



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Traumareaktivierung und Posttraumatische Belastungsstörung im Alter

Verfasserin

Sandra Straßmair

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer: Monika Linhart, PhD

Sandra Straßmair

- 2005: Matura am Bundesgymnasium Werndlpark, Steyr
- seit 2005: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften
an der Universität Wien
Studienkennzahl: A 057 122
Matrikelnummer: 0508058
- 2009-2010: Besuchsdienst bei Jung und Alt, Wien
- 2009-2010: Akut- und Sozialbegleitung bei ProMente, Wien
- seit 2010: Hortassistentin bei den Wiener Kinderfreunden
im Europahaus des Kindes, Wien

Diplomarbeitsthema:

Traumareaktivierung und Posttraumatische Belastungsstörung im Alter

(Betreuerin: Monika Linhart, PhD)

...angestrebter akademischer Grad
Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

DANKSAGUNG

An erster Stelle möchte ich mich bei meiner Betreuerin Frau Dr. Monika Linhart für die vielen Treffen und Ratschläge bedanken. Sie war für mich da, wenn ich verzweifelt oder panisch war, und fand immer die richtigen Worte.

Ein großes Dankeschön geht natürlich auch an meine Mutter, die es mir überhaupt erst ermöglicht hat, dieses Studium zu beginnen, und die immer ein offenes Ohr für meine Probleme und Sorgen hat. Liebe Mama, es ist einfach toll, dass du immer hinter mir stehst und an mich glaubst!

Auch meinen beiden guten Freundinnen Sylvia und Sabine sowie ihrem lieben Freund Arno möchte ich meinen Dank ausdrücken. Meine Lieben, ohne eure „kommentierende“, „beistrichverbessernde“ Hilfe, eure motivierende, beruhigende und aufmunternde Zuwendung hätte ich es wahrscheinlich nicht geschafft. Danke für eure Zeit. Ihr seid ganz einfach die Besten!

Nicht zu vergessen, meine rücksichtsvollen Arbeitskolleginnen, die mehrere Wochen ohne mich auskommen mussten, und kein einziges Mal darüber geklagt haben.

Danke auch an meine lieben Wohnungskolleginnen und Kollegen, auf die ich des Öfteren meinen seelischen Müll abladen durfte.

Last but not least möchte ich mich bei meinem Freund Martin für meine schrecklichen, stressbedingten Stimmungsschwankungen entschuldigen. Vielen Dank für dein Verständnis und deine Hilfe beim Formatieren!

Kurzfassung

Hintergrund: Vor dem Hintergrund der historischen Gegebenheiten in der europäischen Vergangenheit gibt es in Deutschland und Österreich eine hohe Traumaprävalenz in der älteren Bevölkerung. Kriegstraumata und Traumata durch sexuelle Gewalt stehen dabei an oberster Stelle.

Kindheits- und Jugendtraumatisierungen können im Alter aus verschiedenen Gründen reaktiviert werden und die Lebensqualität, Gesundheit und Wohlbefinden der alten Menschen beeinflussen und zu Problemen in der pflegerischen Versorgung dieser Personen führen.

Ziel: Ziel der Arbeit ist es, ein Bewusstsein für die Traumareaktivierung und die Posttraumatische Belastungsstörung im Alter zu schaffen. Es soll Klarheit in verschiedene Begrifflichkeiten gebracht werden und die Hintergründe, auslösende Faktoren und mögliche Erscheinungsformen sollen beleuchtet werden. Zudem sollen potenzielle Implikationen und konkrete Pflegemaßnahmen für die Pflegepraxis abgeleitet werden.

Methode: Basierend auf aktuellen Studien und Büchern zur Thematik, die vorwiegend über die Datenbanken Scopus und den Service „U:search“ der Universität Wien, sowie dem Online Katalog der Universitätsbibliothek Wien, gefunden wurden, werden die Ergebnisse mittels einer integrativen Literaturanalyse zusammengefasst.

Ergebnisse: Es geht klar aus den analysierten Untersuchungen hervor, dass Traumatisierungen entweder bis ins Alter oder aber im Alter erneut posttraumatische Reaktionen und Belastungen hervorrufen können. Die Lebensqualität, das Wohlbefinden und die psychische sowie die körperliche Gesundheit der Betroffenen kann davon stark eingeschränkt werden. Durch gezielte Biografiearbeit, verschiedene spezielle Pflegeinterventionen und Sensibilität im Umgang mit dem Klientel können Retraumatisierungen vermieden werden. Dadurch kann Vertrauen aufgebaut und so Entlastung in schwierige Pflegebeziehungen gebracht werden.

Fazit: Daher besteht die dringende Notwendigkeit auf die Problematik aufmerksam zu machen, sie auch in der Aus- und Weiterbildung zu thematisieren und die Forschung in diesem Bereich weiter voranzutreiben.

Abstract

Background: In the light of the historical conditions of the European past in Germany and Austria, there is a high prevalence of trauma in the elderly population.

War trauma and trauma from sexual violence are the top priority.

Childhood trauma can be reactivated in aging individuals for various reasons and therefore affect quality of life, health and wellbeing of older people and cause several problems in the nursing care of these people.

Objective: The objective of this work is to create awareness of the trauma-reactivation and post-traumatic stress disorder in old age. Clarity should be brought to inconsistent terminology. Furthermore the background of causative factors and possible modes of manifestation are to be illuminated. In addition potential implications and specific interventions for nursing practice are identified and derived.

Method: In this thesis studies concerning posttraumatic stress disorder and reactivation of trauma in older people were analyzed. These recent investigations and books were mainly found at the Scopus database, the „u:search“ service, which was provided by the University of Vienna and by browsing the online catalog of the Vienna University Library. The results were summarized using an integrative literature review.

Results: It is clear from the studies dealt with, that trauma can cause post-traumatic stress reactions in elderly people. The quality of life, well-being as well as mental and physical health of those affected can be severely limited. Through exploring life history, showing sensitivity in dealing with these clients and applying various special care interventions, retraumatization can be avoided. Thereby trusting relationships can be built and thus relief can be brought to challenging care activities.

Conclusion: Therefore, there is an urgent need to draw attention to this issue, to address it in education and training and finally conduct further research in this area.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
1.1. PROBLEMDARSTELLUNG	1
1.2. ZIEL DER ARBEIT UND FRAGESTELLUNG	3
1.3. METHODISCHES VORGEHEN	4
1.3.1. <i>Integrative Literaturanalyse</i>	4
1.3.2. <i>Literaturrecherche</i>	5
1.3.3. <i>Einschluss- und Ausschlusskriterien</i>	7
1.3.4. <i>Literaturauswahl</i>	8
1.4. ZUM AUFBAU DER ARBEIT	9
2. TRAUMADEFINITION	10
2.1. WAS IST EIN TRAUMA?	10
2.2. DIE TRAUMATISCHE SITUATION	12
2.3. TRAUMAARTEN	13
2.3.1. <i>„Man made disasters“</i>	14
2.3.2. <i>„Zufällige Traumata“</i>	14
2.3.3. <i>Kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ-I-Traumata)</i>	14
2.3.4. <i>Längerdauernde, wiederholte Traumata (Typ-II-Traumata)</i>	15
2.4. RISIKOGRUPPEN	15
2.4.1. <i>Opfer von interpersoneller Gewalt</i>	15
2.4.2. <i>Menschen, die im Krieg gedient haben oder ihn überlebt haben</i>	16
2.4.3. <i>Einwanderer</i>	16
2.4.4. <i>Überlebende von Naturkatastrophen oder technischen Katastrophen</i>	16
2.5. RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN FÜR TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN	17
2.5.1. <i>Prätraumatische Variablen</i>	17
2.5.2. <i>Peritraumatische Variablen</i>	18
2.5.3. <i>Posttraumatische Bewältigung</i>	18
3. ALLGEMEINE TRAUMAFOLGEN	19
3.1. AKUTE STRESSREAKTION	19
3.2. POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG	21
3.2.1. <i>Epidemiologie</i>	21
3.2.2. <i>Klassifikation der Posttraumatischen Belastungsstörung</i>	22
3.2.3. <i>Hauptsymptomgruppen der Posttraumatischen Belastungsstörung</i>	26
3.2.4. <i>Partielle Posttraumatische Belastungsstörung</i>	28
3.2.5. <i>Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung</i>	28
4. TRAUMAFOLGEN IM ALTER	31
4.1. CHRONISCHE PTBS IM ALTER	33
4.2. TRAUMAREAKTIVIERUNG ODER REACTIVATED PTSD	35
4.3. VERZÖGERTE PTBS, DELAYED-ONSET PTSD, LATE-ONSET-STRESS-SYMPATOMATOLOGY (LOSS)	39
4.4. GEMEINSAMKEITEN DER BESCHRIEBENEN TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN IM ALTER	41
5. KRIEGSTRAUMATA UND IHRE FOLGEN IM ALTER	43
5.1. SPÄTFOLGEN DES ZWEITEN WELTKRIEGES BEI ÜBER 60-JÄHRIGEN UND ÄLTEREN	44
5.2. EGO-SYNTONE VERHALTENSWEISEN	45

5.3. POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNGEN ALS LANGZEITFOLGEN VON KRIEGSTRAUMATA IN KINDHEIT UND JUGEND....	48
5.4. WEITERE PSYCHISCHE STÖRUNGEN UND BESCHWERDEN IN VERBINDUNG MIT DER KRIEGSKINDHEIT	52
5.5. PERSÖNLICHKEITSVERÄNDERUNGEN.....	54
5.6. BINDUNGS- ODER BEZIEHUNGSSTÖRUNGEN	54
5.7. VERÄNDERUNGEN DER IDENTITÄT	55
5.8. FUNKTIONELLE STÖRUNGEN UND KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN.....	55
5.9. KOMORBIDITÄTEN DER PTBS BEI KRIEGSKINDERN IM ALTER	57
5.10. VERLAUFSFORMEN PSYCHISCHER SYMPTOME	58
5.11. LATE-ONSET-STRESS-SYMPATOMATOLOGY.....	61
6. SEXUALISIERTE GEWALT GEGEN FRAUEN UND IHRE FOLGEN IM ALTER	64
6.1. EPIDEMIOLOGIE SEXUALISierter GEWALTERFAHRUNGEN.....	66
6.2. FOLGEN SEXUALISierter GEWALT	68
6.3. PSYCHISCHE SYMPTOME BEI WEIBLICHEN OPFERN SEXUALISierter GEWALT	69
6.4. DEMENTIELLE SYMPTOME	71
7. PFLEGE	72
7.1. PFLEGEDIAGNOSE POSTTRAUMATISCHES SYNDROM.....	73
7.2. FRÜH TRAUMATISIERTE MENSCHEN IM PFLEGEHEIM	77
7.3. ÄLTERE, DURCH SEXUALISIERTE GEWALT TRAUMATISIERTE FRAUEN IN DER PFLEGE.....	77
7.3.1. <i>Veränderungen und Verluste beim Einzug ins Pflegeheim</i>	<i>77</i>
7.3.2. <i>Klientinnen im Pflegeheim.....</i>	<i>79</i>
7.3.3. <i>Pflegediagnose bei alten Frauen mit PTBS nach sexualisierter Gewalt</i>	<i>81</i>
7.3.4. <i>Pflegeziele für alte Frauen mit PTBS.....</i>	<i>85</i>
7.3.5. <i>Konkrete Pflegemaßnahmen, die in den jeweiligen Situationen angewendet werden sollen:.....</i>	<i>85</i>
7.3.6. <i>Schlussfolgerungen für die Pflege sexuell traumatisierter Frauen</i>	<i>88</i>
7.4. KRIEGSTRAUMATA IN DER PFLEGE	89
7.4.1. <i>Unterstützungsmöglichkeiten der Pflege für Kriegskinder im Alter</i>	<i>91</i>
7.4.2. <i>Konkrete Pflegemaßnahmen und Anweisungen bei älteren Personen mit Kriegstraumata:</i>	<i>92</i>
7.4.3. <i>Ambulante Pflege von älteren Personen mit Kriegstraumata</i>	<i>93</i>
7.4.4. <i>Schlussfolgerungen für die Pflege von im Krieg traumatisierten Personen</i>	<i>94</i>
8. DISKUSSION	95
8.1. WAS IST UNTER DEM BEGRIFF TRAUMA ZU VERSTEHEN?.....	96
8.2. WELCHE VERSCHIEDENEN TRAUMAARTEN GIBT ES?	97
8.3. WELCHE DIREKTEN TRAUMAFOLGEN KÖNNEN AUFTRETEN?.....	98
8.4. WELCHE AUSWIRKUNGEN KANN EIN FRÜHES TRAUMA NACH JAHRZEHNTEN HABEN?.....	99
8.5. WELCHE VERSCHIEDENEN BEZEICHNUNGEN FÜR TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN GIBT ES?	99
8.5.1. <i>Die chronische PTBS.....</i>	<i>99</i>
8.5.2. <i>Die verzögerte PTBS.....</i>	<i>100</i>
8.5.3. <i>Die reaktivierte PTBS</i>	<i>100</i>
8.5.4. <i>Die LOSS.....</i>	<i>101</i>
8.5.5. <i>Komorbide Beschwerden</i>	<i>101</i>
8.6. WELCHE GEMEINSAMKEITEN UND UNTERSCHIEDE GIBT ES IN BEZUG AUF DIESE TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN?	101
8.7. WAS VERSTEHT MAN UNTER EINER TRAUMAREAKTIVIERUNG?	102
8.8. WELCHE RISIKOGRUPPEN KÖNNEN IDENTIFIZIERT WERDEN?	102
9. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN	103
9.1. WELCHE INFORMATIONEN SIND FÜR DIE PFLEGEPRAXIS BESONDERS RELEVANT?	103
9.2. WELCHE IMPLIKATIONEN LASSEN SICH FÜR DIE PFLEGEWISSENSCHAFT ABLEITEN?	104

9.3. FAZIT UND AUSBLICK	105
10. LITERATURVERZEICHNIS	107

1. Einleitung

1.1. Problemdarstellung

Einige der heute älteren Menschen haben im Laufe ihres Lebens schreckliche Erlebnisse und Erfahrungen machen müssen. Sei es, dass sie einen Krieg miterlebt haben und somit Opfer von Vertreibung, Gewalt, Folter oder Vergewaltigung geworden sind oder dass sie in der Kindheit Vernachlässigung, Missbrauch, Misshandlungen oder Ähnliches durchleben mussten. Auch häusliche Gewalt gegen Frauen, schlimme Unfälle, Naturkatastrophen oder andere politische Krisen zum Beispiel prägen sich ein und haben teilweise lebenslange Konsequenzen. Diese Liste lässt sich beliebig fortsetzen. Alle diese Erfahrungen sind belastend und können die Bewältigungsstrategien des Menschen überfordern. Das führt nicht selten zu großem Leidensdruck, was wiederum sowohl die psychische als auch die physische Gesundheit und die Lebensqualität der betroffenen Personen stark beeinflusst.

Im günstigsten Fall lernen die Betroffenen das Trauma rasch zu verarbeiten und damit umzugehen. Das funktioniert so aber leider nicht bei jedem Menschen. Manche leiden ihr Leben lang unter den Folgen der Traumatisierungen, andere verdrängen die schlimmen Erlebnisse oder entwickeln Bewältigungsmechanismen, um ihre Gesundheit wiederherzustellen. Oft sind diese Coping-Strategien lange zielführend und die Betroffenen können über Jahrzehnte hindurch symptomfrei leben. Es kann jedoch auch passieren, dass die früheren Bewältigungsmechanismen im Alter aus verschiedenen Gründen nicht mehr funktionieren und das Trauma wieder aktiv wird (Maercker, 1997; Kipp, 2008).

Besonders häufig widerfährt dies älteren Menschen, die auf Hilfe von anderen Personen angewiesen oder pflegebedürftig sind. Sie fühlen sich ausgeliefert und hilflos. Dieses Gefühl wiederum erinnert viele an die traumatischen Erfahrungen, die sie in ihrer Jugend gemacht haben, und das Trauma kommt wieder hervor (Kipp, 2008).

Auch aktuelle Erlebnisse, wie das Hören oder Sehen der Nachrichten, oder das Lesen eines Zeitungsartikels, dessen Inhalt mit dem Trauma in Verbindung steht, können diesen Prozess hervorrufen (Heuft et al., 2000).

In diesem Fall spricht man von einer Traumareaktivierung (Heuft et al., 2000), beziehungsweise einer reaktivierten Posttraumatischen Belastungsstörung (= PTBS). Weitere auftretende Phänomene, die im Laufe der Arbeit behandelt wurden, sind zum Beispiel die chronische PTBS, die verzögerte PTBS, die „late-onset“, oder auch „delayed-onset PTBS“, die komplexe PTBS (Maercker, 1997) oder die „LOSS“ (= Late onset stress symptomatology).

Diese „Trauma-Spätfolgen“ haben bei den betroffenen älteren Personen negative Auswirkungen auf die seelische, körperliche und psychosoziale Gesundheit und das Wohlbefinden. Die Senioren fühlen sich oft nicht verstanden und allein gelassen.

Traumatisierungen verfolgen die Betroffenen oft ein ganzes Leben. Es ist daher wichtig, die Schwierigkeiten der Opfer zu sehen, weil Vergangenes nicht gleichzeitig auch vergessen ist.

Viele Patientinnen und Patienten schämen sich auch für die schrecklichen Dinge, die ihnen passiert sind, und fühlen sich häufig sogar schuldig. Deshalb sprechen sie nicht darüber und behalten ihr Schicksal für sich (Böhmer, 2005). Es ist aus diesem Grund wichtig, endlich dieses Tabu zu brechen, damit die betroffenen älteren Menschen wieder mehr Wohlbefinden und Lebensqualität erlangen können.

Jedoch ist häufig seitens des Pflegepersonals zu wenig Wissen über die Biografie der Klientin oder des Klienten, über die posttraumatische Belastung im Alter, darüber, wie man mit den Betroffenen umgehen kann, was sie brauchen, und wie man helfen kann ihr Leid zu vermindern vorhanden.

So wurde in einer ersten Literaturrecherche auch deutlich, dass das Phänomen im deutschsprachigen Raum, speziell im Bereich der Psychologie und der Pädagogik, zwar existiert, und auch beschrieben wird, es aber noch immer sehr wenig brauchbare Studien und Ergebnisse zum Thema gibt, die dem Pflegepersonal als Wissensgrundlage für Betreuungsansätze dienen können.

Eine weitere Herausforderung stellte zudem die Tatsache dar, dass es in der Fachliteratur viele verschiedene Begriffe gibt, die die Folgen von in der Jugend erlebten Traumata zusammenfassen sollen. Zum einen taucht ganz allgemein der Begriff der Posttraumatischen Belastungsstörung auf. Diese kann direkt nach einem

erlebten traumatischen Ereignis auftreten und kehrt bei vielen Betroffenen, wenn sie erfolgreich behandelt wird, auch nicht wieder.

In manchen Fällen, wenn die PTBS nicht überwunden wird, kann diese sich chronifizieren und bleibt unter Umständen ein ganzes Leben lang mehr oder weniger symptomreich vorhanden. Bei der chronischen PTBS (Maercker, 1997; Kipp, 2008) kann es vor allem im Alter, wenn die Bewältigungsressourcen geschwächt sind, immer wieder zu einer deutlichen Verschlimmerung der Symptome kommen.

Zum anderen konnte häufig der Begriff der Traumareaktivierung, der reaktivierten PTBS, der verzögerten PTBS, der Begriff der „Late-onset PTBS“ oder auch der „Delayed-onset PTBS“ und der „LOSS“ gefunden werden. Diese Phänomene sind sich zwar in vielerlei Hinsicht ähnlich, sie unterscheiden sich aber auch in einigen Dingen.

Daher kann zusammenfassend festgestellt werden, dass die dringende Notwendigkeit bestand, Klarheit in dieses Begriffschaos zu bringen, damit ein umfangreiches Wissen für das Pflegepersonal über die Folgen von früheren Traumatisierungen im Alter bereitgestellt werden konnte.

1.2. Ziel der Arbeit und Fragestellung

Ziel dieser Arbeit war es, Wissen über die Traumafolgen im Alter zu sammeln und bereitzustellen, um so einen theoretischen Rahmen für die Praxis zu schaffen.

Die Pflege soll über die Auswirkungen früherer traumatischer Erlebnisse auf die heutigen Verhaltensweisen, Gefühle und Ängste der Patientinnen und Patienten Bescheid wissen.

Pflegekräfte sollten sensibel für die jeweilige Geschichte und Biografie der Klientinnen und Klienten werden. Weiters werden Möglichkeiten für den praktischen Umgang mit traumatisierten Menschen aufgezeigt, damit so einerseits die Lebensqualität dieser verbessert werden kann, andererseits wird den Pflegekräften ein leichteres und angenehmeres Zusammenarbeiten mit den Patientinnen und Patienten ermöglicht, indem das Verständnis für traumatisierte, alte Menschen geschärft wird und so mögliche Lösungsansätze gefunden werden können.

Folgende grundlegende und zentrale Fragen wurden in dieser Arbeit beantwortet:

- Was ist unter dem Begriff Trauma zu verstehen?
- Welche verschiedenen Traumaarten gibt es?
- Welche direkten Traumafolgen können auftreten?
- Welche Auswirkungen kann ein in der Kindheit oder Jugend erlebtes Trauma (noch) Jahrzehnte später auf die körperliche und geistige Gesundheit alter Menschen haben?
- Welche verschiedenen Bezeichnungen für „Traumafolgestörungen“ tauchen in der Literatur auf und wie werden diese beschrieben?
- Was versteht man unter einer Traumareaktivierung als Folge eines früheren Traumas?
- Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede gibt es in Bezug auf diese Traumafolgestörungen?
- Wer sind die Betroffenen, beziehungsweise welche Risikogruppen können identifiziert werden?
- Welche Informationen sind für die Pflegepraxis besonders relevant und welche Implikationen lassen sich für diese ableiten?
- Welche Implikationen lassen sich für die Pflegewissenschaft ableiten?

1.3. Methodisches Vorgehen

1.3.1. Integrative Literaturanalyse

Um diese Forschungsfragen behandeln und beantworten zu können wurde, ausgehend von der bisher vorhandenen Literatur zum Thema, eine integrative Analyse deutsch- und englischsprachiger Literatur durchgeführt.

"The integrative literature review is a form of research that reviews, critiques, and synthesizes representative literature on a topic in an integrated way such that new frameworks and perspectives on the topic are generated." (Torraco, 2005, 4: 356)

Die integrative Literaturanalyse wird nach Torraco (2005) für sehr etablierte, gut erforschte oder für neue, unbearbeitete Themen verwendet.

Die Traumareaktivierung und PTBS im Alter stellen ein relativ junges, wenig untersuchtes Forschungsfeld dar. Aus diesem Grund eignet sich die integrative Literaturanalyse zur Bearbeitung des Themas gut, weil dadurch die relevanten Publikationen in neue Rahmenbedingungen gebettet werden können.

Laut Whitemore & Knafl (2005) geben integrative Literaturanalysen den aktuellen Forschungsstand wieder, tragen zur Entwicklung von Thesen bei und sind direkt auf die Praxis übertragbar, was vor allem für die vorliegende Arbeit eine bedeutende Rolle gespielt hat.

Ein weiterer Vorteil dieser Methodik liegt darin, dass sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsdesigns zur Analyse herangezogen werden können, wodurch sich ein breites Anwendungsspektrum ergibt (Whitemore & Knafl, 2005).

1.3.2. Literaturrecherche

Da die verwendeten Publikationen sozusagen als der Literaturanalyse zugrunde liegende Daten dienen, ist es von besonderer Wichtigkeit, die Recherche und Auswahl des verwendeten Materials transparent zu gestalten. Dazu gehört es auch, die verwendeten Datenbanken und Schlagwörter anzuführen (Torraco, 2005).

Die Literatursuche erfolgte hauptsächlich über Scopus und die von der Universität Wien zur Verfügung gestellte Suchmaschine namens U:search. Diese Suchmaschine enthält sowohl den gesamten Bestand der Universitätsbibliothek als auch Artikel in lizenzierten oder frei zugänglichen Datenbanken und E-Journal-Collections.

Scopus ist die größte Abstract- und Zitat-Datenbank, die die Forschungsbereiche abdeckt, die für diese Arbeit relevant sind.

Die Literaturrecherche erfolgte zu Beginn mit deutschen Suchbegriffen:

- Trauma + Alter
- Trauma + Pflege
- Traumareaktivierung
- Posttraumatische Belastung + Alter
- Posttraumatische Belastung + Pflege
- Chronische Posttraumatische Belastungsstörung + Alter/Pflege
- Komplexe PTBS + Alter/Pflege
- DESNOS + Pflege/Alter

- LOSS + Pflege/Alter
- Reaktivierte PTBS
- Verzögerte PTBS
- Partielle PTBS
- Schutzfaktoren, Risikofaktoren für PTBS
- Trauma + Folgen (+Alter)
- Trauma + Folgen + Pflege
- Resilienz + Alter
- Resilienz + Trauma
- Krieg + Trauma + Alter/Pflege
- Gewalt + Trauma + Alter/Pflege

Diese lieferten aber hauptsächlich Basiswissen und nur sehr wenige aktuelle Studien. Daraufhin wurde die Suche mit englischen Begriffen fortgesetzt und brachte letztendlich auch relevante Untersuchungen.

Folgende englische Begriffe wurden als Schlagwörter benutzt:

- Trauma + aging/nursing
- Reactivated posttraumatic stress/trauma + nursing
- Delayed-onset posttraumatic stress/trauma + nursing
- Late-onset PTSD/trauma + nursing
- Reactivated trauma + nursing
- Late-onset-stress-(symptomatology) + nursing
- Chronic PTSD + old/elder + nursing
- Complex PTSD + old/elder + nursing
- War + trauma + old/elder
- Violence + trauma + old
- Abuse + old/elder + trauma
- Rape + old/elder + trauma
- Resilience + old/elder + trauma
- Child trauma + old/elder

1.3.3. Einschluss- und Ausschlusskriterien

Für die Arbeit wurden aktuelle Studien und Reviews aus dem Zeitraum 1999-2013 und Basisliteratur für Definitionen und die Beschreibung zugrunde liegender Phänomene (wie etwa Trauma oder PTBS) verwendet.

Da es in dieser Arbeit um Folgen von früheren Traumatisierungen im Alter geht, galt es zunächst, die Begriffe „Alter“ und „frühere Traumatisierung“ festzulegen.

Als „Alte“, „Ältere“ oder Personen „im Alter“ wurden also Menschen ab 60 Jahren definiert. Es wurde daher bei der Auswahl der Studien darauf geachtet, dass nur Untersuchungen mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern ab einem Lebensalter von 60 Jahren zur Analyse herangezogen werden.

Unter „früheren Traumatisierungen“ werden in dieser Arbeit traumatische Erlebnisse, beziehungsweise Erfahrungen verstanden, die mindestens 20 Jahre vor dem (erneuten) Ausbruch der Traumafolgeerscheinungen lagen.

Eine weitere Einschlussvoraussetzung ist natürlich die Erfahrung von zumindest einem traumatischen Erlebnis.

Da der medizinische Traumabegriff eine andere Bedeutung hat als der hier verwendete psychologische, sind diese beiden Termini unbedingt strikt voneinander zu trennen. Daher wurde medizinische Literatur von dieser Analyse ausgeschlossen.

Es gibt eine Reihe von Risikogruppen, denen eine Pflegeperson im Laufe ihres Arbeitslebens begegnen kann. Eine Risikogruppe, die wirklich unglaublich Schreckliches durchmachen musste, ist die der Holocaustüberlebenden, beziehungsweise die der Menschen, die die Judenverfolgung überlebt hat. Weil dieses Thema aber so speziell und umfangreich ist, und weil die Leiden der Betroffenen so überaus furchtbar (gewesen) sind, war es im Rahmen dieser Diplomarbeit leider nicht möglich, entsprechend darauf einzugehen.

Die beiden „Betroffenengruppen“ wurden aus Gründen der Häufigkeit gewählt, also weil es ganz einfach sehr viele Opfer gibt, und weil solche Traumatisierungen besonders oft langfristige Folgen auf die Menschen haben.

Diese Auswahl soll allerdings in keinsten Weise andere Traumaopfer diskriminieren, ihre Belastungen und Gefühle bewerten oder gar herabwürdigen.

Jedes Trauma ist immer für sich zu betrachten und muss unbedingt immer ernst genommen werden. Jeder Mensch hat seine eigene Geschichte, seine ihm eigenen

Erfahrungen, Gefühle und Beeinträchtigungen und soll demnach auch individuell behandelt werden.

Aus diesem Grund konnten Studien, die den Holocaust beziehungsweise die Judenverfolgung während der Zeit des Nationalsozialismus zum Gegenstand haben, also nicht berücksichtigt werden und wurden von der Analyse ausgeschlossen.

1.3.4. Literatúrauswahl

Da der Vorteil der integrativen Literaturanalyse, wie schon erwähnt, in ihrer methodenübergreifenden Anwendbarkeit liegt, konnten für diese Diplomarbeit sowohl quantitative als auch qualitative Literaturquellen herangezogen werden.

Berücksichtigt wurden dabei sowohl englischsprachige als auch deutschsprachige Publikationen.

Die verwendeten Suchbegriffe lieferten vorwiegend Literatur, die Kriegstraumata in all ihren Ausprägungen und Formen behandelt, sowie Veröffentlichungen zu sexualisierter Gewalt. Unter anderem deswegen wurde der Fokus der Arbeit auf diese beiden Traumaauslöser gelegt (siehe auch: 1.4. Aufbau der Arbeit).

Besonders in Österreich und Deutschland spielt die Kriegsthematik eine gewichtige Rolle, da sich viele der ehemaligen Kriegskinder des Zweiten Weltkrieges in Pflege befinden und befinden werden.

Konkrete Pflegemaßnahmen und -implikationen finden sich in der Literatur nur in den Büchern von Radebold (2006, 2009) und Böhmer (2005, 2012) sowie in einem Artikel von Anderson et al. (2011).

Insgesamt gibt es kaum Längsschnittstudien und die beschriebenen Symptome wurden nur mittels Selbsteinschätzung der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer erhoben.

Ein nennenswertes Instrument dieser Selbsteinschätzung ist beispielsweise die Impact of Event Scale, die die subjektive Wahrnehmung von Belastungen festhält (Horowitz et al., 1979). Speziell für ältere Menschen und auch zum Einsatz in Langzeitstudien entwickelten Christianson & Marren (2012) den Impact of Event Scale - Revised (IES-R). Dieser IES-R berücksichtigt zusätzlich altersbezogene Veränderungen und damit verbundene gesundheitliche Einschränkungen.

Untersuchungen zur Traumatisierung durch sexualisierte Gewalt wurden bisher hauptsächlich an jungen Frauen durchgeführt, während es kaum Studien zu früheren Traumatisierungen durch sexualisierte Gewalt an älteren Frauen gibt.

