

Trauma und Alter: Folgen für Demenzerkrankte und deren Angehörige

Wahrscheinlich haben es viele von uns schon einmal gedacht, wie wunderbar doch manche alten Menschen sind. Die Verwandten im Ruhestand, die ihren Alltag bis ins Kleinste planen und organisieren und eher nervös reagieren, wenn wir ihnen spontan den Vorschlag eines Besuchs oder eines Ausflugs machen. Die Eltern und Großeltern, die alle Situationen im Griff haben wollen. Wer kennt nicht Großmütter, ältere Mütter oder Tanten, deren Haushalt fast generalstabsmäßig organisiert ist, bei denen auch schon eine kleine Abweichung von gewohnten Abläufen den Frieden des „beschaulichen Rentneralltags“ gefährdet. Sachen des täglichen Gebrauches bleiben auch in bedenklich ramponierten Zustand aufbewahrt. Wir erleben übermäßiges Sparen, akribischen Umgang mit Lebensmitteln samt Aufhebens sogar des kleinsten Essensrestes. Man tut sich schwer mit liebevoll gemeinten Angeboten zur Unterstützung seitens der Jüngeren. Der Eindruck von Hilfebedürftigkeit wird streng vermieden, weil damit Abhängigkeiten oder Autonomieverlust verbunden werden. Vielleicht wundern wir uns auch manchmal über - von uns als unangemessen erlebtes - Misstrauen und machen uns Sorgen über fehlende Selbstfürsorge bei alten Menschen. Angesichts von Rückzug oder Abkapselungstendenzen werden familiäre oder professionelle care givers unter Umständen auch schon mal ärgerlich oder ungeduldig. Wir sind ratlos gegenüber der Unbeholfenheit mancher betagter Menschen, ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen (z.B. Trauer), machen uns Sorgen über anhaltende chronische Schmerzen ohne ergründbare organische Ursachen. Sind diese Muster, diese Dispositionen tatsächlich „alterstypisch“?

In der Fachwelt wurde lange nach dieser Maxime agiert. Erst in den letzten Jahren entstehen Verständnis und Wissen, dass Ursachen für die „Wunderlichkeiten“ eben nicht „alterstypisch“ sind. Wir müssen uns damit auseinandersetzen, dass alte Menschen in Deutschland - mit Geburtsdatum in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts - vielfach historisch bedingte Erlebnisse und Prägungen mit sich herumtragen, mitsamt deren gravierenden Auswirkungen. Auswirkungen, die so beim Älter- und Altwerden häufig erstmals auftauchen - und zu lange von der Umwelt, von uns falsch gedeutet und eingeordnet wurden. Denn nicht selten haben wir es in privaten und beruflichen Zusammenhängen mit traumatisierten Frauen und Männern zu tun. Das als „merkwürdig, absonderlich, eigenartig, skurril, kauzig oder seltsam“ eingestufte sind häufig Auswirkungen lebenslänglicher Bewältigungsstrategien. Teilweise finden sich deren Grundlagen bereits in der traumatisierenden Situation, halfen früh das physische und/oder psychische Überleben zu sichern und wurden die durch die lange Zeit des „Schweigen-Müssens“ bis heute beibehalten.

Aber: spielt ein traumatisches Lebensereignis im Alter überhaupt noch eine Rolle?

Einerseits haben wir in den letzten Jahren durch öffentliche, medienwirksame Darstellung und Aufarbeitung eine Ent-Tabuisierung der Erlebnisse der deutschen Bevölkerung in Kriegs- und Nachkriegszeiten und damit auch die Möglichkeit zum „darüber-reden-können“ erlebt. Damit einhergeht natürlich auch die Belebung vernachlässigter Erinnerungen. Beim Aufbrechen und verstärkten wirksam-Werden der „alten Erlebnisse“ spielt aber eben auch das „Altwerden an sich“ eine Rolle. In der Fachterminologie sprechen wir von Trauma-Reaktivierungen, die auch nach (fünf) Jahrzehnten erstmalig auftreten können. Ursachen dafür sind häufig der Eintritt ins Rentenalter mit allen Folgen des Verlustes der beruflichen

Rolle wie auch der Wegfall der Rolle als Mutter und Versorgerin einer großen Familie samt Haushalt. Damit verschwinden identitätsstiftende Alltagsstrukturen, ein Gefühl der „Leere“ kann entstehen, aber auch Sinnfragen und Bilanzgedanken aufkommen. Hier spielt das immer stärkere Bewusstwerden des näher rückenden Lebensendes eine namhafte Rolle. Der drohende Verlust der so eisern aufgebauten und durchgehaltenen Eigenständigkeit und Selbstbestimmung durch Zunahme körperlicher (und kognitiver) Einschränkungen rücken das Thema „Hilfslosigkeit und Ausgeliefertsein“ - wieder - in den Vordergrund.

