



Dokumentation zur

Fachtagung

zu Sexualisierter Gewalterfahrung,
Trauma(folgen) im Alter und in der
Demenz

Gefördert durch:



Die Referentinnen: v.l.n.r.: Heike Dudtenhöfer-Hammer, Beate Berdel-Mantz, Eva Jochmann, Christiane Hinrichs-Landua, Sabine Tschainer-Zangl

Einleitung

Sexualisierte Gewalterfahrung, Trauma(folgen) im Alter und in der Demenz

Im Jahr 2011 startete im Frauennotruf Mainz e.V. – Fachstelle zum Thema sexualisierte Gewalt – das Projekt „Verschwiegene Gewalt – Entlastung durch Verstehen“ finanziert aus Projektfördermitteln der ARD Fernsehlotterie, um ganz gezielt ältere und alte Frauen in den Blick zu nehmen, die in ihrem Leben sexualisierte Gewalt erfahren haben.

Vier Jahre später, im Jahr 2015 gründete sich aus dem Mainzer Arbeitskreis Gewalt gegen Frauen und Kinder die Arbeitsgruppe *Gewalt in engen sozialen Beziehungen älterer/alter Frauen (GesB)*, in der Mitarbeiterinnen des Arbeitskreises und Akteurinnen aus verschiedenen Bereichen der Altenhilfe zusammenarbeiteten. Hieraus ergab sich eine engere Zusammenarbeit des Frauennotrufs und der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt dementielle Erkrankungen der Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit mbH (GPS), u.a. in der Organisation einzelner Informationsveranstaltungen zum Thema Auswirkungen Sexualisierte Gewalterfahrungen im Alter. 2021 entstand dann die Idee, einen Fachtag zum Thema zu veranstalten.

Der Fachtag Sexualisierte Gewalterfahrungen, Trauma(folgen) im Alter und in der Demenz

„Demenz“ und „Trauma“ sind zwei Begriffe, die in den vergangenen Jahren zunehmend ins Bewusstsein der (Fach-)Öffentlichkeit getreten sind. Doch dieses Wissen birgt auch Gefahren in sich. Trauma und Demenz sind oft verwendete und mit zum Teil diffusen Vorstellungen verbundene Begriffe. Während Trauma bzw. Traumafolgen im Zusammenhang mit Alter weniger Beachtung findet, ist Demenz fest mit dem Alt-Werden verknüpft, verursacht Ängste und Unsicherheiten bei

Älteren und im Umgang mit den Betroffenen. Auffälliges Verhalten älterer und alter Menschen wird daher oft als Folge einer Demenz betrachtet, was Auswirkungen auf die Reaktionen und den Umgang hat.

(Sexualisierte) Gewalterfahrungen sind traumatische Ereignisse, die Frauen und somit auch die jetzige ältere Generation häufig erfahren haben. Eine Verarbeitung der erlebten Gewalt war in früheren Jahren meist nicht möglich, auch wenn die Frauen unterschiedliche Bewältigungsstrategien entwickelt haben.

Wenn zurückliegende Gewalterfahrungen nicht verarbeitet werden konnten, können diese traumatischen Erlebnisse auch viele Jahre später wieder aktiviert werden. Im Alter und damit auch im Verlauf einer Demenz kann es dazu kommen, dass bewährte Bewältigungsstrategien nicht mehr greifen. Hier bricht sich dann das Trauma Bahn und kann entsprechende Reaktionen, wie Angst auslösen. Im Alltag und in der Pflege / Betreuung zeigt sich die Trauma-Reaktivierung dann durch verändertes Verhalten, das bei älteren und alten Frauen und Männern oft sehr schnell einer „Demenz“ zugeordnet wird. In der Analyse und Beobachtung der Situationen zeigt sich nicht selten, dass das vermeintlich „demenzbedingte“ Verhalten vorrangig als Symptome einer Traumafolgestörung einzuordnen sind. Hier bedarf es dringend einer Differenzierung.

Mit dem Fachtag wurden die Begriffe „Trauma“ und „Demenz“ näher beleuchtet. Ziel war, für eine differenzierte Betrachtung im Kontakt mit älteren und alten Menschen zu sensibilisieren. Denn durch ein besseres (und praxisorientiertes) Wissen um Sexualisierte Gewalt, Trauma, Demenz und die Auswirkungen im Alltag, können die Betroffenen besser verstanden werden.