1.4. Zum Aufbau der Arbeit

Zu Beginn wurde der Traumabegriff definiert und erklärt. Verschiedene Traumaarten wurden beschrieben und unterschieden. Darauf folgend wurden die wichtigsten Risikogruppen und auch mögliche Risiko- und Schutzfaktoren für oder gegen die Entwicklung einer Traumafolgestörung identifiziert.

Danach wurden zuerst die allgemeinen Folgen eines Traumas erklärt. Diese können auch sofort, also schon in jüngeren Jahren direkt nach dem Trauma auftreten.

Darauf folgt zuerst die Beschreibung der verschiedenen Traumafolgen im Alter und weiter dann eine Zusammenfassung der Merkmale, die die einzelnen Folgen und Folgestörungen unterscheiden, und danach der Merkmale, die diese Phänomene gemeinsam haben.

Im nächsten Kapitel wurden die Folgen früherer Traumatisierungen anhand von zwei Risikogruppen, nämlich „Kriegstraumata“ und „Gewalt gegen Frauen und Mädchen“, genauer ergründet.

Diese beiden Gruppen wurden gewählt, weil es in der älteren Bevölkerung in Deutschland und Österreich viele Betroffene gibt, die sich häufig auch in Pflegeeinrichtungen befinden, beziehungsweise in irgendeiner Form (professionelle) Pflege benötigen. Aus diesem Grund ist es sehr wahrscheinlich, dass Pflegekräfte verstärkt auf diese Menschen treffen. Daher ist es für die Pflegepraxis wichtig, mehr über diese Problematik zu erfahren, um die Klienten besser verstehen und ihre Bedürfnisse somit besser erkennen und darauf eingehen zu können.

In weiterer Folge wurde anschließend, nach einem kurzen allgemeinen Input, die Pflege dieser beiden speziellen Betroffenenengruppen genauer beleuchtet. Besonderheiten wurden hervorgehoben und auch mögliche Implikationen für die Praxis und konkrete Handlungsanweisungen aufgezeigt.

Zum Schluss wurden in der Diskussion die anfangs formulierten Fragen erneut aufgegriffen, beantwortet und so die gefundenen Ergebnisse zusammengefasst.

2. Traumadefinition

2.1. Was ist ein Trauma?

Bevor die möglichen Folgen eines Traumas beschrieben werden, muss zunächst geklärt werden, was der Begriff *Trauma* zu bedeuten hat. Der Traumabegriff taucht mittlerweile auch im Alltag immer wieder auf. Um zu verhindern, dass jedes subjektiv empfundene Unglück sofort als Trauma bezeichnet wird, und damit wirkliche Traumata in ihrer Bedeutung für die betroffenen Menschen unterschätzt werden oder gar untergehen, braucht es eine klare Begriffsbestimmung (Wendt, 2011).

Es existiert eine Reihe von Trauma-Definitionen, wobei folgende immer wieder in der Literatur auftauchen:

Im ICD-10-GM (2013) wird ein Trauma als „ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“, (DIMDI, ICD-10-GM, 2013, Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen, F43.1) beschrieben.

„Ein psychisches Trauma kann definiert werden als ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (Fischer & Riedesser, 2003, S. 82)

Nach Gschwend (2002) verletzt ein Trauma radikal die körperliche und seelische Integrität eines Menschen und wirkt sich dabei negativ auf verschiedene Bereiche eines Menschenlebens aus. Demnach verändern sich unter anderem die Beziehung zu sich selbst, das Selbstvertrauen, das Zugehörigkeitsgefühl zu anderen, sowie die Einstellung zum eigenen Körper und das Gefühl von Kontrolle, Sicherheit und Handlungsfähigkeit (Gschwend, 2002).

Das amerikanische DSM-System definiert Traumata als: „Potentielle oder reale Todesbedrohungen, ernsthafte Verletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Versehrtheit bei sich oder anderen, auf die mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wird“ (DSM-IV: American Psychiatric Association, 1994 zitiert nach Maercker, 1997).

Wie man auch an diesen verschiedenen Definitionen sehen kann, herrscht noch immer Uneinigkeit im Bezug darauf, ob ein Trauma nun das Ereignis an sich bezeichnet, oder ob es dabei eher um das subjektive Erleben in der Situation geht (Wendt, 2011).

Zusammenfassend kann aber festgehalten werden, dass traumatische Ereignisse immer extrem furchtbare Geschehnisse sind, die den normalen Erfahrungshorizont eines Menschen sprengen. Sie gehen in ihrer Intensität und ihrer Ausprägung weit über Belastungen hinaus, die im Alltag auftreten und lösen im Betroffenen Gefühle von Fassungslosigkeit, Angst und sehr starker Ohnmacht aus.

In den meisten Fällen ist die körperliche Unversehrtheit der Opfer bedroht oder sogar ihre Existenz in Gefahr. In weiterer Folge gerät die seelische und körperliche Verfassung für kurze Zeit oder auch länger aus dem Gleichgewicht und es kommt zu einschneidenden Veränderungen im Leben und der Persönlichkeit der betroffenen Menschen. In vielen Fällen lernen die Betroffenen mit der Zeit mit diesen Erfahrungen umzugehen und kehren zurück zum Leben, wobei dieses Leben dann nie mehr so unbekümmert ist, wie vor dem Trauma. Manche schaffen es aber nicht das Trauma zu verarbeiten und darüber hinwegzukommen und laufen Gefahr daran zugrunde zu gehen (Gschwend, 2006).

Ein Mensch, der noch nie ein Trauma erlebt hat, macht sich bestimmte Vorstellungen und hat seine eigenen Überzeugungen über sich und die Welt. Er ist sich sicher, dass seine Seele nicht verletzbar ist, und dass die Welt, in der er lebt sinnvoll, verstehbar und kontrollierbar ist. Des Weiteren glaubt er an das Positive und Wertvolle. Erlebt der Mensch nun ein Trauma, wird dadurch seine Sicht auf sich und seine Umwelt gestört. Das kann dazu führen, dass seine positive Lebenseinstellung in Gefahr gerät. Der Betroffene sieht sich als verletzt und auch in Zukunft als verletzbar an. Die Welt erscheint ihm feindlich, unbegreiflich, unberechenbar und nicht mehr kontrollierbar. Sich selbst erlebt er als beschädigt und wertlos. Er fühlt

sich nicht mehr sicher und hat kein Vertrauen mehr in sich selbst und die Welt. Es kommt zu einer Störung des Selbst-Welt-Kontinuums und das Trauma kann nicht mehr integriert werden (Friedmann et al., 2004).

2.2. Die traumatische Situation

In der traumatischen Situation selbst werden einige Sinneseindrücke verändert wahrgenommen. So werden zum Beispiel Zeit und Raum anders empfunden als normalerweise, auch die Selbstwahrnehmung ist während der traumatischen Erfahrung gestört. Es kommt entweder zu einer Lähmung und Erstarrung oder zu einem panikartigen Bewegungsturm (Fischer & Riedesser, 2003).

Wenn man Betroffene im Nachhinein zu ihrem Traumaerleben befragt, so geben viele an, dass sie sich in der Situation gefangen oder regelrecht aufgesaugt gefühlt haben. Viele wiesen auch Symptome von Depersonalisierung oder Derealisierung auf. Das heißt, sie hatten das Gefühl neben sich zu stehen oder nur zu träumen beziehungsweise zu phantasieren, es kam ihnen also alles nicht wirklich vor. Manche berichteten auch von mehr oder weniger starken Amnesien (Vergessen wichtiger Details, oder sogar Unfähigkeit sich an das komplette Trauma zu erinnern). Ein von Betroffenen oft beschriebenes Phänomen, ist die sogenannte „Tunnelsicht“. Das Blickfeld ist in der traumatischen Situation seitlich stark eingeschränkt und es kommt dem Opfer vor, als wäre es in einem Tunnel gefangen. Es ist ihm zwar nicht möglich aus der Situation zu entkommen, aber es erlebt diese wie aus immer größer werdender Distanz. Auch andere Bilder verdeutlichen dieses Gefühl. Viele fühlen sich beispielsweise, als würden sie über den Dingen schweben, aus ihrem Körper heraustreten, ein außenstehender Beobachter sein oder nur träumen anstatt in der Wirklichkeit zu sein. Dadurch, dass das Opfer physisch nicht aus der Situation entkommen kann und aktives Kämpfen zwecklos erscheint, versucht es wenigstens psychisch aus dem Geschehen zu fliehen (Fischer & Riedesser, 2003).

Auch die Depersonalisierung und amnestische Symptome können als Selbstschutz der Seele angesehen werden. Diese dissoziativen „Begabungen“, helfen den Opfern möglicherweise eine traumatische Situation besser durchstehen zu können. Bisher wurde aber noch nicht herausgefunden, ob diese Fähigkeiten von Geburt an vorhanden sind oder erst im Laufe der frühen Kindheit erlernt werden (Fischer & Riedesser, 2003).

Eine Person kann auf verschiedene Weise in ein traumatisches Ereignis involviert sein. Man unterscheidet zwischen *Primäröpfen*, *Sekundäröpfen* und *Tertiäröpfen*. Primäröpfe sind Personen, die direkt vom Trauma betroffen sind, wie zum Beispiel Gewaltopfer oder Hinterbliebene. Unter einem Sekundäröpfe versteht man Menschen, die direkt mit den traumatisierten Primäröpfen konfrontiert sind, etwa Einsatzkräfte oder Augenzeugen. Tertiäröpfe sind Personen, die nicht unmittelbar dabei waren, aber mit dem Opfer in Verbindung stehen und daher mittelbar betroffen sind. Darunter fallen Familienmitglieder, Freunde oder Einsatzkräfte (Friedmann et al., 2004).

2.3. Traumaarten

Traumatische Ereignisse können nach verschiedenen Kriterien eingeteilt werden. Weit verbreitet und üblich ist die Klassifikation nach menschlich verursachten und zufälligen Traumata. Zusätzlich kann auch noch zwischen kurzfristigen und langfristigen Traumata differenziert werden. Bei den verschiedenen möglichen traumatischen Ereignissen treten die gleichen psychischen Symptome auf (Maercker, 1997).

Diese werden im Folgenden in den Hauptkriterien der PTBS beschrieben.

Es hat sich aber herausgestellt, dass die „*man made disasters*“ und die längerdauernden Typ-II-Traumata oftmals stärker ausgeprägte Symptome und häufiger chronische psychische Folgen auslösen als die anderen Traumaarten (Maercker, 1997).

Wie sich ein Trauma auf die körperliche und geistige Gesundheit oder das Wohlbefinden des Betroffenen auswirkt, hängt jedoch nicht nur von Situationsmerkmalen ab, also davon, ob es sich um ein durch Menschen verursachtes Trauma, oder ein von Menschen unabhängiges handelt, oder ob es kurz oder lange dauert, bzw. wiederholt auftritt. Auch der Zeitpunkt der Traumatisierung sowie verschiedene individuelle Persönlichkeitsfaktoren und vorhandene Schutzmechanismen, Widerstandsfähigkeiten und Bewältigungsmechanismen wirken sich auf den weiteren posttraumatischen Verlauf aus (Gschwend, 2006).

Die verschiedenen Klassifikationen können nach folgenden Kriterien eingeteilt werden:

2.3.1. „Man made disasters“

- Sexuelle und körperliche Misshandlungen in der Kindheit
- Kriminelle und familiäre Gewalt
- Vergewaltigungen
- Kriegserlebnisse
- Zivile Gewalterlebnisse (zum Beispiel Geiselnahme)
- Folter und politische Inhaftierung
- Massenvernichtung (KZ-, Vernichtungslagerhaft)

(Terr, 1989 zitiert nach Maercker, 1997)

2.3.2. „Zufällige Traumata“

- Naturkatastrophen
- Technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen oder AKW-Unfälle)
- Berufsbedingte (z.B. Bundesheer, Polizei, Feuerwehr)
- Arbeitsunfälle (z.B. Grubenunglück)
- Verkehrsunfälle

(Terr, 1989 zitiert nach Maercker, 1997)

Die Unterscheidung zwischen *Typ-I-* und *Typ-II-Traumata* geht auf Terr (1991) zurück:

2.3.3. Kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ-I-Traumata)

- Naturkatastrophen
- Unfälle
- Technische Katastrophen
- Kriminelle Gewalttaten wie Überfälle, Schusswechsel

(Terr, 1989 zitiert nach Maercker, 1997).

Diese Typ-I-Traumata sind häufig verbunden mit akuter Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung (Terr, 1989 zitiert nach Maercker, 1997).

2.3.4. Längerdauernde, wiederholte Traumata (Typ-II-Traumata)

- Geiselhaft
- Mehrfache Folter
- Kriegsgefangenschaft
- KZ-Haft
- Wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt in Form von Kindesmissbrauch, Kindesmisshandlung sowie wiederholte Vergewaltigungen

(Terr, 1989 zitiert nach Maercker, 1997)

Die Typ-II-Traumata setzen sich aus einer Reihe von mehreren traumatischen Einzelereignissen zusammen. Es ist schwierig bis unmöglich den weiteren Verlauf des traumatischen Geschehens vorherzusagen (Terr, 1989 zitiert nach Maercker, 1997).

2.4. Risikogruppen

Es gibt eine Reihe von Menschen, die ein erhöhtes Risiko aufweisen, im Alter an posttraumatischen Symptomen zu leiden. Eine Auflistung dieser findet sich zum Beispiel bei Roberta Graziano (2004):

2.4.1. Opfer von interpersoneller Gewalt

In diese Gruppe fallen Menschen, die häusliche Gewalt, verursacht durch ihren Ehepartner oder Lebensgefährten, überlebt haben; Menschen, die als Kind körperlichen oder sexuellen Missbrauch durchleben mussten; Personen, denen Angriffe und Verletzungen zugefügt wurden, wie etwa Überfälle oder Ausraubungen; Überlebende von Vergewaltigungen; Angehörige von Mordopfern; Überlebende von Inzest; oder Homosexuelle, die damals misshandelt oder sogar verstümmelt wurden (Graziano, 2004).

Weil gerade sexualisierte Gewalt gegen Mädchen und Frauen sehr schlimme Auswirkungen auf die Opfer haben kann, wird diese „Traumaart“ im Folgenden noch in einem Extrakapitel genauer behandelt.

2.4.2. Menschen, die im Krieg gedient haben oder ihn überlebt haben

Dazu gehören unter anderem die Vietnam-Veteranen der späten 1960er und frühen 1970er, die Korea-Veteranen der frühen 1950er und die Veteranen des Zweiten Weltkriegs. Diese Gruppen enthalten nicht nur Kriegsüberlebende, sondern häufig auch frühere Kriegsgefangene (Graziano, 2004).

Weiters darf man die Kriegskinder des Zweiten Weltkriegs und ihre Angehörigen nicht vergessen. Gerade die Gruppe der Überlebenden dieses Krieges stellt für Deutschland und Österreich eine sehr wichtige und teilweise schwer traumatisierte Population dar. Aus diesem Grund ist auch dieser Betroffenenegruppe ein eigenes Kapitel gewidmet.

2.4.3. Einwanderer

Unter den Einwanderern sind einige, die in ihren Heimatländern Krieg, sogenannte „ethnische Säuberung“, politische Folter, Krieg oder andere Formen der Gewalt erleiden mussten. Darunter sind zum Beispiel Menschen, die in den 1950ern beim Angriff der Sowjetunion auf Ungarn und in den 1960ern aus der damaligen Tschechoslowakei geflohen sind. Auch Flüchtlinge aus Afrika, Asien oder Lateinamerika, die kriegerische Auseinandersetzungen, Bürgerkriege oder politische Unterdrückung erlitten haben und Albaner, die 1999 aus dem Kosovo geflüchtet sind, sind oder werden in Zukunft zur Risikopopulation gehören (Graziano, 2004).

2.4.4. Überlebende von Naturkatastrophen oder technischen Katastrophen

Dazu gehören zum Beispiel Menschen, die Wirbelstürme, Erdbeben, Überschwemmungen, terroristische Angriffe, Zugunglücke, Flugzeugunglücke, Autounfälle, Bus- oder U-Bahnunfälle und Gebäudebrände oder Einstürze überlebt haben (Graziano, 2004).

2.5. Risiko- und Schutzfaktoren für Traumafolgestörungen

2.5.1. Prätraumatische Variablen

Es konnte gezeigt werden, dass verschiedene prätraumatische Variablen, also die Bedingungen, die schon vor dem traumatischen Ereignis da waren, einen Einfluss auf die Verarbeitung des Traumas haben können (Resick, 2003).

So können verschiedene psychosoziale Schutzfaktoren, wie etwa internale Persönlichkeitsfaktoren, also beispielsweise Kohärenzsinn (Becker-Nehring et al., 2012), Angstsensitivität (Becker-Nehring et al., 2012) oder externale Faktoren, wie zum Beispiel eine sichere familiäre Umgebung (Resick, 2003), kontinuierliche soziale Unterstützung (Becker-Nehring et al., 2012; Resick, 2003) positive Auswirkungen auf die Traumaverarbeitung des Menschen haben.

Auch frühere Lebensereignisse und Traumata oder schon vorher vorhandene psychische Probleme beeinflussen den Umgang mit traumatischen Erlebnissen und können so je nachdem zu Risiko- oder Schutzfaktoren bei der Reaktion auf traumatische Erfahrungen werden (Resick, 2003).

Der Grundstein für viele protektive Faktoren wird bereits in der Kindheit gelegt, sie können jedoch auch später noch erweitert oder vertieft werden.

Wissenschaftlich durch verschiedene Längsschnittstudien gut abgesicherte Schutzfaktoren sind laut Häfner et al. (2001) unter anderem:

- Eine stabile und positive Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson
- Die Überzeugung, dass das Leben prinzipiell kontrollierbar ist
- Das Vorherrschen eines attraktiven Mutter- beziehungsweise Elternbildes in der Familie
- Mindestens durchschnittliche Intelligenz
- Ein widerstandsfähiges, kontaktfreudiges Temperament
- Soziale Förderung, beispielsweise durch Jugendvereine, Gruppen, Kirchen oder Schulen
- Mindestens eine verlässliche und unterstützende Bezugsperson im Erwachsenenalter
- Eher späteres Eingehen von schwer lösbaren Partnerschaften (zum Beispiel Ehe)

(Häfner et al., 2001)

2.5.2. Peritraumatische Variablen

Peritraumatische Variablen sind Faktoren, die zum Zeitpunkt der Traumatisierung auf den Betroffenen einwirken. Dazu gehören unter anderem die Art des Traumas, das Ausmaß der Traumaexposition, Bekanntschaft mit dem Täter oder die Einschätzung der eigenen Sicherheit kurz vor dem erlebten Trauma (Resick, 2003).

2.5.3. Posttraumatische Bewältigung

Es gibt viele verschiedene Arten ein Trauma zu bewältigen, die jedoch in unterschiedlichem Ausmaß zielführend sind. Generell ist zu sagen, dass die aktive Beschäftigung mit dem Ereignis meist auf Dauer mehr Entlastung bringt als das Verdrängen der Problematik. Vermeidung und Rückzug erzeugen sogar noch mehr posttraumatischen Leidensdruck und verhindern das Überwinden des Traumas (Resick, 2003).

Ein wichtiger Aspekt ist auch die Bedeutung, die ein Mensch dem traumatischen Ereignis zuschreibt. Fühlt er sich zum Beispiel selbst dafür verantwortlich und schuldig, löst dies wiederum starkes Leiden aus und führt dazu, dass die Symptome sich verstärken (Resick, 2003).

Auch übergeneralisierte Überzeugungen, wie die Annahme, dass man niemandem vertrauen kann und alles gefährlich ist, erfüllen im Endeffekt nicht ihren Zweck des Selbstschutzes und dienen somit nicht dazu, ein Gefühl der Sicherheit zu erzeugen, sondern bedeuten wiederum mehr Belastung und Furcht. Soziale Unterstützung fördert den Prozess der Bewältigung, jedoch scheuen sich viele Menschen aus Gründen der Vermeidung, oder weil sie von Schuld- oder Schamgefühlen geplagt werden, davor, den Kontakt zu ihren Mitmenschen aufrechtzuerhalten oder aufzubauen (Resick, 2003).

Folgende Risikofaktoren für die Verarbeitung eines traumatischen Erlebnisses müssen vor allem bei älteren Menschen Berücksichtigung finden:

Eine erhöhte Unsicherheit und Verletzlichkeit, der Verlust von Kontrolle und Sicherheit und das Bedürfnis gewohnte Beziehungen und Rituale zu pflegen sowie die Unabhängigkeit zu bewahren (Christianson & Marren, 2012).

Die Wirkung von traumatischen Ereignissen auf Ältere kann durch chronische Krankheiten, verschiedene Medikamente, sensorische Einschränkungen und verminderte Mobilität verstärkt werden (Christianson & Marren, 2012).

3. Allgemeine Traumafolgen

Es gibt mittlerweile eine Reihe von Studien, die belegen, dass das Erleben von traumatischen Situationen in den meisten Fällen nicht ohne Folgen bleibt. Das heißt, dass Menschen, die außerordentlich schlimme Dinge erleben, auch in irgendeiner Form kurz- oder langfristig auf diese reagieren.

Eine dieser möglichen Reaktionen ist die akute Stressreaktion, kurz ASR oder auch oft nach Horowitz (1986) „Stress Response“ genannt.

3.1. Akute Stressreaktion

Horowitz (1989) hat ein 5-phasiges Modell psychischer Reaktionen auf ein Trauma aufgestellt. Er unterscheidet dabei immer eine physiologische, also normale, Phase (= akute Stressreaktion) und eine pathologische, die als Grundstein der erst später definierten Posttraumatischen Belastungsstörung gesehen werden kann (Horowitz, 1989 zitiert nach Brauchle, 2011; Wendt, 2011).

Phasen posttraumatischer Reaktionen:

1. Die peri-traumatische Expositionsphase. Die normalen Antworten sind Aufschrei, Angst, Trauer und Wutreaktionen.
Der pathologische Erlebniszustand ist gekennzeichnet durch Überflutung von den überwältigenden Eindrücken. Die betroffene Persönlichkeit wird von der unmittelbaren emotionalen Reaktion überschwemmt und befindet sich manchmal noch lange Zeit über in einem Zustand von Panik bzw. Erschöpfung, der aus den eskalierenden emotionalen Reaktionen entsteht (Fischer & Riedesser; 2003; S. 95-96).
2. Verleugnungsphase (bzw. –zustand). Die Betroffenen wehren sich gegen Erinnerungen an die traumatische Situation.
Pathologische Variante: Extremes Vermeidungsverhalten, evtl. unterstützt durch Gebrauch von Drogen und Medikamenten, um den seelischen Schmerz nicht erleben zu müssen (Fischer & Riedesser; 2003; S. 95-96).

3. Phase (bzw. Zustand): Eindringen von Gedanken oder Erinnerungsbildern.
Pathologische Variante: Erlebniszustände mit ständig sich aufdrängenden Gedanken und Erinnerungsbildern vom Trauma (intrusive Phänomene des PTBS) (Fischer & Riedesser; 2003; S. 95-96).
4. Phase bzw. Erlebniszustand: Durcharbeiten. Hier setzen sich die Betroffenen mit den traumatischen Ereignissen und ihrer persönlichen Reaktion auseinander (Fischer & Riedesser, 2003, S. 95-96).
5. Relativer Abschluss (completion). Ein Kriterium ist die Fähigkeit, die traumatische Situation in ihren wichtigsten Bestandteilen erinnern zu können, ohne zwanghaft daran denken zu müssen (Fischer & Riedesser, 2003, S. 95-96).

Die pathologischen Varianten zu den Phasen 4 und 5 sind „frozen states“: erstarrte Zustände mit psychosomatischen Symptomen, wie körperlichen Missempfindungen verschiedener Art und Verlust der Hoffnung, die traumatische Erfahrung durcharbeiten und abschließen zu können; ferner Charakterveränderungen als Versuch, mit der subjektiv nicht zu bewältigenden traumatischen Erfahrung zu leben. Ausgedehnte Vermeidungshaltungen gehen mit der Zeit in phobische Charakterzüge über. Als ein allgemeines Merkmal traumabedingter Charakterveränderung kann die Störung von Arbeits- und Liebesfähigkeit angesehen werden (Fischer & Riedesser; 2003; S. 95-96).

Vor der Definition der Posttraumatischen Belastungsstörung steht im ICD-10-GM (2013) die „*Akute Belastungsreaktion*“.

Sie ist dort folgendermaßen definiert:

„Eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen eine Rolle. Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von ‚Betäubung‘, mit einer gewissen Bewusstseinsengung und eingeschränkten

Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der Umweltsituation folgen (bis hin zu dissoziativem Stupor, siehe F44.2) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue). Vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten treten zumeist auf. Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück. Teilweise oder vollständige Amnesie (siehe F44.0) bezüglich dieser Episode kann vorkommen. Wenn die Symptome andauern, sollte eine Änderung der Diagnose in Erwägung gezogen werden.“ (DIMDI, ICD-10-GM, Kapitel V., Psychische und Verhaltensstörungen, F43.0)

Es handelt sich hierbei also um eine sehr kurzdauernde Reaktion auf ein Trauma, die meist höchstens ein paar Tage andauert und dann wieder „abklingt“.

Wenn die Symptome jedoch nicht verschwinden oder sogar intensiver werden, muss das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung angedacht werden.

3.2. Posttraumatische Belastungsstörung

3.2.1. Epidemiologie

Es ist ein weit verbreiteter Irrglaube, dass es unwahrscheinlich ist, ein Trauma zu erleben. Jedoch entwickelt nicht jeder Mensch, der ein traumatisches Erlebnis gehabt hat auch automatisch eine PTBS oder andere Traumafolgestörungen.

- Etwa 50% der Menschen, die ein Trauma erlebt haben entwickeln danach eine akute posttraumatische Störung. Die Hälfte dieser Menschen kann aber schon nach einem Jahr als geheilt angesehen werden, egal ob mit oder ohne Therapie.
- Bei 25% der Betroffenen nimmt die posttraumatische Störung einen chronischen Verlauf. Bei Frauen passiert dies doppelt so oft wie bei Männern.
- Die momentane Gesamtprävalenz posttraumatischer Erkrankungen wird auf 5% bis 10% geschätzt.

(Ermann, 2005)

Häufigkeiten einer PTBS nach bestimmten Traumaarten:

- Die Prävalenz einer PTBS nach Vergewaltigung liegt bei ca. 50%.
- Eine ca. 25-prozentige Häufigkeit besteht bei anderen Gewaltverbrechen.
- 20% der Kriegsteilnehmer erleiden eine PTBS.
- Bei Opfern von Verkehrsunfällen liegt die Prävalenz bei 5 bis 15%.
- Auch bei Menschen, die eine schwere Organerkrankung erleiden müssen/mussten, liegt die Häufigkeit bei 5 bis 15%.

(Arolt & Kersting, 2010)

Diese Daten beziehen sich auf die Prävalenz der PTBS direkt nach dem Trauma. Wie sich die Häufigkeiten viele Jahre später beziehungsweise im Alter verhalten, wird später im Laufe der Arbeit noch behandelt.

Die PTBS ist die am häufigsten beschriebene Traumafolgestörung überhaupt, was jedoch nicht bedeutet, dass sie die am häufigsten auftretende oder gar die einzige ist.

3.2.2. Klassifikation der Posttraumatischen Belastungsstörung

Die PTBS wurde, in der Form wie sie heute verstanden wird, in zwei wichtige Klassifikationssysteme psychischer Störungen aufgenommen. Zum einen 1980 in das amerikanische Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III (seit 1994 schon DSM-IV), und zum anderen 1992 in die International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) (Rosner & Hagl, 2008), die hauptsächlich im deutschsprachigen Raum verwendet wird.

Im DSM-IV findet sich die PTBS folgendermaßen definiert:

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
- (1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.

- (2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.

(APA, Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 1996 zitiert nach Butollo et al., 1999, S. 27f)

B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

- (1) wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.

Beachte: Bei jüngeren Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.

- (2) wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.

Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.

- (3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).

Beachte: Bei jüngeren Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.

- (4) intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

- (5) körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

(APA, Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 1996 zitiert nach Butollo et al., 1999, S. 27f)

C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden).
Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

- (1) bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
- (2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
- (3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
- (4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
- (5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
- (6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z. B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
- (7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z. B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

(APA, Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 1996 zitiert nach Butollo et al., 1999, S. 27f)

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden).
Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

- (1) Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen,
- (2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
- (3) Konzentrationsschwierigkeiten,
- (4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
- (5) übertriebene Schreckreaktion.

(APA, Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 1996 zitiert nach Butollo et al., 1999, S. 27f)

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.

(APA, Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 1996 zitiert nach Butollo et al., 1999, S. 27f)

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bestimme, ob:

Akut: Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern.

Chronisch: Wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern.

Bestimme, ob:

Mit verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

(APA, Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 1996 zitiert nach Butollo et al., 1999, S. 27f)

Im Vergleich dazu die ICD-10-Kriterien für eine PTBS:

A Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
(Resick, 2003, S. 24)

B Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
(Resick, 2003, S. 24)

C Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Vermeiden bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.
(Resick, 2003, S. 24)

Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

D Entweder 1. oder 2.

1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.

(Resick, 2003, S. 24)

2. Anhaltende Symptome (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:

- a) Ein- und Durchschlafstörungen
- b) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
- c) Konzentrationsschwierigkeiten,
- d) Hypervigilanz,
- e) erhöhte Schreckhaftigkeit.

(Resick, 2003, S. 24)

E Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. (In einigen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden).

(Resick, 2003, S. 24)

3.2.3. Hauptsymptomgruppen der Posttraumatischen Belastungsstörung

Die Gemeinsamkeiten der beiden Klassifikationssysteme (DSM-IV und ICD-10) stellen die *drei Hauptsymptomgruppen* der PTBS dar:

Wiedererleben/Intrusion:

Dabei erlebt der Betroffene das vergangene traumatische Erlebnis in einer solchen Intensität und mit den Emotionen, die er währenddessen gehabt hat, wieder. Er fühlt sich direkt zurückversetzt in die traumatische Situation. Bei manchen Menschen ist dieses Wiedererleben so stark, dass sie sich sogar im Wachzustand so fühlen, als wären sie in Trance. Es kann vorkommen, dass jemand, der beispielsweise fast erwürgt worden wäre, auf einmal Atemnot bekommt, röchelt oder Ähnliches (Zobel, 2006).

Verantwortlich für solches oder ähnliches Verhalten sind meist Trigger, die in irgendeiner Form mit dem Trauma in Verbindung stehen. Auch Jahrestage des Traumas zum Beispiel können ein solches Wiedererleben auslösen. Nicht immer sind die Auslöser so einfach herauszufinden. Oft sind sie nicht einmal für den Betroffenen selbst offensichtlich und er findet seine eigenen Reaktionen komisch und kann sich diese nicht erklären (Zobel, 2006).

