

## Wie geht man mit Verwundung und Verstümmelung um?

Meine Aufgabe im Rehabilitationszentrum Weißer Hof ist es, vor allem Verbrannte und amputierte Personen nach einem Unfall in ihr neues Leben zu begleiten, ihnen beizustehen, wenn sie sich von ihrem alten Leben verabschieden und neue Pläne, neue Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen für ihr neues Leben erarbeiten müssen.

Wie gehen nun Betroffene mit Verwundung und Verstümmelung um? Ich möchte diese Frage in drei Fragen aufspalten, nämlich:

- Was haben meine PatientInnen psychisch zu verarbeiten?
- Wie können sie es verarbeiten?
- Und: Was brauchen sie dazu?



Bild 1

Zunächst zur ersten Frage:

### **Was muss von den Betroffenen psychisch verarbeitet werden? Was ist eigentlich belastend?**

Aber machen wir es nicht zu theoretisch, gehen Sie von Ihren eigenen Gefühlen aus. Wie würde es Ihnen gehen, wenn Sie nach einem Unfall so aus einem längeren künstlichen Koma aufwachen (siehe Bild 2 auf Seite 46)?

Diese Person könnten Sie sein. Versuchen Sie, sich nicht sofort professionell zu distanzieren. Versuchen Sie, das Foto auf sich wirken zu lassen und

versuchen Sie kurz sich vorzustellen, wie es Ihnen ginge, wenn Sie sich selbst so im Spiegel sehen würden.

Vielleicht würden Sie sich vor sich selbst schrecken oder ekeln, sich fremd in Ihrer eigenen Haut fühlen, einsam und in sich selbst eingesperrt. Vielleicht würden Sie sich fragen, ob Sie so jemals wieder jemandem anderen unter die Augen treten könnten, ob Sie sich so Ihrem Partner, Kindern, der Öffentlichkeit zeigen können. Wahrscheinlich würden Sie sich auch schutzlos, emotional dünnhäutig und ausgeliefert fühlen.

Dieses Foto zeigt augenscheinlich: Bleibende sichtbare körperliche Veränderungen bedeuten eine Krise im Leben eines Menschen, die sein Selbstkonzept grundsätzlich in Frage stellt!

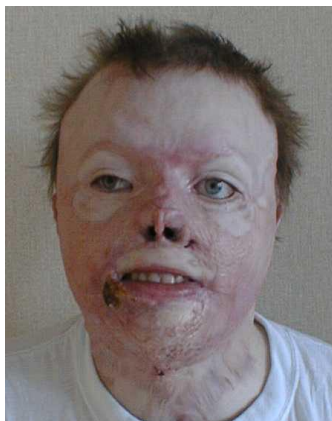


Bild 2

Wie Sie selbst an ihrer Reaktion auf dieses Foto merken, ist die Herausforderung für Brandopfer an ihre psychische Verarbeitungskraft, besonders wenn das Gesicht betroffen ist, noch viel größer als bei amputierten Personen.

Die menschliche Haut stellt eine besondere Grenzzone dar. Ihre Unversehrtheit trägt zum Gefühl persönlicher Integrität und Ich-Identität bei. Aussehen, Gestalt und eine makellose Haut sind zentrale Signalfaktoren zwischenmenschlicher Kommunikation. Im Hinblick auf diese Funktion sind Brandverletzte in extremer Weise betroffen. Körpergefühl und Körperschema sind nicht nur in physischer Hinsicht verändert. Massive Schamgefühle, Ängste vor gesellschaftlicher Stigmatisierung und Ausgrenzung, verbunden mit der Angst, auch vom Partner und dem unmittelbaren Umfeld nicht mehr geliebt und akzeptiert zu werden, belasten den Prozess der Krankheitsverarbeitung. Die Gefahr des Auftretens psychischer Störungen ist nach solch einer Grenzsituation deutlich erhöht.

