernsehschauen ist also ein möglicher Trigger/Auslöser für ihr Verhalten.

Trigger entfernen

Wenn nach der gemeinsamen Analyse im Team eine Annahme darüber gebildet wurde, was ein möglicher Trigger sein könnte, dann kann ein Versuch gestartet werden, den Trigger zu entfernen und das Verhalten erneut zu beobachten. Der Prozess läuft nach dem Prinzip Versuch und Irrtum ab, das heißt, dass erst durch das Ausprobieren (Trigger entfernen), Erkenntnisse darüber gewonnen werden können, ob der vermutete Trigger sich tatsächlich negativ auf das Wohlbefinden der betroffenen Person auswirkt. Sofern möglich, ist es stets sinnvoll, den Bewohner/die Bewohnerin in den Prozess mit einzubeziehen und ggf. auch die Angehörigen zu involvieren.

Bezüglich der o. g. Bewohnerin entscheidet sich das Team in Rücksprache mit der Bewohnerin und ihrem Sohn, einen Versuch zu starten, den Fernseher für eine Woche ausgesteckt zu lassen. Die Bewohnerin wirkt bereits etwas ruhiger und weniger aufgewühlt, sodass der Fernseher dauerhaft aus dem Raum entfernt wird.

Nicht immer können Trigger-Situationen vermieden werden (z. B. Böllergeräusche an Silvester). In dem Fall ist es dennoch sinnvoll, die Trigger zu kennen, um für solche Auslösesituationen sensibilisiert zu sein und besser auf die betroffenen Bewohnenden eingehen zu können. Sollte es nicht möglich sein, Trigger zu entfernen, kann der Fokus auf die Herstellung eines Sicherheitsgefühls gerichtet werden (**siehe Kapitel „Hilfreiche Strategien – Sicherheit herstellen“**).

Exkurs: Trigger Intimpflege

- Pflegerische Maßnahmen und auch ärztliche Untersuchungen sollten bei mutmaßlichen und insbesondere bei bekannten Traumatisierungen nicht in einer unbekanntem Situation oder durch unbekanntem Personen durchgeführt werden. Oft kann auch die Pflegehandlung bei Dämmerung oder Nacht zu Unwohlsein führen.
- Die (Intim-)Pflege sollte an einem sicheren Ort stattfinden. Die Tür sollte dabei geschlossen bleiben oder ein Sichtschutz eingesetzt werden.
- Es ist hilfreich, wenn pflegerische Bezugspersonen nicht zu häufig wechseln und die Betroffenen hier eine Art Beständigkeit erleben.
- Bei auffälligen Reaktionen sollte die Pflegehandlung erst einmal unterbrochen werden. Die Pflegekraft kann dann nachfragen, was los ist oder ob etwas passiert ist, was der Person nicht guttat.
- Sollten Sie den Trigger identifiziert haben (z. B. männliches Pflegepersonal bei einer sexuell traumatisierten alten Frau), versuchen Sie, eine triggerfreie Umgebung zu schaffen (z. B. Intimpflege durch weibliches Pflegepersonal), sodass sich die betroffene Person sicherer fühlen kann.
- Gespräche über lebensgeschichtliche Erfahrungen können auch während der Pflegetätigkeit geführt werden. Falls dies zeitlich nicht möglich ist, sollte der Person ein Gespräch zu einem späteren Zeitpunkt angeboten werden.

Sicherheit herstellen

Mit einer sicheren Umgebung ist nicht nur eine triggerfreie bzw. triggerarme Umgebung gemeint. Neben dem Vermeiden von Triggern sollte bei den Bewohnenden auch gezielt ein Gefühl von Sicherheit hergestellt werden.



Warum ist Sicherheit im Kontext traumatisierter Menschen so wichtig?

Sicherheit hat für Menschen mit Trauma-Erfahrung einen besonders hohen Stellenwert. Sie mussten oft mehrfach die Erfahrung machen, dass das eigene Leben komplett aus den Fugen geraten kann und dass alles, was sie bis dahin über sich, Andere und die Welt wussten, komplett infrage gestellt wurde. Eine derartige existentielle Unsicherheit erlebt zu haben, kann das Sicherheitsbedürfnis enorm erhöhen.

Für die Unterstützung der Bewohnenden bei der Entwicklung eines Sicherheitsgefühls ist ein bedürfnisorientiertes und individualisiertes Vorgehen erforderlich. Womit sich Menschen sicher und wohlfühlen, hängt von ihren individuellen Ressourcen und persönlichen Erfahrungen ab.