Vermeidung:

Um das schreckliche Wiedererleben zu vermeiden, werden alle Reize gemieden, die an das Trauma erinnern. Dazu gehören unter anderem Orte, bestimmte Situationen, Sinneseindrücke, Personen, Tätigkeiten, oder sogar Gedanken an das schreckliche Geschehen. Leider entsteht hier ein Teufelskreis. Je mehr der Betroffene versucht die Gedanken zu unterdrücken, umso zwanghafter und einflussreicher werden diese. Es gibt aber auch Menschen, die es schaffen, Erinnerungen an das Trauma so weit ins Unbewusste zu verschieben, dass sie normalerweise nicht mehr so schnell ins Bewusstsein zurückkommen. Das heißt, sie haben eine dissoziative Amnesie und können sich dann entweder an bestimmte Teile oder sogar an das ganze Trauma nicht mehr erinnern. Vermeidungsverhalten hat oft schlimme Auswirkungen zur Folge, wie beispielsweise Interessenverlust, soziale Isolation, Erstarren, Entfremdung oder sogar Gefühlstauheit (Zobel, 2006).

Erhöhtes Erregungsniveau (Hyperarousal)

Die Person weist ein allgemein erhöhtes Erregungsniveau, also eine Spannungshaltung auf, weil sie sich ständig unsicher fühlt. Die Umwelt wird andauernd danach untersucht, ob es irgendwo eine potentielle Gefahr gibt, und der Betroffene ist sozusagen immer zur Flucht bereit. Daraus resultieren auch verschiedene somatische Belastungen, wie zum Beispiel erhöhter Puls und Blutdruck, Schlafstörungen, übertriebene Schreckhaftigkeit oder Schwierigkeiten sich zu konzentrieren (Zobel, 2006).

Vergleicht man die beiden Klassifikationssysteme, so ergeben sich jedoch auch nicht unwesentliche Unterschiede. In der ICD-10 fehlt zum Beispiel das Kriterium F, welches im DSM-IV klinisch relevante Beeinträchtigungen für die Diagnose einer PTBS zwingend voraussetzt. Weiters werden im DSM-IV drei Symptome aus dem Symptomkomplex „Vermeidung“ verlangt und in der ICD-10 nur eines. Es wird auch kritisiert, dass die ICD-10-Forschungskriterien (WHO, 2006) viel eindeutiger formuliert sind, als die klinisch-diagnostischen Leitlinien (WHO, 2005), die in der Praxis verwendet werden (Rosner & Hagl, 2008).

Für eine voll ausgeprägte PTBS müssen in der ICD-10, bis auf das Traumakriterium, nur umfangreiche Wiedererlebenssymptome vorhanden sein. Die anderen Symptome werden also vernachlässigt. Diese Tatsache ist besonders bedenklich,

wenn man sich vor Augen führt, dass in der Forschungsliteratur hauptsächlich das DSM-IV herangezogen wird, in der Praxis aber hierzulande Diagnosen nach der ICD-10 gestellt werden. Aus diesem Grund ist es schwierig Ergebnisse zu übertragen. Darüber hinaus verleitet die unscharfe Definition der ICD-10 möglicherweise zum Überdiagnostizieren der Störung und das strenge DSM-IV im Gegensatz dazu zum Unterdiagnostizieren (Rosner & Hagl, 2008).

3.2.4. Partielle Posttraumatische Belastungsstörung

Die partielle PTBS wurde weder in die ICD-10 noch in das DSM-IV aufgenommen. Einige Forscher sind jedoch der Meinung, dass dies passieren sollte, weil sie glauben, dass die Diagnosekriterien der jeweiligen Klassifikationssysteme zu streng sind, und dadurch viele Menschen, die zwar klinisch gesehen keine volle PTBS-Symptomatik aufweisen, wegen mangelnder PTBS-Diagnose, nicht behandelt werden (können), obwohl sie trotzdem massiv unter posttraumatischen Symptomen leiden (Mylle & Maes, 2002).

3.2.5. Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Viele Personen, die ein traumatisches Erlebnis machen mussten, besonders Opfer eines längerdauernden Typ-II-Traumas, weisen oft eine Vielzahl von zusätzlichen Veränderungen auf. Für die auftretenden, längerdauernden Symptome existieren in der Literatur mehrere Begriffe, wobei der am häufigsten verwendete der der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung ist. Patientinnen und Patienten mit einer komplexen PTBS weisen heftige Affekte auf, die sich nicht nur gegen andere, sondern auch gegen sich selbst richten können. Die Betroffenen hegen oft schlimme Rachegefühle und sind geplagt von Wut-, Ärger- und häufig auch Schuldgefühlen (Maercker, 1997).

Einige laufen im sozialen Bereich Gefahr zu vereinsamen, weil sie sich nach außen hin zu sehr abschotten. Für sie dreht sich alles um ihr traumatisches Erlebnis, und so decken sie sich oft mit Büchern oder Filmen ein und nehmen an diversen Diskussionsgruppen teil. Diese dauernde Beschäftigung mit dem erlebten Trauma kann sogar suchtähnliche Ausmaße annehmen und sie kommen nicht mehr davon los. Manche beschäftigen sich auch stark mit den Tätern und fühlen sich nicht selten von ihnen angezogen oder idealisieren diese sogar. In weiterer Folge kann es zu

Retraumatisierungen kommen, weil sich die Betroffenen in gefährliche Situationen begeben, wo sie dann wieder zum Opfer werden. So kommt es beispielsweise des Öfteren vor, dass Frauen, die häusliche Gewalt erfahren mussten und sich von ihren gewalttätigen Partnern trennen, danach wieder von aggressiven Männern angezogen werden (Maercker, 1997).

Es gibt bisher wenige Untersuchungen zur komplexen PTBS, manche Studien belegen aber, dass diese Störung bei Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs und ehemaligen Soldaten und Widerstandskämpfern zu finden ist (Maercker, 1997).

Herman (1992) hat dieses Konzept der komplexen PTBS als eine Erweiterung der einfachen PTBS geprägt.

Wahrscheinlich aus dem Grund, weil die einfache PTBS vor allem für die Opfer von Mehrfachtraumatisierungen in der Kindheit nicht annähernd die in dieser Gruppe auftretende Symptombandbreite und Schwere abdeckt (Briere et al., 2008).

Oder, weil Kinder auch einfach mit ganz anderen Symptomen auf Traumatisierungen reagieren als Erwachsene (Knight, 2009).

Die Symptome einer komplexen PTBS, auch Disorder Of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS) genannt, können folgendermaßen zusammengefasst werden:

Diagnostische Kriterien für DESNOS

I. Veränderungen in der Regulation von Affekten und Impulsen

(A und ein Kriterium von B–F gefordert):

- A. Affektregulation
- B. Umgang mit Ärger
- C. Autodestruktives Verhalten
- D. Suizidalität
- E. Störungen der Sexualität
- F. Exzessives Risikoverhalten

(Luxenberg et al., 2001 zitiert nach Kunzke & Güls, 2003, S. 55)

II. Veränderungen in Aufmerksamkeit und Bewusstsein

(A oder B gefordert):

- A. Amnesien
- B. Transiente dissoziative Episoden und Depersonalisationserleben

(Luxenberg et al., 2001 zitiert nach Kunzke & Güls, 2003, S. 55)

III. Veränderungen der Selbstwahrnehmung

(Zwei Kriterien von A–F gefordert):

- A. Ineffektivität
- B. Stigmatisierung
- C. Schuldgefühle
- D. Scham
- E. Isolation
- F. Bagatellisierung

(Luxenberg et al., 2001 zitiert nach Kunzke & Güls, 2003, S. 55)

IV. Veränderungen in Beziehungen zu anderen (Ein Kriterium von A–C gefordert):

- A. Unfähigkeit zu vertrauen
- B. Reviktimisierung
- C. Viktimisierung anderer

V. Somatisierung (Zwei Kriterien von A–E gefordert):

- A. Gastrointestinale Symptome
- B. Chronische Schmerzen
- C. Kardiopulmonale Symptome
- D. Konversionssymptome
- E. Sexuelle Symptome

(Luxenberg et al., 2001 zitiert nach Kunzke & Güls, 2003, S. 55)

VI. Veränderungen von Lebenseinstellungen (A oder B gefordert):

- A. Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
- B. Verlust früherer stützender Grundüberzeugungen

(Luxenberg et al., 2001 zitiert nach Kunzke & Güls, 2003, S. 55)

Die PTBS tritt in den seltensten Fällen allein auf. Das heißt, sie wird meist von anderen *komorbiden Störungen* begleitet. Dazu gehören nach Flatten et al. (2004) zum Beispiel:

- Angststörungen
- Depressive Störungen
- Suchterkrankungen (Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit)
- Dissoziative Störungen
- Somatoforme Störungen (wie etwa Essstörungen)

(Flatten et al., 2004)

4. Traumafolgen im Alter

Dass Menschen unmittelbar nach einem traumatischen Erlebnis mit posttraumatischen Symptomen auf dieses reagieren können, ist allgemein bekannt. Posttraumatische Erkrankungen im Kindesalter, bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind mittlerweile gut erforscht. Ganz anders sieht die Sache jedoch im Bezug auf Personen im höheren Erwachsenenalter und bei Hochbetagten aus. Es gibt nur wenige Studien zur PTBS und anderen Traumafolgen im Alter.

Forschungsmaterial zum Langzeitverlauf posttraumatischer Erkrankungen bis ins Alter existiert praktisch gar nicht, weil die Forschung diesbezüglich erst sehr spät begonnen hat (Glaesmer & Brähler, 2011), und daher Längsschnittstudien fehlen.

Betrachtet man die Traumaprävalenzen im Alter, so geht aus bevölkerungsbasierten Studien der letzten Jahre hervor, dass bei 40% bis 50% der älteren Deutschen im Laufe ihres Lebens mindestens ein traumatisches Ereignis aufgetreten ist. Hierbei machen Traumatisierungen während der Kriegszeit den bei Weitem größten Teil aus. 3% bis 4% der älteren Menschen haben heute eine voll ausgeprägte PTBS. Dieser Prozentsatz steigt, wenn man die partielle PTBS mit einrechnet. Darüber hinaus zeigt sich ein Anstieg posttraumatischer Symptome über die Altersgruppen, wobei aber die Fälle der voll ausgeprägten PTBS nicht mehr werden. Diese Tatsache erklärt sich aus den über die Lebensspanne steigenden Traumaprävalenzen (Glaesmer & Brähler, 2011).

Trotz des Mangels an Forschung zu den Langzeitverläufen posttraumatischer Symptome berichten viele ältere Menschen aus ihrer Selbstbeobachtung, dass die Beschwerden oft nach langjähriger, bis zu jahrzehntelanger Abwesenheit wieder im Alter auftreten. Auch verschiedene retrospektive Untersuchungen unterstreichen diese Beobachtung, dass die Symptome in Verbindung mit dem Altern wieder oder vermehrt auftreten (Glaesmer & Brähler, 2011).

Laut Böttche et al. (2012) sind die PTBS-Raten für Personen, die in der Kindheit oder Jugend traumatisiert wurden, höher als für Personen, bei denen das Trauma erst vor kurzer Zeit beziehungsweise später im Leben aufgetreten ist. Und obwohl die PTBS bei jüngeren Erwachsenen häufiger auftritt, ist sie dennoch auch bei älteren Menschen keine seltene Störung (Böttche et al., 2012).

Es sei aber noch einmal deutlich gesagt, dass nicht jeder Mensch mit posttraumatischen Symptomen auf ein traumatisches Ereignis reagiert. So entwickeln auch nur wenige Menschen eine PTBS, die dann ihr ganzes Leben lang mehr oder weniger symptomreich bestehen bleibt. Es muss auch nicht sein, dass eine ältere Person im Alter noch einmal auf ein früheres Trauma in irgendeiner Form reagiert. Weiters ist es wichtig zu beachten, dass jeder Mensch auf seine eigene Weise mit Traumatisierungen umgeht und diesbezüglich auch ganz individuelle Reaktionen oder Symptome zeigen kann. Es geht also nicht jeder Mensch gleich mit jedem Trauma um.

Um jedoch die Vielfalt der einzelnen möglichen posttraumatischen Reaktionen und Symptome im Alter besser erfassen und verstehen zu können, ist es notwendig, diese nach Art der Symptome, Zeitpunkt des Ausbruchs, Dauer der belastenden Symptome und Intensität oder Ausmaß der Beeinträchtigung zu unterscheiden, um die Symptome einem Störungsbild zuordnen zu können und so mehr Klarheit zu schaffen.

In der Literatur zeigt sich jedoch, dass eine Klarheit im Bezug auf die Begrifflichkeiten, die die Folgen im Alter definieren sollen, fehlt. Man könnte sogar sagen, es herrscht ein Begriffschaos. So gibt es eine Reihe von Definitionen, die häufig schwer voneinander zu unterscheiden und abzugrenzen sind.

Bei manchen Betroffenen besteht die Gefahr, dass sich ihre PTBS chronifiziert und sie mehrere Jahre, Jahrzehnte oder vielleicht sogar ihr ganzes Leben lang, bis ins hohe Lebensalter unter den Symptomen der Störung zu leiden haben.

Andere hingegen schaffen es, die posttraumatische Belastung zu überwinden und viele Jahre, oder sogar Jahrzehnte vom Trauma unberührt, symptomfrei zu leben. Sie werden dann erst im Alter wieder von den schrecklichen Erinnerungen daran heimgesucht, beginnen erneut an posttraumatischen Belastungssymptomen zu leiden und erfahren somit eine Reaktivierung ihrer schon einmal vorhanden gewesenen posttraumatischen Symptome.

Eine weitere Form der Traumafolgen im Alter, oder bis ins hohe Alter reichender Folgen, ist die „delayed-onset post traumatic stress disorder (PTSD)“, oder auch verzögerte PTBS. Diese äußert sich so, dass Menschen, die ein Trauma erlebt

haben, ihr ganzes Leben lang nie traumabezogene Symptome aufweisen, aber plötzlich im Alter aus verschiedenen Gründen zum ersten Mal eine PTBS entwickeln.

Da diese verschiedenen Formen der posttraumatischen Folgen von früheren Traumatisierungen im Alter häufig vorkommen und große Belastungen auslösen, und auch angesichts der Tatsache, dass die Bevölkerung immer älter wird, es in Zukunft also noch mehr Fälle geben wird, werden die spezifischen Phänomene anschließend näher beleuchtet.

Folgende Bezeichnungen tauchen sehr oft in der Fachliteratur auf und bedürfen einer genaueren Beschreibung und Abgrenzung voneinander:

- *Chronische Posttraumatische Belastungsstörung (chronische PTBS)*
- *Reaktivierte Posttraumatische Belastungsstörung (reaktivierte PTBS) und Traumareaktivierung*
- *Verzögerte Posttraumatische Belastungsstörung, delayed-onset PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) oder auch late-onset PTSD*
- *Late Onset Stress Symptomatology (LOSS)*

4.1. Chronische PTBS im Alter

Die chronische PTBS im Alter ist gut dokumentiert. Teilweise bestehen die Symptome über mehr als 50 Jahre hindurch. Die Symptome können durch verschiedene *Trigger*, also Auslöser, immer wieder verschlimmert werden (Maercker, 1997).

Zu diesen Triggern zählen unter anderem:

- Jahrestage des Traumas
- Veränderung der Lebensumstände
- Zusätzlich auftretende Belastungen oder gar weitere traumatische Erlebnisse
- Verschiedene Erkrankungen
- Verluste von körperlichen Funktionen

- Verluste von nahestehenden Menschen
- Rollenwandel im Arbeitsbereich, im sozialen Bereich oder in der Familie

(Maercker, 1997)

- Mobilitätseinschränkungen
- Finanzielle Schwierigkeiten
- Verlust von sozialen Kontakten
- Körperliche Erkrankungen
- Einschränkungen in der Sinneswahrnehmung
- Wechsel- oder Nebenwirkungen von Medikamenten
- Verwitwung
- Austritt aus dem Arbeitsleben
- Kognitive Störungen

(Kuwert & Knaevelsrud, 2009)

Viele Betroffene versuchen ihre verlorene Kontrolle wiederzuerlangen, indem sie den traumatischen Erfahrungen einen Sinn geben. Diese Sinnzuschreibungen können zum Beispiel so aussehen, dass Opfer von familiärer Gewalt sich einreden, dass sie selbst schlecht und die ihnen zugefügten Verletzungen somit gerechtfertigt wären. Ein Kriminalitätsoffer könnte beispielsweise annehmen, dass seine gesamte Umwelt böse sei und man niemandem vertrauen könne. Diese veränderte Sicht der Dinge soll den Traumaopfern helfen, weitere Belastungen zu verhindern. Es bilden sich Schemata aus, nach denen dann auch alle weiteren im Laufe des Lebens auftretenden Probleme organisiert und bearbeitet werden. Wenn nun Emotionen, Gedanken oder Verhaltensweisen, die mit dem früheren Trauma in Verbindung stehen, nachher erneut hervorgerufen werden, kann das dazu führen, dass sich die PTBS-Symptomatik verschlechtert (Maercker, 1997).

Durch verschiedenste Bewältigungstechniken schaffen es einige ältere Menschen, dass sie ihre PTBS-Symptome über eine lange Zeitspanne unterdrücken können (Maercker, 1997).

Zu diesen Bewältigungsstrategien gehört zum Beispiel die eifrige Ablenkung durch verschiedene Tätigkeiten. Die Betroffenen arbeiten oft übermäßig viel oder betreiben

intensiv Sport, um keine Zeit mehr zu haben, sich mit dem Trauma zu beschäftigen. Andere flüchten sich in Alkoholkonsum, Medikamentensucht oder Drogenabhängigkeit. Auch die Vermeidungsstrategie wird genutzt. So versuchen sie Menschen und Situationen aus dem Weg zu gehen, die sie an das traumatische Erlebnis erinnern (Maercker, 1997).

Diese Bewältigungsformen scheinen einem nicht betroffenen Menschen nicht sehr wirksam zu sein, sie ermöglichen es dem betroffenen Menschen aber häufig, lange Zeit ohne psychisches Leiden zu leben und halten so die chronische PTBS hintan. Wenn diese Mechanismen aber ihre Wirksamkeit verlieren, werden die PTBS-Symptome wieder aktiv. Die Bewältigungsstrategien werden dann vor allem im Alter durch den Alterungsprozess und damit zusammenhängende Belastungen bedroht. Kritische Punkte im Leben eines Betroffenen sind dann zum Beispiel die Pensionierung oder eingeschränkte Mobilität. Auch der kognitive Abbau des Kurzzeitgedächtnisses kann dazu führen, dass Erinnerungen aus dem Langzeitgedächtnis, und damit auch das Trauma, sich aufdrängen (Maercker, 1997). Die chronische PTBS ist sehr empfänglich für Belastungen. Diese können sehr schnell lang genutzte Schemata und Bewältigungsstrategien zum Kippen bringen und traumatische Inhalte wieder aktuell machen und in weiterer Folge eine Verschlimmerung der PTBS-Symptome auslösen. Dass ältere Menschen bis ins hohe Lebensalter ihr Leben so gut meistern konnten, zeugt von ihrer ausgeprägten Anpassungsfähigkeit (Maercker, 1997).

4.2. Traumareaktivierung oder reactivated PTSD

Es gibt eine Reihe von Bezeichnungen für im Alter (wieder) aktuell werdende frühere psychische Traumatisierungen. Zwei dieser Begriffe tauchen relativ häufig auf, nämlich die Traumareaktivierung und der englische Begriff der reactivated PTSD (= reaktivierte PTBS). Diese Konzepte werden oft synonym verwendet, weil sie sich sehr ähnlich sind.

Angelehnt an die von Schreuder (1996) aufgestellte These:

„Ältere Menschen können – unter Umständen angestoßen durch politische Krisen (wie den Golfkrieg Anfang 1991) – frühere Traumatisierungen unter akuter Symptombildung reaktivieren“ (Schreuder, 1996 zitiert nach Heuft, 1999, S. 228), berichtet Heuft (1999) von älteren Menschen, die im Laufe ihres Lebens traumatische Erfahrungen gemacht haben, die erst 30 Jahre nach dem Trauma, oder

sogar noch später, wieder aktuell werden, und somit einen Einfluss auf das Leben der Betroffenen bekommen.

Diese Trauma-Reaktivierungen äußern sich meist als Sinneseindrücke aus der früher erlebten traumatischen Situation, wie zum Beispiel Bilder oder Geräusche, die in ihrer ganzen Bedrohlichkeit wiedererlebt werden. Eine weitere Möglichkeit neben den direkt zugänglichen Erinnerungen sind psychische oder psychosomatische Symptome, wie etwa verschiedene Ängste oder dissoziative Körperwahrnehmung (Heuft et al., 2000).

Diese verschiedenen Ängste äußern sich häufig körperlich und werden dann deshalb als Symptome einer körperlichen Erkrankung eingestuft. Es ist schwierig diese Ängste zu identifizieren, weil ältere Menschen häufig seelische Probleme durch körperliche Begriffe erklären. Die psychischen Ursachen bleiben daher oft unbemerkt und können aus diesem Grund meist nicht richtig behandelt werden (Kipp, 2008).

Häufig treten solche Angstzustände bei Menschen auf, die als Kind viele traumatische Erlebnisse machen mussten, und oft werden sie durch aktuelle Stresssituationen oder belastende Situationen ausgelöst. Sie können aber auch spontan, ohne offensichtliche Belastungen auftauchen (Kipp, 2008).

Die ursprüngliche Definition der Trauma-Reaktivierung nach Heuft (1999) verlangt, dass vor der Reaktivierung des Traumas noch nie traumabezogene Symptome, vor allem keine PTBS, aufgetreten sind. Im Gegensatz dazu darf streng genommen nur von einer reaktivierten PTBS gesprochen werden, wenn schon einmal eine PTBS direkt nach dem Trauma aufgetreten ist (Boe et al., 2010).

Hier ergeben sich also Unstimmigkeiten in den Begriffsdefinitionen. In dieser Arbeit werden die beiden Begriffe synonym verwendet. Jedoch wird keine der beiden Definitionen zu hundert Prozent übernommen.

Es erscheint sinnvoll, dass direkt nach dem Trauma schon einmal Symptome vorhanden waren, weil sonst der Begriff der Trauma-Aktivierung oder der delayed-onset PTSD, late-onset PTSD, late-onset-stress-syndrome oder auch der verzögerten PTBS, die später noch eigens erklärt werden sollen, schon der Bezeichnungen nach naheliegender wären.

Weiters wird das Vorliegen einer voll ausgeprägten PTBS direkt nach dem Trauma nicht vorausgesetzt, weil diese zum einen häufig nicht als solche diagnostiziert oder

sogar übersehen wird und zum anderen, weil auch eine partielle Symptomatik einen großen Leidensdruck bei den Betroffenen bewirken kann.

Folglich wird in dieser Arbeit unter einer Traumareaktivierung folgendes Erscheinungsbild verstanden:

Die Traumareaktivierung bezeichnet das Wiederauftreten von schon einmal, direkt nach dem Trauma, dagewesenen posttraumatischen Reaktionen oder Symptomen. Es ist nicht von Bedeutung, ob diese Symptome in der Vergangenheit dem Störungsbild einer PTBS entsprochen haben, oder nicht. Nach dieser unmittelbaren Reaktion auf das Trauma folgt eine Latenzphase, in der sich entweder gar keine Symptome, oder nur minimale Symptome, die nicht als störend erlebt werden, zeigen. Dieses „störungsfreie“ Intervall kann Jahre oder sogar Jahrzehnte andauern. Ausgelöst durch verschiedene traumabezogene Reize kommt es dann später (im Alter) zu einer Reaktivierung dieser posttraumatischen Symptome.

Ein wichtiger Unterschied zwischen der Trauma-Reaktivierung und der reaktivierten PTBS ist jedoch, dass beim Störungsbild der reaktivierten PTBS für die Diagnosestellung eine voll ausgeprägte PTBS, wie sie im DSM-IV definiert ist, nach der Latenzphase zwingend vorausgesetzt wird. Beim Konzept der Traumareaktivierung kommt die PTBS als Diagnosekriterium gar nicht vor.

Daraus kann geschlossen werden, dass die reaktivierte PTBS als eine Spezialform oder auch als „verschärfte“ Variante der Traumareaktivierung angesehen werden kann.

Auf der Suche nach möglichen Gründen für die Trauma-Reaktivierung im Alter konnte eine dreifach gegliederte These gefunden werden. Diese drei Bedingungen begünstigen sich möglicherweise gegenseitig (Heuft, 1999).

Demnach kann es nach Heuft et al. (2000) zu einer Reaktivierung von Traumatisierungen im Alter dadurch kommen, dass

1. ältere Menschen, befreit vom Druck direkter Lebensanforderungen durch Existenzaufbau, Beruf und Familie, „mehr Zeit“ haben, bisher Unbewältigtes wahrzunehmen;
2. sie zudem nicht selten auch den vorbewussten Druck spüren, noch eine unerledigte Aufgabe zu haben, der sie sich stellen wollen und stellen müssen;

3. darüber hinaus der Alternsprozess selbst (z.B. in seiner narzisstischen Dimension) traumatische Inhalte reaktivieren kann.

(Heuft et al., 2000, S. 119-120)

Auch Russo et al. (2001) fassen die verschiedenen möglichen Auslöser und Gründe für eine reaktivierte PTBS zusammen. Sie kommen dabei auf ähnliche Ergebnisse wie Heuft.

Zu diesen Faktoren, die das Auftreten einer Trauma-Reaktivierung wahrscheinlicher machen, gehören:

- das Alter selbst als verschlimmernder Faktor,
- die Kombination von Älterwerden und der Vielzahl von altersspezifischen Verlusten,
- einschneidende Lebensereignisse, wie die Pensionierung oder die Bedrohung durch den bevorstehenden Tod,
- körperliche Krankheit (häufig bei älteren Kriegsveteranen),
- Gedenktag-Zeremonien, Kriegsmuseen,
- der Alterungsprozess und ein „Schwächerwerden“ der Abwehrmechanismen,
- die Abnahme der kognitiven Funktionen und der körperlichen Gesundheit,
- körperliche Schmerzen.

(Russo et al., 2001)

Viele Menschen haben Angst vor dem Altern, weil es bedeuten kann, dass Gefühle der Hilflosigkeit und Abhängigkeit aufkommen. Diese Gefühle erinnern oft stark an das Ausgeliefertsein während dem traumatischen Erlebnis und können dadurch eine Trauma-Reaktivierung auslösen. Vor diesem Hintergrund ist es einfacher zu verstehen, warum sich bei manchen pflegebedürftigen Menschen vor allem die Körperpflege schwierig gestaltet und sich die Betroffenen vehement dagegen wehren, wenn sie in ihrem Leben zum Beispiel sexuelle Gewalt erfahren mussten. Dadurch, dass vielleicht die Abwehrfunktionen im Alter schwächer werden, bekommt das Trauma eine in den Jahrzehnten davor nie da gewesene Präsenz und die Pflegeperson wirkt plötzlich, als wäre sie mitten in einer Tatsituation (Heuft, 1999).

Es ist nun auch durchsichtiger, dass ein Mann erst 60 Jahre nach dem Bombenkrieg unter schrecklich großen Ängsten leidet, wenn man sich vor Augen führt, dass er es jahrelang geschafft hat, sich nicht mit seinem Trauma zu beschäftigen, weil er ständig aktiv war und sich voller Hingabe um andere gekümmert hat. Erst jetzt im Alter erlebt er eine Trauma-Reaktivierung, weil ihn die altersspezifischen Veränderungen zu mehr Inaktivität zwingen (Kipp, 2008).

4.3. Verzögerte PTBS, Delayed-onset PTSD, Late-onset-stress-symptomatology (LOSS)

Im Unterschied zur Trauma-Reaktivierung und zur reaktivierten PTBS ist es bei der Delayed-onset PTSD und der verzögerten PTBS im Alter so, dass direkt nach dem Trauma keine PTBS-Symptome auftreten, sondern erst mindestens sechs Monate später. Es kann aber auch vorkommen, dass die Störung erst Jahre oder Jahrzehnte nach der traumatischen Erfahrung ausbricht. Streng genommen darf ein Mensch diese Diagnose nur gestellt bekommen, wenn er vor dem Auftreten der posttraumatischen, belastenden Symptome überhaupt noch nie traumabezogene Belastungen erlebt hat. Allerdings ist diese „echte“ Delayed-onset PTSD eine sehr selten auftretende Form der späten Traumafolgestörungen im Alter (Hiskey et al., 2008).

In den meisten berichteten Fällen treten vor dem Ausbruch der PTBS-Symptomatik nämlich zumindest unterschwellige Belastungen oder Residualsymptome auf (Boe et al., 2010), die aber nicht immer als übermäßig störend erlebt werden.

Es kommt auch vor, dass direkt nach dem Trauma eine partielle PTBS entwickelt wird, die dann wieder remittiert und erst Jahre oder Jahrzehnte später wieder hervorgerufen wird und sich dann möglicherweise sogar als Vollbild einer PTBS äußert.

Die Abgrenzung zur Trauma-Reaktivierung gestaltet sich schwierig, weil es wenige Längsschnittstudien gibt, die die PTBS-Symptome über einen größeren Zeitraum festhalten. Daher kann von den Betroffenen nur im Nachhinein über die Zeit nach dem Trauma berichtet werden. Diese Tatsache birgt natürlich eine große Verfälschungsgefahr. Die älteren Menschen können sich vielleicht nicht mehr so gut daran erinnern, wie es ihnen direkt nach dem Trauma gegangen ist und wie stark die damals erlebten Belastungen im Vergleich zu den heutigen waren, im Speziellen, ob

schon einmal eine PTBS entwickelt wurde oder nicht. Hinzu kommt, dass die PTBS eine verhältnismäßig junge Störung ist. Sie wurde erst 1980 in den DSM aufgenommen und noch später in die deutsche ICD-10. Es ist daher sehr wahrscheinlich, dass die heute älteren Personen diese Diagnose gar nicht hätten gestellt bekommen können, wenn ihr Trauma schon länger zurückliegt.

Ein weiteres Problem ist, dass in den verschiedenen existierenden Studien unterschiedliche Maßstäbe und Begriffsdefinitionen als Grundlage für die Einschätzung der Störungen verwendet wurden. So werden bei vielen die reaktivierte und die verzögerte PTBS gleichgesetzt und die Begriffe analog verwendet.

Noch spezifischer wird es bei der Gegenüberstellung der Delayed-onset PTSD und der Late-onset-stress-symptomatology.

In einer qualitativen Studie, die von Davison et al. im Jahr 2006 an 47 Kriegsveteranen durchgeführt wurde, werden die Unterschiede von LOSS zur delayed-onset PTSD folgendermaßen beschrieben:

Es ist den Autoren wichtig, dass die beiden Phänomene nicht durcheinander gebracht werden. Sie betonen, dass die delayed-onset PTSD nie mit dem normativen Altern in Verbindung gebracht wurde. Weiters sind für die Diagnose einer PTBS klinisch relevante oder bedeutsame Leiden oder Funktionsbeeinträchtigungen Voraussetzung, nicht aber für die LOSS. So ist es nicht unbedingt immer der Fall, dass Kriegsveteranen ihre „Symptome“ als problematisch oder störend empfinden. Darüber hinaus muss bei einer LOSS das Kriterium A, das sogenannte Traumakriterium, nicht erfüllt werden, das heißt, es muss kein lebensbedrohlicher Stressor vorhanden gewesen sein im Gegensatz zur PTBS. Dieser Unterschied ist vielleicht der ausschlaggebendste, weil eine PTBS ja per definitionem eine posttraumatische Störung ist, und ohne dieses klar definierte Trauma keine „Existenzberechtigung“ hätte. Bei der LOSS wird viel mehr angenommen, dass kontextuelle Merkmale und intrapersonelle Faktoren für die Entwicklung von viel größerer Bedeutung sind, als das bloße Vorhandensein eines Traumas (Davison et al., 2006).

