

**Psychopathologie des Alterns.
Selbstwertgestört, traumatisiert, gefühlblockiert -
Gedanken zu einer späten Traumatisierung**

Karl-Heinz Menzen

Vorwort

Das "Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie" von Heuft, Kruse und Radebold (2000) hat einen Aspekt der Altersforschung eröffnet, der sicherlich schon vordem in den gesammelten Erfahrungen aus einer psychiatrischen Institutsambulanz mit dem Titel "Zur psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen" (1987) versuchsweise gebündelt war, der aber nunmehr erstmalig systematisch vorliegt. Beide Überblicke focussieren den Blick auf ein Ereignis, das Werner Klumpp, trefflich wie folgt übertitelt: "HEIM-WEH? – Der Umzug ins Pflegeheim im Alter. Dimensionen des Übergangs und Möglichkeiten seiner professionellen Gestaltung" (2001). Die Arbeit umreißt den Verlust des sozialen Netzwerkes, den teilweise Totalverlust von Familie, Partner, Kinder und Enkelkinder, weiterer Verwandter. Er rührt an ein leidvolles Thema, das uns schon im Phänomen der alleinerzogenen Kinder bedingt begegnet, das Phänomen einer Ausgliederung aus gesellschaftlichen Beziehungen, die vordem existierten, nunmehr aber abbrechen und eine unerhörte Leidenthematik eröffnen. Das Thema wächst sich zu einem solchen aus, das gesellschaftsweit diskutiert werden müsste - aber nicht wird. Eine Art des kollektiven Schuldeingeständnisses verhindert möglicherweise seine Artikulation, belastet zusätzlich jene, die in ihren geistigen Kompetenzen beeinträchtigt sind, und gerade deswegen einer professionellen Begleitung und begleitenden Reflexion durchaus bedürften.

Zur Störung der geistigen Fähigkeit im Alter

Demenz, das ist ein Sammelbegriff. Das Folgende, das auf mein Buch "Grundlagen der Kunsttherapie" zurückgreift (Menzen 2001), will den Begriff detaillieren: Er steht für Verlusterfahrungen, denen wir innerhalb und außerhalb der neurologischen Klinik begegnen. Diese Verlusterfahrungen rufen bei uns allen Ängste und Befürchtungen hervor. Der Begriff bezeichnet Konzentrations-, Aufmerksamkeits-, Gedächtnis-, Assoziations- und Affektstörungen, die sich reaktiv wiederum in Verwirrtheits-, in Vergessens-, in Desorientierungszuständen äussern, wobei letztere wiederum von Ängsten, Depressionen, Ohnmachtsgefühlen u.ä. begleitet werden.

Die Verlusterfahrungen, so aufgelistet, sind aber selten vergleichbar: In der neurologischen Rehabilitationsklinik, in der Menschen mit vaskulären oder traumatischen Krankheitserscheinungen behandelt werden, sind sie anders als da, wo im gerontopsychiatrischen Pflegeheim sie in der Regel in den Endphasen des Lebens als Apathie- oder Verwirrtheitszustände auftreten, wieder anders als im Heim für Menschen mit geistiger

Behinderung, wo diese Menschen ihre geistigen Einschränkungen durch vielerlei Habitualisierungen, durch alltagsbezogene und langjährig mit den jeweiligen Umwelten rückgekoppelte Handlungen kompensieren konnten. Wenn wir also, und dies im Anschluss an Theunissen (1999), die dementiellen Syndrome auflisten, wagen wir eine Verallgemeinerung, die dem, der sich mit den konkreten Befindlichkeiten auskennt, allzu oberflächlich erscheinen muss; die wir hier im Grunde ablehnen müssen.

Drei Stadien der Demenz

1. Stadium der Vergesslichkeit

Zerstreutheit, Konzentrationsstörungen, Erinnerungsprobleme, Wortfindungsprobleme, zeitliche Orientierungsprobleme, ängstliche, verzweifelte, depressive Reaktionen, die oft überspielt, verdrängt, verleugnet werden, sozialer Rückzug

2. Stadium der Verwirrtheit

zeitliche, örtliche und situationsbezogene Orientierungsprobleme, häufige zunehmende Erinnerungslücken, amnestische Aphasien sprich: Wortfindungsstörungen, Sprachverstehensstörungen, Störungen der Urteilsfähigkeit, leichte bis schwere Gefühlsverunsicherungen bis zu Ausbrüchen und Panikattacken, gereizte-misstrauische-aggressive Reaktionen, zuweilen unverbindlich erscheinende Freundlichkeit

3. Stadium der schweren Demenz

Langzeitgedächtnis-Störungen, Wahrnehmungs-, Denk- und Sprach-Zerfall, paranoide Wahnideen, Störungen der Motorik, leicht entfachbare Erregungszustände, Verschwinden früherer Freundlichkeitsbekundungen (vgl. Theunissen 1999).

Diese Abstufung einer gradweise fortschreitenden Demenzentwicklung ist zwar international anerkannt und gebräuchlich, vergisst aber in seiner Apodiktik die Rückbezüglichkeit auf vor dem Krankheitsbeginn bestehende Fähigkeiten. So kann nach Einschätzung des Autors leicht festgestellt werden, dass behinderte und ggfs. dement werdende Menschen weniger schwer dement erscheinen als Menschen ohne Behinderung: Menschen mit Behinderung haben oftmals habitualisierte Fähigkeiten und Kompetenzen auf sensumotorischem Niveau, die besser und länger trainiert, besser und nachhaltiger eingespeichert werden konnten aufgrund eines stornierten EQ (= Entwicklungsquotienten). So dass infolge sie auf eben diesem Niveau kompetenter erscheinen in ihrem verbleibenden und abrufbaren sinnhaften und motorischen Ausdrucksvermögen.

Ein Krankenhaus-Bericht: "Sein Denken war schwer, die hier mussten ihm etwas eingegeben haben, so dass er nicht mehr richtig denken konnte. Er wollte nach Hause gehen. Dies hier war nicht sein Zuhause. Daheim war seine Frau. Die würde ihm helfen. Mit langsamen Schritten schlurfte er aus seinem Zimmer, den Flur längs und dann die Treppe herunter. Die grosse Eingangstür war zu seiner Enttäuschung abgeschlossen. Er kam nicht heraus und rüttelte hilflos längere Zeit an der Türklinke. Dann stand er einige Zeit verloren in der Vorhalle und versuchte nachzudenken, was jetzt zu tun sei, bis er seinen Harndrang bemerkte. Er blickte sich nach einer Toilette um, fand aber keinen Hinweis. Was machte er eigentlich hier in diesem fremden Haus, wie war er hier hinein gekommen? Er konnte sich nicht entsinnen. Er hatte nicht nur vergessen, wo sein Zimmer war, sondern sogar, dass er hier überhaupt ein Zimmer hatte. Die Blase schmerzte, und davon angetrieben, schlurfte er in irgendeine Richtung" (Kasten 1996, Teil 9/2.2, 2).

Wo ein durch einen Unfall erzeugtes Schädel-Hirn-Trauma (S-H-T), ein blutdruck- und gefässbedingter Schlaganfall (Apoplex), eine durch Transmitter-Unterversorgung erzeugte, motorisch-zittrig-sich-aufschaukelnd erscheinende Parkinson-Erkrankung, wo ein von Gedächtnisschwund begleitetes Alzheimersyndrom, ein durch zuviel Alkohol bedingter Crash im Gehirn namens Korsakow, wo schliesslich in einer degenerativen Nervenzellweiterleitungs- und neuronalen Rückenmarks-Erkrankung in der Multiplen Sklerose - wo diese Erkrankungen und deren Phänomene auftauchen, sprechen wir von Demenz.

