
Faktenblatt «Trauma im Alter – Umgang mit traumatisierten Menschen in Alters- und Pflegeheimen»

Das Faktenblatt bietet Führungs- und Fachpersonen in Alters- und Pflegeheimen einen Überblick zum Thema psychisches Trauma im Alter. Im ersten Teil werden allgemein Definitionen, Entstehung, Häufigkeit und Folgen behandelt, im zweiten Teil spezifische Aspekte und Zielgruppen. Der dritte Teil bietet Informationen für den Umgang und Therapieansätze für traumatisierte ältere Menschen in Alters- und Pflegeheimen. Abschliessend werden Fachgesellschaften und Informationsangebote aufgeführt.

1. Grundlagen

Definitionen. Es gibt zahlreiche unterschiedliche Definitionen von Trauma. Eine klare und einheitliche Definition wird erschwert, da bei einem psychischen Trauma objektive Situationsfaktoren (äusseres Ereignis) und subjektive Bewertungsdimensionen (inneres Ereignis) untrennbar miteinander verknüpft sind. Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist ein Trauma ein kurz- oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von aussergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmass, das nahezu bei jedem eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde (Pausch & Matten 2018). Oftmals wird auch von einer «seelischen Wunde» gesprochen. Im Unterschied zu anderen psychischen Störungen liegt die Ursache in einem Ereignis, das ausserhalb der Person liegt. Darum können auch psychisch gesunde Menschen von einem Trauma betroffen sein (Fischer & Riedesser, 1998).

Entstehung. Die Ursachen von Traumata können sehr unterschiedlich sein. Sie können durch Kriegserlebnisse, sexualisierte Gewalt, Fluchterfahrungen, Trennungen, Verluste, Raubüberfälle, Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle, Krankheiten, Tod und viele weitere Ursachen entstehen. Unterschieden wird zwischen chronischen, aktuellen und verzögerten Traumata. Aktuelle Traumata basieren auf unmittelbaren traumatischen Ereignissen, wohingegen chronische Traumata auf länger zurückliegenden Ereignissen basieren und deren Auswirkungen andauernd vorhanden sind. Bei einem verzögerten Trauma treten erst Jahre nach dem Ereignis Anzeichen einer Störung auf. Ob nach einem Ereignis überhaupt Folgen in Form eines Traumas auftreten und wie sich diese äussern, kann von Person zu Person stark variieren. Entscheidend sind das Lebensalter zum Zeitpunkt des Ereignisses, die Rahmenbedingungen während und nach dem Ereignis und ob es ein einmaliges oder mehrmaliges Ereignis war (Weidner et al., 2016).

Häufigkeit. Meist wird das Thema Trauma in Zusammenhang mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) untersucht. Das Vorliegen eines schweren Traumas ist die Voraussetzung für die Diagnose einer PTBS. Die Diagnose wird erteilt, wenn einige Einzelsymptome gemeinsam über eine längere Zeit auftreten. Im Mittelpunkt der Symptome stehen dabei das Wiedererleben der traumatischen Situation, die Vermeidung jeglicher Aktivitäten, die an das Trauma erinnern könnten sowie eine übermässige Aktivierung des Körpers (Übererregung) (Hecker & Maercker, 2015). Die amerikanische Psychiatriegesellschaft (APA) geht in ihrem Leitfaden psychischer Störungen aufgrund von Hochrechnungen für das Vollbild einer PTBS von einer Punktprävalenz (Häufigkeit zu einem

bestimmten Zeitpunkt) von gut einem Prozent und von einer Punktprävalenz von vier Prozent für das Vorhandensein von Anzeichen einer PTBS aus (Maercker & Pielmaier, 2010).

