"Zeitschrift für Gerontologie und Ethik"

Anfang 2015 einen Band zum Thema:

 "Traumabewältigung im höheren Lebensalter".

Prof. Dr. Christine Brendebach

Evangelische Hochschule Nürnberg

Baerenschanzstr.4, D-90429 Nuernberg

Buero: V 2.9, 2.Stock

Tel.: 0911 / 27253-767

e-mail: christine.brendebach@evhn.de

# Schatten und Licht – vom traumasensitiven Umgang im Alter

#### „Der Sonne und dem Tod kann man nichts ins Gesicht blicken“.

#### François de La Rochefoucauld, Maxime 26

##### Eine alte Geschichte

Frau Tragfest, eine verhärmt wirkende knapp 80 Jährige aus Sibirien stammende Frau mit energischen Gesichtszügen wird vom Hausarzt überwiesen. Sie fände keine Ruhe mehr, seit bei ihrem Mann eine Prostataoperation durchgeführt worden sei, er einen Katheter angelegt bekommen habe. Er käme damit nicht zurecht. Es sei ja auch Krebs bei ihm, auch wenn der Arzt gesagt habe, dass Alles jetzt im Griff sei, sehe sie sich in einem ständigen Alarm mit panikartigen Erregungszuständen. Sie müsse häufig weinen, habe Sorge den sehr bedürftigen Ehemann nicht ausreichend versorgen zu können. Die kleinsten Dinge bringe sie nicht zu Ende, sitze oft seufzend im Eck. Ihre Tochter habe den Arzt schon gefragt, ob sie nicht eine Demenz habe, das habe sie gekränkt, auch wenn sie die Anteilnahme der Tochter schätze. Sie fühle sich manchmal gar nicht richtig anwesend, irgendwie bei den alten Sachen, die doch schon so weit zurück lägen mit sehr undeutlichen Erinnerungen. Der Hausarzt habe ihr ein Antidepressivum verschrieben. Das habe sie 5 Tage genommen, dann abgesetzt, da ihr schlecht geworden sei. Sie könne ohnehin kaum etwas essen. Wenn sie Appetit verspüre kämen schlechte Gedanken.

 Was sie als schlechte Gedanken bezeichnet, sind dann aber Erinnerungen aus einer bedrängten Kindheit. Sie wuchs auf als 3.Kind einer weitgehend allein erziehenden Mutter, da der Vater zur roten Armee zwangsrekrutiert worden sei. Die Mutter habe, um das Überleben der Kinder zu sichern, gehungert habe sich die letzten Bissen abgespart, und sei dann immer krank gewesen. Den Vater, kriegsversehrt entlassen mit einer schweren Lungenkrankheit, habe Mutter dann auch noch gepflegt. Als er verstorben sei, habe die Familie die Flucht in eine westliche Region angetreten. Sie habe noch in Erinnerung, wie sie im Winter einen Fluss hätten überqueren müssen und ins Eis eingebrochen seien. Die Geräusche, die Dunkelheit, das Schreien, das nachgebende Eis, das habe sie Alles noch unmittelbar präsent. Mutter habe es irgendwie geschafft sie zu retten, ein Bruder aber sei ertrunken. Kurz darauf sei Mutter nicht mehr aufgestanden.

 Sie sei jetzt, gerade wenn diese Erlebnisse kämen, mit quälenden inneren Vorwürfen beschäftigt. Sie sehe sich schwach, selbstsüchtig, eine Schmarotzerin, die nicht in der Lage sei den nächsten Mitmenschen wirksame Hilfe zukommen zu lassen. Sie habe die Mutter getötet, das erlebe sie so. Unablässig würden sich diese Gedanken wiederholen.

Psychiatrisch gesehen könnte man sagen – ein typisches Beispiel von agitierter Altersdepression mit Selbstvorwürfen, kognitiven Verzerrungen, nahe am Schuldwahn, tiefer Gedrücktheit bis zur Verzweiflung. Doch das klärt wenig, insbesondere nicht die Frage, weshalb die Schwierigkeiten jetzt bei einer Frau entstehen, die mit großer Zähigkeit sich und ihrer Familie als mehrfach Vertriebene das Überleben sichern konnte, in dieser ganzen Zeit außer einer unbestimmten Trauer nie wesentliche Einschränkungen verspürt hatte.

 Aus einer noch näher zu beschreibenden Traumaperspektive aber sind die Verknüpfungen dagegen ganz naheliegend. Über lange Jahre konnte sich Frau Tragfest ganz für die Sicherheit und den Aufbau ihrer Familie einsetzen. Erstmals taucht eine Situation auf, die sie nicht in der Hand zu haben scheint, der sie sich hilflos ausgesetzt fühlt, mit mittelbarer Todesdrohung, auch wenn es ihren Mann betrifft.

Schlagartig tritt ein Erleben vom Verlust der Steuerungsfähigkeit, tritt Kontrollverlust auf. Auch wenn die Phänomene Inkontinenz, unfreiwilliger Gewichtsverlust, nicht kurativ behandelbarer Krebs, nicht die eigene Person betreffen, ist sie doch selbst getroffen.

 Sehr unmittelbar kommt es zu einem Wiedererleben der Hilflosigkeit gegenüber der Hauptbindungsperson, der Mutter. Das unmittelbar körperliche Erleben von deren Kraftlosigkeit, Ausgezehrtheit und die Unmöglichkeit das Geschehen zu beeinflussen. Dies wirkt umso alarmierender, als sie bei sich selbst die Symptome einer leichten Herzinsuffizienz bemerkt, Schwierigkeiten beim Treppen steigen hat, eigentlich selbst wieder vermehrt körperliche Fürsorge braucht.

##### Traumareaktivierung und Latenz

Ein schlüssiger Zugang zum Erleben von Frau Tragfest kommt zustande, wenn wir ihre Beschwerden als **Traumareaktivierung** auffassen. Wir wissen inzwischen, dass sich hinter einer großen Zahl von Altersdepressionen, Angststörungen, selbst wahnhaften Erkrankungen im Alter, eine solche Traumareaktivierung verbirgt.

 Sie ist nicht immer leicht zu erkennen. Die Bewältigung der körperlichen zunehmenden Einschränkungen, Ausbildung chronischer Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, des Bewegungsapparates oder des Stoffwechsels maskieren leicht das Bild. Es ist ohnehin die vielleicht schwierigste Zeit die größte Hürde im Leben. Der zwangsläufige Verlust der körperlichen Integrität, die Einschränkung der Gestaltungsmöglichkeiten, ist die letzte der Schwellensituationen, wie sie E.H. Erikson (Erikson, 1966)beschrieben hat. Die Medizin konzentriert sich auf die zahlreichen somatischen Marker, kann dabei die Innenwahrnehmung von Verfall und Defizienz verstärken. Hinzu kommen in unterschiedlicher Ausprägung vorhandene kognitive Einschränkungen. So ist also das Geschehen sehr leicht fehl zu deuten. Die in der Regel jüngeren Therapeuten werden gerne bereit sein das eigentliche Geschehen zu ignorieren. Die Bekämpfung des Altersleidens steht auf der Agenda. Altern und Begrenzungen sind harte Themen. Dass dies in uns Allen ist, wollen wir nicht wahrnehmen, am wenigsten die Therapeuten, die Gefühle eigener Ohnmacht kaum bereit sind zu realisieren. So kommt es zur Ausblendung der eigentlichen Verarbeitungsproblematik im Geschehen, und Fixierung auf das somatische Geschehen mit entsprechenden Korrekturversuchen.