Eine Demenz ist begleitet und zeichnet sich je nach Krankheitsbild aus durch die Störung von Wiedererkennens-, Benennens-, Zuordnungs- und Funktionsleistungen: Agnosie (Bedeutungsverlust), Aphasie (Sprachstörung), Apraxie (gestörte Bewegungsplanung und -koordination) und Ataxie (Bewegungsunsicherheit), oft auch epileptische Anfälle, jene "Gewitter im Gehirn", wie sie der Volksmund richtig nennt, sind deren Begleiter. Nicht zuletzt sind die Phänomene charakterisiert durch den Ausfall der sog. menschlichen Exekutivfunktionen, des Planens, Organisierens, des Reihen-Erstellens, auch des Abstrahierens u. a. m.

Die dementiellen Funktionsstörungen können unterschiedlich bedingt sein: genetisch, traumatisch, infektiös, vaskulär, endokrinal oder degenerativ. Das Argument, das alles betreffe uns nur im Alter, ist ein schwaches und zeugt von der Ausblendung dessen, der nicht sehen will, wie er mitten aus seinen Lebenszusammenhängen heraus verunfallt und im Koma mit

anschliessendem apallischen Syndrom landet. Solche Ausblendungen, Verdrängungen, bewerkstelligen wir alle Tage. Sie umgeben die dementiellen Syndrome wie ein Grauschleier, der in unserem Leben so manches nicht genau sichtbar macht.

Das aus dem Lateinischen stammende Wort "Demenz" bedeutet soviel wie "weg von den geistigen Fähigkeiten"; es drückt ethymologisch noch nicht aus, dass mit der Absenz der geistigen auch die emotionalen und die rational-synthetisierenden Fähigkeiten betroffen sind. Neokortikale, nämlich sinnshaft-motorische, und limbische, nämlich gefühlsorientierte, wie thalamisch und hypophysisch, nämlich zentral-/zwischenhirnig angeordnete rationale, fähigkeitssteuernde Zellkomplexe sind miteinander verbunden; fällt der eine Komplex aus, ist der andere mitbetroffen; besonders die gedächtnisfunktionalen Schläfenlappenbereiche des Gehirns sind oft tangiert: Wenn wir vergleichsweise in einer fremden Grossstadt die Orientierung verloren haben, bekommen wir Angst, empfinden wir starke erregende oder den Bewegungssinn und seine Ausführung lähmende Gefühle. Sinne, Motorik, Gefühle und deren rationale Synthese sind eben aufeinander angewiesen. Das erlebt der dement Erkrankte in jedem Augenblick.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat definiert, was Demenz ist: "eine erworbene globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktionen einschliesslich des Gedächtnisses, der Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, der Ausführung sensomotorischer und sozialer Fertigkeiten, der Sprache und Kommunikation sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen ohne ausgeprägte Bewusstseinsstörung." (vgl. Sozialministerium B-W, 1998a, 7). Der DSM-IV (Diagnost. und Statist. Manual Psych. Störungen, 1996, 194) fügt den "multiplen kognitiven Defiziten" die Gedächtnisbeeinträchtigungen bei, die uns besonders interessieren werden (DSM-IV 294.1).

Und nicht zuletzt, hier eine zusammenfassende epidemiologische Einschätzung des Risikos, an einer Form der Demenz zu erkranken: "Epidemiologischen Studien zufolge ist der Anteil der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung Deutschlands in den vergangenen 100 Jahren von ca. 5 % auf ungefähr 15 % gestiegen. Es wird angenommen, dass im Jahre 2030 etwa ein Drittel unserer Bevölkerung über 60 Jahre alt sein wird. Dabei wird vor allem der Anteil der 'alten Alten' (über 75 Jahre) zunehmen." (Wahl 1991, 12) "Mit zunehmendem Lebensalter steigt auch das Risiko für dementielle Erkrankungen. Geschätzt wird, dass 2 bis 3 % der 65jährigen, etwa 5 % der 70jährigen, 10 % der 75jährigen, 20 bis 24 % der 80- bis 90jährigen

und über 30 % der über 90jährigen davon betroffen sind“ (Oesterreich 1992, 132; Lingg 1998, 28; alle Zitate: Theunissen 1999, 165).

Emotionale Aspekte des Alterns

Die emotionale Befindlichkeit ist eine der Hauptkategorien bei der Befragung, die Gerben J. Westerhof (2001) im Rahmen einer vom BMFSFJ herausgegebenen Studie “Die zweite Lebenshälfte - Psychologische Perspektiven. Ergebnisse des Alters-Survey” (Dittmann-Kohli et al. 2001) herausgestellt hat. Er meint, dass “kognitive und emotionale Aspekte Kernfaktoren allgemeinen Wohlbefindens sind”. (Westerhof 2001, 82)

Sein “Zirkumkomplex der Emotionen” (nach Larsen & Diener 1992) ordnet die Aspekte “activated/unactivated” und “pleasant/unpleasant zwei-achsenförmig an, und er ordnet die emotionenverweisenden Begriffe kreisförmig um jene Achsen an. So umspannt die Dimensionen “activated/unactivated” die Befindlichkeits-Palette “aroused-astonished-surprised-quiet-tranquil-still”, fügt aber desweiteren die Dimensionen positiv-negativ hinzu, und ergänzt damit die Palette um die Befindlichkeiten “enthousiastic-excited-distressed-nervous-fearful”. (ebd. 83)

Da werden in seiner Zusammenfassung Studien zitiert, die einerseits Alter nicht mit negativen Gefühlen korrelieren; da wird aber auch festgestellt, dass die Häufigkeit positiver Gefühle im Alter geringer ist (Smith et al. 1996). Da werden schliesslich Befunde zitiert, in denen keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen festgestellt werden. (Lawton et al. 1992) Jedoch die Befunde scheinen insgesamt nicht eindeutig, wie Westerhof (2001, 90) resigniert bemerkt. Wohl aber sind Zusammenhänge da zitiert, wo Alter positiv mit “Einkommens- und Lebensstandard”, “Wohnsituation”, “Freizeit” und “Partnerschaft”, negativ mit “Gesundheit” sowie der Kategorie “Beziehung zu Freunden und Bekannten” korreliert. (91; 107) Insgesamt geben sich ältere Befragte zufriedener, was ihre Lebensbefindlichkeit angeht, als jüngere. (109)

Diese Befunde können genausowenig wie die bloß neurologischen Hinweise auf die Amygdala, den Mandelkern, der all unsere kognitiven Befindlichkeiten emotiv einfärbt, befriedigend sein. Lebensmilieu, Lebensstil, Lebensqualität, soziale Sicherheit - all das, was augenscheinlich die Lebensbefindlichkeit jedes einzelnen ausmacht, trägt zur emotionalen Bewertung des Lebens bei. Sigrun-Heide Filipp und Katharina Schmidt haben in dem Sammelband Oerter/Montadas (1998, 476 f) eine Zusammenfassung versucht. Auch sie stellen sich die Frage, ob angesichts der vielfältigen Verlusterfahrungen des Alters in diesem Lebensabschnitt eine pejorative Bewertung um sich greift. Und auch sie stellen wie viele Autoren, beispielsweise Diener et al.

(1985) oder Smith und Baltes (1993) fest, dass positive Affekte ein Wohlbefinden im Alter zu bestimmen scheinen. Diener et al. (1985) führen diesen Umstand auf eine Art Abstumpfung, eine Abnahme parasymphatischer/symphatischer Innervation zurück, also auf eine verminderte Affektintensität. Andere Autoren erklären dies mit der höheren Adaptationsmöglichkeit des alternden Menschen. (Staudinger, Marsiske, Baltes 1999) Habituationsprozesse bewirkten im übrigen weniger heftige Emotionen wie bei jüngeren Vergleichspopulationen. Aber eindeutig sei, dass wie oben berichtet ältere eine grössere Zufriedenheit als jüngere Menschen aufwiesen.

