

Handlungsweisen von Sozialarbeiter*innen bei Alzheimer- Demenz und/oder PTBS. Die Relevanz der Unterscheidung

Grundlagenforschung am Beispiel von hochaltrigen
Menschen aus Ex-Jugoslawien mit einer PTBS
aufgrund von Kriegserfahrungen

Lisa Dänninger
01546641, E-Mail: so191005@fhstp.ac.at

Bachelorarbeit 2
Eingereicht zur Erlangung des Grades
Bachelor of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Datum: 28.04.2022
Version: 1

Begutachter*in: Mag.a Petra Ramsauer

Abstract

Die Überschneidungen in der Symptomatik einer Alzheimer- Erkrankung und einer posttraumatischen Belastungsstörung und der daraus resultierenden Verwechslungsgefahr sind in der Literatur bereits beschrieben. Nun gilt es, dieses Wissen in die Praxis zu übertragen. In dieser Arbeit wird dargestellt, in welchem Setting die Unterscheidung beider Erkrankungen für die Soziale Arbeit relevant ist, als auch welches Fachwissen benötigt wird. Im Weiteren wird beschrieben, welche methodischen Handlungsweisen bei den Erkrankungen anwendbar sind und welche Handlungsweisen einen Schaden bei den Betroffenen bewirken können. Ebenso wird das Eingehen auf den Einzelfall anhand des Beispiels von Betroffenen aus Ex-Jugoslawien aufgeschlüsselt. Die Ergebnisse sind durch zwei Leitfadeninterviews mit einer Sozialarbeiterin und einer Psycho- Gerontologin entstanden. Die Auswertung erfolgte mit der Methode des thematischen Kodierens nach Flick (vgl. Flick 2019:402-409).

The correlations between the symptomatology of Alzheimer's disease and post-traumatic stress disorder (PTSD) and the resulting risk of confusion are described in the literature. Now the knowledge needs to be transferred into practice. This paper describes in which settings there is a need for distinction between both diseases as well as what knowledge is needed by social workers. Furthermore, methodical procedures are described, on the one hand those which can be used for the treatment of both diseases, and on the other hand the ones that could be harmful for patients. Moreover, a case study is performed by examining the example of concerned patients from Ex-Yugoslavia. Additionally, two interviews are conducted, one with a social worker and another one with a psycho-gerontologist. The evaluation was carried out by using the Method of "Thematisches Kodieren" by Flick (vgl. Flick 2019:402-409).

Schlüsselwörter: Alte Menschen, Alzheimer- Demenz, Posttraumatische Belastungsstörung, Psychisches Trauma, Ex- Jugoslawien

Inhalt

1	Einleitung.....	5
1.1	Forschungsinteresse, Vorannahmen und Relevanz	5
1.2	Stand der Forschung	8
2	Begriffsdefinitionen.....	8
2.1	Methodische Handlungsweisen.....	9
2.2	Demenz	9
2.2.1	Alzheimer-Demenz	10
2.2.2	Diagnose, Verlauf und Hilfe.....	10
2.3	Psychisches Trauma	11
2.3.1	Posttraumatische Belastungsstörung	11
2.3.2	Diagnose und Therapie	12
2.4	Zusammenhänge der Alzheimer- Demenz und PTBS	13
2.4.1	Ähnlichkeiten der Symptome	13
2.4.2	Somatische Zusammenhänge.....	16
2.4.3	Die gegenseitige Verstärkung	17
3	Forschungsprozess	18
3.1	Forschungsfragen.....	18
3.2	Forschungsfeld	18
3.3	Erhebungsmethoden	19
3.3.1	Leitfadeninterviews.....	19
3.4	Auswertungsmethode.....	19
4	Forschungsergebnisse	20
4.1	Symptome und daraus entstehende Bedürfnisse	20
4.2	Relevanz der Unterscheidung	22
4.2.1	Setting und Zielgruppe	22
4.2.2	Auftrag und Rahmenbedingungen	23
4.2.3	Die Not der Professionist*innen und Betroffenen.....	23
4.3	Angehörigenarbeit und Klientenkontakt	24
4.4	Agieren der Sozialen Arbeit und Handlungsweisen	25
4.4.1	Fachwissen und Psychoedukation	26
4.4.2	Haltung	26
4.4.3	Biographiearbeit und Lebensweltorientierung	27
4.4.4	Handlungsweisen spezifisch bei Alzheimer- Demenz.....	28
4.4.5	Handlungsweisen spezifisch bei PTBS.....	29
4.4.6	Handlungsweisen bei Alzheimer-Demenz und PTBS	29
4.5	Spielräume der Beratung.....	30
5	Fazit und Ausblick.....	31
	Literatur	37
	Daten	39

Abkürzungen	39
Abbildungen	39
Anhang.....	40
Eidesstattliche Erklärung	42

1 Einleitung

Über die Geschichte Ex-Jugoslawiens gibt es wie Ramsauer schreibt nicht eine Geschichte oder eine Wahrheit. Vielmehr gibt es eine Fülle an Perspektiven. Doch was man mit Sicherheit sagen kann, ist dass die furchtbaren Geschehnisse seelische Wunden hinterlassen. Menschen aus Ex- Jugoslawien haben Kriege, Besatzungszeiten, Auf- und Zerteilungen von Ländern erlebt, als auch das Zusammenfügen zu neuen Einheiten. Es sind schwere Kriegsverbrechen wie das in Srebrenica passiert, heutzutage spricht man von Genozid, Massenvergewaltigungen, ethnischen Säuberungen und sexueller Gewalt. Insbesondere die Betroffenen der Jahrgänge vor 1960 haben Schwierigkeiten mit dem Gefühl der Zugehörigkeit, da die Grenzen so oft auf brutalste Weise neu gezogen und zerrissen wurden. Am Beispiel der bosnischen Bevölkerung sieht man, dass ungefähr ein Viertel der Bevölkerung der betroffenen Region an einer posttraumatischen Belastungsstörung (im Folgenden PTBS) leidet. Krieg hat weitreichende Folgen und begleitet Menschen bis in das hohe Alter (vgl. Ramsauer 2021).

Innerhalb unseres Bachelorprojektes in dem meine Kolleg*innen und ich forschen dürfen, beschäftigen wir uns mit den Ex- Jugoslawienkriegen und deren Auswirkungen auf alte Menschen aus der Region heutzutage. Das Thema meiner Bachelorarbeit hat sich aus dem Bachelorprojekt herauskristallisiert. Ich möchte mich der Schwierigkeit der Unterscheidung einer Alzheimer- Demenz und einer PTBS im Alter widmen, die sich aus der Ähnlichkeit der Symptomatik beider Erkrankungen ergibt. Es sollen Handlungsweisen erschlossen werden, die Sozialarbeiter*innen bei diesen Erkrankungen anwenden können und vor allem auch, welche sich als nicht geeignet herausstellen. Ebenso wird erfragt, welches Fachwissen Sozialarbeiter*innen benötigen und in welchen Settings diese Unterscheidung überhaupt Relevanz trägt. Anfangs sollte der Fokus auf alten Menschen mit Alzheimer-Demenz und/oder PTBS aus Ex- Jugoslawien liegen. Da jedoch die Thematik der Überschneidung beider Erkrankungen in der Sozialen Arbeit bisher kaum angekommen ist, hat es sich herausgestellt, dass es vorerst einer Grundlagenforschung bedarf. Aufgrund dessen werde ich mich in der Arbeit dem Thema Alzheimer- Demenz und PTBS sehr allgemein widmen und im abschließenden Fazit Bezüge zu Ex- Jugoslawien herstellen. Hierbei werden mir unter anderem die Forschungsergebnisse meines Kollegen Marti behilflich sein. Er wendet sich dem Thema der Bedeutung von Wissen über die Jugoslawienkriege bei der Arbeit mit Menschen aus der Region für die Soziale Arbeit zu. Im Folgenden wird das Thema dieser Arbeit im Detail beleuchtet.

1.1 Forschungsinteresse, Vorannahmen und Relevanz

In ganz Europa führt der demografische Wandel zu einer nachhaltigen Umlagerung der Altersstruktur der Bevölkerung. In Österreich wird bis zum Jahre 2030 der Anteil der über 85-jährigen Menschen im Vergleich zum Jahre 2019 von 225.938 Menschen um 45%, sprich auf 327.000 Menschen ansteigen. Der Anteil der 85-90-Jährigen steigt sogar um 50%. Parallel

dazu sinkt der Bevölkerungsanteil der Hauptverdiener im Alter von 20-65 Jahren die potenzielle Professionisten für alte Menschen darstellen (vgl. Bundesministerium 2019:3-5). Darüber hinaus ist ein Drittel des heutigen Pflegepersonals bereits über 50 Jahre alt und wird innerhalb der nächsten 10 Jahre in Pension gehen (vgl. ebd.:5). Der Anstieg an zu betreuenden alten Menschen, die Reduktion von Personen im erwerbstätigen Alter und speziell die Schmälerung an Professionist*innen wird die Bereiche der Langzeitpflege und -betreuung, mobile Betreuung und weitere Bereiche massiv fordern. Neben der Pflege wird auch ein soziales und pädagogisches Hilfsangebot verstärkt, auch als Entlastung innerhalb des Notstandes, benötigt (vgl. ebd.:6). Johannes Pflegerl, Leiter des Ilse-Arlt-Instituts für Soziale Inklusionsforschung sieht hier das zukünftige Potential der Sozialen Arbeit mit alten Menschen. Bislang kommt dem Handlungsfeld „Alte Menschen“ in der Sozialen Arbeit eine Randstellung zu. Die Soziale Arbeit kann alte Menschen und deren Angehörige präventiv und bei akuten Problemlagen beraten. Es wird ein lebensweltlicher Zugang als auch eine sozialpolitische Handlungsinstanz geboten, welche als vertretende Stimme der Betroffenen verstanden werden kann (vgl. FH St. Pölten 2018).



Abb.1: Älter werdende Gesellschaft. Pharma Fakten, o.A.

Mit der steigenden Lebenserwartung werden auch demenzielle Erkrankungen immer häufiger (vgl. Gassner et. al. 2015). In Deutschland sind im Jahr 2021 rund 1,6 Millionen Menschen von Demenz betroffen gewesen, bis zum Jahr 2050 soll die Zahl schätzungsweise auf 2,8 Millionen

Menschen steigen. In Österreich wird prozentual eine ähnliche Entwicklung erwartet. Bei zwei Drittel aller Demenzfällen handelt es sich um eine Alzheimer- Demenz, auf welche ich mich aufgrund ihrer Häufigkeit in dieser Arbeit beziehen werde (vgl. Pharma Fakten 2021). In der Zusammenarbeit mit Betroffenen eine Alzheimer- Demenz ist insbesondere in fortgeschrittenen Stadien ein spezielles Fachwissen und gewisse Umgangsweisen erforderlich, jene die Fachkräfte spätestens in der Praxis erlernen (vgl. Philipp-Metzen 2015:61f.). Aufgrund der stets steigenden Relevanz dieser Erkrankung möchte ich meine Arbeit zum einen dieser Klient*innengruppe widmen und im kleinem zu einem vermehrten Fachdiskurs in dem Feld beitragen.

Eine weitere Zielgruppe, die in dieser Arbeit angesprochen werden soll, sind alte Menschen mit PTBS. Erlebt man einmalig oder mehrmals ein belastendes Ereignis, jenes bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung auslösen würde und mit dem eine außergewöhnliche Bedrohung einhergeht, kann in weiterer Folge eine PTBS entstehen (vgl. ICD-CODE 2022:F43.1). Die PTBS tritt mitunter erst Jahre bis Jahrzehnte nach den traumatischen Ereignissen, sprich nach einer Zeit der Latenz auf (vgl. Preitler 2016:S). Innerhalb dieser Arbeit möchte ich mich auf Fälle konzentrieren, bei denen die PTBS im hohen Alter als Einfachdiagnose oder gleichzeitig mit einer Alzheimer- Demenz auftritt, wodurch sich der Kreis zu meinen vorherigen Ausführungen schließt. Wie in dem folgenden Zitat beschrieben wird, sind gewisse Symptome gleichermaßen bei einer Alzheimer-Demenz sowie bei einer PTBS bemerkbar.

„Denn Unruhe, Verzweiflung, Scham oder sozialer Rückzug sind Verhaltensweisen, die sowohl in der Demenz wie auch im Falle einer Re-Traumatisierung aufscheinen.“ (vgl. Alter und Trauma o.A.)

Die Unterscheidung der Symptome beider Erkrankungen ist wie insbesondere aus der Pflege bekannt ist, relevant. Gewisse Techniken, die bei Menschen mit einer Alzheimer-Demenz angewendet werden, wie beispielsweise die Validation sind bei von PTBS betroffenen Menschen mitunter höchst kontraproduktiv (vgl. ebd.). In der Praxis wäre somit ein Fachwissen über Alzheimer-Demenz und PTBS notwendig, um den Betroffenen passende Handlungsweisen entgegenzusetzen. Geschieht dies nicht, kann bei einer Fehlinterpretation die individuelle Situation der betroffenen Person verschlimmert werden.

„Sie lebt emotional im Winter 1944/45. Verzweifelt und unruhig geht sie mit ihren Fragen und ihrer Suche nach Hilfe ins Leere. Sie wird nicht verstanden.“ (ebd.)

Eine Frage, die in dieser Arbeit gestellt wird, ist in welchem Setting eine Unterscheidung zwischen Alzheimer-Demenz und/oder PTBS für die Soziale Arbeit relevant ist. In weiterer Folge wird erfragt, welche Handlungsweisen Sozialarbeiter*innen bei Betroffenen einer Alzheimer-Demenz und/oder einer PTBS anwenden können und welche sich als ungeeignet herausstellen. Ebenso wird auf die Erlebnisse von Betroffenen aus Ex-Jugoslawien Bezug genommen.

1.2 Stand der Forschung

Im Jahr 2019 wurde das Buch „Demenz ohne Stress“ veröffentlicht, welches sich insbesondere an Professionist*innen und Angehörige wendet. Es versucht Demenz verständlich zu machen und somit den Umgang mit an Demenz erkrankten Personen zu verbessern. In zwei Unterkapitel wird ebenfalls das Thema „Demenz und Trauma“ behandelt (vgl. Tschainer- Zangl 2019). Hiermit werde ich mein Verständnis von demenziellen Erkrankungen erweitern und möglicherweise Bedürfnisse von Betroffenen ableiten können. Im Allgemeinen bin ich auf reichlich Literatur zu demenziellen Erkrankungen gestoßen und mir erscheint der Bereich sehr gut erschlossen zu sein.

Im Pflegebereich bin ich im Zuge meiner Recherche auf einen Diskurs über das Thema Demenz und PTBS gestoßen. Es gibt Praxisleitfäden sowie Seminare für Praktiker*innen die Demenz und PTBS individuell und in ihren Überschneidungen beleuchten, als auch Handlungsweisen nahelegen. Ebenso wird stets an der Thematik geforscht wie ein aktuelles Forschungsprojekt mit dem Titel „Spätfolgen von Traumatisierungen bei Patientinnen und Patienten mit einer Alzheimer- Demenz“ zeigen (vgl. Universität Heidelberg 2020).

In der Sozialen Arbeit stellt das Handlungsfeld „Alte Menschen“ wie bereits beschrieben ein kleines und in der frühen Etablierung befindendes dar. Hier konnte ich in Bezug auf das Thema keine Literatur finden, die demenzielle Erkrankungen und PTBS in Verbindung setzten. Das Werk „Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz“ bietet jedoch ein Grundwissen und Handlungsorientierungen für Praktiker*innen, die mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen arbeiten (vgl. Philipp- Metzen 2015).

Insbesondere in der Auseinandersetzung mit der PTBS möchte ich verstärkt Literatur aus dem Bereich der Psychologie heranziehen. Preitler bietet mit ihrem Werk „An ihrer Seite sein“ Menschen, die im psychosozialen Bereich tätig sind, Grundlagen für das Verständnis von geflüchteten Menschen als auch Leitfäden für einen erfolgreichen Umgang (vgl. Preitler 2016). Diese Ausführungen lassen sich auf die Soziale Arbeit anwenden. Van der Kolk schreibt über Traumaspuren im Gehirn und die allgemeine „Verkörperlichung“ von Trauma was für den Bezug zu Demenz relevant scheint (vgl. Van Der Kolk 2021).

