

PSYCHOHYGIENE

Zur Psychologie des Alltags

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

Trauma und höheres Lebensalter

Die Traumatisierungs-Gefahr ist zwar so alt wie die Menschheit, doch mag man sich gar nicht vorstellen, welches Leid schon über Millionen von Betroffenen hereingebrochen ist – meist ungemildert, auf jeden Fall oft unerkannt und damit unbehandelt. Das beginnt sich zu ändern. Die Psychotraumatologie ist zu einem bedeutenden Forschungszweig geworden, und damit zu einer entscheidenden Hilfe für die Opfer einer posttraumatischen Belastungsstörung, aus welchem Grund auch immer. Ein thematischer Aspekt ist jedoch noch ausbaufähig: Gemeint sind Traumatisierungen im höheren Lebensalter. Dazu eine kurz gefasste Übersicht zu Häufigkeit, Ursachen, Leidensbild, seelischen, körperlichen, psychosomatisch interpretierbaren und psychosozialen Konsequenzen, diagnostischen Besonderheiten sowie therapeutischen Empfehlungen.

Erwähnte Fachbegriffe:

Trauma – Traumatisierung – Trauma und höheres Lebensalter – posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – Psychotraumatologie – Häufigkeit entsprechender Traumen im höheren Lebensalter – chronische traumatische Erfahrungen – aktuelle traumatische Erfahrungen – verzögerte traumatische Erfahrungen – Trauma-Reaktivierung – Leidensbild der posttraumatischen Belastungsstörung – Besonderheiten der posttraumatischen Belastungsstörung im höheren Lebensalter – Folgen einer posttraumatischen Belastungsstörung im höheren Lebensalter: geistig, körperlich, psychosozial – diagnostische Besonderheiten einer posttraumatischen Belastungsstörung im höheren Lebensalter – therapeutische Empfehlungen zur Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung im höheren Lebensalter – Lebensrückblick-Therapie – Lebensbilanz ziehen – Sinn-Findung in der Trauma-Therapie – Integrative Testimonial-Therapie – u. a. m.

In letzter Zeit wird sowohl in der Fachpresse als auch in den Medien vermehrt über Traumatisierung berichtet. Und hier vor allem über die Folgen von Migration, Flucht, aber auch Gewalterfahrung, körperliche Erkrankung, Behinderung, Partnerschaft- und Familien-Probleme, nicht zuletzt grenzwertige bis unklare diagnostische und therapeutische Fragestellungen. Dies betrifft zumeist das mittlere Lebensalter und vermehrt – je nach Ursache – auch Jugend und sogar Kindheit. Das ist notwendig, sinnvoll und hilfreich.

Ein thematischer Aspekt dagegen findet sich seltener, falls überhaupt. Gemeint sind *Traumatisierungen im höheren Lebensalter*. Bedarf besteht jedoch, offenbar zunehmend. Ob real wachsend oder für den gezielteren differentialdiagnostischen Blick (was könnte es sonst noch sein). Und inzwischen unterstützt durch die modernen digitalen Medien. Dabei mag man sich gar nicht vorstellen, was hunderte von Generationen vor uns zu erleiden hatten – unbemerkt, übergangen, schon gar nicht der Behandlung oder wenigstens Linderung wert.

Gleichwohl, jetzt beschäftigt man sich konkret damit und hat auch allen Grund. Denn über die Hälfte aller Menschen (so die wissenschaftliche Erkenntnis, zumindest aber Vermutung) erlebt Ereignisse, die zu einer potentiellen Traumatisierung führen bzw. zu einem komplexen Leidensbild beitragen. Und dies mit gravierenden seelischen, psychosozialen und körperlichen Auswirkungen, von wirtschaftlichen Folgen gar nicht zu reden (was aber in zunehmendem Maße ebenfalls erlaubt, aus bestimmten Blickwinkeln sogar zwingend ist). Auf jeden Fall hat kaum ein anderes Thema der letzten Zeit die Psychosomatik und damit Psychotherapie derart beeinflusst wie die Psychotraumatologie.

Und dazu gehört auch das erwähnte Phänomen „Traumatisierung im höheren Lebensalter“, obgleich es in Relation zu anderen Blickwinkeln erstaunlich selten zur Sprache kommt. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht, basierend auf dem entsprechenden Kapitel der Dipl.-Psychologin Dr. Mareike Augsburg und Professor Dr. Andreas Maercker vom Psychologischen Institut der Universität Zürich in dem *Praxisbuch Psychotraumatologie* im Thieme-Verlag 2018 (siehe später):

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) im höheren Lebensalter

Wir werden immer älter und müssen uns deshalb auch mit einer wachsenden Zahl von seelischen und körperlichen Leiden sowie psychosozialen Folgen auseinandersetzen. Ist das auch für die Psychotraumatologie relevant? Zwar liegt ein langes Leben hinter den meisten (durchschnittliche Lebenserwartung in der westlichen Welt inzwischen rund 8 Jahrzehnte), wobei aber der aktuelle Lebensabschnitt doch sicher mehr Probleme aufwerfen dürfte. Sicher?