Es ist unmöglich, vorauszusagen welche Personen in ihrem späteren Leben eine LOSS entwickeln werden, jedoch gibt es, wie bei den schon beschriebenen Störungen auch, einige Schutz- und Risikofaktoren, die für oder gegen das Entstehen einer LOSS sprechen. Zu diesen Einflussfaktoren zählen zum Beispiel die

subjektive Einschätzung des Wertes der Kriegserfahrung, der verwendete Bewältigungsstil und die jeweilige Widerstandsfähigkeit des Individuums.

Auch Verantwortungszuschreibungen, Hilflosigkeit, erlebte Kontrollfähigkeit, Beherrschung und die wahrgenommene Selbstwirksamkeit stellen einflussreiche Variablen dar. Zusätzlich können auch hier normative Stressoren, die mit dem Alterungsprozess einhergehen, in Verbindung mit den persönlichen Stärken und Schwachstellen eines Menschen, eine LOSS hervorrufen (Davison et al., 2006).

Weil dieses Phänomen in der Literatur nur in Verbindung mit Kriegstraumata auftaucht, wird darauf erst im nächsten Kapitel näher eingegangen.

4.4. Gemeinsamkeiten der beschriebenen Traumafolgestörungen im Alter

Sowohl die chronische PTBS, die Traumareaktivierung, die reaktivierte PTBS, die Delayed-onset PTSD als auch die LOSS haben neben den Faktoren, die sie unterscheiden, wie etwa Zeitpunkt des Ausbruchs, Dauer oder Intensität der Symptome, auch einige Merkmale gemeinsam, die oben schon genauer beschrieben wurden.

Zusammengefasst gehören dazu unter anderem also:

Die auslösenden Faktoren/Trigger:

Für alle beschriebenen Folgestörungen oder späten Traumafolgen im Alter konnten einige Auslöser gefunden werden, die bei allen entweder zum Ausbruch oder zur Verschlimmerung posttraumatischer Symptome führen können. Zusammengefasst können diese Trigger folgend benannt werden:

Der Alterungsprozess:

Dazu gehören kognitive und körperliche Veränderungen und Einschränkungen, wie auch Krankheiten, Funktionsverluste und dergleichen. Diese Veränderungen bringen die älteren Menschen oft in eine Abhängigkeit. Ihre Autonomie gerät in Gefahr und sie fühlen sich hilflos und ausgeliefert.

In Verbindung mit dem Alter auftretende schwierige oder normative Lebensereignisse:

Der Verlust und Tod von geliebten oder nahestehenden Personen, wie des Ehepartners oder anderer Verwandter. Der Verlust von Freunden oder auch beispielsweise früherer Kriegskameraden, oder auch einfach nur der Tod von Gleichaltrigen, der an die eigene Sterblichkeit erinnert.

Lebensbedrohliche Krankheiten, die ältere Menschen dazu zwingen, sich mit ihrer „zeitlichen Begrenztheit“ zu beschäftigen, und ihnen klar machen, dass sie nicht mehr lange leben werden. Diese Beschäftigung mit dem bevorstehenden Tod bringt viele Menschen dazu, ihre Vergangenheit zu reflektieren, und erlebte Traumata rücken wieder ins Gedächtnis.

Die Pensionierung stellt für viele ältere Menschen einen schwierigen Lebensabschnitt dar. Jahre- oder jahrzehntelang haben sie sich vielleicht durch ihre Arbeit von vergangenen traumatischen Erlebnissen abgelenkt und es war ihnen möglich Gedanken daran weitgehend zu unterdrücken, indem sie sich in Beschäftigung hielten. Doch plötzlich haben sie viel Zeit, sich mit sich selbst und ihrer Vergangenheit auseinanderzusetzen, und Gedanken an das Trauma, oder auch posttraumatische Symptome, kommen zum Vorschein. Häufig wissen sie nicht, was sie nun anfangen sollen. Vielleicht fühlen sie sich in manchen Fällen sogar ausgeschlossen und nicht mehr gebraucht oder geschätzt.

Die äußeren auslösenden Reize, die mit dem ursprünglichen Trauma in Verbindung stehen, können bei allen Traumafolgestörungen entweder einen Ausbruch, eine Reaktivierung oder eine Verschlimmerung von posttraumatischen Symptomen hervorrufen.

Dazu gehören, wie schon beschrieben, unter anderem Gerüche, Orte, Geräusche, Bilder, aktuelle Ereignisse oder Medienberichte, die mit dem traumatischen Erlebnis in Verbindung stehen, oder es zum Thema machen.

Symptome:

Auch die Symptome sind in vielen Fällen ähnlich. Zum einen finden sich diese in der Definition und den Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung wieder, zum anderen können, bei allen beschriebenen Formen posttraumatischer Folgen und Folgestörungen verschiedene (psycho)somatische, beziehungsweise somatoforme, und zum Teil auch körperliche Beschwerden vorkommen.

Weiters können alle beschriebenen Folgestörungen auch immer von komorbiden Erkrankungen begleitet werden, die größtenteils „deckungsgleich“ sind.

Laut Jovanovic et al (2011) sind sich speziell die reaktivierte und die delayed-onset PTBS sehr ähnlich, weil ihnen das gleiche Phänomen zugrunde liegt. Beide Begriffe beinhalten, dass die Opfer mit einer gewissen Verletzlichkeit (Vulnerabilität) und einer Prädisposition beziehungsweise einer größeren Empfänglichkeit für traumabezogene Reize zurückbleiben, die dann wiederum ihre Schwelle für nachfolgende pathologische Reaktionen senkt. Das heißt, es kommt bei beiden Folgestörungen schneller und leichter zum Ausbruch von posttraumatischen Symptomen.

5. Kriegstraumata und ihre Folgen im Alter

Folgende Belastungen mussten die Menschen während des 2. Weltkriegs erdulden:

- Fliegeralarme, Bombenangriffe und damit verbundene Evakuierungen
- Flucht und Vertreibung
- Gewalt
- Finanzielle Not, Hunger
- Lange andauernde oder für immer währende Trennung von Bezugspersonen wie Vätern, Müttern, Schwestern und Brüdern
- Kinder wurden parentifiziert, mussten also zum Beispiel den nicht vorhandenen Vater ersetzen und schnell erwachsen werden.
- Nationalsozialistische Erziehung
(Borst, 2007)

Weil es nach dem Zweiten Weltkrieg vorerst ums nackte Überleben ging, konnten sich die Erwachsenen nur sehr wenig um die Sorgen und Auswirkungen des Krieges auf die Kinder kümmern. Dadurch, dass vieles vom Krieg zerstört war, und weil die Bevölkerungsverluste so groß waren, mussten auch die Kriegskinder mitarbeiten.

Die Schuldgefühle der Erwachsenen in Bezug auf die Schandtaten der Nationalsozialisten machten es unmöglich, Gefühle der Trauer um die verlorenen Familienmitglieder zuzulassen (Borst, 2007).

Und so waren die Menschen bestrebt, so schnell wie möglich wieder ein Gefühl der Normalität zu erzeugen, und nicht mehr über die Vergangenheit zu reden. Die Belastungen des Zweiten Weltkriegs wurden also weitgehend verdrängt (Glaesmer & Brähler, 2011). Falls doch jemand vom Krieg sprach, dann waren diese Erzählungen emotionslos (Teegen & Meister, 2000) und der Krieg wurde bagatellisiert, indem er als Abenteuer gesehen wurde, und dadurch die als positiv gesehene Abhärtung in den Vordergrund gestellt wurde (Borst, 2007).

Durch ihr „Kindsein“ hatten die damaligen Kriegskinder noch eine Reihe zusätzlicher Risiken. So besaßen sie nicht genug Lebenserfahrung, Bindungserfahrung und intellektuelle Fähigkeiten, um den Krieg verarbeiten zu können. Ihre Kompensationsfähigkeiten waren durch die nationalsozialistische Erziehung nicht mehr wirksam, und weil die Kinder von ihren Bezugspersonen getrennt waren (Borst, 2007).

5.1. Spätfolgen des Zweiten Weltkrieges bei über 60-jährigen und Älteren

Seit dem Kriegsende 1945 sind mittlerweile 67 Jahre vergangen. Das bedeutet, dass die Kriegskinder von damals heute mindestens 67 Jahre alt sind. Es handelt sich dabei um eine für ein Menschenleben sehr lange Zeit, die mit großer Entwicklung verbunden ist. Daher muss unbedingt abgeklärt werden, ob die heute diagnostizierten psychischen und psychosozialen Verhaltensauffälligkeiten oder Störungen sowie auch funktionelle Beeinträchtigungen und körperliche Krankheiten wirklich ursächlich mit den in der Kriegszeit erlebten traumatisierenden Erfahrungen zusammenhängen, oder ob es dafür andere Gründe gibt (Radebold, 2009).

Die zurzeit angewendeten Klassifikations-Schemata, wie die ICD-10 oder das DSM-IV, orientieren sich im Hinblick auf die Diagnose verschiedener psychischer Störungen hauptsächlich an den Symptomen, die bei einem Menschen auftreten. Die psychodynamische Sichtweise, die auch immer ursächliche Zusammenhänge in die

Diagnostik miteinbezogen, und diesen einen besonderen Stellenwert einräumte, wird heute großteils vernachlässigt (Radebold, 2009).

Einzig bei der posttraumatischen Belastungsstörung und der Anpassungsstörung ist dieser ätiologische Bezug inhärent und deshalb noch vorhanden. Das bedeutet, dass Psychologinnen und Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzte nicht mehr, wie früher, eine psychodynamische Anamnese durchführen müssen und sich keine Gedanken über ätiologische Zusammenhänge mehr machen brauchen (Radebold, 2009).

Ein weiteres Problem bei der Behandlung über 60-Jähriger stellt die Tatsache dar, dass die Zeitperspektive eines Lebenslaufs in den erwähnten Klassifikations-Schemata kaum beachtet wird. So findet hier weder die Dauer einer psychischen Erkrankung, noch die Art und Weise, wie sich diese manifestiert beziehungsweise manifestiert hat, Eingang in die Diagnostik. Es wird also vernachlässigt, ob die jeweilige Störung im Alter zum ersten Mal auftritt, ob sie schon mehrfach aufgetreten ist, oder ob sie jetzt erneut auftritt (Radebold, 2009).

5.2. Ego-syntone Verhaltensweisen

Ego-syntone Verhaltensweisen sind Verhaltensweisen, die selbstverständlich zu einer Person gehören. Sie werden vom Individuum selbst nicht als störend empfunden. Sobald sie aber als einengend, belastend und nicht zum Selbstbild gehörend betrachtet werden, bezeichnet man diese Verhaltensweisen als ego-dyston. (Verschiedene zwanghafte Verhaltensweisen zum Beispiel werden oft als ego-dyston erlebt.) (Scharfetter, 2002).

Zu den ich-syntonen Verhaltensweisen zählen laut Radebold (2009) und Borst (2007) zum Beispiel:

- Das Aufheben bis hin zum Sammeln, Horten oder Vorräte anhäufen. Aufgehoben werden dabei zum Beispiel Essen und Essensreste oder Gebrauchsgegenstände wie Plastiktüten, Kleidung, Kerzenstummel, Verpackungsmaterial und dergleichen. Dieser Sammeltick kann soweit ausarten, dass er in einem „Vermüllungs-Syndrom“ endet.

- Ständiges Suchen nach Wärme und Geborgenheit. Die Personen decken sich zum Beispiel bis oben hin mit einer dicken Decke zu, weil es lange Zeit keine Heizung gab und sie zu sparsam sind, um die nun verfügbare in Anspruch zu nehmen. Viele tragen auch im Sommer sehr warme Kleidung wie zum Beispiel dicke Wollsocken, weil es damals auf der Flucht bitterkalt war.
- Es wird in allen Lebensbereichen gespart. So zum Beispiel im Winter an Heizung, generell an Strom, Beleuchtung, Kleidung und an Gegenständen, die dem eigenen Komfort und Wohlbefinden dienen.
- Alles wird gewissenhaft durchgeplant, organisiert und muss immer funktionieren, vor allem auch die eigene Person.
- Die älteren Menschen haben ein ausgeprägtes Verlangen nach Sicherheit. Dieses schließt auch das Bestreben mit ein, immer alles unter Kontrolle zu haben. Das Bemühen um die eigene Sicherheit geht oft so weit, dass an jedem fremden Ort die Fluchtwege überprüft werden.
- Es wird mit allen Mitteln versucht, die eigene Autonomie zu verteidigen und nicht in Abhängigkeitssituationen zu gelangen, so zum Beispiel von Personen, Situationen oder bestimmten Hilfsmitteln (wie etwa Brille, Gehhilfe, Hörgerät oder dritte Zähne).
- Die hartnäckige Verteidigung ihrer neu erreichten Besitztümer, unter dem Motto, dass ihnen nie wieder etwas weggenommen werden darf.
- Die mangelnde Rücksicht und Achtsamkeit gegenüber sich selbst und dem eigenen Körper. Häufig werden Vorsorgeuntersuchungen, wichtige Behandlungen oder verschiedene Rehabilitationsmaßnahmen nicht wahrgenommen und es fehlt die Fürsorge für sich selbst.
- Viele ältere Personen sind stets bereit, sofort aufbrechen zu können. Sie haben oft schon ihre nötigsten Kleidungsstücke und Gegenstände fertig neben sich liegen und sind es von früher gewohnt, nur wenige Sachen zu besitzen.
- Sie werden andauernd von der Angst begleitet, wichtige Personen zu verlieren. Besonders quälend ist diese, wenn andere sich verspäten oder vereinbarte Treffen nicht eingehalten werden.
- Älteren Menschen fällt es sehr schwer zu trauern, beziehungsweise ist es ihnen gar nicht möglich. Das bedeutet sie können ihre Gefühle nicht zeigen oder zur Sprache bringen und so ihrem Leid und ihrer Trauer keinen Ausdruck

verleihen. Öfter kommt es dahingegen zu innerlichem Rückzug und Erstarrung, wenn der Körper organische Krankheiten nicht mehr kompensieren kann.

- Eine übertrieben vorsichtige, skeptische oder sogar misstrauische Haltung der Welt gegenüber. Dieses Phänomen tritt vor allem bei Menschen auf, die flüchten mussten oder vertrieben wurden.

(Borst, 2007; Radebold, 2009)

Diese Eigenarten können als frühe Bewältigungs- und Abwehrstrategien angesehen werden. Sie wurden damals anerzogen von den Eltern und unterstützt durch das vorherrschende nationalsozialistische Erziehungsideal und halfen den Menschen am Ende des Krieges und in der Nachkriegszeit, überhaupt weiter funktionieren und überleben zu können (Borst, 2007; Radebold, 2009).

Auch später noch, für die Erwachsenen im jungen oder mittleren Alter, stellten diese Verhaltensweisen plausible Lebensstrategien dar. Oft betroffen sind dabei Kinder oder Jugendliche, die schon sehr bald erwachsen werden mussten, um sich um ihre Mütter und Geschwister zu kümmern und den nicht vorhandenen Vater in irgendeiner Form ersetzen sollten. Lange Zeit wurden die ego-syntonen Verhaltensweisen als allgemeine und typische Verhaltensweisen älterer Menschen verstanden, jedoch hat man bis jetzt noch nie nach ihrem historischen Hintergrund und Ursprung gefragt, oder sie gar diesbezüglich erforscht (Radebold, 2009).

Sie fallen nicht nur anderen Menschen, wie den eigenen Kindern oder zum Beispiel dem Pflegepersonal und anderen Menschen, die beruflich mit älteren Menschen dieser Generation zu tun haben, als Macken oder Ticks auf, sie können teilweise auch die betroffene Person selbst stören, in ihrer Freiheit einschränken, und ihr Wohlbefinden beeinträchtigen. In Anbetracht der Folgen müssen diese also dann häufig auch als ich-einengende Verhaltensweisen gesehen werden, weil sie die Betroffenen in ihren allgemeinen Lebensumständen, bei der sozialen Kontaktaufnahme, in Bezug auf ihre psychische und psychosoziale Freiheit und in Hinblick auf ihr Gefühlsleben und somit die ganze Lebensqualität einengen (Borst, 2007; Radebold, 2009).

5.3. Posttraumatische Belastungsstörungen als Langzeitfolgen von Kriegstraumata in Kindheit und Jugend

Bei den psychischen Folgen des Zweiten Weltkrieges denkt man sofort an die schon beschriebene PTBS. Diese ist hierbei nicht nur die einzige Störung, die der Öffentlichkeit zuerst in den Sinn kommt, sie ist oft auch die einzige. Schätzungen zufolge gibt es in der Bevölkerung eine PTBS-Prävalenz von 5% und eine partiell ausgeprägte PTBS-Rate von bis zu 30% (Radebold, 2009).

Berntsen & Rubin (2006) untersuchten in ihrer Studie ältere dänische Menschen zwischen 59 und 90 Jahren. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden in verschiedene Altersgruppen aufgeteilt und zu posttraumatischen Reaktionen befragt. Dabei stellten sie fest, dass das Alter zum Zeitpunkt der traumatischen Erfahrung einen Einfluss auf den nachfolgenden posttraumatischen Symptomverlauf hat. So zeigte sich, dass es bei Personen die zur Zeit des Traumas sieben Jahre oder älter waren, eine positive Korrelation zu posttraumatischen Symptomen im Alter besteht. Bei den Befragten, die beim traumatischen Erlebnis jünger als sieben Jahre alt waren, konnte, im Gegensatz dazu, kein solcher Zusammenhang festgestellt werden. Das bedeutet demnach also: Je jünger ein Mensch zum Zeitpunkt der Traumatisierung ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass er im Alter mit posttraumatischen Symptomen zu kämpfen hat. Eine mögliche Begründung für dieses Phänomen sehen die Autoren in der Unfähigkeit der jüngeren Kinder, sich im Alter an das Erlebte zu erinnern. Gerade die klassischen Symptome der PTBS, wie etwa Wiedererleben oder Vermeidung, setzen die Erinnerungsfähigkeit des Individuums voraus. Diese ist häufig bei jungen Kindern nicht gegeben. Die Abwesenheit von posttraumatischen Symptomen bei dieser Gruppe älterer Personen erklärt sich also in einer kindlichen Amnesie. Es kommt generell auch vor, dass jüngere Kinder ein anderes Reaktionsrepertoire in Bezug auf traumatische Erfahrungen an den Tag legen als ältere Kinder. Darunter fallen unter anderem Angststörungen, Dissoziation oder Depressionen, welche im Rahmen der Studie nicht untersucht wurden. Die Forscher weisen darauf hin, dass die PTBS, in Verbindung mit dem Zweiten Weltkrieg, wahrscheinlich häufig übersehen und nicht diagnostiziert wird (Berntsen & Rubin, 2006).

Eine von Fischer et al. (2006) an Vertriebenen nach dem Zweiten Weltkrieg durchgeführte Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass die betroffenen Menschen auch über 50 Jahre nach den Ereignissen noch stark unter den psychischen und somatischen Folgen der damaligen Ereignisse leiden. Die Befragten gaben im Mittel vier schwer belastende Traumatisierungen im Laufe ihres Lebens an. Von diesen erlebten Belastungen war für 83% die Vertreibung die schlimmste Erfahrung. 34,4% der Probandinnen und Probanden wurden auf der Flucht selbst verletzt, 56,4% mussten die Verletzung anderer mitansehen. Ein großer Anteil, nämlich 72,1%, hatten Angst um ihr Leben und über 80% sahen andere, die sich in Lebensgefahr befanden. Weiters mussten die meisten (über 80%) Gefühle der Hilflosigkeit, intensive Angst und Entsetzen durchstehen. Bei fast 40% der Befragten fanden sich zum Untersuchungszeitpunkt (noch immer) verschiedene posttraumatische Einzelsymptome, wie sie in den Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung beschrieben sind. Bei fast 10% waren sogar die Kriterien einer voll ausgeprägten PTBS erfüllt. Über die Hälfte aller Befragten fühlte sich in wenigstens einem Lebensbereich durch die erlebten PTBS-Symptome beeinträchtigt (Fischer et al., 2006).

Eine weitere Studie von Kuwert et al. (2007) zur PTBS als Spätfolge von Kindheiten im Zweiten Weltkrieg kam zu dem Ergebnis, dass noch 60 Jahre nach Ende des Krieges bei 10,8% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Vollbild einer PTBS vorlag. Die PTBS-Prävalenz in dieser Studie stimmt also fast mit der von Fischer et al. (2006) erforschten überein.

Zusätzlich beschrieben bei Kuwert et al. (2007) die meisten Probandinnen und Probanden den direkten Frontkontakt (66,7%) und auch hier Traumata durch Besatzungssoldaten (53,8%) und die Vertreibung aus den ehemaligen Ostgebieten (52,7%) als die schlimmsten Erfahrungen. Es ließ sich leider nicht feststellen, ob die berichteten Symptome chronisch oder reaktiviert auftraten. Circa ein Drittel der Befragten berichtete den kriegsbedingten Tod von nahen Familienmitgliedern.

Teegen & Meister (2000) kamen in ihrer Studie zu ähnlichen Ergebnissen im Bezug auf die „schrecklichsten Erlebnisse“.

Über 80% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mussten auf der Flucht hungern. Im Mittel wurden fünf traumatische Erlebnisse angegeben. $\frac{3}{4}$ wurden von

Familienmitgliedern getrennt oder diese kamen gewaltsam ums Leben. Fast 70% erlebten Bombardierungen, oder es wurde auf sie geschossen, wodurch sie in Lebensgefahr gerieten. Über 50% mussten sexuelle Gewalt mitansehen oder selbst erleiden. Bei über 60% konnten im Zeitraum der Untersuchung, beziehungsweise im letzten Monat davor, intrusive Symptome verzeichnet werden. Diese traten vor allem dann auf, wenn die Betroffenen mit Reizen in Berührung kamen, die sie an die Traumatisierungen der Vergangenheit erinnerten. Auch wiederkehrende belastende Erinnerungen und das plötzliche Wiedererleben der Traumatisierungen sowie die Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus wurden sehr oft berichtet. Eine voll ausgeprägte PTBS wurde in dieser Studie in Kontrast zu den anderen beiden „nur“ halb so oft angetroffen, nämlich bei circa 5%, und eine partielle PTBS zeigte sich bei weiteren 25% der Befragten (Teegen & Meister, 2000).

Strauss et al. (2011) führten eine Untersuchung an 417 älteren Menschen durch, die in ihrer Kindheit den Zweiten Weltkrieg erlebt hatten. Die Probandinnen und Probanden wurden hierfür in zwei Gruppen unterteilt. Eine Gruppe setzte sich aus „Vertriebenen“ zusammen, und die zweite aus Kriegskindern, die nicht vertrieben worden waren (= Kontrollgruppe).

Interessanterweise ergab sich aus den gesammelten Daten keine Korrelation zwischen dem Alter zum Zeitpunkt des Traumas und einer nachfolgenden PTBS oder Depressionen. Auch im Bezug auf die Zeit, die seit dem schlimmsten traumatischen Ereignis vergangen war, und der PTBS oder depressiven Störungen, konnte kein Zusammenhang entdeckt werden (Strauss et al., 2011).

Die Gruppe der vertriebenen Kriegskinder hatte im Durchschnitt 4,5 Kriegstraumata erlebt. Verglichen mit der Kontrollgruppe, die „nur“ durchschnittlich 2,5 traumatische Erlebnisse berichtete, ergibt sich hier also ein sehr hoher Wert (Strauss et al., 2011).

Große Gruppenunterschiede konnten im Bereich „Wassermangel“, „Nahrungsmangel“, „erzwungene Trennung von Familienmitgliedern“, „Kampfsituationen“, „Krankheit ohne medizinische Versorgung“, „Todesnähe“ und „Tod von fremden Personen“ aufgezeigt werden. Hier wurden bei den Vertriebenen signifikant höhere Häufigkeiten festgestellt. „Verloren gehen“ und „gefoltert werden“ wurde nur in der Gruppe der Vertriebenen genannt (Strauss et al., 2011).

Bezüglich der Folgen für die psychische Gesundheit konnte herausgefunden werden, dass Vertriebene mehr depressive Symptome und mehr posttraumatische

Stresssymptome erleiden als die Vergleichsgruppe. Dies lässt darauf schließen, dass die erlebte Vertreibung oft eine größere allgemeine Symptomschwere nach sich zieht. Des Weiteren zeigten sich bei den Vertriebenen signifikant höhere Prävalenzraten für eine potentielle PTBS, jedoch nicht in Bezug auf Depressionen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass obwohl die Vertriebenen nicht häufiger depressive Störungen erlitten, sie dennoch mit intensiveren Symptomen zu kämpfen haben als die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Kontrollgruppe (Strauss et al., 2011).

Der Faktor „Weiblichkeit“ ist assoziiert mit einem höheren Risiko für eine größere Anzahl von posttraumatischen Stresssymptomen im Alter (Strauss et al., 2011).

Zusätzlich konnte ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der erlebten Kriegstraumata und der Anzahl der posttraumatischen und depressiven Symptome im späteren Leben identifiziert werden. So erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eine potentielle PTBS oder eine depressive Störung zu entwickeln mit der Anzahl der erlebten Traumata um ein Vielfaches. Hierbei gibt es keine Unterschiede zwischen „Vertriebenen-Gruppe“ und Kontrollgruppe, jedoch berichten die vertriebenen älteren Menschen bedeutend öfter einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand als die Personen in der Vergleichsgruppe (Strauss et al., 2011).

Generell ist zu sagen, dass Menschenrechtsverletzungen in beiden Gruppen zu einem erhöhten PTBS-Risiko führten. In Kontrast dazu bedingen „Deprivation“ und Lebensbedrohung häufig eine depressive Störung. In der Gruppe der Vertriebenen waren sowohl Deprivation und Lebensbedrohung als auch Menschenrechtsverletzungen prädiktiv für eine schlechte Selbstbeurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes. In der Kontrollgruppe hingegen fungierten „traumatische Verluste“ als Prädiktor für eine negative Selbsteinschätzung der Gesundheit im Alter (Strauss et al., 2011).

Dabei ist auch hier wieder festzuhalten, dass sich die Beschwerden durch gegenwärtig auftretende Geschehnisse, wie sie zum Beispiel in den Nachrichten und anderen Medien berichtet werden, verschlimmern können. Auch bestimmte Geräusche oder Orte, die mit den Erlebnissen von damals in Verbindung stehen, können eine Verschlimmerung der Symptome auslösen (Borst, 2007; Radebold, 2009).

Von Betroffenen häufig genannte Trigger solcher traumatischer Erinnerungen sind zum Beispiel:

- Krankheit und Tod der Eltern
- Erkrankung und Tod naher Angehöriger
- Berichte, Dokumentationen oder Filme über Krieg und Flucht (zum Beispiel Berichte über den Krieg im Kosovo)
- traumabezogene Reize wie etwa Krähengeschrei, Soldaten oder Schiffe und Fähren

(Teegen & Meister, 2000)

Auch der Eintritt in die Pension kann unter Umständen zu Schwierigkeiten führen. Der langjährige sinngebende Lebensinhalt scheint verloren und die älteren Menschen fühlen sich nutzlos und verzweifeln (Radebold, 2009).

5.4. Weitere psychische Störungen und Beschwerden in Verbindung mit der Kriegskindheit

Angstzustände, Panikattacken und phobisches Vermeidungsverhalten können entweder allein oder im Rahmen einer PTBS auftreten.

Wenn sich diese Störungen im Alter zum ersten Mal oder erneut zeigen, muss eine Traumareaktivierung oder auch eine mögliche Retraumatisierung in Betracht gezogen werden (Radebold, 2009).

Eine von Radebold (2009) angeführte Querschnittsstudie aus dem Jahr 2003 kam zu dem Ergebnis, dass Menschen, die ohne Vater groß geworden sind, in höherem Maße an depressiven, dysthymen, sozialphobischen und somatischen Symptomen leiden als Personen, die mit Vater aufwachsen durften. Zusätzlich wurden höhere Stresswerte, eine größere physische, kognitive und affektive Müdigkeit, schlechtere Befindlichkeit, stärkere Belastungen durch die Symptome und größere Schwierigkeiten im sozialen Bereich gefunden.

Frühe Verluste wichtiger Bezugspersonen, wie etwa Vater, Mutter, Großeltern oder Geschwister, erhöhen die Wahrscheinlichkeit, später im Leben an depressiven

Symptomen zu leiden. Darüber hinaus kann bei älteren Menschen ein Verlust von Personen, die für die Betroffenen ihr ganzes Leben lang eine beschützende und stabilisierende Funktion hatten, wie etwa die Mutter oder der langjährige Partner beziehungsweise die Partnerin, ebenfalls damit in Verbindung stehen (Radebold, 2009).

Kuwert et al. (2009) untersuchten in ihrer Studie anhand von Selbsteinschätzungen der Befragten, ob aktuell vorhandene depressive Symptome, Angstsymptome, Resilience und Lebenszufriedenheit signifikant mit den Vertreibungen im Zweiten Weltkrieg zusammenhängen. Sie kamen zu der Erkenntnis, dass die vertriebenen Menschen sogar noch 60 Jahre später im Vergleich zu Nicht-Betroffenen viel häufiger Angstsymptome, eine schwächere Resilience und eine niedrigere Lebenszufriedenheit aufwiesen. Außerdem berichteten sie öfter darüber, ihr Zuhause durch Bombenangriffe verloren zu haben und ohne Vater aufgewachsen zu sein (Kuwert et al., 2009).

Hervorzuheben ist aber, dass die Vertreibung an sich noch keine traumatische Erfahrung darstellt, sondern eher als „schwieriges Lebensereignis“ gesehen werden muss. Jedoch wird die Vertreibung häufig von traumatischen Erlebnissen, wie Kampfeinsätzen, Gewaltausübung durch feindliche Besatzungssoldaten (zum Beispiel Vergewaltigungen von Angehörigen oder Plünderungen) und dem kriegsbedingten Verlust von nahestehenden Personen begleitet. Des Weiteren klagen Vertriebene über chronisches Heimweh und die Unmöglichkeit jemals wieder heimzukehren. Es geht also klar aus den Untersuchungen hervor, dass Vertreibungen einen bleibenden Einfluss auf die psychische Gesundheit der heute älteren, deutschen Bevölkerung haben (Kuwert et al., 2009).