Dieser Zustand der absoluten Hilflosigkeit und des völligen Ausgeliefertseins ist eines der Kennzeichen für eine traumatisierende Situation. In der Begriffs-Abgrenzung zu „Stress“ und „Krise“ ist festzuhalten, dass „Trauma“ impliziert, dass es völlig unmöglich ist, dieser bedrohenden und zerstörerischen Situation zu entkommen. Ein solches Lebensereignis übersteigt - in seiner Wucht - die persönlichen psychischen Belastungsgrenzen und kann nicht adäquat verarbeitet werden. Somit kommt es zu einer psychischen Traumatisierung. Ein fachlicher Kernsatz lautet, dass ein Trauma die dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt. Die neuere Traumaforschung konnte - neben den länger bekannten nachhaltigen psychischen - auch hirnorganische Veränderungen bei Trauma-Patienten nachweisen.

Prinzipiell kann dieses - aber muss nicht - für den weiteren Lebensweg eines Menschen gravierende und anhaltende Auswirkungen haben. So sind auch nur bei einem Teil der älteren und alten Menschen Auswirkungen aus zeitgeschichtlichen Erfahrungen zu finden. Eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht bei folgenden Situationen in der Kriegs- und Nachkriegszeit:

- mehrfach schwerwiegenden und
- lang anhaltenden Erfahrungen
- unvollständiger Familiensituation sowie
- bei schwierigen Lebensbedingungen nach dem Krieg.

Zur Zahl der Betroffenen liegen uns für die Geburtsjahrgänge bis 1928 keine belastbaren Daten vor. Für die Altersgruppe der damaligen Kinder und Jugendlichen (Jahrgänge 1929 - 1945 sowie 1946 - 1949) gehen Schätzungen davon aus, dass bei 30 - 40 % keine relevanten zeitgeschichtlichen Erfahrungen vorzufinden sind. Ein knappes Drittel gilt als vorübergehend beeinträchtigt bis beschädigt, ein weiteres knappes Drittel muss als langanhaltend beschädigt bis traumatisiert eingeschätzt werden. Betrachtet man aufgrund der Daten des statistischen Bundesamtes die betroffenen Jahrgänge, so lebten 2010 16,8 Millionen über 65jährige Personen in Deutschland (ca. 21% der Gesamtbevölkerung). Aufgrund o.g. Schätzung ist somit von einer Dunkelziffer von etwa 5 Millionen älterer und alter traumatisierter Menschen auszugehen, die in unserer Mitte leben (vgl. folgende Abbildung 1).

| Trauma im Alter | | |
|--|------------------------------|----------------------------------|
| Altersjahrgänge der Betroffenen (Stand 2010, Quelle: Statistisches Bundesamt 2008) | | |
| | Geburtsjahrgänge bis 1920 | Alter 1945 25 Jahre und älter |
| 90 Jahre und älter; 500.000 Personen | | |
| 80 bis 89 Jahre 3,7 Millionen | 1921 - 1930 | 24 - 15 Jahre |
| 70 bis 79 Jahre 7,8 Millionen | 1931 - 1940 | 14 - 5 Jahre |
| 65 bis 69 Jahre 4,9 Millionen | 1941 - 1945 | 4 - 0 Jahre |
| 64 bis 60 Jahre 4,3 Millionen | 1946 - 1950 | - |
| 2010: 16,8 Mill. über 65jährige (21 %) | | |

© Sabine Tschainer, München www.aufschwungalt.de

Abb.: 1 Altersjahrgänge der Betroffenen

Es sei darauf hingewiesen, dass neben diesen generationstypischen historischen Prägungen unter uns ebenso insbesondere alte Frauen leben, die durch häusliche und sexualisierte Gewalt traumatisiert sind. Ebenso verdienen die spezifischen Traumatisierungen bei älteren Migrantinnen und Migranten (z.B. die sog. Gastarbeiter, Spätaussiedler, Kontingentflüchtlinge) unsere Aufmerksamkeit.

Für die benannte große Gruppe traumatisierter älterer und alter Menschen werden in der Fachwelt im groben Überblick drei Komplexe beschädigender bis traumatischer zeitgeschichtlicher Erfahrungen benannt:

- Verluste von zentralen Bezugspersonen
- Verluste von Heimat, Sicherheit und Geborgenheit
- Gewalterfahrungen
 - aktive und passive Kriegsteilnahme
 - Bombardierung / Tieffliegerangriffe mitsamt den Zerstörungen
 - Verletzungen, Vergewaltigungen, vielfacher Mord an Zivilisten.

