

20.145

Mich d'ukht, hider Porpo, hider Pusi
An eile noch im paar zeiten.
Die Lehrer dampfen hude alle ab, da
es für sie zu gefährlich ist. Hatt keine
Lorge um mich. Untereand vergeht. Pod
verdet. Wer jeht wohl sehr wenig wenn
man bedonnen. Die Pusiern stehen noch
nord 50 km von Thorn. Es wird schon
alles gut gehen. Gestern hatten wir
einen Angriff, da wer alle thorn.

Der Einfluss von Kriegserinnerungen auf die Praxis

Ein Leitfaden für Pflegende

kriegskind.de

 **AWO Pflege**
... zuerst kommt der Mensch

Titelbild: Auszug aus einem Feldpostbrief von Heinz Eberhard Prutz, *10.06.1928, vermisst im Frühjahr 1945. Seine Schwester Rosemarie Prutz lebt im AWO Servicehaus Kiel-Mettenhof.

Erinnern,
das ist vielleicht die qualvollste
Art des Vergessens
und vielleicht die freundlichste
Art der Linderung dieser Qual.

Erich Fried

Unser besondere Dank gilt Frau Dr. Helga Spranger, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Fachärztin für Psycho-therapeutische Medizin, Vorsitzende Kriegskind.de, die ganz entscheidend zu dem Entstehen des Leitfadens beigetragen hat.

Inhalt

1. Einleitung.....	5
2. Ausgangssituation in der Pflege.....	7
3. Belastungen der Pflegenden.....	10
4. Erinnern - warum?	14
5. Bedeutung von Kriegserinnerungen für die Pflege.....	20
6. Psychohistorie – Verknüpfungen zur Gegenwart	24
7. Erlebte Kriegssituationen, mit Einfluss auf die Pflege.....	31
8. Typische Pflegesituationen mit Auswirkungen.....	36
9. „Lebensgeschichten“ bedeutsam für die Pflege	38
10. Handlungsmöglichkeiten in Pflegesituationen	39
11. Besonderheiten bei demenzkranken Menschen	48
12. Möglichkeiten der Arbeit mit Erinnerungen.....	52
13. Fazit	56
14. Anhang	60
Literatur und Zitate	64

Hinweis: Zur besseren Lesbarkeit wurde auf die Doppelbezeichnung in männlicher und weiblicher Schreibweise verzichtet. Dieses stellt keine Abwertung eines Geschlechtes dar.

1. Einleitung

Menschen, deren Lebensgeschichte ganz ähnlich wie die in dem Ausschnitt auf dem Titelblatt ist, begegnen wir immer wieder in unseren Einrichtungen und Diensten. Im Rahmen unserer AG Erinnerungsarbeit haben wir uns in den vergangenen Jahren deshalb intensiver mit den Kriegserinnerungen dieser Menschen beschäftigt. Wir haben gemeinsam mit ihnen Erinnerungskisten gebaut, Leporellos gestaltet, Theaterstücke aufgeführt und die Musik dieser Zeit kritisch beleuchtet. Dabei ist deutlich geworden, dass der Krieg für viele der Menschen, denen wir im pflegerischen Alltag begegnen, prägend gewesen ist.

Fast ein Viertel der Gesamtbevölkerung ist heute über 60 Jahre alt (ca. 18,4 Mio.). Alle diese Menschen sind vom Zweiten Weltkrieg und seinen unmittelbaren Nachwirkungen geprägt worden. Kindheits- und Jugenderfahrungen der Generation, für die der II. Weltkrieg und die Jahre nach 1945 entscheidend waren, sind heute noch präsent und rufen Erinnerungen wach. Erinnerungen an gute, aber auch an schwere und beängstigende Geschehnisse.

Viele der Menschen, die jetzt pflegebedürftig sind oder werden, gehören der Generation der sogenannten „Kriegskinder“ an, geboren in den 20er und 30er Jahren, aufgewachsen im Krieg und konfrontiert mit oft lebensbedrohlichen Erlebnissen. Es geht um Erinnerungen an Flucht und Bombennächte, an Verlust und Vertreibung, aber ebenso um das erste Lachen nach dem Krieg, das Gefühl, wieder in Sicherheit zu sein, oder die Erkenntnis, in Schleswig-Holstein eine neue Heimat gefunden zu haben. Nicht alle haben traumatisierende Erfahrungen gemacht, aber alle haben in Zeiten gelebt, die besondere Anforderungen an das Leben und auch das Zusammenleben gestellt haben.