Tipp für die Praxis

Fragen Sie die zu pflegende Person (oder bei Bedarf Angehörige):

- Was brauchen Sie, um sich jetzt sicherer/wohler zu fühlen?
- Wann haben Sie sich das letzte Mal sicher gefühlt und was hat dazu beigetragen?
- Was würde Ihnen jetzt guttun? (Fragen Sie gezielt nach Lieblingsdüften, Lieblingsmusik, Lieblingserinnerungen, etc.)

Aus diesen Informationen können Handlungsstrategien abgeleitet werden. Konkret kann dies bedeuten, dass z. B. vermehrt Gesprächsangebote gemacht werden, dass eine Lieblingsmusik angemacht wird, dass bei Wunsch über Nacht das Licht angelassen wird, etc.



Bei der o.g. Bewohnerin war es nicht ausreichend, nur den Trigger (Fernseher) zu entfernen. Sie wirkte zwar etwas weniger aufgewühlt, zeigte aber noch immer ängstliches Verhalten und rief mehrmals am Tag um Hilfe. Auf Nachfrage erzählte die Bewohnerin einer Mitarbeiterin aus der sozialen Betreuung, dass sie „böse Erinnerungen“ an ihre Kindheit habe. Es gelinge ihr nur schwer, sich abzulenken und an etwas anderes zu denken. In weiteren Gesprächen wurde die Bewohnerin nach Erinnerungen aus ihrem Leben gefragt, in denen sie sich sicher fühlte. Sie dachte sofort an den Garten ihrer Großmutter, bei der sie öfters die Ferien verbrachte und leckere Preiselbeermarmelade aß. Weil die Bewohnerin keine eigenen Fotos mehr besaß, erstellte die Mitarbeiterin eine Collage aus Bildern aus dem Internet, passend zu der Erinnerung (grüner Garten, Preiselbeeren, etc.) und hängte diese Collage gemeinsam mit der Bewohnerin über ihrem Bett auf. Wenn die Bewohnerin gedankenversunken an belastende Kindheitserlebnisse dachte, schweifete ihr Blick automatisch an der Wand mit der Collage vorbei und die Aufmerksamkeit wurde auf die schönen Erinnerungen an den Garten der Großmutter gerichtet. Zusätzlich nutzten die Pflegekräfte die Collage, um mit der Bewohnerin während der Pflegetätigkeit ins Gespräch über positive Erinnerungen zu kommen. So bekamen Erinnerungen an Sicherheit und Geborgenheit wieder mehr Raum in der Gedankenwelt der Bewohnerin. Nach ein paar Monaten erwähnte die Bewohnerin, dass sie deutlich seltener an belastende Erlebnisse denken müsse.



Umgang mit reaktivierten traumatischen Erinnerungen

Wenn Bewohnende unter unkontrollierbaren Erinnerungen leiden, löst dies oft sehr starke mit dem Trauma verbundene Gefühle wie z. B. Panik oder Hilflosigkeit aus. Betroffene fühlen sich in die Vergangenheit zurückversetzt. In einem solchen akuten Anspannungszustand ist ein „normales Gespräch“ oft nicht möglich, weil sich das Gehirn im Überlebensmodus befindet. Ziel einer Intervention ist es, die betroffene Person dabei zu unterstützen, die Anspannung so weit zu reduzieren, bis sich das Emotionszentrum im Gehirn wieder beruhigt hat.

Dies kann mithilfe einer **Gegenwartsorientierung** gelingen:

Bei reaktivierten traumatischen Erinnerungen befindet sich das Gehirn mehr in der Vergangenheit als in der Gegenwart. Die betroffene Person soll also unterstützt werden, die Gegenwart mit all ihren Sinnen wahrzunehmen. Das Gehirn soll dadurch lernen, dass die Vergangenheit vorbei ist und dass sich die Person in der sicheren Gegenwart befindet. Gegenwartsorientierung kann **mit allen Sinnen** erfolgen. Hier ist alles hilfreich, was einen daran erinnert, im Hier und Jetzt zu sein.

Vorschläge für konkrete Maßnahmen unter Einbezug der Sinne finden Sie in der Arbeitshilfe 4 im Anhang.