**Als durchgehende Erfahrung fällt auf, dass es schwer ist, mit Schwerbrandverletzten in einen wirklichen inneren Kontakt zu kommen; es scheint, als ob sie sich in sich selbst zurückgezogen hätten, ihre Kontaktgrenze nach innen verlagert hätten.**

Sie scheinen einen Schnitt durch ihr körperliches Selbst gemacht zu haben, wobei sie die verbrannte Haut gewissermaßen als nicht zu sich gehörig betrachten.

Dieser Rückzug in ein inneres Schneckenhaus ist auch völlig verständlich. Wenn wir davon ausgehen, dass das Erleben unseres Körpers auch das Erleben unseres Selbst ist, so ist klar, dass bei stärkeren Verbrennungen der **großen äußeren Wunde auch eine große innere, seelische Wunde** entspricht.

Aber auch wenn die Verstümmelung nicht so massiv sein sollte, ist Ihr Selbstwert als Mann oder Frau in Frage gestellt. Das wird je nach Persönlichkeit verschieden sein, aber stellen Sie sich vor, Sie haben von sich die Erfahrung, ein attraktiver Mann oder eine attraktive Frau zu sein. Das macht ein bestimmtes Lebensgefühl aus, das Gefühl gut und selbstbewusst in der Welt zu stehen; die Menschen wenden sich Ihnen eher zu, Sie haben einen sicheren Platz in sozialen Situationen.

Und plötzlich ist das anders, Sie fallen auf wegen einer Verstümmelung, eines andersartigen Aussehens, eines andersartigen Ganges (Amputation), die Menschen werfen einen verunsicherten Blick auf Sie und wenden sich dann eher von Ihnen ab.

Seien wir doch ehrlich, „Gesunde“ begegnen verstümmelten Menschen zunächst doch sehr oft mit Schock und Ekel! Man will solche Menschen nicht sehen, sie laufen den herrschenden Vorstellungen von Ästhetik völlig zuwider, mobilisieren innere Angst davor, selbst einmal so aussehen zu können, selbst einmal einen Unfall oder eine Krankheit zu erleiden, die einen so aussehen lassen könnte.

Aber gehen wir noch einen Schritt zurück. Meine Patienten und Patientinnen haben ja fast alle einen meist dramatischen Unfall und dabei einen Unfallschock erlitten. Sie sind aus heiterem Himmel mitten in ein ganz persönliches Kriegserlebnis hineingeschleudert worden. Ihre innere Annahme, in einer geordneten, kontrollierbaren Welt zu leben und einen festen Platz in dieser zu haben, ist weg. Die Illusion der Beherrschbarkeit des Lebens ist zerplatzt!

Als Folge davon leiden ca. 30 % der Unfallverletzten an einem Posttraumatischen Belastungssyndrom, was ihnen die Bearbeitung der an sich schon sehr belastenden Situation noch zusätzlich erschwert.

Eine zusätzliche, möglicherweise den gesamten Rehabilitationsprozess begleitende Belastung stellen für viele PatientInnen Schmerzen dar, bei Amputierten insbesondere Phantomschmerzen.

Und starke „Schmerzen essen Seele auf“, kosten enorme innere Energie, erhöhen den Angstlevel der PatientInnen und begünstigen das Auftreten von Depressionen.

Sehr einfach lässt sich die innere Struktur der psychischen Belastung von Betroffenen mit Hilfe des **Identitätskonzepts von Petzold** zusammenfassen. Nach ihm ruht unsere Identität als Mensch auf folgenden **5 Säulen**:

- Leiblichkeit
- Soziales Netz
- Arbeit und Leistung
- Materielle Sicherheit
- Werte und Normen

Auf einem einzigen Blick ist erkennbar, dass bei Menschen mit Verwundungen und Verstümmelungen alle diese Säulen entweder eingestürzt oder stark beschädigt sind, oder sie sind zumindest gefährdet.

### **Wie versuchen nun Menschen nach solchen Schicksalsschlägen diese Herausforderung zu bewältigen?**

Die psychische Verarbeitung solch massiver Attacken auf die Identität verläuft prototypisch in verschiedenen Phasen. Zu ihrer übersichtlichen Darstellung verwende ich hier das Phasenmodell von Kübler-Ross, die es ursprünglich aus ihrer Arbeit mit Sterbenden heraus entwickelt hat.