Inwiefern die Extremtraumatisierungen in Kindheit und Jugend mit der Suizidneigung im Alter zu tun haben, ist bisher noch nicht geklärt. Jedoch stellt vielleicht vor allem für Männer die Unzufriedenheit mit dem bisherigen Leben und in weiterer Folge mit sich selbst und Schamgefühle diesbezüglich eine schwerwiegende Kränkung dar. Es ist dann möglicherweise ein Problem, eine positive Bilanz zu ziehen, und negative Ereignisse können nicht abgeschlossen und akzeptiert werden (Radebold, 2009).

Ob das Suchtverhalten Älterer in Verbindung mit zeitgeschichtlichen Geschehnissen steht, ist bis jetzt nicht erforscht worden. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass viele Menschen Alkohol, Schlafmittel, Schmerzmittel oder Ähnliches, besonders wenn eine chronische PTBS vorliegt, immer wieder gebrauchen oder auch missbrauchen, um dadurch Ängste, Angstträume und quälende Erinnerungen zu betäuben. Auch Schlafstörungen konnten bei älteren Menschen in Europa, vor allem in München und noch häufiger in Berlin, nachgewiesen werden (Radebold, 2009).

5.5. Persönlichkeitsveränderungen

Wenn die PTBS chronisch ist, kann sie mit der Zeit in einer andauernden Persönlichkeitsveränderung resultieren. Dies ist dann der Fall, wenn die Belastungen so außergewöhnlich stark sind, dass die Vulnerabilität des Menschen in Bezug auf die Persönlichkeitsveränderung nicht mehr beachtet werden muss. Die betroffenen Personen zeigen dann eine misstrauische bis feindliche Einstellung zur Welt (Teegen & Meister, 2000). Sie sondern sich stark von ihren Mitmenschen ab, fühlen sich innerlich leer und sind ständig angespannt, als würden sie permanent bedroht oder sie verspüren ein andauerndes Gefühl der Entfremdung. Wenn davor eine PTBS entwickelt wurde, kann es vorkommen, dass sich die Symptome dieser beiden Störungen überschneiden und deshalb schwieriger differenziert werden können (Radebold, 2009).

5.6. Bindungs- oder Beziehungsstörungen

Auch auf die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit können sich die damaligen Belastungen und traumatischen Erfahrungen der Kindheit und Jugend im späteren Leben auswirken. Dazu können auch negative Folgen für die psychosexuelle und psychosoziale Identität der Betroffenen verzeichnet werden. Als Ursache für die entstandenen Beziehungsschwierigkeiten kann eine in der Kindheit fehlende Bindung zu Hauptbezugspersonen oder zum Beispiel eine krankhafte Beziehung zur Mutter gesehen werden. Dies äußert sich etwa in kurzdauernden Beziehungen, ständigem

Partnerwechsel oder gar Beziehungsunfähigkeit und Isolierung. Meist beginnen die genannten Probleme im jüngeren Erwachsenenalter und verstärken sich dann spätestens im mittleren Erwachsenenalter. Manche Betroffenen schaffen es nie, Beziehungen mit anderen Personen aufzubauen, außer mit den auch im Erwachsenenalter oft noch sehr einflussreichen Müttern (Radebold, 2009).

5.7. Veränderungen der Identität

Als weitere Folge der traumatisierenden Kriegskindheit können Identitätsveränderungen auftreten, die die psychosexuelle und die psychosoziale Geschlechtsidentität negativ beeinflussen. Die Betroffenen fühlen sich verunsichert im Bezug auf ihr Selbstvertrauen, ihre Fähigkeiten, Wünsche und Bedürfnisse (Radebold, 2009).

Besonders starke Auswirkungen sind bei Jugendlichen im Krieg zu finden. Ihre Identitätsentwicklung gestaltete sich häufig besonders schwierig und zusätzlich dazu konnten viele ihre berufliche Ausbildung nicht abschließen, weil es die Lebensumstände nach Ende des Krieges nicht zuließen. Sie bekamen auch später nicht die Chance, ihre Ziele weiter zu verfolgen. So erscheinen sie sogar im Alter noch in sich gekehrt, misstrauisch, depressiv und teilnahmslos, als wären sie innerlich zerbrochen (Radebold, 2009).

5.8. Funktionelle Störungen und körperliche Erkrankungen

Bei den über 60-Jährigen in Deutschland gibt es eine hohe Prävalenz von funktionellen oder somatoformen Beschwerden, die wahrscheinlich teilweise mit in der Kindheit erlebten Verlusten, wie etwa dem Aufwachsen ohne Vater, in Verbindung stehen (Glaesmer & Brähler, 2011; Radebold, 2009).

Es konnte gezeigt werden, dass sowohl traumatische Erlebnisse, als auch eine aktuell bestehende PTBS mit der Entwicklung physischer Krankheiten in Zusammenhang stehen können (Glaesmer & Brähler, 2011).

Oft können die psychischen Verletzungen sich also nicht als solche offenbaren und es entwickelt sich statt einer psychischen Störung, wie zum Beispiel einer Depression, eine funktionelle. Das heißt, die psychischen Beschwerden können letztendlich nur körperlich ausgedrückt werden (Radebold, 2009).

Depressivität und Angststörungen oder Phobien können körperlich spürbar werden. Häufig auftretenden Erkrankungen in diesem Bereich sind unter anderem kardiovaskuläre, gastrointestinale, respiratorische Beschwerden oder Schmerzzustände (Teegen & Meister, 2000).

Auch Noll-Hussong et al. (2012) fanden heraus, dass viele ältere Menschen (noch) heute stark unter diesen medizinisch nicht erklärbaren Schmerzen leiden, und aus diesem Grund das Gesundheitswesen intensiv in Anspruch nehmen, so dass daraus zum Teil hohe Kosten entstehen. Der Leidensdruck, den frühere Kriegstraumatisierungen bis heute bewirken, ist also immer noch groß. Dennoch fehlen weitgehend wichtige Erkenntnisse über die neurobiologischen Ursachen oder Hintergründe dieser somatoformen Schmerzsymptomatik (Noll-Hussong et al., 2012).

Jacobs & Dinoff (2012) konnten anhand ihrer Fallstudie, in der sie einen älteren Veteranen mit somatoformen Beschwerden untersuchten, beobachten, dass dieser seine körperlichen Probleme weit in den Vordergrund stellte, und absolut kein Interesse daran hatte, über die psychischen Anteile seiner somatischen Symptome zu sprechen. Er akzeptierte nur medizinische Erklärungen als Grund für seine Probleme und war beruhigt, als er eine Demenz diagnostiziert bekam. Die Forscher sind überzeugt davon, dass seine Kriegserlebnisse zum Ausbruch der somatischen Symptome beigetragen haben. Darüber hinaus schlagen sie vor, dass es möglicherweise eine somatische Form der PTBS gibt (Jacobs & Dinoff, 2012).

Owens et al. (2005) kommen in ihrem Review zur PTBS bei amerikanischen Veteranen zu dem Schluss, dass ältere Veteranen häufiger an somatischen Symptomen leiden als jüngere.

5.9. Komorbiditäten der PTBS bei Kriegskindern im Alter

Zusätzlich zur PTBS treten häufig verschiedene komorbide Störungen auf (Noll-Hussong et al., 2012).

Eine bevölkerungsbasierte Studie von Glaesmer et al. (2012), die an 1659 Deutschen mit einem Lebensalter zwischen 60 und 85 Jahren durchgeführt wurde, erforschte die Komorbidität der PTBS mit Depressionen und Somatisierungsstörungen.

Dabei stellte sich heraus, dass in allen Altersgruppen Kriegstraumata im Vergleich zu anderen Traumaarten die häufigsten waren (Glaesmer et al., 2012).

4% der Befragten wiesen eine akute, voll ausgeprägte PTBS auf und weitere 12,2% erfüllten die Kriterien für eine partiell ausgeprägte PTBS. 4,8% hatten somatoforme Störungen, 2,8% „major“ depressive Störungen, und weitere 3,8% wiesen andere Formen depressiver Störungen auf. 1,9% zeigten zusätzlich zu posttraumatischen Symptomen eine somatoforme Störung. 3,1% hatten komorbide depressive Symptome und 0,9% litten unter allen drei aufgeführten Störungen. Von den 270 Personen mit posttraumatischen Symptomen erfüllten 11,5% also auch die Kriterien eines somatoformen Syndroms, 8,5% die Kriterien einer Major Depression und 10,4% die Kriterien für andere depressive Störungen (Glaesmer et al., 2012).

Interessant ist auch die Erkenntnis, dass das alleinige Vorhandensein einer traumatischen Erfahrung, ohne das Vorliegen von posttraumatischen Symptomen, bereits signifikant mit somatoformen Störungen zusammenhängt. Diese Tatsache lässt möglicherweise auf eine direkte Verbindung zwischen Trauma und Somatisierung schließen (Glaesmer et al., 2012).

Dieser Ansatz lässt sich vielleicht mit der von Jacobs & Dinoff (2012) beschriebenen somatischen Form der PTBS vergleichen, wobei sich dieser Begriff noch nicht etablieren konnte, weil es noch an weitergehender Forschungsarbeit in diese Richtung mangelt.

Darüber hinaus konnte aber auch in der Studie von Glaesmer et al. (2012) ein signifikanter Zusammenhang posttraumatischer Symptome mit allen untersuchten komorbiden Erkrankungen gefunden werden. Die stärkste Verbindung zeigte sich dabei zu somatoformen Beschwerden (Glaesmer et al., 2012).

Die oben genannte, hohe Prävalenzrate von 12,2% bei der partiellen PTBS untermauert die Bedeutung dieser Traumafolgestörung in der Arbeit mit älteren Menschen (Glaesmer et al., 2012) und wirft erneut die Frage auf, ob die partielle PTBS und der von ihr erzeugte Leidensdruck, nicht möglicherweise noch immer zu wenig Beachtung finden und vielleicht sogar komplett unterschätzt werden (Noll-Hussong et al., 2012).

Diese komorbiden Störungen, wie etwa medizinische Beschwerden oder andere häufig gestellte Diagnosen, beispielsweise Depressionen oder Substanzmissbrauch, können die Diagnose einer PTBS erheblich erschweren (Owens et al., 2005).

5.10. Verlaufsformen psychischer Symptome

Ein ganzes Leben lang und daher auch im Alter noch vorhanden, sind laut Radebold (2009):

- Posttraumatische Belastungsstörungen und damit einhergehendes phobisches Vermeidungsverhalten
- Ich-syntone oder sogar ich-einengende Verhaltensweisen
- Behinderungen im Bezug auf die psychosoziale Funktion und Lebensqualität

Immer wieder, also auch im Alter im Rahmen von Traumareaktivierungen oder Retraumatisierungen können Panikattacken und Angstzustände auftreten.

Bindungs- Beziehungs- und Identitätsstörungen entwickeln sich zwar schon früh, fallen den Betroffenen und ihrer Umwelt aber erst im Erwachsenenalter auf (Radebold, 2009).

Die Depressivität, die erst bei über 60-Jährigen zutage kommt und mit der Kriegskindheit zusammenhängt, äußert sich nach Radebold (2009) in unterschiedlicher Art und Weise:

- Sie kommt das ganze Leben lang immer wieder, ausgelöst durch den Verlust von sehr wichtigen Bezugspersonen, wenn sich die Betroffenen erneut hilflos fühlen oder Angst haben, in eine Abhängigkeit zu geraten, zum Vorschein.
 - Sie entwickelt sich zum ersten Mal nach dem 60. Geburtstag, wenn die eigene Mutter stirbt oder beim Eintritt in die Pensionierung, weil die ablenkende und auch identitätsstiftende Arbeit wegfällt.
 - Sie schleicht sich langsam ab dem mittleren Erwachsenenalter ein und erreicht ihren Höhepunkt, wenn verschiedene Verpflichtungen bezüglich Beruf und Familie verschwinden.
- (Radebold, 2009)

Port et al. (2001) führten eine retrospektive Längsschnittstudie an ehemaligen amerikanischen Kriegsgefangenen des Zweiten Weltkriegs und des Korea Krieges durch. Dabei wurden die Probandinnen und Probanden auf das Vorhandensein, Art und Schwere verschiedener PTBS-Symptome über mehrere Zeiträume hinweg befragt. Die Zeitspanne von 1945 bis 1999 wurde in sieben Zeitabschnitte aufgeteilt („ein Jahr danach“, 1946-1949, 1950-1959, 1960-1969, 1970-1979, 1980-1989 und 1990). Es konnten dann anhand der Selbstbeurteilung der Befragten verschiedene Symptomverläufe identifiziert werden:

- Keine Symptome
In diese Kategorie fielen 16% der befragten Kriegsgefangenen. Sie gaben zum Zeitpunkt der Befragung an, in keinem einzigen Zeitabschnitt, nach ihrer Gefangenschaft unter PTBS-Symptomen gelitten zu haben.
- Kontinuierliche Symptome
18% der Probandinnen und Probanden berichteten während mindestens fünf der sieben Zeitintervalle von PTBS-Symptomen betroffen gewesen zu sein.
- Frühe Verbesserung
29% sagten aus, sie hätten sich bis spätestens 1949 erholt und ab diesem Zeitpunkt keine Probleme mehr gehabt.
- Spätere Verbesserung
17% der Befragten gaben an, sie hätten seit spätestens 1969 keine Symptome mehr.

- Reaktivierung
11% der befragten Kriegsveteranen berichteten, sie hätten anfangs mit Beschwerden zu kämpfen gehabt. Darauf folgte eine Latenzperiode von 25 bis 30 Jahren und nach dieser traten erneut belastende Symptome auf.
- „Long-delayed-onset“ beziehungsweise stark verzögerter Ausbruch der Symptome
Nur 2% der Probandinnen und Probanden gaben an gleich nach der Kriegsgefangenschaft keine PTBS-Symptome gehabt zu haben, sondern erst sehr viel später (1970-1979) zum ersten Mal davon betroffen worden zu sein.
- „Fluktuation“ (schwankende Symptomatik)
7% der Befragten berichteten belastende Symptome zu verschiedenen Zeitpunkten, jedoch passten sie aufgrund ihrer Symptommuster in keine andere Kategorie.
(Port et al., 2001)

Anhand dieser Fakten von Port et al. (2001) lässt sich also feststellen, dass die Mehrheit der befragten Kriegsgefangenen zwar nach der Gefangenschaft PTBS-Symptomen ertragen musste, sich aber, nach eigenen Angaben, relativ schnell innerhalb weniger Jahre wieder erholt hatte. Die zweitgrößte Gruppe der Betroffenen litt seit dem Ereignis bis zum Untersuchungszeitpunkt kontinuierlich an belastenden Symptomen (= Chronifizierung). Mit nur 2% ist die Gruppe der „Long-delayed-onset-Fälle“ die kleinste, und damit bestätigt sich auch hier die Seltenheit dieser Verlaufsform. Im Gegensatz dazu konnte in dieser Studie mit einem Prozentsatz von 11% eine vergleichsweise hohe Prävalenz von (Trauma-)Reaktivierungen festgestellt werden (Port et al., 2001).

Traumareaktivierungen und Retraumatisierungen sind folglich gerade bei Kindern und Jugendlichen, die den Krieg erlebt haben, häufig auftretende Spätfolgen.

Ein Irrglaube ist es jedoch, dass es bereits im Anamnesegespräch, zum Beispiel wenn man die Betroffenen auf ihre Kriegserfahrungen anspricht, zu Retraumatisierungen oder Traumareaktivierungen kommen kann. Menschen, die ihr Leben lang mehr oder weniger vom Trauma unberührt gelebt haben, die also starke

Abwehrmechanismen haben, dekompensieren nicht so einfach in einem professionell geführten Gespräch (Radebold, 2009).

Es gibt aber Situationen, in denen auch eine lebenslang stabile psychische Abwehr zum Kippen gebracht werden kann:

So zum Beispiel bei Retraumatisierungen oder Traumareaktivierungen mit heftigen depressiven Symptomen bis hin zu suizidalen Tendenzen, mit stark ausgeprägten Angstzuständen und Panikattacken. Eine intensive Behandlung ist in solchen Fällen unerlässlich. Auch in der Psychotherapie, wenn man mit dem inneren Kind und im Speziellen mit dem verletzten und traumatisierten Kind in Berührung kommt, kann die psychische Abwehr ins Wanken geraten. Weiters können demenzielle Krankheiten und bestimmte Herzkrankheiten oder gefährlich hoher Blutdruck in dieser Hinsicht ein Problem darstellen. Ergänzend kann festgehalten werden, dass oft vor allem junge Familienangehörige oder Professionelle vor solchen Reaktionsweisen Angst haben, weil sie es nicht aushalten, ältere Menschen schwach und weinend zu sehen, und oft auch nicht wissen, wie sie helfen können (Radebold, 2009).

5.11. Late-Onset-Stress-Symptomatology

Wie oben bereits erwähnt, handelt es sich bei der LOSS um ein spezielles Phänomen, das bis jetzt nur anhand von Kriegsveteranen erforscht wurde.

Eine von Davison et al. (2006) durchgeführte Studie lieferte sehr interessante Ergebnisse.

So äußerte sich das LOSS-Phänomen bei 85% der Veteranen als eine Zunahme von Gedanken und Erinnerungen an ihre Zeit im Krieg. Diese Gedanken und Erinnerungen waren zwar nicht für alle Betroffenen störend, bei den meisten wirkten sie sich aber schon negativ auf ihren Seelenfrieden, ihre Stimmung, ihren Schlaf oder ihre Konzentrationsfähigkeit aus.

Die Veteranen beschrieben auch plötzlich auftretende, unerwünschte Intrusionen. Ein paar gaben an Flashbacks zu erleben und viele berichteten, dass alltägliche Gegenstände oder Aktivitäten sie heute viel schneller und öfter an die Kriegszeit erinnern (Davison et al., 2006).

Auf die Frage, warum dieses Phänomen so viele Jahre nach den Kriegserlebnissen auftritt, zeigte sich, dass ein Grund für dieses späte Auftauchen eine Art „Reminiszenz“ ist, also die Tatsache, dass Menschen gerade im Alter normalerweise intensiver und häufiger in Erinnerungen schwelgen und ihr Leben reflektieren. Ein weiterer ist die Veränderung oder das Verschwinden verschiedener Rollen. So geben viele Betroffene an, dass sie durch die Pensionierung zum Beispiel jetzt mehr Zeit haben über die Vergangenheit nachzudenken (Davison et al., 2006).

Hinsichtlich Vulnerabilität und Resilienz gegenüber LOSS wurde deutlich, dass Veteranen, die dazu tendierten ihre Erinnerungen und Gedanken weitgehend auszublenden, ein größeres Risiko für Intrusionen im späteren Leben hatten.

Menschen, die zur Unterstützung dieses Ausblendens oder Verdrängens von unangenehmen Erinnerungen ihr Leben lang immer wieder Alkohol konsumierten, kamen in der Studie häufig vor. Diese Personen laufen also Gefahr im Alter unter LOSS-Problemen zu leiden (Davison et al., 2006).

Zudem konnte herausgefunden werden, dass die Veteranen das Auftreten der LOSS mit normativen Lebensereignissen, wie dem Eintritt in den Ruhestand, körperlichen Krankheiten, dem Tod des Ehepartners oder einer anderen nahestehenden Person und dem Alterungsprozess an sich in Verbindung brachten. Auch die steigende Anzahl von Todesfällen in ihrer Alterskohorte und im speziellen der Tod von Kriegskameraden bringt die älteren Menschen dazu, mehr über den Krieg nachzudenken (Davison et al., 2006).

Es wurden aber intrapersonale Faktoren und Fähigkeiten identifiziert, die zur Resilienz im Alter beitragen können, und belastende LOSS-bezogene Gedanken oder Gefühle entweder verhindern oder zumindest reduzieren. Einer dieser Faktoren ist die Fähigkeit einiger Veteranen aus ihren schwerwiegenden Kriegserfahrungen Selbstvertrauen zu schöpfen. Auch die Fähigkeit zur Sinnfindung und die Überzeugung, dass die Widrigkeiten oft auch Gutes mit sich bringen, kann zum Beispiel die Entstehung einer PTBS hemmen. Viele Betroffene unterstrichen die Wichtigkeit, ständig bis ins hohe Alter beschäftigt und engagiert zu bleiben. Dies scheint ein schützender Faktor für viele Kriegsveteranen zu sein. Einige berichteten auch, dass es ihnen hilft das Gute zu genießen, obwohl sie das Schlechte

anerkennen. Das bedeutet, sie haben die Fähigkeit, die Dinge zu schätzen und zu genießen, die sie noch haben (Davison et al., 2006).

Als intrapersonale Risikofaktoren können zum einen die Annahme, dass man selbst keine Kontrolle ausüben kann, oder zum anderen ein Mangel an Selbstvertrauen gelten (Davison et al., 2006).

Aufbauend auf dieses Konzept von Davison et al. (2006), haben sich King et al. (2007) dann weiter mit dem Phänomen der LOSS in Verbindung mit alternden Kriegsveteranen auseinandergesetzt. Sie entwickelten eine eigene Skala zur Untersuchung der LOSS-Symptomatik bei über 65-jährigen männlichen Veteranen. Die Ergebnisse erfüllten dabei die Erwartungen der Forscherinnen und Forscher und unterstützten dabei das Konzept der LOSS als solches.

So konnte auch hier ein starker Zusammenhang zwischen der Pensionierung und der Entwicklung einer LOSS gefunden werden. Weiters belegt diese Studie ebenfalls die Wirkung von verschiedenen aktuellen, belastenden Lebensereignissen auf die LOSS-Symptomatik (King et al., 2007).

Zusätzlich verdeutlicht auch diese Untersuchung, dass die LOSS zwar einerseits stark mit der PTBS korreliert, andererseits jedoch nicht so stark, dass man denken könnte, sie wäre nur eine „Spielart“ der PTBS. Die LOSS muss also als ganz eigenes Phänomen betrachtet werden (King et al., 2007).

Des Weiteren wurden ein allgemein höheres Stressniveau, stärker ausgeprägte negative Affekte und Pessimismus, ein schlechterer psychischer Gesundheitsstatus, geringere soziale Unterstützung und ein schwach entwickeltes Kontrollgefühl gefunden. Diese fehlende soziale Unterstützung und das Gefühl mangelnder Kontrollfähigkeit äußerte sich darin, dass die Probandinnen und Probanden glaubten, sie hätten nicht die emotionalen und sozialen Ressourcen, um die Herausforderungen des Lebens zu meistern, und im Gefühl ihren Alltag nicht kontrollieren zu können. Es konnte ebenfalls gezeigt werden, dass Menschen, die eine LOSS aufweisen, häufig mit ihrem Leben unzufrieden sind. Auch ein Zusammenhang der LOSS mit der „Kampfexposition“ konnte wiederum bestätigt werden (King et al., 2007).

6. Sexualisierte Gewalt gegen Frauen und ihre Folgen im Alter

Bis heute werden ältere Frauen in der Literatur kaum zum Thema gemacht. Die Psychologie und die Psychiatrie beschäftigt sich zwar mittlerweile mit den Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf Mädchen und junge Frauen, ältere Frauen werden diesbezüglich aber noch immer nicht berücksichtigt oder nur am Rande erwähnt, wenn sie unter einer Demenz leiden (Böhmer, .2005).

In den Pflegeheimen wird noch immer zu wenig Biografiearbeit betrieben, so dass häufig wenn überhaupt nur völlig unpassende Beschäftigungstherapien für die Frauen angeboten werden, weil sie oft auch gar nicht nach ihren Interessen gefragt werden (Böhmer, 2005).

Sexualisierte Gewalterfahrungen können psychische und somatische Beschwerden und Erkrankungen wie Depressionen und depressive Verstimmungen, verschiedene sexuelle Störungen, Schmerzen, Albträume, Essstörungen, Panikattacken, Schlafstörungen, massive Schuldgefühle oder verschiedene Zwangsstörungen (Waschzwang) zur Folge haben (Faravelli et al., 2004).

Leider werden in den meisten Fällen, vor allem wenn es um ältere Frauen geht, die Ursachen von psychischen oder somatischen Symptomen nicht erforscht. Es werden also nur die Symptome durch Medikamentengabe, Realitätsorientierungstraining oder Beschäftigungstherapie behandelt. Die betroffenen Frauen werden dann oft als psychotisch, verwirrt, verrückt, dement oder hysterisch abgestempelt und dadurch stigmatisiert (Böhmer, 2005).

Die PTBS als Folge von sexualisierten Gewalterfahrungen ist mittlerweile keine unbekannte Diagnose mehr, jedoch wird sie hauptsächlich jungen Frauen gestellt und bei älteren Frauen kaum auch nur angedacht, und das obwohl früher erlebte sexualisierte Gewalt auch noch viele Jahre später im Alter schlimme Auswirkungen auf die betroffenen Frauen haben kann (Fahs, 2011).

Aus diesem Grund ist es laut Martina Böhmer (2005) besonders wichtig, bei älteren Frauen aufmerksam auf eventuell erlebte sexualisierte Gewalt zu sein, um:

1. die alten Frauen verstehen und sie ganzheitlich pflegen, betreuen und begleiten zu können,
2. in der Pflege nicht unwissentlich Situationen zu schaffen, die für alte Frauen ähnlich erlebt werden, wie früher erfahrene sexuelle Gewaltsituationen bzw. therapeutisch und für die alten Frauen angemessen damit umgehen zu können,
3. anzuregen, Alterserkrankungen wie Demenz, HOPS (Hirnorganisches Psychosyndrom), Altersverwirrtheit, Depression, Psychose usw. unter dem Aspekt der Bewältigungsstrategien aufgrund sexualisierter männlicher Gewalterfahrungen von alten Frauen zu erforschen,
4. anzuregen, die Diagnose Posttraumatisches Belastungssyndrom in die Alten- und Krankenpflegeausbildung aufzunehmen,
5. anzuregen, dass sich PsychotherapeutInnen und PsychologInnen auch alter Frauen mit dieser Problematik annehmen,
6. Töchter anzuregen, die Geschichte ihrer Mütter zu erfragen, um sie und dadurch auch sich selbst besser zu verstehen,
7. Frauen anzuregen, sich verstärkt für die Rechte von alten Frauen einzusetzen und Literatur über und die öffentliche Haltung zu alten Frauen aus Frauensicht kritisch zu hinterfragen und zu verändern.

(Böhmer, 2005, S. 16)

Nur wenn die Biografien der älteren Frauen bekannt sind, kann ihr Verhalten verstanden werden und auf ihre Bedürfnisse eingegangen werden. Es wird dann möglich, unterstützende Strukturen für die Frauen zu erstellen, damit sie sich daran orientieren können, wenn sie desorientiert erscheinen, oder damit zumindest eruiert werden kann, was sie so verwirrt. Biografiearbeit hilft auch dabei die Frauen würdevoll zu behandeln und ihre Grenzen nicht zu überschreiten. Es können Beschäftigungen gefunden werden, die wirklich interessieren und als sinnvoll erlebt werden (Böhmer, 2005).

Die heutige Generation der älteren Frauen hat nicht gelernt, über ihre sexuellen Traumatisierungen zu sprechen. Deshalb werden einige nicht von sich aus darüber reden, und das Erlebte nicht verarbeiten. Aber nicht nur ältere Frauen haben ihre traumatische Vergangenheit verdrängt, auch vielen jungen Frauen geht es so.

Es war und ist immer noch ein Tabuthema, das nach wie vor schuld- und schambesetzt ist, ein dunkles Geheimnis, das niemand erfahren darf. Jedoch lassen einige Verhaltensweisen, Reaktionen oder Äußerungen Vermutungen darüber zu, was den Frauen passiert sein kann (Böhmer, 2005).

Zusätzlich zu vielleicht schon vorher erlebter, sexualisierter Gewalt wurden viele alte Frauen Opfer von Massenvergewaltigungen und Zwangsprostitution während und nach dem Zweiten Weltkrieg. Auch ältere Migrantinnen können in ihrer Vergangenheit mitunter schlimme sexualisierte Gewalterfahrungen gemacht haben. Hier kommen noch Kulturunterschiede, die uns nicht geläufig sind, erschwerend hinzu. Trotz allem ist es auch hier von großer Bedeutung, über die jeweilige Biografie der Frauen bescheid zu wissen (Böhmer, 2005).

Wichtig ist, dass es den Tätern, die sexuelle Gewalt ausüben, nicht etwa um ihr Bedürfnis nach Sex sondern um reine Machtausübung und Erniedrigung von Frauen geht. Man muss neben Massenvergewaltigungen im und nach dem Krieg, Zwangsprostitution, Vergewaltigung, Androhung von sexueller Gewalt, sexistische Beschimpfungen und sexualisierter Gewalt in der Ehe auch an Pornografie, Sexhandel, Sextourismus und Verstümmelung der weiblichen Geschlechtsorgane, zum Beispiel in Form von Beschneidung, denken. Alle diese Formen sexualisierter Gewalt sind, und werden auch in Zukunft, das Leben der betroffenen Frauen bis ins hohe Alter hinein teilweise stark beeinträchtigen (Böhmer, 2005).

6.1. Epidemiologie sexualisierter Gewalterfahrungen

Die Prävalenzraten sexualisierter Gewalt in der Literatur sind sehr unterschiedlich. Man kann aufgrund der vermutlich hohen Dunkelziffern daher höchstens von Schätzungen ausgehen. Die wenigen veröffentlichten Studien zum Kindesmissbrauch lassen aber darauf schließen, dass es in der heutigen Population älterer Frauen eine hohe Anzahl von Heimbewohnerinnen geben muss, die in ihrer Kindheit sexualisierte Gewalt überlebt haben. Es ist sogar sehr wahrscheinlich, dass,

obwohl die Sterblichkeitsrate bei „diesen“ Frauen höher ist, eine von drei älteren Frauen als Kind in irgendeiner Form sexualisierte Gewalterfahrungen gemacht hat (Peters & Kaye, 2003).

Laut Kriminalstatistik (2001) wird zum Beispiel in Deutschland jede Stunde eine Frau vergewaltigt. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass nur zwischen 10 und 30% der Fälle angezeigt werden und somit die tatsächliche Häufigkeit viel höher sein muss (Kriminalstatistik, 2001, zitiert nach Böhmer 2005).

Die Annahme, dass Vergewaltiger in den meisten Fällen völlig fremde Männer sind, ist falsch. Meist handelt es sich dabei um Familienangehörige, wie zum Beispiel Väter, Stiefväter, Großväter, Brüder, Onkel oder auch Bekannte der Familie (Böhmer, 2005, Peters & Kaye, 2003).

Auch sind es meistens, vor allem bei in der Kindheit erlebter sexualisierter Gewalt, keine einmaligen Erfahrungen. Es ist vielmehr so, dass sich die Mehrfachtraumatisierungen oft über Jahre ziehen (Peters & Kaye, 2003).

In der Fachliteratur ist von zwei Millionen Frauen die Rede, die auf der Flucht vor „feindlichen“ Soldaten Opfer sexualisierter Gewalt wurden (Böhmer, 2012).