„Kriegskinder sind Menschen, die in ihrer Kindheit durch

direkte oder indirekte Einwirkungen des Krieges nachhaltig wirkende psychische und physische Schäden erlitten. Oft bleiben solche Kriegstraumatisierungen über Jahre unbewusst, sind aber doch wirksam und lösen komplexe seelische oder psychosomatische Krankheitsbilder aus. Die Lebensgestaltung eines so traumatisierten Menschen bleibt durch die Kriegserlebnisse geprägt und kann die nächste und übernächste Generation verändern.“¹

Doch was haben Kriegserinnerungen mit der Pflege zu tun?

Die Kriegskinder kommen jetzt in das Alter, in dem sie auf Unterstützung und Hilfe angewiesen sind. Die täglichen Erfahrungen in der Pflege zeigen, dass die Erlebnisse, die Erinnerungen sich nicht einfach ausblenden lassen. Was in den Zeiten des „Ärmel-Hochkrempelns“ nicht aufgearbeitet wurde, findet im Alter immer öfter den Weg zurück ins Bewusstsein.

Im Alltag der Pflege oder der Betreuungsangebote erleben wir diese Rückkehr der Erinnerungen häufig sehr eindrucksvoll. Gerade bei den Menschen, die zunehmend unter einer Demenz leiden oder auch bei denjenigen, die Verluste zu verkraften haben oder selbst im Sterben liegen, verdichten sich die häufig nicht aufgearbeiteten Erlebnisse zu oft sehr schmerzhaften Erfahrungen.

Für die jüngere Generation sind die Leiden des Zweiten Weltkrieges manchmal nur noch ein Kapitel im Geschichtsbuch. Für Zeitzeugen bleiben sie unvergesslich und ihre Spuren reichen bis in die heutige Zeit. Über 60 Jahre nach Kriegsende nimmt die Zahl derer, die persönlich unter dem Krieg gelitten, naturgemäß immer weiter ab. Die Erinnerungen aber bleiben und werfen lange Schatten, bis in die heutigen Generationen.

¹ <http://www.kriegskind.de/> (25.09.2012). Homepage von Kriegskind.de e.V., Projekt zur Therapie Kriegstraumatisierter.

Die heute 60 - 80jährigen sind keine Kinder mehr und bleiben doch „Kriegskinder“. Für die Begleitung dieser Menschen brauchen die Pflegenden deshalb umfängliches Wissen, angemessenes Verständnis und die notwendige Unterstützung. Dieser Leitfaden soll dazu beitragen.

2. Ausgangssituation in der Pflege

Fast 80.000 Menschen sind aktuell in Schleswig-Holstein als pflegebedürftig anerkannt, das sind fast 3 % der Bevölkerung. Knapp 60% von ihnen werden, in Schleswig-Holstein zuhause, meist von der Familie versorgt, im Bundesdurchschnitt sogar fast 70%. Bei der überwiegenden Zahl der Pflegebedürftigen ist Hochaltrigkeit ein charakteristisches Merkmal. Knapp die Hälfte der Pflegebedürftigen in Privathaushalten ist 80 Jahre und älter. Knapp zwei Drittel der Pflegebedürftigen in Privathaushalten sind weiblich. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) hat bei 27 Prozent der im Jahr 2009 neu begutachteten häuslich betreuten Pflegebedürftigen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt. Bei denjenigen, die keine Pflegestufenempfehlung erhalten haben und damit nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, gilt dies noch für 13 %.²

Wer leistet die Pflege?

Ein Merkmal der Altenpflege von heute ist, dass sie von der „Töchtergeneration“, denjenigen die Ende der 50er / Anfang der 60er geboren wurden, übernommen wird. Sowohl in der professionellen, wie auch in der familiären Pflege sind es immer noch überwiegend die Töchter und Schwiegertöchter, die pflegen. Im Durchschnitt leisten die pflegenden Angehörigen

² Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Juni 2011

37,5 Stunden Betreuung und Pflege.³ Private Pflege und eine eigene Erwerbstätigkeit in Einklang zu bringen, ist für viele Hauptpflegepersonen eine große Herausforderung. Entlastungsangebote werden nur zu einem geringen Teil in Anspruch genommen. So haben seit 2008 lediglich 4 % der pflegenden Angehörigen die Freistellung von der Arbeit über die „Pflegezeit“ in Anspruch genommen und nur 12 % haben an einem Pflegekurs teilgenommen. Entsprechend ist die Pflege für die Mehrheit der Hauptpflegepersonen mit einer starken oder sogar sehr starken Belastung verbunden.

