

Es ist vorbei und wirkt doch nach. Demenz und Trauma

Wahrscheinlich haben es viele von uns schon einmal gedacht, wie wunderbar doch manche alten Menschen sind. Die Verwandten im Ruhestand, die ihren Alltag bis ins Kleinste planen und organisieren und eher nervös reagieren, wenn wir ihnen spontan den Vorschlag eines Besuchs oder eines Ausflugs machen. Die Eltern und Großeltern, die alle Situationen im Griff haben wollen. Der Haushalt scheint fast generalstabsmäßig organisiert, schon eine kleine Abweichung von gewohnten Abläufen gefährdet den Frieden des „beschaulichen Rentneralltags“. Wir erleben übermäßiges Sparen und akribischen Umgang mit Lebensmitteln. Sachen des täglichen Gebrauches bleiben auch in bedenklich ramponierten Zustand aufbewahrt. Man tut sich schwer mit liebevoll gemeinten Angeboten zur Unterstützung seitens der Jüngeren. Der Eindruck von Hilfebedürftigkeit wird streng vermieden. Vielleicht wundern wir uns auch manchmal über - von uns als unangemessen erlebtes - Misstrauen und machen uns Sorgen über fehlende Selbstfürsorge bei alten Menschen. Angesichts von Rückzug oder Abkapselungstendenzen werden familiäre oder professionelle Helfer*innen unter Umständen auch schon mal ärgerlich oder ungeduldig. Wir sind ratlos, hilflos und machen uns auch Sorgen.

Wir erleben Verhalten.

Verwirrtheit und Aggressivität. Misstrauen und Ängste. Unruhe und Angespanntheit. Erinnerungsverluste und Wahnvorstellungen. Unnachgiebiges Aufheben von Essensresten und erstaunliche Versuche, „alles-im-Griff“ zu behalten. Manches Mal interpretieren wir oben beschriebene und ähnliche Situationen vielfach als „Altersstarrsinn“. Oder: dass „*die oder der schon immer so war*“. Streng und sehr selbstbestimmt, cholerisch, gefühlsarm, zwanghaft, hypochondrisch, depressiv, von immer wieder überraschend labilem Gemütszustand - gutgelaunt und schlagartig explosiv gereizt. Und seit einigen Jahren vermutet das Umfeld bei solchen und ähnlichen Aktionen und Reaktionen der älteren und alten Generation als Ursache oft „eine Demenz“. Hier bedarf es dringendst einer differenzierenden Betrachtungsweise. Nicht jedes akzentuierte Verhalten älterer und alter Frauen und Männer ist „typisch fürs Alter“. Und nicht jede - die Umwelt - herausfordernde oder verstörende - Handlungsweise hat ihre Ursache in einer Demenzerkrankung. Leider erlebe ich immer wieder, wie schnell eine „Demenz“-Diagnose gestellt wird - und das nicht nach dem Stand der ärztlichen Kunst. Diese mangelnde Differentialdiagnostik sehe ich inzwischen als eine Art Lebensrisiko für ältere oder alte Mensch. Noch dazu, wenn „Demenz“ und die derzeit unheilbare Alzheimer-Krankheit synonym verwendet werden. Die Erweiterung unseres Blickwinkels ist - nach meinen Erfahrungen und Erleben - unentbehrlich. Das Thema „seelisches Trauma und dessen Auswirkungen im Alter“ sollte in der beruflichen und privaten Sorge um alte Menschen zuverlässig und konsequent mit bedacht werden.

Sicher ist: die Folgen unverarbeiteter seelischer Traumatisierungen können für Außenstehende wie Symptome einer primären Demenz wirken. Und „Altersstarrsinn“ oder „schwierige Verhaltensweisen“ können Ausdruck einer Trauma-Folgestörungen sein.

Was hat es nun mit diesen verschiedenen Begrifflichkeiten auf sich? Lassen sich im Alltag die Unterschiede herausfinden? Und was können wir in Begleitung und Pflege der Betroffenen im Umgang tun? Oder was sollten wir lassen?