In weiteren Untersuchungen (vgl. Filipp, Schmidt 1998, 480) wurde klar, dass ältere Menschen gegenüber jüngeren Schwierigkeiten im Dekodieren des emotiven Ausdrucks haben, was mit einer geringeren Klarheit des Emotionsausdrucks einhergeht - dies allerdings gesagt im Hinblick auf die emotionale Dekodierung des Ausdrucks der jeweils anderen, hier jüngeren Generation. Bei altersgleichen Personen gelang die Dekodierung bei zunehmendem Alter umso mehr. Alternde Menschen, das ist ersichtlich, haben Strategien der Affektregulation erlernt, die sie, weniger emotional erscheinend, erfolgreich einsetzen. Als Ressource in der emotionalen Befindlichkeit war die Qualität der früheren Lebenserfahrung bedeutsam. (Caspi, Elder 1986) Wenn wir auf die Befindlichkeit behinderter älterer Menschen eingehen, wird uns diese Einsicht beschäftigen.

Margret M. Baltes und Elke Skrotzki (Oerter, Montada 1998, 1137 f) haben Aussagen zur Bewältigung von Todesangst und Verwitwung als weitere Faktoren des Befindlichkeitsprofils des alternden Menschen herausgestellt. Das Leben erscheint solange als lebenswert, wie physische und psychische Selbständigkeit sowie Nützlichkeit garantiert sind. Gerade letztere heben sich aus allen Befragungen heraus: Unselbständigkeit und Nutzlosigkeit werden mehr als der physische Tod gefürchtet. (1140) Auch wenn weniger perspektivisch, stärker gegenwärtig, reminiszenzhaft, also sich erinnernd und lebensbilanzierend, die genannten zwei Lebensbedingungen sind unwidersprochen, stellen geradezu eine Ressource dar angesichts eines Todes, der erst angstvoll erwartet wird, wenn die Ressentiments gegenüber dem eigenen Leben zunehmen. (1142) Die Reminiszenz, die Lebenserinnerung, ist in diesem Zusammenhang bedeutsam. Wir werden ihr im Falle des kognitiv verstörten alternden und vielleicht darüber behinderten Menschen wieder begegnen und sie in ihrer Bedeutsamkeit auch methodisch als autobiographische und narrative Erinnerungsarbeit wertschätzen lernen.

Zu den emotionalen Aspekten des Lebens, besonders auch des Alterns, zählen die Bindungen, die wir eingegangen sind. Die Qualität der Bindungen, die unsere Beziehungen ausmachen, ist immer, so die bekannte Bindungstheoretikerin Mary Ainsworth (1978), von der Qualität der Interaktion in den Beziehungen abhängig. (vgl. Oerter, Montada 1998, 241) Eine sog. ambivalente Beziehungs- und Bindungsqualität macht sich im Falle des späten Partnerverlustes bemerkbar: sie erschwert die Anpassung an die Verwitung. Wie wir in diesem Beziehungs-Fall wie allgemein mit stressvollen Ereignissen umzugehen gelernt haben, welchen Coping-Stil wir in unserem Leben erarbeitet haben, wird nunmehr darüber entscheiden, ob wir uns an das Ereignis anzupassen in der Lage fühlen oder ob wir krank werden. Geschlechtsspezifisch scheinen Frauen adaptionsfähiger zu sein, weniger intensiv trauernd, Männer weniger adaptionsfähig, stärker betroffen und eher krank werdend infolge des Ereignisses. (Baltes, Skrotzki 1998, 1143) Die Bewältigung der Verlustsituation ist davon abhängig, so die Autorinnen, wie der Verlust in das Lebensbild der Betroffenen eingeordnet werden kann. Und an dieser Stelle wird die sichere Bindungsqualität, die wir ggfs. gelernt haben, als Ressource deutlich. Umgekehrt wird fraglich, ob ein in vielfältiger Weise und zusätzlich behinderter Mensch über diese Ressource verfügt.

Angesichts des Umstandes, dass unser Bindungssystem einem erlernten bzw. zunächst ermöglichten Erkundungssystem zugeordnet ist - die Psychologin M. Main (1977) hatte darauf verwiesen, dass sicher gebundene Kinder ein expansiveres, neugierigeres Raum- und Personerkundungsverhalten zeigen -, wird in der Folge unseres Beitrags auch gefragt werden müssen, ob und in welchem Masse dem behinderungsgemäss eingeschränkten Menschen ein solches Verhalten überhaupt ermöglicht ist. Wenn schon, wie Heuft, Kruse und Radebold (2000, 135) sagen, "die Gruppe der Älteren ... hinsichtlich ihrer sozialen Desintegration eine Hochrisikogruppe dar(stellt)", wenn schon der "Wohnungswechsel Verluste von Gruppenzugehörigkeit" mit sich bringt, - um wieviel mehr muss dies für die Gruppe jener älteren Behinderten gelten, die sich sozial und räumlich umorientieren müssen, hierbei eine Flexibilität sondergleichen zeigen müssen? Wir werden ihre emotionale Befindlichkeit an ihren Bindungsmöglichkeiten messen, dabei gerade auch danach fragen, ob ihre Lebensumstände ihnen diese Möglichkeiten physisch und psychisch eröffnet - oder lebensumständlich, beispielsweise wohnhaft verschlossen haben. In der abschliessenden Betrachtung der emotionalen Aspekte des Alterns kehren wir also zu den realen Lebensbedingungen des Älterwerdens zurück.

Psychisch traumatisierende Aspekte des Alterns

Traumatisierte Personen - das kann ein Widerspruch in sich sein: Sind traumatisierte Menschen doch solche, die in ihrer Personhaftigkeit schwer verunsichert werden; die beispielsweise Erlebnisse von kriegerischen Auseinandersetzungen, gewalttätigen Angriffen auf die eigene Person (Vergewaltigung, sexueller Mißbrauch, körperlicher Angriff, Raubüberfall, Strassenüberfall), Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager), Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Autounfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit erfahren haben und infolge des Traumas im nachhinein so ausserordentlich schwer psychisch belastet sind, dass sie in ihrer personalen, also klar umgrenzten Verfassung geschädigt, wenn nicht für immer zerstört sind.

Todes-, schwere Verletzungs-, Übergriffs-, schwere Trennungserfahrungen gehören dazu. Bei Heranwachsenden "sind auch ihrem Entwicklungsstand unangemessene sexuelle Erfahrungen ... als sexuell traumatische Erfahrung zu werten" (vgl. DSM IV 309.81; Saß u. a. 1996, 487; vgl. ICD-10 F43.1). Traumatisierungen destabilisieren den Menschen, seine psychische Verfassung, sein Ich.

Endres/Moisl (1998) sind den Ursachen und Auswirkungen von Traumen nachgegangen. Sie fassen die Erfahrung des Traumas nach Freud zusammen in einer "Erfahrung der Hilflosigkeit des Ich angesichts unerträglicher Erregung." Unvorbereitet, überflutet, unfähig zu funktionieren, abzuwehren - so wird der Traumatisierte beschrieben. Endres und Moisl (1998) haben die schwerwiegende Beeinträchtigung des Lebens im Hinblick auf Kinder und Jugendliche verfasst. Wir wissen, wie die traumatischen Beeinträchtigungen auch alte Menschen erfassen können. Aber deren Prävalenz zu dieser Beeinträchtigung ist nur ansatzweise erhoben und bedarf einer dringenden umfassenden Recherche.

Je nach Entwicklungsphase, in der das Trauma stattfindet, seien die Reaktionen der Betroffenen unterschiedlich, sagen Endres und Moisl. (Endres/Moisl 1998, 14; vgl. Signer-Fischer 1997) Wir wollen den - wissenschaftlich noch nicht in jeder Weise abgesicherten - Versuch machen, die Traumatisierungen in der jeweiligen Entwicklungsphase zu charakterisieren - um schliesslich zu fragen, was das Spezifische dieser Störung im Alter ist..

