

Traumata – Warum werden sie im Alter wieder aktiv?

Marie-Luise Hermann und Peter Bärle

Zusammenfassung

Der Artikel gibt einen Überblick über die Formen, in denen traumabedingte Störungsbilder in der Bevölkerung und in der stationären psychotherapeutischen Behandlung im Alter auftreten. Die Häufigkeit der Traumareaktivierung im Alter nach beschwerdefreien Intervallen wird an Studien zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) als Folge des 2. Weltkriegs und Holocausts belegt, Fallvignetten skizzieren klinische Erscheinungsbilder. Wir diskutieren verschiedene Erklärungsmodelle für die Zunahme traumatischer Störungen im Zusammenhang mit altersspezifischen Verlusten und zeigen die Bandbreite aktueller therapeutischer Behandlungsmöglichkeiten auf.

Schlüsselwörter

Trauma, Traumareaktivierung, Spätfolgen des 2. Weltkriegs, Alterspsychotherapie

Traumata – Why do they become active in old age?

Summary

This article gives a survey of trauma-related disorders in the population and in in-patient psychotherapeutic treatment of the elderly. The prevalence of trauma reactivation in old age after symptom-free intervals is documented by studies on posttraumatic stress disorder (PTSD) as an effect of World War II and the Holocaust, single cases sketch the clinical appearance. We discuss various explanation models for the increase of traumatic disorders connected with age-specific losses and demonstrate the range of present therapeutic treatment possibilities.

Keywords

trauma, trauma reactivation, late effects of WWII, psychotherapy for the elderly

„Ganz normale Deutsche“

Herr K., 1926 in Danzig geboren, verlor seine Mutter als er einjährig war, worauf er bei den Großeltern aufwuchs. Im Eintrittsgespräch auf der Alterspsychotherapiestation der Psychiatrischen Klinik schildert er, dass er als Jugendlicher an der Ostfront und bis 1947

in russischer Kriegsgefangenschaft gewesen sei. Er habe einen Bruder, der noch immer in Russland als vermisst gilt, er wisse nicht, ob er im Krieg gefallen sei oder nicht.

Die Lebensläufe vieler Patienten in der Alterspsychotherapie sind geprägt von Verlust-erlebnissen und traumatischen Erfahrungen als Kriegskinder, als vertriebene oder ausgebombte Familien, als Flakhelfer oder junge Soldaten. Dabei waren nicht nur fanatische NS-Größen an Massenerschießungen u.ä. Kriegsverbrechen beteiligt, sondern als Angehörige der Wehrmacht auch „ganz normale Deutsche.“ Die überlebenden Soldaten kehrten oftmals schwer traumatisiert von den Erfahrungen an der Front, von beobachteten oder selbst verübten Kriegsverbrechen sowie Hunger und Not in der Kriegsgefangenschaft zurück. Mit welchen Folgen? Welche Auswirkungen hat dies bis heute?

Traumabedingte Störungsbilder

In den psychiatrischen Klassifikationssystemen wird das Trauma als eine „verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlichen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend)“ bezeichnet, „die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005, S. 169). Das Klassifikationssystem DSM-IV konkretisiert Traumata als „potenzielle oder reale Todesbedrohungen, ernsthafte Verletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder bei anderen, auf die mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wird“ (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003). Diese Definitionen treffen auf die realen äußeren traumatischen Erfahrun-

gen der Kriegsjahre in hohem Maße zu. Häufig ist von einer multiplen Traumatisierung durch zahlreiche Erfahrungen auszugehen. Psychische Traumata unterscheiden sich von anderen psychischen Störungen dadurch, dass keine intrapsychische Problematik vorliegt, sondern eine Verursachung von außen, die somit jeden psychisch gesunden Menschen treffen kann.

Neben der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) können als *traumabedingte Störungsbilder* auftreten: Depressive Störungen, Angststörungen, Schmerz- bzw. Somatisierungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen (insbesondere Borderline- und Dissoziale Persönlichkeitsstörung), Progression von Demenz, komplizierte (pathologische) Trauer.

Als *typische kognitiv-emotionale Veränderungen* lassen sich das Wiedererleben der traumatischen Situation beobachten, ein anhaltendes Gefährdungsgefühl und Gefühl der eigenen Vulnerabilität und des Beschädigtseins, ein generalisiertes Entfremdungsgefühl, vermehrtes Misstrauen sowie eine gestörte Intimität.