Für die Begleitung traumatisierter älterer und alter Menschen ist historisches Hintergrundwissen zwingend notwendig. Angesichts des Schweigens bzw. „Nicht-darüber-reden-Könnens“ und insbesondere auch der nachlassenden / verlorengegangenen Kommunikationsfähigkeiten demenzerkrankter Menschen ist „Wissen“ die Voraussetzung für Verständnis. So können von familiären und professionellen care givers unverständliche Reaktionen, als aggressiv oder ablehnend erlebtes Verhalten, vermeintliche Apathie, Gefühle wie Trauer, Wut oder manche Äußerungen, die wahnhaft anmuten, angemessener eingeordnet werden. Ein Beispiel: Eine alte Bewohnerin brach beim Hören des Kinderliedes „Alle meine Entchen schwimmen auf dem See...“ in Tränen aus und wollte keinen Ton mehr hören. Die Frau konnte noch selber erklären, dass sie bei dem weiteren Liedertext „Köpfchen in das Wasser, Beinchen in die Höh“ reflexartig das Bild vor sich sieht, wie unzählige (Klein-) Kinder mit Schwimmring in der eiskalten Ostsee treiben - Kopf und Oberkörper unter Wasser und nur die Beine „starren“ in die Luft. Diese Tragödie hielt sie seit ihrer Flucht per Schiff aus Ostpreußen (heutiges Polen) in Bann.

Um einen Eindruck von biographischen Prägungen bzw. Lebensgefühlen der relevanten Generationen zu vermitteln, seien hier ansatzweise einige historische Fakten aufgeführt. - Diese können und sollen neugierig machen, sich intensiver mit der Geschichte - unserer Geschichte - zu befassen. Im Rahmen dieses Beitrages kann dieser vielschichtige Gegenstand (mit all seinen Daten und zeitgeschichtlichen Begriffen [Was steckt z.B. hinter „Kinderlandverschickung?“, Gab es „Tannenbäume?“ nur zur Weihnachtszeit?, Was versteckt sich hinter „LSR“? Wäscht ein „Persilschein“ Wäsche?]) keinesfalls angemessen beleuchtet werden.

Die NS-Diktatur verantwortet den Völkermord an den europäischen Juden: sechs Millionen ermordete Männer, Frauen und Kinder. Ausdrücklich sei hier darauf hingewiesen, dass die Vielfach-Traumatisierungen der Shoah-Überlebenden hier nicht eigens thematisiert werden. Die Verfasserin begleitet seit einigen Jahren fachlich das Saul-Eisenberg-Seniorenheim der Israelitischen Kultusgemeinde München und Oberbayern und hat Einblick in die komplexe Thematik. Diese Problemstellung würde eine eigenständige Würdigung erfordern, der sich die Fachliteratur auch schon gestellt hat.

Neben den ermordeten Juden forderte der von Deutschland begonnene Zweite Weltkrieg in Europa 50 Millionen Tote und hinterließ 20 Millionen Kriegshalbwaisen. Von der deutschen Bevölkerung (Grenzen des Deutschen Reiches bis 1945) wurden insgesamt 11% der Bevölkerung getötet (jeder Neunte). Bei den Geburtsjahrgängen ab 1920 ist von einer Todesquote von mehr als 30% auszugehen. Endes des zweiten Weltkrieges befanden sich über 11 Millionen deutsche Soldaten als Kriegsgefangene in 12.000 Lager in 80 Staaten. Von den 1946 entlassenen Männern waren nur 16% arbeitsfähig. Ende 1950 gab es in Westdeutschland etwa 1,45 Millionen versorgungsberechtigt „Beschädigte“. Die Statistik verzeichnet zwölf Millionen Flüchtlinge bzw. Vertriebene (insbesondere aus den ehemaligen deutschen Gebieten jenseits der Oder und Neiße sowie dem ehemaligen Sudetenland). Diese Gruppe musste nicht nur die Erlebnisse der Flucht und Vertreibung bewältigen, sondern war auch dann ihren neuen Wohnorten von der ansässigen Bevölkerung überwiegend abgelehnt und häufig diskriminiert. Zum Kriegsende lebten knapp 19 Millionen Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre in den vier Besatzungszonen, davon über 3 Millionen Flüchtlinge und Vertriebene. Die Zahl der Halbwaisen nach 1945 in Deutschland wird mit 2,5 Millionen angegeben (ferner 100.000 bis 250.000 Vollwaisen), die der Witwen von gefallen Soldaten auf 1,5 bis 2 Millionen. Zahlen von 1951 über die BRD belegen 120.000 Pflegekinder sowie über eine halbe Million Minderjähriger unter Amtsvormundschaft. Einen zusammenfassenden Überblick über mögliche traumatisierende Situationen für Kinder und Jugendliche geben folgende Abbildung 2 und 3.