2 Begriffsdefinitionen

Im Folgenden werden für diese Arbeit relevante Begriffe dargestellt und definiert. Weiters werden die Alzheimer- Demenz und die PTBS in Kürze beschrieben. Im Kapitel „Zusammenhänge von Alzheimer- Demenz und PTBS“ werden Überschneidungen und Unterschiede in der Symptomatik beider Erkrankungen diskutiert. Die Ergebnisse der Literaturrecherche werden miteinander in Verbindung gesetzt als auch Aussagen eines Interviews miteingebunden, um der Komplexität der Thematik gerecht zu werden.

2.1 Methodische Handlungsweisen

Staub- Bernasconi schreibt bereits 1986 über die Notwendigkeit Basis- und Praxiswissen miteinander zu verbinden und beide Wissensformen stets in Interaktion wachsen zu lassen. Unter Basis- und Praxiswissen versteht sie das Wissen über die Fakten und die Entstehungsgeschichte eines Falles, (sozial-)politische Einflussfaktoren, philosophische und ethische Blickwinkel, Moderation und Steuerung von Situationen als auch über die Reflexion und Einschätzung von Fällen (vgl. Staub Bernasconi 1986 zit. In Mühlum 2004:27-28). Auch heutzutage lernt man innerhalb der Studienzeit der Sozialen Arbeit, dass es Herausforderungen bei der Verbindung von Forschung sowie Theorien und dem Handeln in der Praxis gibt. Ebenso nimmt die Soziale Arbeit in ihren Theorien und ihrem Methodikrepertoire oftmals auf andere Wissenschaften wie beispielsweise die Pädagogik und Psychologie Bezug. Hier drückt sich das Bedürfnis und der Kampf der Sozialen Arbeit als eigenständige und vor allem professionelle Disziplin geschätzt zu werden aus (vgl. Schallberger 2020:4-15). Das Basis- und das Praxiswissen erheben die Soziale Arbeit über die alltägliche Hilfe hin zu einer professionellen Hilfe mit ihrem eigenen Handwerkskoffer. Somit sind die methodischen Handlungsweisen wie sie heute genannt werden essenziell für Sozialarbeiter*innen um hochqualitative, nachhaltige und bedarfsorientierte Hilfe zu leisten. Jedoch dürfen Methoden der Sozialen Arbeit nicht als ein anzuwendendes Rezept mit einem sicheren Ausgang gesehen werden. Beispielsweise steuert die individuelle Dynamik der Klient*innen, deren Umfeld als auch die Gesellschaft und die durch die Sozialpolitik vorgegebenen Rahmenbedingungen den Prozess mit (vgl. Galuske 2015:1021-1033). Der Begriff der methodischen Handlungsweise erfasst die Komponente der Theorie und Methodik als auch die Notwendigkeit der praktischen Handlungskompetenz und der benötigten Flexibilität. Denn methodisches Handeln gestaltet sich je nach Kontext, Rahmenbedingungen und individueller Situation und bietet somit viel Handlungsspielraum (vgl. Thole 2012:611-624).

2.2 Demenz

Demenz bedeutet aus dem Lateinischen übersetzt so viel wie „abnehmender/verschwundener Verstand“. Der Name lässt vor allem auf die Symptomatik von demenziellen Erkrankungen schließen. Meist wird ein Abbau der Leistungsfähigkeit auf kognitiver sowie affektiver Ebene wahrgenommen. Diese Beobachtung und die Bezeichnung Demenz sagen jedoch noch nichts über die vielfältigen Ursachen der Erscheinung aus (vgl. Tschainer-Zangl 2019:14-15/ Phillip-Metzen 2015:18). Im ICD-10 Klassifikationssystem wird Demenz als eine Reihe von psychischen Krankheiten und Erkrankungen des Nervensystems beschrieben, die auf Erkrankungen des Großhirns, Hirnverletzungen oder andere Schädigungen die zu einer Hirnfunktionsstörung führen zurückzuführen sind (vgl. ICD-CODE 2022:F00-F09). Weiters wird zwischen primären und sekundären Demenzen unterschieden. Bei einer primären Demenz liegt die Ursache direkt im Gehirn und es kommt zu einem Substanzverlust. Nervenzellen und die Verbindungen dieser zueinander werden zerstört und der Vorgang ist nicht aufhaltbar. Bei sekundären Demenzen ist das Gehirn neben weitere Regionen des Körpers betroffen. Die Ursachen sind meist gut behandelbar und heilbar, die Demenzsymptome verschwinden (vgl. ebd./ Tschainer-Zangl 2019:16).

2.2.1 Alzheimer-Demenz

Bei der Alzheimer- Demenz handelt es sich um eine primäre Demenz die eine degenerative, das Großhirn betreffende Krankheit mit unbekannter Ursache darstellt. Die Krankheit beginnt in der Regel schleichend und verschlechtert sich langsam und stetig über längere Zeit. Es wird zwischen zwei Typen unterschieden. Typ 1 beginnt frühestens ab dem 65. Lebensjahr, schreitet langsam voran und hat Gedächtnisstörungen als markantes Symptom. Typ 2 zeichnet sich durch einen Krankheitsbeginn vor dem 65. Lebensjahr aus. Verschlechterungen treten hier sehr schnell auf und es gibt starke Störungen im Kortex (vgl. ICD-CODE 2022:F00-F00.1). Die Alzheimer-Demenz ist die häufigste Form und macht in etwa 60-70% aller Demenzerkrankungen aus. Sie kann auch als Mischform mit der vaskulären Demenz auftreten, die auf eine Veränderung der Blutgefäße zurückzuführen ist (vgl. Tschainer-Zangl 2019:16-18). Auch wenn die Ursache der Erkrankung nicht geklärt ist, konnten bereits einige Vorgänge festgestellt werden. Nervenzellen und ihre Verbindungen zueinander als auch biochemische Prozesse sind gestört. Bei gesunden Gehirnen findet man Spaltprodukte des Eiweißstoffwechsels vor. So auch bei einem an Alzheimer- Demenz erkrankten Gehirns. Hier jedoch entstehen außerhalb der Nervenzellen amyloidhaltige Eiweißablagerungen, die zerstörerisches Ausmaß annehmen können und die Signalübertragung der Nervenzellen zunehmend unterbrechen. Innerhalb der Nervenzellen kommt es zur Ablagerung von Eiweißbruchstücken was lebenswichtige Vorgänge beeinträchtigt. Das Absterben von Nervenzellen führt im Weiteren zu einer starken Verminderung an Botenstoffen sprich Störungen in der Weiterleitung von Informationen. Das Absterben der Nervenzellen führt ebenfalls zu einem Mangel des Botenstoffes Acetylcholin was wichtig für die Aufmerksamkeit ist. Die Ausschüttung von Glutamat was für das Lernen und das Gedächtnis relevant ist kann nicht mehr kontrolliert ablaufen. Die Informationsverarbeitung leidet unter all diesen Vorgängen (vgl. Bigl/Arendt 2003:64f/ Förstl 2012:36/ Kurz et al 2017:10 zit. in Tschainer-Zangl 2019:17-18).

Im Sinne der Wissenschaftlichen Eingrenzung bezieht sich diese Arbeit auf die Alzheimer-Demenz des Typ 1 und die Alzheimer-Demenz Typ 1 in Mischform mit der Vaskulären Demenz. Die Einschränkung auf Typ 1 wird aufgrund des höheren Alters der Betroffenen mit über 65 Jahren getroffen.

2.2.2 Diagnose, Verlauf und Hilfe

Im fortschreitenden Alter wird das Volumen des Gehirns geringer, gewisse Abbauprozesse sind normal. Die Abgrenzung altersadäquater Veränderungen und einer Demenz sind oftmals schwer feststellbar. Ein Hausarzt kann lediglich einen Verdacht auf Demenz stellen. Es wird empfohlen für eine genaue Diagnostik eine Memory Clinic beziehungsweise eine Gedächtnissprechstunde aufzusuchen. Hier können die Ursachen für geistige Leistungsstörungen mittels somatischer Untersuchungen, langfristiger Beobachtung und neuropsychologischen Testverfahren ergründet werden (vgl. Tschainer-Zangl 2019:23). Tests wie der Uhrentest, die Mini Mental Status Examination und der DemTect können eine Demenz lediglich mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit feststellen (vgl. Philipp-Metzen 2015:26.27).

Zu Beginn sind die Symptome einer Alzheimer- Demenz kaum bemerkbar (vgl. ebd. 2015:23). Die Verschlechterung verläuft konstant und nicht in Sprüngen wie bei beispielsweise der vaskulären Demenz. Es geht immer mehr Gehirnschubstanz verloren. Die Deutsche Alzheimergesellschaft teilt die Alzheimer- Demenz in drei Stufen ein, die leichtgradige, mittelschwere und schwere Demenz. Die Reisberg-Skala unterscheidet zwischen sieben Stufen im Krankheitsverlauf. Antidementiva werden zur medikamentösen Behandlung eingesetzt. Diese werden jedoch sehr kontrovers diskutiert und deren Wirksamkeit ist umstritten. Die Alzheimer- Demenz ist als primäre Demenz nicht heilbar. Es gilt den richtigen Umgang seitens Betroffenen, Angehörigen und Professionist*innen mit der Krankheit zu finden (vgl. Tschainer-Zangl 2019:19-28).

2.3 Psychisches Trauma

Das Wort Trauma wurde von der Medizin in die Psychologie übertragen und kommt ursprünglich aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie „Wunde“ oder „Verletzung“ (vgl. Preitler 2016:17). Innerhalb meiner Recherchen bin ich auf eine Mehrzahl an Begriffen gestoßen, was Anfang zu Verwirrungen führte: Trauma, seelische Verletzung, seelisches Trauma, mentales Trauma, Psychotrauma, psychisches Trauma. Es scheint ein einheitliches Grundverständnis des Begriffes zu geben. In dieser Arbeit werden nur psychische Traumata besprochen und ich bediene mich des Begriffes Trauma im Sinne der erleichterten Lesbarkeit. Man kann psychische Traumata grob in unterschiedliche Kategorien einteilen, die sich auch überschneiden können. Einerseits gibt es die „Man-made-Traumata“, hier sind Menschen der Auslöser für ein traumatisches Ereignis. Weiters gibt es kollektive Traumata wie beispielsweise das Erleben von Krieg der Einwohner einer Stadt. Letzteres gibt es auch Naturkatastrophen, Krankheiten oder schwere Schicksalsschläge als Auslöser. Jedes Trauma unabhängig der Kategorie hängt mit großen Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit zusammen. Gegebenenfalls kommt es auch zu Todesangst, Panik und einer Überlagerung von Gefühlen (vgl. Dehner-Rau/Reddemann 2020:11-12). Preitler vergleicht in ihrem Werk eine Traumatisierung im Sinne einer psychischen Wunde mit einem gebrochenen Bein als körperliche Wunde. Ein gebrochenes Bein hindert einen Menschen nicht allumfassend, sondern in gewissen Situationen. Beispielsweise die Arbeit am Computer wird kein Problem darstellen, das Laufen schon. Ebenso verhält es sich bei psychischen Traumatisierungen, hier jedoch ist die Wunde nach außen nicht ersichtlich. Ebenso hat die Gesellschaft in der Regel weniger Wissen über eine Traumatisierung als über körperliche Verletzungen und somit verminderten Handlungsspielraum (vgl. Preitler 2016:17).

2.3.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Auf Traumata können verschiedene Störungen folgen. Als Ursache und somit ausschlaggebenden Kausalfaktor für auftretende Störungen gilt primär das erlebte Trauma (vgl. ICD-CODE 2022:F43.1). Die persönlichen Ressourcen, Bewältigungsstrategien und ein (nicht-) Wiederkehren des traumatischen Ereignisses beeinflussen, ob es zu einer

Traumafolgestörung kommt (vgl. Dehner-Rau/Reddemann 2020:27). Die Störungen behindern im weiteren Verlauf bisher erfolgreiche Bewältigungsstrategien, was zu Problemen in sozialen Kontexten führen kann (vgl. ICD-CODE 2022:F43.-).

Innerhalb dieser Arbeit liegt der Fokus auf der PTBS. Das bei der PTBS erlebte Trauma wird nach dem ICD-10 als eine Situation „mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartiges Ausmaß [beschrieben], die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“ (ICD-CODE 2022:F43.1) Auf die traumatischen Ereignisse folgt meist eine akute Belastungsreaktion die sich beispielsweise durch Desorientiertheit, zittern oder weinen äußern. Ist die akute Belastungsreaktion nach bis zu drei Tagen abgeklungen kann eine Latenzzeit und inneren Ruhe folgen (vgl. Preitler 2011:23/ ICD-CODE 2022:F43.0). Die Betroffenen sind in dieser Phase meist stabil, symptomlos und können sich auf ihren Alltag konzentrieren. Bei Menschen die Kriegsgeschehnisse erleben und in weiterer Folge flüchten, findet die Latenzzeit oftmals während der Flucht statt, die ein großes Maß an Energie fordert. Die Latenzzeit kann auch mehrere Jahrzehnte umfassen, wie bei Überlebenden des Holocaust beobachtet wurde (vgl. Preitler 2011:23-24). Bei einer PTBS treten Symptome wie das wiederholte erleben des Traumas, ein Gefühl des Betäubtseins, emotionale Stumpfheit und weitere auf. Auf die Symptomatik wird im Kapitel „Zusammenhänge von Alzheimer und Demenz“ näher eingegangen.

Preitler übt Kritik an der Diagnose PTBS. Zum einen spricht man von einer Störung, was bei traumatisierten Opfern wie eine Täter-Opfer Verschiebung wirken kann. Auch das Wort „Post“ kann hier irreführend wirken. Erleben Menschen traumatisierende Ereignisse im Zuge von Kriegshandlungen und flüchten in ein anderes Land können die Kriegshandlungen nach wie vor stattfinden. Die Situation und die Erlebnisse sind somit nicht immer so leicht rein in der Vergangenheit zu betrachten (vgl. Preitler 2011:22-23). Wenn Betroffene ein Flashback erleben, fühlen sie sich in die Situation des damals erlebten Traumas zurückversetzt. Die Situation wird in all ihrer Echtheit körperlich, geistig und emotional wiedererlebt. Die Amygdala kann hier nicht zwischen Gegenwart und Vergangenheit unterscheiden (vgl. Van der Kolk 2021:84-85). Auch hier scheint das „Post“ nicht zuzutreffen.

2.3.2 Diagnose und Therapie

Bei der Stellung der Diagnose werden vorerst die Symptome beurteilt und gegebenenfalls erfragt, ob es ein traumatisches Ereignis in der Vergangenheit gegeben hat. Bei den Symptomen gelten das Wiedererleben in Form von Flashbacks, die Vermeidung von Triggern und Situationen, die an Erlebtes erinnern und eine anhaltende Übererregung als besonders charakteristisch. Im Weiteren gilt es Störungen mit ähnlicher Symptomatik wie die Borderline Störung und die Dissoziative Störung auszuschließen. Etwa ein Drittel der Betroffenen eines traumatischen Ereignisses entwickeln eine PTBS, davon wiederum entwickeln ein Drittel bis die Hälfte aller eine chronische PTBS.

Eine Therapieform ist die Psychotherapie. Sie bietet Hilfe zur Selbsthilfe und kann in drei Phasen, die Stabilisierung, Traumabearbeitung und die Integration des Traumas eingeteilt werden. Es gibt verschiedene Verfahrensformen, die man im Zuge einer Psychotherapie

wählen kann wie beispielsweise EMDR, Neurofeedback, kognitive Verhaltenstherapie und weitere. Neben der Psychotherapie gibt es auch die medikamentöse Behandlung die meist ergänzend zur Psychotherapie eingesetzt wird. Die Auswahl der Medikamente richtet sich nach den individuellen Symptomen und Beschwerden der betroffenen Person.

Van der Kolk schreibt, dass ein Trauma nicht behandelt werden kann, da man es nicht ungeschehen machen kann, doch an den Auswirkungen kann gearbeitet werden. Betroffene können lernen sich nachhaltig zu beruhigen und zu refokussieren, sich in der Gegenwart vollständig präsent zu fühlen und Geheimnisse und Scham abzubauen. Ist ein Gefühl von Sicherheit hergestellt und eine Retraumatisierung auszuschließen kann gegebenenfalls das traumatische Ereignis zur Verarbeitung nochmals durchlebt werden.