Folgender Verlauf einer (geglückten) Verarbeitung ist typisch, ganz gleich um welche Krise es sich auch immer handelt (schlechte Schulnote, Krankheit, neuer Beruf, Tod):

## EREIGNIS

### Integration des neuen Zustandes in das Selbstbild:

„Jetzt werde ich es halt so machen.“  
„Ich werde halt x nicht mehr können, dafür ...“

### Nichtwahrhabenwollen, Flucht:

„Mir geht's blendend.“  
„So was passiert doch mir nicht.“  
„Die Diagnose ist falsch.“

### Zustimmung:

Ende des Kampfes,  
Befreiung und Friede

### Aggression (Kampf) oder Depression:

„Wieso muss das gerade mir passieren?“  
„Was lohnt sich da noch zu leben.“  
„Niemand hilft mir richtig.“  
„Was soll das alles noch?“

### Trauern:

realistische Einschätzung der Vorkommnisse  
und echte Trauer um die Verluste im  
Sinne des Loslassens

### Verhandeln, Kampf:

„Wenn ich noch einmal xyz tun könnte,  
würde ich mich abfinden.“

## Was heißt eigentlich Bewältigung in diesem Zusammenhang?

Es ist der Einbau des traumatischen Ereignisses in die Kontinuität des Lebens notwendig; es stellt zwar eine Bruchstelle im Lebensablauf dar, hat aber auch ein Vorher und Nachher. Gelungene Verarbeitung heißt, dass das Trauma und seine Folgen zwar einen sehr wichtigen Platz in der Collage des individuellen Lebens haben, sie aber nicht völlig bestimmen und alle Lebensereignisse überstrahlen und entwerten.

Als Betroffene/r muss ich eine neue innere Haltung zu den Gegebenheiten/Problemen der neuen Situation erarbeiten, ich muss sie neu bewerten, ihnen möglicherweise auch einen neuen Sinn geben. Die innere Haltung offenbart sich in einem inneren Monolog, der uns dauernd begleitet, in dem wir eben uns selbst kommentieren und bewerten. Dieser innere Monolog muss den neuen Gegebenheiten angepasst werden.

Oder im wissenschaftlichen Sprachgebrauch: Krankheitsverarbeitung ist das Bemühen, bereits bestehende oder zu erwartende Belastungen durch die Krankheit mehr psychisch (emotional, kognitiv) oder durch zielgerichtetes Verhalten und Handeln zu reduzieren, auszugleichen oder zu verarbeiten (Heim 1988, S. 9).

Menschen können sich in einer solchen krisenhaften Situation aber selbstverständlich nicht immer problemlöseorientiert, geradlinig und zielbewusst verhalten. Wie bei allen Menschen können auch bei ihnen in der Extremsituation Schwächen und Verhaltensauffälligkeiten sichtbar werden. Kaum ein Patient kann das Trauma einfach hinnehmen, fast jeder wehrt sich gegen das Unerträgliche. Die psychischen Abwehrmaßnahmen sind meist unbewusst und damit oft „unvernünftig“.

Solche „unvernünftigen“, neurotischen Verarbeitungsmuster sind (hier der Kürze wegen nur cursorisch angeführt):

### - **Regression**

Die Schwere der Verletzung und die damit einhergehende Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit machen den Patienten körperlich einem Kleinkind ähnlich. Die psychische Anpassung an diese außergewöhnlichen Umstände fördert das Auftreten von sogenannten **regressiven Tendenzen**, das heißt, dass möglicherweise „kindlichere“ Verhaltensweisen auftreten können, die der psychischen Reife des Patienten nicht entsprechen.

- **Vorwurfshaltungen**

Verletzungen werden oft als „Strafe“ empfunden. Dies kann zu einer Vorwurfshaltung führen, wobei – da die „Schuld“ nicht immer bei sich zu finden ist – jemand gesucht wird, dem man Vorwürfe machen kann. Oft ist es das Pflegepersonal, dem Nachlässigkeit, Unachtsamkeit etc. vorgeworfen wird, oft der Arzt, der Kostenträger oder einfach „die Gesellschaft“.