Die professionelle Pflege ist, ebenso wie die Angehörigenpflege, weiblich. Pflegeberufe haben einen Frauenanteil von über 80 % – in den ambulanten Diensten sind sogar fast 90 % der Beschäftigten weiblich. Das Durchschnittsalter der professionellen Pflegemitarbeiterin liegt zwischen 40 - 50 Jahren. In den Pflegediensten und -einrichtungen arbeiten fast ausschließlich Pflegekräfte oder Helfer aus dem pflegerischen Umfeld. 2010 waren in ambulanten Diensten 86 % der Mitarbeiter Pflegekräfte, in den stationären Einrichtungen waren es zum gleichen Zeitraum 72,3%. Therapeuten / Sozialarbeiter waren in ambulanten Diensten mit 0,9% vertreten, in stationären Einrichtungen mit 3,4%.

Zu ihren Aufgaben gehören u.a. die Unterstützung und Begleitung im Alltag, die Mitwirkung bei der Behandlung und Rehabilitation kranker und pflegebedürftiger Menschen, die Betreuung und Beratung und die Anleitung von Familienangehörigen und ehrenamtlichen Helfern.

Bei der Inanspruchnahme der Leistungen durch ambulante Pflegedienste stehen Hilfestellungen beim An- und Auskleiden,

3 Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Juni 2011.

beim Waschen und bei Ausscheidungen im Vordergrund. Damit sind vor allem körpernahe Hilfestellungen ein wesentliches Aufgabenfeld der ambulanten Pflegekräfte. In der stationären Pflege nimmt neben der pflegerischen Versorgung die regelmäßige Anleitung und Betreuung bei Alltagstätigkeiten einen großen zeitlichen Rahmen ein. Ca. 45 % der Bewohner sind in einem so erheblichen Ausmaß psychisch beeinträchtigt, dass sie in ihrer Alltagskompetenz stark eingeschränkt sind.

Frauen pflegen Frauen

In der Altenpflege begegnen sich also Kriegskinder und die Kinder der Kriegskinder und immer häufiger die Kriegsenkel: als pflegende Angehörige, als professionelle Pflegekräfte, Betreuungsassistenten manchmal als Therapeuten oder / und Besucher von Einrichtungen.

Viele von ihnen sind Frauen und viele von Ihnen sind sich ihrer eigenen (lebens-)geschichtlichen und persönlichen Eingebundenheit in die kollektiven und individuellen Kriegsgeschehnisse nicht bewusst. Im pflegerischen Alltag begegnen ihnen Pflegesituationen, die nach unseren Erfahrungen nicht allein mit pflegewissenschaftlichem Handeln bewältigt werden können.

Inzwischen haben die Kriegskinder ihr unverarbeitetes Trauma an die eigenen Kinder weitergegeben. Die Kinder und Kriegsenkel haben die Ängste ihrer Eltern oder Großeltern sozusagen geerbt, leiden unter den Verlust- und Mangelerfahrungen, ohne den Krieg selbst erlebt zu haben. Sind etwa die Eltern als Kinder aus der Heimat vertrieben worden, fühlt sich zum Beispiel auch noch die Enkelgeneration heimatlos und entwurzelt. „Was ihnen in ihrer Kindheit verwehrt blieb, war ein grundlegendes Gefühl für die eigene Gefühlswelt, für Bedürfnisse und Wünsche, für Kummer und Leid. So führt die Kriegskindheit in die Entfremdung, wo die Kinder in der Zeit der Not und des Wiederaufbaus wenig

vorkamen – jedenfalls nicht als Kinder mit dem Urbedürfnis nach einem schützenden und verstehenden Gegenüber.“⁴

Die Handelnden in der Pflege müssen deshalb verstärkt in die Lage versetzt werden, mit besonderer Sensibilität und Sorgfalt auf die Pflegeprobleme kriegsbedingt traumatisierter Menschen und auf die Bedürfnisse nachhaltig von kindlichen Kriegserfahrungen lebensgeschichtlich geprägter alter Menschen einzugehen und gleichzeitig ihre eigenen biografischen Erfahrungen im Blick zu behalten.