HERAUSGEBERINNEN

Frauennotruf Mainz e.V. – Fachstelle zum Thema sexualisierte Gewalt

Kaiserstr. 59–61
55116 Mainz

GPS – Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit mbH

Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
TK II – Schwerpunkt dementielle Erkrankungen
Drechslerweg 25
55128 Mainz

REDAKTION

Christiane Hinrichs–Landua und Eva Jochmann

GESTALTUNG

cala media, Mainz
www.calamedia.de

Stand März 2023

Inhalt

**Demenz stellt
alles auf den Kopf –**
Ein Blick auf die An-
und Zugehörigen von
Menschen mit Demenz

S. 4

**Wenn die Zeit
nicht alle Wunden
heilt**

S. 6

**Es ist vorbei
und wirkt doch nach.
Demenz und Trauma**

S. 10

Die Referentinnen



Christiane Hinrichs-Landua

ist Dipl. Sozialarbeiterin und systemische Beraterin. Sie arbeitet seit 2014 in der GPS, Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt dementielle Erkrankungen in Mainz.



Eva Jochmann

ist Dipl. Pädagogin, personenzentrierte Beraterin und Supervisorin. Seit 1993 arbeitet sie im Frauennotruf Mainz – Fachstelle zum Thema sexualisierte Gewalt.



Sabine Tschainer-Zangl

ist Dipl.-Theologin, Dipl.-Psycho-Gerontologin und Gründerin des Instituts aufschwungalt / München. Sie war 10 Jahre im Vorstand der Alzheimer Gesellschaft auf Regional- und Bundesebene und ist Autorin zahlreicher Publikationen.

Demenz stellt alles auf den Kopf – Ein Blick auf die An- und Zugehörigen von Menschen mit Demenz



Die Diagnose Alzheimer Demenz stellt das Leben von Betroffenen und ihren An- und Zugehörigen auf den Kopf. Die Anpassung an die schwindenden Fähigkeiten erfordert von allen Beteiligten einen Anpassungsprozess an das bisherige Leben. Wie gut sich die Umwelt auf die speziellen Bedürfnisse der Menschen mit Demenz (MmD) anpassen kann, bestimmt die Lebensqualität von ihnen und deren An- und Zugehörigen.

Wer sind die An- und Zugehörigen und wie ist ihre Situation?

Wenn von An- und Zugehörigen die Rede ist, dann sprechen wir von einer heterogenen Gruppe von Männern und Frauen. Da überwiegend Frauen die Pflege übernehmen, möchte ich heute meinen Focus auf sie legen: (Schwieger-) Töchter und (Ehe-) Frauen in einem Alter von 65 bis 85 Jahren, die auf Grund ihres Alters häufig selbst körperlich und / oder seelisch belastet sind.

Frauen, die ihre Vorstellungen über und die Erwartungen an den letzten Lebensabschnitt den Folgen einer Demenzerkrankung anpassen müssen. Die damit konfrontiert sind, die schleichenden Veränderungen des MmD zu begleiten und die lebenslangen, eingespielten Rollen im Alltag und in der Beziehung zueinander neu zu ordnen. Eine Aufgabe, die sie nicht selten versuchen alleine zu bewältigen.

Begleitet wird dies von einem Chaos an Gefühlen, wie Scham über das Verhalten des MmD und Angst und Verzweiflung, dem nicht mehr gewachsen zu sein. Die Frauen berichten von Ärger und Wut auf die Situation und auch auf den MmD. Ebenso stark ist die Trauer über den Verlust des Elternteils und Partners, der hier und doch fern ist. Zusammenzuleben mit einem Menschen, der einem vertraut ist jedoch immer fremder wird. Gefühle, die sie nicht selten versuchen alleine zu bewältigen.

Im Verlauf der Demenz nimmt die Beschäftigung, die Übernahme der Versorgung und Pflege des MmD zu. Ist der Tag- Nachtrhythmus gestört, so leiden die Frauen häufig unter Schlafmangel. Oft wird die eigene Gesundheit vernachlässigt und eigene Arztbesuche verschoben. Eigene Interessen und Aktivitäten werden hintenangestellt und somit soziale Kontakte nicht mehr gepflegt. Wenige bis keine Freundschaften bleiben bestehen und dies führt nicht selten in die Vereinsamung und soziale Isolation. Die Folgen davon sind, dass es zu einer permanenten Überforderung und Überlastung der Frauen kommt. Eine Belastung, die sie nicht selten versuchen alleine zu bewältigen.