- **Verleugnung** der Schwere der Einschränkungen und (auch psychischen) Folgen der Behinderung

Ein Problem kann auch bei besonders gut „angepassten“ Patienten auftreten, die sich immer „richtig“ verhalten, wie besessen trainieren, die Rehabilitation geradezu als sportliche Herausforderung ansehen. Ein Teil von ihnen nimmt zwar die Verletzung und ihre Folgen rational zur Kenntnis, nicht aber die seelischen Folgen einer so tiefgreifenden körperlichen Veränderung. Um die frustrierenden und traurigen Aspekte ihres „Behindertenlebens“ nicht spüren zu müssen, errichten sie eine Art Scheinwelt, in der sie weiterleben können wie bisher. So laufen sie aber Gefahr, den Kontakt zur Realität zu verlieren und innerlich immer mehr zu erstarren. Oder aber dieses Scheingebäude fällt einmal unter dem Druck der Realität in sich zusammen, und es bleibt nur tiefe Verzweiflung über.

- Es kann sein, dass der Patient sich tief innen nicht vorstellen kann, mit dieser Behinderung weiterzuleben. Resignation und Depressivität führen oft zu **Widerständen gegen aktive Behandlung**; der Patient verweigert die Mitarbeit.

- **Depression**

Eine Zeit lang reagieren die Patienten meist mit einer depressiven Stimmung auf das Geschehene. Eine mit therapeutischer Hilfe durchgestandene **reaktive Depression** kann sich auf den gesamten Verarbeitungsprozess positiv auswirken. Das straffe Rehabilitationsprogramm gibt dem Patienten aber häufig soviel Außenantrieb vor, dass ein echter depressiver Rückzug verhindert wird. Eine „echte“ Depression wird oft auch verhindert, da das medizinische Team Niedergeschlagenheit, Pessimismus etc. ungünstiger aufnimmt als positive Verhaltensweisen; das heißt, der Patient glaubt, nicht depressiv sein zu dürfen. So macht sich die Depression häufig in verstellter, verdeckter Form bemerkbar

und zeigt sich dann zum Beispiel in Form von Vorwürfen, Widerständen, Fehlverhaltensweisen etc.

- **Psychosomatische Störungen**

Als körperlicher Ausdruck einer verdrängten Depression kann es auch zum Auftreten von **psychosomatischen Störungen** kommen, wobei sich nicht ausgesprochene und nicht aussprechbare Gefühle von Angst, Enttäuschung etc. körperlich bemerkbar machen (müssen). Auch scheinbar gut angepasste Patienten werden oft krank, haben Wundheilungsstörungen, verstärkten Phantomschmerz usw.

- **Destruktives Verhalten**

Es sind aber auch Abwehrmaßnahmen mit meist destruktivem Charakter erkennbar, die sich in Fehlverhaltensweisen wie Über- und Unterernährung, exzessives Rauchen, übermäßiger Alkoholgenuß, Nachlässigkeit in der Pflege etc. äußern.

- Jeder Mensch wehrt sich auch gegen das Schicksal einer lebenslänglichen Beeinträchtigung. Es kann hier so auch **aggressives Verhalten** auftreten, wenn sich die Ohnmacht eines Patienten – der sich ja weniger als jemand außerhalb eines Rehabilitationszentrums von psychischen Schwierigkeiten befreien kann – verzweifelt Luft macht.

- Beobachtet werden kann aber auch **egozentrisches Verhalten**; die Rehabilitation kostet den Patienten so viel Kraft, dass oft keine mehr für andere Menschen und deren Probleme überbleibt.

- Auch überwunden geglaubte Probleme können wieder auftreten, wenn zum Beispiel ein aus der Kindheit oder Pubertät stammendes Minderwertigkeitsgefühl, das im Erwachsenenleben – vielleicht durch Erfolg im Beruf – zurückgedrängt wurde, durch die Behinderung plötzlich wieder akut wird.