TRAUMATISIERUNG IN DEN ENTWICKLUNGSPHASEN BIS INS HOHE ALTER

SÄUGLINGE

Säuglinge, wenn schwer traumatisiert durch Gewalt o.a., so die Autoren, seien im wesentlichen beeinträchtigt durch ein verunsichertes sog. ‘affect attunement’ (affektives in-Einklang-Bringen), durch die fehlende biologisch hoch wirksame affektive Regulation, die jeder Mensch benötigt. Wir wissen, dass das limbische System besonders über einen Zellkomplex namens Mandelkern (Amygdala) Angst- oder Wohlbehagensgefühle vermittelt; dass es diese lernt, konnotiert, mit kognitiv erfahrenen Merkmalen verschaltet; also gewissen, von Bezugspersonen begleiteten, Situationen zuordnet. Wohlbehagen oder Angst werden z.B. mit Licht oder Dunkelheit kodiert, je nachdem, wie die primären Bezugspersonen selber mir als Säugling diese Situationen affektiv-regulativ vermitteln. (vgl. Crittenden 1996, 148) Die Traumatisierung greift in diesen affektiv-kognitiven Regulationsvorgang ein. “Das bedeutet”, so Diepold (1998, 133), “dass sehr frühe Traumatisierungen ... körpernah als innere Spannung oder Unruhe erlebt werden. Das Körpererleben mit diffusen, undifferenzierten und manchmal überwältigenden Spannungen bleibt wie ein Fremdkörper im seelischen Erleben und ist sprachlicher Bewältigung nicht zugänglich”.

KLEINKINDER

Kleinkinder, erscheinen in einer zerstörten oder fundamental bedrohten psycho-ökologischen Beziehungswelt ausgeliefert, hilflos. Wo noch magisch und egozentrisch konstituiert, sind sie durch Eingriffe von aussen in ihren sich entwickelnden psychisch-repräsentanzhaften und symbolischen Zugriffsweisen auf sich-in-der/sich-und-die Welt schwer erschüttert. Die Symbolbildung, welche abhängt “von der Fähigkeit, sich die Repräsentanz eines abwesenden Objektes vorzustellen” (Limberg 1998, 58), welche einer psychischen Vorstellung einen ‘entstellten’, ‘verhüllten’, ‘verdichteten Ausdruck’ gibt (Jones 1987), wird im traumatisierenden, hilflos machenden Vorgang zuweilen auf lange Zeit unterbunden. Das Kleinkind wird auf sein “präreflexives Selbst” zurückgeworfen. (Fonagy 1995) Das beeinträchtigte Kind verliert seine Symbol- und Phantasiefähigkeit (vgl. Streeck-Fischer 1998, 122).

SCHULKINDER

Ein Schulkind hat schon früh Regeln gelernt, die sein soziales Verhalten normieren. Es lernt, diese Regeln konkret-operational auf neue Situationen anzuwenden. Im gewalthaften Ein- und Übergriff werden diese Regeln ohne Erklärung seitens der Erwachsenen ausser kraft gesetzt. Das Kind, das weder von noch vor dem Erwachsenen geschützt ist, diesen sogar als Regelbrecher erfährt, verliert

die fundamental wichtigen Rahmenorientierungen seines mit der Welt experimentierenden, konkret-operationalen Verhaltens. Die Grenzsetzung von Unschuld und Schuld ist in Gefahr; die grenzsetzende, normgebende Sozialisationsagentur geht verloren; lässt das heranwachsende Kind allein in der moralischen Ordnung der Gegebenheiten.

ADOLESZENTE

Jugendliche befinden sich in schwerwiegendsten individuell-biographischen, familial-bezüglichen, geschlechtlich-sich-orientierenden, sozial- und kulturell-bewertenden, beruflich-perspektivischen Umbrüchen. Sie befinden sich in äusserst sensiblen "Entwicklungsphasen, in denen sich Ich und Selbststrukturen verflüssigen und neu formen". (Endres/Moisl 1998, 25) Gewalt- und sexuelle Übergriffserfahrungen verletzen in gravierender Weise die durch das destabilisierte Ich benötigten "Aggrandisierungen" (Streeck-Fischer), also die ersatzweisen Ich-Aufblähungen. Sie führen zu schwersten psychischen Dekompensationen. Bisherig erfahrene Traumatisierungen, bis zu diesem Zeitpunkt von einem relativ stabilen Ich in Schach gehalten (vgl. Endres/Moisl 1998, 25), brechen auf und münden in schwerste Krisen, führen zu einer emotional destabilisierten Persönlichkeit - die sich hinwiederum nur durch depersonalisierende und derealisierende Abspaltungen, also in beziehungs- und weltverkennender Dissoziation retten.

ALTE MENSCHEN

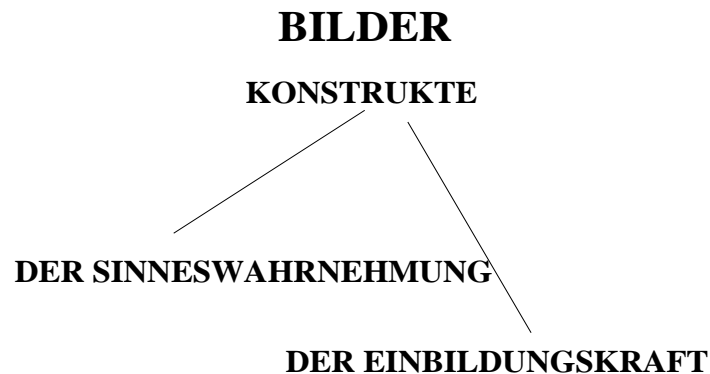
Was ist mit ihnen, die in die Jahre gekommen sind? Die sich von lieben Menschen und Orten verabschieden mussten? Die nicht bewältigbare Abschiede erlebt haben und jetzt wiedererleben? Die möglicherweise eine Störung ihrer grundlegenden Bindungen, unsichere, ambivalente Bindungen in ihrem Leben hinnehmen mussten? Die nach unsicherer Gebundenheit auf dem Prüfstand der Lebensereignisse erfahren mussten, dass sie ganz alleine sind? Die auch jetzt im Übergang ins Heim erlebt haben, dass sie abgeschoben werden, nachdem sie ggfs. ihre letzten Erbverträge gemacht haben?

Ein durchgehend verunsichertes "affect attunement", stimmungsmässig-mit-sich-nicht-in-Einklang-Sein, ein Verlust von Einbildungskraft und Phantasie, von symbolischer Fähigkeit, ein moralisches erschüttert-Sein, ausgeliefert-Sein dem Wirrwar der Verhaltensoptionen, eine psychisch-emotionale und kulturelle Destabilisierung des Heranwachsenden - das kann das Resultat von Traumatisierung sein, die das Kind, den Jugendlichen, den erwachsen und alt gewordenen Menschen zwingen, die sich wiederholenden und aufdringlichen Erinnerungen an das zugrundeliegende Ereignis, auch die quälenden, sich

wiederholenden Träume, abzuspalten, zu dissoziieren. Dissoziative Zustände sind es, in denen der traumatisierte Mensch sich befindet. In denen er von der Realität der Personen und Dinge nichts wissen will. Und die Frage ist, ob die Arbeit mit den Bildern hierbei eine Chance haben könnte Gleich geantwortet, die Chance besteht. Wir wollen im folgenden in einigen Thesen das Wesen des Traumas skizzieren und uns fragen, wie die hilflos machenden und die hilfreichen Bilder in uns wirken.

Erinnern mit Bildern angesichts von Traumata (1)

These 1: VON BILD-KONSTRUKTEN



These 2: WIE BILDER ENTSTEHEN

Wie entstehen Bilder, fragen wir. Und was ist mit jenen Bildern, die uns quälen, die uns nicht mehr verlassen? Eine Antwort heisst: Bilder entstehen im frühen Übergang vom präreflexiven Selbst zur Ich-Werdung. Die Übergangssituation, die die Bezugsperson bereitstellt, bietet einen Rahmen, ein Containment, bietet die Möglichkeit, mit Allmachts- und Verlustphantasien zu experimentieren. So entsteht, was wir Selbst- und Objektrepräsentanzen nennen, Vorstellungen von uns selbst und der Welt.