2.4 Zusammenhänge der Alzheimer- Demenz und PTBS

In den vorherigen Kapiteln wurden die PTBS und die Alzheimer- Demenz in ihren individuellen Krankheitsbildern beschrieben. Nun wird sich den Zusammenhängen und Überschneidungen beider Erkrankungen gewidmet, woraus die Relevanz dieser Arbeit nochmals klarer wird. Bei betroffenen alten Menschen scheinen drei Unterscheidungen relevant: eine Person hat Alzheimer- Demenz, eine Person hat eine PTBS oder eine Person hat eine Alzheimer- Demenz und eine PTBS. Tritt eine Erkrankung allein auf, besteht die Gefahr sie mit der jeweils anderen zu verwechseln. Häufiger wird hier eine PTBS mit einer Demenz verwechselt, was die vielseitige Literaturrecherche gezeigt hat. Treten beide Erkrankungen gleichzeitig auf kann auch hier aufgrund der ähnlichen Symptome die Unterscheidung beider Erkrankungen erschwert werden was das Auswählen passender Handlungsweisen für Professionist*innen erschwert.

2.4.1 Ähnlichkeiten der Symptome

Die Symptome der Erkrankungen sind sehr ähnlich bis für den Betrachter gleich, jedoch sind sie auf unterschiedliche Ursprünge zurückzuführen. Im Folgenden werden vier zentrale Symptome beispielhaft beschrieben. In der angeführten Tabelle sind die relevantesten, für den Betrachter beobachtbaren Symptome, die auf beide Erkrankungen zutreffen in der linken Spalte niedergeschrieben. In der mittleren Spalte findet sich eine verkürzte Darstellung der Ursachen der Symptome bei einer Alzheimer- Demenz wieder. In der rechten Spalte wird auf die Ursachen einer PTBS Bezug genommen.

Vergleich ausgewählter Symptomatiken einer Alzheimer- Demenz und PTBS

Beobachtbare Symptome	PTBS	Alzheimer- Demenz

Vergesslichkeit	○ Teile der Biografie sind nicht abgespeichert/vergessen^{1,4,5} ○ Konzentrations- und Merkstörungen^{1,3}	○ Allgemeiner Verfall des Gehirns^{2,4} ○ Gedächtnisverlust, vor allem das Kurzzeitgedächtnis^{2,4}
Verwirrtheit	○ Flashbacks^{1,3,4,5} ○ Schmerzhafte Erinnerungen^{1,3,4,5}	○ Orientierungslosigkeit in Zeit und Ort^{2,4} ○ Gedächtnisverlust^{2,4}
„Herausforderndes Verhalten“ und Aggression ⁴	○ Mangelnde Impuls- und Gefühlskontrolle^{1,4} ○ Vermeidung^{1,3,4,5}	○ „Weglauf- Gefährdung“^{2,4} ○ Kontrollverlust^{4,5}
Körperliche Unruhe	○ Übererregung^{1,3,4}	○ Motorische Unruhe^{2,4} ○ Verwirrtheit^{2,4} ○ Orientierungslosigkeit^{2,4} ○ „Auf der Suche sein“⁴
Orientierungsverlust in Ort und Zeit	○ Flashbacks^{1,3,4,5}	○ Halluzinationen/Wahnvorstellungen⁴ ○ Psychotisches Verhalten^{2,4} ○ Gedächtnisverlust^{2,4}
Depressive Symptome	○ Sozialer Rückzug, Vermeidung^{1,3,4,5} ○ Depressionen^{1,4,5} ○ Bis zu Suizidalität^{1,4,5}	○ Teilnahmslosigkeit^{2,4}
Gestörtes Schlafverhalten	○ Alpträume^{1,3} ○ Schlafstörungen^{1,3}	○ Störung des Tag- Nachtrhythmus⁴
Betroffene fordern viel Aufmerksamkeit ⁴	○ Psychosomatische Schmerzen⁴	○ Verwirrtheit⁴ ○ „sich wichtigmachen“⁴ ○ Kontrollverlust⁴ ○ „Noch jemand sein wollen“⁴
„Persönlichkeitsveränderung“	○ Depersonalisation^{1,5} ○ Starrer Blick⁵ ○ Empfindungslos^{1,5}	○ Teilnahmslosigkeit⁴ ○ Interessenslosigkeit⁴

Abb.2: Vergleich ausgewählter Symptomatiken einer Alzheimer- Demenz und PTBS. Lisa Dänninger, 2022

Bei der Alzheimer- Demenz sind die Symptome stets vom Stadium abhängig und beeinflussen sich gegenseitig. Die Symptome treten dauerhaft auf wobei die Intensität variieren kann. Die Vergesslichkeit ist das zentralste Symptom. Vergesslichkeit kann auch eine adäquate Erscheinung des Alterns darstellen, hier ist es wichtig genauer hinzusehen und alte Menschen nicht vorschnell in die „Demenz-Kategorie“ zu stecken (vgl. T2: Z 24-25). Bei der Alzheimer Demenz kommt es wie im Kapitel „2.1.1 Alzheimer- Demenz“ beschrieben zu einem im Krankheitsverlauf zunehmenden Verfall des Gehirns. Das Gedächtnis wird allumfassend beeinträchtigt und es gibt somatische Ursachen. Bei einer PTBS werden ggf. teile der Biografie die besonders schmerzhaft waren verdrängt beziehungsweise „vergessen“. Tschainer- Zangl meint die traumatischen Erinnerungen werden Teil des Trauma- Gedächtnis, das sein Eigenleben führt. Die Betroffenen haben auf dieses kaum bis keinen bewussten Zugriff.

Gewisse Trigger können jedoch das Erlebte wieder aktivieren, hier kann es zu Flashbacks kommen (vgl. Tschainer-Zangl 2019:118f.). Ebenso kann eine PTBS zu Konzentrations- und Merkstörungen führen (vgl. Dehner-Rau/Reddemann 2020:53, Preitler 2016:30).

Menschen mit einer Alzheimer- Demenz wirken insbesondere in fortgeschrittenen Stadien oftmals verwirrt und orientierungslos. Sie verlieren tatsächlich die Kontrolle, da es ihr Gehirn nicht mehr zulässt sich beispielsweise in Ort und Zeit zu orientieren (vgl. Tschainer-Zangl 2019:17f.). Bei einer PTBS kann es zu vorübergehenden Flashbacks kommen. Das traumatische Ereignis wird in seiner vollen Realität wiedererlebt. Menschen fühlen sich in die damalige Situation zurückversetzt was Verwirrung vermitteln kann. Auch das plötzliche Reagieren auf Trigger oder das wiederkehrende Erzählen von traumatischen Ereignissen spielt hier eine Rolle (vgl. Tschainer-Zangl 2019:120f.).

Herausforderndes Verhalten kann bei Demenz das Umherlaufen auf Gängen, die „Weglauf-Tendenz“ unter anderem bedingt durch die fehlende Fähigkeit der Orientierung in Ort und Zeit darstellen. Tschainer- Zangl plädiert dafür Menschen mit Demenz nicht als herausfordernd oder aggressiv zu beschreiben. Beide Verhaltensweisen setzen stets eine Absicht voraus, die jedoch Menschen mit Demenz aufgrund des Verfalls des Gehirns nicht treffen können. Dennoch möchte ich in meiner Tabelle bei den Bezeichnungen bleiben, da es von außen meist so wahrgenommen wird. Fachlich richtig gesprochen könnte man laut Tschainer- Zangl von selbstschützendem Verhalten sprechen. Menschen mit Demenz erfahren einen massiven Verlust in ihrer Selbstwirksamkeit und Kontrolle was zu Angst und Überforderung führen kann. Im Weiteren kann das Selbsterhaltungssystem aktiviert werden in dem sich jeder Mensch zwischen Kämpfen, Flüchten oder Erstarren entscheidet. Diese Schlussfolgerung erklärt einige Symptome von Menschen mit Demenz (vgl. Tschainer-Zangl 2019:110f.). Ebenso wird eine motorische Unruhe erlebt, die das Bedürfnis nach Bewegung ebenfalls verstärkt. Bei der PTBS kommt es zu einer vegetativen Übererregung die unter anderem zu einer mangelnden Impuls- und Gefühlskontrolle führt als auch zu körperlicher Unruhe. Hier kann es zu Wut, Irritation und Aggression kommen. Weiters versuchen Menschen mit einer PTBS Situationen und Reize, die sie an das traumatische Ereignis erinnern zu vermeiden. Nach außen hin können die Betroffenen kalt und abwesend wirken (vgl. Dehner-Rau/Reddemann 2020:52-53). Die Vermeidung ähnelt der „Weglauf- Tendenz“ die bei Personen mit Demenz beobachtet wird.

2.4.2 Somatische Zusammenhänge

Wie im Kapitel „2.2.1 Alzheimer- Demenz“ bereits näher beschrieben wurde, kommt es bei der Alzheimer- Demenz zu einem Verfall des Gehirns. Die Betroffenen verlieren zusehends an Selbstwirksamkeit und Kontrolle über ihr eigenes Dasein was das Selbsterhaltungssystem aktiviert. Auch auf somatischer Ebene kommt es bei einer PTBS zu Veränderungen. Nun wird die Ursachensuche der PTBS Symptomatik mittels des Werks von Van der Kolk weiter vertieft.

Anatomie des Gehirns

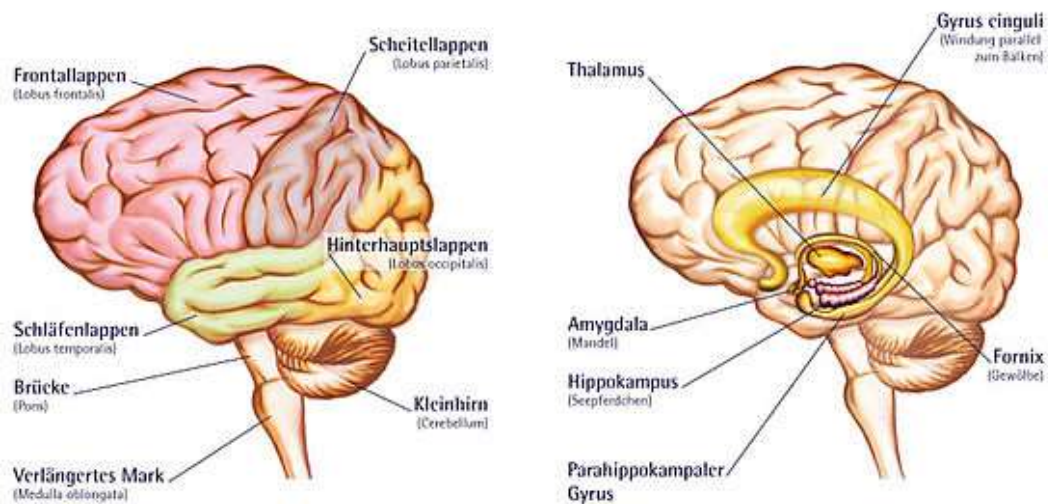


Abb.3: Anatomie des Gehirns, Alzheimer Forschung, o.A.

Die Erinnerungen und Emotionen des traumatischen Ereignisses werden im emotionalen Gedächtnis gespeichert und verfolgen die Betroffenen stets weiter. Sie treten dann nicht als bewusste Erinnerungen hervor, sondern zeigen sich durch körperliche Reaktionen, die teils im vorherigen Kapitel bereits beschrieben wurden (vgl. Van der Kolk 2021:245). Rational kann das Erlebte nicht erfasst werden. Doch hier wird nicht nur das was gedacht wird verändert, sondern auch die Denkfähigkeit an sich (vgl. ebd.:32). Das Gehirn wird immer wieder im Selbsterhaltungssystem gefangen bleiben. In der Vergangenheit wurde es nicht geschafft sich gegen das traumatische Ereignis zur Wehr zu setzen. Der Körper führt diesen Kampf stets weiter (vgl. ebd.:69).

Sensorische Empfindungen kommen vorerst zum Thalamus, der die eingehenden Reize zu einem zusammenhängenden Ergebnis zusammenmischt und sendet es weiter. Beim Thalamus können bereits Störungen entstehen, die dafür sorgen, dass Inhalte einzeln verarbeitet werden und die aktuelle Gefahr als dauerhaft empfunden wird. Ebenso kommt es bei Störungen des Thalamus zu einer verminderten Merkfähigkeit und wichtiges kann nicht

von unwichtigen Inhalten getrennt werden. Weitergeleitet wird an den Frontallappen, der die Ratio und die Vernunft widerspiegelt und an die Amygdala die tief im limbischen System liegt. Das emotionale Gehirn, zu dem die Amygdala gehört deutet als erstes die eintreffenden Informationen. Die Amygdala entscheidet, ob Informationen überlebenswichtig sind und unterscheidet zusammen mit weiteren Arealen zwischen damaligen und aktuellen Ereignissen was bei Flashbacks eine Rolle spielt. Bei Gefahr beginnt sie Signale an den Hypothalamus und den Hirnstamm zu senden die Stresshormone aktivieren und das autonome Nervensystem in Gang setzen. Bei Menschen mit einer PTBS gerät die Amygdala leichter in Alarmbereitschaft. Der Körper wird jetzt auf Kampf- und Fluchtreaktionen vorbereitet. Normalerweise entspannt sich der Körper bei Nachlassen der Gefahr wieder, ist der Mechanismus wie bei einer PTBS gestört, bleibt die Übererregung bestehen. Der Frontallappen, der für rationale und bewusste Entscheidungen zuständig ist, wird bei der PTBS gehemmt und die Balance zwischen der Amygdala und dem Frontallappen verändert sich massiv (vgl. ebd.:75-78).

Somit kommt es bei der PTBS ebenfalls zu einer verstärkten Aktivierung des Selbsterhaltungssystems das die Reaktionen Kampf, Flucht und Erstarren hervorrufen. Weiters wird nicht nur bei Demenz das Gehirn langfristig verändert, sondern auch bei einer PTBS, wenn auch aufgrund anderer Ursachen und durch andere Vorgänge. Einige Auswirkungen der Schäden am Gehirn sind sehr ähnlich und haben in den weiteren überschneidenden Symptomen zur Folge. Aufgrund der unterschiedlichen Ursachen sind jedoch unterschiedliche Handlungsweisen seitens der Professionist*innen gefragt was in den Forschungsergebnissen und im Fazit dargestellt wird.

2.4.3 Die gegenseitige Verstärkung

Stark diskutiert scheint die Frage, ob eine PTBS die Wahrscheinlichkeit im hohen Alter an Demenz zu erkranken erhöht. Bojak meint es gibt offensichtlich einen Zusammenhang. Durch die Veränderungen, die bei einer PTBS im Gehirn auftreten, werden die Weichen zur Demenz gelegt. Was hier jedoch eine große Rolle spielt ist der Umgang mit dem traumatischen Ereignis, psychosoziale Faktoren und die Wertschätzung, die ein Mensch erfährt (vgl. Bojak 2021).

Weiters kann die Demenz ein Trigger für eine PTBS sein. Die durch die Demenz erfahrene Hilflosigkeit, Orientierungslosigkeit und das „Ausgeliefert sein“ erinnern an die Hilflosigkeit, die während dem traumatischen Ereignis gefühlt werden. Das Gefühl des Kontrollverlusts wie es insbesondere bei Flashbacks erlebt wird, versuchen Betroffene einer PTBS zu vermeiden. Eine Demenzerkrankung macht die Vermeidung durch den fortschreitenden geistigen Verfall jedoch unmöglich. Ebenfalls kann eine PTBS auch erst im Alter durch die Demenz aufbrechen, hier wird in der Literatur oft von einer Re-traumatisierung im Alter oder einer Traumareaktivierung gesprochen (vgl. Tschainer-Zangl 2019:116-128).

3 Forschungsprozess

Als ich im Zuge dieser Arbeit begonnen habe mich mit dem Thema Alzheimer- Demenz und PTBS auseinander zu setzen, war mein Wissenstand recht gering. Der Forschungsprozess war von einem stark steigenden Wissensstand und neuen Erkenntnissen geprägt. Dadurch haben sich im Laufe der Forschung einige Unsicherheiten, Spezifizierungen und Umstrukturierungen ergeben was mir die Zirkularität im wissenschaftlichen Arbeitsprozess verdeutlicht hat. In Folge soll der Forschungsprozess transparent dargestellt werden.