Eine zeitliche Abgrenzung des Auftretens dieser Reaktionsformen erscheint kaum möglich; sie können während der verschiedenen Phasen der Rehabilitation, aber auch lange nach Beendigung des Aufenthaltes im Rehabilitationszentrum beobachtet werden. Auf sie folgt dann meist ein langsamer Verarbeitungsvorgang, die Ablösung von dem, was war, die Aussöhnung mit der Realität und mit sich selbst, also das, was S. Freud als „Trauerarbeit“ bezeichnete.



Die psychische Verarbeitung einer solchen Krise hängt selbstverständlich stark von der **prämorbid** **Persönlichkeit** ab, aber auch davon, ob jemand schon ähnliche Situationen bewältigt hat oder solche aus der unmittelbaren sozialen Umgebung kennt.

Besonders schwer tun sich narzisstische und zwängliche Menschen:

Narzisstische Prinzen oder Prinzessinnen können nicht glauben, dass ihnen so etwas passiert, dass das Schicksal ihnen so etwas schicken kann. Bei ihnen ist die Kränkung durch Verstümmelung noch größer.

Bei zwänglichen Menschen wiederum ist Hauptmerkmal ihrer Persönlichkeit eine große Angst vor den Unsicherheiten des Lebens. Sie haben deshalb auch große Ängste vor Veränderungen, besonders vor so großen wie Amputationen und Verbrennungen und können sich schwer flexibel an die neue Situation anpassen. Wobei ich hier Zwänglichkeit nicht als Krankheit, sondern als Charaktereigenschaft meine (anankastische Persönlichkeit).

Und nun zum dritten Teil der Frage:

## **Was brauchen Menschen mit so schweren Verwundungen und Verstümmelungen zur Bewältigung?**

Kurz gesagt: Stabilisierung! (siehe 5 Säulen der Identität!).

### **körperlich:**

- medizinische Behandlung nach höchstem Standard, auch adäquate medikamentöse
- Schmerzbehandlung
- Training
- Hilfsmittel – Kompressionsanzug, Prothese etc.
- adäquate Pflege der Haut/des Stumpfes (wobei auch hier die emotionale Seite der Pflege nicht vernachlässigt werden darf – liebevolle Zuwendung gibt neues Selbstwertgefühl/Ekel geht zurück, mein verstümmelter Körper wird angenommen, d. h. **ich werde angenommen!**)
- Rehabilitations-Training hilft durch (mehr oder weniger) sanftes Hinführen zu neuem Umgang mit Körper, Selbstakzeptanz

### **emotional/sozial:**

Die Beziehung zum eigenen Körper/zum eigenen Selbst ist schwer gestört, die Liebe zum eigenen Körper ist gestört.

Was hilft da? Das Erleben von echten, empathischen, liebevollen Beziehungen! **Beziehung und Liebe**, so pathetisch das klingen mag, sind die wahren Heiler.

Auch für uns Betreuer, für Freunde und Angehörige ist der (Wieder-)Aufbau der persönlichen Beziehung das Um und Auf zur Bewältigung des eigenen Schocks/Ekels. Wenn ich mich wieder in der Lage sehe, mein Gegenüber als fühlendes menschliches Wesen wahrzunehmen, werde ich die möglicherweise stark verunstaltete äußere Hülle in den Hintergrund treten lassen können.

Weil Beziehung und Liebe so wichtige Faktoren für die Genesung der Betroffenen sind, ist die Einbeziehung der Familie, der Partner und Freunde in den Rehabilitationsprozess von entscheidender Bedeutung für eine gelungene Verarbeitung. Die soziale Umgebung der Opfer ist ja auch mitbetroffen und auch sie braucht Unterstützung und Hilfe, zumal deren Umgang mit der neuen Situation ja auch wieder unmittelbar auf die PatientInnen zurückwirkt und sie in ihrer Verarbeitung unterstützen, aber auch behindern kann (Angehörigendilemma).