Betrachten wir zuerst den Begriff der „Demenz“. Dieser leitet sich aus dem Lateinischen ab: de mens. Wortwörtlich übersetzt bedeutet Demenz also „abnehmender / verschwundener Verstand“. Damit sind Symptome erfasst, deren Ursachen recht verschiedene Erkrankungen sein können. Fachleuten unterscheiden zwischen „primären“ und „sekundären“ Demenzen. Bei primären Demenzen liegt der Ursprung für den Rückgang der geistigen Leistungen direkt im Organ Gehirn oder in Erkrankungen der Blutgefäße. Primäre Demenzursachen sind nicht heilbar und haben einen unumkehrbaren Verlauf. Ihre häufigste Ursache stellt die Alzheimerkrankheit dar. Gefolgt von den vaskulären Demenzen. Als Ursache für sekundäre Demenzen kommen verschiedenste

Störungen in unserem Körper infrage. Damit stellt die sekundäre Variante eine Gruppe von Demenzerkrankungen dar, die behandel- und heilbar sind. Dafür muss jedoch der Ursache für das schlechtere Funktionieren des Gehirns genau auf den Grund gegangen werden. Die häufigste Ursache sekundärer Demenzen stellen Depressionserkrankung dar. Unser Gehirn funktioniert aber auch nicht so gut, wenn wir zu wenig getrunken haben. Auch Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch, Stoffwechselerkrankungen oder Vitaminmangelzustände können u.a. Auslöser sekundärer Demenzen sein. Eine Sonderstellung nimmt das Delir ein. Darunter versteht man schwere Verwirrheitszustände, die häufig infolge von Operationen und Krankenhausaufenthalten auftreten. Eine Delir-Symptomatik kann über mehrere Wochen und Monate anhalten und dann aber auch vollständig ausheilen.

„Trauma“ heißt erst einmal nichts anderes als „Wunde“, in unserem Zusammenhang sprechen wir von einer unverheilten seelischen Wunde. Kennzeichen einer psychischen Traumatisierung stellt das Erleben einer Situation dar, die gekennzeichnet ist von extremer Angst und komplettem Kontrollverlust. Dieser Zustand der absoluten Hilflosigkeit und des völligen Ausgeliefertseins grenzt das Trauma von „Stress“ oder „Krise“ ab. „Trauma“ impliziert, dass es völlig unmöglich ist, dieser bedrohenden und zerstörerischen Situation zu entkommen. Ein solches Lebensereignis übersteigt - in seiner Wucht - die persönlichen psychischen Belastungsgrenzen und kann nicht adäquat verarbeitet werden. Unser Gehirn ist ausschließlich mit Überleben beschäftigt und wird das Ereignis (automatisiert) anders als „normale“ Erinnerungen abspeichern. Wir sprechen vom Trauma-Gedächtnis. Welches dann quasi ein „Eigenleben“ führen kann.

Viele Menschen können ein traumatisierendes Lebensereignis im Laufe der nachfolgenden Monate und Jahre gut verarbeiten und bewältigen. Wenn dies - aus unterschiedlichen Gründen - nicht möglich ist, entsteht oft eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Sind deren Symptome nicht vollständig ausgeprägt, wird auch der Begriff der „Seelischen Folgestörung“ verwendet. Die neuere Traumaforschung konnte - neben den länger bekannten nachhaltigen psychischen - auch hirnorganische Veränderungen bei Trauma-Patienten nachweisen. Das betrifft z.B. die Funktionsweise unseres Gehirns bei der Aktivierung angstbesetzter Erinnerungen. So sollte in der Arbeit mit alten und / oder demenzerkrankten Menschen gerade bei überraschenden und /oder scheinbar unerklärlichen Reaktionen bzw. Verhaltensveränderungen der Einfluss von Trauma-Folgestörungen abgeklärt werden. Hier verdienen „Trigger“ unsere besondere Aufmerksamkeit. Als „Trigger“ (Auslöser) sind Schlüsselreize einzuordnen. Das sind im wesentlichen Sinneseindrücke, die mit der traumatisierenden Situation verbunden sind. Also zum Beispiel Geräusche, Gerüche, bestimmte Orte oder Verhaltensweisen anderer Personen, körperliche Nähe oder Berührungen, Musik und Lieder, Dialekte und Akzente, erlebte Hilflosigkeit und Kontrollverlust. Taucht im „Hier und Jetzt“ ein solcher Trigger auf, wird die Erinnerung an ein zurückliegendes Trauma erneut wachgerufen. Die Betroffenen sind nicht in der Lage, zwischen „damals“ und „heute“ zu unterscheiden, sondern erleben die in der traumatisierenden Situation erlebten massiven Gefühle der Angst, des Ausgeliefertseins, der Hilflosigkeit, der Panik usw. in ihrer aktuellen Gegenwart „Eins-zu-Eins“ wieder. Auch bei nicht-demenzkranken Personen kann der Verstand, die Kognition nicht korrigieren und zur Orientierung verhelfen. Grundsätzlich sind somit Trigger brisante Auslöser psychischer Krisen - und eben auch des von uns als „aggressiv“ oder „herausfordernd“ erlebten Verhaltens. Unser Gehirn agiert beim „Getriggert-Sein“ auf der Ebene des Systems der Selbsterhaltung. Dieses kennt drei Regieanweisungen: Kampf, Flucht oder Tot-Stellen. Bei Menschen mit Demenz. Und bei kognitiv völlig Gesunden.