Wer seine eigenen Bedürfnisse ständig vernachlässigt, verliert an Kraft. Man wird unzufrieden und angespannt.¹ Dies belastet die Beziehung zwischen den An- und Zugehörigen und dem MmD. Ein Kreislauf beginnt, bei dem die Gefühle der Ohnmacht und Erniedrigung, der Angst und Verzweiflung stetig stärker werden. Es folgt eine Zunahme von Schlafstörungen sowie Kraft- und Antriebslosigkeit. Die körperliche und seelische Verfassung verschlechtern sich. Im Umgang miteinander erhöht sich das Stresslevel und die Aggression nimmt zu. Die Folge daraus sind potenzielle Misshandlungen gegenüber dem MmD.

Eine Definition von Misshandlungen gegenüber älteren Menschen hat die englische Organisation Action on Elder Abuse bereits 1995 wie folgt formuliert: Misshandlung verstehen sie, „als einmalige oder wiederholte Handlung, beispielsweise Unterlassung einer angemessenen Handlung, die sich in einer Beziehung ereignet, in der eine Vertrauenserwartung besteht, und die dem älteren Mensch Schaden zufügt oder Leiden verursacht.“²

Dieses Verständnis von Misshandlung umfasst und beschreibt auf respektvolle Weise, wie schnell durch unser Tun und Nicht-Tun Misshandlung entsteht.

Es wird deutlich, wie schnell Menschen in gewaltvolle Situationen geraten können, wenn sie wie oben beschrieben, in eine Situation der permanenten Überforderung und Überlastung kommen.

1 Vgl.: <https://www.pflege-gewalt.de/tipps-gewaltpraevention-pflegende/ueberlastung-vorbeugen/>

2 Görjen, Thomas: Wissen über das Phänomen Gewalt in der Pflege, in: ZQP –Report Gewaltprävention in der Pflege, 2. überarbeitete Auflage, Berlin 2017; Seite 8

Begünstigt wird diese Situation, wenn kein oder kaum Wissen über das Krankheitsbild der Demenz vorhanden ist. Die fehlende Kompetenz, das Verhalten richtig einzuschätzen und angemessen darauf zu reagieren, erhöht die Bereitschaft, dass es zu unangemessenen Handlungen also zu Misshandlungen kommt.

Kann eine dementielle Veränderung verstehbar und gar begreifbar gemacht werden?

Die Teilnehmerinnen am Fachtag konnten mit Hilfe eines Demenzparcours³ an fünf von insgesamt 13 Stationen einen Eindruck davon erhalten.

Die Stationen wurden von Frank Hildebrandt entwickelt und sie zeigen, über den Tag hinweg, typische Alltagssituationen. Der Demenzparcours dient nicht zur Diagnostik einer Demenz. Vielmehr sollen die Teilnehmerinnen die Erfahrungen machen, was es bedeutet mit den Einschränkungen durch eine Demenz alltägliche Aufgaben zu bewältigen.



An den Stationen *Einkaufen, Kochen und Backen, In der Stadt, Bürotätigkeit* und *Hausarbeit* konnten erste Erfahrungen gesammelt werden. Jede Station beginnt mit einer Geschichte von Erna Müller, in der die Aufgabe der jeweiligen Station eingebettet ist. Die Teilnehmerinnen schlüpfen in

die Rolle von Erna Müller und stellten sich neugierig oder skeptisch den Aufgaben. Mal unter Zeitstress, mal mit nicht vorhandenen Materialien wurden Einladungen geschrieben, Gemüse eingekauft und Begriffe wiedergegeben.

Dabei sollten die Teilnehmerinnen auch auf ihr inneres Erleben achten. So wurden Symptome, die für eine dementielle Veränderung typisch sind, durch die Erlebnisse erfahrbar gemacht, z.B. die Beeinträchtigung in der Wahrnehmung und Orientierung, ein eingeschränktes Sprachverständnis oder eine eingeschränkte Merkfähigkeit.

Im letzten Schritt erhielten die Teilnehmerinnen in einem Begleitheft eine kurze Information zu diesen und weiteren Symptomen – die gerade erlebte Erfahrung konnte so mit fundiertem Fachwissen verknüpft werden.

In einer Abschlussrunde wurde das Erlebte ausgetauscht. Die Teilnehmerinnen berichteten davon, dass sie gestresst und frustriert waren und auch resigniert aufgegeben haben. Dass es sie ängstlich gemacht habe, wenn die Aufgabe nicht oder zur eigenen Unzufriedenheit gelöst wurde.

Was kann präventiv getan werden, um Situationen der Misshandlungen entgegen zu wirken?

Nach einer Diagnosestellung ist es empfehlenswert, dass eine fachärztliche Anbindung bei einer Psychiaterin oder Neurologin angestrebt wird. Die Haus- oder Fachärztin sollte über das Angebot der Beratungsstellen Kenntnis haben und den Patienten mit dem Angehörigen an diese verweisen.