Das Rehabilitationszentrum als Ganzes ist nicht nur eine Trainingsstätte, sondern eine emotionale Heimat, die Zuwendung, Zuversicht vermittelt. Das Rehabilitationsteam transportiert indirekt Botschaften mit, wie: Wir trauen Ihnen das zu; wir glauben an Sie; wir halten Sie für so wertvoll, dass wir unsere Zeit, unseren persönlichen Einsatz und auch viel Geld aufbringen, um Ihnen zu einem wieder halbwegs lebenswerten Leben zu verhelfen. So bietet der Aufenthalt im Rehabilitationszentrum gleichzeitig auch Integration, Austausch, einen sicheren emotionalen Rahmen. Der alltägliche Trainingsplan zeigt Zuversicht, Hoffnung auf ein gutes Gelingen, er ist eine Aktivität gegen Depression.

Neben der emotionalen und sozialen Unterstützung durch Angehörige und RZ-Personal ist im Falle von Soldaten auch eine solche durch die Kameraden, aber auch durch Heeresleitung bis hin zur Anerkennung durch den Staat als Ganzes absolut essentiell für die psychische Genesung.

#### **kognitiv:**

durch (Psycho-)Eduktion, Information über Prozesse der Verarbeitung, aber auch banale Information über Abläufe der Rehabilitation (Bedeutung der klaren Auskunft über Prothese und Ablauf der Prothesenanpassung)

immer mit Hervorhebung der Chancen und Möglichkeiten, Geschichten über Verläufe, andere Patienten als Beispiele.

### **Die Psychotherapeutisch/Psychologische Betreuung setzt an allen diesen Punkten an:**

In erster Linie bin ich als Psychologin, aber einfach auch als Mensch gefragt, der eine echte, authentische und liebevolle Beziehung anbietet. Nur dann kann ich die PatientInnen durch die Phasen der psychischen Verarbeitung mit allen Abwehrmechanismen psychotherapeutisch begleiten und hilfreich für sie in ihrer Bewältigungsarbeit sein.

Zu den inhaltlichen Schwerpunkten meiner Arbeit hier nur einige Schlaglichter:

- Möglichkeit der persönlichen Aussprache, des offenen, vorbehaltlosen Ansprechens aller psychischen Fragen
- Aufarbeitung der bisherigen (Lebens-)Geschichte der Betroffenen, damit Ressourcen, aber auch alte Traumata bzw. Belastungen sichtbar und behandelbar werden
- Aufarbeitung bisheriger Unfall- und Krankheitserfahrungen
- Unterstützung der meist gestörten Fähigkeit zum (Wieder-)Aufbau von persönlichen Beziehungen, zum offensiven, positiven Zugehen auf andere Menschen bis hin zu einem **sozialen Kompetenztraining** (wobei die Rehabilitation als Ganzes ein Üben von sozialen Copingstrategien darstellt)
- **Schmerzbewältigungstraining**

Auf die psychotherapeutische **Behandlung von PTBS** (Posttraumatischen Belastungsstörungen) möchte ich hier nicht ausführlich eingehen, da ich annehme, dass dieses Thema in einem der anderen Beiträge in dieser Veröffentlichung wohl ausführlicher behandelt wird.

Nur einige Eckpunkte in der Arbeit mit PTBS-PatientInnen:

- stabile, echte, authentische Beziehung aufbauen
- Ruhe, Sicherheit geben
- Psychoedukation/Information; Aufklärung, dass Verhalten normal ist
- EMDR/Suggestion
- mentales Training/Phantasieren
- Entspannungstechniken

Neben allen spezifischen Antworten auf ihre Frage: „Wie geht man mit Verstümmelung und Verwundung um?“ möchte ich noch einmal auf den Kern kommen:

**Letztlich helfen solch schwer in ihrer Identität getroffenen Menschen nur stabile, sichere und liebevolle Beziehungen.**

## **Literatur**

Heim, E.: Coping und Adaptivität. Gibt es geeignetes oder ungeeignetes coping? Pschother Psychosom MedPsych 1988, 38(2), S. 8-18.

Kübler-Ross, Elisabeth: Interviews mit Sterbenden, Stuttgart, Kreuz-Verlag, 1992.

Petzold, Hilarion Gottfried: Integrative Therapie, 3 Bände, Paderborn, Junfermann-Verlag, 1993.