 Dann gibt es aber auch diese **lange Latenz** von manchmal über 50 Jahren, die auf den ersten Blick so unglaubhaft wirkt. Manchmal reicht das Erreichen der lebensgeschichtlichen Schwelle aus um ein frühes Trauma zu reaktivieren. Immerhin, Symptome einer posttraumatischen Störung nehmen im Alter um ca 1/3 gegenüber früheren Lebensjahren zu, wie eine deutsche Studie zeigt (Barwinski, Fischer 2010, S.9)

 Frau Lebrecht, eine 63-jährige Bankangestellte, gerade eben im Ruhestand, entwickelt schwere Ängste, als sie Mühe hat die Bedienung eines neuen Bankautomaten zu durchschauen. Sie fühlt sich nur noch in Begleitung ihres Mannes sicher, entwickelt schwere Rückenschmerzen. Sie gerät in traurig erregtes Weinen als sie vom Wendepunkt in ihrem Leben erzählt. Mit knapp 18 Jahren begleitete sie die Mutter zu einem gynäkologischen Eingriff. Diese starb während der Narkose, während Frau Lebrecht die vergeblichen Reanimationsbemühungen des Arztes miterleben musste.

Der Tod der Mutter führte zum Zerfall der Familie, dem jungen Mädchen wurde zu verstehen gegeben, sie hätte doch auf Mutter anders Acht geben können. 45 Jahre lang konnte sich Frau Lebrecht im Gleichgewicht halten, gestärkt durch die tragende Verbindung mit dem Ehemann, den sie bald nach der Familienkatastrophe geehelicht hatte. Doch nun verließen die eigenen Kinder das Haus. Die Berufstätigkeit, bei der sie sich ihres zielstrebig kontrollierenden Handelns fortlaufend vergewissern konnte, stand nicht mehr zur Verfügung. Von nun an bestimmten Ängste und Depressivität ihren Alltag. Während 45 Jahre ihres erwachsenen Lebens hatte sie kaum Einschränkungen und Symptome. Einzig in Situationen, wo sie ungerechtfertigt angegriffen wurde, sah sie sich nicht in der Lage sich zu verteidigen. Sie geriet in Aufruhr, trat dann aber regelmäßig den Rückzug an. Ihr Mann, der dieses Verhalten gut kannte, beschützte sie stellvertretend gegen diese Übergriffe. Kaum etwas brachte sie mit der alten Erschütterung in Kontakt. Wenn sie aber in der Adventszeit den Weihnachtsschmuck auspackte, geriet sie in jedem Jahr an die wenigen Utensilien ihrer Mutter, einen Kamm, eine Haarbürste und einige Ringe. Mehrere Tage sei sie darauf hin durcheinander gewesen.

Erst im Laufe der Therapie wurde für Frau Lebrecht klar, dass die innere Uhr am Todestag ihrer Mutter stehen geblieben war. Sie empfand, dass sie die Klinik nicht verlassen habe, erlebte das Erschütterungsgeschehen frisch wie an jenem Tag. Erst im Lauf der Therapie erlebte sie die Szenen als vergangen.

 Wenn wir diese Geschichte betrachten, so können wir nicht eigentlich von Latenz sprechen, denn sie ist nie ganz ohne Symptome. Diese Frau, ausgerüstet mit außerordentlichen Ressourcen für zwischenmenschliche Beziehungen und Lebensbewältigung, entwickelte so hervorragende **traumakompensatorische** **Fähigkeiten**, dass sie sich selbst als weitgehend gesund empfinden konnte. Ihre Freundinnen hielten sie für vielleicht etwas streng, und empfahlen ihr oft, doch ein wenig los zu lassen, was sie nie gekonnt habe.

Wir sehen, die traumatischen Erinnerungen sind nur knapp unter der Oberfläche, sie sind nicht verdrängt, sie sind auf den ersten Blick scheinbar sogar gut zugänglich. Der Ehemann von Frau Lebrecht war indirekt Zeuge sowohl der Erschütterungen, wie auch ihrer anschließenden Symptome, war aber mit gefangen, mit verwundet, verharrte in der Haltung, es würde ihr vielleicht doch schaden die alten Dinge wieder zu beleben. Gerade bei einer solch langen Latenz bis zur Reaktivierung verstehen Angehörige, und mehr noch Außenstehende, die Beschäftigung mit der Erschütterung als eine unappetitliche Exhumierung. Es wird noch darüber zu reden sein, was Alles beiträgt zur Ausblendung traumatischer Erinnerungen. Doch soweit zeigt es schon das Beispiel von Frau Lebrecht – es sind nicht nur täternahe Einflüsse, die versuchen traumatische Erinnerungen zu zudecken. Sehr ehrenwerte Motive sorgen dafür traumatische Erinnerungen in ein Niemandsland zu verbannen.

##### Alterungsprozesse und traumatische Erinnerung

Neben der langen Latenz bis zur Reaktivierung gibt es aber mindestens zwei weitere größere Einflüsse, die das Verständnis einer Symptomatik bei älteren Menschen als traumatisch bedingt erschweren.

 Ein Grund hiervon hat damit zu tun, wie traumatische Erschütterungen aufgenommen und im Gedächtnis abgelegt werden. Es besteht inzwischen weitgehend Einigkeit darüber, dass solche Erfahrungen primär sensomotorisch aufgenommen und gespeichert werden. Gleichzeitig behindert die Erstarrung und Erregung die weitere Bearbeitung der Erfahrung. Mehr noch, einzelne Anteile der Erfahrung werden fragmentiert, also zersplittert in verschiedenen Funktionsbereichen des Gehirns abgelegt. Dies findet bereits statt, während die traumatische Erschütterung im Gange ist, und wird von einer Reihe von Autoren als **peritraumatische Dissoziation** bezeichnet. Einzelne Sinneseindrücke, z.B. aus einem bestimmten Raum, bei sexueller Traumatisierung nicht selten bestimmte Kleidungsstücke oder Körpergerüche, werden als unverbundene Wahrnehmungsfragmente abgelegt, ebenso wie oft unterschätzte Handlungsmuster und Bewegungsabläufe. Diese Erinnerungen sind äußerst konservativ, d.h. sie werden in der ursprünglichen Form und Sinnesqualität aufbewahrt, und dringen als Jetzt-Erleben ins Bewusstsein. Frau Lebrecht hatte noch unmittelbar den Geruch des Operationssaales, wie auch das hilflose Achselzucken des Arztes gegenwärtig, konnte körperlich fühlen, wie sie in den Klinikgängen auf und ab lief, bis die Verwandten eintrafen. Das Trauma steckt also unmittelbar im Körper (Herman, 2006), sinnliche Wahrnehmungen bestimmen, gerade beim Wiedererleben das Geschehen. Dies ist also die erste Phase, die Zersplitterung der sinnlichen Erfahrung, wobei regelmäßig unterschätzt wird, wie wesentlich motorische Handlungsmuster und Signale des autonomen Nervensystems das Bild prägen. Hier sind es die allen höheren Lebewesen zugehörigen Mechanismen, die mit Kampf, Flucht oder Erstarrung verbunden sind.

 Anteile dieses Reaktionsmusters tauchen aber unverändert, und unbeeinflusst durch die lange dazwischen liegende Zeit, wieder auf, als sinnliche Wahrnehmung eben oder als körperliches Reaktionsschema. Auch vom Betroffenen werden die sinnlichen Wahrnehmungen und automatisierten Körperabläufe nicht mit einer früheren Erfahrung in Verbindung gebracht, oft wird die Verknüpfung mit der ursprünglichen Erfahrung aktiv geleugnet.