Eine Beratung durch z.B. den Pflegestützpunkt und eine Schulung rund um das Thema Demenz trägt zum besseren Verständnis für den Betroffenen bei. Darüber hinaus informieren diese über Unterstützungsangebote und Entlastungsmöglichkeiten in der Region und unterstützen bei der Anbahnung der Hilfen.

Die Erfahrung zeigt, dass es für die Frauen wichtig ist, verstanden zu werden und sich angenommen zu fühlen. Erst dann kann die Bereitschaft wachsen, die Unterstützung durch Beratungsstellen, regionale Unterstützungsangebote und Familie anzunehmen.

In Angehörigengruppen oder in Beratungsgesprächen sollte dem Verlust und der Trauer um das bisherige Leben Platz eingeräumt werden. Angemessen trauern zu können und das Ringen darum, das Schicksal anzunehmen brauchen Zeit und einen geschützten Raum. Nach meiner Erfahrung kann dann Platz für Neues entstehen und letztendlich die Bereitschaft wachsen, das Schicksal anzunehmen und zu gestalten.

Auch für sich selbst können die Frauen etwas tun: Sie sollten auf einen ungestörten und ausreichenden Schlaf achten. Freiräume für eigene Aktivitäten sind wichtig und sie sollten sich Möglichkeiten schaffen, den Stress im Alltag zu reduzieren – z.B. durch Entspannungsübungen, die sich gut im Alltag integrieren lassen.

Am gesellschaftlichen Leben sollen An- und Zugehörige sowie der MmD weiterhin aktiv teilnehmen. Dazu sollten sie ermutigt werden und die Möglichkeiten dazu erhalten, denn sie sind und bleiben Teil unserer Gesellschaft.

3 <https://lsjv.rlp.de/de/unsere-aufgaben/sozialraumentwicklung/demenz/informationen-und-service/>

Wenn die Zeit nicht alle Wunden heilt ...

Wiederkehrende Erinnerungen an zurückliegende (sexualisierte) Gewalterfahrungen älterer Frauen



Was haben sexualisierte Gewalterfahrungen mit Alter und Demenz zu tun?

Sexualisierte Gewalt ist inzwischen Thema in der Gesellschaft, der Politik und in den Medien – und damit zum Teil enttabuisiert. Dieser Prozess begann in den 1980er Jahren, als Frauen der Frauenbewegung anfangen, das Schweigen zu brechen. Sexualisierte Gewalt gab es auch davor, aber keine Möglichkeit für die Betroffenen, über ihre Erfahrungen und die Folgen in einem geschützten Rahmen zu sprechen.

Ist es dann noch notwendig, sich jetzt im Alter damit zu beschäftigen?

Sexualisierte Gewalt und ihre Folgen

Um diese Frage zu beantworten, zunächst ein Blick auf das Thema Sexualisierte Gewalt und die Folgen der Gewalterfahrung.

„Sexualisierte Gewalt ist eine Form von Gewalt, die sich in voller Absicht gegen den intimsten Bereich eines Menschen richtet und deren Ziel die Demonstration von Macht und Überlegenheit durch Erniedrigung und Entwürdigung des anderen ist.“¹

Frauen erleben demnach Gewalt aufgrund ihrer Geschlechtszugehörigkeit, unabhängig von Alter, Herkunft, Religion, Bildung usw. Sexualisierte Gewalt ist eine sexualisierte Form der Gewalt- und Machtausübung, d.h. auch ältere und alte Frauen können betroffen sein. Einer europäischen Studie zufolge erlebt jede dritte Frau in Europa mindestens einmal in ihrem Leben körperliche und / oder sexualisierte Gewalt?²

Die Formen der Gewalt sind unterschiedlich, sie reichen von Bedrängen und verbaler Belästigung bis hin zu sexuellem Missbrauch in der Kindheit und Vergewaltigung – auch in der Ehe und im Krieg. Eine Altersbegrenzung gibt es dabei nicht. Die Bedrohung, sexualisierte Gewalt zu erfahren, begleitet Mädchen und Frauen von Kindheit bis ins hohe Alter. Das heißt, dass auch alte Frauen, denen wir begegnen, sexualisierte Gewalt erlebt und überlebt haben.

Betroffene Frauen fühlen Ekel und Scham, nach der Tat befinden sie sich in einem schockähnlichen Zustand, der oft Tage andauert. Sie fühlen sich von ihrer Umwelt und sich selbst entfremdet, versuchen, das Geschehen zu begreifen und die Kontrolle über ihr Leben wiederzuerlangen.