Trauma

Ursachen:

- Ständige Bombenangriffe/Ausbombungen, Städtezerstörungen (Feuerstürme)
- jüngere Kinder: Evakuierungen mit Mütter und jüngeren Geschwistern
- ältere Kinder: Kinderlandverschickungen (Trennungen)
- Flucht vor näher rückendem Krieg und/oder wieder in das (zerstörte) Zu-Hause
- Vertreibung mit späterem Aufwachsen in fremden/feindseligen Umwelt (Sprache, Religion/Lebensgewohnheiten etc.) und häufig: Unterernährung / Verarmung / sozialer Abstieg der Eltern

© Sabine Tschainer, München www.aufschwungalt.de

Trauma

Ursachen:

- Lang anhaltende oder dauernde väterliche Abwesenheit - Status: Halbweise
 - Zurückgekehrte Väter: physisch/psychisch krank
 - blieben abgekapselt und unerreichbar
- Zusätzlicher Verlust der Mutter (Vollweise), von Geschwistern / Großeltern

© Sabine Tschainer, München www.aufschwungalt.de

Abb. 2 und 3: Zweiter Weltkrieg und Nachkriegszeit Deutschland: Mögliche Trauma-Ursachen für Kinder und Jugendliche

Ein beachtlicher Teil dieser Kinder und Jugendlichen leben heute noch. Hinter diesen vielen Millionen verbirgt sich jeweils ein Einzelschicksal, das sensible und kompetente Begegnung verdient.

Nicht vergessen werden darf, dass auch weit nach Ende des Zweiten Weltkrieges dessen Auswirkungen in Leben und im Alltag spürbar blieben. Die Frauen, die während des Krieges zunehmend und vielfach sog. „Männeraufgaben“ übernommen hatten, auch hinsichtlich der Berufstätigkeit (z.B. Arbeit in der Rüstungsindustrie“), wurden in der Nachkriegszeit vom Arbeitsmarkt verdrängt: 1950 verzeichnet mit 44% die geringste Frauen-Berufstätigkeitsrate des 20. Jahrhunderts. Männer erlebten (als Kriegsheimkehrer) nach 1945 vielfach einen beruflichen Abstieg (33%) bzw. Arbeitslosigkeit (24%). Ein Fünftel der Ehen aus Kriegs-/ Nachkriegszeit wurden alsbald wieder geschieden (20%), 25% aller Frauen blieben verwitwet usw. usf. Da von 1939-1945 jeder achte männliche Deutsche ums Leben kam

(ehemalige Ostgebiete: jeder 5.), bis 1955 1,24 Millionen vermisste Soldaten (incl. in Kriegsgefangenschaft gestorben) verzeichnet wurden, kamen nach Kriegsende auf 100 Männer: 170 Frauen. Nicht unerwähnt darf das Thema der sexuellen Gewalt bleiben. Medienberichte gehen davon aus, dass die Zahl der Vergewaltigungen von Frauen und Mädchen im Zweiten Weltkrieg so hoch war, wie nicht mehr seit dem Dreißigjährigen Krieg (1618-1648). Belastbare Daten sind nicht vorhanden, ausgegangen werden muss von Millionen. Dazu zählen neben den Delikten, die durch die Soldaten der Roten Armee (mindestens zwei Millionen) an der weiblichen deutschen Bevölkerung begangen wurden, auch die Vergewaltigungen durch die Alliierten (Zahlen unbekannt, aber kleiner) sowie die Vergewaltigungen durch die Soldaten der Wehrmacht in den besetzten Ländern. Letzteres verdient insbesondere Beachtung im Themenbereich der Arbeit mit alten Migrantinnen und Migranten. (Erwähnt werden kann hier nur, dass wir hierzu auch eine größere Sensibilität bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Altenpflege mit Migrationshintergrund erlernen sollten - siehe dazu auch weiter unten das Thema „Transgenerationale Traumatisierung“.)