Prävalenzen der PTBS als Folge des 2. Weltkriegs

Gemäß verschiedenen PTBS-Prävalenzstudien bei spezifischen Gruppen Älterer leiden 50-65% der Holocaust-Überlebenden unter einer PTBS, 29-48% der Kriegsgefangenen, 7-29% der ehemaligen Soldaten und 4-10% der zivilen Kriegsoffer des 2. Weltkriegs.

In einer holländischen Bevölkerungs-Stichprobe von 1437 Überlebenden des 2. Weltkriegs wiesen noch 50 Jahre danach folgende Gruppen Diagnosekriterien einer vollen PTBS auf: 13,2% der Verfolgten oder Kriegsgefangenen in Asien, 11,8% der Verfolgten oder Kriegsgefangenen in Europa, 7,1% der ehemaligen Soldaten, 4,0% der zivilen Kriegsoffer und

3,8% der Widerstandskämpfer. Darunter waren 8,7% mehrfach traumatisiert (Bransen & v. d. Ploeg, 1999).

In einer Längsschnittstudie von amerikanischen Kriegsgefangenen des 2. Weltkriegs und Koreakriegs zeigten die retrospektiv erfragten Symptomverläufe der PTBS ein markantes Muster: Die höchste Symptombelastung bestand bald nach der Entlassung bei etwa 70% der Kriegsgefangenen, die angaben, durch die Symptome „stark beeinträchtigt“ zu sein. Die Belastung nahm über die nächsten 30 Jahre auf ca. 20% ab, stieg in den letzten 20 Jahren bzw. im Alter der Betroffenen jedoch wieder auf ca. 30% an (Port, Engdahl & Frazier, 2001). Stark verzögerte Erstmanifestationen waren jedoch sehr selten. Als Erklärung für den Symptomanstieg im Alter kann das in Fallstudien und Gruppentherapien beobachtete Erreichen des Pensionsalters in dieser Stichprobe mit Veteranen weit über diesem Alter nicht als unmittelbare Ursache des Symptomanstiegs beigezogen werden, andere Erklärungsmodelle werden nicht genannt.

Auch bei Überlebenden des Holocaust nahm die Intensität der traumatischen Erinnerungen wieder zu: nach einer deutlichen Abnahme während der Wiedergenesung, Familien- und Berufsentwicklung und einer stetigen Zunahme über die Pensionierung bis ins Alter zeigte sich ein U-förmiger Verlauf. In den letzten zwei Jahren vor der Befragung wurde dieselbe Intensität wie vor der Wiedergenesung erreicht (Kruse & Schmitt, 1999).

Auch Solomon (1995) beobachtete, dass in Israel die PTBS-Symptomatik von Holocaustüberlebenden erst nach Jahrzehnten zunahm und diskutiert dies als Einstellung zur PTBS im Zusammenhang mit gesellschaftlicher Verleugnung.

5% der Opfer von Flucht und Vertreibung zeigten in Deutschland im Alter das volle

Bild einer PTBS, 30% eine partielle (Teegen & Meister, 2000). Auch in der ambulanten psychoanalytischen Praxis wurden in der Katamnesestudie der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung bei 63% der befragten ehemaligen Patienten schwere reale Traumatisierungen im 2. Weltkrieg berichtet (Leuzinger-Bohleber, 2003).

Traumatisierte Patienten in der Schweiz

Die Schweizer Bevölkerung war – wenn man von den in die Schweiz aufgenommenen Emigranten absieht – während und nach dem 2. Weltkrieg keiner massenhaften, direkten Traumatisierung ausgesetzt. Traumapatienten sind hier u.a. Verdingkinder, Unfallopfer, Überlebende von Katastrophen, Opfer von Missbrauch oder Vergewaltigung, Menschen mit traumatisierenden Berufen, Miterlebende von Bombenangriffen, Überlebende von Kidnapping, Hinterbliebene von Mordopfern oder suizidierten Angehörigen, Eltern nach Verlust eines Kindes oder Kranke nach invasiven medizinischen Maßnahmen (Amputationen u.ä.).