Tipp für die Praxis

- Finden Sie nach und nach heraus, was hilft! Es reicht aus, einige wenige Dinge umzusetzen, die wirken, anstatt sich auf zu viele zu fokussieren.
- Wählen Sie Sinne aus, auf die der Bewohner/die Bewohnerin anspricht (z. B. Sehen nur bei intaktem Sehsinn).
- Wählen Sie Objekte aus, die zu dem Bewohner/der Bewohnerin passen, z. B. Kochbuch anschauen, wenn die Person gerne gekocht hat, oder Lavendelduft riechen lassen, wenn die Person Lavendel mag.
- Teilen Sie im Team und gerne auch mit Angehörigen, wenn etwas geholfen hat, damit alle informiert sind und die Übung ebenfalls anwenden können.
- Sorgen Sie dafür, dass die nötigen Materialien vor Ort sind, z. B. Lavendelduft ins Zimmer stellen, wenn die Person gut darauf reagiert.

Zwischen Fürsorge und Selbstfürsorge: Nähe und Distanz

Studien zeigen, dass Menschen, die in Pflegeberufen arbeiten, am gesündesten und handlungsfähigsten bleiben, wenn sie die Arbeit mit Pflegebedürftigen empathisch und zugewandt ausführen zu können (Nähe) und sich dabei gleichzeitig emotional abgrenzen können (Distanz).

Nähe fördert die Qualität der Arbeit, unterstützt vorrangig die zu Pflegenden und bezieht sich auf die **Fürsorge** den Pflegebedürftigen gegenüber. Distanz hingegen unterstützt das Wohlbefinden der Pflege- und Betreuungskraft und bezieht sich auf die Fähigkeit zur **Selbstfürsorge**. Die Fähigkeit Nähe herzustellen und die Fähigkeit Distanz herzustellen, schließen sich dadurch keineswegs aus, sondern scheinen sich gut zu ergänzen. Wenn Nähe und Distanz bei Pflege- und Betreuungskräften jeweils hoch ausgeprägt sind, hat dies positive Auswirkungen sowohl auf die Pflegebedürftigen als auch auf die pflegenden und betreuenden Personen selbst.

Tipp für die Praxis

Schätzen Sie für sich ehrlich ein, wie gut Sie auf der einen Seite Nähe zu Bewohnenden herstellen können und wie gut Sie sich auf der anderen Seite abgrenzen können.

Idealerweise sollte beides hoch ausgeprägt sein. Wenn Sie noch Entwicklungsbedarf in einem der Bereiche haben, gehen Sie es am besten noch heute an!

Strategien zur Herstellung von Nähe (für alle, die mit viel Distanz arbeiten)

Perspektivübernahme

Stellen Sie sich vor, Sie sehen die Welt aus den Augen des Bewohners/der Bewohnerin. Wie mag es ihm/ihr wohl gerade gehen? Welche Sorgen hat er/sie? Welche Hoffnungen und Wünsche? Warum verhält er/sie sich wohl gerade so? Was braucht er/sie? Wenn Sie in der Situation des Bewohners/der Bewohnerin wären, was würden Sie jetzt brauchen? Was würde Ihnen guttun?

Bewertungsfrei bleiben

Bewertungsfrei bedeutet, alles erst einmal so anzunehmen und nicht in eine Kategorie „gut“ oder „schlecht“ einzuordnen. Bewertungsfrei zu sein fällt uns in der Regel schwer, kann aber gut geübt werden. Versuchen Sie erst einmal bewusst, Situationen wahrzunehmen, ohne direkt ein Urteil darüber zu fällen. Etwas anzunehmen heißt übrigens nicht automatisch, es für gut zu befinden!

Emotionen erkennen und entsprechend handeln

Empathische Anteilnahme bedeutet, die Emotionen Ihres Gegenübers zu erkennen (z. B. Traurigkeit) und mit Ihrem Verhalten (z. B. Trost spenden) auf Ihr Gegenüber einzugehen und so das Leid zu lindern. Es reicht oft nicht aus, das Gefühl für sich zu erkennen. Lassen Sie Ihr Gegenüber auch spüren, dass Sie es erkannt haben!

Es gibt keine perfekten Antworten

Oft braucht es keine großen Worte. Wenn Sie manchmal nicht wissen, was Sie sagen sollen, dann ist das okay. Meistens sind es nicht die Worte, die einen Gefühlszustand erträglicher machen, sondern die Verbundenheit mit anderen. Wenn Sie da sind und dies Ihrem Gegenüber signalisieren, tun Sie mehr als genug.