 Nun gibt es mit der Erfahrung des Alterns ohnehin eine Unzahl von Signalen, die zeigen, dass der Körper weniger folgsam zu sein scheint. Körperkompetenzen schwinden. Dies betrifft Reaktionsschnelligkeit und Ausdauer und auch die Beweglichkeit des Muskel-Skelettsystems. Viel wesentlicher aber sind all die Symptome die zeigen, dass weniger Kontrolle über Körperfunktionen erreicht werden kann. Das Altern selbst ist ein nicht kontrollierbarer Prozess. Auch wenn uns die Wellness-Industrie Anderes versucht einzureden, darauf wie rasch wir altern, und mit welchen Körperstörungen, haben wir nur in engen Grenzen und leider auch äußerst umständlich Einfluss.

Bei Menschen mit traumatisch gespeicherten Körpererfahrungen kommt es nun zu Überlagerungen, wie sie schon ansatzweise in der Geschichte von Frau Tragfest zum Ausdruck kamen. Die sensomotorischen Erfahrungen aus dem traumatischen Erleben und die somatischen Marker des Alterns vermischen sich. Sie lassen sich immer schwerer auseinander halten. Dabei „ gehört die tägliche aktive Auseinandersetzung mit den körperlich erlebten Veränderungen typischerweise zu den unabweisbaren Aufgaben“ (Heuft et al. S.62).

 Die Medizin handelt hier häufig hilflos, indem sie doppelt in die Irre geht. Sie versucht zum Einen den vermeintlichen Störungsort zu behandeln, wie z.B. die Lendenwirbelsäule oder Lunge und Herz. Zum zweiten vermeidet sie die zeitliche Perspektive. Welches Symptom spielte wann welche Rolle und wie war der persönliche Umgang damit? Die Vielzahl an somatischen Markern verstellen also das Bild zur traumatischen Erfahrung gründlich. Dies wird dann nochmals schwieriger, wenn die oft vorhandenen kognitiven Einbußen der Betroffenen den Zugang erschweren, wenn es auch einfach viel Zeit braucht um die Erfahrungen aus langen Zeiträumen sich entfalten zu lassen.

###### Selbst- und Weltverhältnis

Bereits in den ersten Stunden nach der Erschütterung und von da an unablässig, gibt es Integrationsversuche, Versuche das Geschehen Selbst- und Welterfahrung einzufügen. Das besondere an traumatischen Erfahrungen aber ist, dass sie sich nicht einfügen lassen, dass sie eben zum Erleben der eigenen Person und Welterfahrung grundsätzlich inkompatibel sind. Hier setzt nun nach der von sensomotorischen Automatismen dominierten Phase die zweite Phase ein. Man kann nun nicht sagen, diese Phase würde dann einsetzen, wenn die erste Phase abgeschlossen ist. Im Gegenteil, die Erfahrungen der ersten Phase mit den intensiven 5-Sinneserfahrungen und automatisierten Köperreaktionen fließt in die folgende ein, die nun kognitiv und emotional die Erfahrungen, fragmentiert oder kohärent, die körperlichen Reaktionen, die Handlungsweisen der Mitwelt, versucht zu bewältigen. Vorherrschend sind dabei häufig die eben die Erfahrungen von Kontrollverlust, von schutzloser Preisgabe.

 Bei Frau Lebrecht war dies nachweislich schon nach wenigen Stunden der Fall. Angesichts der leblosen Mutter hatte sie über sich Gedanken, die ihr Selbstverhältnis von nun an prägen sollten. Sie erlebte sich als schwach, ausgeliefert, in ihren Bemühungen als fehlerhaft und unwirksam, in ihren Fähigkeiten ein Geschehen zu beeinflussen als ohnmächtig. Den Arzt wie auch alle anderen Akteure erlebte sie als abweisend, unzugänglich, unoffen und sogar hinterhältig. Nach in der gleichen Nacht wurde die Grundlage für die innere Schuldthematik im Familienkreis gelegt. Die trauernde Familie fragte sich „wie so etwas überhaupt passieren konnte“ versuchte, da der Arzt eine eigene Verantwortung nicht eingestanden hatte eine Erklärung zu finden. Sie seien ja zu überstürzt und verspätet aufgebrochen zu der Operation. In der Erregung habe die Mutter dann die Narkose nicht vertragen. Die Folgen für die junge Frau waren nachhaltig. Nach Außen hin sah sie sich als völlig im Stich gelassen. Von nun an war für sie die Welt eine Welt feindseliger Menschen, denen sich anzuvertrauen bedrohlich und todesgefährlich ist. Die Familie, Ort der Geborgenheit, hält und schützt nicht, sie teilt die Perspektive der Zerstörer. Schlimmer als die die Veränderung der Weltsicht erwiesen sich aber die inneren Schuldgedanken. Sie habe versagt, sie sei eine nachlässige Tochter, die eigentliche Schuldige, und eine Kette weiterer Gedanken mit Angriffen auf das Selbstwertsystem bildet sich aus.

Was macht dies Schilderungen der Folgen einer solchen Erschütterung nun für einen Artikel über Trauma und Alter wichtig? Wenn Zeit Wunden heilen würde, es wäre mehr von historischem Wert, sich mit den alten Belastungen zu beschäftigen, und dies würde in Psychotherapien v.a. dann eine Rolle spielen, wenn Menschen Lebensbilanzen ziehen und Freud und Leid abwägen. Doch die posttraumatische Wirklichkeit ist anders. Diese zweite Phase kommt nicht zum Stillstand. Sie wird immer weiter ausgearbeitet und umgearbeitet. Es kann sogar passieren, dass alle folgenden Lebenserfahrungen weitgehend aus der Perspektive der traumatischen Erfahrung eingeordnet werden. Die Umarbeitungen können dazu führen, dass die erlebte Wirklichkeit aus dem „Traumaland“ als sehr viel realer erlebt wird als alle Erfahrungen aus der Jetzt-Zeit. Dies kann auch innerhalb weniger Monate bis zur weitgehenden Übernahme von Täterperspektiven führen. Eine Vertriebene aus dem bosnischen Bürgerkrieg, Ehefrau eines Häftlings aus dem Lager Omarska, der nur mit knapper Not dem Tod im Lager entronnen war, erklärte mir weshalb ihre serbischen Nachbarn sie den Schergen ausgeliefert hatten: „ Ja – wir sind ein schlechtes Volk“. Nicht immer kommt es zu solch extremen Verzerrungen, die die Wirklichkeit auf den Kopf stellen. Sehr viel häufiger wird der Bereich der Selbstwertregulation, werden die Vorstellungen über eigene Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten beeinträchtigt. So erklären sich wahrscheinlich viele chronische Angsterkrankungen und depressive Entwicklungen. Dies ist bei Frau Lebrecht zum Glück nicht passiert. Mit Hilfe ihres Mannes konnte sie ein kompensatorisches Schema entwickeln, was zumindest dafür sorgte, dass sie ihre eigene Familie und sich in ihr als gesund und tragend erlebte.

 Das Alter aber, mit den unvermeidlichen Verlusten an Bindung an nahestehende Menschen, den Niederlagen in der Lebensbehauptung, und den Einbußen an Kompetenzen, kann die Spirale belastender Selbst-und Weltperspektiven wieder in Gang setzen. Unscheinbare Ereignisse können zum Auslöser werden, wie im Falle von Frau Lebrecht der Moment, als sie bei der Bedienung des Bankautomaten scheitert.

###### Alterstypische Verluste

Gerade Menschen mit solchen an sich guten Kompensationsfähigkeiten sind an der Altersschwelle besonders gefährdet. Zu den traumakompensatorischen Mustern zählt, und das war bei Frau Lebrecht nicht anders, eine besondere Fähigkeit sich altruistisch zu verausgaben. Gesundheitlich weitgehend bedürfnislos konnte sie auf Selbstzuwendung über lange Jahre oft verzichten. Die Kinder aber sahen die Fürsorge der Mutter immer mehr als Einmischung, distanzierten sich mit zunehmend größerer Deutlichkeit. Auf sich selbst zurück geworfen und mit inneren Wahrnehmungen und andrängenden Erinnerungen konfrontiert, war Frau Lebrecht überfordert.