Erst 1977 wurde der Rechtsbegriff der „ehelichen Pflicht“ gestrichen, Generationen von alten Frauen sind damit aufgewachsen. Strafbar wurde der erzwungene eheliche Beischlaf erst 1997.

Reaktivierung durch das Alter

Die gehäufte Reaktivierung von Traumata im Alter nach einem beschwerdefreien Intervall von Jahrzehnten kann durch verschiedene altersspezifische Veränderungen erklärt werden:

- Durch das drohende Ausgeliefertsein im körperlichen Alterungsprozess. Der Verlust der Selbstständigkeit kann insbesondere bei körperlichen Pflegehandlungen das Gefühl eines ohnmächtigen Ausgeliefertseins aktivieren, das mit Bedrohung assoziiert ist.
- Das Gefühl der Bedrohung durch Verlust der Selbstständigkeit und Handlungsfähigkeit ist bei älteren Menschen stärker ausgeprägt als bei jüngeren, da es sich nicht um passagere sondern unwiederbringliche oder unaufhaltsame Verluste handelt.
- Die für die Phase des hohen Alters spezifische Häufung von Abschieden – als Verlust des Partners oder nahestehender Geschwister oder Freunde, aber auch von sozialen Rollen – stellt eine Herausforderung im Leben jedes alternden Menschen dar, auch wenn das Erleben sozial geteilt wird. Für Menschen wie z.B. Holocaust-Überlebende, die nie über das Trauma Trennung hinweggekommen sind oder in ihrer Biografie Abschiede nur als Trauma erlebt haben, bedeuten auch altersspezifische Abschiede eine große Belastung.
- Unrechtserfahrungen können einen Auslöser darstellen, wenn die Verantwortlichen für systematisch ausgeübtes Unrecht besser behandelt werden als die Betroffenen selbst. Die Symptomatik des teilkompensierten ursprünglichen Traumas kann dadurch erneut aufflackern (z.B. in der Zeit nach dem Holocaust oder der deutschen Nach-Wendezeit).
- Traumatische Erinnerungen können über Sinneseindrücke (Bilder und Geräusche) ausgelöst werden, wie z.B. Bilder von Kriegsszenen in anderen Ländern, Menschen in Uniformen, Sirenen-Probearm.
- Beim Vorliegen einer PTBS und Alzheimer-Demenz kann eine gegenseitige Potenzierung entstehen: Durch die Demenz fällt gegenwärtiger Gedächtnisbesitz aus, älterer drängt sich hingegen auf. Eine Hippocampus-Atrophie kann sowohl bei der Alzheimer-Demenz wie der PTBS auftreten. So gerät ein 87-jähriger Patient mit einer mittelschweren Alzheimer-Demenz, der Soldat im 2. Weltkrieg war, nachts häufig in einen agitierten Zustand, in dem er sich unter seinem Bett verkriecht und glaubt, einem Bombenangriff ausgesetzt zu sein.

- Wegfall von Ablenkungsmöglichkeiten: Im Alter entfallen verschiedene Möglichkeiten der Ablenkung wie Arbeit, sich kümmern um Andere, Inszenierung von Paarkonflikten, auch eingeschränkte Sinne und Mobilität spielen eine Rolle.
- Besondere Situation im Kindesalter: Im Kindesalter Zeuge von Traumatisierungen Anderer zu sein, wirkt sich bei Kindern fast wie ein eigenes Trauma aus. Insbesondere Kriegskinder haben die Last der Identifikation mit den Eltern zu tragen.

Zu Beginn der Behandlung kann jedoch zunächst vor allem eine depressive Symptomatik im Vordergrund der Beschwerdenschilderung stehen:

Ein 76-jähriger Patient berichtet: Jeden Morgen falle es ihm sehr schwer, aus dem Bett zu kommen, er fühle sich wie ans Bett gefesselt. Der bevorstehende Tag bereite ihm Angst, er sehe keinen Sinn mehr, aufzustehen, verspüre keine Freude mehr. Sein Leben sei nur noch eine Qual, er sehe darin keinen Sinn mehr. Früher sei ihm nie langweilig gewesen, in letzter Zeit wisse er gar nichts mehr mit sich anzufangen. Er müsse immer viel grübeln. Zeitweise denke er, sein Leben zu beenden, aufgrund seines starken Glaubens jedoch könne er dies nicht umsetzen. Diese Leere, das Gefühl, sich wie ausgenommen zu fühlen, halte er nun nicht länger aus.