Sexualisierte Gewalt – ein traumatisches Ereignis

Sexualisierte Gewalt ist ein traumatisches Ereignis. Trauma heißt Verletzung, die sowohl körperlich als auch seelisch sein kann. Ein psychisches Trauma ist demnach die seelische Verletzung durch ein Ereignis außer-gewöhnlicher Bedrohung. Dabei ist die Person selbst Opfer oder Zeuge eines Ereignisses, bei dem das eigene Leben oder das Leben anderer Personen bedroht oder ernste Verletzungen die Folge sind.

Es handelt sich um ein Ereignis, bei dem Flucht oder Gegenwehr unmöglich scheint und das einhergeht mit extremer Hilflosigkeit, Ohnmacht, Kontrollverlust, Panik und Gefühlsüberflutung. Traumatische Erlebnisse lösen Stressreaktionen aus und hinterlassen dadurch Spuren im Gehirn.

Ob sich aus einem traumatischen Ereignis ein Trauma entwickelt, wird durch verschiedene Faktoren mitbestimmt: Ist das Ereignis durch einen anderen

1 Gabriela Mischkowski, in: „Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen“, 2004, S. 18

2 vgl. FRA: Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick, 2014

Menschen verursacht? Wie lange dauert das traumatische Ereignis an, wie oft tritt es auf, und wie stark wird der Kontrollverlust erlebt? Auf welche bereits entwickelten Bewältigungskompetenzen, die abhängig vom Alter und Entwicklungsstand sind, kann zurückgegriffen werden? Wie groß ist das Ausmaß von Schutz, Verständnis und Unterstützung nach dem Ereignis? Sind – auch wiederholte – Gespräche über die Erfahrung und Rückzug möglich? Gelingt es, Alltäglichkeit wieder herzustellen?

Schon hier wird deutlich, dass die heute alten Frauen nach einer Erfahrung sexualisierter Gewalt kaum oder gar nicht auf positive Faktoren zurückgreifen konnten. Dennoch haben sie Strategien entwickelt, mit der Erfahrung zu leben.

Kennzeichen traumatischer Ereignisse

In Folge eines traumatischen Erlebnisses kommt es zu verschiedenen Reaktionen. Gedanken, Bilder, Wortfetzen drängen sich auf und beleben das Ereignis wieder. Sie kommen plötzlich und unerwartet, es gibt keine Möglichkeit, sich dagegen zu wehren. Die Vergangenheit aktualisiert sich dabei ohne Kontrolle darüber. Sie wird nicht betrachtet, sondern neu erlebt: Kontrollverlust, Ohnmacht und Hilflosigkeit, Angst und Panik. In der Folge befinden sich traumatisierte Personen oft in Zuständen von erhöhter Erregung, Reizbarkeit und Wachsamkeit. Bestimmte Reize, sogenannte Trigger, können das Trauma aktivieren und die genannten Reaktionen wieder hervorrufen. Auch Reize, die auf den ersten Blick in keinem Zusammenhang mit dem Ereignis stehen.

Um diese plötzlich auftretende Überflutung von Gefühlen wie Ohnmacht, Schmerz, Zerrissenheit innerlich nicht mehr wahrzunehmen, wird versucht, sie innerlich zu isolieren. Dabei können Symptome wie Depressionen oder Schmerzsyndrome entstehen.

All dies sind zunächst ganz normale Reaktionen auf ein traumatisches Ereignis, die circa sechs bis zwölf Wochen andauern können³. Sie können sich aber auch verfestigen und chronisch werden.

3 vgl. Sachsse, Ulrich: Traumazentrierte Psychotherapie, Stuttgart 2004, S. 53

4 WHO: Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln, 2002

Lebensgeschichte alter Frauen

Zurück zur Ausgangsfrage: Was haben sexualisierte Gewalterfahrungen mit Alter und Demenz zu tun? Von wem sprechen wir überhaupt, wenn wir über alte Frauen reden?

Die World Health Organisation (WHO) bezieht sich auf die „Standarddefinition der UNO (...), derzufolge als ‚ältere‘ Menschen jene anzusehen sind, die sechzig Jahre oder älter sind“⁴. Angesichts einer gestiegenen Lebenserwartung mit immer mehr Menschen, die 90 oder 100 Jahre alt werden, wird deutlich, dass wir von einer sehr heterogenen Gruppe sprechen. Die Frauen sind in unterschiedlichen Zeiten und mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Bedingungen sozialisiert.