Anhand einer repräsentativen Zufallsstichprobe in der Schweiz aus dem Jahre 2005 konnten Daten zur Häufigkeit von PTBS bei älteren Menschen (65 bis 96 Jahre, N = 570 Personen) gewonnen werden. Vier Prozent der Befragten wiesen eine PTBS auf und vier Prozent Anzeichen einer PTBS (Maercker et al. 2008a). In einer Folgeuntersuchung unter Verwendung der gleichen Stichprobe berichteten insgesamt 38 Prozent der befragten Frauen und 34 Prozent der Männer, mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben. Bei den Frauen waren es am häufigsten Ereignisse von körperlicher Gewalt (11 Prozent der erlebten Traumata), gefolgt von schweren Unfällen (10 Prozent) und kriegsbezogene Traumata (9 Prozent). Bei den Männern waren die häufigsten Ereignisse schwere Unfälle (16 Prozent), körperliche Gewalt (11 Prozent), kriegsbezogene Traumata (11 Prozent) und acht Prozent mussten mitansehen, wie andere ein traumatisches Ereignis erleben. Eine solche Zeugenschaft wirkt sich ähnlich aus, wie wenn ein traumatisches Ereignis selbst erlebt wurde (Maercker & Pielmaier, 2010). Die Häufigkeit von PTBS kann zwischen Ländern variieren. Es ist bekannt, dass die Häufigkeit von PTBS in Ländern mit politischen Konflikten, Krisen und Kriegen höher ist (de Jong et al., 2001). Die Auswertung einer repräsentativen Stichprobe in Deutschland (14 bis 93 Jahre, N = 2426) zeigte ein zwei bis drei Mal höheres Vorkommen von PTBS bei Personen, die den Zweiten Weltkrieg miterlebt hatten, im Vergleich zu Personen, die erst nach dem Krieg geboren wurden (Maercker et al., 2008b). In einer repräsentativen Studie in Deutschland wurden während vier Jahren Daten von 3'170 Erwachsenen gesammelt und in drei Gruppen eingeteilt (44 Jahre und jünger, 45 bis 64 Jahre, 65 Jahre und älter). Die Gruppe der über 65-Jährigen wies im Vergleich zu den anderen Gruppen ein viermal höheres Risiko für eine PTBS auf (Spitzer et al., 2008).

Folgen. Eine der häufigsten Folgestörungen nach einem traumatischen Erlebnis ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Typische Anzeichen einer PTBS sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen, Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Weitere Anzeichen können Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten sein. Meist sind die Betroffenen übermässig schreckhaft und leiden an Schlafstörungen. Häufig sind Angst und Depression mit den genannten Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten (Graubner, 2013).

2. Alter und Trauma

Beim Umgang mit traumatisierten Menschen in Alters- und Pflegeheimen geht es um verschiedene Aspekte und Zielgruppen, die in diesem Kapitel in Kürze dargestellt werden.

Trauma-Reaktivierung. Häufig treten Folgen eines Traumas erst im höheren Alter, Jahrzehnte nach dem eigentlichen traumatischen Ereignis auf. Verantwortlich dafür sind altersspezifische Veränderungen, die früher Erlebtes im Gedächtnis leichter zugänglich machen. Ältere Menschen fühlen sich oft dem körperlichen Alterungsprozess ausgeliefert. Ihre Selbstständigkeit nimmt ab, weshalb sie zunehmend auf Pflege und/oder Betreuung angewiesen sind. Gerade in Pflegesituationen, aber auch allgemein aufgrund des unausweichlichen Alterungsprozesses, können sich ältere Menschen ausgeliefert und ohnmächtig fühlen. Ein ähnliches Gefühl, wie einst bei einem traumatischen Ereignis. Zum Älterwerden gehören auch Abschiede. Partner, Geschwister oder Freunde sterben, aber auch soziale Rollen werden abgegeben. Durch den Wegfall von Aufgaben entfallen automatisch auch Ablenkungsmöglichkeiten. Eingeschränkte Sinne und Mobilität können dies noch zusätzlich verstärken. Im höheren Alter lassen allgemein die Kräfte nach, weshalb

nicht genug Kraft für gewohnte Abwehrmechanismen übrigbleibt. Bis anhin gesunde Personen werden auf einmal mit traumatischen Ereignissen aus der Vergangenheit konfrontiert und können damit nicht mehr gleichermassen umgehen wie früher. Viele ältere Menschen haben auch das Bedürfnis, sich um noch nicht erledigte Aufgaben kümmern zu wollen (Weidner et al., 2016).