These 3: VERLUST DES BILDVERMÖGENS

Wo man Menschen, nicht nur Kindern, die phantasievollen Experimentierräume durch übermächtige Eindrücke und mit Gewalt entzieht, wo man die Freiheit ihres Experimentierens eingeschränkt, wo Menschen massloser Allmacht ausgeliefert sind, können sie ihr präreflexives Selbst nicht mehr abbilden.

These 4: ZERSTÖRUNG DER ABBILD- UND WIDERSPIEGELUNGSFUNKTION

Aus der Entwicklungspsychologie, aus der Traumatologie wissen wir: Der Übergangsraum des sich entwickelnden Menschen, insbesondere des Kindes, kann durch die radikale Missachtung eines anderen zerstört werden. Die Spiegelungsfunktion der Bezugsperson kann erlöschen. Die affektive Regulation in Bezug auf den anderen kann unterbunden werden. In der Folge erleidet das Kind einen Verlust seiner sich gerade abzeichnenden psychischen und physischen Grenzen.

These 5: DESTRUKTION DER ICH-FUNKTION

Bei noch Heranwachsenden wird die Funktionsfähigkeit des Ich zerstört. Das Ich wird in seiner Funktionsfähigkeit entmündigt. Die weltabbildende Reflexivität, die erst im intersubjektiven Prozess erworben wird, geht verloren. Gefühle, Wünsche, Ängste, Hoffnungen, die erst im Spiegel der Mutter fassbar werden, sind nicht mehr greifbar. Wie aber ist es bei denjenigen Menschen, die ihre Identität gefunden haben, eine Identität, die zu einem Zeitpunkt des Lebens einer Pflegeheim-Sozietät beispielsweise fast ganz den strukturell oktroyierten, sicher notwendigen ADLs geopfert wird. (vgl. Brandenburg 1996)

Aufstehen-Zähneputzen-Medikamenteneinnahme- Anziehen etc. nach Vorschrift, nicht nach dem inneren Muster, Bild, das ich mir im Laufe meines Lebens so zugelegt habe?

These 6: WIE EIN EREIGNIS VERARBEITET WIRD I

Bilder entstehen durch synchron im Gehirn weitergeleitete und zusammengefasste Sinneseindrücke, sagt die Neurophysiologie. (Engel/Singer 1997, 69) Dieser Vorgang der Objektbildung kann allerdings gestört werden.

These 7: WIE EIN EREIGNIS VERARBEITET WIRD II

Bildhafte Eindrücke werden im Gehirn gespeichert. Zu dem Zweck verfügen wir über zwei Gedächtnisfunktionen, die vernetzt, aber unterschiedlich lokalisiert sind, über: a. das explizite, b. das implizite Gedächtnis. Beide Netzwerke haben unterschiedliche Funktionen. Sie spielen bei der Objekt- und Ereigniswahrnehmung eine grosse Rolle. Das Erregungsmass eines Ereignisses kann sie ausser Funktion setzen.

These 8: ZUSAMMENSETZUNG DES GEDÄCHTNISSES

Das explizite Gedächtnis:

In seiner neuronalen Konstellation (Hippocampus, Amygdala, Mammilarkörper, Fornix) stellt es eine affektgeleitete Verstärkung von Sinnes-Signalen dar, bewertet diese emotional.

Das implizite Gedächtnis:

Es (Cortex, Hippocampus) besteht quasi in Matrizen, die musterartig alles Wissen und alle Fertigkeiten enthalten und diese repräsentieren.

These 9: GEDÄCHTNIS, EIN BILD-LERN-SYSTEM

In der Regel handelt es sich um ein integriertes, implizit-explizites Bild-Lern-Verfahren, das auf neue Assoziationen aus ist und mit allen seinen impliziten Wissensbeständen diese abgleicht.

Der Bereich des expliziten Gedächtnisses sucht infolge geringer Speicherkapazität die Informationen, die er erhalten hat, so schnell wie möglich dem Bereich des impliziten Gedächtnisses zu übermitteln.

These 10: WENN DAS GEDÄCHTNIS ÜBERLASTET WIRD

Was ist, wenn ein traumatisierendes Ereignis, wie es die Heimeinweisung durchaus sein kann, eintritt? Das sog. heisse, explizite System, selbst überfordert von zu starken emotionalen Eindrücken, überlastet mitunter das sog. kühle, implizite hippocampisch-corticale System: Die Hippocampusregion, in ihrer Kontroll-, Abgleichungs- und Verarbeitungsfunktion auf diese Weise überfordert, wird durch das stark stressende Ereignis geradezu paralysiert. Jetzt tritt ein raum- und zeitloses, amygdaloides, nicht richtig einzuordnendes Erinnerungsbild an die vorgesehene Stelle des kühlen Gedächtnisses - und die Folge ist: eine dissoziierte, akausale, raum- und zeitlose Repräsentation einer traumatischen, andauernden Erinnerung.

In einer traumatisierenden Situation, die in der Regel und generell geprägt ist von physischer Gewalt, von sexuellem Missbrauch und Vergewaltigung, geprägt von den Eindrücken der Vertreibung aus der Heimat, der gewaltsamen Trennung von lieb gewonnenen und stark besetzten Orten und Menschen, - in einer solchen Situation, die in ihrer Bildübermächtigkeit nicht mehr zu verarbeiten ist, in dieser Situation entsteht das, was den Zusammenhang der Hirnarreale von Hippocampus-Mandala-Stirnlappen-Cortex beträchtlich stört, was schliesslich den Zusammenhang der Erinnerungs-Systeme in ihrem reibungslosen Ablauf stört, entsteht das, wir Traumata nennen. (vgl. Roth 2001)

These 11: WAS IST EIN TRAUMA

Ein Trauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten. Es geht mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einher, bewirkt so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis. In der traumatischen Situation sind die Regeln der normalen Erlebnis-verarbeitung ausser Kraft gesetzt. Es kommt zu Veränderungen der rezeptorischen Sphäre, es kommt zu Veränderungen des Zeit-, Raum- und Selbsterlebens.

These 12: WAS SIND DIE REAKTIONEN AUF DAS TRAUMA

Als Reaktion auf dieses Trauma verzeichnen wir eine katatonische Lähmung und Erstarrung, und es kommt zu einem panikartigen Bewegungsturm. Langfristig verzeichnen wir eine Tendenz zur Wiederaufnahme unterbrochener Handlungen. (Zeigarnik-Effekt) Die Schemata unserer Wahrnehmungsverarbeitung werden durch die traumatischen Erlebnisse strukturell verändert bzw. ausser Kraft gesetzt: "Tunnelsicht".

These 13: VON EINER REAKTION, GENANNT DISSOZIATION (1)

Dissoziation ist die Folge des Traumas: Eine Wahrnehmungsdistanzierung, eine Form der anamnesticen Bewältigung, eine Abspaltung des Erlebten. Die traumatische Gesamterfahrung wird zerlegt in einzelne, möglichst separat gehaltene Szenen, und so wird sie kontrolliert. Das Selbst ist nicht mehr Urheber seiner Kontrollhandlungen. Die später erfolgende Therapie muss gleichermassen stückweise vorgehen, um dem

Hippocampus die Reizmuster verarbeitbar zu machen. "Disorganization" ist das Wesen der Dissoziation (Kardiner, 1941).