Bei erneuter depressiver Episode wurde eine 80-jährige Patientin in die Psychiatrische Klinik zur Weiterbehandlung verlegt. Sie gibt an, seit dem Tod ihres Lebensgefährten vor vier Jahren an depressiven Episoden zu leiden. Vor vier Jahren sei sie bereits in der Klinik hospitalisiert gewesen, seitdem hatte sie keine psychiatrische Behandlungen mehr. Sie grüble viel, warum es ausgerechnet sie treffe, die derartiges erleben müsse. Momentan beschäftigt sie, dass ihre Tochter nach nur dreimonatiger Ehe von ihrem Mann verlassen worden sei. Sie müsse oft weinen, schlafe schlecht, habe keinen Appetit. Sie habe immer wieder Suizidgedanken, habe

sich die Adresse einer Sterbehilfeorganisation nach einer Fernsehsendung herausgeschrieben. Sie habe aber nicht den Mut, sich selber etwas anzutun.

Heuft, Kruse & Radebold (2000, S. 199f.) formulieren eine dreifache Hypothese zu altersspezifischen Faktoren, die eine Trauma-Reaktivierung begünstigen:

- **mehr Zeit, Unbewältigtes wahrzunehmen**, da die Lebensanforderungen des Existenzaufbaus, von Beruf und Familie wegfallen
- ein **vorbewusst wahrgenommener Druck**, sich noch einer unerledigten Aufgabe stellen zu müssen
- die **narzisstische Dimension des Alternsprozesses**

Auch Brähler (2008) weist auf die dreimal höhere Häufigkeit der PTBS in der älteren deutschen Bevölkerung gegenüber der jüngeren hin. Dies wirke sich häufig in Schlafstörungen, Panikattacken und Schuldgefühlen aus. Er führt dies auf die Tabuisierung der psychischen Folgen des 2. Weltkriegs zurück, erst nach dem Ruhestand bilanzierten viele Ältere ihr Leben, viele schilderten „die Bilder kommen zurück.“

Traumatherapie: State of the Art

Die Traumatherapie mit Älteren kann auf ein breites Spektrum wirksamer Verfahren zurückgreifen:

- Trauma-Exposition in in sensu
- EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing (dt. Augenbewegungs-Desensibilisierungs- und Verarbeitungs-Therapie)
- Psychodynamische Imaginative Traumatherapie (Reddemann, 2004)
- Psychodynamische Traumatherapie (Fischer, 2000)
- Writing assignment („Schreibtherapie“)
- Testimony-Therapie

- Internetgestützte Trauma-Exposition und Verarbeitung

Eine Metaanalyse von van Etten & Taylor (1998) berichtet für die PTBS für verschiedene Psychotherapieverfahren insgesamt Prä-Post-Effektstärken von 1,17 (kognitive Verhaltenstherapie KVT 1,27, EMDR, 1,24, Hypnose 0,94, Tiefenpsychologische Traumatherapie 0,90). Katamnesewerte nach 4 Monaten liegen nur für die KVT (1,63) und EMDR (1,33) vor. Pharmakotherapie erreichte nur bei den Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern hohe Effektstärken (1,38), im Durchschnitt 0,69, jedoch bei Abbrecherraten von 31,9%. Für die Psychotherapie lag die Abbrecherquote insgesamt bei 14% (KVT 15,1%, EMDR, 14,4%, Hypnose und Tiefenpsychologische Traumatherapie jeweils 11%).

Forschungsergebnisse zur Traumabehandlung im Alter liegen noch wenige vor. Eine Datenbankrecherche von Therapiestudien zur PTBS ergab 21 Studien zur Psychotherapie mit Erwachsenen, 8 mit Kindern und nur 3 mit alten Menschen, Pharmakotherapie wurde nur in 11 Studien mit Erwachsenen untersucht.

Psychotherapie

Bei Älteren kann eher von stabilen Ich-Funktionen ausgegangen werden. Ein ausschließlich zudeckendes Vorgehen würde Alternde mit ihren Erinnerungen erneut alleine lassen. Unter dem Vorwand, Gefühle schonen zu wollen, verbirgt sich die Angst des Therapeuten, die durch Berichte über schreckliche Ereignisse ausgelöst werden könnte.