Anderer Umgang mit Trauma. Ältere Menschen haben im Vergleich zu jüngeren einen anderen Umgang mit Traumata und deren Folgen. Traumatisierte Menschen meiden beispielsweise Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Aufgrund anderer Lebensprioritäten kann dieses Vermeidungsverhalten für ältere und jüngere Menschen unterschiedlich beeinträchtigend sein. Weiter können die durch ein Trauma verursachte Veränderungen bei älteren Menschen verleumdet und auf den natürlichen Alterungsprozess abgeschoben werden. Beispielsweise kann bei traumabedingten Ein- und Durchschlafstörungen leicht die natürliche altersbedingte Veränderung der Schlafdauer verantwortlich gemacht werden. Mit dem wiederholten Erleben von Trauer und Verlusten können Bewältigungsstrategien von älteren Menschen stabilisiert und verstärkt werden. Darüber hinaus ist das höhere Lebensalter durch eine veränderte Gedächtnisorganisation und eine Abnahme der Gedächtnisfunktion gekennzeichnet (de Vries, Blando & Walker, 1995). Durch diesen Prozess können auch Erinnerungen an das Trauma verändert werden. Im Unterschied zu jüngeren hängen ältere Menschen generell häufiger ihren Erinnerungen nach. Es entstehen mehr Möglichkeiten, um sich an traumatische Erfahrungen zu erinnern.

Sexualisierte Gewalt. In Schweizer Alters- und Pflegeheimen leben auch Frauen unterschiedlicher Herkunft, die in ihrem Leben Opfer sexualisierter Gewalt geworden sind. Das sind beispielsweise Frauen aus Deutschland, die unter anderem bedingt durch den Krieg Vergewaltigungen erlebt haben (Böhmer, 2012). Entweder waren sie direkt betroffen oder mussten Übergriffe bei ihren Müttern, Schwestern oder anderen nahestehenden Personen miterleben (Lesner, 2015). In Bezug auf sexualisierte Gewalt erleben viele Frauen ein intensives Schamgefühl. Vielfach gab es mehrere Übergriffe auch von nahestehenden Personen. Die damalige Sozialisation der betroffenen Frauen trug negativ zum Umgang mit traumatischen Erfahrungen bei. Themen der Sexualität wurden tabuisiert und nicht angesprochen. Viele verinnerlichte den Gedanken, dass familiäre Probleme ausschliesslich innerhalb der Familie gelöst werden. Die damals herrschenden Ansichten der Gesellschaft sind mitverantwortlich, dass die Inanspruchnahme von psychosozialen Beratungsangeboten nicht nur damals, sondern auch heute bei älteren Frauen immer noch unüblich und mit grossen Vorurteilen besetzt ist. Die Erreichbarkeit älterer Frauen mittels Interventionen und Therapieangeboten ist dementsprechend schwer. Am besten eignen sich niederschwellige Angebote, wie beispielsweise Erzählcafés, welche in Kapitel drei beschrieben sind (Weidner et al., 2016).