These 14: VON EINER REAKTION, GENANNT DISSOZIATION (2)

Dissoziation: Ein fragmentiertes, ein abgespaltenes Dasein im Gedächtnis, es verhindert ein Lernen aus der Erfahrung. "Lernfähigkeit wird durch Traumatisierungen beeinträchtigt, weil das aversive System übermässig stimuliert wird." In solchen Zuständen von Hochspannung ist Informationsverarbeitung kaum möglich. (Diepold 1998) Sie wird durch die "dissoziativen Bilder" gebremst. Die abgespaltene und überaus bedrohliche Erfahrung liegt wie ein Kloß unverdaubar im Magen. Sie könnte in kleinen spielerischen Szenen, in Tunnel-Einblicken facettenhaft angespielt, umspielt, umorganisiert werden und zu neuen inneren Schemata des Handelns anleiten.

These 15: IDENTITÄTS-FRAGMENTIERUNG

Der politische, soziale und individuelle Terror beispielsweise des Holocaust, - er verändert die Personen, die er betrifft, ihre bis zu seinen Gewaltformen identische, personale Struktur: Er bewirkt auf Seiten der Opfer wie der Täter eine Art "doubling", eine "Identitätsfragmentierung und -verdoppelung". Überleben mit Überlebensschuld, vermeintlich, phantasie- und rollenmässig auf die Seite der Täter gezwungen, identitäts-gespalten und weiter "gedoubelt"- das ist das Resultat.

These 16: THERAPIE DER IDENTITÄTS-FRAGMENTIERUNG (1)

Jetzt heisst es, die Sphäre des Nicht-mehr-Ich, die selbst-destruktiven Phantasien und Taten (aus "Überlebensschuld") aus der Umklammerung des Über-Ich und des gewaltsamen Erlebens zu befreien, die Fragmente wieder an- und überzueignen und zu integrieren, die Bild-Fragmente als je eigen zu erleben. – Und spätestens an dieser Stelle wird sich der Leser fragen, ob solche u.U. hilfreichen Gedanken auch auf die Betreuung alter und traumatisierter Menschen anwendbar sind. Ein berechtigter Zweifel schleicht sich in die Argumentation angesichts der zusätzlich demenzbelasteten Menschen, die kaum in der Lage sind, über einen längeren Zeitraum Zusammenhänge zu erstellen. Wir werden auf diese Zweifel eingehen.

These 17: THERAPIE DER IDENTITÄTS-FRAGMENTIERUNG (2)

Was diese Reintegration so schwierig macht: "Die Inhalte des Traumaschemas können ... nur im gleichen affektiven Erregungszustand erinnert werden, der bei der Speicherung vorherrschte." Das "Traumaschema" muss "rekonstruiert" werden. Und die sog. "Trigger", Begleitmerkmale, Konnotationen, werden - wiewohl äusserst ängstigend - wichtig. (Fischer/Riedesser 1998, 147. 207)

These 18: THERAPIE DER IDENTITÄTS-FRAGMENTIERUNG (3)

In der Folge werden im Rahmen einer stationären Behandlung

- Allmachts- und Rettungsphantasien

- Grenzüberschreitungen und Feindprojektionen
- Retraumatisierende Inszenierungen

im Rahmen eines sicheren therapeutischen Milieus durchlebt – so heisst es im Fazit der Traumatherapeuten.

Und wieder hier die berechtigte Anfrage, wie die pflegende Bezugsperson erstens ein gesichertes therapeutisches Milieu inszenieren, zweitens ein Durchleben von Phantasien innerhalb dieser organisieren Szene soll?

Erinnern mit Bildern angesichts von Traumata (2)

Eine Zusammenfassung der verheerenden Wirkung des Traumas, wie es auch alternde Menschen im Übergang von vertrauten in fremde und entpersönlichende Räume ereilen kann, merkt Folgendes an: Die Entwicklung des Menschen ist ein lebenslanger Prozess, der durch traumatisierende Erfahrungen beeinträchtigt werden kann und durch sog. Retraumatisierungen immer wieder verunsichert wird. Das traumatisierte, mit überwältigenden Affekten überschwemmte Ich entwickelt in der regel aus Gründen der Verarbeitung Coping-mechanismen, gegensteuernde Abwehrmechanismen, entwickelt aber auch den Mechanismus der Dissoziation.

Dissoziation, das ist vor allem eine Art "neben-sich-stehender " oder "ganz-in-sich-zurückziehender" Depersonalisation und Derealisation. Es handelt sich um eine autoaggressive Veränderung und Zerstörung der Selbst-Wahrnehmung, die das Ich vor Schmerz, Scham und Pein schützen hilft, ddie eine Verdoppelung der Selbst-Wahrnehmung vornimmt.

Im Anschluss an die Traumatisierungen und im Zusammenhang der Dissoziation stellen sich vor allem Flashbacks, also immer wiederkehrende Abbildungen bzw. innerbildhafte Neukreationen der erlittenen Realszenen ein. Zur Bewältigung von inneren Bildern von Trennungs- und Gefahrenssituationen haben aber Menschen mit "sicherem Bindungsverhalten" (Bowlby/Ainsworth) gelernt, stressfrei und gedächtnishaft-antizipativ ihre bisher erfahrenen und gespeicherten (generalisierten) Interaktionsrepräsentanzen aufzurufen und die unsichere Situation mithilfe der innerbildhaft gewordenen sicheren Situationen zu bewältigen.

Menschen mit unsicherem und verunsichertem Bindungsverhalten verfügen nicht über diese positiv getönten Gedächtnisstrukturen. Ihre Fähigkeit zur Verarbeitung von traumatisierenden Erfahrungen sind beschädigt. Sie reagieren bei solchen Erfahrungen meistens a) protesthaft, b) verzweifelt, c) abwehrend-verleugnend, wie im Abwehrmodus der Dissoziation. Menschen in solch dissoziativer Verfassung verfügen weniger als bindungssichere Menschen über die Fähigkeit der innerrepräsentativen Symbolisierungsfähigkeit: Diese wird erst wiederhergestellt, wenn die körperliche Integrität wiederhergestellt und die Dissoziation der Affekte aufgehoben ist (Endres/Moisl, 1998).

Was können diese Anmerkungen zu den möglichen traumatisierenden Erfahrungen, die alternde Menschen machen, beitragen? Auf alle Fälle stellen sie einen Zusammenhang her: den zwischen dem vergangenen positiven oder negativen Bindungserleben und der Fähigkeit, mit dem Trauma umzugehen. Auch vermögen sie zu zeigen, dass die Bilder, die wir ‚einstellen‘ (so der Fachausdruck im sog. bildeinstellenden “katathymen Bilderleben”), ggfs. einen Zugang zu den traumatischen inneren Erlebniszuständen eröffnen.

Erinnern mit Bildern angesichts von Traumata (3)

Wenn die Arbeit mit bildnerischen Mitteln zu etwas taugen könnte, dann sollte es doch diese Belastungsstörung sein, in der ein erhöhtes Arousel, eine erhöhte Erregung immer dann eintritt, wenn belastende Erinnerungen an das Ereignis, wenn wiederkehrende einschlägige Träume, wenn Wiedererlebens-Flashbacks da sind (vgl. DSM-IV 309.81; F43.1). Dann ist doch Bild-Arbeit gefragt - unter der Bedingung, dass der Betroffene bildmächtig ist. Und das ist nicht immer der Fall. Dann wird eine Arbeit notwendig sein, die unterhalb der Beziehungs- und Symbolebene, die eher auf einer körperlich agierenden, sinnlichen Wahrnehmungs-, ästhetisch-stimulativen Ebene geschieht und eben: sich dabei klammheimlich der ästhetischen Mittel bedient.