Ratschläge sind (oft) auch Schläge

Wenn jemand Sie explizit nach Ihrem Rat fragt, dann sind Ihre Ratschläge sicher hilfreich. Wenn jemand nicht danach fragt, halten Sie sich am besten mit Ratschlägen zurück. Viele Menschen brauchen in schwierigen Situationen keine gut gemeinten Ratschläge, sondern viel mehr das Gefühl, dass jemand da ist und zuhört.

Strategien zur Herstellung von Distanz (für alle, die mit viel Nähe arbeiten)

Verantwortung für sich selbst übernehmen

Sie haben sich einen verantwortungsvollen Beruf ausgesucht und der beginnt immer auch mit der Verantwortung für sich selbst. Fangen Sie (spätestens) heute damit an, sich gut um sich zu kümmern!

Eigene Gefühle wahrnehmen, erkennen und benennen

Gefühle spielen bei Ihrer Arbeit eine wesentliche Rolle. Fangen Sie bei sich selbst an. Es ist hilfreich, das eigene Befinden und die eigenen Gefühle wahrzunehmen und zu erkennen, was genau gerade in Ihnen vorgeht und Worte dafür zu finden. Vergessen Sie bei all dem Arbeitspensum nicht, immer mal wieder am Tag in sich hineinzuhören.

Nein sagen lernen

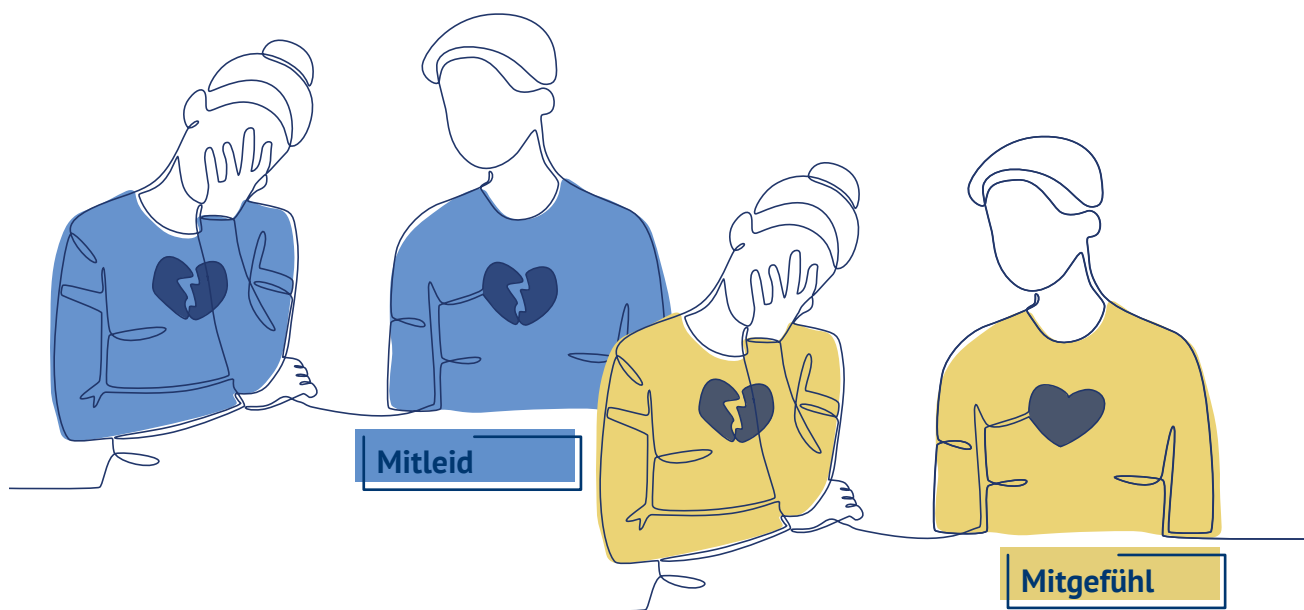
Es ist wichtig, „Nein“ sagen zu können, wenn die eigenen Kapazitäten erschöpft sind, und rechtzeitig Pausen einzulegen. Das Akzeptieren der eigenen Belastungsgrenze ist ein wichtiger Schritt, um langfristig gesund und belastbar zu bleiben.