Krieg, Trauma und Gesellschaft. In Schweizer Alters- und Pflegeheimen leben auch Migrantinnen und Migranten verschiedenster Herkunft mit traumatischen Kriegserfahrungen. Viele Angehörige einer «Kriegsgeneration» haben Angehörige verloren und Menschen qualvoll sterben sehen. Bombardierungen, Kriegsgefangenschaften, Flucht, Vergewaltigungen und Hunger gehörten zum Alltag. Die Generation der deutschen «Kriegskinder» beispielsweise ist heute etwa 80 bis 90 Jahre alt. Lange schien es in Deutschland so, als ob sich die traumatisierten Kriegskinder unauffällig weiterentwickelten. Sie besaßen das Selbstbild, dass sie als Kriegskinder «gut funktionieren» müssten, womit dieser Eindruck noch verstärkt wurde. Sie identifizierten sich stark mit der deutschen Schuld am Zweiten Weltkrieg, weshalb sie ihre eigenen Belastungsfolgen verdrängten oder bagatellisierten. Allgemein wurden in der Gesellschaft eigene Schwächen verdrängt und tabuisiert. Nach dem Krieg standen zuerst der Wiederaufbau, die Familiengründung und die berufliche Karriere im Vordergrund. Erst Jahrzehnte nach dem Kriegsende wurden die traumatischen Folgen des Krieges in der Öffentlichkeit thematisiert (Emme von der Ahe & Faktenblatt «Trauma im Alter – Umgang mit traumatisierten Menschen in Alters- und Pflegeheimen»

Weidner, 2015). Deshalb können durch die Berücksichtigung der Geschichten der Betroffenen deren Traumata besser verstanden werden (Straub & Maier, 2007; Spiess & Kilcher, 2003).

Verdingkinder, Heimkinder und Opfer von Zwangsadoption und -sterilisation. In Schweizer Alters- und Pflegeheimen leben heute Menschen, die im Verlauf ihres Lebens als Verdingkinder, Heimkinder sowie durch Zwangsadoption und -sterilisation Opfer schwerster physischer und/oder psychischer Gewalt geworden sind. Mehrere Untersuchungen liegen zum Thema Verdingkinder in der Schweiz vor, auf welche in den folgenden Ausführungen fokussiert wird. Es handelt sich um Kinder, die nicht bei ihren leiblichen Eltern aufgewachsen sind, sondern fremdplatziert wurden. Viele berichten von zahlreichen traumatischen Erfahrungen (Leuenberger & Seglias, 2013; Wohlwend & Honegger, 2009) und sogenannten Extremstressoren wie eigenen Todesängsten, Vergewaltigungserfahrungen, «Zeuge-sein» von Gewalttaten, die anderen sich in der gleichen Zwangslage befindenden Kindern angetan wurden. Die Verursachung dieses Leidens liegt zeitlich nicht weit zurück. Bis in die 1970er-Jahre gab es noch direkt Betroffene. Die Problematik der Verdingung und Fremdplatzierung war noch Ende der 2000er-Jahre in der Schweiz ein eher verschwiegenes und verdrängtes Thema (Maercker & Simmen-Janevska, 2014). In der Zürcher Verdingkindstudie aus dem Jahr 2013 konnte bei 23 Prozent der befragten Verdingkinder eine PTBS-Diagnose angenommen werden. Die befragten Verdingkinder berichteten im Durchschnitt von drei traumatischen Erfahrungen. Jedes zweite Verdingkind wurde sexuell missbraucht. Gefühle einer unbekannteren Bedrohung und übermässigen Beschämung, oft verbunden mit Ekel, und offene Gewalterfahrungen bleiben bei vielen ein lebenslanges Thema (Burri et al., 2013). Bei traumatischen Erfahrungen im Kindesalter scheint das Risiko für die Entstehung von Traumafolgestörungen fünf- bis zwanzigmal grösser zu sein als im Erwachsenenalter (Egle et al., 2002). Je nach Lebensort der Verdingkinder unterschieden sich die Bedingungen stark. Wenige machten neben schmerzhaften und traumatischen Erfahrungen auch gute Erfahrungen (Burri et al., 2013).

Trauma und Demenz. Bei einer Demenzerkrankung können Traumata noch einmal leichter reaktiviert werden. Durch die Demenz kommt es zum Ausfall von aktuellen Gedächtnisinhalten. Vergangene Erlebnisse werden hingegen leichter erinnert. Frühere traumatische Erfahrungen werden deshalb besonders leicht reaktiviert (Hermann & Bäurle, 2010; Seidler et al., 2015).