Therapieziele bestehen im Wiedergewinnen von Selbstkontrolle, dem Wiedererrichten von Abwehr, dem Bearbeiten von Überlebensschuld und der Reintegration der Persönlichkeit.

Protektive Faktoren sind vorhandene stabile Mutter-Kind-Beziehungen, Ersatzväter und Ersatzmütter, im späteren Leben stabile Sicherheit gebende Partnerschaft und ein erfüllender Beruf.

Die Säulen der *kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung der PTBS* bestehen aus:

1. Nacherleben des Traumas
 - erst nach Schaffen einer tragfähigen, vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Therapeut möglich
 - zielt gegen die unwirksamen spontanen Vermeidungstendenzen der Patienten
 - **Kompetenzgefühl, die Erinnerung zu ertragen, wird vermittelt**
 - imaginative Methoden
2. Kognitive Umstrukturierung
 - katastrophierende Interpretation der (Anfangs-)Symptome ändern
 - **persönliche Verarbeitungsmuster deutlich machen und ggf. verändern**
 - **emotionale Schlussfolgerungen, Übergeneralisierungen, unberechtigte Verantwortungs- und Schuldgefühle in Frage stellen**

Die *Stationäre Intensivtherapie* kann auf schulenübergreifende Entwicklungen zurückgreifen. Das therapeutische Rationale besteht in der Steuerung des Hyperarousal-Niveaus und der Dissoziations-Tendenz. Formen der stationären Traumatherapie werden als imaginative und salutogene Techniken (Reddemann, 2004) und Imagery Rescripting (Holmes, Arntz & Smucker, 2007) beschrieben.

Niederschwellige Therapieformen

Als „Low Intensity Therapy“ versteht sich die kognitiv-behaviorale *Internet-Therapie* „Interapy“ von Lange et al. (2000). Sie besteht aus einem Programm von 10 Schreibsitzungen à 45 Minuten über 5 Wochen mit einer graduierten Exposition in Bezug auf Traumainhalte. Therapeuten geben jeweils individuelle

Rückmeldungen via Internet. Es liegt sowohl eine Adaption in deutscher Sprache von Knaevelsrud & Maercker (2007) vor als auch eine Version für Komplizierte Trauer (Wagner, Knaevelsrud & Maercker, 2006).

Life review therapy

Die praktische therapeutische Nutzung des Lebensrückblicks (life review) geht auf Butler (1963) zurück (Übersicht in Hermann, 2009). Neben den nachfolgend aufgeführten psychotherapeutischen Anwendungen kann das Erzählen der eigenen Lebensgeschichte auch zur Stressreduktion bei akuter Krankheit oder invasiven medizinischen Behandlungen eingesetzt werden (Rybarczyk & Bellg, 1997). In zahlreichen Untersuchungen konnte die bedeutende Rolle des Life Review als adaptivem Prozess für die Einstellung auf das Altern nachgewiesen werden (Haight, 1991). Die Metaanalyse von Bohlmeijer, Smit & Cuijpers (2003) ergab bei alten Menschen mit depressiver Symptomatik eine große Effektstärke ($d = 0.84$) von Life Review oder Reminiscence auf die Symptomatik, bei starken Symptomen sogar noch stärker ($d = 1.23$).

Lohmann & Heuft betrachten „Ordnung-Schaffen“ als Synonym für den Life Review-Prozess (1995). Sie sehen einen Hauptwirkfaktor von Life Review in der Mobilisierung persönlicher Ressourcen und dadurch der Stärkung interner Kontrollüberzeugungen (ebd., S. 238). Die Autoren grenzen Life Review klar von Psychotherapie ab, fragen jedoch, „ob die Notwendigkeit zu Psychotherapie im Alter das Ergebnis eines ‚versäumten‘ Life Review im Lebenslauf sein könnte“ (S. 239), da Life Review in der Psychotherapie Älterer eine grosse Rolle spiele und ungelöste Konflikte oftmals verantwortlich seien für die Affektpathologie (Radebold, 1992).