3.1 Forschungsfragen

- HFF: Welche methodischen Handlungsweisen fordern eine Alzheimer- Demenz und/oder eine posttraumatische Belastungsstörung bei hochaltrigen Menschen von Sozialarbeiter*innen?
- SFF1: Warum und in welchem Setting ist eine Unterscheidung einer Alzheimer- Demenz und/oder einer PTBS für die Soziale Arbeit relevant?
 - SFF2: Welches Fachwissen braucht die Soziale Arbeit über die Alzheimer- Demenz und/oder die PTBS, um passende Handlungsweisen setzen zu können?
 - SFF3: Welches Fachwissen braucht die Soziale Arbeit über die Ex-Jugoslawien Kriege im Zuge der Zusammenarbeit mit an Alzheimer- Demenz und/oder PTBS erkrankten alten Menschen aus der Region?

3.2 Forschungsfeld

Die Soziale Arbeit ist im Handlungsfeld „Alte Menschen“ wie bereits erwähnt erst gering aktiv. Tätigkeitsbereiche sind Krankenhäuser, Pflegeheime, Rehabilitationszentren, Altersheime, Tages- und Nachbarschaftszentren. Das kollegiale Umfeld stellt somit in der Regel ein interdisziplinäres Team dar und es ist viel Kooperation gefordert. In vielen dieser Einrichtungen besuchen die Menschen die Einrichtungen in erster Regel nicht primär wegen der Sozialen Arbeit, sondern vermehrt aus medizinischen Gründen (vgl. OBDS 2004:4-6). In dieser Arbeit stellt die Einrichtung, in der die Interviewte Sozialarbeiterin arbeitet, den konkreten Fall dar. Die Einrichtung wurde ausgewählt, da die Betroffenen und/oder Angehörigen meist mit einer Vermutung auf eine Demenz eintreffen. Ebenso wird sich an die Einrichtung aufgrund von schwierigen Lebenssituationen in Bezug auf die Demenz gemeldet. Im Zuge der Demenzabklärung findet auch ein Ausschließen oder eine Feststellung anderer Erkrankungen statt. Eine PTBS könnte somit auch ein Thema darstellen. Es wurde bewusst keine Organisation gewählt, die sich auch auf die PTBS spezialisiert, da durch die Spezialisierung ein Fachwissen und professioneller Umgang bereits garantiert sein sollte. Innerhalb dieser Arbeit soll auf die Soziale Arbeit im Handlungsfeld „Alte Menschen“ im Allgemeinen Bezug genommen werden.

3.3 Erhebungsmethoden

Im Zuge der Datenerhebung habe ich mich einer umfangreichen Literaturrecherche bedient als auch zwei umfangreichen Leitfadeninterviews. Die Interviewpartnerinnen werden in Folge vorgestellt. Im Sinne des zirkulären Arbeitens habe ich die Erkenntnisse des ersten Interviews in das nächste einfließen lassen.

3.3.1 Leitfadeninterviews

Mittels Leitfadeninterviews war es mir möglich die Themen zu erfragen die für meine Forschung relevant waren und dabei mir als auch den Interviewpartnerinnen Struktur zu bieten. Beide Leitfadeninterviews waren ähnlich aufgebaut, um einen Vergleich der Ergebnisse zu ermöglichen und die Fragen wurden offen gestellt (vgl. Flick 2016:113f.). Abweichungen der Fragen sind durch die jeweilige Spezialisierung der Interviewten Person entstanden.

Das erste Interview wurde mit einer Sozialarbeiterin, im weiteren SA genannt, mit jahrelanger Berufserfahrung im Handlungsfeld „Alte Menschen“ geführt. Sie arbeitet, wie oben bereits beschrieben wurde, in einer Einrichtung in Wien die sich auf die Demenzabklärung spezialisiert und ist in einem interdisziplinären Team tätig.

Die zweite Interviewpartnerin wird IP genannt. Sie hat Psycho-Gerontologie studiert und war jahrelang im Altenbereich auch in Leitungspositionen tätig. Aktuell bietet sie Online- und Präsenzseminare als auch Coachings für Angehörige und Fachkräfte zum Thema Demenz an. Im Zuge ihrer intensiven Auseinandersetzung mit Demenzerkrankungen stellt für sie auch Demenz und PTBS ein wichtiges Thema dar. In ihrem Wissen vereint sich Theorie, Praxis und Coachingfähigkeiten.

3.4 Auswertungsmethode

Das thematische Kodieren nach Flick erlaubt es vorab Kategorien festzulegen und anschließend soziale Perspektiven in diese Kategorien einzutragen. Da meine Interviewpartnerinnen aus verschiedenen Feldern kommen und ich ähnliche Fragen gestellt habe, scheint mir die Auswertungsmethode passend. Vorerst werden Kurzdarstellungen des Falles erstellt. Innerhalb dieser Arbeit war eine Kurzbeschreibung der Interviewpartnerinnen, ihres Arbeitsfeldes und des Klientenzugangs sinnvoll. Ist die Forschung abgeschlossen können diese Kurzbeschreibungen nochmals überarbeitet werden und in die Ergebnisse einfließen. In dieser Arbeit dienen die Kurzbeschreibungen vor allem zur Abklärung des Settings. Darauf folgt die Entwicklung der Kategorien. Die Interviews können in einen Vergleich gebracht werden. Die Bandbreite der dargebrachten Inhalte wird ersichtlich (vgl. Flick 2019:402-409).

4 Forschungsergebnisse

Die Ergebnisse wurden im Zuge des Auswertungsverfahrens- thematischen Kodierens nach Flick in Kategorien eingegliedert. Nach diesen Kategorien werden die Ergebnisse präsentiert. In Jedem Unterkapitel zweiter Ordnung werden die Aussagen beider Interviewpartnerinnen dargestellt, sofern Ergebnisse zu dieser Kategorie vorliegen. Darauf folgt eine Kurzinterpretation, gezogen aus dem Auswertungsverfahren. Im Fazit werden alle Inhalte miteinander in Verbindung gesetzt.

4.1 Symptome und daraus entstehende Bedürfnisse

IP betont die Wichtigkeit, Demenz differenziert zu betrachten und Menschen nicht vorschnell in die „Demenz- Schublade“ zu stecken. Wenn ein alter Mensch nicht so funktioniert wie es die Umwelt von ihm erwartet, wird meist vorschnell eine Demenz vermutet oder diagnostiziert (vgl. T2: Z 24-30,50-55). Die IP vermisst hier die Differentialdiagnostik. Solch eine vorschnelle Zuschreibung kann bei altersadäquaten Veränderungen passieren, oder bei der PTBS (vgl. T2: Z 24-30). Bei einer primären Demenz wird das Gehirn zerstört. Symptome die IP häufig beobachtet sind der Verlust des Gedächtnisses, beispielsweise das Verlorengehen biografischer Erinnerungen, ein weggetreten sein, Verlust der Orientierung (vgl. T2: Z 50-60). Aggression sieht IP nicht als Symptom der Demenz, sie möchte hier von selbstschützendem Verhalten sprechen, das auf den Kontrollverlust basiert, den die Betroffenen selbst spüren und ggf. dem ungelungenen Umgang der Außenwelt mit der betroffenen Person. Betroffene kommen hier in den Selbsterhaltungsmodus der die drei Möglichkeiten Kampf, Flucht und Erstarren bietet. Aufgrund des Kontrollverlustes haben die Betroffenen auch irrsinnige Angst zu scheitern, meint IP (vgl. T2: Z 123,134). Insbesondere wenn die Demenz fortgeschritten ist, kann man die Bedürfnisse der Betroffenen an der Gefühlslage wahrnehmen, von der rationalen Kommunikation muss man Abstand nehmen (vgl. T2: Z 120-122). Durch den Kontrollverlust ist ein Bedürfnis der Betroffenen Kontrolle und Sicherheit zu erhalten und ein Ich- Gefühl zu haben (vgl. T2: Z 156). Die Symptome einer Demenz können mit denen einer PTBS verwechselt werden. Bei einer Demenz und einer PTBS sind Vergesslichkeit, Desorientiertheit, Kontrollverlust und selbstschützendes Verhalten zu beobachten. Bei einer PTBS beschreibt IP das Dissoziieren, das Vergessen von einzelnen biografischen Abschnitten, Kontrollverlust und Flashbacks als markante Symptome (vgl. T2: Z 54-60, 123-134). IP spricht von einem „Trauma- Staubsauger“ beziehungsweise von einer „Trauma- Schleife“. Darunter versteht sie, wenn das Trauma jeglichen Platz einnimmt und als zentrales Thema dastehen möchte. Betroffene sprechen hier vermehrt von ihren traumatischen Ereignissen (vgl. T2: Z 169-171). Einen Unterschied zur Demenz stellt bei der PTBS die bessere Erinnerungsfähigkeit im Alter dar. Beispielsweise erinnern sich Betroffene, dass sie die Professionistin gestern gesehen haben (vgl. T2: Z 89-91). Eine Demenz kann für eine PTBS „antriggernd“ sein. Demenz führt zu einem massiven Kontrollverlust, der bei PTBS versucht wird zu vermeiden. Die Auswirkungen einer Demenz sind jedoch nicht zu vermeiden und sind somit ein möglicher Triggerpunkt der PTBS. Auch bei der PTBS passiert

beispielsweise im Zuge von Flashbacks ein Kontrollverlust. Hier haben die Demenz und die PTBS etwas gemeinsam. Durch den Kontrollverlust kommt es bei beiden Erkrankungen zu Abwehrendem, selbstschützendem Verhalten und Orientierungslosigkeit. Arbeitet man mit Angehörigen zusammen, sollte man ein Grundwissen über transgenerationale Traumata haben und diese erkennen können. Hier könnte auffallen, dass insbesondere Kinder besondere Schwierigkeiten mit der Anerkennung der Hilfebedürftigkeit deren an Demenz erkrankten Eltern und mit der Einschätzung deren Zustandes haben. Angehörige lehnen hier oftmals rigide Hilfe ab und sind der Meinung die Eltern wären gesund. Zerrüttete Familienverhältnisse, abgebrochene Kontakte und Tabus könne auffallen (vgl. T2: Z 221-229).

Die SA meint die Symptome sind stark von der individuellen Person, der Form der Demenz und vor allem dem Stadium abhängig. Das Symptom, das ihr als erstes auffällt ist die Vergesslichkeit. Patient*innen fragen häufig warum das Treffen gerade stattfindet oder was sie gerade machen. Die Sozialarbeiterin beobachtet jedoch auch, dass sich die Menschen zwar konkret im Verlauf der Demenz nicht mehr an sie erinnern können, jedoch bleibt die emotionale Bindung erhalten (vgl. T1: Z 71-80).

„[...] was mich immer wieder erstaunt ist, dass die Leute zumindest scheinbar sich relativ lange an mich erinnern. Also jetzt vielleicht nicht konkret, wer ich bin, aber dass ich irgendjemand bin, die sich bemüht, sie zu unterstützen und die versucht, ihren Willen zu respektieren und wirklich Wege zu finden.“ (T1: Z 73-74)

Ebenso scheinen die Betroffenen oft auf der Suche nach etwas zu sein. Verhaltensauffälligkeiten wie Aggression treten meist bei Verunsicherung und Angst auf. In erster Linie, wenn der Umgang der Außenwelt mit der betroffenen Person nicht gelingt (vgl. T1: Z 90-95). Betroffene merken in diesen Momenten, dass sie sich nicht auf sich selbst verlassen können (vgl. T1: Z 226-227). Die Sozialarbeiterin hat schon öfter beobachtet, dass Patient*innen seltener duschen und sich vermehrt beim Waschbecken waschen. Solche Verhaltensweisen sind oftmals anhand der Biografie herzuleiten (vgl. T1: Z 182-184). Es gibt aber auch Verhaltensweisen, die man sich nicht herleiten kann. Sie meint Persönlichkeitsveränderungen gibt es kaum, wenn bei speziellen Formen der Demenz. Die Menschen werden interesselos, meiden Gespräche und ziehen sich zurück. War ein Mensch in seinem Leben ruhig oder aggressiv wird sich diese Verhaltensweise im Zuge der Demenz höchstens verstärken. Dinge die Menschen vor allem mit einer fortgeschrittenen Demenz nicht mehr können sind diskutieren, aushandeln und zuverlässige, wohlthuende Entscheidungen für sich selbst fällen. Letzteres liegt an der Urteilskraft der Betroffenen und der fehlenden Selbst- sowie Fremdeinschätzung (vgl. T1: Z 106-145). Bei der PTBS meint sie, ist es schwer die traumatischen Erfahrungen herauszuarbeiten. Bei manchen Patient*innen ist es klar, dass sie traumatisierende Erfahrungen gemacht haben. Sie stellt sich jedoch die Frage, ob man traumatische Erfahrungen der Betroffenen überhaupt noch erfährt und ob sie als Professionistin die Informationen bekommt. Einmal hatte sie eine Klientin die früher sehr viel Zeit in Luftschutzbunkern verbracht hat. Hier war klar, dass die Pfleger*innen das Zimmer nicht vollkommen abdunkeln sollen. Auf was sie als Professionistin schauen kann sind Alter, Jahreszahl und Geburtsort. Selbst wenn hier die Zahlen nahelegen, dass ein Mensch beispielsweise Krieg erlebt hat, sind die Erfahrungen, die er macht, jedoch sehr individuell

(290-298). Sie gibt an, in ihren 20 Dienstjahren erst 2-mal erlebt zu haben, dass traumatische Erfahrungen eine Auswirkung haben und kann keine statistischen Aussagen machen (vgl. T1: Z 311-320). Als Grundbedürfnisse eines jeden Menschen führt die Sozialarbeiterin das gehört und berücksichtigt werden an (vgl. T1: Z 98).

IP trägt ihr Wissen und ihre Erfahrungen aus vertiefendem Wissenserwerb in Form von Literatur und Vorträgen, durch jahrelange Praxiserfahrung und durch das Coachen von Praktiker*innen zusammen. Sie gibt selbst an sich intensiv in die Thematik Demenz und Trauma eingearbeitet zu haben. Es wäre möglich, dass ihre Vertiefung auf das Thema Demenz und Trauma ihr Gefühl der Relevanz des Themas beeinflusst und sie erhöht erscheinen lässt. In ihren Ausführungen merkt man, dass sie die Inhalte bereits häufig vorgetragen hat. Sie scheint mit großer Sicherheit die theoretischen Hintergründe als auch Praxisbezüge zu schildern. Sie benennt Überschneidungen und Unterschiede der Erkrankungen klar. Bei der Sozialarbeiterin ist ihre Spezialisierung auf Demenz merkbar. Ihr Blickwinkel wirkt verstärkt an der Praxis orientiert. Wenn es um die Erkrankung der PTBS geht wirkt sie weniger gefestigt was Symptome, Vorkommen und den Umgang mit dieser Erkrankung angeht und gibt auch selbst an kaum Erfahrungen zu haben. Die Unwissenheit über Symptome einer PTBS und den Überschneidungen mit einer Demenz könnte dazu führen, dass Symptome einer PTBS nicht erkannt werden, beziehungsweise mit einer Demenz verwechselt werden. Möglicherweise spielt die PTBS in ihrer Organisation auch keine Rolle, dazu folgen noch weitere Erkenntnisse.

4.2 Relevanz der Unterscheidung

Bezogen auf die Relevanz der Thematik scheinen die Interviewpartnerinnen aufgrund ihrer unterschiedlichen Blickwinkel teils andere Einschätzungen zu haben. Es haben sich in der Auswertung einige Faktoren als ausschlaggebend herausgestellt, wie die Relevanz eingeschätzt wird. Die Einteilung der Unterkapitel gestaltet sich nach den herausgefilterten Faktoren.

4.2.1 Setting und Zielgruppe

SA ist in ihrem Setting hauptsächlich in ihrer Organisation verortet. Hausbesuche sind eher selten und werden vorgenommen, wenn keine Beratung in der Organisation möglich ist oder die Betroffenen keine Angehörigen haben (vgl. T1: Z 55-56). Hausbesuche in Pflegeheimen sind nicht vorgesehen und würden die Kapazität überschreiten (vgl. T1: Z 40-42). Die Zielgruppe stellen Menschen mit einer Demenz und vor allem ihre Angehörigen dar. Nicht zuständig fühlt sich die Organisation für Betroffene von Parkinson- Demenzen, der Korsakow-Demenz und Alkoholdemenzen (vgl. T1: Z 59-68). SA berät hauptsächlich Angehörige in Hinblick auf ihre Rolle als Pflegende und bezüglich des Zustands der Betroffenen. Beratungen werden mit den Patienten direkt geführt, wenn diese offen dafür sind und es nicht zu einer Überforderung führen würde, wenn sie in der Organisation einen Termin für eine medizinische Beratung haben und ohnehin vor Ort sind, bei der Früherkennung und wenn Ehepaare beraten

werden. Es kommt auch öfter vor, dass sie ihre Patient*innen nie bis kaum sieht (vgl. T1: Z 13-17, 30-33).