Schätzungen zufolge waren nach 1945 tausende vergewaltigte Frauen schwanger. Wahrscheinlich ist auch hier die Dunkelziffer sehr hoch. Dadurch, dass Abtreibungen nicht in allen Fällen legal waren, also eigentlich nur wenn die Frauen von sowjetischen Soldaten vergewaltigt worden waren, erfuhren die Frauen dadurch, dass sie bei Ämtern und Ärztinnen und Ärzten um die Abtreibung ansuchen mussten, hier noch eine weitere Erniedrigung. Einige kamen wahrscheinlich bei selbst durchgeführten Abtreibungen ums Leben oder begangen Selbstmord. Wie viele das waren ist nicht bekannt. Eine erschreckend hohe Zahl von Frauen, die keine Genehmigung für den Schwangerschaftsabbruch bekam, musste ihre Kinder austragen. So wurden oder werden diese Frauen ihr ganzes Leben lang an ihr schreckliches Trauma erinnert. Es ist mehr als verständlich, dass es vielen vermutlich nicht möglich war, eine stabile Bindung mit ihren so entstandenen Kindern eingehen zu können, oder auch umgekehrt, dass die Tochter oder der Sohn nur selten auf Besuch kommt oder gar nichts mehr von ihrer oder seiner Mutter wissen will (Böhmer, 2005).

6.2. Folgen sexualisierter Gewalt

Den Frauen, die kein unterstützendes soziales Umfeld hatten, blieb oft nur mehr die Möglichkeit, ihre traumatischen Erlebnisse zu verdrängen, häufig so weit, dass sie sich gar nicht mehr bewusst daran erinnern konnten. Das war ihre einzige Chance, weiterleben zu können. Viele mussten ihr ganzes Leben lang weiterhin oder immer wieder, entweder in ihrer Ehe oder durch Fremde sexualisierte Gewalt ertragen, ohne jemals einen Ausweg zu finden. Sie mussten aufhören, auf sich selbst und ihre eigenen Bedürfnisse nach Trauer, Hass, Wut oder Mitgefühl zu achten, weil es niemanden gab, an den sie sich wenden konnten oder der ihnen helfen konnte.

Noch dazu wird bis heute das Leid, das Frauen im Krieg und in der Nachkriegszeit zugefügt wurde, nicht anerkannt. Es gibt keine Trauerriten oder Gedenktafeln für die Opfer sexualisierter Gewalt und die Frauen und ihre Geschichten wurden in der Aufarbeitung in der Nachkriegszeit einfach übersehen (Böhmer, 2005).

Ihre Beschwerden wie Schlafstörungen, Panikattacken, Ängste, Depressionen versuchten sie durch die Einnahme von Tabletten oder durch Alkohol in den Griff zu bekommen und konzentrierten sich voll auf die Sorge um andere (Böhmer, 2012). Sie wurden vielleicht zu aufopfernden Ehefrauen und Müttern (Böhmer, 2012) und konnten nicht mehr in ihren Berufen arbeiten, weil diese von den Männern übernommen wurden, die aus dem Krieg zurück kamen (Böhmer, 2005).

Dieser Missbrauch von Suchtmitteln wie Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel oder auch Abführmittel zieht sich bei vielen Frauen bis ins Alter und so werden ihnen diese später auch im Pflegeheim oder Krankenhaus noch verschrieben (Böhmer, 2005).

Bei der Aufnahme ins Pflegeheim oder ins Spital, die oft als belastend oder verunsichernd erlebt wird, können die vorher noch funktionierenden Bewältigungsmechanismen in die Brüche gehen, und die jahrelang verdrängten Erinnerungen kommen wieder ins Bewusstsein. Es gibt keine Ablenkungen in Form von Verantwortung für andere mehr und das soziale Umfeld wird ein ganz neues (Böhmer, 2005, Peters & Kaye, 2003).

Viele ältere Frauen befinden sich also dann im Pflegeheim oder im Krankenhaus in einem Zustand der „völligen Untätigkeit“. Sie wissen nichts mit sich anzufangen und müssen sich mit den jeweiligen in den Institutionen angebotenen Aktivitäten arrangieren (Böhmer, 2012).

Es treten also in weiterer Folge verschiedene belastende Symptome auf, die mit der vergangenen Traumatisierung in Verbindung stehen.

Dieses Phänomen kann auch hier wieder als, wie zuvor schon beschrieben wurde, Traumareaktivierung oder reaktivierte PTBS bezeichnet werden.

Es ist denkbar, dass auch die älteren Frauen, die in ihrer Kindheit oder Jugend oder im jungen Erwachsenenalter Opfer von sexualisierter Gewalt werden, verschiedene Symptomverläufe aufweisen können. So kann auch hier davon ausgegangen werden, dass die Frauen neben einer Traumareaktivierung oder reaktivierten PTBS im Alter, stattdessen zum Beispiel eine delayed-onset PTBS bekommen, oder aber auch ihr Leben lang mehr oder weniger stark unter den Symptomen einer chronische PTBS zu leiden haben.

6.3. Psychische Symptome bei weiblichen Opfern sexualisierter Gewalt

Die häufigsten genannten psychischen Symptome sind:

Störungen der Affektregulation:

- Anhaltende Dysphorie (gedrückte und gereizte Stimmungslage)
- Chronische Suizidgedanken
- Selbstverstümmelung
- Aufbrausende oder extrem unterdrückte Wut
- Zwanghafte oder extrem gehemmte Sexualität
- Bewusstseinsveränderungen
- Amnesie oder Hyperamnesie, auf das Trauma bezogen
- zeitweilige dissoziative Phasen
- Depersonalisation/Derealisation
- Wiederholung des traumatischen Geschehens, entweder als intrusive Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung oder als ständige grüblerische Beschäftigung

- Gestörte Selbstwahrnehmung
- Ohnmachtsgefühle, Lähmung jeglicher Initiative
- Scham- und Schuldgefühle, Selbstbezeichnung
- Gefühle der Beschmutzung und Stigmatisierung
- Gefühl, sich von anderen grundlegend zu unterscheiden (die Frau ist etwa überzeugt, etwas Besonderes zu sein, fühlt sich mutterseelenallein, glaubt, niemand könne sie verstehen)

(Herman, 1993, S. 169f zitiert nach Böhmer, 2005, S. 76f)

Gestörte Wahrnehmung des Täters:

- ständiges Nachdenken über die Beziehung zum Täter (auch Rachegeanken)
- Idealisierung oder paradoxe Dankbarkeit
- Gefühl einer besonderen oder übernatürlichen Beziehung
- Übernahme des Überzeugungssystems oder der Rationalisierung des Täters

(Herman, 1993, S. 169f zitiert nach Böhmer, 2005, S. 76f)

Beziehungsprobleme:

- Isolation und Rückzug
- gestörte Intimbeziehungen
- wiederholte Suche nach einem Retter
- anhaltendes Misstrauen
- wiederholt erfahrene Unfähigkeit zum Selbstschutz
- Veränderungen des Wertesystems
- Verlust fester Glaubensinhalte
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung

(Herman, 1993, S. 169f zitiert nach Böhmer, 2005, S. 76f)

Somatische Reaktionen:

- chronische Schmerzen
- Übelkeit und veränderter Appetit
- Verspannung des Bewegungsapparates/Muskeln
- übermäßige Schreckhaftigkeit
- Überempfindlichkeit auf Lärm
- Schlaflosigkeit

- Schlafstörungen
- Kopfschmerzen
- Schwindel und Gleichgewichtsstörungen
- chronische Müdigkeit und rasche Ermüdbarkeit
- (Doenges/Moorhouse, 1993, S. 139 zitiert in Böhmer, 2005, S. 77)
- Unterleibsbeschwerden und –erkrankungen aller Art
- Atemstörungen aller Art (zum Beispiel Bronchitis, Asthma)
- Rückenschmerzen

(Olbricht, 1997, S. 103f zitiert nach Böhmer, 2005, S. 77)

Kognitive Störungen:

- Verwirrung
- Gedächtnis- oder Konzentrationsverlust
- Unentschlossenheit

(Doenges/Moorhouse, 1993, S. 139, zitiert nach Böhmer, 2005, S. 77)

Eine von Lueger-Schuster et al. 2012 veröffentlichte Untersuchung zu den Folgen sexualisierter Gewalt während und nach dem Zweiten Weltkrieg bestätigt, dass viele ältere Frauen auch im Alter noch an den psychischen Folgen der in ihrer Jugend erlittenen sexuellen Traumatisierungen leiden. So konnten sie mit ihrer Studie zeigen, dass nicht nur die Opfer selbst, sondern auch die „Zeugen“ dieser Gräueltaten noch (oder erst) so viele Jahre danach überdurchschnittlich oft mit den Symptomen einer partiellen PTBS oder sogar einer voll ausgeprägten PTBS zu kämpfen hatten. Darüber hinaus konnten auch hier sowohl erhöhte Prävalenzraten bei phobischen Erkrankungen, Depressionen und Psychotizismus, als auch höhere Stresslevel im Vergleich zu Nicht-Opfern gefunden werden (Lueger-Schuster et al., 2012).

6.4. Dementielle Symptome

Dementielle Erkrankungen machen gefolgt von depressiven Symptomen den bei weitem größten Teil von im Alter gestellten Diagnosen psychischer Erkrankungen aus. Böhmer (2005) geht davon aus, dass zumindest eine Verbindung zwischen der

Demenz und sexualisierten Gewalterfahrungen in der Vergangenheit bestehen kann, wenn diese nicht sogar als ursächlich angesehen werden kann. Sie beschreibt die Demenz als letzte Bewältigungsstrategie, also als letzte Verdrängungsmöglichkeit der traumatischen Erfahrungen, wenn alle anderen Mechanismen nicht mehr wirksam sind. Die betroffenen Frauen flüchten dann in die Dissoziation als letzten Ausweg (Böhmer, 2005).

Aufgrund der Ähnlichkeit der Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung zu denen der Demenz kommt es vermutlich sehr oft vor, dass eine PTBS mit dementiellen Erkrankungen verwechselt wird, und es daher zu einer falschen Diagnose kommt. Aus diesem Grund ist es sehr wichtig eventuell zugrunde liegende sexualisierte Gewalterfahrungen ausfindig zu machen oder ausschließen zu können. Ein Beleg über den Zusammenhang zwischen dementiellen Erkrankungen und dem Erleben von sexualisierter Gewalt in der Vergangenheit steht jedoch (noch) aus. Forschung in diesem Bereich wäre aber dringend notwendig, weil eine so verursachte Demenz in vielen Fällen im Gegensatz zu hirnorganisch begründeten Demenzen rückgängig gemacht werden kann (Böhmer, 2005).

7. Pflege

Im Alter durchbrechende frühere Traumatisierungen können bei den Betroffenen einen immensen Leidensdruck erzeugen.

Durch die hohe Anzahl von potenziell traumatisierten Menschen in der Population der Älteren, ist auch die Pflege mit diesen Individuen konfrontiert, und wird es auch in Zukunft in ähnlichem Ausmaß langfristig sein.

Jede Traumatisierung kann (muss aber nicht) für das Traumaopfer auch im Alter noch gravierende Auswirkungen auf sein Wohlbefinden haben.

Es wird daher also kurz allgemein auf die Schwierigkeiten und Bedürfnisse traumatisierter Menschen im Pflegeheim eingegangen und später zwischen den beiden häufigsten Traumaarten unterschieden und anhand dieser auch konkrete Maßnahmen vorgeschlagen und erläutert.

7.1. Pflegediagnose Posttraumatisches Syndrom

Neben der Psychologie (siehe oben) gibt es auch in der Pflege zwei Diagnosen zum Posttraumatischen Stresssyndrom. Diese finden sich in der Klassifikation der NANDA-International (NANDA International, 2010).

(Die Abkürzung NANDA steht für die North American Nursing Diagnosis Association. 2002 wurde die NANDA in NANDA-I (= International) umbenannt.)

Die erste der beiden Diagnosen ist das „Posttraumatische Syndrom“ oder „Posttrauma syndrome“, welche als „Anhaltende, fehlangepasste Reaktion auf ein traumatisches, überwältigendes Ereignis“ (NANDA International, 2010, S.253) definiert wird.

Die zweite Diagnose heißt „Gefahr eines posttraumatischen Syndroms“ oder „Risk for post-trauma syndrome“, welche als „Risiko einer anhaltenden, fehlangepassten Reaktion auf ein traumatisches, überwältigendes Ereignis“ (NANDA International, 2010, S.255) definiert wird.

Im Grunde überschneiden sich die psychologischen und die Pflegediagnosen in vielerlei Hinsicht. Die Symptome der PTBS finden sich bei NANDA (2010) quasi in „abgespeckter“ Version, also weniger umfangreich, wieder. Das bedeutet, die Konzentration liegt auf drei Grundkategorien (Vermeidung, Hyperarousal, Wiedererleben), die auch bei den anderen Diagnosen genannt werden. Es wird jedoch nicht die Bezeichnung psychische „Symptome“ sondern „Bestimmende Merkmale“ gewählt, und so tauchen in diesem Abschnitt auch zusätzliche Begriffe wie: „Vergewaltigung“ und verschiedene eher somatische Anzeichen, etwa „Reizung der Magenschleimhaut“ oder „Kopfschmerzen“ auf, die für die Pflegepraxis im Vergleich eine höhere Relevanz haben.

Nach den „Bestimmenden Merkmalen“ werden speziell bei der Pflegediagnose ‚Posttraumatisches Syndrom‘ auch noch eine Reihe von beeinflussenden und Risikofaktoren aufgeführt, welche die Pflegenden bei der Diagnostik unterstützen sollen.

Zum besseren Verständnis werden in der Folge beide NANDA Pflegediagnosen dargestellt:

„Posttraumatisches Syndrom“ oder „Post-trauma syndrome“

Definition *Anhaltende, fehlangepasste Reaktion auf ein traumatisches, überwältigendes Ereignis*

Bestimmende Merkmale:

- Aggression
- Entfremdung
- Stimmungsschwankungen
- Wut
- Angst
- Vermeidungsreaktion
- Zwanghaftes Verhalten
- Verleugnung
- Depression
- Distanziertheit
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Enuresis (bei Kindern)
- Übermäßige Schreckreaktion
- Furcht
- Durchleben vergangener Gefühlszustände (Flashbacks)
- Reizung der Magenschleimhaut
- Trauern
- Schuld
- Kopfschmerzen
- Hoffnungslosigkeit
- Entsetzen
- Hypervigilanz
- Intensive Träume
- Intensive Gedanken
- Reizbarkeit

- Neurosensorische Reizbarkeit
- Alpträume
- Herzklopfen
- Panikattacken
- Psychogene Amnesie
- Zorn
- Vergewaltigung
- Berichtet, sich benommen zu fühlen
- Verdrängungsreaktion
- Schamgefühl
- Suchtmittelmissbrauch

(NANDA International, 2010, S. 253)

Beeinflussende Faktoren

- Missbrauch (physischer und/oder psychosozialer)
- Ehemalige(r) Kriegsgefangene(r)
- Opfer von Kriminalität
- Katastrophen
- Epidemien
- Ereignis außerhalb der menschlichen Auffassungsgabe
- Schwere Unfälle (z.B. Arbeitsunfall, Autounfall)
- Schwere Verletzung eines nahe stehenden Menschen
- Schwerwiegende Selbstverletzung
- Ernsthafte Bedrohung eines nahe stehenden Menschen
- Schwerwiegende Bedrohung der eigenen Person
- Plötzliche Zerstörung der eigenen Gemeinschaft
- Plötzliche Zerstörung der eigenen Wohnstätte
- Folter
- Tragisches Ereignis mit zahlreichen Toten
- Kriege
- Zeuge einer Verstümmelung
- Zeuge eines gewaltsamen Todes

(NANDA International, 2010, S. 253-254)

Nachfolgend die Risiko-Pflegediagnose:

„Gefahr eines posttraumatischen Syndroms“ oder „Risk for post-trauma syndrome“

Definition *Risiko einer anhaltenden, fehlangepassten Reaktion auf ein traumatisches, überwältigendes Ereignis*

Risikofaktoren:

- Verminderte Ich-Stärke
- Vertreibung von Zuhause
- Dauer des Ereignisses
- Übertriebenes Verantwortungsgefühl
- Unzureichende soziale Unterstützung
- Berufsausübung (z.B. Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienst, Strafvollzug, Personal der Notaufnahme, Mitarbeiter in einer psychiatrischen Einrichtung)
- Wahrnehmung des Ereignisses
- Rolle des Überlebenden im Ereignis
- Fehlende Unterstützung durch das Umfeld
(NANDA International, 2010, S. 255)

Obwohl die NANDA-Diagnosen zum PTBS-Phänomen wissenschaftlich fundiert sind und im englischsprachigen Raum in der Pflege rege Verwendung finden, sind sie jedoch im deutschsprachigen Raum weitgehend unbekannt und kommen daher in der alltäglichen Pflegediagnostik bislang noch kaum zur Anwendung (Linhart, persönliches Gespräch, 25.02.2013).

In der Folge werden einige Pflegesituationen vorgestellt, die zu Problemen in der Versorgung führen können. Daran anschließend werden Pflegeziele und Pflegemaßnahmen aufgeführt, die der potenziellen Problematik entgegenwirken könnten.

7.2. Früh traumatisierte Menschen im Pflegeheim

Bei früh traumatisierten Menschen kann es im Pflegeheim zu einer Reihe von schwierigen Pflegesituationen kommen. So ist zum Beispiel das Baden oder Waschen ein typischer Stressor. Diese Pflegemaßnahme gestaltet sich oft schon für Klienten problematisch, die keine traumatischen Erfahrungen gemacht haben, vor dem Hintergrund einer sexuellen Traumatisierung aber, ist dieses Vorhaben häufig fast unmöglich umzusetzen. Auch beim Duschen eines Holocaust-Überlebenden kann das Pflegepersonal schnell an seine eigenen, und auch an die Grenzen des Pflegeempfängers stoßen. Beim Warten in einer Reihe, oder wenn öffentliche Toiletten benutzt werden sollen, kommt es bei diesen Klienten ebenfalls zu erheblichen Schwierigkeiten. Noch bedrohlicher werden invasive, medizinische Eingriffe oder die Relokation (Umsiedlung) in ein (anderes) Pflegeheim oder Krankenhaus erlebt. Überlebende von Vergewaltigungen oder häuslicher Gewalt zeigen oft, vor allem wenn sie mit Pflegenden des anderen Geschlechts in Kontakt kommen, Verhaltensweisen, die vielleicht nicht sofort zuordenbar sind (Anderson et al., 2011).

Des Weiteren reagieren Kriegsveteranen oft regelrecht allergisch auf laute Geräusche oder Uniformen. Verschiedene Maßnahmen und Situationen haben also nicht selten negative Auswirkungen, zum einen natürlich für den Klienten in Form von Angstanfällen, Verwirrung und auch einer schlechten Pflegequalität, zum anderen aber auch für die Pflegeperson selbst. Der Pflegenden fühlt sich emotional erschöpft. Er weiß nicht, wie er auf die Depersonalisierung des alten Menschen reagieren soll und findet keinen Ausweg aus der belastenden Situation (Anderson et al., 2011).

7.3. Ältere, durch sexualisierte Gewalt traumatisierte Frauen in der Pflege

7.3.1. Veränderungen und Verluste beim Einzug ins Pflegeheim

Der dauerhafte Eintritt ins Pflegeheim bringt eine Reihe Veränderungen und Verlusten mit sich. Dazu gehören unter anderem:

Verlust des eigenen Zuhauses:

Das Aufgeben des eigenen Zuhauses, das jahrelang Schutz und Sicherheit geboten hat, ist für viele Erwachsene schwierig. Noch schwieriger gestaltet sich diese Umstellung für die älteren Opfer sexueller Gewalt in der Kindheit.

Es kommen Gefühle von Verletzbarkeit und Unsicherheit auf, die nicht selten dazu führen, dass die Frauen sich an Gefühle der traumatischen Situation erinnern. Auch die mühsam erreichte Freiheit und Mobilität müssen erneut aufgegeben werden, wodurch sich die Betroffenen nun wieder gefangen fühlen. Diese Emotionen können lang verdrängte Gedanken, Gefühle und Erinnerungen an die Traumatisierungen der Vergangenheit, und damit verbunden Unruhe, Gereiztheit, Ruhelosigkeit oder Ängste wach rufen (Peters & Kaye, 2003).

Verlorene Privatsphäre:

Auch die endlich wiedergewonnene Privat- und Intimsphäre werden beim Einzug ins Pflegeheim erneut verloren. Viele Täter tarnen ihre sexuelle Gewaltausübung als ganz normale Körperpflegeaktivitäten. Sie beobachten die Opfer im Schlaf, beim Baden, starren sie an, bevor sie sich an ihnen „vergehen“. Daher ist es nur verständlich, dass die fehlende Privatsphäre und verschiedene Körperpflegemaßnahmen für die Betroffenen automatisch sexualisierte Gewalt symbolisieren und so posttraumatische Symptome reaktivieren (Peters & Kaye, 2003).

Soziale Verluste:

Der Verlust von wichtigen langjährigen Freundschaften zum Beispiel bedeutet immer auch starken Stress und große Belastung für ältere Menschen. Dieser Stress kann wiederum Depressionen auslösen, die prinzipiell auch schon in jüngeren Jahren als Folgen angesehen werden können, und in Stresssituationen sehr leicht reaktiviert werden. Ferner können der im Alter gehäufte Verlust von Unterstützung durch Freunde, der Rollenverlust und der Verlust von Ressourcen zu einer Verschlimmerung von traumatischen Symptomen führen (Peters & Kaye, 2003).

Weitere Verluste:

Alltägliche Rituale gehen verloren. Es gibt kein Einkaufen, Kochen, Abwaschen, Putzen usw. mehr, und damit verschwindet auch die damit erzeugte Tagesstruktur, die den Frauen bis dahin Stabilität vermittelt hat (Peters & Kaye, 2003).

Hinzu kommt, dass nun alles, was sie zuvor selbst gemacht haben jemand anderer übernimmt. Sie haben keine Verantwortungen mehr und dadurch auch keine Aufgaben, die ihnen immer die Bestätigung gegeben haben, dass sie gebraucht werden oder die sie abgelenkt haben. Es wird stark in ihre Privatsphäre eingegriffen, wodurch Situationen entstehen, die sie an vergangene Traumatisierungen denken lassen. Häufig sind diese auch so weit verdrängt, dass sie sich nicht mehr an diese erinnern, und sie sich deshalb ihre Reaktionen und Emotionen selbst nicht erklären können. Sie fühlen sich, als wären sie verrückt und werden in weiterer Folge dann auch von außen dahingehend bestätigt (Böhmer, 2005).

7.3.2. Klientinnen im Pflegeheim

Der Einzug ins Pflegeheim bedeutet für viele Frauen wieder Kontrolle abzugeben, sich auf andere verlassen zu müssen, und viele Dinge nicht mehr selbst entscheiden zu können (Böhmer, 2012).

Obendrein verändert sich das gesamte Umfeld und in den meisten Fällen können sich die Frauen ihr Pflegeheim, ihr Zimmer, die Zimmernachbarn oder ihr Pflegepersonal nicht selbst aussuchen (Böhmer, 2005).

Meist können die älteren Frauen nicht einmal kontrollieren, wer zu welchem Zeitpunkt ihr Zimmer betreten darf. Sie müssen demnach jederzeit und in jeder Situation damit rechnen, dass jemand in ihr Zimmer kommt, und damit ihre Privat- und Intimsphäre stört. Es kann durch den fehlenden Schutz jederzeit vorkommen, dass sogar fremde Menschen ihren nackten Körper sehen können (Peters & Kaye, 2003).

Bei Radebold (2009) finden sich Fallbeispiele, in denen Verhaltensweisen älterer Frauen beschrieben werden, die vom Pflegepersonal im ersten Moment nicht richtig gedeutet werden können. Vor allem bei der Körperpflege, kommt es zu derartig

missverständlichen Situationen. So reagieren die Klientinnen mit heftigem um sich Schlagen und Hilferufen darauf, wenn sie entkleidet werden.

„Zwei jüngere Pfleger oder Zivildienstleistende kommen früh noch im Dunkeln in das Zimmer einer alten Frau und beginnen, sie nackt auszuziehen, um sie zu waschen. Sie beginnt laut (um Hilfe) zu schreien, wehrt sich mit Händen und Füßen, schlägt um sich, beißt und kratzt.“ (Radebold, 2009, S. 184)

Da die Frau an sich eine besonnene Persönlichkeit hat, verstehen die Pfleger ihre Reaktionsweise nicht. Das Verhalten wird oft einer hirnrnorganischen Veränderung zugeschrieben, sofern diese nachgewiesen werden kann. Angehörige der Klientinnen wissen manchmal von früheren Vergewaltigungen. Wenn eine Klientin aus dem Schlaf geweckt wird, um gewaschen zu werden, kann es vorkommen, dass die Situation durch Schlaftrunkenheit falsch eingeschätzt wird. So wird die traumatisierende Erfahrung durch die Intimkörperpflege reaktiviert (Radebold, 2009).

Nicht nur bei der Körperpflege können vergangene Traumatisierungen reaktiviert werden, auch weniger intime Interaktionen führen zu unerklärlichem Verhalten und Äußerungen, die auf Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Vergangenheit schließen lassen.

„Eine über 80-jährige Frau, Bewohnerin eines Altenpflegeheims, wird auf dem Flur von hinten von einem jüngeren Mann angefasst. Sie schreit und versucht sich mit der Bemerkung loszureißen: „Ich will kein Kind mehr.“ (Radebold, 2009, S. 185)

Das nächste Fallbeispiel lässt vermuten, dass die betreffende Klientin in der Nachkriegszeit sexualisierte Gewalt durch russische Besatzungssoldaten erfahren hat.

„,Hau ab, du Russenschwein.’ Anlass dazu war das laute Schreien eines verwirrten Heiminsassen nachts auf dem Flur.“ (Radebold, 2009, S. 185)

Durch den Personalmangel im Großteil der Pflegeeinrichtungen haben die Fachkräfte immer weniger Zeit, sich ganzheitlich um die Frauen zu kümmern, und durch die Überlastung und den Zeitmangel passiert es, dass es wiederum zu Gewaltausübung gegen die Frauen kommt. Diese muss nicht absichtlich oder in

Form von körperlicher Gewalt sein, auch das Sedieren mittels Medikamenten kann als solche gesehen werden (Böhmer, 2005).

Vielen Frauen werden 20 und mehr Medikamente pro Tag verordnet, die sie einnehmen müssen, teilweise auch, um die Nebenwirkungen eines jeweiligen anderen in den Griff zu bekommen. Oft werden sie aber weder darüber aufgeklärt, was sie da einnehmen und warum, noch werden sie gefragt, ob sie das möchten oder nicht. Es wird ihnen infolgedessen das Recht auf Selbstbestimmung über sich und ihren Körper abgesprochen, und sie fühlen sich ohnmächtig und hilflos (Böhmer, 2005, Böhmer, 2012).

Psychotherapie ist in den seltensten Fällen für ältere Frauen verfügbar, und Dementen wird meist überhaupt nichts mehr zugetraut, obwohl sie sich häufig noch genau daran erinnern, was sie früher unterstützt hat. Dieser Kontrollverlust über sich und den eigenen Körper kann schlimme Panikattacken hervorrufen. Es liegt in der Verantwortung des Pflegepersonals Beobachtungen anzustellen und Ursachenforschung zu betreiben um so die Therapie im Sinne der Klientinnen beeinflussen zu können. Offenheit für eindeutige oder versteckte Hinweise auf sexualisierte Gewalt in der Vergangenheit und Sensibilität in der Pflege der Frauen sind oberstes Prinzip. Sie müssen Vertrauen fassen können, und das Gefühl bekommen mitbestimmen zu dürfen (Böhmer, 2005).

7.3.3. Pflegediagnose bei alten Frauen mit PTBS nach sexualisierter Gewalt

Wichtig ist es, bei Frauen, die unter einer PTBS leiden, diese rechtzeitig zu diagnostizieren. Böhmer (2005) hat in ihrer Arbeit eine Reihe von Anzeichen identifiziert, die bei gehäuftem Auftreten sexualisierte Gewalt in der Vergangenheit nahelegen. Darauf soll in der täglichen Versorgung geachtet werden.

Wenn Frauen auf ihre Biografie Bezug nehmen und dabei folgende Erzählungen oder Bemerkungen äußern:

- „schreckliche“ Erlebnisse, besonders nach Kriegsende, in der Kindheit, der Ehe
- Angst vor „den Russen“ und Soldaten, sich verstecken müssen vor ihnen
- Schwierigkeiten mit dem heimgekommenen Ehemann
- strenge oder idealisierte „liebe“ Väter

- frühe Heirat, Auszug aus dem Elternhaus
- das Verhältnis zum Ehemann „das war nicht so, wie es sein sollte“
- „wie Männer eben so sind“
- dass die Ehe nicht gut war, ohne weitere Erklärungen geben zu wollen
- dass Sex nie Spaß gemacht hat, „ich war froh, als das vorbei war“

oder

- „zum Glück bin ich aus dem Alter jetzt raus!“
- frühere Suizidversuche
- frühere psychiatrische Behandlungen
- Kinder verloren zu haben, Schuldgefühle gegenüber eigenen Kindern (da sie ihre Kinder als „Ergebnisse“ von Vergewaltigungen unter Umständen ablehnten)
- sich schuldig fühlen

(Böhmer, 2005, S. 115ff)

Weitere Anzeichen laut Böhmer (2005) auf sexualisierte Gewalt in der Vergangenheit sind folgende Reaktionen auf die Heimeinweisung oder Veränderungen im Umfeld der Alten im Heim:

- plötzliches verwirrtes Verhalten (Durchgangssyndrom)
- völlige Gleichgültigkeit der neuen Situation gegenüber
- Angst und Panikzustände
- Übererregbarkeit
- Unsicherheit
- Entscheidungsunfähigkeit
- Hoffnungslosigkeit
- Fluchtverhalten
- Halluzinationen
- Wahnvorstellungen
- Apathie
- Depression
- Zwangshandlungen
- Suizidale Handlungen oder Ankündigungen suizidaler Absichten
- Nahrungsverweigerung

- Schuldzuweisungen an sich oder andere
- soziales Isolieren auf der Station
- autoaggressives Verhalten
- verminderte bis gar keine Reaktionen auf Reize, wie zum Beispiel Ansprache
- Teilnahmslosigkeit
- Wahrnehmungsstörungen
- sexuelle Hyperaktivität
- regressives Verhalten

(Böhmer, 2005, S. 115ff)

Auch wenn Klientinnen mit Pflegepersonal konfrontiert werden, können Hinweise aus den Reaktionen darauf auf sexualisierte Gewalt in der Vergangenheit deuten:

- ängstliche Erwartungshaltung
- keine eigenen Bedürfnisse artikulierend
- Abwehrhaltung, besonders gegen männliche Pflegende
- völlig angepasstes Verhalten, alles tun, was Pflegende wollen
- völlige Vereinnahmung der Pflegenden
- Grenzenlosigkeit, auch im sexuellen Bereich
- Veränderungen in Mimik, Gestik, Körperhaltung, Motivation bei bestimmten Pflegepersonen
- regressives Verhalten

(Böhmer, 2005, S. 115ff)

Auch auf die folgenden Pflegemaßnahmen hin können vorerst unerklärliche Verhaltensweisen auftreten:

- nicht vorhandene Schamgrenze
- apathisches Alles-über-sich-ergehen-lassen
- Antriebsarmut
- regressives Verhalten
- schreien, um sich schlagen, weinen, erstarren, einschlafen etc., insbesondere bei folgenden Pflegemaßnahmen:
- Mundpflege
- Waschen des Gesichts

- Waschen und Versorgung im Genitalbereich
 - sich vom Pflegenden wegdrehen zu müssen (Rücken zuwenden)
 - gebadet werden (besonders bei männlichen Pflegenden)
 - Verabreichung von Vaginalzäpfchen
 - Verabreichung rektaler Abführmaßnahmen (Zäpfchen, Klistier, Einlauf, Darmrohr)
 - Ausräumen des Enddarmes mit dem Finger (der Pflegeperson)
(leider oft unnötig praktizierte Maßnahme, die verordnungs- und aufklärungspflichtig ist!)
 - rektale Infusionen
 - Legen und tragen eines Dauerkatheters
 - Körperpflege allgemein (besonders bei männlichen Pflegenden)
 - Bettdecke aufschlagen
 - An- und Auskleiden
 - Verabreichung von Medikamenten
 - Fixierungsmaßnahmen, besonders im Bett
- (Böhmer, 2005, S. 115ff)

An frühere sexualisierte männliche Gewalt lassen auch diese Verhaltensweisen und somatischen Symptome denken:

- abends nicht ins Bett gehen wollen
- nur mit offener Tür oder Licht schlafen
- sich zu anderen HeimbewohnerInnen/MitpatientInnen ins Bett legen
- ständiges Klingeln nach dem Pflegepersonal ohne erkennbaren Grund
- nicht allein sein wollen/können
- stetiges Verlangen nach der Mutter
- Stuhl- und Harninkontinenz ohne pathologische Ursache
- eigenes digitales Ausräumen
- Kotschmieren (Regression oder aus Scham, um Pflege zu vermeiden)
- Übelkeit/Erbrechen bei Mundpflege
- Würgegefühle
- belegte und/oder leise Stimme
- Kopfschmerzen ohne pathologische Ursachen
- Bauch-, Unterleibsschmerzen ohne pathologische Ursache

- hormonelle Störungen
- Stoffwechselstörungen
- Vaginalentzündungen
- ständige innere und körperliche Unruhe
- Alpträume
- Blutzuckerentgleisungen
- stark schwankende Blutdruckwerte, Atem- und Pulsfrequenzen
- Schlafstörungen jeglicher Art
- Tabletten-, Nikotin-, Alkoholabusus“

(Böhmer, 2005, S. 115ff)

7.3.4. Pflegeziele für alte Frauen mit PTBS

Hauptpflegeziel ist es, die Frauen aus ihrer Ohnmächtigkeit und Hilflosigkeit zu befreien. Sie müssen wieder Kontrolle über sich und ihren Körper bekommen, damit sie sich sicher fühlen können (Böhmer, 2005).