Einige der Frauen haben den Zweiten Weltkrieg und die Nachkriegszeit erlebt: Bombenangriffe, Hunger, Verlust von Angehörigen waren Teil der „Normalität“. Frauen und Kinder waren zusätzlich von sexualisierter Gewalt bedroht und betroffen. Allein in Deutschland wurden zwischen Ende 1944 und Ende 1945 schätzungsweise zwei Millionen Frauen vergewaltigt. Kriegsvergewaltigungen werden angesichts weltweiter Kriege und Folgen wie Flucht und Migration als traumatische Erlebnisse in der Lebensgeschichte von Frauen weiterhin bestehen.

Der Gleichberechtigungsgrundsatz wurde sowohl in der DDR-Verfassung (Artikel 7) von 1949 als auch dem Grundgesetz der BRD (Art. 3 (2) GG) festgeschrieben. Während die Volkskammer der DDR „alle Gesetze und Bestimmungen, die der Gleichberechtigung der Frau entgegenstehen“ direkt aufgehoben hat, fordert das Grundgesetz den Staat lediglich auf, „auf die Beseitigung bestehender Nachteile“ hinzuwirken. In der Folge brauchten Frauen in der BRD beispielsweise bis 1977 das Einverständnis des Ehemanns, wenn sie einer Berufstätigkeit nachgehen oder ein Konto eröffnen wollten.

In den Bereichen (selbstbestimmte) Sexualität, Aufklärung, Verhütung und Schwangerschaftsabbruch sind nur langsam Veränderungen eingetreten.



1961 kam mit Anvolar die erste sogenannte Antibabypille in Westdeutschland auf den Markt – zunächst als Mittel gegen Menstruationsbeschwerden, das nur verheirateten Frauen verschrieben wurde. Im Beipackzettel wurde als Nebenwirkung aufgezählt, dass Anvolar eine Schwangerschaft verhindern kann. In Ostdeutschland gab es ab 1965 Ovovision, die Wunschkindpille – ab 1972 sogar kostenlos auf Rezept.

Schulische Sexualaufklärung startete in Ostdeutschland 1947 unter dem Titel „Fortpflanzung“ als Teil des Biologieunterrichts, seit 1959 gab es das Fach Sexuelle Bildung im Lehrplan. Westdeutschland führte erst 1969 das neue Fach Sexualkunde ein und veröffentlichte hierzu den ersten Sexualkunde-Atlas als einheitliches Schulbuch.



Schwangerschaftsabbrüche waren in der DDR ab 1972 durch das „Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft“ innerhalb der ersten 12 Wochen legal und kostenfrei. In Westdeutschland stand Schwangerschaftsabbruch zu der Zeit noch unter Strafe. 1971 startete die Selbstbeziehungskampagne „Wir haben

abgetrieben“: 374 zum Teil prominente Frauen bekannten sich im „Stern“ zu einer Abtreibung und eröffneten damit den öffentlichen Diskurs zur Reform des §218. Ab 1976 blieb dann auch bei sozialer Indikation innerhalb der ersten zwölf Wochen ein Schwangerschaftsabbruch straffrei, seit 1995 sind Abbrüche innerhalb der ersten zwölf Wochen straffrei, wenn die Frau eine vorschriftsgemäße Beratung nachweist.

Während beispielsweise in den Bereichen Aufklärung, Verhütung, Schwangerschaftsabbruch Frauen in Ostdeutschland früher mehr Selbstbestimmung bekamen, war das Thema „(sexualisierte) Gewalt gegen Frauen“ in der DDR gerade kein Thema. 1987 gründete

sich die Frauengruppe „Frauenteestube“ in Weimar – und bot den Frauen dort auch einen Raum, über sexualisierte Gewalt und Sexismus zu sprechen. Das erste Frauenhaus in Ostdeutschland öffnete 1990.

In Westdeutschland wurden auf Initiative von Frauen aus der Neuen Frauenbewegung ab Mitte der 1970er Jahre erste Frauenhäuser gegründet, Ende der 1970er Jahre entstanden sie ersten Frauennotrufe. Das Thema (sexualisierte) Gewalt gegen Frauen wurde ab da – langsam – in die Öffentlichkeit gebracht, die Frauen engagierten sich für die Verbesserung der Situation von Frauen und ein gewaltfreies Leben. Strafrechtliche Reformen ließen dennoch lange auf sich warten: Vergewaltigung in der Ehe ist erst seit der Strafrechtsreform 1997 strafbar und erst seit 2016 gilt nach der Reform des §177 StGB „Nein heißt Nein!“.