IP erwähnt als Setting die Bezirkssozialarbeit. Hier machen die Sozialarbeiter*innen Hausbesuche und treten auch so in einen Erstkontakt mit den Betroffenen. Ebenso erwähnt sie die Angehörigenarbeit und den Bereich der Pflege. In der Angehörigenarbeit gilt es transgenerationale Traumata zu beachten (vgl. T2: Z 201-229).

4.2.2 Auftrag und Rahmenbedingungen

Die Organisation legt bei SA den Rahmen und den Auftrag der Sozialen Arbeit fest. Es werden in einem multiprofessionellen Team Demenzabklärungen durchgeführt. Die Soziale Arbeit kümmert sich nach Nachfrage der Betroffenen oder Angehörigen um Themen wie Wohnen, Finanzen, soziale Kontakte, Vernetzung mit anderen Helfern, emotionale Entlastung und Wissensvermittlung (vgl. T1: Z 19-42). Angehörige werden befragt, wie sie aus ihrer subjektiven Perspektive die Situation der Betroffenen wahrnehmen. Angehörige kümmern sich oftmals um die Betroffenen und stellen somit eine enorme Ressource dar. Ebenso sind sie Zeugen vieler Verhaltensweisen und Situationen (vgl. T1: Z 125-131). SA beschreibt ihre Kapazitäten als sehr eng was eine genauere Betrachtung und Beratung einiger Themen wie beispielsweise der Unterscheidung von Demenz und PTBS nicht ermöglicht (vgl. T1: Z 45-48).

„Durch die Unterversorgung im Bereich der Demenz ist es so, dass man für Spezialthemen oft wenig Kapazität hat.“ (T1: Z 345)

Der Sozialarbeiterin ist es jedoch wichtig für alle Fragen als Ansprechpartnerin offen zu sein und gegebenenfalls weiter zu verweisen. Sie selbst kümmert sich verstärkt um fachspezifische Angelegenheiten und Inhalte, die nur sie bedienen kann (vgl. T1: Z 19-21, 50-52).

IP stellt klar, dass Sozialarbeiter*innen nicht dafür verantwortlich sind Diagnosen zu stellen. Das ist die Aufgabe von Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen mit einer Traumaspezifischen Ausbildung (vgl. T2: Z 69-94). Sie sieht den Auftrag der Sozialen Arbeit im Altenbereich darin über Themen wie Demenz und PTBS ein Grundwissen zu haben, einen passenden Umgang zu finden und weitervermitteln zu können (vgl. T2: Z 246-253).

4.2.3 Die Not der Professionist*innen und Betroffenen

IP hat im Zuge ihrer beruflichen Praxis in einem Pflegeheim begonnen sich die Frage zu stellen, ob es sich wirklich immer um Demenz handelt. Ihr schienen einige Symptome nach genauerer Betrachtung sehr untypisch zu sein. Im Weiteren beschäftigte sie sich mit der deutschen Geschichte und ehemaligen Soldaten. So entstand ihr Interesse und sie begann sich zu vertiefen. Ihr fiel eine große Not bei den betroffenen alten Menschen, als auch bei den Akteuren in der Pflege, Begleitung und sozialen Betreuung und Beratung auf (vgl. T2: Z 11-17).

„[...] also ich erleb so viel Not in der Praxis, weil alle so in dieser Demenz- Ecke drin sind. Wenns gut geht, Depressionen, wo man ja schon vielleicht bisschen Richtung PTBS kommt. Diese große Not bei den Helfenden und bei den alten Menschen. (T1: Z 305-306)

Sie begann sich für eine sorgfältige Betrachtung bevor der Diagnosestellung im Sinne der Bewusstseinsbildung einzusetzen als auch für eine Unterscheidung von Symptomen einer Demenz und einer PTBS (vgl. T2: Z 29-31). Wird den Betroffenen nicht der richtige Umgang entgegengesetzt kann es zu selbstschützendem Verhalten und Trauma- Schleifen kommen, welche in weiterer Folge das Personal und die Betroffenen stark fordern. Hier soll auch der Erschöpfung der Professionisten entgegenzuwirken. Menschen mit einer Demenz, PTBS und deren Angehörige lehnen aus unterschiedlichen Gründen auch häufig Hilfe ab. Es gilt einen Zugang zu finden (vgl. T2: Z 226-228).

SA sieht bezogen auf die Thematik der Unterscheidung einer Demenz und einer PTBS keinen wirklichen Bedarf für die Soziale Arbeit und sie könnte sich aufgrund ihrer Kapazitäten auch schwer darum kümmern (vgl. T1: Z 293, 345-347). Die Frage ist für sie wie man mit den auftretenden Schwierigkeiten umgehen kann. Die Unterscheidung ist hierfür nicht zwingend notwendig (vgl. T1: Z 295-296).

IP sieht in Bezug auf die Unterscheidung auch eine große Relevanz für Sozialarbeiter*innen. Möglicherweise ist sie in der Lage durch ihr vertieftes Fachwissen Probleme auf deren Ursachen zurückzuführen und ist so im Stande die Not ganzheitlich zu erkennen. Die Erstellung einer Diagnose ist die Aufgabe der Kolleg*innen von SA und wird im Zuge der Aufnahme eines/einer Patient*in vorgenommen. Es könnte sein, dass solch frisch gestellte Diagnosen von Kolleg*innen auch weniger hinterfragt werden als Diagnosen von externen Einrichtungen oder beim Fehlen einer Diagnose. Würde SA eine Demenzdiagnose die von ihren interdisziplinären Kolleg*innen gestellt wird hinterfragen, könnte sie womöglich auch Unstimmigkeiten im Team riskieren. Wenn Expert*innen wie Psychologen und Ärzte in der Organisation sind könnte es sein, dass man sich weniger um den Wissenserwerb innerhalb dieses Bereiches engagiert, da dieses Fachwissen bereits abgedeckt ist. IP bezieht hier jedoch die Stellung, dass jeder im Handlungsfeld „Alte Menschen“ über ein Grundwissen bezüglich Demenz und PTBS verfügen sollte.

4.3 Angehörigenarbeit und Klientenkontakt

SA berät Angehörige von Menschen mit einer Demenzerkrankung die in der Organisation intern oder extern in Beratung/Behandlung sind oder derzeit keine Behandlungen oder Hilfen in Anspruch nehmen. Im Zuge der Beratung sieht sie die Patient*innen selbst oft gar nicht und richtet sich nach den subjektiven Erzählungen der Angehörigen. Die Sozialarbeiterin achtet darauf stets die individuellen Lebenssituationen wahrzunehmen. Die Beratung der Angehörigen kann auch nach dem Tod der Betroffenen noch weitergeführt werden. Es gibt für die Angehörigen auch die Möglichkeit Befunde der betroffenen Person vorzulegen. Die Sozialarbeiterin kann sich so ein besseres Bild machen und gegebenenfalls schauen sich die Ärzte die Befunde an und bilden eine zweite Meinung für die Angehörigen (vgl. T1: Z 7-27).

SA erfüllt in der Angehörigenberatung verschiedene Tätigkeiten. Einerseits macht sie viel Psychoedukation. Hier werden von den Angehörigen auch Lebenssituationen, die mit den Betroffenen erlebt wurden, geschildert. Zusammen mit den Angehörigen analysiert die Sozialarbeiterin die Situationen und vermittelt den Angehörigen Informationen, Handlungs- und Handlungsweisen die im Kapitel „4.4 Agieren der Sozialen Arbeit und Handlungsweisen“ näher dargestellt werden (vgl. T1: Z 34-36). Die Angehörigen stellen als Pflegende und Familienmitglieder eine wichtige Ressource für die Betroffenen dar. Die Sozialarbeiterin achtet ebenfalls auf die individuelle Situation der Angehörigen und deren Gesundheit. Übernehmen sich die Angehörigen in der Pflege erklärt sie ihnen, dass es auch im Sinne der Betroffenen wichtig ist, dass sie auf ihre Grenzen achten, um langfristig Hilfe leisten zu können. So kann auch eine präventive Wirkung gegen Gewalt erzielt werden (vgl. T1: Z 125-131). Weiters vernetzt SA die Angehörigen und Betroffenen zu anderen Einrichtungen und versorgt Themen wie Wohnen, Finanzen, soziale Kontakte und Aufenthaltserlaubnis. Direkten Kontakt zu den Betroffenen hat die Sozialarbeiterin meist im Zuge der Früherkennung. Wenn die Betroffenen in der Organisation behandelt werden, sieht die SA sie im Anschluss, wenn diese für die Beratung offen sind und das Stadium der Demenz es zulässt. Es soll hier Überforderung und Irritation vermieden werden (vgl. T1: Z 14-16). Auf die Schwierigkeiten der Beratung der Betroffenen wird im Kapitel „4.6 Spielräume der Beratung“ näher eingegangen.

IP war früher selbst im direkten Klientenkontakt und ist zurzeit eher beratend für Professionist*innen tätig. Manchmal geht sie auf Anfrage in Organisationen, wenn dort Rat in Bezug auf einzelne Klient*innen benötigt wird. Mittlerweile liegt ihr Fokus hauptsächlich auf der Demenz und das Verstehen von Betroffenen. Das Thema Demenz und Trauma ist für sie in dem Zusammenhang auch relevant (vgl. T2: Z 30-33). Im Kontakt mit den Betroffenen versucht sie meist über Ressourcen wie beispielsweise Haustiere, den gepflegten Garten oder Haushalt und weiteres in Berührung zu treten. Bei Angehörigen muss man insbesondere bei transgenerationaler Traumatisierung achtsam sein (vgl. T2: Z 220-222).

SA schildert hier ihr Wissen abermals verstärkt aus Sicht der Praxis und kann das alltägliche Arbeitsleben beschreiben. Das macht ihr das Aufzeigen von Grenzen und Kapazitäten möglich. IP drückt sich verstärkt theoretisch aus. In ihrem Arbeitsalltag kommt sie bei Bedarf in die Organisation, vor allem wenn schwierige Situationen für die Professionist*innen auftreten. Ebenfalls berät sie Online und hält Vorträge. Innerhalb dieses Rahmens kann sie sich vollkommen auf die spezielle Situation und die Demenz/PTBS fokussieren. Das könnte eine tiefere Bearbeitung ermöglichen als es Professionist*innen in der Praxis möglich wäre.

4.4 Agieren der Sozialen Arbeit und Handlungsweisen

Im Folgenden werden die Ergebnisse zusammengetragen die mit dem Agieren von Praktiker*innen im Zuge der Beratung von Menschen mit einer Alzheimer- Demenz und einer PTBS zusammenhängen. Unter anderem werden von den Interviewpartnerinnen beschriebene, konkrete Handlungsweisen angeführt die förderlich oder kontraproduktiv bei einer Alzheimer- Demenz und/oder einer PTBS sind.

4.4.1 Fachwissen und Psychoedukation

IP meint es muss mehr differenziert werden. Nicht jedes schwierige Verhalten stellt eine Demenz dar, es kann sich auch um eine PTBS handeln. Die Symptome lassen sich bei diesen Erkrankungen verwechseln und beide Erkrankungen erfordern jeweils einen anderen Umgang. Somit ist von Professionist*innen Fachwissen gefragt. Wenn eine Person Demenz und eine PTBS hat, muss man besonders viel Wissen, um hier differenzieren zu können. Verhaltensweisen müssen verstanden werden und es wird auch ein entsprechendes Handwerkszeug gefordert (vgl. T2: Z 32-35). Mit der Differentialdiagnostik wird man von den Fachärzten in helfenden Berufen oftmals allein gelassen, das macht es umso wichtiger, dass unter diesen Berufsgruppen ein Wissensstand und ein Bewusstsein dafür da ist (vgl. T2: Z 70-72). Die Professionist*innen sollen die Sensibilität haben nicht immer automatisch die „Demenz- Schublade“ aufzumachen. Sie sollen wissen, da gibt es noch etwas anderes. IP spricht hier von einem Mindestmaß an Fachwissen und Sensibilisierung (vgl. T2: Z 93-96). Wie bereits oben dargestellt wurde, meint IP, es sollte ebenfalls ein Grundwissen über transgenerationale Traumata vorhanden sein. Das ist insbesondere in der Angehörigenarbeit von Bedeutung. Hier spricht sie sich für eine niederschwellige Wissensvermittlung aus. Ihrer Erfahrung nach sind die Angehörigen sehr erfreut wenn sie die Betroffenen endlich verstehen.

SA findet es sehr wichtig sich in dem Handlungsfeld mit der Validation auseinanderzusetzen. Wie die soziale Diagnostik solle man sie als Theorie im Hinterkopf haben, dadurch wird bereits das Tun in der Praxis verändert (vgl. T1: Z 283-286). In ihrer Beratung ist es ihr wichtig keine Themen auszusparen (vgl. T1: Z 121). In der Angehörigenarbeit analysiert sie Lebenssituationen und weiß über Umgang, Kommunikation Haltung und Konfliktlösung bei Menschen mit Demenz Bescheid (vgl. T1: Z 34-36). Sie erwähnt einen Film in dem Professionisten lernen bei der Analyse von Situationen auf die Uhrzeit, Gerüche, Geräusche und weiteres zu achten.

4.4.2 Haltung

SA meint man darf den Aussagen oder Willensäußerungen von Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz keine langfristige Gültigkeit abverlangen, das lässt die Erkrankung nicht zu. Hier darf man nicht mit der Erwartung auf zuverlässige Aussagen in ein Gespräch gehen (vgl. T1: Z 153-164).

„Man kann sehr wohl einen Willen erfragen und auch Dinge mal aushandeln, ja. Ich glaube, man muss dann nur sehr aufpassen, also erstens was die Erwartungshaltung dann ist [...]. Ich darf nicht erwarten, dass das beim nächsten Kontakt dann eine, eine Verbindlichkeit hat oder so.“ (T1: Z 161-164)

Wichtig ist ihr jedoch stets soweit möglich den Willen zu respektieren und passende Wege zu finden (vgl. T1: Z 74). SA will vor den Betroffenen nichts schönreden und erklären, warum schwere Situationen toll sind. Eine transparente Haltung und auch mal sagen zu können, dass etwas nur schwer oder schlecht ist, findet sie wichtig (vgl. T1: Z 117-120). Oftmals ist es aufgrund der Demenz wichtig sich kurz und klar auszudrücken, um Überforderung zu

vermeiden. Auch das Vorführen von Defiziten der Betroffenen soll vermieden werden (vgl. T1: Z 205-210). Ist ein Verhalten für die Sozialarbeiterin nicht herleitbar kann sie das Verhalten nicht verstehen. Hier ist ihre Grundhaltung sich bewusst zu sein, dass jedoch für den demenzerkrankten Menschen das Verhalten Sinn macht. So wird auch stets die fragende Haltung aufgehoben, die zu Verunsicherung bei den Betroffenen führen kann (vgl. T1: Z 179-290). Die Betroffenen sollen sich angenommen, wertgeschätzt und nicht beurteilt fühlen. Ebenso ist ein behutsamer, flexibler Umgang geprägt von Sicherheit der Professionist*innen wichtig, um den Menschen Stabilität zu bieten (vgl. T1: Z 96,113). Zur Ausstrahlung von Sicherheit ist es für Professionist*innen auch wichtig sich nicht von den Gefühlen der Betroffenen überschwappen zu lassen. Sind besonders viele Emotionen im Spiel ist es wichtig, dass sich der/die Professionist*in auch selbst schnell reflektiert. Gegebenenfalls können hier Gesprächspausen helfen (vgl. T1: Z 113-117). Weiters findet sie die Grundhaltung der Validation hilfreich die im Kapitel „4.4.7.1 Validation“ näher erläutert wird (258-260). Die Haltung, solange es möglich ist, den Willen der Betroffenen zu respektieren wird auch erwähnt (vgl. T1: Z 74)

IP erwähnt im Zuge des Klientenkontaktes bei Demenzerkrankungen und PTBS nicht die Haltung der klugen Helferin einzunehmen. Vielmehr soll die Soziale Arbeit als Besuch erscheinen und über positive, lebensnahe Themen mit den Betroffenen in Beziehung treten. Gesprächsthemen können hier Haustiere, der gepflegte Garten oder die Einrichtung der Wohnung sein. So kann Hilfe auch leichter einen Anfang finden (vgl. T2: Z 204-216).