 Menschen mit unbewältigten traumatischen Erfahrungen sind regelmäßig in einem Dilemma. Eigentlich bietet das Leben im Alter, mit einiger Freiheit von den Verpflichtungen des Berufslebens und der Erziehung der eigenen Kinder, die Möglichkeit zur vermehrten Selbstreflexion, zur Innenschau und Innenklärung, um in eine Haltung von Abgeklärtheit zu kommen. Doch dies beinhaltet die Konfrontation mit der Vergangenheit. Bereits die Annäherung an diese entscheidenden Erfahrungen ist mit einem Erleben von Instabilität verbunden. Man begibt sich auf schwankenden Boden. So muss nicht nur die Erinnerung vermieden werden, häufig vermeiden Menschen auch sinnliche körperliche Schlüsselreize, die als Trigger in die alte Situation hineinführen könnten. Als Kind habe ich mich immer gewundert, weshalb mein Onkel, Kriegsteilnehmer am Russlandfeldzug, nicht bereit war, das Zelt, welches ich mir mit einigem Stolz mühsam zusammengespart hatte, auch nur zu betreten. Er war gesund genug mir zu erklären, wie er den Kältetod bei Übernachtungen im Freien fürchten gelernt hatte, wie beim Blick in mein Zelt Erinnerungen an erfrorene Kameraden geweckt wurden. Doch diese Vermeidungshaltung zum eigenen Schutz geht noch sehr viel weiter. Die Wahrnehmung von Emotionen, die ja einen wesentlichen Teil unserer inneren Erfahrung ausmachen, wird zum Risiko. Vielleicht waren da über Jahrzehnte nur einzelne Phänomene erkennbar, eine gewisse Zwanghaftigkeit, eine Art von zurückgenommener Strenge, deren Schutzwirkung nach innen für die Mitmenschen kaum erkennbar gewesen sein mag. Die Annäherung an die alten Verletzungen, oft unerwartet durch die Ruhe, kann unmittelbar in Erregung, Panik und Vernichtungsangst hinein führen. Das kann Grund genug sein eine Phobie vor Emotionen dauerhaft einzurichten.

 Doch das Alter ist die Zeit der definitiven Abschiede, oft von der Kernfamilie, vom Partner, von geliebten Beruf und Kollegen, oder auch nur einzelnen Fähigkeiten wie dem Spiel eines Musikinstrumentes. Wenn die Wahrnehmung innerer Gefühlszustände in ihrer Komplexität vermieden werden muss, gibt es nur schwer die Möglichkeit zu einer erfolgreichen Umarbeitung durch adäquates Betrauern.

 Zu den Verlusten, welche besonders stark wiegen, zählen die Einbußen an sozialen Bindungen. Das Wohnviertel hat sich verändert, junge Familien ziehen in die Wohnungen der verstorbenen Nachbarn ein. Die Freundschaften werden schwieriger und anfälliger, schon aus biologischen Gründen, denn Altern ist keinesfalls ein homogener Prozess. Eine gleichaltrige Freundin macht vielleicht noch ausdauernde Bergtouren, während die andere mit dem Rollator geht. Bindungen werden so schon biologisch bedingt anfälliger, gerade weil sich Bedürfnisse wieder mehr differenzieren, und die Bereitschaft sich auf andere Alltags- und Lebensgewohnheiten Anderer einzulassen in der Regel sinkt. Diesen Bedingungen sind Alle im Alter in einem gewissen Ausmaß unterworfen. Das frühere Trauma kann aber zu einem schwierigen Hindernis bei der Anpassung an die neue soziale Lebensrealität werden.

 Soziale Unterstützung ist grundsätzlich als ein zentraler Faktor bei der Bewältigung von traumatischen Erfahrungen anerkannt. Umgekehrt bedeutet dies, dass ein ausgedünntes soziales Netz die Bewältigung behindert. Nicht immer gelingt ja auch die Auflösung traumatischer Folgezustände, selbst eine angemessene Therapie ist manchmal nur begrenzt erfolgreich. Der Rest ist ein manchmal mühsames Ringen um Gleichgewicht, bei dem persönliche Bindungen und emotional stabile Beziehungen eine ausschlaggebende Rolle spielen. Immerhin, viele Fallstudien belegen, dass auch in den letzten Altersphasen solche haltgebenden Bindungen neu begründet werden können, die dazu beitragen die Schmerzen alter Wunden erträglich zu machen.

###### Resilienz als Fundgrube

Eine zentrale Frage in der Begegnung mit traumatisch erschütterten Menschen steht gerade im Alter am Anfang. Was hat dazu geführt, dass dieser Mensch sein Leben so gemeistert hat, wie wir es erfahren? Was hat sie oder Ihn in die Lage versetzt die Hürden zu nehmen, seine/ Ihre Belastungen und Niederlagen zu verdauen und Zumutungen zu begegnen?

 All diese Fragen kreisen um etwas was alle Menschen kennen. Wir halten bestimmten denkbar schädlichen Einflüssen stand, manchmal ohne genau zu wissen, was uns dazu in die Lage versetzt. Es prallt irgendwie an uns ab. Wir nehmen uns das Erlebte nicht zu sehr zu Herzen, es lässt unser Gemüt unbeeinflusst. Wir können manchmal sogar den Reiz der Zähigkeit, Ausdauer und Beharrlichkeit erkennen. Als dies ist mit dem Begriff Resilienz gemeint, der primär die Fertigkeiten eines Stehaufmännchens beschreibt.

 In den lebensgeschichtlich bezogenen Angaben gerade alter Menschen lassen sich diese Fähigkeiten, biologisch ererbt oder erlernt, besonders gut ablesen. Auch wie die Wirkung resilienter Faktoren in unterschiedlichen Lebensphasen war, und insbesondere welche in der Gegenwart spontan zugänglich und wirksam sind, und welche sich als unzugänglich und verschüttet erweisen. Die Frage nach resilienten Faktoren verbindet gerade in Psychotherapien den Blick in die Vergangenheit mit Zukunftsperspektiven. Was hat eine Mutter dazu gebracht den Tod mehrerer Kinder an Mucoviscodose zu verschmerzen ohne verbittert zu werden. Wie schaffte es ein armamputierter Pianist wieder Freude an der Musik zu empfinden? Wie meisterte ein Überlebender nach Konzentrationslageraufenthalten den Neuanfang in Israel? Dies lässt sich zum einen in der Lebensgeschichte objektiv ablesen, zum Anderen können wir in der Begegnung erfahren, wie die Person, die es schildert, ihre Widerständigkeit erlebt und bewertet.

###### Traumatisierung im Alter

Menschen im Alter werden verletzlicher, auf jeden Fall körperlich verletzlicher. Dies ist aber nie nur ein körperlicher Vorgang. Menschen werden in der Regel leichter aus ihrem Rhythmus geworfen, tolerieren Stressoren einfach weniger, brauchen länger um wieder in eine Balance zurück zu finden. Kleinere Ereignisse können anhaltender aus der Bahn werfen, das muss noch nicht zu einer Traumatisierung führen.