Natürlich steht die aktuelle Gesundheit im Vordergrund. Repräsentative Studien im deutschsprachigen Bereich beweisen allerdings auch einen Anstieg post-traumatischer Belastungsstörungen (PTBS) im höheren Lebensalter, und zwar aufgrund kriegsbedingter Erfahrungen, die die jetzigen „Alten“ als Kinder betroffen hat. Man spricht von 3,4 % bei dem über 60-Jährigen im Vergleich zu 1,3 bis 1,9 % bei Jüngeren. Dazu kommt im deutschsprachigen Bereich die Belastung durch die ehemalige DDR (bis zu rund einem Drittel bei den im Mittel 64-jährigen Betroffenen auch viele Jahre danach?). Kurz: Ältere Menschen sind in Deutschland aufgrund spezifischer Erfahrungen häufiger von einer PTBS betroffen als jüngere.

Dabei sind drei verschiedene Formen möglich: Die chronische, die aktuelle sowie die verzögerte.

- Zu der chronischen gehören generations-bedingte traumatische Erfahrungen in der Vergangenheit durch Krieg und Vertreibung, einhergehend mit Hunger, Armut oder Familientrennung (Kriegskinder-Generation). Ferner die Chronifizierung aufgrund mangelnder Behandlungs-Möglichkeiten oder fehlender Inanspruchnahme.
- Die aktuelle Form beruht auf Ereignissen, die im Alter aufgetreten sind, beispielsweise kriminelle Gewalterlebnisse, gerontologische Notfälle mit Behandlung in der Notaufnahme, plötzlicher Tod nahestehender Personen etc.
- Bei der verzögerten Form spielt besonders die Trauma-Reaktivierung nach jahrelanger Symptommfreiheit eine Rolle, wobei vor allem spezifische Auslöser oder die Kumulation von stress-intensiven Faktoren belasten.

Dabei ist die Erkenntnis wichtig, dass auch scheinbar aktuell Gesunde, aber potentiell beeinträchtigte Personen zu einem späteren Zeitpunkt Symptome entwickeln können, die einer posttraumatischen Belastung entsprechen. Entscheidend dafür sind bestimmte Risikofaktoren wie weibliches Geschlecht, folgenreich negative Kindheitserfahrungen, das intellektuelle Niveau („geistige Kapazitäten“) sowie eine fehlende soziale Unterstützung. Das wird zwar kontrovers diskutiert, doch im positiven Falle lassen sich dabei auch Schutzfaktoren ableiten, speziell was die Unterstützung des Umfelds anbelangt.

Eine interessante Frage lautet: Gibt es Unterschiede im Leidensbild einer PTBS-Symptomatik? Hier herrscht noch Forschungsbedarf, vor allem angesichts unterschiedlicher Klassifikations-Systeme in der Psychiatrie weltweit.

Eindeutiger beurteilbar ist dafür die mögliche Last durch komorbid auftretende (also zusätzliche) Erkrankungen, meist körperlicher und nicht selten auch seelischer Art. Das kann zu differentialdiagnostischen (was könnte es sonst noch sein) sowie ätiopathogenetischen (Ursache und Verlauf) Problemen führen.

Oder kurz: Was hat was ausgelöst oder in Leidensbild und Konsequenzen verstärkt? Aktuelle Befunde sind beispielsweise:

- PTBS wird als Risikofaktor für vorzeitig einsetzende Alterungsprozesse, kognitive (geistige) Einschränkungen sowie Demenz diskutiert.
- Altersbedingt typische körperliche Erkrankungen wie Diabetes mellitus-Typ-II (also im späteren Leben erworben) oder kardio-vaskuläre (Herz-Kreislauf-)Erkrankungen scheinen gehäuft bei Patienten mit PTBS aufzutreten.
- Markant bei älteren Populationen ist außerdem der Zusammenhang zwischen einer PTBS und den Berichten über chronische Schmerzbilder.
- Eine im höheren Lebensalter fortdauernde PTBS geht mit einer 3-fach so hohen Wahrscheinlichkeit von Beeinträchtigungen im Bereich der Selbstpflege und Mobilität einher, vor allem im Vergleich zu älteren Personen ohne diese Zusatzbelastung.