3. Umgang mit traumatisierten Menschen in Alters- und Pflegeheimen

Der andere Umgang mit Traumata bei älteren Menschen verlangt spezifische Interventionen und Therapieansätze, die auf das höhere Alter angepasst und immer von ausgebildeten Fachpersonen (Psychologen und Psychiater) durchzuführen sind.

Individuelle Geschichte: Anzeichen eines Traumas erkennen. Damit Traumata bei älteren Menschen erkannt werden können, braucht es ein Wissen darüber, welche Anzeichen auf ein Trauma hindeuten können. Um die Betroffenen anschliessend besser zu verstehen, kann es hilfreich sein, deren individuelle Geschichte, den Ursprung des Traumas und kulturbedingte Verdrängungsmechanismen zu kennen.

Allgemein lassen sich die Betroffenen durch die Vermittlung von Sicherheit stabilisieren. Zuerst gilt es herauszufinden, was den Betroffenen im früheren Leben Sicherheit, Halt und Geborgenheit gegeben hat. Je nach Vorlieben können beispielsweise Geschichten von einem schönen Garten erzählt werden oder auch das Anhören von Musik kann helfen. Auch künstlerische Tätigkeiten können einen beruhigenden Einfluss haben und dazu beitragen, Gefühle besser ausdrücken zu können (Buchinger, 2010).

Bei Menschen mit Demenz hat sich das Erzählen von Geschichten mit biografischem Bezug bewährt. Ausserhalb eines therapeutischen Settings sollte eine erneute Konfrontation mit dem Trauma gänzlich vermieden werden. Dazu müssen jegliche Reize vermieden werden, die eine Erinnerung an das Trauma auslösen könnten. Hingegen sollten vorhandene Ressourcen aktiviert und gefördert werden. Dazu muss zuerst herausgefunden werden, welche kognitiven, physischen und spirituellen Ressourcen bei den Betroffenen noch vorhanden sind. Das erfolgreiche Einsetzen von Kompetenzen vermittelt das Gefühl von Kontrolle über das eigene Leben (Buchinger, 2010).

Therapieansätze. Eine 2015 veröffentlichte systematische Literatur-Review hat gezeigt, dass kontrollierte Therapiestudien für die Behandlung von PTBS bei älteren, vor allem hochbetagten Menschen bisher gänzlich fehlen. Deshalb bleibt vorerst offen, inwieweit die für das Erwachsenenalter entwickelten PTBS-Behandlungsansätze für ältere Menschen auch in Alters- und Pflegeheimen geeignet sind. Idealerweise sollte die Behandlung von älteren Menschen altersspezifische Merkmale berücksichtigen bzw. deren spezifische Stärken nutzen und fördern. Gegenwärtig ist das Behandlungsangebot für ältere Menschen sehr klein. Hinzu kommt, dass die Inanspruchnahme von psychosozialen Beratungs- und Therapieangeboten in der Generation der heute alten Menschen noch unüblich und mit Vorurteilen behaftet ist. Dementsprechend gross ist die Hürde für Betroffene, um sich Hilfe zu holen (Dinnen, 2015). Vielversprechende Therapieansätze stellen die Lebensrückblicktherapie und Erzählcafés dar.

Lebensrückblicktherapie / Life Review (LRT). Bei der LRT wird die eigene Lebensgeschichte unter therapeutischer Anleitung chronologisch erinnert, erzählt und neu bewertet. In 10 bis 15 Sitzungen werden wichtige Stationen des Lebens (Krisen, Konflikte, Erfolge) besprochen, wobei die Kindheit als Ausgangspunkt dient. Durch Fragen und Erläuterungen des Therapeuten soll dem Betroffenen ein erweitertes Verständnis des jetzigen Selbst und eine veränderte Bedeutungskonstruktion von früheren Lebensabschnitten ermöglicht werden. Zur Unterstützung werden oftmals auch passende persönliche Erinnerungsgegenstände (Fotos, Briefe, Tagebuchaufzeichnungen) in die Sitzungen mitgebracht. Die folgenden Annahmen und die daraus abgeleiteten Ziele stehen im Vordergrund (Maercker & Müller, 2004):