4.4.3 Biographiearbeit und Lebensweltorientierung

SA meint ein Kapitalfehler der Sozialen Arbeit wäre die persönliche Situation der Betroffenen und Angehörigen zu ignorieren (vgl. T1: Z 222). Ihr ist es sehr wichtig die konkrete Problematik zu erfragen. Dazu gehört auch das Analysieren von schwierigen Lebenssituationen (vgl. T1: Z 33). Sie meint Biographiearbeit hört sich so hoch methodisch an, ist es in der Praxis aber nicht. Sie fragt Betroffene in frühen Stadien selbst oder deren Angehörige wie die Betroffenen früher gelebt haben. Hierzu gehören beispielsweise Freizeitbeschäftigungen sprich ob ein Mensch eher aktiv oder gerne zu Hause war, das Sozialverhalten und ob man eher eine sehr individuelle Freigeist Natur hatte oder den gesellschaftlichen Normen entsprochen hat (vgl. T1: Z 108-112). Die Sozialarbeiterin versucht hier auch keine Themen auszusparen und allem soweit möglich einen Raum zu geben. Sind die Patient*innen mit anderen Themen beschäftigt kommt man in der Beratung ohnehin nicht weiter (vgl. T1: Z 121-124). Das Betrachten der Biografie und der Orientierung an der Lebenswelt der Patient*innen ermöglicht es der Sozialarbeiterin Lebenssituationen nicht nur zu analysieren, sondern auch zu deuten. Ein Beispiel wäre hier das Vermeiden der Dusche einer Dame mit Demenz, weil sie in jüngeren Jahren nur ein Waschbecken zum Säubern zur Verfügung hatte. So lässt sich Verhalten herleiten. (vgl. T1: Z 182-188). Durch die Auseinandersetzung mit der Biografie und Lebenswelt lassen sich passgenaue Hilfen finden. Beim Thema Verwahrlosung setzt die Sozialarbeiterin den aktuellen Zustand mit den Lebensgewohnheiten der Vergangenheit in Verbindung. Hat ein Mensch sein Leben lang nicht einen besonders sauberen Haushalt gehabt, ist das für die Person recht normal. War ein Mensch ein Leben lang sehr reinlich bildet das einen anderen Bezug (vgl. T1: Z 136-138). Durch das Betrachten der individuellen

Situation und der Analyse und Deutung von Lebenssituationen ist es der Sozialarbeiterin möglich den Angehörigen Empfehlungen in Bezug auf Umgang mit und Haltung gegenüber den Betroffenen zu geben. Da die Angehörigen in den analysierten Situationen mit den Betroffenen beteiligt sind ist auch ihre individuelle Lage von Relevanz (vgl. T1: Z 34-36).

Für IP ist die Erinnerung von Betroffenen an ihre Biografie einer der Anhaltspunkte, um zwischen einer Alzheimer-Demenz und einer PTBS zu unterscheiden. erinnert sich ein Mensch an bestimmte biografische Momente und Lebensphasen nicht mehr oder hat diese nicht abgespeichert kann das auf eine PTBS hindeuten. Wird jedoch nach und nach umfassend das Gedächtnis vermindert, vor allem auch das Kurzzeitgedächtnis scheint es sich eher um eine Alzheimer- Erkrankung zu handeln (vgl. T2: Z 50-60). Kommen Menschen mit einer PTBS in eine Trauma-Schleife, sprich die traumatischen Inhalte werden zum zentralen, allumfassenden Thema kann es hilfreich sein davon Abstand zu nehmen. Professionist*innen können für Gespräche über traumatische Erfahrungen einen Zeitrahmen festsetzen. Ist dieser Zeitrahmen vorüber wird sich anderen, positiven Themen gewidmet. Ebenso sollte bei der PTBS darauf Rücksicht genommen werden, wenn Klient*innen nicht über die Ereignisse sprechen möchten. Es liegt nicht bei den Professionist*innen hier einzudringen. Dazu gehört auch das Informieren über die Möglichkeit einer Traumatherapie (vgl. T2: Z 141-153). Ob der/die Betroffene das will ist jedoch seine Entscheidung. Die Biografie kann auch im Sinne der transgenerationalen Traumatisierung eine Rolle spielen. Hier werden Betroffene aber auch Angehörige von den traumatischen Ereignissen beeinflusst (vgl. T2: Z 220-229).

4.4.4 Handlungsweisen spezifisch bei Alzheimer- Demenz

IP erwähnt im Zuge der Handlungsweisen, die bei einer Alzheimer- Demenz passend sind, die Validation. Sie bezieht sich hier auf das aktive Zuhören und das Eingehen auf die aktuelle Gefühlslage des/der Betroffenen. Auf der Ebene ist es den Menschen vor allem bei vorangeschrittenen Stadien noch möglich ihre Bedürfnisse auszudrücken. Kommunikation auf der rationalen, kognitiven Ebene ist je nach Stadium nicht bis kaum möglich (vgl. T2: Z 113-121). Weiters kommt bei Betroffenen oft ein Gefühl des Verlustes des Selbst auf. Hier kann man ihnen das Gefühl geben noch jemand zu sein. Eine Methode hierfür wäre das Anbieten von freier Betätigung. IP beschreibt die Situation, dass man an einem Wäschekorb vorbei geht und sagt. „da sollte sich auch wieder mal jemand drum kümmern“. Die Betroffenen können dann im Wäschekorb herumwühlen und denken sie sind bei der Arbeit. Das gibt im Moment das Gefühl von Kontrolle, Lebensinhalt und Selbstwirksamkeit ein Stück weit zurück (vgl. T2: Z 53-62).

In ihren Handlungsweisen bezieht sich SA im Interview fast ausschließlich auf Demenz. Somit sind die Inhalte der SA des Kapitels „4.4 Agieren der Sozialen Arbeit und Handlungsweisen“ auch hier gültig. In der Validation werden vier Grundbedürfnisse beschrieben, an die man sich halten kann: Sicherheit, Liebe, Verwirklichung und die Anerkennung (vgl. T1: Z 193-195). Die Validation im Sinne der vollen Anwendung der Methode empfiehlt sie für Angehörige nicht, da sie eine sehr anspruchsvolle Methode darstellt. Wenn die Angehörigen gezielt nach der Validation fragen leitet sie gegebenenfalls an Professionisten oder Kurse v. Rotem Kreuz weiter (vgl. T1: Z 276-282)

4.4.5 Handlungsweisen spezifisch bei PTBS

IP sagt klar, dass man bei einer PTBS keine Validation anwenden kann. Bei der PTBS geht es darum die Betroffenen aus ihrem getriggerten, dissoziierten Zustand herauszuholen. Hier geht man nicht auf die Gefühlslage ein wie beispielsweise das Aufgelöst sein oder die Verzweiflung. IP meint hier wendet man „die üblichen Methoden“ an, um den Menschen herauszuholen (vgl. T2: Z 122,141). Ebenso wichtig sind die Anerkennung und die Würdigung des Leids als auch das bestätigen, was die Betroffenen in ihrem Leben schon alles gemeistert haben. Hier sollte man aufpassen, dass die Betroffenen nicht in eine Trauma- Schleife kommen. Der Erzählung der traumatischen Ereignisse soll beispielsweise eine gewisse Zeitspanne gegeben werden. Danach kann auf positive Themen gewechselt werden. Es kann auf Ressourcen Bezug genommen werden (vgl. T2: Z 163-181). Falls die Betroffenen eine PTBS als Einzeldiagnose haben oder bei einer Doppeldiagnose kognitiv noch gut zurechtkommen, kann die Soziale Arbeit auf Traumatherapien hinweisen und gegebenenfalls weiterleiten (vgl. T2: Z 246-249).

SA meint es ist klarerweise insbesondere für Pflegepersonal wichtig, dass sie beispielsweise bei Menschen, die viel Zeit in Bunkern verbracht haben nicht ganz abzudunkeln. Die Sozialarbeiterin hatte auch mal die Situation, dass sie auf einen Hausbesuch ging und ihr im Vorhinein gesagt wurde, dass nur Frauen anwesend sein sollen. Die Betroffene wurde im zweiten Weltkrieg vergewaltigt und ist in der Vergangenheit einmal als ein Pfleger zu ihr kam komplett dekompenziert (vgl. T1: Z 297-304).

4.4.6 Handlungsweisen bei Alzheimer-Demenz und PTBS

IP spricht bei der Auswahl der richtigen Handlungsweisen von Versuch und Irrtum. Sind sich die Professionist*innen nicht sicher, ob es sich um eine Alzheimer- Demenz oder um eine PTBS handelt, können sie aufgrund ihrer Vermutung versuchen zu handeln. Sichersein kann man sich aber oftmals nicht (vgl. T2: Z 217-219).

„Geh ich mehr in die Alzheimer, geh ich mehr in die Traumaschiene?“ (T2: Z 218)

Wie bereits in Kapitel „4.1 Symptome und daraus entstehende Bedürfnisse“ beschrieben wurde, kommt es laut IP bei beiden Erkrankungen aus unterschiedlichen Gründen zu einem Kontrollverlust. Hier können Professionist*innen helfen das Gefühl subjektiver Kontrolle herzustellen. Mit welchen Methoden man das macht ist jedoch wieder bei beiden Erkrankungen und je nach kognitiven Fähigkeiten unterschiedlich (vgl. T2: Z 124-139). Ebenso beschreibt IP2 das Ankündigen als wichtige Methode um den Betroffenen nicht das Gefühl zu geben überfallen zu werden. Auch hier ist die Kontrolle relevant (vgl. T2: Z 127). Weiters kann bei beiden Erkrankungen stets im Gespräch über Ressourcen gesprochen werden. Das bringt positive Themen in den Kontakt, bringt Anerkennung und ermöglicht ein in Kontakt kommen, wenn Menschen keine Hilfe annehmen wollen (vgl. T2: Z 167,179,219).

Nun folgt die Kurzinterpretation dieses Kapitels. IP stellt klar dar, dass es eine Differenzierung braucht. In ihren Aussagen wirkt es so, dass man bei jedem Betroffenen genau schauen muss, ob eine Alzheimer- Demenz oder eine PTBS vorliegt. SA sieht die Relevanz der Unterscheidung nicht. IP scheint ihre Handlungsweisen verstärkt auf den direkten Klientenkontakt zu beziehen. Verstärkt geht es um ein in Kontakt kommen und um einen gelingenden Umgang. Klassische sozialarbeiterische Beratung über Themen wie Finanzen, Wohnen und weiteres werden nicht konkret besprochen. Hierzu wird gesagt, dass kognitiv anspruchsvolle Inhalte je nach Stadium für Menschen mit einer Demenz kaum bis nicht erfassbar sind. Weiters könnte man sagen, dass auch SA sich Versuch und Irrtum bedient. Wenn die Sozialarbeiterin den Angehörigen Ratschläge für einen gelingenden Umgang gibt, kann hier auch kein Erfolg garantiert werden. Durch den bleibenden Austausch mit den Angehörigen können über Zeit passende Handlungsweisen gefunden werden. SA meint die Validation ist eine höchstkomplexe Methode und schwierig in der Anwendung. Sie wendet lediglich die Grundhaltung stets an. Das Aufarbeiten von Themen ist beispielsweise bei einer Alzheimer- Demenz nicht möglich. IP spricht bei der Validation auch nur von der Grundhaltung und nicht von einem aufarbeiten von Themen. Die Interviewpartnerinnen scheinen die Validation ähnlich anzuwenden.

4.5 Spielräume der Beratung

Eine Schwierigkeit stellt in der Sozialen Arbeit mit Menschen mit Demenz laut SA die Partizipation dar (vgl. T1: Z 103-104). Insbesondere in vorangeschrittenen Stadien ist die Beratung direkt mit den Betroffenen oft nicht mehr möglich. Vor allem das Aushandeln und Diskutieren würde zu Überforderung führen oder ist aufgrund des geistigen Verfalls komplett unmöglich. Ein weiterer Punkt im Zuge der Partizipation ist die Gültigkeit der Aussagen der Betroffenen. Aufgrund der Demenz können Situationen von den Betroffenen selbst kaum eingeschätzt und Entscheidungen nicht zuverlässig getroffen werden. Hier kann die Sozialarbeiterin die Bedürfnisse und den Willen erfragen doch die Antworten der Betroffenen können sich schnell ändern. Ebenso macht der Realitätsverlust und die Orientierungslosigkeit die Bedürfnisse, den Willen und die Entscheidungen nicht haltbar (vgl. T1: Z 143-164). Aus diesen Gründen heraus muss die Sozialarbeiterin in der Gegenwart oftmals das Geschehen steuern. Bei fortgeschrittenen Stadien agiert sie oft vollkommen im Hintergrund da ein Austausch nicht mehr möglich ist und/oder zu Überforderung führen würde (vgl. T1: Z 79-82). Gibt es keinen direkten Kontakt zu den Betroffenen mehr, findet meist noch Kontakt zu den Angehörigen statt. SA berücksichtigt auch stark deren Bedürfnisse. Manchmal geht es darum Ehegatten zu entlasten. Beispielsweise werden Betroffene an ein Tageszentrum angebunden, das eigentlich nicht ganz ideal für die Person ist. Dennoch stellt es das geringere Übel dar, wenn zu Hause vermehrt schwierige Situationen auftreten (vgl. T1: Z 113-114). Im Falle von Gefährdungen muss die Soziale Arbeit auch durchgreifen. SA meint hier muss man manchmal transparent, konfrontativ sein und sich kurzhalten. Erklärungen und Diskussionen sind oft nicht förderlich. Die Professionisten, Angehörige und Betroffene müssen geschützt werden (vgl. T1: Z 117-120).

IP äußert nicht direkt Inhalte zu den Spielräumen der Beratung. Einige Inhalte können hiermit jedoch in Verbindung gesetzt werden was nun in der Kurzinterpretation dargestellt wird. IP hat wie im Kapitel „4.4.6 Handlungsweisen bei Alzheimer-Demenz und PTBS“ beschrieben wurde von Versuch und Irrtum gesprochen. Hier werden die Grenzen im Sinne der Einschätzung der Professionist*innen klar. Für die Diagnose sind Sozialarbeiter*innen ohnehin nicht zuständig, aber auch Vermutungen können sehr vage sein und es muss sich versucht und gegebenenfalls geirrt werden. Weiters meint IP, dass Menschen mit einer PTBS sich nur selbst für eine Befassung mit ihren traumatischen Ereignissen entscheiden können. Die soziale Arbeit kann hier nur auf Hilfe verweisen. Kommen Menschen in Trauma- Schleifen meint IP das man hier auch Grenzen setzen muss. Es geht auch darum die Angehörigen und Professionist*innen vor einer Mitgeföhlrserschöpfung durch Überlastung zu schützen. Im Allgemeinen scheint IP vermehrt am Potential orientiert und die Sozialarbeiterin verweist vermehrt auf Grenzen. In der Praxis sind wir oft mit institutionellen Logiken, eingefahrenen Systemen, Ressourcenknappheit und geringer Kapazität konfrontiert. Das könnte den Blick der Sozialarbeiterin beeinflussen.

5 Fazit und Ausblick

Nun werden die Ergebnisse und die Literatur miteinander in Verbindung gebracht als auch die Forschungsfragen beantwortet. Es werden ebenfalls Bezüge auf den Forschungsprozess genommen. Am Ende folgt ein Ausblick auf die Soziale Arbeit im Handlungsfeld „Alte Menschen“ und eine Darstellung offener Fragen für die zukünftige Forschung.

Im ersten Teil soll die Vorannahme der Relevanz der Unterscheidung beider Erkrankungen nochmals in den Blick genommen werden. Ebenso wird die erste Subforschungsfrage beantwortet, die erfragt, warum und in welchem Setting die Unterscheidung für die Soziale Arbeit relevant ist.