Die Datenkette ließ sich fortsetzen. Entscheidend ist, dass alle diese Zahlen versuchen, blitzlichtartig Umstände zu erfassen, die einfach den Alltag darstellten. Auch für die heute noch lebenden damaligen jungen Erwachsenen, Jugendlichen und Kinder war das (heute) Unbegreifliche Normalität. Zusammenfassend zu diesem Absatz sei ein Gedanke von Hartmut Radebold (Nestor der deutschsprachigen Psychotherapie Älterer und auch des hier behandelten Themas) wiedergegeben: Erst wenn man um die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Jahrgang und damit zu einer spezifischen Alterskohorte kennt, kann man mögliche erschreckende, belastende, beschädigende oder traumatische zeitgeschichtliche Erfahrungen einordnen (bedenken/sich behutsam annähern).

Für alle Betroffenen gilt, dass die Auswirkungen zeitgeschichtlicher Erfahrungen hin zu einer bleibenden Traumatisierung maßgeblich von folgenden Umständen positiv beeinflusst wurden:

- Vorhanden-Sein einer stabilen Mutter-Kind-Beziehung
- Leben in einer heilen Großfamilien-Situation
- Ersatz fehlender Väter durch ältere Brüder / Großväter / brauchbare Männer
- konstitutionelle Ausstattung mit aktiven Bewältigungsmechanismen.

Die Folgen einer psychischen Traumatisierung sind oft schwerwiegend. Klassisch sind u.a. anhaltende und immer wiederkehrende Leid- und Angstgefühle. Unmittelbar / kurzfristig stehen akute Belastungsreaktionen mit vorübergehenden psychischen Störungen im Vordergrund. Kann die Traumatisierung nicht verarbeitet werden, kommt es zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Diese kann - ebenso bei jüngeren Menschen - auch nach einem größeren zeitlichen Abstand zum auslösenden Ereignis auftreten. Einen grundsätzlichen Überblick gibt folgende Abbildung 4:

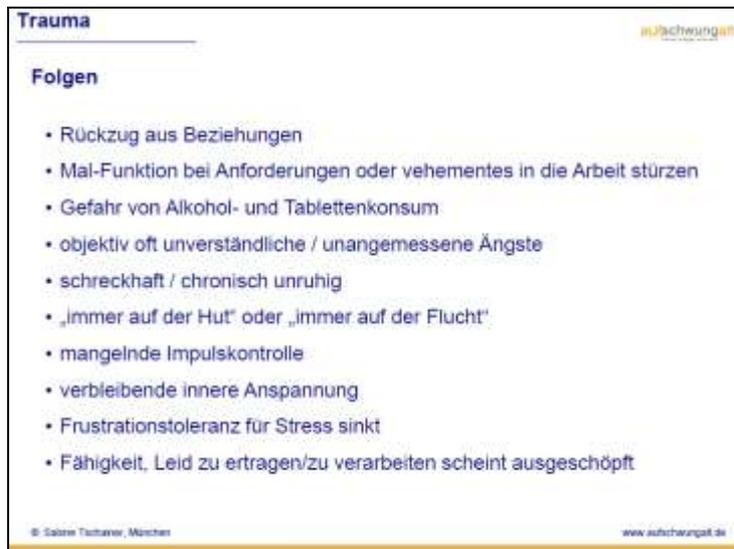


Abb. 4: Mögliche Langzeitfolgen traumatischer Lebensereignisse

Die älteren und alten Generationen in Deutschland haben (und mussten) Jahrzehnte ihres Lebens mit ihren seelischen Verletzungen leben. Hierzu sei nochmals Hartmut Radebold zitiert: Bagatellisieren, abschwächen und bewusst Vergessen und Verdrängen lautete die Devise in den Nachkriegsjahren. Wie hätte man überleben sollen, wenn man sich ganz und gar Verzweiflung und Kummer hingegeben hätte? Das Land richtete sich in einer manchmal pathologischen Normalität ein.

In der Begleitung älterer und alter traumatisierter Menschen sollten jedoch unbedingt deren Kompetenzen und Ressourcen respektiert und genutzt werden. Dazu zählen z.B. früher genutzte Bewältigungsformen oder auch gewisse Sinnzuschreibungen. Dass die älteren Generationen vielfach bis jetzt überlebt, gelebt, erfolgreich gelebt haben, belegt ihre Fähigkeiten, sich anzupassen. Hingewiesen sei auf einen in diesem Zusammenhang relevanten Fachbegriff: „Resilienz“, die (Widerstands-)Fähigkeit, mit der es traumatisierten Menschen gelingt, die Folgen ihrer Erfahrungen durch Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern. Dazu könnte auch die Sozialisation der älteren und alten Menschen gehören, die in einer traditionellen Gehorsams- und Verzichtsgesellschaft aufwuchsen. Das nationalsozialistische Erziehungsideal setzte dies fort und verstärkte es durch eine Maximierung von Härte und Strenge, Abwertung von Minderheitengruppen und Geringschätzung der Gefühls- und Beziehungswelt. „Man“ lernte weder, über Gefühle zu sprechen noch eigene Bedürfnisse zu wahrzunehmen oder gar zu äußern. Unter Umständen gehört für diese Generationen Leiden „ganz normal“ zum Leben dazu. Erfahrungen und Beobachtungen weisen jedoch darauf hin, dass die Betroffenen mit zunehmendem Alter immer anfälliger für Belastungen werden, ihre Belastungssymptome aber vermutlich nur sehr gering zeigen oder äußern.