3. Belastungen der Pflegenden

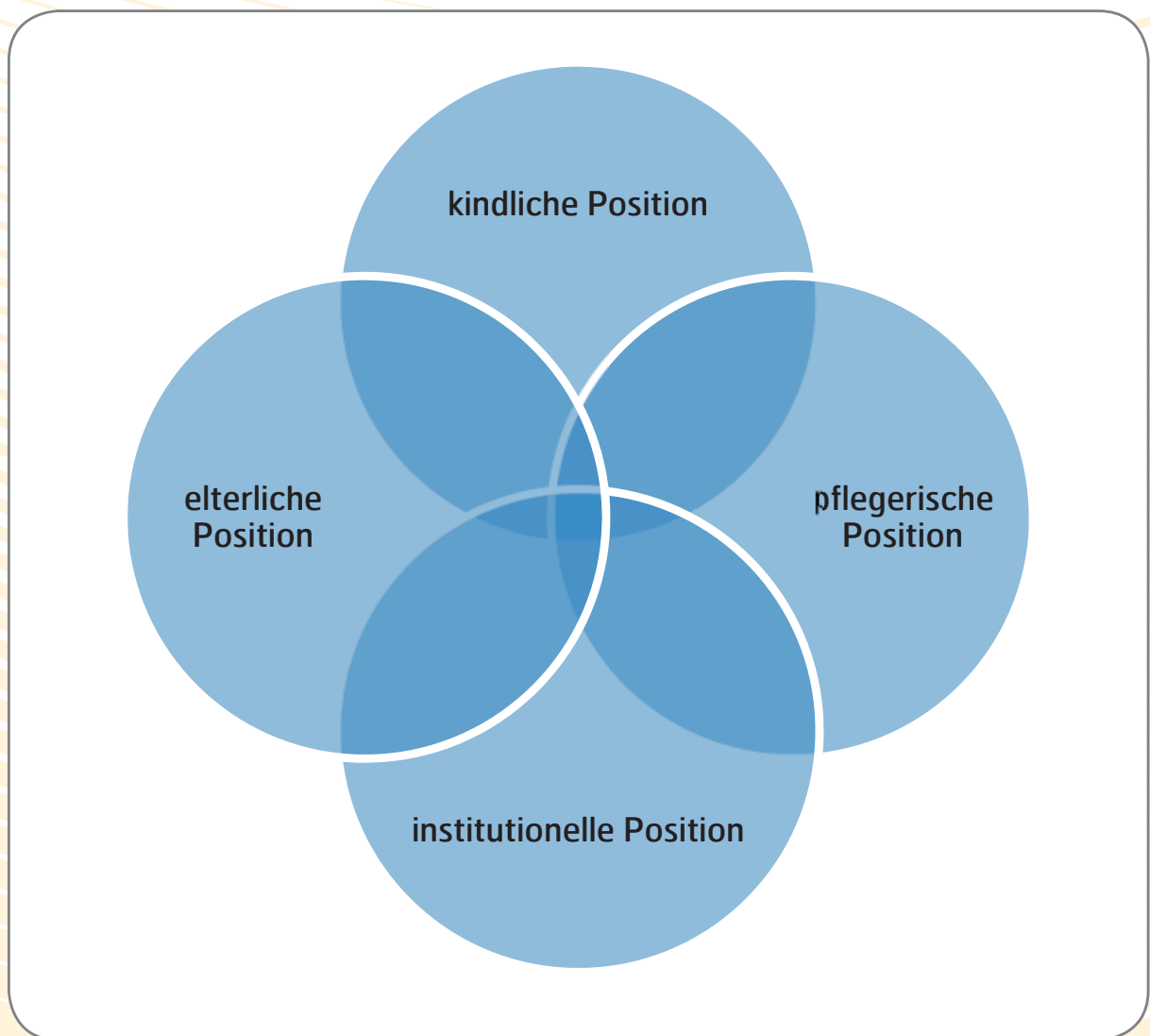
Neben den beschriebenen Aufgaben in der Pflege stellt sich deshalb für die „Behandler“ im weitesten Sinne (Pfleger, Sozialarbeiter, Ärzte und Psychotherapeuten) eine Besonderheit in der Arbeit am und mit dem kriegstraumatisierten Bewohner / Patienten / Klienten dar. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um Menschen mit Kriegserlebnissen aus dem II. Weltkrieg oder der jüngeren Geschichte handelt. Die grundsätzlichen Phasen der körperlichen und seelischen Regenerationsversuche sind - abgesehen von zusätzlichen religiösen oder kulturellen Prägungen - bei allen Betroffenen gleich.