Wenn die Zeit nicht alle Wunden heilt

Dies sind nur einige Beispiele für gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die das Geschlechterverhältnis und das Selbstverständnis von Frauen beeinflusst haben. Themen wie Sexualität, Gewalt und somit auch sexualisierte Gewalt waren ein Tabu. Vor allem sexualisierte Gewalterfahrungen durch Partner blieben gesellschaftlich unbeachtet und wurden nicht als Gewalt bewertet. Die Ehe galt als lebenslange Verbindung, Unterstützungseinrichtungen gab es nicht, und die Gleichberechtigung der Frau bestand viele Jahre ausschließlich auf dem Papier.

Die Zeit heilt nicht immer alle Wunden – seelische Verletzungen sind oft nicht verarbeitet: Die Erinnerungen und die damit verbundenen Gefühle können durch Auslöser reaktiviert werden.

Neben den allmählich auftretenden körperlichen Einschränkungen verändert sich auch das soziale Umfeld, sei es durch die eigene eingeschränkte Mobilität oder den Tod nahestehender Personen. Alter ist gekennzeichnet durch das Auftreten von Verlusten, die nicht mehr ersetzbar sind: Verlust von Körperfunktionen, Gesundheit, Mobilität, geistigen Kapazitäten, Verlust von Bezugspersonen und geliebten Menschen, Verlust auch von Rollen, Funktionen, Status, Aufgaben, über die sich das Selbstbild definiert hat. Mit zunehmender Hilfs- und später Pflegebedürftigkeit geraten die Frauen immer mehr in Abhängigkeitsverhältnisse. Sie kommen in Situationen, in denen sie

Kontrolle abgeben müssen – über ihr Leben und ihren Körper. Vertraute Bewältigungsstrategien gehen verloren, sie befinden sich in einer Lebenssituation mit Ohnmacht und Kontrollverlust.

Bestimmte Reize können die Erinnerung an das Trauma wiederbeleben und die Betroffenen belasten. Älter werdende betroffene Frauen kommen immer häufiger in Situationen, die an das Trauma erinnern können, ohne dass es den Frauen unbedingt gelingt, das Wiedererleben selbst der Tat zuzuordnen oder gar zu artikulieren. Vor allem im Bereich der Pflege entstehen hierdurch erhöhte Anforderungen, damit eine ständige – unbewusste – Re-Traumatisierung vermieden wird. Voraussetzung ist, sich selbst mit dem Thema sexualisierte Gewalt auseinandergesetzt zu haben, eigene Vorstellungen und Vorurteile zu überprüfen und auch eigene Grenzen der Belastbarkeit zu erkennen, vor allem dann, wenn Frauen über ihre Erlebnisse sprechen wollen.

Eine Auseinandersetzung ist aber auch Voraussetzung, um mögliche Verhaltensweisen als Folge eines Traumas zu erkennen.

Die vielfältigen, unterschiedlichen und teilweise zunächst paradox erscheinenden Reaktionen auf eine sexualisierte Gewalterfahrung machen es nicht leicht, die Verbindung herzustellen, und erfordern Wissen, Einfühlungsvermögen und Bereitschaft hierzu. Hinzu kommt, dass einige Auslöser für das Wiedererleben des Traumas ganz speziell mit dem Ort, dem Täter oder anderen Ereignissen verbunden sind, die Außenstehende nicht kennen. Die individuelle Lebensgeschichte ist daher auch immer vor dem Hintergrund von Zeitgeschichte und Trauma zu betrachten.

Frühere sexualisierte Gewalterfahrungen sind oft nicht verarbeitet und können im Alter durch unterschiedliche Auslöser wieder aktiviert werden. Ein Abbau kognitiver Fähigkeiten kann bis dato erfolgreiche Bewältigungs- und Abwehrmechanismen einschränken und aushebeln, traumatische Erlebnisse werden möglicherweise so aktiviert.

Auffälliges Verhalten alter Menschen wird meist als Folge einer (beginnenden) Demenz betrachtet. Traumafolgen wie beispielsweise Panikzustände werden dadurch nicht als solche wahrgenommen – sowohl bei bestehender Diagnose als auch bei Diagnosestellung. Aber auch eine dementielle Veränderung selbst wirkt traumareaktivierend, löst Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Kontrollverlust aus.



Wenn die Zeit nicht alle Wunden heilt ...

... ist es im Kontakt mit alten Menschen wichtig, sich die wesentlichen Merkmale eines Traumas bewusst zu machen: Ohnmacht, Kontrollverlust, Angst, Panik. Daraus lassen sich die Ziele ableiten: Sicherheit, Kontrolle, Autonomie.