 Als Medizinstudent hat mich die Geschichte einer Frau berührt, die von einem Altenheim in die Psychiatrie eingeliefert wurde unter der Diagnose eines aggressiv paranoiden Erregungszustandes. Sie klagte, dass verschiedene Gegenstände aus ihrem Zimmer, Schmuck und Geld fortlaufend entwendet worden seien, griff Pfleger und Verwandte an. Da sie sich äußerst widerspenstig zeigte, die Erwartung beraubt zu werden nun gegen alle Menschen ihrer Umgebung richtete, schlaflos sich an ihre wenigen Habseligkeiten klammerte, wurde eine Pflegschaft eingerichtet, sie selbst mit sedierenden Neuroleptika behandelt. Innerhalb von zwei Wochen starb sie an einer akuten Lungenembolie. Die Tochter aber, als sie die Erbstücke in Augenschein nahm, stellte zu ihrer Bestürzung fest, dass tatsächlich wertvolle Gegenstände der alten Frau abhanden gekommen waren.

Die Symptome dieser Frau waren also eigentlich keine solchen, sondern eine Auflehnung gegen die Ignoranz der Umgebung.

 Das Beispiel zeigt, wie rasch Menschen, gerade professionell Tätige, gerade im Alter wichtige Anliegen Betroffener in Abrede stellen, ihre Würde und damit ihre Integrität verletzen, und vorschnell ihre eigene Sicht der Wirklichkeit als einzig angemessen betrachten. Dahinter steht ein Erschrecken, wie sehr die Ohnmacht im Alter Menschen, gerade in Institutionen, der Willkür Anderer überantwortet. Sicher, das ist lange her, es hat sich manches getan in der Gerontopsychiatrie. Nur Angesichts eines wachsenden Zeitdruckes, wird es wirklich die Möglichkeit geben Symptome so zu entschlüsseln, dass sie der Erfahrungswelt der Betroffenen angemessen beantwortet werden können?

 Die demographische Entwicklung zumindest in Europa wird weiter dafür sorgen, dass für einzelne alte Menschen immer weniger Zeit zur Verfügung stehen wird, um auf ihre Anliegen einzugehen, ihre Langsamkeit zu respektieren, und ihre Souveränität zu wahren. Daher besteht das Risiko, dass Traumatisierung im Alter weniger durch Böswilligkeit, als durch einen erhöhten Funktionsdruck erfolgt, der dazu führt, dass die individuellen Anliegen eines alten Menschen als störend ausgeblendet werden müssen. So kommt es zur Missachtung von Atemnot, Schmerzen und anderen elementaren Gesundheitszuständen, ebenso wie zur reflexhaften Antwort mit polypragmatisch orientierter Pharmakotherapie.

Der altersweise, lebenssatte Mensch, aufgehoben in Familie und Nachbarschaft, das ist ein Idealbild, welches viel Druck zu erzeugen scheint. Idealisierung en machen häufig unglücklich, hindern die Beteiligten zu sehen welche Bedingungen eigentlich herrschen, und was erreichbar ist, welche Lastenverteilung angemessen sein könnte.

In dieser Lücke zwischen dem Soll und dem Ist in einer Wohlstandsgesellschaft, die Altersarmut und Einsamkeit ebenso zu verstecken bereit ist, wie sadistische Übergriffe gegen wehrlose alte Menschen, kommt es zu Traumatisierenden Prozessen und entrechtenden Eingriffen.

 Alte unzufriedene aufbegehrende Menschen werden dann ausschließlich als störend empfunden, die Störung wird mit technischen Mitteln bereinigt.

Grundsätzlich unterscheiden sich aber die posttraumatischen Symptome und Prozessverläufe bei alten Menschen nicht von denen Jüngerer. Das Leiden ist nicht weniger schlimm. Aber es ist komplexer, denn die Verbindungen zwischen dem aktuellen Erleben, der traumatischen Situation und den verschiedenen Lebenserfahrungen sind einfach aufgrund der langen Lebensgeschichte vielfältiger. Anamnesen sind lang und Querverbindungen oft unübersichtlich. Schon die Schilderung der Beziehungsgeschichten über die Lebenszeit ist ein aufwändiges Unterfangen.

 Die **Bagatellisierung von Beeinträchtigungen** gerade von Symptomen einer posttraumatischen Störung scheint häufig zu sein. Die Reaktionen sind die der Verallgemeinerung(„Ja, wir machen Alle schlimme Dinge durch im Leben“) der emotionale Zurückweisung („das Leben ist eben kein Blumengarten“) oder der Resignation („ Was soll man da jetzt noch machen, lohnt sich das wirklich noch?“). Mit anderen Worten – zum traumatischen Prozess alter Menschen gehört es alleine gelassen zu werden mit den Beschwerden, sie systematisch fehl zu verstehen, z.B. als Depression oder Demenz.

 Neben der Gruppe reaktivierter Traumata und der Gruppe neu im Alter traumatisierter Menschen gibt es eine dritte Gruppe, die der chronisch entwicklungstraumatisierter Menschen, die alt geworden sind.

 Wir wissen noch nicht wie sehr chronische Entwicklungstraumatisierung die Lebenserwartung begrenzt. Hinweise wie in der ausgezeichneten Studie (Trickett, Noll, & Putnam, 23(2011)) gibt es. Dass Menschen mit chronisch verändertem psychischen Stresserleben im Alter eine schlechtere Lebensqualität haben, und für sich und Andere belastend sein können, ist offensichtlich. Vielen Menschen, insbesondere solche, die durch ihre Traumafolgen sozial auffällig und schlecht angepasst geblieben waren, droht nicht nur die Altersarmut und Einsamkeit. Es droht ihnen zusätzliche Ausgrenzung als „irgendwie schrullige Alte“, als welche „die es einfach nie kapieren, oder nicht im Griff haben“. Für Therapien scheinen sie kaum mehr in Frage zu kommen, überwinden ja bereits jüngere Menschen mit diesen Störungsbildern die Eingangshürden zu therapeutischen Bereichen oft nicht.

###### Psychotherapie seelisch erschütterter Menschen im Alter

Noch in den 90iger Jahren galten Traumafolgestörungen als schwer behandelbare Problematiken mit zweifelhafter Prognose. Dies hat sich gründlich gewandelt. Die Psychotherapie insbesondere der nicht komplexen Traumafolgen ist besonders dankbar für Therapeuten. Solch durchgreifende Veränderungen, wie wir sie in traumaadaptierten Therapien beobachten und an ihnen teilnehmen dürfen, finden sich sonst selten. Und es gibt eine weitere gute Botschaft. Die Therapie alter Menschen mit Traumafolgen ist nicht weniger aussichtsreich als die der (Ziegler, 2013, S. 352) jungen.

 Aber es gibt eine ganze Reihe von Besonderheiten. In der Regel haben sich alte Menschen vor einer Psychotherapie durch ein Dickicht diagnostischer und therapeutischer Prozeduren geschlagen, nicht wenige haben dabei auch Schäden erlitten. Daneben gibt es fast zwingend eine Konzentration oder Fixierung auf die körperlichen Phänomene, für die keinesfalls nur die Mediziner verantwortlich sind. Im Gegenteil, viele Hausärzte mühen sich redlich den älteren Menschen neue Möglichkeiten im Umgang mit den erlittenen Erschütterungen zu zeigen.

 Die Hürden in die Psychotherapie sind noch nicht übersprungen, wenn der Hausarzt eine Überweisung ausstellt. Alte Menschen kommen schlecht in Kontakt mit Psychotherapeuten. Die Erwartungen alter Menschen an beschützende wohlwollende und Sicherheit gebende Hilfestellungen sind oft hoch. Gleichzeitig wird von ihnen erwartet, dass sie sich mit den besonders verletzten Bereichen ihrer Lebenserfahrung oft erheblich jüngeren Therapeuten öffnen, die ihrer Enkelgeneration entstammen. Therapeuten müssen neben der Geduld und der Fähigkeit mit kognitiven Einschränkungen ohne Entwertung umgehen zu können, auch Kompetenzen im psychiatrisch-somatischen Bereich haben, soziales Einfühlungsvermögen, und sollen bei Bedarf auch politisch historische Perspektiven mit den Patienten teilen können. Ohne auf das komplizierte Beziehungsgeschehen im Einzelnen hier einzugehen, ist deutlich, dass es eine Reihe von Fallstricken gibt. Zum Glück sind alte Menschen dagegen auch in vielen Fällen dankbarer für Zuwendung, und haben oft eine überraschend offene Introspektionshaltung, da sie von manchen Rollenzwängen des jüngeren Lebensalters freigestellt sind.