Mills & Coleman (2002) nennen in ihrem Ansatz *psychodynamischer Lebensrückblicks-intervention* folgende Schritte, die auch für Kurztherapien von 8–10 Stunden geeignet sind: Beschreiben früherer Erfahrungen, Gefühle, Bewertungen; Identifizieren sensibler Bereiche und möglicher Abwehr; Analysieren dieser Bereiche, wenn der Klient einwilligt; einsichtsorientierte Arbeit (v. a. bei Kurztherapien) und Nutzung von Übertragung/Gegenübertragung; bei gefestigter therapeutischer Beziehung In-Frage-Stellen fehlerhafter Bewertungen. Dem Klienten kann damit zu einer neuen, positiveren Fassung seiner Lebensgeschichte und besserem Selbstwertgefühl verholfen werden. Vorsicht ist jedoch vor einer unbeabsichtigten Reaktivierung alter Traumata geboten.

Maercker (2002a) beschreibt eine für Psychotraumapatienten adaptierte strukturierte Form *kognitiv-behavioraler Lebensrückblicks-intervention*. Ein Therapieablauf besteht aus 10–15 Sitzungen, eine Kombination mit verhaltenstherapeutischen Techniken wie Traumakonfrontation in sensu oder kognitive Umstrukturierung ist möglich.

Ziele liegen

- in der Elaboration positiver Erinnerungen und emotionaler Stimmungsinduktion
- in der kognitiven Restrukturierung der Bewertung von negativen Schlüsselerlebnissen und deren Bewältigung
- im Erleben von Erinnerung als positiver Ressource/Verstärker

Dies wird mit Fragen zu aufeinanderfolgenden Lebensphasen erzielt, mit Ressourcenfragen („Was waren Ihre Stärken damals?“ „Wofür erhielten Sie Anerkennung?“), mit kognitivem Restrukturieren („Wie gelang es Ihnen, das Problem zu lösen?“) und mittels einer Integration durch Bilanzierung. Zur Evidenz liegen kontrollierte Einzelfallstudien vor (Maercker, 2002b).

Risiken für Therapeuten

Therapeuten müssen damit rechnen, auf dem Prüfstand zu stehen und abgewertet zu werden: „Was haben Sie für eine Störung, dass Sie sich mit dieser Zeit beschäftigen?“ Dabei ist die unausgesprochene Frage: „Hätten Ihr mir damals geholfen und mich aufgenommen?“

Zeuge von Traumatisierungen Anderer zu sein, wirkt sich offensichtlich bei Kindern fast wie ein eigenes Trauma aus. Die Bewältigung kann in der Gruppentherapie dadurch gelingen, dass eigene Schrecken und Qualen entemotionalisiert werden, aber Mitgefühl für Andere nicht abgewehrt werden muss.

Als psychoedukatives Element in Gesprächsgruppen eignet sich die *Gewaltfreie Kommunikation* (Marshall B. Rosenberg, 2007), in der Patienten lernen

- zu beobachten, ohne zu bewerten
- auszusprechen, was sie fühlen
- zu sagen, was hinter diesen Gefühlen steht
- darum zu bitten, was das Leben verschönert
- was sie beobachten, fühlen und brauchen, um was sie bitten, um ihr Leben zu verschönern
- was andere beobachten, fühlen, brauchen, worum sie bitten, um ihr Leben zu verschönern

Salutogenese im Alter

Das aus der Gesundheitssoziologie stammende Salutogenese-Konzept Antonovskys (1993) fragt nach den Ursachen für Gesundheit. Ein Kernkonzept des Modells, das *Kohärenzgefühl* (*sense of coherence*, *SOC*) nimmt einen besonderen Stellenwert beim erfolgreichen Altern ein (Wiesmann, Wendlandt & Hannich, 2004). Das Kohärenzgefühl entsteht lebenslang aus der Integration von auf den Organismus einwirkenden Stressoren

als akkumulierte Lebenserfahrung und „entscheidet darüber, wie gut eine Person vorhandene Ressourcen zum Erhalt der Gesundheit und des Wohlbefindens zu nutzen weiss“ (ebd., S. 180); es wird definiert als globale Orientierung mit drei Komponenten: Werden Reize als *verstehbar*, Anforderungen als *handhabbar* bzw. bewältigbar und das eigene Leben als *bedeutsam* und sinnhaft erlebt? Durch die Zunahme von Stressoren im höheren Lebensalter erachten die Autoren das Kohärenzgefühl dort für besonders bedeutsam, da es als zentrale Mediatorvariable zwischen Belastungen durch kritische Lebensereignisse und Gesundheit gilt (Wiesmann, Rölker & Hannich, 2004, S. 371).