Uns ist bewusst, dass der Pflegealltag aufgrund struktureller Hürden wie z. B. Fachkräftemangel, komplexe bürokratische Anforderungen oder knappe Personalschlüssel sehr kräftezehrend und stressig ist. Selbstfürsorgliche Strategien umzusetzen ist unter den bestehenden Arbeitsbedingungen in der Pflege deutlich erschwert. Die untenstehenden Tipps sollen nicht die alleinige Verantwortung für diese unzulängliche Situation an die Pflege- und Betreuungskräfte abgeben, sondern diese dabei unterstützen, trotz der aktuell hohen Arbeitsanforderungen gesund zu bleiben. Parallel sind unbedingt Maßnahmen erforderlich, um die Arbeitsbedingungen nachhaltig zu verbessern und die strukturellen Hürden zu verringern.

Mitfühlen anstatt mitleiden

Menschen, die Mitleid empfinden, fühlen genau das, was ihr Gegenüber fühlt. Sie leiden mit. Sie versinken im Leid des Anderen. Sie leiden so sehr mit, dass sie selbst nicht mehr helfen können. Beim Mitleiden ist man vor allem auf die eigenen Gefühle fokussiert.



Menschen, die Mitgefühl empfinden, versetzen sich in die Lage des Gegenübers und empfinden Zuneigung und Sympathie. Sie bleiben handlungsfähig und können ihrem Gegenüber beistehen. Beim Mitfühlen ist man vor allem auf die Gefühle des Gegenübers fokussiert. Machen Sie sich immer wieder bewusst, dass das Leid der Bewohnenden nicht Ihr persönliches Leid ist.

Eine (professionelle) Grenze ziehen zwischen Ihnen und Bewohnenden

In Ihrem Arbeitsalltag bauen Sie Beziehungen zu Bewohnenden auf, was für eine gute Arbeit erforderlich ist. Machen Sie sich dennoch bewusst, dass diese Beziehungen Teil Ihrer beruflichen Tätigkeit sind und keine privaten Beziehungen darstellen. Wenn Sie zu Hause häufig über die Arbeit nachdenken und Schwierigkeiten haben, abzuschalten, könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass die Grenze zwischen Beruflichem und Privatem verschwimmt. Einigen hilft es, ein Ritual zur bewussten Trennung von Berufs- und Privatleben zu entwickeln, etwa durch einen Spaziergang nach Feierabend oder das Umziehen nach der Arbeit.

Kollegialer Austausch, Supervision und weitere Unterstützungsmaßnahmen

Regelmäßige Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen können helfen, belastende Erlebnisse zu verarbeiten und Strategien im Umgang mit schwierigen Situationen zu entwickeln. Supervision oder Fallbesprechungen bieten darüber hinaus eine wertvolle Möglichkeit, eine professionelle Perspektive auf herausfordernde Fälle zu erhalten.

Einige Einrichtungen bieten psychologische Beratung oder spezielle Schulungen im Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Bewohnenden an. Diese Angebote sollten aktiv genutzt werden. Auch externe Hilfsangebote wie Krisenhotlines oder psychotherapeutische Gespräche können hilfreich sein, wenn der eigene Stresspegel zu hoch wird. Zusätzlich kann es sinnvoll sein, Netzwerke oder Foren für Pflegekräfte zu nutzen, um sich mit anderen Betroffenen auszutauschen und wertvolle Unterstützung zu erhalten.

Nach der Arbeit gut für sich sorgen

Sie kümmern sich während Ihrer Arbeit um andere Menschen. Vielleicht sind Sie auch in Ihrem privaten Leben häufig für andere Menschen da. Umso wichtiger ist es, dass Sie sich in Ihrer Freizeit gut um sich selbst kümmern. Tun Sie Dinge, die Ihnen guttun und Sie entspannen. Lassen Sie sich auch einmal von Anderen verwöhnen. Planen Sie ganz bewusst „Oasen“ in Ihren Alltag ein.

Was tun bei eigenen Traumata als helfende Person?

Mitarbeitende von stationären Pflegeeinrichtungen, die selbst traumatische Erlebnisse erfahren haben und unter den Erlebnissen im Sinne einer Traumafolgestörung leiden, sollten ihre Belastungen ernst nehmen. Vielen Menschen hilft es, professionelle Unterstützung anzunehmen, z. B. in Form einer psychotherapeutischen Behandlung. Dies gilt selbstverständlich auch bei anderen psychischen Erkrankungen, wie Depressionen oder Ängsten. Betroffene sollten gerade im Umgang mit traumatisierten Bewohnenden achtsam mit sich umgehen und auf Belastungsgrenzen achten. Ein offener Austausch mit vertrauenswürdigen Kollegen/Kolleginnen oder Vorgesetzten kann ebenfalls entlasten.