 Dass die traumaadaptierte Therapie der älteren Menschen eine Einzeltherapie sein sollte, ist unverständlich und wohl unzutreffend. Arbeiten in Gruppen ist nur leider bisher wenig verbreitet. Gruppentherapeutisches Arbeiten mit Älteren findet sich am ehesten noch in Schmerztageskliniken ähnlichen Institutionen. Anders als in den Pionierzeiten der Psychotraumatologie gibt es aber inzwischen reichlich Erfahrungen mit ressourcenbezogenen und biographisch arbeitenden Gruppentherapien, z.B. auch Kriegskindergruppen (Radebold, 2010), in beschränkter Form auch systematische Auswertungen für die Gruppentherapie älterer Menschen. Auch Internetbeasierte Therapieformen wird eine gute Wirksamkeit zugesprochen (Seidler, Freyberger, & Maercker, 2011, S. 476)

 Auch Traumatherapie ist aber in erster Linie therapeutische Beziehungsarbeit, allerdings mit einem strukturiertem Gesamtplan, soweit möglich (Heuft, Kruse, & Radebold, München, S. 115). Nach eigenen Erfahrungen ist in der Einzeltherapie eine Kombination von Narrativen Konzepten, unter Einschluß von schriftlicher Biographiearbeit, besonders wertvoll. Dabei sind auch , je nach Chronifizierung , mehr konfrontative Verfahren, hier das am besten untersuchte, und schonend anwendbare Eye Movement and Desensitation (EMDR), besonders wirksam (Sack, 2010).

###### Die politische Dimension des Alterstraumas

In Deutschland können wir davon ausgehen, dass die über 80 jährigen zu ca 75% potentiell traumatisierende Erfahrungen gemacht haben (Seidler, Freyberger, & Maercker, 2011, S. 470). Während von den erwachsenen Kriegsteilnehmer und von Bombardierung und Vertreibung Betroffenen nur noch wenige Menschen am Leben sind, haben die Untersuchungen der Vergangenheit doch ergeben, dass sie häufig zahlreiche Brückensymptome aufweisen, die den traumabedingten Folgestörungen zuzurechnen sind (Böwing & Schröder, 2009).In den letzten Jahren war es besser möglich diese Erfahrungen zu untersuchen, unter Anerkennung der Unvergleichlichkeit des Holocaust, ohne in den Verdacht zu geraten die systematischen Massenmorde an Juden zu bagatellisieren. Wir haben es heute mehr mit den Menschen zu tun, die als Kinder an den unmittelbaren Geschehnissen von Bombardierung, Vertreibung und vor allem mit dem Verlust naher Angehörigen betroffen waren. Die Langzeitfolgen für direkt selbst Erschütterungen ausgesetzte Menschen sind im Alter erheblich, wenn auch zum Teil maskiert. Durch das Bewusstsein der begrenzten Lebenszeit (Radebold, 2010) ergibt sich eine letzte Chance der Zusammenfassung und Bearbeitung für den eigenen Lebenszyklus. Dabei spielen oft komplizierte Lebenslagen von Schulderleben durch eigene Täterschaft z.B. bei der Judenverfolgung, oder durch passive Hinnahme ebenso eine Rolle, wie die der eigenen existentiellen Bedrohung, Not und Entbehrung, und Erfahrungen von Gewalt und sexueller Gewalt. Die späte Hinwendung zum diesen Themen ist für uns heute ein Beispiel, wie wirksam die Mechanismen von Ausblendung, Verleugnung und Fragmentierung der Erinnerungen im Feld psychischer Traumatisierungen sind.

Die Leiden bestimmter von Verfolgung betroffenen Gruppen werden besonders dann systematisch unterbewertet, wenn schwierige, widersprüchliche und unaufgearbeitete politische Verhältnisse

mit hinein spielen. So ist die Auseinandersetzung mit dem Erbe der DDR noch in vollem Gange, ist der Prozess der Integration in die gesamtdeutsche Geschichte noch mühevoll. Gleichzeitig leiden die Opfer der Verfolgung durch die Stasi wie auch die ehemaligen Heimkinder der DDR in hohem Maße an der mangelhaften Anerkennung ihres Leidens, der Gleichgültigkeit und Ablehnung ihrer Anliegen auf angemessenen Ausgleich.

Leider ist zu erwarten, dass diese Form von Bewältigungsschwierigkeiten regelmäßig wieder auftreten. Der Umgang mit den Überlebenden von Srebrenica im bosnischen Bürgerkrieg ist für mich ein bedrückendes Beispiel. Ich habe selbst miterlebt, wie Überlebende von der internationalen Gemeinschaft zunächst keinesfalls zuvorkommend behandelt wurden. In enge Unterkünfte zusammengepfercht litten sie noch Hunger, wurden oft nicht mit dem Nötigsten ausgestattet. Mit erheblicher Verzögerung geschah die Aufarbeitung. Wie selbstverständlich erwartete die internationale Gemeinschaft, dass diese von Tötung naher Angehörigen und Vertreibung Betroffenen wieder mit den Volksgruppen zusammen leben sollten, von denen die Gewalt ausging. Und es dauerte lange, bis die zuständigen UN-Truppen ihr Versagen, ja ihre partielle Kooperation mit den Tätern, eingestehen konnten.

 Heute ist eindeutig, dass die Leiden der Kriegsbetroffenen wie die von individueller Gewalt Erschütterten über die Generationen hinweg Folgen hervorrufen. Für Holocaust Überlebende ist das ebenso belegt, wie für die Kinder sexuell traumatisierter Frauen (Seidler, Freyberger, & Maercker, 2011) (Trickett, Noll, & Putnam, 23(2011)). Das Beispiel einer inzwischen einer 72 jährigen künstlerisch hoch begabten Lehrerin, die sich mit chronischen therapieresistenten depressiven Beschwerden an mich wendete, ist charakteristisch. Sie hatte über mehr als drei Jahrzehnte z.T. recht riskante medikamentöse Kombinationstherapien erhalten. Sehr rasch wechselten Phasen von intensiver Betriebsamkeit und dumpfer Lähmung. Ihren Vater hatte sie nicht selbst mehr kennen gelernt, er blieb in Russland. Die Mutter, trauernd, desorientiert, wurde aus Ostgebieten vertrieben. Man schlug sich bei Verwandten durch, bleib lange heimatlos. Die Patientin selbst musste über die Jahre hinweg nicht nur lange Trennungen von der Mutter verkraften, sie wurde regelrecht bei Verwandten und Institutionen herumgeschoben, bis die Mutter sie wieder zu sich nahm. Die Mutter blieb jedoch emotional instabil, mit einem sehr rasch wechselndem Angebot von Nähe und Zurückweisung. Die Symptomatik der Patientin eskalierte nun, als die Mutter, nunmehr pflegebedürftig, sie mit intensiven Bedürfnissen nach Zuwendung und Versorgung anhaltend konfrontierte.