„Bis zum Alter haben viele der betroffenen Frauen und Männer verdrängt und geschwiegen. Auch Profis haben daran mitgewirkt. [...] Aber das Thema muss in pädagogisches, sozialarbeiterisches, pflegerisches oder medizinisches Handeln integriert werden.“ (vgl. Killewald 2016:6)

Das Thema des Aufbrechens einer PTBS im Alter als auch die Überlappungen mit der Demenz sind in der Literatur bereits Thema. Killewald spricht sich dafür aus, das Wissen auch in die Praxis zu übertragen. Hier wird meist insbesondere die Pflege angesprochen, da sie den Betroffenen sehr intensiv und intim begegnet. Die Sozialarbeiterin hinterfragt im Interview die Relevanz und scheint sich wie die Auswertungen zeigen den Überlappungen nicht vollkommen bewusst zu sein. Hier würden die Auswertungen die Hypothese nahelegen, dass zu wenig oder gar fehlendes Fachwissen in Bezug auf die Unterscheidung auch das Bild der Relevanz auf das Thema tröben, da man herausfordernde Situationen nicht auf ihre Ursachen zurückführen kann. Die Sozialarbeiterin erwähnt ebenfalls, dass sie in knapp über zehn Dienstjahren erst zweimal Betroffene betreut hatte, die von ihren PTBS Symptomen

Schwierigkeiten im Alltag mit sich brachten. Man weiß, dass ungefähr ein Drittel der Kriegskinder traumatisiert sind und davon fünf Prozent schwer. Es wäre spannend statistische Größen hiermit im Detail in Verbindung zu setzen. Was gegen Ende des Forschungsprozesses durch die Auswertung ersichtlich wurde, war die Besonderheit des Settings die sich durch den Auftrag der Organisation, der Demenzabklärung ergibt. Die interdisziplinären Kolleg*innen der Sozialarbeiterin sind für die Demenzabklärung und Diagnosestellung zuständig. Da das medizinische und diagnostische Fachwissen bereits von den Kolleg*innen abgedeckt wird könnte es sein, dass die Sozialarbeiterin sich hier weniger zuständig fühlt. Würde die Sozialarbeiterin die Einschätzungen ihrer Kolleg*innen hinterfragen oder anzweifeln könnte die Teamdynamik belastet werden. Doch Fachwissen ist auch für den Umgang mit Betroffenen beider Erkrankungen relevant. Kurzzeitig hat es so gewirkt als wäre die Relevanz in dem Setting der Sozialarbeiterin tatsächlich nicht gegeben, da sie mit den Betroffenen kaum in Kontakt kommt, sondern vermehrt Angehörigenarbeit macht. Jedoch analysiert sie mit den Angehörigen unter anderem Lebenssituationen und erarbeitet mit ihnen Ideen für einen gelingenderen Umgang und Alltag mit den Betroffenen. Somit hat sie es ebenfalls mit dem Umgang der Betroffenen zu tun, nur über die Angehörigen was besondere Analysefähigkeiten erfordert. Der Unterscheidung kommt im Fall der Sozialarbeiterin somit im direkten Umgang und insbesondere in der Angehörigenberatung Relevanz zu. Die Frage des Settings und der Relevanz scheinen somit für diese Arbeit geklärt. Es sei jedoch noch eine weitere Auffälligkeit hinzugefügt. Im Zuge der Angehörigenarbeit scheint es bei der Sozialarbeiterin zu einer verstärkten Orientierung an den Bedürfnissen der Angehörigen zu kommen. Die Bedürfnisse der Angehörigen sind wichtig, da sie eine enorme Ressource für die Betroffenen darstellen. Für eine langfristig gelingende Unterstützung der Betroffenen durch die Angehörigen ist deren psychosozialer Zustand ebenfalls von großer Relevanz. Jedoch muss darauf geachtet werden, dass es durch den verstärkten Kontakt zu den Angehörigen nicht zu einer, wie ich es nun nennen möchte, Klient*innenverschiebung kommt. Hierbei meine ich, dass die Angehörigen primär angehört werden und die Betroffenen alten Menschen mit ihren Bedürfnissen etwas in den Hintergrund geraten. Was ebenfalls die Organisation und das Setting betrifft ist die Ressourcenknappheit, die von der Sozialarbeiterin angesprochen wird. Wie Anfangs dargestellt, ist die Soziale Arbeit in der Arbeit mit alten Menschen noch zu wenig präsent. Insbesondere aufgrund des demografischen Wandels wird es zu einem weiteren Anstieg des Bedarfs kommen. Die Soziale Arbeit kann hier ihre Funktion gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen zu fördern und ihren politischen Auftrag in Anspruch nehmen (vgl. OBDS 2016:2). Es sollte Bewusstsein für den Bedarf erzeugen als auch Druck ausgeübt werden, um eine tatsächliche Aufstockung der Ressourcen im Bereich zu erzielen.

Die zweite Subforschungsfrage bezieht sich auf das von Sozialarbeiter*innen benötigte Fachwissen über Alzheimer- Demenz und PTBS. Die Sozialarbeiterin hat einen großen Wissensschatz über Demenzformen, den Umgang mit an Demenz erkrankten Personen. Ebenfalls spricht sie sich dafür aus, dass jeder der in dem Bereich arbeitet sich mit der Validation auseinandersetzen sollte. Über die PTBS und vor allem die Überlappungen mit einer Alzheimer- Demenz konnte sie im Interview nicht viel sagen. IP und auch die Literaturrecherche legen es nahe, dass Sozialarbeiter*innen im Altenbereich über ein

Grundwissen der hier behandelten Thematik verfügen sollte. IP betont die Notwendigkeit des Wissens über die Symptomatik beider Erkrankungen, um deren Ähnlichkeiten als auch Unterschiede wahrnehmen zu können. Durch die Unterscheidung und dem Wissen über die Ursachen der Symptomatik wird ein passender Umgang möglich. Welche Handlungsweisen bei einer Alzheimer- Demenz und/oder einer PTBS anwendbar sind stellt die Hauptforschungsfrage dar und wird im nächsten Abschnitt beschrieben.

„Wir brauchen diese Differenzierung für die alten Menschen, weil mit einem Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung muss ich anders umgehen.“ (T2 Z 31-32)

Das Fachwissen bezieht sich nicht nur auf das rein theoretische Wissen, sondern auch auf die Kenntnis über passende methodische Handlungsweisen. Die Soziale Arbeit will durch die Beratung unter anderem zu einer Stabilisierung der Lebenssituation der Menschen beitragen und weitere Verschlechterungen von Situationen nach Möglichkeit vermeiden. Insbesondere soll durch das Handeln der Sozialen Arbeit keine Verschlechterung der Situation der Klient*innen bewirkt werden. Somit gilt es auch in der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer Alzheimer- oder einer PTBS-Erkrankung Handlungsweisen zu vermeiden die einen Schaden verursachen würden. Vorerst wird auf beide Erkrankungen als Einzeldiagnose eingegangen. Bei der Auswahl passender Handlungsweisen müssen sich die Ursachen der gezeigten Symptomatik angesehen werden. Bei einer Alzheimer- Demenz kommt es zu einem Verfall des Gehirns und somit zu Gedächtnisverlust, der Abnahme kognitiver Fähigkeiten und Orientierungslosigkeit in Raum und Zeit. Je nach Stadium der Demenz und Zustand der Betroffenen sind die Handlungsweisen zu wählen. Der Beziehungsaufbau der Sozialen Arbeit kann auch auf emotionaler Ebene stattfinden. Auf dieser Ebene sind die Betroffenen lange erreichbar. Die Sozialarbeiterin meint die Betroffenen erinnern nicht weiterhin emotional an sie als eine Person, die sich bemüht. Eine ausführliche Anamnese als auch Soziale Diagnostik können im Verlauf der Stadien stets weniger angewendet werden. Auch Beratungen zur aktuellen Lebenslage und benötigten Hilfen wie die Umsiedelung in ein Pflegeheim oder die Notwendigkeit einer Heimhilfe können in späteren Stadien schwer geführt werden. Betroffene können ihre gesundheitliche Lage aufgrund des Verfalls des Gehirns immer weniger bis nicht mehr einschätzen. Was man jedoch immer machen kann ist den Willen zu erfragen und zu versuchen Partizipation so weit als möglich zu garantieren. Es stellt sich jedoch die Frage der Gültigkeit der Aussagen. Betroffene erinnern sich oft nicht mehr an besprochene Inhalte und ändern auch öfters ihren Standpunkt. Die Soziale Arbeit kann sich dann in ihren Entscheidungen vermehrt auf die Biografie der Betroffenen, die Aussagen der Angehörigen und den gesundheitlichen Zustand der Betroffenen stützen. Auch die Validation ist in ihrem vollen Ausmaß in vorangeschrittenen Stadien nicht mehr anwendbar, da ein Bearbeiten von Themen nicht mehr möglich ist. Die Grundhaltung des emotionalen Zugangs kann jedoch angewendet werden. Ebenso stets gültig sind laut der Sozialarbeiterin die in der Validation beschriebenen Grundbedürfnisse nach Liebe, Sicherheit, Verwirklichung und Anerkennung. Menschen mit einer Demenz spüren den tatsächlich vorherrschenden Kontrollverlust und haben oft ein Gefühl „niemand mehr zu sein“. Es kann freie Betätigung angeboten werden, um das Gefühl subjektiver Kontrolle herzustellen und das Ich-Gefühl im Moment zu stärken. Menschen mit einer PTBS sind nicht von einem generellen Verfall des Gehirns betroffen. Es handelt sich nicht um einen allgemeinen Gedächtnisverlust und auch das

Kurzzeitgedächtnis ist nach wie vor intakt. Einzelne Areale des Gehirns sind betroffen was sich in gewissen Situationen für das Umfeld merkbar auswirkt, wie im Kapitel „2.4.2. Somatische Zusammenhänge“ anhand der Ausführungen von Van der Kolk beschrieben wurde. Ebenso werden einzelne biografische Inhalte vergessen beziehungsweise nicht abgespeichert. Somit können Menschen mit einer PTBS generell kognitiv weiterhin angesprochen werden. In gewissen Situationen wie beispielsweise Flashbacks sind die Betroffenen jedoch kognitiv begrenzt ansprechbar. In diesen Situationen sollen die Betroffenen aus dem Wiedererleben herausgeholt werden. Den Betroffenen kann vermittelt werden, dass sie im hier und jetzt in Sicherheit sind und das Erlebte vorbei ist. Sinneseindrücke sollten aufrüttelnd sein und Bewegung als auch räumliche Veränderungen können helfen. Ebenso kann sich auf Werte und auf Dinge, auf die man stolz ist, bezogen werden (vgl. Tschainer-Zangl 2019:174). Ein Ansprechen auf der emotionalen Ebene als auch ein Widerspiegeln wie bei der Alzheimer- Demenz im Sinne der Grundlagen der Validation wäre höchst unangebracht. Betroffene würden tiefer in das Wiedererleben hineingezogen werden. Viele Betroffene erzählen vermehrt von ihren traumatischen Ereignissen was IP als Trauma-Schleife bezeichnet. Professionist*innen sollten den Erzählungen ihren Raum geben und das Leid anerkennen, jedoch nach gewisser Zeit auf positive Themen und Ressourcen umleiten. Sozialarbeiter*innen können den Betroffenen das Bearbeiten der traumatischen Ereignisse im Sinne einer Therapie vorschlagen. Die Betroffenen müssen jedoch selbst entscheiden, ob sie die traumatischen Lebensabschnitte nochmal ansehen möchten. Menschen mit einer PTBS versuchen Kontrollverlust zu vermeiden. Professionisten sollten viel mit Ansage Arbeiten und die Betroffenen über Handlungsweisen im Vorhinein informieren. So wird das Gefühl subjektiver Kontrolle vermittelt. Es gibt einige Aspekte in denen Menschen mit Alzheimer-Demenz oder PTBS dieselben Bedürfnisse haben beziehungsweise ähnliche Handlungsweisen anwendbar scheinen. Aufgrund der unterschiedlichen Ursachen der Erkrankungen müssen die Bedürfnisse jedoch auf unterschiedliche Art und Weise erfüllt werden als auch Handlungsweisen unterschiedlich ausgeführt werden. Beispiel hierfür wäre die Bezugnahme auf Ressourcen, das Geben des Gefühls subjektiver Kontrolle und die Biographiearbeit. Sind Menschen von beiden Erkrankungen betroffen wird die Unterscheidung für Professionist*innen besonders erschwert. IP meint man kann nicht immer genau Wissen um welche Erkrankung es sich handelt somit muss manchmal behutsam auch nach Versuch und Irrtum gearbeitet werden. Der Sozialarbeiterin sind Flexibilität und das Eingehen auf die individuelle Situation sehr wichtig. Es könnte auch von einem Agieren im Sinne von individuellen Lösungen und Versuch und Irrtum gesprochen werden. Obiges hat Methoden der Diagnostik als auch der Betreuung beschrieben. Weiters gibt es Methoden der Reflexion wie Abgrenzung, Coachings und Supervision. Sozialarbeiter*innen können ihr professionelles Agieren reflektieren, schwierige Situationen durchbesprechen als auch Erschöpfung und Burnout vorbeugen. Die Arbeit mit Menschen mit einer Alzheimer- Demenz als auch einer PTBS kann bei Professionist*innen zu Mitgefühlsererschöpfung als auch Überforderung führen. Die Methoden der Reflexion sollten auch angewendet werden. Abschließend lässt sich sagen, dass mehr Wissen mehr Handlungsspielraum eröffnet und gezieltere, passgenauere Hilfen ermöglicht. Ebenso können Schäden durch das Anwenden unpassender Handlungsweisen vermieden werden.

Nun soll mithilfe von Literatur und den Forschungsergebnissen meines Kollegen Felix Marti der Bezug zu Ex-Jugoslawien hergestellt werden. Meine dritte Subforschungsfrage widmet sich dem Wissen das Sozialarbeiter*innen über die Ex- Jugoslawienkriege in der Zusammenarbeit mit Betroffenen benötigen. In der Pflege ist bereits bekannt, dass in den Bereichen der Körperpflege, Ernährung und beim Schlafverhalten die meisten Schwierigkeiten für alte Menschen mit einer PTBS auftreten. Diese Schwierigkeiten werden auch von Angehörigen die Betroffenen Pflegen wahrgenommen (vgl. Romeike 2017:197). Da sie Soziale Arbeit Angehörige im Umgang mit den Betroffenen berät ergibt sich auch eine Relevanz für die Soziale Arbeit. Trigger, die zu Flashbacks führen sind sehr individuell. In einer Studie wurden Geräusche als häufigste Trigger genannt und sind kaum hervorsehbar. Auch „fremde Sprachen und Hautfarben“ können Trigger darstellen (vgl. ebd.:206). Tschainer-Zangl führt hier noch Geschmäcker, Gerüche und Medienberichte an. Weiters gibt es eine Reihe von Triggern, die sich auf das Gefühl der Kontrolllosigkeit und des Ausgeliefert seins beziehen. Hierzu gehören freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Nacktheit, körperliche Berührungen und die Intimpflege (vgl. Tschainer-Zangl 2019:171). Um das Verhalten von Betroffenen besser einordnen zu und Trigger vermeiden zu können brauchen Sozialarbeiter*innen laut Marti ein Grundwissen über die Kriege in Ex- Jugoslawien. Nun folgt eine exemplarische Auflistung einiger Fragen zusammengetragen aus den Ergebnissen von Marti, die sich Professionisten stellen sollten.

- Wer hat gegen wen, wann gekämpft?
- Wie wurden die Kriege ausgelöst?
- Wie verlief der Krieg in seinen Grundzügen und was für Kriegsverbrechen sind passiert?
- Wie wirken sich die Geschehnisse heutzutage auf die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen aus?
- Wie stehen sich die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen heutzutage gegenüber?
- Welche Behandlung haben Opfer und Täter*innen nach den Kriegen erfahren?