Höchst leidvoll für traumatisierte alte Menschen, insbesondere für die soeben beschriebenen Gruppen ist es, wenn sie an einer Demenz erkranken. Die lebenslang genutzten Fähigkeiten zur Bewältigung gehen verloren. Nach allen vorliegenden Erfahrungen und Beobachtungen tritt vielfach das traumatische Lebensereignis bzw. entsprechende Erinnerungen in den Vordergrund. Diese können bei schwerem Krankheitsverlauf zu einem zentralen (einzigen) Lebensthema werden. Hierbei spielen Erkenntnisse aus der Traumaforschung eine wichtige Rolle: Auswirkungen von ANP und EP. Hintergrund ist unsere Fähigkeit zur *Dissoziation*: Ein Mangel an Integration von wichtigem Material im Gehirn. Die Persönlichkeit des chronisch unter einer PTBS leidenden Menschen spaltet sich in ein Alltags-Ich (ANP), das

hauptsächlich funktioniert, aber wenig Stress aushält, dem eigenen Leiden gegenüber hilflos, verzweifelt und/oder gleichgültig und emotional weniger schwingungsfähig ist. Und: in die emotionalen Persönlichkeitsanteile (EPs), die vergangene Trauma-Erlebnisse hüten und diese immer wieder in Teilen (Übererregung, Starre, Untererregung/Erschöpfung) wiedererleben. Bei fortschreitender Demenz scheinen vielfach die EPs in den Vordergrund zu treten. Nur erwähnt sei in diesem Zusammenhang die Stresskaskade der Psychotraumatologie: wenn als Reaktion auf überfordernden Stress „Flucht“ oder „Kampf“ (Sympathikus) keinen Erfolg zeigen, springt in unserem vegetativen Nervensystem der Parasympathikus an. Der sog. Ruhenerve bewirkt im Extremfall den „Totstellreflex“ bzw. das „Einfrieren“ (freeze). Diese Aspekte bedürfen bei der Begleitung traumatisierter demenzkranker Menschen einer stärkeren Beachtung. Mit gleichzeitiger vermehrter Sensibilisierung für die sog. „Trigger“ wäre es wünschenswert, dass der gesamte Themenkreis „Herausforderndes Verhalten“ usw. hier neu betrachtet und eingeordnet würde.

Als „Trigger“ (engl.: [Gewehr-] Abzug, [Kamera-] Auslöser) sind Schlüsselreize einzuordnen. Diese spielen in der Psychotraumatologie eine wesentliche Rolle, da sie mittels „jetziger“ Sinneseindrücke die Erinnerung an ein zurückliegendes Trauma erneut wachrufen. Die Betroffenen sind nicht in der Lage, zwischen „damals“ und „heute“ zu unterscheiden, sondern erleben die in der traumatisierenden Situation erlebten massiven Gefühle der Angst, des Ausgeliefertseins, der Hilflosigkeit, der Panik usw. in ihrer aktuellen Gegenwart „Eins-zu-Eins“ wieder. Auch bei nicht-demenzkranken Personen kann der Verstand, die Kognition nicht korrigieren und zur Orientierung verhelfen. Grundsätzlich sind somit Trigger-brisante Auslöser psychischer Krisen. Folgende Abbildung 5 gibt Hinweise zu typischen Triggern im Kontext der Altenpflege.