Arbeitshilfen – Anhang

Arbeitshilfe 1 zur Erfassung von positiven/belastenden/traumatischen Lebenserfahrungen der Bewohnenden

Nur anwenden bei Bewohnenden, die bereit sind, über ihr Leben zu sprechen!

Erfassung von positiven Lebenserfahrungen

- Was sind die schönsten Erinnerungen an Ihr bisheriges Leben?

- An welche Lebensereignisse denken Sie gerne zurück?

- Worauf sind Sie besonders stolz, wenn Sie auf Ihr bisheriges Leben blicken?

- Welche Menschen sind Ihre wichtigsten Wegbegleiter und warum?

Erfassung von traumatischen und belastenden Lebenserfahrungen und Bewältigungsstrategien

- Gibt es Lebensereignisse, die für Sie belastend oder sogar traumatisch waren?

- Welchen Einfluss hatten bzw. haben diese Ereignisse auf Ihr bisheriges Leben?

- Wie sind Sie mit diesen Herausforderungen umgegangen? Was oder wer hat Ihnen dabei geholfen?

- Gibt es etwas, wie wir Sie hier im Umgang mit dem Erlebten unterstützen können?

- Bei der Frage nach belastenden und traumatischen Erlebnissen stehen die Bedürfnisse der Bewohnerin/ des Bewohners im Vordergrund. Es werden zunächst keine Details abgefragt. Außerdem ist es wichtig, der Bewohnerin/dem Bewohner vorher den Druck zu nehmen, die Fragen beantworten zu müssen. *„Ich würde Ihnen nun gerne ein paar Fragen zu belastenden Lebensereignissen stellen, wenn Sie damit einverstanden sind. Es ist vollkommen okay, wenn Sie bestimmte Fragen nicht beantworten möchten. Sie allein entscheiden, was Sie mir erzählen möchten.“*

Arbeitshilfe 2 zur Erfassung von Ressourcen

Anregende Fragen...

...für die nächste Teambesprechung

...für das nächste Angehörigengespräch

...für ein Gespräch mit dem Bewohner/der Bewohnerin selbst

- Worüber spricht die Person gerne?
- Was kann die Person gut?
- Was macht die Person gerne?
- Wann freut sich die Person?
- Welche positiven Eigenschaften hat die Person?
- Wofür schätzen Sie die Person?
- Wofür schätzen andere die Person?
- Was tut der Person gut?
- Was hat die Person früher gerne gemacht?
- Was konnte die Person gut?
- Wofür wurde die Person geschätzt?
- Was hatte die Person früher für Hobbies, Interessen?
- Wie hat die Person früher Probleme gelöst und schwierige Zeiten gemeistert?

Übung

Stellen Sie sich vor, Sie tragen eine „Ressourcenbrille“. Mit dieser Brille sehen Sie die ganze Welt aus einer positiven Perspektive. Sie sehen andere Menschen in einem positiven Licht und erkennen ihre Stärken und Potenziale.

Setzen Sie ab und zu ganz bewusst die „Ressourcenbrille“ auf, bevor Sie das Zimmer eines Bewohners/einer Bewohnerin betreten. Was sehen Sie? Welche positiven Seiten erkennen Sie an dem Bewohner/der Bewohnerin? Gibt es auch neue Aspekte, die Sie plötzlich neu entdecken können? Steckt hinter einem herausfordernden Verhalten ggf. auch eine Stärke? Wenn Sie mögen, machen Sie dem Bewohner/der Bewohnerin doch mal ein Kompliment für die Stärke, die Sie durch die Brille wahrnehmen und achten Sie auf die Reaktion.

Arbeitshilfe 3: Leitfaden für eine Fallbesprechung zur Analyse von herausforderndem Verhalten

Datum	Name BEW	Anwesende Personen	Moderation	Protokoll

Schritt 1: Das Verhalten genauer verstehen

Darstellung des Problemverhaltens anhand einer Beispielsituation	Was genau hat die Person gemacht? (beobachtbares Verhalten)
Auslöser für das Verhalten herausfinden	Wo trat das Verhalten auf?
	Wer war anwesend?
	Wann trat das Verhalten auf?
	Was geschah kurz bevor das Verhalten aufgetreten ist?
	Wann tritt das Verhalten i.d.R. nicht auf?
Konsequenzen und Reaktionen	Was geschah, nachdem sich die Person so verhalten hat?
	Wie reagierten die Anwesenden?
	Machten die Reaktionen das Problemverhalten besser oder schlechter?