Insbesondere für die Begleitung von Frauen mit demenziellen Veränderungen kann es förderlich sein, eine mögliche belastende, traumatische Erfahrung als Ursache zu identifizieren. Verhalten und Symptome lassen sich dann in neuem Kontext bewerten und Kontrolle, Sicherheit und Autonomie wiederherstellen. Neben der persönlichen Lebensgeschichte der Betroffenen ist Hintergrundwissen über frühere gesellschaftliche Verhältnisse von Vorteil – insbesondere mit Blick auf Geschlechterrollen, sexualisierte Gewalt, ihre möglichen Folgen sowie Unterstützungsmöglichkeiten.

FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte: Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick, 2014

Medica Mondiale e.V. (Hrsgin.): „Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen“, 2004

Sachsse, Ulrich: Traumazentrierte Psychotherapie, Stuttgart 2004

WHO: Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln, 2002

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 Gebrauchs 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. Verhaltensänderungen 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 verschwinden identitätsstiftende Alltagsstrukturen, ein Gefühl der „Leere“ kann entstehen, aber auch Sinnfragen und Bilanzgedanken aufkommen. Hier spielt das immer stärkere Bewusstwerden des näher rückenden Lebensendes eine namhafte Rolle. Der drohende Verlust der so eisern aufgebauten und durchgehaltenen Eigenständigkeit und Selbstbestimmung durch Zunahme körperlicher (und kognitiver) Einschränkungen rücken das Thema „Hilfslosigkeit und Ausgeliefertsein“ – wieder – in den Vordergrund. Menschen mit unverarbeiteter 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.

Weit zurückliegende Traumatisierungen spielen im Alter überall auf der Welt eine Rolle. In Deutschland dürfte die Zahl der Betroffenen aufgrund unserer Geschichte mit Nationalsozialismus, Kriegs- und Nachkriegszeit im Vergleich überproportional sein. Studien sprechen von 30% der über 67-Jährigen, die an einer seelischen Folgestörung aufgrund unverarbeiteter Traumatisierung leiden. Es sei darauf hingewiesen, dass neben diesen generationstypischen historischen Prägungen unter uns ebenso alte Menschen leben, die durch häusliche und sexualisierte Gewalt traumatisiert sind. Ebenso verdienen die spezifischen Traumatisierungen bei älteren Migrantinnen und Migranten (z.B. die sog. Gastarbeiter, Spätaussiedler, Kontingentflüchtlinge) unsere Aufmerksamkeit wie auch die seelischen Traumata und ihre transgenerationale Weitergabe in den von Nazi-Deutschland besetzten Ländern, insbesondere Ost-europas. Aus diesen arbeiten inzwischen viele Menschen

in der deutschen Alten- und Gesundheitspflege, wodurch es noch einmal zu einer unbewussten Dynamik kommen kann, die bisher wenig Beachtung gefunden hat. Dies trifft auch auf die Traumatisierungen durch die Kriege und politischen Ereignisse der jüngeren und jüngsten Zeit in Ost- bzw. Südosteuropa zu. Ganz aktuell sind die Auswirkungen des Krieges gegen die Ukraine.

Der große Anteil von Frauen und Männer mit Traumafolgestörungen in den älteren und alten Generationen hat zumindest eine benennbare Ursache. Um seelische Katastrophen besser verarbeiten zu können, spielt die Anerkennung und Würdigung des Leids eine wichtige Rolle. Dies wurde und konnte im Deutschland der Kriegs- und Nachkriegszeit nicht geleistet (werden). Das Thema „Schuld“ stand – zu Recht – im Vordergrund. Wie auch der Kampf ums reine Überleben in den ersten Jahren nach 1945.



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 Handwerkszeug 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 Mitgeföhls-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.

München, im Juli 2022 +++ Sabine Tschainer-Zangl +++
Institut aufschwungalt

Quellen:

- 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.
- Reddemann, L. / Dehner-Rau, C. / Bleick, A. (Hrsg.): Trauma: Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Trias. Stuttgart. 2007.
- 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: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., S. 471–480. (siehe auch als Download: <https://aufschwungalt.de/publikationen>)
- Tschainer, S.: „Demenzerisch® lernen“. Wissen – Verständnis – Kompetenzen – Wirksamkeit. In: Pleyer, Johanna (Hrsg.): Pflege in Bayern 51, H. 03, 2019.

1949

1952

1955

1961

Ende d. 1960er

1969

1970

1971

1974

Mitte der 1970er

1977

1977

Ende der 1970er

Erste Frauennöthilfe in Deutschland

1997

Vergewaltigung in der Ehe strafbar