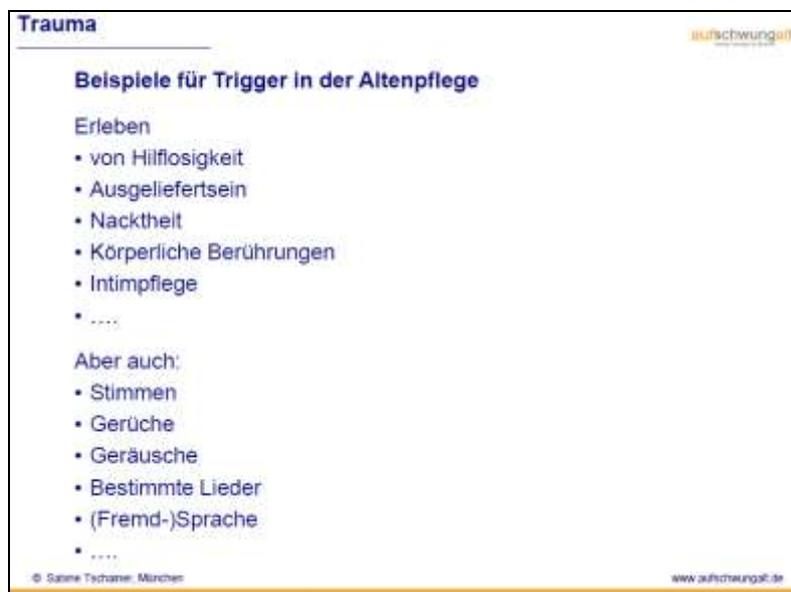


Abb. 5: Beispiele für Trigger in der Altenpflege

In der Arbeit mit demenzerkrankten Menschen sollte gerade bei überraschenden und/oder scheinbar unerklärlichen Reaktionen bzw. Verhaltensveränderungen der Einfluss eines möglichen Triggers abgeklärt werden. Dabei sind Fantasie und ein neugieriger Weitblick („Was könnte es sein?!“) gefragt. Unerlässlich ist eine sorgfältige Beobachtung der auslösenden Situation. Empfohlen wird, dass möglichst über mehrere Tage alle agierenden familiären oder professionellen care givers ihre Informationen sammeln, um diese dann in einer Fallbesprechung zu analysieren. Dies gilt auch, wenn keine dezidierten Informationen

über eine Traumatisierung vorliegen (diese ist manches Mal nicht einmal nahestehenden Angehörigen bekannt). Ebenfalls mangelnde Möglichkeiten zur Gewinnung biografischer Informationen müssen kein absoluter Hinderungsgrund sein. Aus Jahrgang und Geburtsort lassen sich bei entsprechendem historischem Wissen vielfach auch Annahmen ableiten. Grundsätzlich gilt auch im Umgang mit traumatisierten Demenzkranken das Prinzip, Dinge auszuprobieren, auch wenn beim ersten Mal nicht gleich der richtige Weg gefunden werden kann (vgl. Abb.6).

The slide is titled "Trauma und Demenz" and is part of a presentation from "aufschwungalt". It lists "Grundsätze für die Pflege" (Principles for care) and "Beobachtungen" (Observations). The principles include understanding reactions, asking questions, trying things, and individualized care. Observations focus on what, when, and why something happens. The slide also mentions "Fallbesprechungen" (Case discussions) and references "Kluwe-Schleberger".

Trauma und Demenz

Grundsätze für die Pflege

- unverständliche Reaktionen: einfühlsam Prinzip von Versuch und Irrtum
 - Fragen:
 - Möchten Sie das, darf ich das tun?
 - Ausprobieren:
 - Wie sind die Reaktionen auf bestimmte sinnliche Reize?
 - Handlungen trainieren durch Vor-Machen (Spiegelneuronen)
 - individuelles Eingehen
 - Was braucht dieser Mensch?

Beobachtungen: was, wann und warum geschieht

Fallbesprechungen

(siehe auch: Kluwe-Schleberger)

© Sabine Tschainer, München www.aufschwungalt.de

Abb. 6: Begleitung traumatisierter demenzerkrankter Menschen

Gerade für traumatisierte demenzerkrankter Menschen sollte der - allgemein in der Begleitung Demenzerkrankter gültige - Grundsatz „Weniger bringt mehr“ unbedingt Beachtung finden. Eine Bearbeitung des Traumas ist grundsätzlich nicht zu befürworten. Um Trauma-Reaktivierung und Trigger so weit als möglich zu vermeiden, kann es auch wichtig sein, das direkte biografische Arbeiten zu begrenzen.

Die allgemeinen Grundsätze für die Begleitung traumatisierter Menschen gelten auch für die ältere Generation. Nachdem eine traumatische Lebenserfahrung eine massive Verletzung des persönlichen Kontrollbedürfnisses impliziert, ist es besonders wichtig, das Gefühl der Sicherheit und Kontrolle über das eigene Leben zu stärken und zu stabilisieren. Gleiches gilt für die Förderung von Autonomie, Eigenverantwortlichkeit und Selbstachtung. Hier sind - bei allen auf der Hand liegenden Schwierigkeiten - Familien und insbesondere Versorgungssysteme gefragt.