Schlussfolgerung und Handlungsanweisungen

Welche Schlussfolgerungen und Handlungsanweisungen ergeben sich aus diesen Erkenntnissen?

Natürlich muss man auch im Kindheit und Jugend, praktisch eigentlich in jedem Lebensabschnitt auf entsprechende Belastungs-Schwerpunkte achten. Im höheren Lebensalter offensichtlich noch ausgeprägter. Oder kurz: Was ist rein altersbedingt, was könnte zusätzliche PTBS-Folge bzw. -Verstärkung sein?

Darüber hinaus ist auch die konkrete Diagnosestellung erschwert. Was also ist bei der gezielten Exploration (Erhebung der Vorgeschichte und des aktuellen Leidensbildes) im höheren Lebensalter zu berücksichtigen?

Wahrscheinlich aufgrund entsprechender Merk- und Konzentrationsstörungen einschließlich nachvollziehbaren Vergessens (oder Verdrängens) sprechen Ältere von sich aus weniger traumatische Ereignisse an. Oder sie erachten sie als weniger bedeutsam, vor allem angesichts sonstiger Beeinträchtigungen. Vielleicht ist auch das Erlebte in diesen Altersstufen eher mit Scham besetzt (was bei jüngeren Generationen scheinbar weniger beeinträchtigt). Das führt zu der Empfehlung im Alltag von Klinik und Praxis, die diagnostischen Fragen zwar behutsam, aber systematisch (z. B. nach den psychiatrischen Klassifikations-Systemen) abzufragen.

Dabei soll man sowohl die aktuelle, als auch frühere Erfahrungsgeschichte nicht übergehen, d. h. Kriegsfolgen, Vertreibung, erschwertes Wiedereinleben

etc. Und dies, obgleich mitunter erstaunt abgelehnt („bis in die frühe Kindheit zurück...?“). Die Verwunderung ist nachvollziehbar; sie resultiert aus dem Erleben vielfältig belastender Erfahrungen im Verlauf einer stattlichen Zahl von Lebensjahrzehnten. Das wird naturgemäß als bedeutsamer erachtet und ist es vielleicht auch. Doch die frühen Erfahrungen sind ja nicht ohne bisher verdrängte Langzeit-Wirkung, mitunter erst nach einem vielleicht nicht einmal bemerkenswerten Erlebnis reaktiviert.

Wichtig sogar die Erkenntnis, dass scheinbar rein körperliche Beschwerden auch als Hinweis für dahinter verborgene seelische Probleme und ihre psychosoziale Verquickung gelten können. Oder allein das bekannte Phänomen, dass körperliche Beschwerden psychische Symptome imitieren.

Noch schwieriger wird es bei der Abklärung einer PTBS bei kognitiv (geistig) eingeschränkten älteren Patienten. Hier ist vor allem die Zusammenarbeit zwischen psychosomatisch bzw. psychotherapeutisch tätigen Experten und der Allgemeinmedizin gefragt. Oder konkret: Die Anpassung von Arzt und Psychologe an das kognitive Niveau des älteren Patienten mit verlangsamter neuronaler (Gehirn-)Verarbeitungs-Geschwindigkeit. Das heißt aber auch: Selber die Sprech-Geschwindigkeit reduzieren, die Vermittlung komplexerer Themen in verständliche Einheiten unterteilen und alles häufiger wiederholen. Eine nahe liegende und allseits akzeptierte Empfehlung, die aber mitunter im hektischen Praxis-, Ambulanz- und Klinik-Alltag schwer realisierbar ist.

Unabdingbar ist auch der Einbezug fremd-anamnestischer Informationen, d. h. das nähere und weitere Umfeld, ggf. auch die Pflegekräfte.

Zuletzt der konkrete Hinweis: Das Risiko einer Re-Traumatisierung, also dem erneuten Aufbrechen traumatisierender Erinnerungen aus früherer Zeit, besteht vor allem bei dementiellen Patienten, denen man in diesem Zusammenhang wohl den geringsten Bedarf zusprechen würde.

Therapeutische Empfehlungen

Was also empfiehlt sich therapeutisch bei einer PTBS im höheren Lebensalter? Hier gibt es leider nur eine sehr begrenzte Anzahl von validen (wissenschaftlich geprüften und aussagekräftigen) Studien und damit hilfreichen Erkenntnissen. Insgesamt scheinen aber die so genannten evidenz-basierten Verfahren für das mittlere Lebensalter auch bei älteren Personen geeignet zu sein. Und ganz allgemein gilt es, den Betroffenen erzählen zu lassen (sprich: zuzulassen, dass er redet und redet und redet, was ja bekanntlich auf der anderen Seite unter dem üblichen Zeitdruck nicht immer machbar erscheint – dafür aber dann mit Informations-Defiziten bezahlt werden muss).