###### Der Trauma sensitive Blick

Menschen in Bedrängnis werden als erstes Belastungen schildern und die Versuche mit Belastungen zurecht zu kommen. Je drängender die Lage, desto mehr werden sich Menschen spontan in dieser Polarität sehen, der Zugang verlangt nur ein Minimum an Selbstwahrnehmung. Diese Art Schwierigkeiten zu schildern ist nahe am Alltagsverständnis. Schlimme Erfahrungen beeinflussen Menschen, das wird in jeder Tageszeitung deutlich. Mangelnde soziale Unterstützung hemmt die Selbstbehauptung und die Entfaltung der Persönlichkeit. All dies sind Alltagserfahrungen für deren Schilderung kein besonderes Konzept, keine Psychologisierung erforderlich ist (Rießbeck, 2013, S. 114). Auch wenn für ältere Menschen die Vorstellung von Traumafolgen noch keinesfalls selbstverständlich geworden ist, die Vorstellung bei Folgen seelischer Erschütterung eine spezialisierte Behandlung möglichst zeitnah aufsuchen zu sollen ist weit verbreitet. Nun können zwar spezialisierte indiviudualisierte Therapieformen äußerst hilfreich sein, doch überwiegend geht es primär nicht darum.

 Was wir jetzt über seelische Erschütterungen und deren Verarbeitung wissen, ist im Alltag weder in Produktionsbetrieben, noch in Ämtern und Krankenhäusern und Altenheimen präsent. Eine bleibende Aufgabe daher ist das Verständnis traumatologischer Zusammenhänge und ihrer Bewältigung im gesellschaftlichen Alltag fortlaufend zu verankern. So notwendig es ist Skandale aufzudecken und öffentlich zu machen, ein besserer Umgang mit Gruppen seelisch erschütterter Menschen ist leider kaum die Folge dieser Enthüllungen. Im Gegenteil, es ist menschlich, dass nach Aufruhr und Erschrecken gerne zur Tagesordnung übergegangen wird, Verleugnung und Verdrängung den Schrecken wohltätig zudecken. Die Skandalisierung auch von Gewalt gegen Ältere wird möglicherweise für sich genommen nicht zu mehr Beachtung und präventivem Handeln führen. Selbst das Gegenteil kann der Fall sein. Nach dem medienwirksamen Aufruhr und dem demonstrativen Aktionismus kommt nicht selten die Beschönigung, bis hin zum Angriff auf die Opfer, denen die Verantwortung für die Taten selbst in die Schuhe geschoben wird. Auch alte Menschen sind nicht vor Vorwürfen geschützt, selbst für Übergriffe mit verantwortlich zu sein.

Die erste Hauptaufgabe ist daher in alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens sinnvoll Kenntnisse über traumatische Erschütterungen zu bringen. Die alten Menschen haben uns viel gelehrt, wie Bewältigung ohne spezielle Therapiemöglichkeiten individuell und sozial möglich ist. Viele Kriegswitwen, Vergewaltigte, Waisen, Menschen mit den Erfahrungen von Bombardements und Feuersturm, haben ihr Leben außerordentlich gemeistert und Hürden überwunden, von denen die Jungen der Gegenwart oft nur eine ungefähre Vorstellung haben. Die Beschäftigung mit den Erfahrungen Älterer vertieft das psychotraumatologische Verständnis insgesamt.

Theoretische Kenntnisse sind allerdings nie der einzige Zugang, zu mehr Traumasensitivität. Es geht um die Entwicklung einer auch emotional gefühlten Bedeutung der Zusammenhänge, und mehr noch um die Fähigkeit körperliche Resonanzvorgänge, über die wir in den letzten 20 Jahren viel gelernt haben, in das Handeln und die Reflexion einbeziehen zu können.

 Traumasensitivität ist einerseits ein Blick auf eine erschütterte Person und ihre Veränderungen durch die Belastungserfahrung. Daneben ist sie immer auf politische Prozesse bezogen. Für viele Folteropfer, für Überlebende des Holocaust waren die politisch gesellschaftliche Anerkennung des Leidens, die eindeutige Identifizierung der Täter und der Untaten therapeutisch wesentlich und unverzichtbar. Die Entschädigungen für Betroffene von Gewalt ist ein Ausdruck der Anerkennung der Wirklichkeit, holt ausgegrenzte Opfer in die Mitte der Gesellschaft zurück.

 Traumasensitivität hat eine besondere Art parteiisch zu sein zur Folge. Nicht gemeint ist eine unreflektierte Übernahme der Position oder eine unmittelbare Solidarisierung mit dem Handeln der Betroffenen. Das können die Vereinigungen der Betroffenen von Gewalt am besten. Mit dem fundierten Verständnis der Zusammenhänge haben gerade im psychosozialen Bereich Tätige die Aufgabe im Sinne des Anliegens der Betroffenen Verständnis zu schaffen und gesunde Entwicklungsperspektiven zu ermöglichen.

Das Wissen darüber wie traumatisierende Geschehnisse, wie traumatisch Erschütterte mit ihren sog. Traumafolgestörungen unsichtbar gemacht werden, ist für traumasensitives Arbeiten elementar. Es wird dadurch klar, wie unwahrscheinlich es ist, dass durch einfache Aufklärung, durch Information durch politische Einflussnahme, eine dauerhafte Wende erzielt werden kann. Vielmehr ist immer wieder damit zu rechnen, dass die Geschehnisse um individuelle und kollektive Traumatisierung herum immer wieder neu ins Gespräch und neu ins Erleben gebracht werden müssen. Dabei ist es hilfreich die Mechanismen von Vermeidung, Verleugnung und Verdrängung zu verstehen und helfen, wo nötig offen zu legen.

 In der Psychotherapie wurde immer mehr die Forderung erhoben möglichst spezialisierte Angebote für traumatisch Erschütterte anzubieten. Dies ist verständlich, aber führt kaum zum Ziel. In der Gegenwart führt dies nur zu langen Wartelisten bei den entsprechenden Therapeuten. Wesentlich wirksamer aber wird es sein, wenn gesundheitsförderliches Handeln für seelische Erschütterungen in der Breite berücksichtigt wird, ob in Schulen, Heimen, Betrieben oder anderen Orten der Begegnung.

Damit sollt auch jede ärztliche Behandlung und auch jegliche Psychotherapie traumasensitiv sein.

Mit anderen Worten der Umgang mit seelisch erschütterten Menschen darf nicht in spezialisierte Institutionen abgeschoben werden, nicht bei wenigen Spezialisten landen, auch wenn sie für bestimmte Therapieschritte unverzichtbar bleiben werden.

######  Traumahilfezentren am Beispiel der Stadt Nürnberg -(THZN e.V.)

Traumasensitives Arbeiten braucht Umgebungsbedingungen. Die erste Bedingung ist die des Austausches einerseits zwischen Fachleuten, andererseits zwischen Fachleuten und Betroffenen, und schließlich die Verbindung zumindest zu politischen und sozial engagierten Institutionen.

Die zweite Bedingung ist die der Langfristigkeit. Die Perspektive in der Psychotraumatologie ist durchwegs die der Beharrlichkeit, welche die erheblichen Widerstände und Rückschläge in die Strategien mit einbezieht. Die dritte Bedingung ist die des Wach-Haltens und der Vermehrung des Wissens und der Fertigkeiten. Eine vierte Bedingung ist die der persönlichen Begegnung, mit dem Zeile von Beratung und Klärung für Patienten/Klienten, oder zur Stärkung unter den Fachkollegen durch Supervision und Intervision.

In den Ballungszentren haben sich deutschlandweit deswegen Traumahilfezentren gegründet, die über die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT e.V.) miteinander in Verbindung stehen. Sie sehen sich als Kristallisationspunkte für Aktivitäten.