Aber: spielt ein traumatisches Lebensereignis im Alter überhaupt noch eine Rolle? Beim Aufbrechen und verstärkten wirksam-Werden der „alten Erlebnisse“ spielt eben auch das „Altwerden an sich“ eine Rolle. In der Fachterminologie sprechen wir von Trauma-Reaktivierungen, die auch nach Jahrzehnten erstmalig auftreten können. Ursachen dafür sind häufig der Eintritt ins Rentenalter mit allen Folgen des Verlustes der Rolle in Familienarbeit und / oder Beruf. Damit ver-

schwinden identitätsstiftende Alltagsstrukturen, ein Gefühl der „Leere“ kann entstehen, aber auch Sinnfragen und Bilanzgedanken aufkommen. Hier spielt das immer stärkere Bewusstwerden des näher rückenden Lebensendes eine namhafte Rolle. Der drohende Verlust der so eisern aufgebauten und durchgehaltenen Eigenständigkeit und Selbstbestimmung durch Zunahme körperlicher (und kognitiver) Einschränkungen rücken das Thema „Hilfslosigkeit und Ausgeliefertsein“ - wieder - in den Vordergrund. Menschen mit unverarbeiteten Traumatisierung haben sich gleichsam unbewusst geschworen: „Nie, nie wieder Kontrollverlust!“ Altwerden stellt diese Maxime massiv in Frage. Ein beginnender und fortschreitender (primärer) Demenzprozess führt oft zu einer auffallenden Verschärfung der Dynamiken.

Was können wir tun?

Als zwei zentrale Begriffe möchte ich Ihnen ans Herz legen: Würdigung des erfahrenen Leidens, der erlebten Katastrophe(n). Und: das Herstellen von Momenten, in denen unsere Klient*innen, Patient*innen, Bewohner*innen - die alten Frauen und Männer - das Gefühl subjektiv kontrollierbarer Situationen erleben können. Auch in aller kleinsten Schritten und Augenblicken. Das beginnt beim Anklopfen an die Tür und dem damit nicht zeitgleich verbundenen Hineinstürmen ins Zimmer oder die Wohnung. Gerade wenn das traumatisierende Erlebnis zum zentralen oder einzigen Lebensthema wird, empfehle ich den Zweier-Schritt: Würdigung des Leidens („Unglaublich, was Sie alles erlebt haben / mitmachen mussten!“) und dann: Hinlenken der Gedanken zu den persönlichen Stärken („Wie haben Sie das geschafft?“, z.B. so erfolgreich im Beruf zu sein, so großartige Kinder zu haben, eine so selbstbestimmte Persönlichkeit zu sein, ihren Humor bewahrt zu haben usw.).

In der Begleitung älterer und alter traumatisierter Menschen sollten also unbedingt deren Kompetenzen und Ressourcen respektiert und genutzt werden. Dass die älteren Generationen vielfach bis jetzt überlebt, gelebt, erfolgreich gelebt haben, belegt ihre Fähigkeiten zur Bewältigung des Lebens. Hingewiesen sei auf einen in diesem Zusammenhang relevanten Fachbegriff: „Resilienz“, die (Widerstands-)Fähigkeit, mit der es traumatisierten Menschen gelingt, die Folgen ihrer Erfahrungen durch Rückgriff auf psychische Ressourcen zu meistern.

Diese Veränderung unseres Blickwinkels hin zu den (noch) vorhandenen Ressourcen und weg vom stetigen Wahrnehmen der Defizite ist mir ein besonderes Anliegen. Das gilt auch, wenn traumatisierte alte Menschen an einer Demenz erkranken. Hier sollte das Wissen um wirksame Komplimente, erhaltene biographische Momente, auf die die Betroffenen stolz sind, die ihnen ein Lächeln ins Gesicht zaubern, zum selbstverständlichen Handwerkszeuge von Begleitung und Pflege gehören.