Die sog. französische Psychosomatik (Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Christian David) hat darauf hingewiesen. Hat uns klar gemacht, dass manche Beziehungsstörungen so gravierend sind, dass sie nicht ansprechbar sind, ohne die Betroffenen grundlegend zu gefährden. Eine Art "pensée opératoire", ein archaisches, vorbegriffliches, primärprozesshaftes Denken bei diesen Patienten, eng verknüpft mit und zugänglich über sensomotoirsche Aktivitäten böten uns, den Kunsttherapeuten geradezu an, einfach und entsprechend aktiv zu werden, zu gestalten. Wir gestalteten dann mit Patienten, die emotional reduziert, affektarm, im Gegenüber des Therapeuten auch ein solches leeres Gefühl ("relation blanche") hinterliessen. Wir gestalteten mit einem Patienten, der einen Defekt in der Bildung seiner inneren Repräsentanzen aufweise, allenfalls darauf aus, "Objekte nach dem Muster seines eigenen nichtstrukturierten Selbstbildes wahrzunehmen". Und dieser Patient sei unfähig zu antizipieren, zu ertragen, dass jemand anders sei; er minimiere sozusagen seine Objektbeziehungen.

Der Therapeut, der nur auf Beziehungsausdruck aus, er scheint hier verloren; er erntet nur Widerstand. Schon frustriert ob der Angepasstheit, der "unpersönlichen" Gefühlsausdrücke, der wenigen "Substanz", die er bei dem Gegenüber vermerkt, sucht er, gut geschult in den Übertragungs-Gegenübertragungsmodalitäten, bei sich die Übertragungsmomente, die Bilder, die Gefühle. Merkt aber nur Angespant-Sein, Müdigkeit, Anstrengung und Erschöpfung; merkt nur Enge, Last auf den Schultern, Sinnlosigkeit seines Tuns - und eine Lust, davon frei zu sein, den Patienten einem anderen Kollegen zu übergeben. Soll der doch mit ihm die "body-charts" erarbeiten; der hat solche Körperarbeit doch gelernt. Und dann ist da das Signal, die falsche Ermutigung: die empfundene Leere mit eigenen Phantasien, die des Therapeuten nämlich, zu

füllen. Das ist Verführung, die buchstäblich “aus”-gehalten sein will. Und das ist auch ein Signal, umgekehrt wieder nach psychischen Repräsentanzen zu suchen.

Sollen doch die Zeichnungen des Patienten ruhig flach sein, sage ich mir; sollen sie doch durch Störungen in der Lateralität, dem hirnhemisphärisch links-rechts-Zuordnenden gekennzeichnet sein. Soll das oben-unten-rechts-links, sollen die Bezugspunkte eben nicht stimmen. Soll er, der Patient, hilflos mit dem Lineal agieren, messen, zeichnen. Kann er eben nicht mit Tiefe, mit Raum umgehen; kompensiert er das eher mit Fleiß und Leistung - immerhin zeichnet er; immerhin lässt er sich vielleicht auch durch einen Körperriß, ein Körperschema an der Wand, auf dem Boden liegend verführen. Aber die zwei letzten Worte sagen es schon: welche Gedanken, welche Situationen dann ungehindert in ihn einströmen, ihn umtreiben, quälen können. Also lasse ich die Idee mit dem Gestaltschema auf dem Boden, also beginne ich mit dem Schema an der Wand. Alexithymische, eingeschränkt gefühlsmächtige Patienten nennt man sie. Eine verarmte Phantasie- und Gefühlswelt, eine mangelhaft ausgeprägte Welt der Images, der Symbole ist da; eine andere, identifizierbare, wie mütterlich-zugewandt-besetzte fehlt (wir erinnern uns des verunsicherten affect attunements). Vielleicht müssen wir diese andere Seite in harter Arbeit, in frustrierenden Situationen des dabei-Seins wieder gemeinsam lernen. Den Patienten sozusagen “tragen, halten”, - “holding function” hat Winnicott diese Arbeit, die wir tun müssen, genannt (Winnicott 1973; 1974; 1976); und in die Funktion der “Reizabschirmung” uns und ihn, den Patienten, versetzen (“pare excitations”), - das könnte angelegen sein (zu diesen Gedanken: vgl. Stephanos/Auhagen 1983, 156 f.).

Was aber, wenn die von uns betreuten alten Menschen, derer viele von den strukturell sie ereilenden Umständen traumatisiert worden sind, die in schuldhaft-beladenen Verwandtschaftsverhältnissen stehen, infolge ihrer Demenz gar keine Möglichkeit mehr haben, Bilder des vergangen-sie-erlebt-Habenden zu entwerfen; was wäre, wenn nur noch die Möglichkeit bestünde, diese alten Menschen ein Stück der verloren gegangenen Bindung, Geborgenheit zu vermitteln? Solches habe ich in vielen Pflegeheimen auch erlebt, dass die zuständigen pflegenden Betreuungs-, Bezugspersonen für all diese Aspekte da, ansprechbar waren, - und in all diesen Fällen habe ich, der hier Schreibende mir gedacht, dass dies doch möglich sein müsse, die Kompetenzen für den Umgang mit alten traumatisierten Menschen in Fort- und Weiterbildungskursen zu vermitteln.

Was wäre es, das zu vermitteln ist? Welche Fähigkeit sollte die betreuende Bezugsperson haben? Vielleicht ist es doch nur die Einsicht in das, was möglicherweise passiert ist im Verlauf der Heimeinweisung, und was bisher als Folge einer ebenfalls fragmentierenden Demenz erklärt war. Vielleicht ist es doch nur die Fähigkeit, Situationen herzustellen, die dem alten Menschen vertraut sind. Deren Hang und deren Liebe zur Musik, der emotional, d.h. limbisch-stark verankerten Episoden, sie sind doch jedem Betreuenden geläufig. Was vielen von uns allzu gewöhnlich, vielleicht wissenschaftlich nicht begründbar erscheint, das Kochen-Backen-Werken, die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen, aber wohlbekanntesten Szenen des vergangenen Alltags, sie gilt es wieder zu initiieren, nicht nur des bekannten Zauberwortes “Biografiearbeit” und seiner Begründungen wegen, sondern aus dem einen Grund: die aus der Demenz und dem möglichen Trauma resultierenden Auseinanderreißungen von Erfahrung wieder zusammenzufügen, praktisch zunächst, und wie wir wissen, in der Folge vielleicht neuronal.

“Nur wer sich erinnern kann, weiß, wer er ist.” (Osborn, Schweitzer, Trilling 1997, 18) Dieses Motto und seine Begründung, dass nämlich “in unserer Lebensgeschichte” sich “die Wurzeln

für Selbstvertrauen und Individualität” finden - dieses begründete Motto fusst auf dem uns selbst konstituierenden Wissen unserer Selbstreflexion. Es will unmittelbar praxisanleitend sein, ist aber zunächst auf die “Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens” aus. (Kruse 1987; Heuft, Kruse, Radebold 2000, 56) Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat in ihrer Ottawa-Erklärung 1986 vor allem die funktionale, psychologische, soziale und existentielle Gewährleistung der individuellen Gestaltung des Lebenssinns betont. (57) Eine sich erinnernde, sich selbst narrativ erfahrbar machende Selbst-Reflexion gehört zu den wenigen Validierungsmöglichkeiten, die wir als Individuen besitzen. Diese Selbstreflexivität ermöglicht u. a. eine Zuordnung zu den Lebensstadien, einen demographisch verfügbaren Vergleich der Lebensabschnitte, Aussagen über die Veränderungen der Altersstruktur, – Aussagen, die zu treffen manchen der von uns Betreuten zu wünschen wären.

Literatur

Ainsworth, M.D.S. et al. (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Erlbaum: Hillsdale/New York

Baltes, M.M., Skrotzki, E. (1998): Kognitive Intervention im Alter. In: Oerter, R., Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 4.A. Beltz: Weinheim, 1116-1126

Baltes, M.M., Skrotzki, E. (1998): Tod im Alter: Eigene Endlichkeit und Partnerverlust. In: Oerter, R., Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 4.A. Beltz: Weinheim, 1137-1146

Baltes, M.M., Wilms, H.-U. (1998): Alltagskompetenz im Alter. In: Oerter, R., Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 4.A. Beltz: Weinheim, 1127-1136

Baltes, P.B. (1983): Zur Psychologie der Intelligenz im Alter- nur Abbau oder auch Entwicklung, in: Jahrbuch der Max-Planck-Gesellschaft. Göttingen.