Für das Wohlbefinden alter Menschen mit traumatischen Erfahrungen ist es besonders wichtig, dass sie unter Bedingungen, die das Aufrechterhalten von Gesundheit erschweren, mithilfe innerer und äußerer Ressourcen ihre aktuelle Lebenssituation als verstehbar, bewältigbar und sinnstiftend erleben können.

Dass auch zwischen der salutogenetischen Perspektive und der Psychotherapie ein fruchtbarer Brückenschlag möglich und wünschenswert wäre, zeigt Fäh auf (2004). So finden sich einige Studien, die die Zunahme des Kohärenzgefühls durch Psychotherapie (z.B. Sandell et al., 1999) oder stationäre psychosomatische Behandlung (Sack et al., 1997) belegen. Die Bearbeitung der Balance im „Lebenskräftefeld“ zwischen den positiven inneren Lebenskräften und äußeren Kraftquellen sowie den negativen inneren destruktiven Kräften und äußeren Belastungen wie z.B. Traumata (Fäh, 2004, S. 8f.), die der Autor als Arbeit für eine dynamische „Gesundheit von innen“ (ebd., S. 12) in der psychoanalytischen Therapie vorschlägt, lassen sich ohne Einschränkung auch auf die Psychotherapie im Alter übertragen und an die besonderen Lebensanforderungen des Alterns anpassen.

Literatur

- Antonovsky, A. (1993). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion, and civility. *Social Science and Medicine*, 37, 969-981.
- Bohlmeijer, E., Smit, F. & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1088–1094.
- Brähler, E. (2008). Kriegsgeneration bis heute traumatisiert. Spiegelonline. Verfügbar über: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,554159,00.html> [Zugriff: 28.8.2010]
- Bramsen, I. & Ploeg, H. M. van der (1999). Fifty years later: the long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 350-358.
- Butler, R.N. (1963). The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 256, 65–76.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Etten, M. L. van & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Fäh, M. (2004). Psychotherapie und Salutogenese: Überlegungen zum theoretischen und praxeologischen Brückenschlag. *Psychotherapie Forum*, 12, 3-15.
- Fischer, G. (2000). Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie MPTT: Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen. Heidelberg: Asanger.
- Haight, B. K. (1991). Reminiscing: the state of the art as a basis for practice. *International Journal of Aging and Human Development*, 33, 1–32.
- Hermann, M.-L. (2009). Was im Leben zählt. Kreditierung und Selbstkreditierung alter Menschen im lebensgeschichtlichen Interview. Bern: Lang.
- Holmes, E. A., Arntz, A. & Smucker, M. R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 297-305.
- Knaevelsrud & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 7, 7-13.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (1999). Reminiscence of traumatic experiences in (former) Jewish emigrants and extermination camp survivors. In A. Maercker, M. Schuetzwohl & Z. Solomon, Posttraumatic stress disorder. A lifespan developmental perspective (pp. 155-167). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J.-P., Schrieken, B. & Emmelkamp, P. M. G. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (5), 901-909.
- Lange, A., Schrieken, B., van de Ven, J.-P., Bredeweg, B., Emmelkamp, P. M. G., van der Kolk, J., Lysdottir, L., Massaro, M. & Reuvers, A. (2000). „Interapy“: The effects of short protocolled treatment of post-traumatic stress and pathological grief through the Internet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 2, 175-192.
- Leuzinger-Bohleber (2003). Die langen Schatten von Krieg und Vertreibung. Kriegskinder in Psychoanalysen. Beobachtungen und Berichte aus der DPV-Katamnesestudie. *Psyche*, 57, 982-1016.
- Lohmann, R. & Heuft, G. (1995). Life Review: Förderung der Entwicklungspotentiale im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28, 236–241.
- Maercker, A. (2002a). Posttraumatische Belastungsstörungen und komplizierte Trauer. Lebensrückblicks- und andere Interventionen. In A. Maercker, Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie (S. 246–282). Berlin: Springer.
- Maercker, A. (2002b). Life-Review technique in the treatment of PTSD in elderly patients: Rationale and three single case studies. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8, 3, 239–249.
- Mills, M. A. & Coleman, P. G. (2002). Lebensrückblicksinterventionen bei älteren Menschen. Ein psychodynamischer Ansatz. In A. Maercker (Hrsg.), Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie, S. 359–376. Berlin: Springer.
- Port, C. L., Engdahl, B. & Frazier, P. (2001). A longitudinal and retrospective study of PTSD among older prisoners of war. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (9), 1474-1479.
- Radebold, H. (1992). Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Berlin: Springer.
- Reddemann, L. (2004). Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rosenberg, M. B. (2007). Gewaltfreie Kommunikation. Paderborn: Junfermann.
- Rybarczyk, B. D. & Belg, A. (1997). Listening to life stories: A new approach to stress intervention in health care. Berlin: Springer.
- Sack, M., Künsebeck, H. W. & Lamprecht, F. (1997). Kohärenzgefühl und psychosomatischer Behandlungserfolg. Eine empirische Untersuchung zur Salutogenese. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47, 149-155.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Schubert, J. Carlsson, J. & Broberg, J. (1999) Wie die Zeit vergeht: Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. *Forum der Psychoanalyse*, 15, 4, 327-347.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.