Eine Bearbeitung des Traumas ist grundsätzlich nicht zu befürworten. Um Trauma-Reaktivierung und Trigger so weit als möglich zu vermeiden, kann es auch wichtig sein, das direkte biographische Arbeiten zu begrenzen. Dies gilt auch, wenn keine dezidierten Informationen über eine Traumatisierung vorliegen (diese ist manches Mal nicht einmal nahestehenden Angehörigen bekannt). Aus Jahrgang und Geburtsort lassen sich bei entsprechendem historischem Wissen vielfach auch Annahmen ableiten. Es geht immer wieder um den Versuch des Verstehens - welche Prägungen, Lebenskonzepte und Bewältigungsmechanismen (konstruktiv wie negativ) sind typisch. Können aktuell als Ressource(n) genutzt werden oder bieten Erklärungs- und damit Lösungsansätze für die sogenannten „schwierigen“ oder „herausfordernden Verhaltensweisen“. Grundsätzlich gilt im Umgang mit traumatisierten Demenzerkrankten das Prinzip, Dinge auszuprobieren, auch wenn beim ersten Mal nicht gleich der richtige Weg gefunden werden kann. In meinem Konzept „Demenzerisch® lernen“ verwende ich dafür als einen ►Schlüsselbegriff das Prinzip ► „Versuch und Irrtum“. Machen Sie sich bitte bewusst, wie oft es Ihnen gelingt, für und mit den Betroffenen ►Wohlfühl-Momente herzustellen. Und denken Sie bitte an ein ►authentisches Auftreten gegenüber den traumatisierten und / oder demenzerkrankten Frauen

und Männern. Diese haben sehr „feine Antennen“. Nicht selten entstehen eskalierende Situationen erst auf Grund unseres - gutgemeintem, aber dennoch - scheinheiligem Verhaltens.

Es ist von hoher Bedeutung, die Grenzen professioneller Hilfsmöglichkeiten in diesem Themenfeld zu kennen und anzuerkennen. 75, 85 oder 95 Jahre gelebten Lebens mit seinem Leid und seinen Prägungen können wir zumeist nicht mehr verändern. Aber wir können den „Trauma-Staubsauger“ ausschalten, das Leid würdigen und stabile Begleiter*innen bleiben, indem wir als Profis - und Angehörige - fürsorglich mit uns selbst umgehen und uns vor der Mitgefühls-Erschöpfung bewahren.

Es kann und wird nicht immer alles perfekt gelingen. Wenn wir allein das akzeptieren lernen, sollten wir verstärkt zu einer ► gefahrlosen Gesellschaft für die traumatisierten und / oder demenzerkrankten Frauen und Männer in unserer Mitte werden.

Sabine Tschainer-Zangl +++ Institut aufschwungalt

Quelle:

- Tschainer-Zangl, Sabine: Es ist vorbei und wirkt doch nach. Trauma und Demenz. In: Menschen mit Demenz in der Kirche - wie eigene Angebote gelingen. Ein gemeinsamer Text der Deutschen Bischofskonferenz und der Evangelischen Kirche in Deutschland. Gemeinsame Texte Nr. 29. Hrsg.: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz und der Evangelischen Kirche in Deutschland. 2023.

Dortige Sekundärquellen:

- Huber, M.: Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. Junfermann, Paderborn. 2009.
- Radebold, H.: Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit: Hilfen für Kriegskinder im Alter. Klett-Cotta, Stuttgart. 2011.
- Schulz, H. / Radebold, H. / Reulecke, J.: Söhne ohne Väter. Erfahrungen der Kriegsgeneration. Ch. Links, Berlin. 2009.
- Tschainer, S.: „Demenzerisch® lernen“. Wissen - Verständnis - Kompetenzen - Wirksamkeit. In: Pleyer, Johanna (Hrsg.): Pflege in Bayern 51, H. 03, 2019.
- Tschainer-Zangl, S.: Demenz ohne Stress. BELTZ-Verlag, 2019.
- Tschainer, S.: Die Begleitung der Angehörigen von Menschen mit Demenz unter Beachtung der transgenerationalen Traumatisierung. Referat im Rahmen des 8. Kongresses der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz am 24.10.2014 in Gütersloh.
<https://aufschwungalt.de/publikationen>
- Tschainer, S.: Traumafolgestörungen und Demenz. Auditorium Netzwerk, Verlag für audiovisuelle Medien. Müllheim-Baden. 2021.
- Tschainer, Sabine (2013): Trauma und Alter: Folgen für Demenzerkrankte und deren Angehörige. In: Zusammen leben - voneinander lernen Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Bd. 9. Berlin. 2013.