Das Nürnberger Traumahilfezentrum gründete sich nach längeren Vorarbeiten zu Beginn des Jahres 2014. Die folgenden Ausschnitte aus der homepage ([www.thzn.org](http://www.thzn.org))

„Das THZN bietet:

- Prävention, indem wir über Traumata und deren mögliche Folgen informieren

- Sensibilisierung für das Erkennen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

- Information von Betroffenen und Angehörigen über qualifizierte Fachleute und geeignete

 Einrichtungen

- Angebote zur Selbsthilfe und Stabilisierung für Betroffene

- Organisation von Fortbildungsveranstaltungen für Fachleute

- Förderung des Bewusstseins für die Notwendigkeit von Selbstfürsorge für Helfer

- Vernetzung von Fachleuten und Einrichtungen für Hilfe und Therapie bei Traumatisierung und

 psychischen Folgen.

# Bereits vor zehn Jahren wurde das Netzwerk-Traumahilfe (NeT) in Nürnberg gegründet, um Informationen und Wissen zum Thema Trauma, das Institutionen/Kliniken/Beratungsstellen sowie niedergelassene Therapeuten/Heilpraktiker haben, zu teilen, sich gegenseitig kennenzulernen und den Austausch untereinander zu fördern…Im Laufe der Jahre folgten immer wieder Diskussionen darüber, dass es in Nürnberg keine spezifische Anlaufstelle gibt für Menschen, die von einem Trauma betroffen sind. Zwar gibt es in Nürnberg ein breites Angebot an Beratungsstellen, die auch traumatisierte Menschen unterstützen, jedoch keine eigene Traumafachberatung…

Der Austausch zeigte die Grenzen der Erkennung und Behandlung traumatisierter Menschen in Nürnberg auf. Zum einen sind Wartezeiten bei niedergelassenen Psychologen mit Trauma-Ausbildung sehr, sehr lange (teilweise 1 ½ Jahre), zum anderen gibt es keine Traumaambulanz in einer Klinik in Nürnberg oder Umgebung sowie wenig Gruppenangebote, wie z.B. eine ressourcenorientierte Stabilisierungsgruppe für Menschen mit Traumafolgestörung.

Es fehlt eine Einrichtung in Nürnberg, die sich ausdrücklich mit dem Thema Trauma beschäftigt und die vielen verschiedenen Angebote, Kompetenzen etc. vernetzt und den Informationsaustausch sowie Fortbildungen zu dem Thema Traumatisierung und psychische Folgen ermöglicht bzw. koordiniert. In München ist dieses Konzept zur Traumahilfe bereits erfolgreich umgesetzt (www.THZM.de) und auch in Würzburg hat sich ein unterfränkisches Zentrum für Psychotraumatologie gegründet (www.orphea.info). Die bestehende Lücke soll in Nürnberg und Umgebung durch die Gründung des Traumahilfezentrum-Nürnberg (www.THZN.org) geschlossen werden.

Wir sind traumatherapeutisch tätige ÄrzteInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, HeilpraktikerInnen für Psychotherapie und SozialpädagogInnen und arbeiten in Institutionen und freien Praxen. Gerne würden wir auch Mitglieder aus anderen Bereichen und Berufsgruppen gewinnen, die unser Anliegen ergänzen und unterstützen.“

Traumahilfezentren sind zunächst, auch bei professionellem Arbeiten, vom ehrenamtlichen Engagement der Mitglieder abhängig. Wie aus der Beschreibung deutlich wird, ist der Anspruch viele Bereiche abzudecken hoch. Daneben gibt es für die Bedürfnisse bestimmter Gruppen von Betroffenen, wie ältere Menschen mit Traumafolgeproblematiken, immer wieder neue Aufgaben. Für die Bewältigung der Arbeit ist eine gute Kooperation der Fachleute mit den Mitgliedern des Vereins, die die finanzielle und organisatorische Basis festigen, wesentlich.

 Für 2015 konnte sogar ein Zertifikatslehrgang „Traumazentrierte Fachberatung/Traumapädagogik“ gemeinsam mit der Evang. Hochschule Nürnberg eingerichtet werden (http://www.evhn.de/fw\_ev\_detail.html?event\_id=556). Fachkräfte, die im psychosozialen Bereich aktiv sind, sind recht häufig mit Menschen unterschiedlichsten Alters, die an den Folgen traumatischer Erschütterung leiden, konfrontiert. Sie sind, ob als BeraterInnen, SeelsorgerInnen, Sozialarbeiter, Krankenschwestern häufig am direktesten mit den Betroffenen konfrontiert, gerade mit denen, die die schwersten Beeinträchtigungen haben, und damit die besonders problematischen Symptome. Daher vermittelt dieser Lehrgang besonders praktisch orientiertes Handwerkszeug wie auch die nötige Selbsterfahrung sowie das theoretische Verständnis, um die Betroffenen besser verstehen, begleiten und bei der Bewältigung ihres Lebensalltags besser unterstützen zu können. Ausbildungsgänge wie dieser haben damit auf lange Sicht das Ziel, psychotraumatologisches Wissen, Verständnis und die daran orientierten Handlungskompetenzen in alle Bereiche gesellschaftlichen Lebens zu bringen.

# Literaturverzeichnis

Aarts, P. G., & op den Velde, W. (2000). Eine früher erfolgte Traumatisierung und der Prozeß des Alterns. In B. Van der Kolk, A. C. McFarlane, L. WEisaeth, & Hrsg, *Traumatic Stress* (S. 289-306). Paderborn: Junfermann Verlag.

Böwing, G., & Schröder, G.-S. (November 2009). Spätfolgen von Traumatisierung. *Trauma und Gewalt*, S. 294-303.

Eichhorn, S., & Kuwert, P. (2011). *Das Geheimins unserer Großmütter.* Gießen: Psychosozial Verlag.

Erikson, E. H. (1966). *Identität und Lebenszyklus.* Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Fischer, G., & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie.* München: Ernst Reinhardt.

Grisard, T. (Februar 2012). Notwendigkeit und Möglichkeit einer Psychotraumabehandlung im höheren Lebensalter. *Trauma und Gewalt*, S. 72-77.

Herman, J. (2006). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden.* Paderborn: Junfermann Verlag.

Heuft, G., Kruse, A., & Radebold, H. (München). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie.* 2006: E. Reinhardt Verlag.

Radebold, H. (Heft4 2010). Zeitgeschichtliche Erfahrungen und ihre Folgen- notwendige Perspektive bei der Psychotherapie Älterer. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaften, Psychologische Medizin*, S. 23-27.

Reddemann, L. (2011). Zur Würde der Beschämten und: von der Faszination dissoziativer Menschen. In M. Huber, *Viele Sein - Ein Handbuch* (S. 307-311). Paderborn: Junfermann Verlag.

Rießbeck, H. (2013). *Einführung in die hypnodynamische Ego state Therapie.* Heidelberg: Auer Verlag.

Sachsse, U. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie. .* Stuttgart: Schattauer.

Sack, M. (2010). *Schonende Traumatherapie.* Stuttgart: Schattauer Verlag.

Seidler, G., Freyberger, H., & Maercker, A. (. (2011). *Handbuch der Psychotraumatologie.* Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Trickett, P., Noll, J., & Putnam, F. (23(2011)). The impact of sexual abuse on female developement: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study, Development and Psychopathology, 23(2011) 453-476. *Development and Psychopathology*, S. 453-476.

Yalom, I. (2008). *In die Sonne schauen.* München: Random House, btb Verlag.

Ziegler, F. (2013). Komplexe Traumafolgestörungen bei älteren Patienten. In M. Sack, U. Sachsse, J. Schellong, & Hrsg., *Komplexe Traumafolgestörungen* (S. 344-356). Stuttgart: Schattauer.