Schritt 2: Ansatzpunkte für Interventionen finden

Auslöser erkennen und verändern	Möglicher Auslöser
	Ideen, um den Auslöser zu entfernen oder zu verändern
	Falls Auslöser nicht veränderbar: Ideen, zur Herstellung von mehr Sicherheit
Reaktionen verändern	Hilfreiche Reaktionen
	Wenig hilfreiche Reaktionen

Schritt 3: Maßnahmen festlegen und einführen

Maßnahmen

Zeitraum, in dem die Maßnahme ausprobiert wird

Wer informiert das gesamte Team über die Maßnahmen?

Datum für die nächste Fallbesprechung, zum Überprüfen, ob sich durch die Maßnahmen etwas verändert hat

Arbeitshilfe 4 zum Umgang mit reaktivierten Erinnerungen, starken Emotionen und hohen Anspannungszuständen – SOS-Interventionen

Wie Sie als Mitarbeitende Person reagieren können

- Lassen Sie die betroffene Person nicht alleine.
- Sprechen Sie klar, deutlich und langsam. Nennen Sie Fakten zur aktuellen Situation, z. B. „Ich bin Frau Musterfrau und Sie sind Herr Mustermann. Sie sind 96 Jahre alt und wir sind gerade gemeinsam in Ihrem Zimmer in der Einrichtung X.“
- Vermitteln Sie Sicherheit, z. B. „Sie sind hier in Sicherheit. Die schlimmen Erlebnisse sind vorbei. Sie sind jetzt hier in der Einrichtung X. Hier sind Sie sicher. Ich bin da.“
- Berührung: Bei Personen, bei denen Sie wissen, dass ihnen Berührungen helfen, können Sie z. B. eine Hand nehmen oder Ihre Hand stärkend auf die Schulter legen. Bei Personen, bei denen Sie noch nichts dazu wissen: Erst nachfragen! „Darf ich Ihre Hand nehmen?“, „Darf ich meine Hand auf Ihre Schulter legen?“
- Holen Sie sich bei Bedarf Unterstützung von Kolleg:innen oder anderen Fachpersonen

Im Folgenden sind Vorschläge für Maßnahmen aufgeführt, die zur Gegenwartsorientierung über die Sinne eingesetzt werden können. Achten Sie darauf, nicht zu viele Maßnahmen einzusetzen, sondern sich auf wenige, wirkungsvolle zu beschränken. Wählen Sie die Maßnahmen so aus, dass sie individuell auf den Bewohner/die Bewohnerin zugeschnitten sind.

Sehen:

- Such-Aufgabe: „Nennen Sie mir 5 Dinge hier im Raum, die grün/gelb/rot/orange/... sind?“. Lassen Sie sich 5 Dinge einer Farbe aufzählen und fahren Sie dann mit einer weiteren Farbe fort.
- Angenehme Dinge anschauen, z. B. ein Fotobuch, eine Lieblingssendung, ein Bilderbuch, Pflanzen, etc. (kann auch mit Spaziergang/Spazierfahrt verbunden werden)

**Riechen:**

- Angenehme Dinge riechen, z. B. ein Lieblingsparfüm oder ein Lieblingsduft (Ätherische Öle), eine Blüte aus dem Garten, etc.

**Fühlen:**

- Angenehme Dinge fühlen, z. B. einen schönen Stoff, eine Baumrinde, etc. (verschiedene Texturen fühlen lassen, Aufmerksamkeit auf das Fühlen richten)
- Dinge mit starkem Reiz fühlen: Wenn die Anspannung sehr hoch ist, helfen oft etwas stärkere Reize, um die Aufmerksamkeit auf die Gegenwart zu lenken, z. B. Eiswürfel auf der Haut, einen Igelball fest drücken, einen Akkupressuring über den Finger rollen, etc.

**Schmecken:**

- Angenehme Dinge schmecken, z. B. eine Lieblingsschokolade oder ein Stück Obst
- Dinge mit stärkerem Reiz schmecken, z. B. etwas Scharfes oder etwas Saures

**Hören:**

- Angenehme Geräusche hören, z. B. Lieblingsmusik anmachen, Vogelgezwitscher



Wissenschaftliche Quellen

Amano, T. & Toichi, M. (2014). *Effectiveness of the on-the-spot-EMDR method for the treatment of behavioral symptoms in patients with severe dementia. Journal of EMDR Practice and Research*, 8(2), 50–65.