Erfolgreich scheinen vor allem zwei therapeutische Verfahren zu sein, so die Autoren Frau Dipl.-Psych. Dr. M. Augsburger und Herr Prof. A. Maercker vom Psychologischen Institut der Universität Zürich in ihrem informativen Beitrag:

- Zum einen die so genannte *Lebensrückblick-Therapie*. Hier geht es um das strukturierte Erinnern unter Einbezug und (Neu-)Bewertung verschiedener Lebensabschnitte. Das basiert auf drei theoretischen Annahmen:
 - Bei der so genannten *Lebensbilanz* geht man davon aus, dass traumatische Ereignisse eine positive Bilanzierung des Lebens in allen Facetten verhindern, da sie alles andere überschatten.
 - Außerdem glaubt man, dass das so genannte *Trauma-Gedächtnis* traumatischer Erfahrungen bei Personen mit PTBS nur fragmentiert vorliegt und deshalb auch nicht willentlich und vor allem zusammenhängend abgerufen werden kann. Dies begünstigt so genannte Intrusionen durch äußere Auslöser. Darunter versteht man ein drängendes Wiedererleben ungewollt wiederkehrender Erinnerungen an belastende Erlebnisse, die in den normalen Gedankenstrom wenig kontrollierbar eindringen (wenn nicht gar „einschießen“) und alles andere abdrängen. Dies wird zumeist durch einen Schlüsselreiz ausgelöst, tritt aber auch spontan auf, ob im Wachzustand oder in Träumen und reicht von Einzel- bis zu Nachhall-Erinnerungen.
 - Schließlich geht es um die so genannte *Sinn-Findung*, d. h. die Möglichkeit bzw. Kompetenz, persönlichen Erfahrungen auch einen persönlichen(!) Sinn zuzuschreiben. D. h. es geht weniger um das, was „man“ für sinnstiftend halten könnte, sondern um das, was den eigenen Lebensweg letztlich „doch noch sinnvoll“ geprägt hat.
- Zum Zweiten empfehlen Experten-Kreise die so genannte *Integrative Testimonial-Therapie (ITT)*. Dabei handelt es sich um eine Kurzzeit-Schreibtherapie, speziell für Ältere ab 65 Jahren. Wie bei der Lebensrückblick-Therapie geht es um eine biographische Rekonstruktion der Lebensgeschichte, die eine zusammenhängende Einordnung ermöglicht, und zwar schriftlich. Das funktioniert unter entsprechenden Bedingungen auch online.

Schlussfolgerung

Die Bedeutung traumatischer Lebensereignisse für die Entwicklung seelischer und psychosomatisch interpretierbarer Störungen mit entsprechenden psychosozialen Konsequenzen wurde bisher unterschätzt. Und dies vor allem für das höhere Lebensalter.

So zählen beispielsweise die Folgen von Misshandlung, sexuellem Missbrauch, von Kriegserlebnissen, Flucht und Vertreibung, Überfällen, aber auch Unfällen etc. dazu. Sie wurden lange als Ausdruck einer nicht ausreichend robusten Konstitution bzw. Persönlichkeitsstruktur abgetan. Das hat sich in den letzten drei Jahrzehnten geändert, und zwar mit der wissenschaftlich abgesicherten Erkenntnis: Traumatische Lebensereignisse können erhebliche Auswirkungen auf die psychische und körperliche Entwicklung haben und sollten – wenn immer möglich – gezielt therapeutisch gelindert werden. Denn hier geht es nicht nur um psychosoziale Konsequenzen im weitesten Sinne, hier drohen auch Veränderungen der Hirnstruktur und der neurobiologischen Regulation, ja epigenetische Folgen für die nächste und übernächste Generation. Das hört sich sehr komplex an, ist es auch, inzwischen aber zusehends objektivierbar und – hoffentlich – behandelbar.

LITERATUR

Grundlage dieser kurzen Übersicht ist das Kapitel *Trauma und höheres Lebensalter* von Frau Diplom-Psychologin Dr. Mareike Augsburger und Professor Dr. Andreas Maercker vom Psychologischen Institut der Universität Zürich in dem Fachbuch

Julia Schellong, Franziska Epple, Kerstin Weidner (Hrsg.): Praxisbuch Psycho-traumatologie im Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2018. Dort auch weitere Beiträge zur Diagnose und Therapie traumatischer Belastungen mit psychosozialen Folgen.