1. Es wird davon ausgegangen, dass negative Erinnerungen an das Trauma stärker gewichtet werden als andere positive Erinnerungen und deswegen gegenwärtiger sind. Darum soll eine ausgewogene Bilanz zwischen positiven und negativen Erinnerungen geschaffen werden.
2. Weiter wird angenommen, dass die Erinnerungen an das traumatische Ereignis nur fragmentiert sind. Die Erinnerungen sollen zu einer erzählbaren Geschichte zusammengeführt und verarbeitet werden.
3. Bei älteren Menschen gibt es eine positive altersbezogene Reifung bezüglich ihrer Bewältigungskompetenzen. Sie besitzen eine intensivierete Fähigkeit zur Sinnfindung und Sinnggebung. Diese Kompetenzen sollen in der LRT weiter verstärkt und genutzt werden, um dem erlebten Trauma Sinn zu verleihen. So kann die subjektive Einschätzung entstehen, dass die Person durch das Trauma auch positiv verändert wurde.

Die LRT gehört zu den wirksamsten antidepressiven Verfahren. Das offene Reden über traumatische Erinnerungen hat positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und führt nicht zu deren Verschlechterung (Maercker & Zöllner, 2002).

Erzählcafés. Da bei fast allen traumatisierten Menschen das Selbstwertgefühl erniedrigt wurde, eignen sich niederschwellige Behandlungsangebote wie Erzählcafés besonders gut als Therapieansatz. Erzählcafés sind moderierte Erzählrunden, bei denen jeder teilnehmen darf und sich aktiv beteiligen kann. Es handelt sich um eine Form der Biografiearbeit. Die Erfahrungen und Lebensgeschichten der Teilnehmer stehen im Zentrum. Ein Moderator leitet die Erzählrunden. Typischerweise leitet dieser nach einer Begrüssung in das Thema ein.

Anschliessend folgen die Erzählungen der Teilnehmer, welche durch Inputs und Fragen des Moderators ergänzt werden. Am Schluss folgt die Möglichkeit des Austauschs unter den Teilnehmern in kleineren Gruppen.

In Erzählcafés sollen die Teilnehmer von den Erfahrungen und dem Wissen der anderen lernen und profitieren. Es soll ihnen die Möglichkeit der Selbstreflexion gegeben werden, damit individuelle Erfahrungen neu bewertet werden können. Das Wort «Café» ist nicht ein Hinweis auf den Ort, wo die Erzählrunden stattfinden, sondern auf eine ansprechende und vertraute Atmosphäre, die angestrebt wird (z.B. in Räumen von Bibliotheken, Quartierstreffpunkten oder Kirchgemeinden). Erzählcafés werden auch in Pflegeheimen in der Biographie-Arbeit verwendet. Traumatisierten Menschen bieten sie eine gute Möglichkeit, sich mit anderen Betroffenen austauschen zu können, um mit dem eigenen Trauma besser umgehen zu können. Oftmals gibt es auch spezifische Angebote für Frauen, denn Erzählcafés eignen sich besonders gut, um Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen zu erreichen. (Kohn & Caduff, 2010; Weidner et al., 2016)

4. Weiterführende Informationen

Fachgesellschaften

- Schweizerische Fachgesellschaft für Gerontopsychologie SFGP
www.sgg-ssg.ch
- Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie SGAP
www.sgap-sppa.ch
- International Society for Traumatic Stress Studies
www.istss.org

Informationsangebote

- Modellprojekt «Alter und Trauma. Unerhörtem Raum geben» (Deutschland)
www.alterundtrauma.de
- Psychologisches Institut der Universität Zürich, Bereich Psychopathologie und Klinische Intervention (Schwerpunkte: Trauma- und Stressfolgestörungen, Klinische Gerontopsychologie)
www.psychologie.uzh.ch/de/bereiche/hea/psypath.html

5. Quellen

Böhmer, M. (2012). Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. *Sozial extra*, 36(5-6), 29-31.