Eine Besonderheit der Jugoslawienkriege ist die Frage der Zugehörigkeit insbesondere für die Generationen vor 1960. Unter den verschiedenen Bevölkerungsgruppen herrschen unterschiedliche Betroffenheiten vor und die Geschehnisse werden unterschiedlich interpretiert. In Schulbüchern werden für die Kriegsverbrechen lediglich die anderen Kriegsparteien verantwortlich gemacht was das Bilde der Bevölkerung prägt. Es kommt auch zu Abneigung zwischen den Bevölkerungsgruppen. Bezogen auf die Täter*innen wurden viele nicht verurteilt. Heutzutage werden ehemalige Generäle die in der Vergangenheit schwere Kriegsverbrechen begangen haben zelebriert. Die politische Führung in Serbien erhebt derzeit abermals Ansprüche auf Bosnien und Herzegowina als und Montenegro. Serb*innen sind der NATO auch heutzutage aufgrund der Bombardierung Belgrads meist sehr kritisch gegenüber. Aktuelle Berichte über den derzeitigen Krieg in der Ukraine und die NATO können hier als Trigger wirken. Weiters schreibt Marti, dass Bewohner*innen in Pflegeheimen aus Ex-Jugoslawien vermehrt Essen horten, da sie damals eine Knappheit an Lebensmittel erlebt haben. Insbesondere bei der bosnischen Bevölkerung waren sexuelle Übergriffe an Frauen ein großes Thema. Betroffenen haben im Alter oft Angst und Panik insbesondere vor der Berührung von Männern beispielsweise bei der Körperpflege. Ebenso ziehen Bewohner*innen oftmals mehrere Gewandschichten an, da damals vermehrt nicht geheizt werden konnte und

es besteht Angst vor der Dunkelheit durch das Verstecken in Höhlen und Kellern während den Kriegen. Mithilfe dieses Wissens können Professionist*innen besser auf die Betroffenen eingehen, schwierige Situationen aufschlüsseln und manche Trigger vermeiden (vgl. Marti 2022:26-35).

In Bezug auf die zukünftige Forschung scheint es sinnvoll eine größere Zahl an Sozialarbeiter*innen zu der Thematik zu interviewen, um klarere Aussagen treffen zu können. Ebenso könnte ein „Ist-Stand“ aufgezeichnet werden. Weiters wäre es interessant die Beratung von Menschen mit einer Alzheimer- Demenz im Sinne der Sozialraumorientierung, der Partizipation und dem Bild von Klient*innen als Expert*inne zu erforschen. Die Sozialen Arbeit sollte sich stets überflüssig machen und zur Selbsthilfe beitragen. Klient*innen steuern den Beratungsprozess mit und sind Expert*innen ihres Lebens. Auch Galuske schreibt, dass Klient*innen die Qualität der Beratung stets mitbestimmen (vgl. Galuske 2015:1023). Diese Prinzipien scheinen bei der Beratung von an Alzheimer- Demenz erkrankten Menschen einigen Schwierigkeiten gegenüberzustehen. Im Hinblick auf den demografischen Wandel, das vermehrte Auftreten von Demenzerkrankungen und dem aktuellen Krieg in der Ukraine kann man mit Sicherheit sagen, dass die Relevanz des Themas dieser Arbeit nur zunehmen kann. Im Sinne des gesellschaftlichen und Politischen Auftrags der Sozialen Arbeit sollte sie sich für die Betroffenen alten Menschen stark machen und Veränderungen anregen.

Literatur

Bigl, Volker/ Arendt, Thomas (2003): Morphofunktionelle Hirnveränderungen im Alter und bei altersassoziierten Leistungsstörungen. In: Förstl, Hans (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. 2. Auflage, Stuttgart: Thieme, S. 64-86.

Bojak, Barbara (2021): Ein schicksalsschwerer Zusammenhang. Wie Traumatisierungen das Risiko für Demenz erhöhen. In: Geriatrie Report, 16 (1), 2021, 22-25.

Bundesministerium (2019): Pflegepersonal. Bedarfsprognose für Österreich. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Search> [05.03.2022].

¹Dehner-Rau, Cornelia/ Reddemann, Luise (2020): Trauma verstehen bearbeiten überwinden. Ein Übungsbuch für Körper und Seele. 6. Auflage, Stuttgart: Trias.

FH- St Pölten (2018): Soziale Arbeit mit alten Menschen. Social Work Science Day an der FH. St. Pölten. <https://www.fhstp.ac.at/de/newsroom/news/soziale-arbeit-mit-alten-menschen> [07.03.2022].

Flick, Uwe (2016): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. 3. Auflage, Hamburg: Rowohlt Verlag.

Flick, Uwe (2019): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 9. Auflage, Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Förstl, Hans (2012): Demenzatlas. Stuttgart: Thieme.

Galuske, Michael (2015): Methoden der Sozialen Arbeit. In: Thiersch, Hans/ Otto, Hans-Uwe (Hg.): Handbuch der Sozialen Arbeit. 5. Auflage, München: Reinhardt Verlag, 1021-1035.

ICD-CODE (2022): ICD-10-GM-2022 Systematik online lesen. <https://www.icd-code.de/> [02.03.2022].

Killewald, Norbert (2016): Das Wissen über Alter und Trauma muss in der Praxis spürbar werden. In: Alter und Trauma (2016): Alter und Trauma. Unerhörtem Raum geben. Minden.

Kurz, Alexander/ Freter, Hans-Jürgen/ Saxl, Susanna/ Nickel, Ellen (2017): Demenz das Wichtigste. Ein kompakter Ratgeber. 4. Auflage, Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft.

Marti, Felix (2022): Die Bedeutung von Wissen über die Jugoslawienkriege für die Soziale Arbeit im Pflegeheim mit Menschen aus der Region. Bachelorarbeit, Fachhochschule St. Pölten.

OBDS (2016): Basisdokumente der Sozialen Arbeit. Definition DBSH Final. <https://www.obds.at/publikationen/basisdokumente-dersozialen-arbeit/> [20.04.22].

OBDS (2004): Basisdokumente der Sozialen Arbeit. Handlungsfelder. <https://www.obds.at/publikationen/basisdokumente-dersozialen-arbeit/> [18.04.22].

Pharma Fakten (2021): Alzheimer. Früh kümmern damit man später nichts vergisst. <https://www.pharma-fakten.de/grafiken/detail/1063-alzheimer-frueh-kuemmern-damit-man-spaeter-nicht-vergisst/> [08.03.2022].

²Philipp-Metzen, Heike Elisabeth (2015): Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz, Grundwissen und Handlungsorientierung für die Praxis. 1. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.

³Preitler, Barbara (2016): An ihrer Seite sein. Psychosoziale Betreuung von traumatisierten Flüchtlingen. Innsbruck: Studienverlag.

Ramsauer, Petra (2021): Jugoslawien Geschichte bis zum Ausbruch der Bürgerkriege ab 1991 mit Schwerpunkt auf potenziell traumatisierende Aspekte. Ein journalistisch recherchierter Abriss, Wien.

Romeike, Astrid (2017): Reaktivierung von Traumata aus dem Zweiten Weltkrieg. Erscheinungsformen und Umgang mit der Thematik in der stationären Altenhilfe. In: Pflege und Gesellschaft (Hg): Die Bedeutung von Traumata. Herausforderungen für Pflegenden und andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Band 3. Weinheim: Beltz Juventa, 197-213.

Schallberger, Peter (2020): Professionalität. Professionalisierung Sozialer Arbeit als Profession. <https://www.peterschallberger.ch/lehre.html> [10.03.2022].

Staub-Bernasconi, Silvia (1964): Wissen und Können. Handlungstheorien und Handlungskompetenz in der Sozialen Arbeit. In: Mühlum (Hrsg.) (2004): Sozialarbeitswissenschaft. Wissenschaft der Sozialen Arbeit. Band 9, Freiburg: Lambertus-Verlag.

Thole, Werner (2012): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

⁴Tschainer-Zangl, Sabine (2019): Demenz ohne Stress. Demenzerisch lernen für einen leichteren Umgang mit Demenzerkrankten. 1. Auflage, Weinheim: Beltz Juventa.

⁵Van der Kolk, Bessel (2021): Verkörperter Schrecken. Traumaspuren im Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. 7. Auflage. Lichtenau: Probst Verlag.

Daten

IV1, Interview geführt von Lisa Dänninger mit einer Sozialarbeiterin einer Einrichtung zur Demenzabklärung, 15.02.2022, Audiodatei.

IV2, Interview geführt von Lisa Dänninger mit einer Psycho- Gerontologin, 24.03.2022, Audiodatei.

T1, Transkript 1, erstellt von Lisa Dänninger, April 2022, durchgehend nummeriert.

T2, Transkript 2, erstellt von Lisa Dänninger, April 2022, durchgehend nummeriert.

Abkürzungen

PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung

IP: Interviewpartnerin

SA: Sozialarbeiterin

Abbildungen

Abb.1, Pharma Fakten (o.A.): Älter werdende Gesellschaft. Eine Herausforderung für das Gesundheitssystem. <https://www.pharma-fakten.de/grafiken/detail/1080-demografischer-wandel-mehr-demenz-krebs-und-co/> [26.04.2022].

Abb.2, Dänninger, Lisa (2022): Vergleich ausgewählter Symptomatiken einer Alzheimer-Demenz und PTBS. Eigens erstellte Tabelle.

Abb.3, Alzheimer Forschung (o.A.): Anatomie des Gehirns. <https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/wasistalzheimer/veraenderungen-im-gehirn/anatomie-des-gehirns/#lightbox-image> [20.04.2022].

Anhang

T2, IP

00:26:00 IP Wir sind bei der Demenz sehr schnell bei der Lösung, immer als ich erlebe, da will einer zur Tür rausrennen und dann versuche ich, den zurückzuhalten und das heißt, wenn ich aber erstmal verstehe warum will der jetzt zur Tür raus. Also da geht es um dieses Verständnis. Deswegen [anonymisiert] um das Verständnis was ist los mit dem? Und dann agiere ich, weil es kann sein, der will raus, weil es ihm zu laut ist, weil er Hunger hat oder weil ihm langweilig ist und so weiter. Also das wäre die eine Schiene und was für den Demenzpatienten auch noch sehr, sehr wichtig ist. Diese also auch da ein Stichwort, dass wir denen das Gefühl geben, ich bin noch wer. Und ich hab da den Begriff gefunden. Bei vorangeschrittener Demenz Ergebnis freie Betätigung anzubieten. Ja, also, wir sind ja immer, da muss ein Ergebnis her die Handtücher zusammenlegen, die Netz Hosen zusammenlegen, das bieten wir dem Demenz Kranken an oder mal das Mandala aus und oft bei einer mittelschweren Alzheimererkrankung geht das nicht mehr. Beziehungsweise die Betroffenen haben Angst, wenn sie etwas tun, dass sie scheitern, dass sie wieder ein Misserfolgs Erlebnis sich selber produzieren oder sagen nee, nee, ich will nicht. Und wenn wir denen Ergebnis freie Betätigung anbieten, zum Beispiel nicht sagen, leg die Handtücher zusammen, sondern ich stell nen Korb hin, wo irgendwelche Wäsche, Handtücher oder was drin sind und sagst beim vorbeigeh: Mensch, da müsste sich auch mal jemand drum kümmern und dann kann der Demenz- Patientin da drinnen rum kuscheln und denke ich bin bei der Arbeit. Bei den Menschen mit posttraumatischen Belastungsstörungen ist für mich ein zentrales Moment das Thema Anerkennung. Also ich erlebe ganz oft, dass gerade die älteren und alten Hochbetagten, dass das Tabu waren, da hat man nicht drüber geredet, man hat sehr lange funktioniert und aus unterschiedlichsten Gründen bricht es im Alter auf oder wird durch die Demenz auch noch angetriggert. Das Traumafolgestörungen in den Vordergrund treten. Und wenn wir da einen Mix machen, aus das Leid anzuerkennen, zu würdigen, einfach .einfach also rückmelden, wenn das kognitiv verbal noch möglich ist. Wahnsinn, was Sie erlebt haben. Und dann sehr schnell rüber in die Ressourcen gehen. Aber Wow, wie Sie Ihr Leben gemeistert haben, gestandenes Mannsbild, tüchtigste Familienarbeiterin, wie sie das hingekriegt haben so. Genau also die Würdigung des Leids und die, der Blick rüber in die Ressourcen, was sehr sehr wichtig ist. Ich erlebe immer wieder ältere Herrschaften, die in diese Traumaschleife geraten und das ist auch ein großes Thema, wenn dann die Demenz dazu kommt. Es gibt noch ein Thema und das ist, irgendeine Katastrophe, die ich erlebt habe. Ob das jetzt historisch, familiär, umweltbedingt was auch immer ist und die verlieren sich und erzählen immer wieder von der Katastrophe. Umwelt ist genervt und da was nicht ob Sie den Begriff Traumataubauger kennen?

00:29:38 Ich Nee, gar nicht.

00:29:39 IP Ah, okay. Trauma Staubsauger heißt das Trauma hat so ne, das traumatisierende Ereignis hat so ne Qualität, es saugt alles andere was noch um mich herum ist auf und will als zentrales Thema dastehen. Und deswegen reden die Betroffenen ohne Ende davon und unsere Aufgabe in der Begleitung ist es, diesen Traumataubauger auszuschalten. Das heißt je nach kognitivem Zustand würde ich Kontrakte schließen, also wenn ich dann in der Beratungssequenz oder in einer Beratungsreihe hier bin. Wenn ich das mitkriege, da verliert, sich jemand sozusagen. Also zu vereinbaren 10 Minuten reden wir drüber. Und dann gucken wir mal in eine andere Ecke von ihrem Leben und nach diesen 10 Minuten auch wirklich zu sagen so Frau Hintermoser, für heute passt. Jetzt erzählen sie mir doch mal, ich weiß doch sie sind so stolz da darauf, dass sie immer allen Nachbarn in den Vereinen geholfen haben. Also das Umlenken kognitiv auf die Ressourcen hin und was zum Thema Trauma, aber ich denke, das werden sie ihrerseits auch schon bearbeitet haben, ist dieses Riesenthema der Mitgefühlerschöpfung also, wenn es uns nicht gelingt, diesen Traumataubauger zu identifizieren und ausschalten zu können, erschöpfen wir in den helfenden Berufen selber selig, weil es ja so ein Fass ohne Boden ist.

Auswertung – Thematisches Kodieren nach Flick (2009) – IP

In Klammer- Zeilenangaben des Interviews

Hauptkategorien	Subkategorie	Subkategorie	Ausschnitte des Interviews
Unterschiede und Gemeinsamkeiten	Alzheimer- Demenz PTBS	• Symptome • Bedürfnisse • Ursachen • Verstärkung • Sinn der Unterscheidung	Folgen der Unterscheidung: Verständnis, verbesserte Kommunikation und Umgangsformen (vgl. T2: Z 10-11, 153-155) Der Not der Betroffenen und Professionist*innen entgegenwirken (vgl. T2: Z 226-227, 305-306) Mitgefühlerschöpfung entgegenwirken (vgl. T2: Z 280-281) Demenz: Demenz wird zu oft fehlzugeschrieben (vgl. T2: Z 24-30) Verwechslungsgefahr (vgl. T2: Z 24-30) Gedächtnisverlust, insb. Kurzzeitgedächtnis, Weggetretenheit, Aggression-Zuschreibung (vgl. T2: Z 50f.) Realitätsorientierung vermindert, Kognitive Fähigkeiten vermindert, Gefühls-Bedürfnisaussäuerungen möglich (vgl. T2: Z 119,138) Kontrollverlust (vgl. T2: Z 123,134) Fehlende geistige Kontrolle (vgl. T2: Z 143) Angst vorm Scheitern (vgl. T2: Z 159) Ansprechbarkeit (vgl. T2: Z 117) Gehirn wird zerstört (vgl. T2: Z 58) PTBS: Dissoziieren, Lebensabschnitte Vergessen, Trigger, Verhalten ändert sich v. jtz. auf gleich (vgl. T2: Z 54-60) Kontrollverlust (vgl. T2: Z 123-134) Lebensabschnitte werden nicht abgespeichert (vgl. T2: Z 55-59) Selbsterhaltungssystem: Kampf, Flucht, Erstarren (vgl. T2: Z 55-56) Kurzzeitgedächtnis: Sich erinnern können, dass man professionelle Helfer*innen gesehen hat (vgl. T2: Z 89-91) Keine Validation (vgl. T2: Z 121) Mit Ansage arbeiten (vgl. T2: Z 132) Durch Demenz angetriggert werden(vgl. T2: Z 165) Traumaschleife (vgl. T2: Z 169-171) Traumastabsauger (vgl. T2: Z 171-181) Wollen nie mehr Kontrollverlust erleben, ausgeliefert sein (vgl. T2: Z 211-212) Verbindendes: Kontrollverlust – Gefühl subjektiver Kontrolle geben (vgl. T2: Z 123,134,142)

Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Lisa Dänninger**, geboren am **28.02.1997** in **Wien**, erkläre,

1. dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Wien, am **28.02.2022**

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'L. Dänninger', written in a cursive style.