Daneben können auch folgende Pflegeziele in Betracht gezogen werden:

„(die Frau)

- kann selbstschädigendes und ungesundes Abwehrverhalten in gesundes Abwehrverhalten verändern
- hat keine somatischen Beschwerden
- hat keine Schlafstörungen
- hat keine psychischen Erkrankungen
- nimmt aktiv am Leben teil
- findet Vertrauensperson und kann unter Umständen über traumatische Erlebnisse sprechen“

(Böhmer, 2005, S. 120)

7.3.5. Konkrete Pflegemaßnahmen, die in den jeweiligen Situationen angewendet werden sollen:

Um Retraumatisierungen zu vermeiden und vertrauensvolle Beziehungen zwischen Klientin und Pflegepersonal zu schaffen, können in heiklen Situationen konkrete

Pflegemaßnahmen angewendet werden, die Böhmer (2005) zusammengetragen hat. Zuerst muss eruiert werden, mit welchen Problemen die alte Frau zu kämpfen hat. Dafür ist es wichtig, Biografiearbeit durch Beobachtung und Befragung zu betreiben. So können frühe Traumatisierungen durch sexualisierte Gewalt identifiziert werden.

Das Vertrauensverhältnis kann besonders durch Beziehungspflege als Pflegeorganisationsform auf der Station intensiviert werden. Es kann von Vorteil sein, unter Umständen das zuständige Pflegepersonal zu wechseln, wenn größere Differenzen bestehen und kein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann. Wenn psychische oder somatische Probleme auftreten, müssen diese unbedingt diagnostisch abgeklärt werden. Weiters sollte die Notwendigkeit und Dauer der Einnahme von Psychopharmaka auf die jeweilige Klientin abgestimmt werden. Psychische und somatische Reaktionen auf verschiedene Pflegemaßnahmen sind zu beobachten. Die Klientin muss darüber hinaus jederzeit über Sinn, Zweck und Art der Durchführung dieser Maßnahmen Bescheid wissen. Reagieren die Klientinnen negativ auf diese, muss die Bereitschaft bestehen, sie zu unterbrechen. Eigenerfahrungen der Frauen, auch in Bezug auf medizinische Probleme, sind wichtige Ressourcen für die Pflegeplanung und müssen einfließen. Die Frau soll mit ihren Erlebnissen nicht allein gelassen werden, weswegen das Pflegepersonal Gesprächsbereitschaft zeigen soll. Dienen gewisse Verhaltensweisen der Klientin ihrem Sicherheitsgefühl, müssen diese akzeptiert und respektiert werden; Therapie-, Aktivierungs- und Realitätsorientierungsprogramme sowie entlastende Gespräche mit Vertrauenspersonen wie Psychologinnen und Psychologen, Therapeutinnen und Therapeuten oder Geistlichen können angeboten, dürfen aber nicht aufgezwungen werden. Die Krisengespräche sollen von professionellem Personal durchgeführt werden, das mit dem Thema sexualisierte Gewalt vertraut sein muss.

Oft hilft es den Frauen, Aufgaben und Verantwortungen zu übernehmen, die mit ihrer Biografie in Verbindung stehen, wie etwa das Versorgen eines Tieres oder Pflanzenpflege (Böhmer, 2005).

Im Rahmen der täglichen Pflege gibt es Situationen, die die Frau an ihr Trauma erinnern könnten. Diese müssen im Umgang mit der Klientin vermieden werden:

- keine Sprache benutzen, die Bezug zum Trauma herstellen könnte, wie zum Beispiel „machen Sie mal die Beine breit“

- Pflege ohne ZuschauerInnen
- keine Medikamente oder Gegenstände in Körperöffnungen einführen
- Alternativen zu Zäpfchen, rektalen Infusionen, digitaler Entleerung, Darmrohren, Klistieren, Einläufen und Mundsperrern verwenden
- kein Tragen von lauten Schuhen, besonders von den nächtlichen Pflegenden
- kein nächtliches Anleuchten mit Taschenlampen
- bei nächtlichen Pflegemaßnahmen warten, bis die Frau richtig wach ist

(Böhmer, 2005, S.122ff)

Sollte die Klientin mit Abwehrverhalten auf die Maßnahmen des Pflegepersonals reagieren, können folgende Strategien angewendet werden:

- Sinn, Zweck und Häufigkeit aller Maßnahmen überdenken, evtl. andere Pflegemaßnahmen ergreifen (zum Beispiel: Ist ein Dauerkatheter tatsächlich notwendig und wenn ja, wäre eine Cystofix-Anlage eine Alternative?)
- Bei einer Pflegemaßnahme, die durchgeführt werden muss, wie zum Beispiel Körperpflege, Mundpflege usw. auf einfühlsamen Vorgehen achten; Maßnahmen von Vertrauenspersonen durchführen lassen; auf ausreichenden Schutz der Intimsphäre achten durch Sichtschutz mit Vorhang oder spanischer Wand (dieser Sichtschutz gehört in jedes Zwei- und Mehrbettzimmer), die Eigenaktivität fördern und fordern; Fragen nach Gewohnheiten; Maßnahme unter Umständen zu einem späteren Zeitpunkt durchführen
- Hand der Frau beim Waschen, bei der Mundpflege, beim Essen usw. führen
- bei allen Maßnahmen und Gegebenheiten im Umfeld der Frau eruieren, wie sie Sicherheit erhalten kann, zum Beispiel bei Angst vorm Zubettgehen die Patientin/Bewohnerin in einem erleuchteten, offenen Raum (Tagesraum) schlafen lassen, ihre Zimmertür abends offen lassen, ihr unseren Schutz zusagen, indem öfter nach ihr gesehen wird, etc.

(Böhmer, 2005, S.122ff)

Strategien bei somatischen/somatoformen Beschwerden:

- Bei somatischen Beschwerden können Alternativen zu Medikamenten probiert werden, wie beispielsweise Wickel und Auflagen, Kneipp'sche Anwendungen,

Physiotherapie, Basale Stimulation, Gespräche, Berührungen, Zuhören oder Psychotherapie (Böhmer, 2005).

- Grund und Art von Schlafstörungen sollen ermittelt werden. Auch hier können Alternativen zu Medikamenten Verwendung finden, wie unter anderem Schlafrituale, Meditationskassetten, Basale Stimulation, schlaffördernde Tees und andere Getränke wie zum Beispiel Milch mit Honig, Kakao und Brühe (Böhmer, 2005).
- Die Psychopharmakabgabe bei psychiatrischen Erkrankungen muss unter Abwägung aller Nebenwirkungen erfolgen. Dauer, Menge und Zeitpunkt der Medikamenteneinnahme müssen überprüft werden. Zudem ist es hier ebenso ratsam, Alternativen zur Medikation anzuwenden, wie Johanniskrauttabletten, Bewegung, Sonnenlicht oder entlastende Gespräche (Böhmer, 2005).

7.3.6. Schlussfolgerungen für die Pflege sexuell traumatisierter Frauen

Zusammenfassend ist zu sagen, dass es von großer Bedeutung ist, eine vertrauensvolle Atmosphäre und Umgebung für die Klientinnen zu schaffen.

Dies ist aber nur dann möglich, wenn kritische Pflegemaßnahmen nicht gegen den Willen der Frauen durchgeführt werden, und sie nicht dazu gezwungen werden Dinge unfreiwillig zu machen. Alle Maßnahmen, die die Frauen ihrer persönlichen Freiheit, Selbstbestimmung oder ihres Rechts auf Bewegungsfreiheit berauben können traumabezogene Symptome, Gedanken und Emotionen reaktivieren (Peters & Kaye, 2003).

Die Wahrung der Intimsphäre in der Pflege durch Vorhänge oder ähnliche Sichtbarrieren sollte generell selbstverständlich sein und steht im Fall von sexualisierten Gewalterfahrungen sowieso komplett außer Diskussion (Böhmer, 2012).

Am besten wären hier aber überhaupt, getrennte Stationen und Wohneinheiten usw., die nur von Frauen bewohnt werden (Böhmer, 2012).

Trotz aller Bestrebungen und Sensibilität seitens der Pflegepersonen kann leider nicht komplett verhindert werden, dass in der Pflege bestimmte Grenzen überschritten werden. Viele Körperpflegemaßnahmen zum Beispiel sind ganz einfach notwendig und wichtig. Umso bedeutender ist es aber dann, wenn ältere Frauen posttraumatischen Reaktionen, beziehungsweise Traumareaktivierungen erfahren, in

diesen Situationen für sie da zu sein und sie soweit als möglich zu unterstützen (Böhmer, 2012).

Wenn eine Bewohnerin etwa einen Flashback erleidet, darf keine distanzierte oder „wegschauende“ Haltung vom Pflegepersonal eingenommen werden, weil diese Haltung früher vielleicht auch in ihren Herkunftsfamilien vorherrschend war. Die Schrecken wurden ignoriert und übersehen, so dass das Kind mit all seiner Angst und in seiner Not allein gelassen wurde (Peters & Kaye, 2003).

Es kann nicht oft genug betont werden, wie wichtig die Biografiearbeit ist. Ziel der Pflege muss es sein Traumareaktivierungen oder gar Retraumatisierungen zu verhindern, damit sich die Bewohnerinnen sicher und gut aufgehoben fühlen können. Das Phänomen der PTBS bei älteren Frauen, die in ihrer Vergangenheit sexualisierte Gewalt erfahren haben, und die Vielfalt ihrer möglichen Symptome werden in der Pflege nach wie vor weitgehend ignoriert. Dieser Missstand muss endlich beseitigt werden (Böhmer, 2012).

Auch die möglicherweise beim Pflegepersonal vorherrschende Angst davor, die Frauen auf „solche“ Erlebnisse in der Vergangenheit anzusprechen, kann und muss entkräftet werden. Für die meisten älteren Frauen ist es eine Entlastung über ihre traumatischen Erfahrungen reden zu können, und dass ihnen Glauben geschenkt wird (Böhmer, 2012).

Die Gefahr einer Traumareaktivierung oder Retraumatisierung besteht folglich nicht im offenen Gespräch über die erlebten Gewalterfahrungen, sondern im Ignorieren oder Übersehen dieser.

7.4. Kriegstraumata in der Pflege

Bei Kriegsveteranen können frühe Traumatisierungen im Alter reaktiviert werden. In einem von Radebold (2009) angeführten Fallbeispiel, erzählt ein 85-jähriger Mann immer wieder die gleichen abenteuerlichen Kriegserlebnisse.

„Ein Mitarbeiter bemerkt später in der Supervision: ‚Seine Schilderung ist wie eine alte Schallplatte mit einem Sprung; an einer bestimmten Stelle hört er auf und fängt wieder an.‘ So hörten alle weg. Erst auf Nachfragen wird den Teilnehmern der Supervisionsrunde bewusst, dass er nie über Ängste, Schrecken und eigene Taten berichtete (d.h. über den anderen Teil seiner Geschichte).“ (Radebold, 2009, S. 186)

Die Bewältigungsstrategie dieses Klienten liegt also in der Verdrängung seiner Ängste und Schrecken sowie in der Bagatellisierung des Kriegs an sich.

Neben der Verdrängung von Erlebnissen kann auch ein Wiedererleben von Kriegserfahrungen stattfinden, wie folgendes Fallbeispiel zeigt.

„Ein über 90-jähriger Vater - auch in der Endphase seiner Erkrankung zuhause gepflegt - wusste in den letzten fünf Tagen nicht mehr, dass er zuhause in seiner Familie war, sondern in bestimmten, der Familie unbekanntem Situationen aus dem Krieg. Er erlebte das Überrollen durch russische Panzer mit vielen Verletzten und Toten und starb schließlich mit allen Anzeichen panischen Schreckens.“

(Radebold, 2009, S. 187)

Dieses Beispiel zeigt, dass Traumareaktivierungen nicht nur Einfluss auf das Erleben und Verhalten der Klienten, sondern auch auf ihre Gesundheit haben können. In diesem führte die Traumareaktivierung sogar zum Tod.

Aktuelle in den Medien berichtete Kriegereignisse sind in der Lage, frühere Kriegstraumata wiederaufleben zu lassen. Radebold (2009) beschreibt dieses Phänomen anhand der Berichterstattung der kriegerischen Konflikte in Südosteuropa.

„Ein über 80-jähriger Mann im Heim erlebt am Fernseher die Kampfhandlungen in Serbien mit (Bombenangriffe, Beschuss, Flüchtlingsströme). Parallel zu seiner schnell fortschreitenden Krebserkrankung verstummt er immer mehr und schweigt schließlich bis zum Lebensende, auch gegenüber den ihm bekannten und vertrauten Pflegekräften. Diese allmählich verstummenden Männer gelten als sehr typisch.“

(Radebold, 2009, S. 186)

Neben den in den Fallbeispielen aufgezeigten Phänomenen, wird das Pflegepersonal im Umgang mit kriegstraumatisierten älteren Menschen mit folgenden Situationen konfrontiert:

- Die Abhängigkeit bei der Körperpflege, besonders bei der Intimpflege, ruft Gefühle der Hilflosigkeit und Scham hervor. Die Menschen erinnern sich dabei an eigene Vergewaltigungen oder Vergewaltigungen von Familienmitgliedern. Es kommt zu panikartigen Angstzuständen oder aggressiver Gegenwehr.

- Abhängigkeiten bei der Ernährung rufen Erinnerungen an Hungernöte oder an erzwungene Nahrungsaufnahme wach. Pflegepersonen werden dabei unfreiwillig zu Tätern, wenn sie gegen den Willen der zu pflegenden Person handeln müssen.
- Um die eigene Hilfsbedürftigkeit zu verleugnen kann es vorkommen, dass ältere Menschen gegen die Pflegekraft arbeiten. Sie möchten die Kontrolle behalten und üben daher Macht gegen den Pflegenden aus. Dies kann so weit gehen, dass das Personal regelrecht terrorisiert wird. Es entsteht also ein Teufelskreis, so dass die Opfer von Traumatisierungen schließlich selber wie Täter auftreten.
- Rassistische oder „ideologie-verherrlichende“ Kommentare stellen insbesondere in Beziehungen zu Pflegekräften anderer Nationalitäten ein Hindernis dar.
(Radebold, 2009)

7.4.1. Unterstützungsmöglichkeiten der Pflege für Kriegskinder im Alter

Die Kriegskinder von damals sind heute mindestens 65 Jahre alt.

Sie befinden sich also im dritten Lebensalter, das vom 65. bis zum 85. Lebensjahr reicht. Dieser Lebensabschnitt ist im Allgemeinen von vergleichsweise guter psychischer und körperlicher Gesundheit geprägt. Spätestens im darauf folgenden vierten Lebensalter entwickeln sich jedoch immer mehr Einschränkungen, Krankheiten und Behinderungen, die in weiterer Folge dazu führen, dass die älteren Menschen in größerem Ausmaß auf Pflege angewiesen sind, beziehungsweise sein werden. Einige Betroffene der Kriegsgeneration sind aber auch heute schon pflegebedürftig. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig und möglich schon jetzt Erfahrungen im pflegerischen Umgang mit Kriegskindern zu sammeln (Radebold et al., 2006).

Wie bereits beschrieben, kommt es im Alter zu verschiedenen Verlusten, die den Menschen unweigerlich in eine gewisse Abhängigkeit führen. Es treten Situationen auf, vor denen auch Personen Angst haben, die keine Kriegsoffer waren. Bei den Kriegskindern aber sind diese Gefühle der Hilflosigkeit, Einsamkeit, Ohnmacht und des Ausgeliefert-Seins direkt mit ihrer schlimmen Vergangenheit verbunden und wirken daher noch viel bedrohlicher auf sie (Radebold et al., 2006).

Soll ein älterer jüdischer Mann etwa, der die Verfolgung durch die Nationalsozialisten überlebt hat, und die Beweggründe dieser Aktion in dem Moment nicht erfassen kann, geduscht werden, können in ihm fürchterliche Erinnerungen aufsteigen.

Altersbedingte Einschränkungen der Sinnesorgane oder durch Krankheiten hervorgerufene kognitive Einschränkungen münden häufig in einer falschen Einschätzung von Pflegemaßnahmen oder Situationen. Diese Fehlinterpretationen haben einen biografischen Hintergrund. Wenn das Gedächtnis in seiner Funktion gestört ist, rückt das Langzeitgedächtnis in den Vordergrund, und belastende Kindheitserinnerungen zum Beispiel dominieren das Erleben. Gedächtniseinschränkungen und Orientierungsschwierigkeiten resultieren in Angst und Unruhe. Diese Angst wiederum löst regressives Verhalten aus (Radebold et al., 2006) und „Pfleger werden als Verfolger oder als mütterlich schutzgebende Personen wahrgenommen“ (Radebold et al., 2006, S. 220).

Vor allem bei kognitiv eingeschränkten Menschen ist es wichtig, eine sichere Umgebung zu schaffen und stabile Beziehungen aufzubauen.

Dies ist gerade im Pflegeheim-Setting eine besonders herausfordernde Aufgabe (Radebold, 2009).

7.4.2. Konkrete Pflegemaßnahmen und Anweisungen bei älteren Personen mit Kriegstraumata:

Um die Reaktivierung von erlebten Kriegstraumata im Alter zu vermeiden, können konkrete Pflegemaßnahmen zur Anwendung kommen, die Radebold (2009) in einer Übersicht zusammengestellt hat. Den Klienten müssen Sinn und Zweck der Pflegemaßnahmen erklärt werden, die nicht in der Dämmerung oder gar in der Nacht, nicht allein und nicht von unbekanntem Personen durchgeführt werden sollten. Die individuellen Schamgrenzen der traumatisierten Personen müssen respektiert und eingehalten werden. Das gilt auch für Körperpflegeinterventionen. Zur Wahrung der Intim- und Privatsphäre muss zumindest ein Sichtschutz vorhanden sein. Nur so kann sich der Klient oder die Klientin sicher fühlen. Vor allem Frauen können sensibel auf Umarmungen oder sonstige Berührungen reagieren, daher ist es wichtig, diese um Einverständnis zu bitten. Auch im Umgang mit Kriegstraumata gilt die Bezugspflege als am besten geeignete Pflegeorganisation. Es muss darauf geachtet werden, dass die Bezugspfleger möglichst nicht wechseln und (junge) Männer nicht ohne weiteres, noch dazu in der Nacht, eingesetzt werden. Bei „ungewöhnlichen“ Reaktionen ist es notwendig, die Pflegemaßnahme zu stoppen

und nachzufragen, was los sei und ob gerade etwas geschähe, das der oder die Gepflegte nicht möchte. Pflegepersonen sollten in solchen Situationen nicht mit Panik oder Schuldgefühlen reagieren und nicht versuchen, die Hintergründe dieser Verhaltensweisen zu erklären. Die Betroffenen dürfen aber auf keinen Fall einfach allein gelassen werden und das Vorgefallene muss später besprochen werden. Gespräche über frühere traumatische Erfahrungen können auch während der Pflegemaßnahmen geführt werden, wenn genug Zeit dafür da ist. Ist das nicht der Fall, sollte ein späterer „Termin“ gefunden und eingehalten werden (Radebold, 2009).

7.4.3. Ambulante Pflege von älteren Personen mit Kriegstraumata

Ambulante Pflege beinhaltet für die Pflegeperson immer das Eintreten in eine vorerst völlig fremde Welt. Sie weiß nichts über die Regeln, Gesetze und Gepflogenheiten der Klienten und darüber wie die Beziehungen zu anderen Menschen aussehen. Auch die Biografie des Gegenübers ist ihr noch nicht bekannt (Radebold, 2009).

Dennoch gibt es bestimmte Hinweise, die auf eine entsprechende Vergangenheit und somit auf die traumatischen Erlebnisse im Krieg hindeuten können. Zu diesen Hinweisen gehört der Besitz einer großen Anzahl an Fotos, Büchern und Bildbänden über den Zweiten Weltkrieg, Heimatschriften oder spezielle Landschaftsbilder. Zudem führen im Krieg traumatisierte Personen oft eine sehr sparsame bis spartanische Lebensweise, obwohl eigentlich genug Geld vorhanden wäre. So sparen sie bei der Beleuchtung, beim Heizen sowie am Stromverbrauch. Auch Essensreste im Kühlschrank oder in der Speisekammer unterstreichen diese Sparsamkeit ebenso wie unzureichende Mengen an Körperpflegeartikeln im Badezimmer. Die Klientinnen und Klienten legen zudem oft vorsichtige oder sogar misstrauische Verhaltensweisen gegenüber dem Pflegepersonal sowie gegenüber anderen Fremden an den Tag. Fragt man sie nach ihren Schlafgewohnheiten, berichten sie von Schlafstörungen, Hochschrecken und Alpträumen. Auch die Vermeidung von Fernsehsendungen, in denen es um Krieg und Gewalt geht, kann als Hinweis auf eine Traumatisierung durch Kriegserfahrungen gelten. Um nicht in Abhängigkeiten zu geraten, lehnen diese Menschen wichtige Versorgungs- und Pflegemaßnahmen ab. Sie beharren dabei auf ihre Selbstbestimmung. Damalige

politische Ansichten und Ideale, die mit der Zeit des Nationalsozialismus in Verbindung stehen, können oftmals nur schwer losgelassen werden (Radebold, 2009).

7.4.4. Schlussfolgerungen für die Pflege von im Krieg traumatisierten Personen

Viele der angeführten Verhaltensweisen sind nicht nur seltsam oder störend, sondern werden bei größer werdender Pflegebedürftigkeit sogar unerträglich und wirken sich negativ auf das Wohlbefinden des Klienten aus. Wenn die Pflegekraft über den Lebenslauf des oder der Gepflegten Bescheid weiß, kann sie seine oder ihre Reaktionen besser begreifen, sich in ihn oder sie leichter hineinversetzen und so vielleicht langsam diese Verhaltensweisen verändern (Radebold, 2009).

In Anbetracht der Tatsache, dass schon jetzt, und in den nächsten Jahren verstärkt, Kriegskinder einen großen Anteil der Klientinnen und Klienten ausmachen und ausmachen werden, ist es von besonderer Bedeutung, dass sich das Pflegepersonal im Rahmen seiner Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung, Sensibilität, Empathie und Wissen über psychodynamische Prozesse in der Pflegebeziehung aneignet, vor allem hinsichtlich Übertragungs- und Gegenübertragungspänomene. Dafür braucht es verstärkt Biografiearbeit und Wissen im Bereich der Psychotraumatologie. Auch historische Hintergrundkenntnisse und die Reflexion der eigenen Vorstellungen, Erwartungshaltungen und Einstellungen sind dabei sehr wichtig (Radebold et al., 2006).

8. Diskussion

In der gegenwärtigen Literatur ist die PTBS vor allem bei Kindern und Jugendlichen sowie bei jungen Erwachsenen gut erforscht. In diesem Bereich gibt es zahlreiche Studien, die aber in diesen Review keinen Eingang gefunden haben, weil das Thema der Arbeit „Posttraumatische Belastungsstörung und Traumareaktivierung im Alter“ ist. Für die PTBS und andere Traumafolgeerscheinungen im Alter gibt es wenig Literatur. Dieser Mangel an Literatur kann jedoch nicht dadurch kompensiert werden, dass Untersuchungen, die an Kindern durchgeführt wurden, einfach ohne Weiteres auf ältere Menschen übertragen werden.

Durch ihr Alter, ihre Erfahrung und andere Faktoren unterscheiden sie sich möglicherweise in ihren Bewältigungsstrategien und auch hinsichtlich des Symptomverlaufs posttraumatischer Reaktionen von jüngeren Personen (Kuwert & Knaevelsrud, 2009).

Auch historische und kulturelle Differenzen stellen ein Hindernis bei der Übertragung von jungen auf alte Menschen dar.

Während des Zweiten Weltkriegs sind Kinder zum Beispiel ganz anders aufgewachsen als heute, weil ihre Umwelt von anderen Faktoren geprägt war. Zudem basierten die damaligen Erziehungsmethoden auf dem zu der Zeit vorherrschenden Kinderbild und dem vom Nationalsozialismus geprägten Erziehungsideal (Radebold, 2009).

Zur PTBS und den anderen Traumafolgen im Alter ist also wenig Literatur vorhanden, wenn dann nur im Hinblick auf Kriegstraumata, wobei hier hauptsächlich aktuelle Querschnittstudien vorliegen. Längsschnittstudien fehlen komplett, mit Ausnahme einer einzigen Studie von Port et al. (2001), die allerdings retrospektiv ist, sodass keine Verläufe von posttraumatischen Symptomen festgemacht werden konnten. Daher wären Längsschnittstudien für die Pflege äußerst relevant, weil immer mehr der betroffenen Menschen gepflegt werden müssen und auf Hilfe angewiesen sind.

Zudem ist es für die heute alten Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer häufig schwierig, sich zu erinnern, wie die Symptome vor Jahren gewesen sind. Zum einen, weil viel Zeit zwischen der Traumatisierung und den heutigen Symptomen liegt, zum

anderen auch begründet in möglichen kognitiven Störungen (Kuwert & Knaevelsrud, 2009).

Viele Betroffene bringen die posttraumatischen Beschwerden von heute auch nicht mit den Geschehnissen von damals in Verbindung, wodurch die wahren Hintergründe oft unerkannt bleiben. Oder sie erkennen die posttraumatischen Reaktionen nicht als solche, weil es damals in der Kriegs- und Nachkriegszeit „normal“ war Schreckliches zu erleben (Radebold, 2009).

Aus neueren Studien geht jedoch klar hervor, dass vor allem Kriegstraumata und Traumatisierungen durch sexualisierte Gewalt in der Vergangenheit bis heute, Jahrzehnte später, schlimme Auswirkungen auf Wohlbefinden, Lebensqualität und die psychische sowie auch die körperliche Gesundheit haben.

Gerade deswegen ist es in der täglichen Pflegepraxis von besonderer Bedeutung, gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten die Identifikation und Aufarbeitung traumatischer Erlebnisse in den Mittelpunkt zu stellen.

Da es für die Pflege unbedingt notwendig ist, über PTBS und Traumareaktivierung im Alter Bescheid zu wissen, war es Ziel dieser Arbeit, Wissen über Traumafolgen im Alter zu sammeln und bereitzustellen.

Das Pflegepersonal soll die Biografien der Menschen möglichst gut kennen und wissen, wie man posttraumatischen Reaktionen im Pflegealltag begegnen kann (Anderson et al., 2011). Durch ausführliche Anamnesegespräche beispielsweise kann das Pflegepersonal wichtige Auskünfte über die Lebensläufe der Klientinnen und Klienten und somit über traumatische Erfahrungen in deren Vergangenheit bekommen. Somit können diese Informationen adaptiv für die Pflegeplanung genutzt werden.

Folgende Fragestellungen wurden am Beginn der Arbeit formuliert und sollen nun nochmals aufgegriffen und zusammenfassend beantwortet werden:

8.1. Was ist unter dem Begriff Trauma zu verstehen?

Ausgehend von den gefunden Definitionen (Gschwend, 2002; Maercker, 1997; Fischer & Riedesser, 2003; ICD-10-GM, 2013), kann schlussfolgernd ein Trauma als ein außergewöhnlich schlimmes Erlebnis gesehen werden, das in seiner Intensität

alle bisherigen Erfahrungen eines Menschen weit übertrifft und in vielen Fällen dadurch seine Bewältigungsfähigkeiten überfordert.

Es handelt sich dabei auch um Geschehnisse, die oft nicht berechenbar, nicht vorstellbar und schockierend sind, sodass man sich nicht darauf vorbereiten kann. In dieser Hinsicht unterscheidet sich ein Trauma also von sogenannten „schwierigen Lebensereignissen“, die Teil unseres Lebens sind und jeden irgendwann treffen können.

Diese Abgrenzung ist einerseits wichtig, um nicht jedes Problem sofort als Trauma zu bezeichnen (Wendt, 2011), andererseits darf die Individualität des jeweiligen Menschen nicht außer Acht gelassen werden. Ein Erlebnis, das man selber zwar schrecklich findet, aber das man überwinden oder verarbeiten kann, kann andere Personen möglicherweise komplett überfordern und aus der Bahn werfen (Gschwend, 2006). Dieses Beispiel macht wiederum deutlich, dass nicht klar und objektiv beantwortet werden kann, ob ein Trauma nun das Geschehen oder die Situation selbst meint, oder das, was es schlussendlich im betroffenen Menschen auslöst (Wendt, 2011). Dadurch, dass jeder Mensch anders mit schlimmen und furchtbaren Erlebnissen umgeht, ist es aber naheliegend, die davon ausgelösten Folgen dessen als Trauma zu bezeichnen.