Buchinger, S. M. (2010). Traumatisierte Bewohner stabilisieren. Auswirkungen des Zweiten Weltkriegs in der stationären Altenpflege. In *Pflegezeitschrift*, Jg. 63, Heft 4, 218-220.

Burri, A., Maercker, A., Krammer, S. & Simmen-Janevsla, K. (2013). Childhood trauma and PTSD symptoms increase the risk of cognitive impairment in a sample of former indentured child laborers in old age. In *PLoS one*, 8(2), e57826. Zugriff am 11.09.2018 unter www.journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0057826.

De Jong, J. T., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N. & Somasundaram, D. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *Jama*, 286(5), 555-562. Zugriff am 10.09.2018 unter www.jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194062.

- De Vries, B., Blando, J. A. & Walker, L. J. (1995). An exploratory analysis of the content and structure of the life review. In *Haight, B. K. & Webster, J.D. (Eds.). The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications* (S. 123-137). Philadelphia: Taylor & Francis.
- Dinnen, S. (2015). Post-traumatic stress disorder in older adults: a systematic review of the psychotherapy treatment literature. In *Aging Mental Health*. 2015;19(2). S. 144-50. Zugriff am 10.09.2018 unter www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2014.920299.
- Egle, U. T., Hardt, J., Franz, M., Hoffmann, S. O. (2002). Psychosoziale Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter. In *Psychotherapeut*, 47/2, S. 124-127. Zugriff am 05.09.2018 unter <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00278-002-0216-y>.
- Emme von der Ahe, H. & Weidner, F. (2015). Kriegs-Trauma erschwert Alter und Pflege. In *Angehörige pflegen*, 3, 31-33. Zugriff am 05.09.2018 unter www.alterundtrauma.de/files/alter-und-trauma/mediathek/lesen/AP_03_2015_von_der_Ahe_Weidner_Kriegs-Trauma_31-33.pdf.
- Fischer, G., Riedesser, P. (1998). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhard.
- Graubner, B. (Ed.). (2013). *ICD-10-GM 2014 Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 11. Revision-German Modification version 2014*. Deutscher Ärzteverlag.
- Hecker, T. & Maercker, A. (2015). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. *Psychotherapeut*, 60(6), 547-562. Zugriff am 24.09.2018 unter www.zora.uzh.ch/id/eprint/115691/6/Hecker_KPTBS_inpress.pdf
- Hermann, M. L. & Bäurle, P. (2010). Traumata–Warum werden sie im Alter wieder aktiv. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 8(4), 31-39.
- Kohn, J. & Caduff, U. (2010). Erzählcafés leiten: Biografiearbeit mit alten Menschen. In *Hauptert, B., Schilling, S. & Maurer, S. (Hrsg.). Biografiearbeit und Biografieforschung in der sozialen Arbeit: Beiträge zu einer rekonstruktiven Perspektive sozialer Professionen*. Bern: Peter Lang. S. 193-216.
- Lesner, A. (2015). Die Zeit heilt keineswegs alle Wunden. Sexualisierte Gewalterfahrungen in der Lebensgeschichte älterer und alter Frauen. In *Kerbe*, 3, 20-22. Zugriff am 10.09.2018 unter www.alterundtrauma.de/foles/alter-und-trauma/mediathek/lesen/artikel-kerbe-32015-trauma.pdf.
- Leuenberger, M. & Seglias, L. (Eds.) (2013). *Versorgt und vergessen. Ehemalige Verdingkinder erzählen*. Zürich: Rotpunktverlag.
- Maercker, A. & Zöllner, T. (2002). Life-Review-Therapie als spezifische Form der Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen im Alter. In *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23/2, 213-225. Zugriff am 10.09.2018 unter www.researchgate.net/publication/272677494_Life-Review-Therapie_als_spezifische_Form_der_Behandlung_Posttraumatischer_Belastungsstorungen_im_Alter.
- Maercker, A. & Müller, J. (2004). Erzähltechniken bei der Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen bei älteren Menschen: Life-Review und Testimony. In *Psychotherapie im Alter*, 3, 37-48.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi, G., Hörler, E., Maier, C. & Ehlert, U. (2008a). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 113-120. Zugriff am 10.09.2018 unter www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X07000946.

- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Braehler, E. (2008b). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. In *Der Nervenarzt*, 79(5), 577. Zugriff am 10.09.2018 unter www://link.springer.com/article/10.1007/s00115-008-2467-5.
- Maercker, A. & Pielmaier, L. (2010). Gibt es Posttraumatische Belastungsstörungen bei älteren Schweizerinnen und Schweizern? In *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 161(2), 64. Zugriff am 10.09.2018 unter www.sanp.ch/resource/jfl/journal/file/view/article/sanp/en/sanp.2010.02141/2010-02-054.pdf/.
- Maercker, A., Krammer, S. & Simmen-Janevska, K. (2014). Psychologische Folgestörungen der Verdingung im Alter. In *Furrer, M., Heiniger, K., Huonker et al. (Hrsg) (2014) Fürsorge und Zwang: Fremdplatzierung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz 1850-1980. Itinera 36*. Basel: Schwabe-Verlag. S 373-384. Zugriff am 11.09.2018 unter www.researchgate.net/publication/268212052_Psychische_Folgestorungen_der_Verdingung_im_Alter.
- Pausch, M. J. & Matten, S. J. (2018). Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – Definition, Einteilung, Epidemiologie und Geschichte. In *Trauma und Traumafolgestörung*. S. 3-12. Springer, Wiesbaden. Zugriff am 10.09. 2018 unter www.doi.org/10.1007/978-3-658-17886-4_2.
- Spieß, R. & Kilcher, A. (2003). Arzt-Patienten-Interaktion im Migrationskontext. In *Praxis - Schweizerische Rundschau für Medizin*, 92, 689-696. Zugriff am 05.09.2018 unter <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/0369-8394.92.15.697>.
- Spitzer, C., Barnow, S., Völzke, H., John, U., Freyberger, H.J. & Grabe, H.J. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in the elderly: findings from a German community study. In *The journal of Clinical Psychiatry*, 69, 693-700. Zugriff am 05.09.2018 unter www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18452344.
- Straub, M. & Maier, T. (2007). Therapieerwartungen und Krankheitskonzepte bei traumatisierten Migranten und Migrantinnen. Eine qualitative Studie. Zugriff am 10.09.2018 unter www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/service/forschung/studie-therapie-traumatisierte-migranten-d.pdf.
- Weidner, F., Emme von der Ahe, H., Lesner, A. & Baer, U. (2016) *Alter und Trauma – Ungehörtem Raum geben*. Frankfurt am Main: Mabuse. Zugriff am 05.09.2018 unter www.alterundtrauma.de/files/alter-und-trauma/Ergebnisse/Abschlussbericht_Alter_und_Trauma-online.pdf
- Wohlwend, L. & Honegger, A. (2009). *Gestohlene Seelen. Verdingkinder in der Schweiz*. Zürich: Huber.

Herausgeberin

CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter
Zieglerstrasse 53 - Postfach 1003 - 3000 Bern 14

Autorin

Angela Affolter, MSc. Psychologie, Fachbereich Menschen im Alter, CURAVIVA Schweiz

Zitierweise

Affolter, A. (2018). Trauma im Alter. Umgang mit traumatisierten Menschen in Alters- und Pflegeheimen. Hrsg. CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter, online: www.curaviva.ch

© CURAVIVA Schweiz, September 2018