Es ist von hoher Bedeutung, die Grenzen professioneller Hilfsmöglichkeiten in diesem Themenfeld zu kennen. Dies betrifft auch den Umgang mit den Angehörigen, insbesondere den Töchtern und Söhnen der Betroffenen. Kenntnisse im Themenbereich der „Transgenerationalen Traumatisierung“ können diesbezüglich sehr hilfreich sein. Unter transgenerationaler Traumatisierung versteht man die

- unbewusste Weitergabe unbewältigter Traumaerfahrungen an die nächste Generation (u.U. auch weitere)
 - Zweifel und Ängste
 - Wertesysteme und Normen
 - Interaktionsmuster
 - Kommunikationsmuster

- Stressbelastungsmuster
- Introjektionen
- „Lebens-Aufträge“

(Projektion eigener Entwicklungswünsche und -bedürfnisse auf die Kinder).

Dass menschliche Katastrophen in den folgenden Generationen weiterwirken ist eine vergleichsweise alte Erkenntnis. Bereits im Alten Testament (Hesekiel 18) wird „ein Sprichwort im Lande Israels“ zitiert: "Die Väter haben saure Trauben gegessen, aber den Kindern sind die Zähne davon stumpf geworden." Die heutige Bindungsforschung geht davon aus, dass jeder Mensch auf der seelischen Ebene in einem Geflecht von Bindungsbeziehungen, die mehrere Generationen umfassen, lebt. Nicht verarbeitete traumatische Erfahrungen wirken wie Nadelstiche in diesem Geflecht, wobei feine Fäden Risse bekommen und andere sich verknoten.

Mögliche Folgen davon sind:

- abgebrochene Beziehungen
- ausgeschlossene Familienmitglieder
- gut gehütete Geheimnisse
- Intrigen
- Tabus
- unbestimmter Zweifel ("Nach außen sind wir eine ganz normale Familie, aber mein Gefühl sagt mir seit frühester Kindheit, dass bei uns etwas nicht stimmt.").

Erst allmählich wird den Menschen in unserem Land klar, dass die durch das Naziregime verursachten traumatischen Erlebnisse des 2. Weltkrieges ebenso wenig bewältigt sind wie die Nachkriegsfolgen, oder die Vergewaltigung von tausenden von Frauen in Deutschland am Ende des Krieges. Abschließend zeigt folgende Abbildung 7 Hinweise zum professionellen Umgang mit Angehörigen traumatisierter alter Menschen.

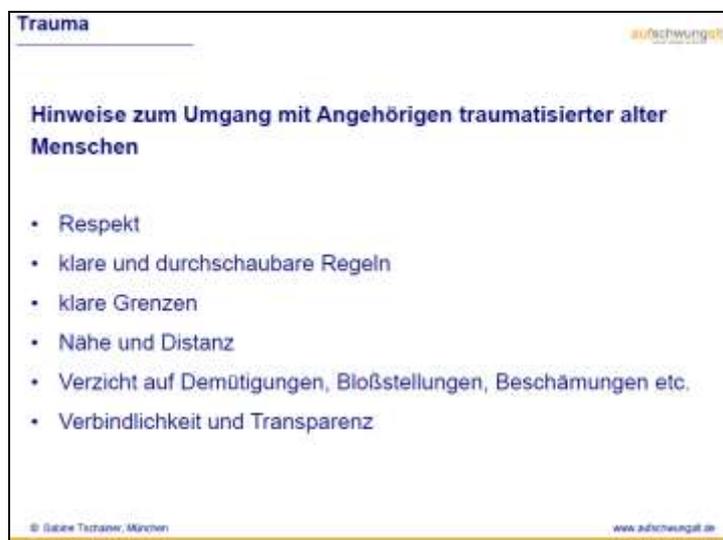


Abb. 7: Hinweise zum professionellen Umgang mit Angehörigen traumatisierter alter Menschen

Christa Wolf formulierte in ihrem Buch „Kindheitsmuster“: „Das Vergangene ist nicht tot; es ist nicht einmal vergangen. Wir trennen es von uns ab und stellen uns fremd.“ - Es lohnt sich und ist nach meinen eigenen Erfahrungen eine spannende Herausforderung, sich beruflich aber auch ganz privat unserer Vergangenheit zustellen.

Sabine Tschainer
Dipl.-Theologin / Dipl.-Psycho-Gerontologin
Institut aufschwungalt München