Anderson, K. A., Fields, N. L. & Dobb, L. A. (2011). *Understanding the impact of early-life trauma in nursing home residents. Journal of Gerontological Social Work*, 54(8), 755–767.

Bartholomeyczik, S. (2006). Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. *Demenz*, 33.

Böttche, M., & Knaevelsrud, C. (2017). Psychotherapie bei posttraumatischen Belastungsstörungen im Alter. *Der Nervenarzt*, 88(11), 1234–1239.

Böttche, M., Kuwert, P. & Knaevelsrud, C. (2019). Gerontopsychotraumatologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (S. 511–526). Berlin: Springer.

Deppe-Schmitz, U. & Deubner-Böhme, M. (2016). *Auf die Ressourcen kommt es an: Praxis der Ressourcenaktivierung*. Göttingen: Hogrefe.

Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2014). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (7. Aufl.). Bern: Huber.

Forstmeier, S. & Maercker, A. (2008). *Probleme des Alterns*. Göttingen: Hogrefe. (*Fortschritte der Psychotherapie*, Bd. 33).

Forstmeier, S. & Roth, T. (2018). Modul 6: Trainieren des Angehörigen in Verhaltensmanagement. In S. Forstmeier & T. Roth, *Kognitive Verhaltenstherapie für Patienten mit leichter Alzheimer-Demenz und ihre Angehörige* (S. 77–83). Berlin: Springer.

Glaesmer, H. & Brähler, E. (2011). Die Langzeitfolgen des Zweiten Weltkrieges in der deutschen Bevölkerung: Epidemiologische Befunde und deren klinische Bedeutung. *Psychotherapeutenjournal*, 10(4), 346–353.

Günak, M. M., Billings, J., Carratu, E., Marchant, N. L., Favarato, G. & Orgeta, V. (2020). *Post-traumatic stress disorder as a risk factor for dementia: Systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry*, 217(5), 600–608.

Lampert, B. (2011). *Detached Concern: Eine emotionsregulierende Bewältigungsstrategie in der Altenpflege*. Lengerich: Pabst.

Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Berlin: Springer.

Maercker, A. (Hrsg.). (2019). *Traumafolgestörungen*. Berlin: Springer.

O'Malley, K. A., Sullivan, J. L., Mills, W., Driver, J. & Moye, J. (2023). *Trauma-informed care in long-term care settings: From policy to practice*. *The Gerontologist*, 63(5), 803–811.

Priebe, K. (Hrsg.). (2014). *Metaphern, Geschichten und Symbole in der Traumatherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Radebold, H. (2015). *Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit: Hilfen für Kriegskinder im Alter*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann, L. (2022). *Kriegskinder und Kriegsenkel in der Psychotherapie: Folgen der NS-Zeit und des Zweiten Weltkriegs erkennen und bearbeiten – eine Annäherung* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta. (*Leben lernen*, Bd. 277).

Tagay, S., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen alter Menschen*. *Psychotherapie*, 14(2), 234–342.

van Dongen, D. H., Havermans, D., Deckers, K., Olff, M., Verhey, F. & Sobczak, S. (2022). *A first insight into the clinical manifestation of posttraumatic stress disorder in dementia: A systematic literature review*. *Psychogeriatrics*, 22(4), 509–520.

Wissenschaftliche Publikationen, die aus dem Projekt „Seelenpflege“ entstanden sind (Stand 02/26):

Majewski, J., Niemann, S. & Vogel, H. (2025). Implementierung eines traumasensiblen Gesamtkonzeptes zur psychotherapeutischen Behandlung von Bewohnenden von Seniorenheimen – Eine qualitative Pilotstudie. *Psychiatrische Praxis*, 52(6), 308–313.

Majewski, J., Niemann, S. & Vogel, H. (Hrsg.). (2026). Themenschwerpunkt: Psychotherapie bei älteren Menschen mit Pflegebedarf. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 58(1), 1–76.

Niemann, S., Majewski, J. & Vogel, H. (2025). Fortbildungsreihe für Pflegekräfte im Projekt „Seelenpflege – traumasensible Behandlung für Bewohner und Bewohnerinnen in Senioreneinrichtungen“. *Psychotherapie im Alter*, 2025(2), 159–172.