Solomon & Ginzburg (1998). War trauma and the aged: An Israeli perspective. In Lomranz, J. (Ed.), Handbook of aging and mental health: An integrative approach (pp. 135-152).

Solomon, Z. (1995). Oscillating between denial and recognition of PTSD: Why are lessons learned and forgotten? Journal of Traumatic Stress, 8 (2), 271-282.

Teegen, F. & Meister, V. (2000). Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des II. Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 13, 112-124.

Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled study. Death Studies, 30 (5), 429-453.

Wiesmann, U., Röler, S. & Hannich, H.-J. (2004b). Salutogenese im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37, 366-376.

Wiesmann, U., Wendlandt, S. & Hannich, H.-J. (2004a). Salutogenese im Alter. Kohärenzgefühl und psycho-soziale Widerstandsressourcen älterer aktiver Menschen. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 17, 3, 179-193.

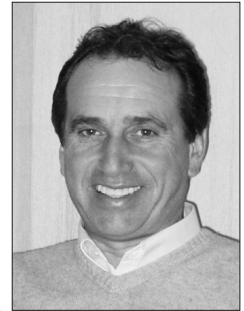
Dr. des.
Marie-Luise Hermann



Assistentin an der Universität Zürich, Abt. Klinische Psychologie, Psychotherapie & Psychoanalyse sowie Klinische Psychologin an der Klinik für Psychotherapie Aadorf, Schweiz
Binzmühlestr. 14/16
CH-8050 Zürich
Tel: +41/523688888
Fax: +41/523688889

E-Mail:
ml.hermann@psychologie.uzh.ch

Dr. med.
Peter Bäurle



FMH Psychiatrie und Psychotherapie; FA für psychosomatische und psychosoziale Medizin; FA Akupunktur-traditionelle chinesische Medizin; Chefarzt an der Klinik für Psychotherapie Aadorf, Schweiz; Fohrenbergstrasse 23; CH-8355 Aadorf (TG)
Tel: +41/523688888
Fax: +41/523688889

E-Mail:
p.baerle@klinik-aadorf.ch



www.asanger.de

Gottfried Fischer, Christiane Eichenberg,
Kurt Mosetter, Reiner Mosetter

Stress im Beruf? Wenn schon, dann aber richtig!

Der Ratgeber für den intelligenten Umgang mit Stress.
Kröning: Asanger Verlag 2007. 170 S., € 19.50, mit 50
Bildern und Abbildungen, ISBN 978-3-89334-459-4

Das Autorenteam – Experten aus Psychologie, Medizin und Philosophie – zeigt in diesem Ratgeber auf, wie sich durch dialektisches Denken und Üben Einseitigkeiten durch vorrangiges Vermeiden von Stress aufheben lassen. Es kommt darauf an, sich in Polaritäten zu bewegen – zwischen Stressvermeidung und Stressexposition, zwischen positivem und negativem Stress, zwischen positivem und negativem Denken. Statt Stressvermeidung gilt es, die Herausforderungen des Arbeitslebens nach dem Motto „Wenn schon Stress, dann aber richtig!“ voll anzunehmen.