Bowlby, J. (1958/1969): The nature of the child's tie to his mother. In: Int. J. Psycho-Anal. 39, 1958, p. 350-373; Attachment and loss. International Psychoanalytical Library Nr. 79. Hogarth Press: London

Brandenburg, H. (1996): Formen der Lebensführung im Alltag bei hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen. Zusammenhänge zur Gesundheit und zum sozial-räumlichen Kontext. Roderer: Regensburg

Brandenburg, H. , Menzen, K.-H. (1999): Altenhilfe der Zukunft - Berufsfeld der rehabilitativen Kunsttherapie. In: Kunst & Therapie 1-2, 49-59.

Caspi, A., Elder, G.H. (1986): Life satisfaction in old age: Linking social psychology and history. In: Journal of Psychology and Aging, 1, 18-26.

Crittenden, P.M. (1996): Ein Beitrag zum Verhältnis von Affekt und limbischem System. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 45, 147-155.

Diepold, B. (1998): Schwere Traumatisierungen in den ersten Lebensjahren - Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung und Möglichkeiten psychoanalytischer Behandlung. In: Endres, M., Biermann, G. (Hrsg): Traumatisierung in Kindheit und Jugend. Reinhardt: München

Diener, E. et al. (1985): Intensity and frequency: Dimensions underlying positive and negative affect. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1031-1038.

Dittmann-Kohli, F., Bode, C., Westerhof, G.J. (Hrsg.) (2001): Die zweite Lebenshälfte - Psychologische Perspektiven. Ergebnisse des Alters-Survey. Kohlhammer: Stuttgart.

Endres, M., Moisl, S. (1998): Entwicklung und Trauma. In: Endres, M./Biermann, G. (Hrsg.): *Traumatisierung in Kindheit und Jugend*. München

Engel, A.K., Singer, W. (1997): Neuronale Grundlagen der Gestaltwahrnehmung. In: *Spektrum der Wissenschaft* 4, 66-73.

Fischer, G., Riedesser, P. (1998): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Reinhardt: München

Filipp, S.-H., Schmidt, K. (1998): Mittleres und höheres Erwachsenenalter. In: Oerter, R., Montada, L. (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie*. 4.A. Beltz: Weinheim. S. 439-486.

Fonagy, P. (1995): Playing with reality: The development of psychic reality and its malfunction of borderline personalities. In: *Int. J. Psychoanal.* 76, 39-44.

Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (2000): *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. UTB/Reinhardt: München.

Kasten, E. (1999): *Einmaleins der psychischen Störungen im Alter*. Fachverlag für Altenarbeit: Fink-Kümmerly+Frey: Echterdingen.

Klumpp, W. (2001): *Heim-Weh? – Der Umzug ins Pflegeheim im Alter. Dimensionen des Überganges und Möglichkeiten seiner professionellen Gestaltung*. Diplomarbeit an der KFH Freiburg.

Kruse, A. (1987): Familiäre Hilfeleistungen im Alter - eine kritische Analyse des Begriffs Pflegebedürftigkeit. In: *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, 234-242.

Kruse, A., Lehr, U. (1988): Psychologische Aspekte des Alterns, in: Staatsministerium Baden-Württemberg (Hg.): *Bericht der Kommission "Altern als Chance und Herausforderung"*, erstellt im Auftrag der Landesregierung von Baden-Württemberg. Stuttgart. 61-66.

Kruse, A. (1998): *Psychosoziale Gerontologie*. 2 Bde. Hogrefe: Göttingen.

Larsen, R.J., Diener, E. (1992): Promises and problems with the circumplex model of emotion. In: *Review of Personality and Social Psychology*, 13, 25-59.

Lawton, P.B. et al. (1992): Dimensions of affective experience in three age groups. In: *Psychology and Aging*, 7, 171-184.

Limberg, R. (1998): *Kunsttherapie bei frühen Störungen*. Aachen.

Lingg, A. (1998): Demenz: Problem der Zukunft. In: *Arzt und Praxis* 2, 27-31.

Main, M. (1977): Sicherheit und Wissen. In: Grossmann, K. (Hrsg.): *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt*. München.

- Menzen, K.-H. (1988): Verschüttete Bilder. Aspekte der Beratungsarbeit. Freiburg.
- Menzen, K.-H. (2001): Grundlagen der Kunsttherapie. UTB/Reinhardt: München
- Oerter, R., Montada, L. (Hrsg.) (1998): Entwicklungspsychologie. 4.A. Beltz: Weinheim
- Oesterreich, K. (1992): Altersdemenz, geistige Behinderung, Gebrechlichkeit, körperliche Behinderung. In: Rapp, N./Strubel, W. (Hrsg.): Behinderte Menschen im Alter. Lambertus: Freiburg.
- Osborn, C., Schweitzer, P., Trilling, A. (Hrsg.) (1997): Erinnern. Eine Anleitung zur Biographiearbeit mit alten Menschen. Lambertus: Freiburg.
- Pöppel, E., Edingshaus, A.-L. (1994): Geheimnisvoller Kosmos Gehirn. Bertelsmann: München.
- Radebold, H., Rassek, M., Schlesinger-Kipp, G., Teising, M. (1987): Zur psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen. Freiburg.
- Roth, G. (2001): Fühlen, Denken. Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Suhrkamp: Frankfurt a.M.
- Signer-Fischer, S. (1997): Die Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlicheen. VHS-Kassette der video-cooperative-ruhr. Dortmund.
- Smith, J. et al. (1996): Wohlbefinden im hohen Alter. In: Mayer, K.U., Baltes, P.B. (Hrsg): Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag: Berlin. S. 497-523.
- Sozialministerium Bad.-Württ. (Hrsg.) (1998 a): Dementiell erkrankte ältere Menschen. Versorgungssituation und Versorgungskonzepte. Stuttgart
- Sozialministerium Baden-Württemberg (1998 b). Wohnen und Betreuung älter werdender und alter behinderter Menschen - Leitlinien und Grundsätze. Stuttgart.
- Staudinger, U.M., Marsiske, M., Baltes, P.B. (1999): Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. In: Cicchetti, D., Cohen, D. (Eds.): Manual of developmental psychopathology. Wiley: New York.
- Stephanos, S., Auhagen, U. (1983): Objektpsychologisches Modell auf der Basis der französischen psychoanalytisch-psychosomatischen Konzepte. In: Hahn, P.: Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Psychosomatik, 2 Bde. Bd.1, 156 f. Weinheim.
- Streck-Fischer, A. (1998): Kinder und Jugendliche mit komplexen Traumatisierungen in analytischer Psychotherapie. In: Endres, M./Biermann, G. (Hrsg.): Traumatisierung in Kindheit und Jugend. Reinhardt: München.
- Theunissen, G. (1999): Alte Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz. Handlungsmöglichkeiten aus pädagogischer Sicht, in: Bundesvereinigung Lebenshilfe für

Menschen mit Geistiger Behinderung (Hg.): Persönlichkeit und Hilfe im Alter. Zum Alterungsprozess bei Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg. 54-92.

Theunissen, G. (1999): Geistig behindert und dement. In: Geistige Behinderung 2, 165-178.

Wahl, H.-W (1991): Das kann ich allein! Selbständigkeit im Alter: Chancen und Grenzen. Huber: Bern.

Westerhof, G.J. (2001): Wohlbefinden in der zweiten Lebenshälfte. In: Dittmann-Kohli, F., Bode, C., Westerhof, G.J. (Hrsg.): Die zweite Lebenshälfte - Psychologische Perspektiven. Ergebnisse des Alters-Survey. Kohlhammer: Stuttgart. S. 79-127.

Winnicott, D.W. (1973): Die therapeutische Arbeit mit Kindern. München.

Winnicott, D.W. (1974): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München.

Winnicott, D.W. (1976): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München.