8.2. Welche verschiedenen Traumaarten gibt es?

Traumata können zum einen in lang- und kurzdauernde unterschieden werden, zum anderen in „zufällige“ beziehungsweise katastrophenartige oder „man-made-disasters“, also von Menschen verursachte (Maercker, 1997).

Generell kann davon ausgegangen werden, dass dabei langdauernde oder wiederholte und von Menschen ausgelöste meist schwerwiegendere Folgen haben als die anderen (Maercker, 1997). Jedoch können hier keine Pauschalisierungen gemacht werden, es muss immer der Einzelfall betrachtet werden, um den zu pflegenden Individuen angemessen begegnen zu können.

8.3. Welche direkten Traumafolgen können auftreten?

Es ist normal, direkt nach dem traumatisierenden Erlebnis auf dieses mit verschiedenen psychischen oder auch körperlichen Symptomen zu reagieren. Diese Symptome und Reaktionen sind oft sogar sinnvoll und helfen den Betroffenen das Erlebte zu verarbeiten.

Wenn diese Anzeichen aber über längere Zeit anhalten und nicht mehr verschwinden, wenn sie die Betroffenen zunehmend in ihrer Lebensqualität einschränken und somit einen großen Leidensdruck in ihnen verursachen, kann von einer Störung ausgegangen werden. Die häufigste und meistbeschriebene nach dem Trauma auftretende, ist die PTBS (Butollo, 1999; Resick, 2003).

Diese wird in den Klassifikationssystemen des ICD-10 und des DSM-IV definiert und beschrieben. Bei besonders schrecklichen, sehr lang andauernden, wiederholten oder besonders früh auftretenden Traumata kann es darüber hinaus zu einer Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung kommen (Maercker, 1997).

Weiters gibt es die Möglichkeit einer Partiellen Posttraumatischen Belastungsstörung. Hierbei treten auch besonders belastende Symptome auf, die jedoch nicht die Diagnosekriterien einer voll ausgeprägten PTBS erfüllen. Diese Form tritt relativ häufig auf und sollte deshalb nicht unterschätzt werden (Mylle & Maes, 2004). Die Partielle PTBS hat bis dato in kein Klassifikationssystem Eingang gefunden und ist deshalb vielen Pflegenden gar nicht bekannt. Zwar haben die klassischen Klassifikationssysteme durchaus ihre Berechtigung, da sie gewisse Störungen festhalten und so überhaupt erst ihre Existenz erkenntlich machen. Auch für die Krankenkassen dienen sie als Grundlage zur Bewertung des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit. Jedoch ist zu bedenken, dass in diesen allgemeinen Klassifikationssystemen nicht alle Symptome erfasst werden können, und keine Rücksicht auf individuelle Ausprägungen der Traumafolgeerscheinungen genommen werden kann. Das gilt für die psychiatrische Diagnose genauso wie für die Pflegediagnose Posttraumatisches Syndrom. Bei einer übermäßigen Konzentration auf diese Klassifikationen kann es dazu kommen, dass Störungsbilder wie die Partielle PTBS unerkannt bleiben, da ihre Symptome nicht darin aufgenommen sind. Generell sollte die Frage bedacht werden, ob die Stellung einer Diagnose überhaupt

zielführend ist, weil sie keine individuelle Betrachtung zulassen und somit häufig zu einem Wissensverlust führen (Borst, 2003).

8.4. Welche Auswirkungen kann ein frühes Trauma nach Jahrzehnten haben?

Die PTBS kann chronisch werden und bleibt in manchen Fällen ein ganzes Leben lang, und so auch bis ins Alter mehr oder weniger symptomreich vorhanden (Maercker, 1997). Dabei können sich die Symptome aus verschiedenen Gründen immer wieder verschlimmern, so beispielsweise durch verschiedene Stressoren, die im Alter vermehrt auftreten, wie Mobilitätseinschränkungen, finanzielle Schwierigkeiten, der Verlust von wichtigen sozialen Kontakten, Relokation, körperliche Krankheiten, sensorische Einschränkungen, Wechsel- oder Nebenwirkungen von Medikamenten, Verwitwung, Austritt aus dem Arbeitsleben oder kognitive Störungen (Kuwert & Knaevelsrud, 2009) sowie Jahrestage des Traumas, Veränderung der Lebensumstände, zusätzlich auftretende Belastungen oder gar weitere traumatische Erlebnisse, verschiedene Erkrankungen, Verluste von körperlichen Funktionen, Verluste von nahestehenden Menschen, Rollenwandel im Arbeitsbereich, im sozialen Bereich oder in der Familie (Maercker, 1997). Für die Pflege stellt sich hier besonders die Frage, wie einer Posttraumatischen Belastungsstörung begegnet werden kann, wenn sie schon über Jahrzehnte besteht und den Alltag der Pflegebedürftigen komplett vereinnahmt hat. Hier wären Konzepte zur Betreuung wünschenswert, die in der Praxis umgesetzt werden können, um die Lebenssituationen der Betroffenen zu verbessern.

8.5. Welche verschiedenen Bezeichnungen für Traumafolgestörungen gibt es?

In der Fachliteratur gibt es verschiedene Begriffe für die jeweiligen Traumafolgen im Alter. Dazu gehören:

8.5.1. Die chronische PTBS

Bei einer chronischen PTBS sind die Symptome über einen längeren Zeitraum, manchmal sogar das ganze Leben lang, vorhanden. Durch verschiedene Trigger

oder Stressoren können die Reaktionen ausgelöst oder verstärkt werden (Kuwert & Knaevelsrud, 2009; Maercker, 1997).

8.5.2. Die verzögerte PTBS

...die delayed-onset PTSD beziehungsweise late-onset PTSD: Diese Begriffe bezeichnen jeweils ein und dasselbe Phänomen. Bei dieser „Störung“ ist es so, dass direkt nach dem Trauma keine PTBS-Symptome auftreten, insbesondere kein Vollbild der PTBS. Das heißt, dass die Betroffenen Menschen sehr lang vom Trauma unberührt leben. Es kommt dann aber durch Reize und normative Lebensereignisse, die vor allem im Alter gehäuft auftreten, zu einer Aktivierung des früheren Traumas und die Menschen beginnen plötzlich an posttraumatischen Symptomen zu leiden (Hiskey et al., 2008). Zu diesen Reizen und normativen Lebensereignissen zählen die oben genannten Trigger und Stressoren (Kuwert & Knaevelsrud, 2009; Maercker, 1997). Die verzögerte PTBS ist eine vergleichsweise selten auftretende Traumafolgestörung (Port et al., 2001), wobei hier keine sicheren Schlüsse gezogen werden können, weil sie bis jetzt nur wenig untersucht worden ist.

8.5.3. Die reaktivierte PTBS

...die reactivated PTSD und die Traumareaktivierung: Der Begriff der Traumareaktivierung wurde von Heuft (1999) geprägt. Auch hier gibt es mehrere Bezeichnungen für eine „Störung“, wobei der Begriff der Traumareaktivierung nicht gleichzeitig das Vorliegen einer PTBS impliziert.

Unter einer reaktivierten PTBS versteht man quasi eine wiederkehrende PTBS-Symptomatik. Das heißt, dass der betroffene Mensch direkt nach dem Trauma schon einmal mit posttraumatischen Symptomen zu kämpfen hatte. Nach dieser Phase, in der verschiedene Belastungen, vielleicht sogar eine voll ausgeprägte PTBS, vorhanden waren, folgt eine längere Latenzphase, in der praktisch keine Symptome auftreten. Ausgelöst durch verschiedene (altersbezogene) Trigger und Stressoren (Kuwert & Knaevelsrud, 2009; Maercker, 1997) kommt es aber auch hier dann, oft erst Jahrzehnte später, zu einem neuerlichen Ausbruch von posttraumatischen Symptomen.

8.5.4. Die LOSS

Es gibt zwei relevante Studien von Davison et al. (2006) und King et al. (2007), die sich ausführlich mit dieser Traumafolgeerscheinung beschäftigen.

Die LOSS ist ein eigenes Phänomen, das zwar gewisse Ähnlichkeiten mit den anderen beschriebenen Folgen aufweist, jedoch ist sie bis jetzt nur in Zusammenhang mit Kriegstraumata untersucht worden. Bei der LOSS werden klinisch relevante Leiden oder Funktionsstörungen im Gegensatz zur delayed-onset PTSD nicht vorausgesetzt. Außerdem muss nicht zwingend ein traumatisches Erlebnis vorhanden gewesen sein, sondern intrapersonelle Faktoren und kontextuelle Merkmale sind für die Entwicklung einer LOSS ausschlaggebend (Davison et al., 2006).

8.5.5. Komorbide Beschwerden

Zusätzlich zu diesen vorwiegend PTBS-artigen Symptomen können verschiedene komorbide Beschwerden auftreten. Diese können körperlicher, somatoformer oder ebenfalls psychischer Natur sein und erschweren meist auch die Diagnose einer vorliegenden Posttraumatischen Belastungsstörung (Flatten et al., 2004; Glaesmer et al., 2012; Noll-Hussong et al., 2012; Owens et al., 2005). Anstatt einer reinen Symptombehandlung, ist es wichtig, die Kausalität der Anzeichen zu ergründen, um der PTBS adäquat zu begegnen.

8.6. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede gibt es in Bezug auf diese Traumafolgestörungen?

Unterschiede bei den verschiedenen Traumafolgeerscheinungen gibt es in Hinsicht auf den „Ausbruchszeitpunkt“, die Dauer und teilweise auch die Symptomschwere. Des Weiteren tritt die verzögerte PTBS zum Beispiel seltener auf als etwa die reaktivierte PTBS (Port et al., 2001).

Gemeinsamkeiten ergeben sich in jedem Fall im Bezug auf die Auslöser (Stressoren und Trigger) und die Art der Symptome der jeweiligen Störungen. Außerdem kann bei allen diesen Störungen ein großer Leidensdruck entstehen und erhebliche

Einschränkungen in der Lebensqualität und im Wohlbefinden der betroffenen Personen können erzeugt werden.

8.7. Was versteht man unter einer Traumareaktivierung?

Bei der Traumareaktivierung tauchen früher schon einmal aufgetretene posttraumatische Symptome wieder auf. Die vor dem Wiederausbruch der traumabezogenen Beschwerden vorhandene Latenzphase kann sogar Jahrzehnte dauern. Im Unterschied zur reaktivierten PTBS wird bei der Traumareaktivierung nicht automatisch das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung als solche vorausgesetzt. So können zum einen auch nur einzelne PTBS-Symptome (Wiedererleben, Vermeidung, Hyperarousal) reaktiviert werden, oder zum anderen auch komplett andere, zum Beispiel körperliche Beschwerden auftauchen (Heuft, 1999, 2000).

Für die Pflege ist es relevant, herauszufinden, ob bereits zuvor posttraumatische Reaktionen auf vergangene Traumatisierungen aufgetreten sind, da in diesem Fall die Gefahr einer erneuten Traumareaktivierung weiterhin gegeben ist.

Außerdem soll das Pflegepersonal darüber informiert sein, wie die Klientinnen und Klienten bisher ihre traumatischen Erlebnisse verarbeitet haben, um diese Bewältigungsstrategien als Ressourcen in die Pflege einfließen zu lassen (Radebold, 2009; Böhmer 2005).

8.8. Welche Risikogruppen können identifiziert werden?

Ein Trauma an sich kann entgegen der landläufigen Meinung jeden Menschen treffen. Da aber nicht alle Menschen in gleicher Weise auf ein solches traumatisches Erlebnis reagieren, entwickeln nicht alle Individuen auch eine Traumafolgestörung.

Es gibt aber gewisse Risikogruppen, die eine erhöhte Wahrscheinlichkeit diesbezüglich aufweisen wie Opfer von interpersoneller Gewalt, Menschen, die im Krieg gedient haben oder ihn überlebt haben, Einwanderer sowie Opfer von Naturkatastrophen oder technischen Katastrophen (Graziano, 2004).

Traumatisierungen, die besonders oft lebenslange Konsequenzen für die Opfer nach sich ziehen, sind dabei Kriegstraumata und Traumata durch sexuelle Gewalt, die deshalb in dieser Diplomarbeit besonders berücksichtigt wurden.

9. Schlussfolgerungen und Implikationen

9.1. Welche Informationen sind für die Pflegepraxis besonders relevant?

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es zwar schon recht umfangreiches Grundlagenwissen zur Thematik der PTBS gibt, dieses aber aus den verschiedensten Gründen noch selten in der Pflegepraxis zur Anwendung kommt.

Daher ergeben sich eine Reihe von Implikationen, die in der Folge dargestellt werden.

Es hat sich gezeigt, dass Pflegende leider häufig viel zu wenig über die Biografie der Klientinnen und Klienten wissen. Deshalb ist es besonders wichtig, diesen Missstand zu beseitigen. Fragebögen sind zwar eine Möglichkeit, aber häufig muss man die Menschen wirklich direkt nach potentiellen Traumatisierungen fragen.

In der Generation der heute älteren Menschen gestaltet sich dieses Unterfangen allerdings häufig besonders schwierig, weil sie es in ihrer Kriegs- oder Nachkriegs-kindheit nie gelernt haben, über psychische Beschwerden und Gefühle zu sprechen, und weil sie sich selbst meist gar nicht als traumatisiert erleben (Radebold, 2009; Borst, 2007). Oft werden von den Klientinnen und Klienten nur die somatischen Symptome wahrgenommen und zur Sprache gebracht.

Darüber hinaus schämen sich viele sexuell traumatisierte Frauen bis heute über ihre Vergangenheit zu sprechen (Böhmer, 2005).

Es ist natürlich immer wichtig, eine sichere, vertrauenswürdige Umgebung zu schaffen, aber in Verbindung mit früheren Traumatisierungen ist es sogar essenziell. Daher ist die Bezugspflege als Form der Pflegeorganisation besonders gut geeignet. Sensibilität und Individualität im Umgang mit den Betroffenen steht an oberster Stelle (Böhmer, 2005; Radebold, 2009).

Ein weiterer Aspekt, in dem in der Praxis Nachholbedarf besteht, ist die professionelle Versorgung von Betroffenen oder Risikogruppen. So ist es besonders

wichtig, dass bereits vorhandenes Wissen in der Aus- und Weiterbildung auch Einzug findet.

Hier geben vor allem Martina Böhmer (2005, 2012) und Hartmut Radebold (2006, 2009) in ihren Arbeiten wertvolle Tipps und konkrete Anweisungen für den Umgang mit traumatisierten älteren Menschen.

Die Wahrung der Privat- und Intimsphäre stellt dabei vor allem bei Opfern sexualisierter Gewalt eine dringende Notwendigkeit dar. Wichtig ist es auch, Pflegehandlungen, die aktuell bei der Patientin oder dem Patienten ungewöhnliche Reaktionen auslösen, sofort zu unterbrechen und später darüber zu reden (Böhmer, 2005).

Die Pflegediagnose „Posttraumatisches Syndrom“ (NANDA, 2010) ist den meisten Pflegenden noch immer unbekannt.

Generell sollten die verschiedenen Traumafolgestörungen und die Pflegediagnose unbedingt in der Aus- und Weiterbildung thematisiert werden. Nicht nur um den Klientinnen und Klienten ein angenehmeres Leben zu ermöglichen, sondern auch um den Pflegenden selbst die Arbeit mit den Betroffenen zu erleichtern.

Weiters gibt es für alte Menschen noch immer zu wenige Möglichkeiten der psychischen Betreuung. Eine Psychotherapie wird in vielen Fällen gar nicht erst in Erwägung gezogen, weil entweder die psychischen Probleme nicht als solche erkannt werden oder weil eine Therapie zu teuer wäre (Böhmer, 2005).

Angesichts des zusätzlichen Personalmangels in den meisten Pflegeeinrichtungen gestaltet sich die Arbeit mit traumatisierten Menschen doppelt schwierig (Böhmer, 2005).

Daher muss hier dringend Entlastung für alle Beteiligten herbeigeführt werden. Zum einen durch zusätzliches und geschultes Personal, zum anderen aber sollte auch verstärkt die Zusammenarbeit mit Psychologinnen und Psychologen sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern forciert werden, um so etwas Druck von den Patientinnen und Patienten und den Pflegepersonen abwenden zu können.

9.2. Welche Implikationen lassen sich für die Pflegewissenschaft ableiten?

Mittlerweile gibt es relativ viele Untersuchungen, die sich mit traumatisierten Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen beschäftigen. Der Forschungsstand zum Thema „frühe Traumatisierung und ihre Folgen im Alter“ ist leider noch immer unzureichend. Wenn man sich vor Augen hält, dass es sehr wahrscheinlich ist, im Laufe eines Lebens eine traumatische Erfahrung zu machen, und dass die Bevölkerung immer älter wird, ist dieser Zustand eigentlich unverständlich.

Betrachtet man die vorhandene Literatur zum Thema Pflege, so ist die Situation noch ernüchternder. Hier sind es hauptsächlich Böhmer (2005, 2012) und Radebold (2006, 2009), die sich genauer mit der Thematik beschäftigen und Implikationen und Anweisungen für die Pflegepraxis geben. Diese Arbeiten basieren allerdings hauptsächlich auf den persönlichen Erfahrungen und Beobachtungen der Autoren und nicht auf wissenschaftlichen Untersuchungen. Auch hier werden die Notwendigkeit und das Postulat an die Forschung deutlich, zusätzliche Studien durchzuführen, um der Pflege eine gesicherte Grundlage für den Umgang mit Traumafolgeerscheinungen im Alter zu geben.

9.3. Fazit und Ausblick

Da die vorhandene Literatur für die Pflegepraxis zwar ein guter Anfang ist, aber nur einen Bruchteil der wichtigen Aspekte abdeckt, ist es von besonderer Bedeutung, dass in Zukunft mehr Forschung zu Traumareaktivierung und PTBS im Alter betrieben wird.

An dieser Stelle sind vor allem Längsschnittstudien erstrebenswert, um einen tieferen Einblick in die jeweiligen Symptomverläufe bieten zu können.

In Anbetracht der weltweiten kriegerischen Auseinandersetzungen ist der Forschungsstand im Bereich „Kriegskindheit und deren Folgen im Alter“ mehr als unzulänglich. Es besteht also dringender Forschungsbedarf (Kuwert, 2007) im Bereich Prävention und Intervention, um zum einen den „Schaden“ zukünftig möglichst gering zu halten, und zum anderen, um die Betroffenen im Alter besser verstehen und unterstützen zu können.

Da sich viele Personen aus der Weltkriegsgeneration in Pflege befinden, und da zudem auch sexualisierte Gewalt eine häufig vorkommende Traumatisierung darstellt, ist es wichtig, dass das Pflegepersonal mit dieser Zielgruppe umzugehen weiß.

Der gegenwärtige Zustand der Pflegeaus- und -weiterbildung stellt hierfür jedoch keine guten Grundlagen zur Verfügung, weil das Thema meist gar nicht im Lehrplan enthalten ist.

Auch die Pflegediagnose „Posttraumatisches Syndrom“ (NANDA, 2010) ist in der Praxis weitgehend unbekannt und daher auch nicht in Verwendung. Deswegen ist es ein wichtiges Anliegen den Bekanntheitsgrad dieser zu erhöhen und ein Bewusstsein für traumatisierte ältere Menschen zu schaffen, um diese in Zukunft besser betreuen zu können.

Gerade in Anbetracht der Überalterung der Gesellschaft, ist es von großer Bedeutung, dass die Pflege auf diese Entwicklung reagiert, weil es sehr wahrscheinlich ist, im Laufe eines Lebens eine oder mehrere traumatische Erfahrungen zu machen.

Retraumatisierungen können durch das notwendige Wissen und Sensibilität im Umgang mit den Betroffenen verhindert werden, wodurch Lebensqualität und Wohlbefinden der älteren Personen enorm gesteigert werden würden (Schönhof, 2012).

Diese Arbeit soll einen ersten Anstoß in diese Richtung geben.

10. Literaturverzeichnis

Anderson, K., A., Fields, N. I. & Dobb, L., A. (2011). Understanding the impact of early-life trauma in nursing home residents. *Journal of Gerontological Social Work*, 54 (8), 755-767. doi: 10.1080/01634372.2011.596917.

Arolt, V. & Kersting, A. (2010). *Psychotherapie in der Psychiatrie. Welche Störung behandelt man wie?* Berlin: Springer Verlag.

Becker-Nehring, K., Witschen, I., Bengel, J. (2012). Schutz- und Risikofaktoren für Traumafolgestörungen. Ein systematischer Review. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 41 (3), 148-165. doi: 10.1026/1616-3443/a000150.

Berntsen, D. & Rubin, D.C. (2006). Flashbulb memories and posttraumatic stress reactions across the life span: Age-related effects of the German occupation of Denmark during World War II. *Psychology and Aging*, 21 (1), 127-139. doi: 10.1037/0882-7974.21.1.127.

Boe, H.J., Holgersen, K.H. & Holen, A. (2010). Reactivation of posttraumatic stress in male disaster survivors: The role of residual symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24 (4), 397-402. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.02.003>.

Böhmer, M. (2005). *Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen: Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit* (3. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Böhmer, M. (2012). Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit. *Sozial Extra*, 36 (5-6), 29-31.

Borst, J. (2007). Nachbeben des Krieges. Wenn Kriegskinder in die Jahre kommen. *Wege zum Menschen*, 59, 447-460.

Borst, U. (2003). Diagnostik und Wissen in der psychiatrischen Klinik: Bis wohin nützlich, ab wann hinderlich? *Familiendynamik*, 28 (2), 201-218.

Böttche, M., Kuwert, P. & Knaevelsrud, C. (2012). Posttraumatic stress disorder in older adults: an overview of characteristics and treatment approaches. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 27, 230–239. doi: 10.1002/gps.2725.

Brauchle, G. (2011). Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Journal für Psychologie*, 19 (3).

Briere, J., Kaltman, S. & Green, B.L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (2), 223–226.

Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (1999). *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma*. München: Pfeiffer Verlag

Christianson, S. & Marren, J. (2012). The Impact of Event Scale – Revised (IES-R). *MedSurg Nursing*, 21 (5), 321-322.

Davison, E.H., Pless, A.P., Gugliucci, M.R., King, A.L., King, D.W., Salgado, D.M., Spiro III, A. & Bachrach, P. (2006). Late-life emergence of early-life trauma. The phenomenon of late-onset stress symptomatology among aging combat veterans. *Research on Aging*, 28 (1), 84-114. doi: 10.1177/0164027505281560.

DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, ICD-10-GM (2013). Abgerufen von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f40-f48.htm>

DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, ICD-10-GM (2013). Abgerufen von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f40-f48.htm#F43>

Ermann, M. (2005). Trauma und Traumafolgen aus psychodynamischer Sicht. *Psychotherapeut*, 50, 209–228. doi: 10.1007/s00278-005-0425-2

Fahs, B. (2011). Sexual violence, disidentification and long-term trauma recovery. A process-oriented case study analysis. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 20 (5), 556-578. doi: 10.1080/10926771.2011.586400.

Faravelli, C, Giugni, A., Salvatori, S. & Ricca, V. (2004). Psychopathology after rape. *Am J Psychiatry*, 161, 1483–1485.

Fischer, C.J., Struwe, J. & Lemke, M.R. (2006). Langfristige Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf somatische und psychische Beschwerden. Am Beispiel von Vertriebenen nach dem 2. Weltkrieg. *Nervenarzt*, 77, 58–63. doi 10.1007/s00115-004-1866-5.

Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: UTB.

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., Wöller W. & Petzold, E.R. (2004). *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext*. (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer GmbH.

Friedmann, A., Hofmann, P., Lueger-Schuster, B., Steinbauer, M. & Vyssoki D. (Hrsg.). (2004). *Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung*. Wien: Springer-Verlag.

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

Glaesmer, H., Kaiser, M., Brähler, E., Freyberger, H.J. & Kuwert, P. (2012). Posttraumatic stress disorder and its comorbidity with depression and somatisation in the elderly – A German community-based study. *Aging & Mental Health*, 16 (4), 403-412. doi: 10.1080/13607863.2011.615740.

Graziano, R. (2004). Chapter 1 Trauma and Aging. *Journal of Gerontological Social Work*, 40 (4), 3-21. http://dx.doi.org/10.1300/J083v40n04_02.

Gschwend, G. (2002). *Notfallpsychologie und Trauma-Akuttherapie. Ein kurzes Handbuch für die Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber.

Gschwend, G. (2006). *Nach dem Trauma. Ein Handbuch für Betroffene und ihre Angehörigen*. Bern: Verlag Hans Huber.

Häfner, S., Franz, M., Lieberz & K., Schepank, H. (2001). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen: Stand der Forschung. *Psychotherapeut*. 46 (6), 403-408.

Herman, J., L., (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 5 (3), 377-391.

Heuft, G. (1999). Die Bedeutung der Traumareaktivierung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32 (4), 225-230. doi10.1007/s003910050110.

Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2000). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. Stuttgart: UTB.

Hiskey, S., Luckie, M., Davies, S. & Brewin, C. (2008). The emergence of posttraumatic distress in later life: A review. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 21 (4), 232-241. doi: 10.1177/0891988708324937.

Horowitz, M., , Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41 (3), 209-218.

Horowitz, M., J., (1986). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital & Community Psychiatry*, 37 (3), 241-249.

Jacobs, L. & Dinoff, B. (2012). War-related somatoform disorder in an older adult veteran. *Clinical Case Studies*, 11 (5), 376-392. doi: 10.1177/1534650112461848.

Jovanovic, A.A., Ivkovic, M. & Jasovic Gasic, M. (2011). Posttraumatic stress disorder in a World War II concentration camp survivor caused by the attack of two German shepherd dogs: Case report and review of the literature. *Forensic Science International*, 208 (1-3), 15-19. <http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2011.02.016>.

King, L.A., King, D.W., Vickers, K., Davison, E.H. & Spiro III, A. (2007). Assessing late-onset stress symptomatology among aging male combat veterans. *Aging & Mental Health*, 11 (2), 175-191. doi: 10.1080/13607860600844424.

Kipp, J. (Hrsg.). (2008). *Psychotherapie im Alter*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Knight, C. (2009). *Introduction to Working with Adult Survivors of Childhood Trauma: Techniques and Strategies*. USA: Thomson Brooks/Cole.

Kunzke, D. & Güls, F. (2003). Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Störungen im Erwachsenenalter. Eine Übersicht für die klinische Praxis. *Psychotherapeut*, 48, 50–70. doi 10.1007/s00278-002-0279-9.

Kuwert, P., Spitzer, C., Träder, A., Freyberger, H.J. & Ermann, M (2007). Posttraumatische Belastungssymptome als Spätfolge von Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. *Psychotherapeut*, 52, 212–217. doi 10.1007/s00278-006-0521-y.

Kuwert, P. & Knaevelsrud (2009). Gerontopsychotraumatologie, in Maercker, A. (Hrsg.). *Posttraumatische Belastungsstörung*. (3. Aufl.) 24, (427-439). Berlin: Springer.

Kuwert, P., Brähler, E., Glaesmer, H., Freyberger, H.J. & Decker, O. (2009). Impact of forced displacement during World War II on the present-day mental health of the elderly: a population-based study. *International Psychogeriatrics*, 21 (4), 748–753. doi:10.1017/S1041610209009107.

Lueger-Schuster, B., Glück, T., M., Tran, U., S., & Zeilinger, E., L. (2012). Sexual violence by occupational forces during and after World War II: influence of experiencing and witnessing of sexual violence on current mental health in a sample of elderly Austrians. *International Psychogeriatrics*, 24 (8), 1354-1358. doi: 10.1017/S104161021200021X.

Maercker, A. (Hrsg.). (1997). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer Verlag.

Mylle, J. & Maes, M. (2004). Partial posttraumatic stress disorder revisited. *Journal of Affective Disorders*, 78, 37-48.

NANDA International. (2010). *Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikationen 2009-2011*. Kassel: Recom.

Noll-Hussong, M., Glaesmer, H., Herberger, S., Bernardy, K., Schönfeldt-Lecuona, C., Lukas, A., Guendel, H. & Nikolaus, T. (2012). The grapes of war. Somatoform pain disorder and history of early war traumatization in older people. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45, 404–410. doi: 10.1007/s00391-012-0303-9.

Owens, G.P., Baker, D.G., Kasckow, J., Ciesla, J.A. & Mohamed, S. (2005). Review of assessment and treatment of PTSD among elderly American armed forces veterans. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (12), 1118-1130. doi: 10.1002/gps.1408.

Peters, J. & Kaye, L.W. (2003). Childhood sexual abuse. A review of its impact on older women entering institutional settings. *Clinical Gerontologist*, 26 (3-4), 29-53. doi: 10.1300/J018v26n03_04.

Port, C.L., Engdahl, B. & Frazier, P. (2001). A longitudinal and retrospective study of PTSD among older prisoners of war. *Am J Psychiatry*, 158, 1474-1479.

Radebold, H., Fooker, I. & Gereon, H. (2006). *Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. Kriegserfahrungen und deren Folgen aus psychohistorischer Perspektive*. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Radebold, H. (2009). *Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Hilfen für Kriegskinder im Alter*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Resick, P.A. (2003). *Stress und Trauma: Grundlagen der Psychotraumatologie*. Bern: Verlag Hans Huber.

Rosner, R. & Hagl, M. (2008). Themenschwerpunkt. Posttraumatische Belastungsstörung. *Kindheit und Entwicklung*, 17 (4), 205-209.

Russo, S., A., Hersen, M. & van Hasselt, V.B. (2001). Treatment of reactivated post-traumatic stress disorder : Imaginal exposure in an older adult with multiple traumas. *Behavior Modification*, 25, 94.

Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung* (5. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Schönhof, B. (2012). Sensibler Umgang verhindert Retraumatisierung. *Heilberufe*, 62 (1), 10-13.

Strauss, K., Dapp, U., Anders, J., von Renteln-Kruse, W. & Schmidt, S. (2011). Range and specificity of war-related trauma to posttraumatic stress; depression and general health perception: Displaced former World War II children in late life. *Journal of Affective Disorders*, 128 (3), 267-276. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.009>.

Teegen, F. & Meister, V. (2000). Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des II. Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 13 (3-4), 112-124. doi:10.1024//1011-6877.13.34.112.

Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*, 148 (1), 10-20.

Torraco, R.J. (2005). Writing integrative literature reviews: guidelines and examples. *Human Resource Development Review*, 4, 356-367.

Wendt, F. (2011). Begriffsgeschichte und Konzeptualisierung des psychischen Traumas. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 5, 3-11. doi: 10.1007/s11757-010-0088-x.

Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (5), 546–553.

Zobel, M. (Hrsg.) (2006). *Traumatherapie. Eine Einführung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.