Wenn Helfer nicht über fachspezifische Zusatzkenntnisse verfügen, wissen sie häufig nicht viel über das unbewusste Mitschwingen und Leiden in ihrer **eigenen** Seele beim Pflegen von gebrechlichen und / oder alten Menschen. Besonders die Persönlichkeiten der durch Kriegereignisse traumatisierten Menschen, können zu ernsthaften Belastungssituationen zwischen

⁴ Michael Ermann: Abschiedsvorlesung anlässlich der Entpflichtung als Professor an der Ludwig-Maximilians-Universität München am 20.3.2009.

den Beteiligten führen. Gemeint sind hier die psychodynamisch wirksamen Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene, die erhebliche Verwicklungen und Konfusionen hervorrufen wenn sie nicht klarifiziert werden können.

Auch die seelische Situation des älteren Menschen verschärft sich unter Umständen im Prozess des gegenseitigen Kennenlernens. Die interaktionelle Psychodynamik in der neuen Umgebung stellt sich entsprechend der angespannten Situation dar. Es gibt in diesem Geschehen vier psychodynamisch relevante Positionen:



eine elterliche Position

Die betroffenen (heutigen) **ELTERN** und Großeltern haben mehr oder weniger intensiv unter Kriegsereignissen und / oder Kriegstraumatisierungen gelitten. Dieses Erleben prägte ihre Persönlichkeit über Jahrzehnte und störte ihr psychosoziales Gedeihen. **Entwicklungstraumatisierungen** (s. dazu auch das nächste Kapitel).

eine kindliche Position

Im Laufe der Jahre mussten deren **KINDER** möglicherweise wegen der besonderen „Kriegskind-Persönlichkeiten“ der Eltern immer mit Vorsicht, Zurückhaltung oder Verständnis auf ihre Besonderheiten reagieren. So entstanden ihrerseits durch **„transgenerationale Transmission“** auch wieder Artefakte in der phasengerechten kindlichen Entwicklung. Diese Kinder fühlten sich unter Umständen später zusätzlich eingeengt von der Vorstellung, nun auch noch ihre Eltern pflegen zu müssen, zumal schon während ihres Aufwachsens so viel Rücksicht gefordert war. Aus dieser jahrelangen, problematischen Entwicklung heraus, können pflegende Kinder schnell an ihre äußerste Leistungsgrenze gelangen. Dann gibt es einen „point of no return“. Kinder sind ausgebrannt, erschöpft und beschließen: „wir haben für unsere Eltern genug getan“. Sie möchten endlich diese Aufgaben abgeben, weil sie sich dazu nicht mehr fähig fühlen. Sie entwickeln nun aber womöglich Schuldgefühle wegen des eigenen Unvermögens.

So können gestörte Entwicklungen in beiden Generationen gegenseitige Überbeanspruchung und Bindungsstress zur Folge haben. Sie können Ängste und / oder Aggressionen auslösen, wenn die Bindungen, die eigentlich im Idealfall **„sicher“** sein sollten sich zu **„unsicheren“** Bindungen verändert hatten. Sie fallen aus dem Gleichgewicht. Die gegenseitigen Ansprüche und Bedürfnisse können zunehmend Raum einnehmen, wenn sie nicht unbewusst oder real gut geregelt werden.

Dieses Nähe / Distanz-Problem kann später zu einem echten Problem anwachsen, wenn bei der Elterngeneration die Handlungs- und Gefühlskontrolle nicht mehr ausreichend funktioniert. Bei allen älteren Menschen lässt diese Kontrolle nach. Das hat nichts mit Bösartigkeit zu tun!!

Die Zeitspanne elterlicher Pflege durch Kinder kann sehr unterschiedlich lang sein, auch weil in dem Pflegeprozess der Angehörigen moralische oder religiöse Bedenken gegen eine Übergabe an ein Pflegeheim eine immer größere Wichtigkeit einnehmen. Die Überlegungen und Auseinandersetzungen darüber trüben in den meisten Fällen die interfamiliären Beziehungen; es kann zu unauflösbaren schwierigen Beziehungsstörungen kommen.

eine pflegerische Position

In dieser Situation betreten die Helfer der professionellen Behandlung und **PFLEGE** häufig die zwischenmenschliche Bühne! Sie lernen den Pflegebedürftigen kennen, ohne zunächst die persönlichen Verwicklungen zwischen den Generationen einschätzen zu können. Die elterliche Enttäuschung über die vermeintliche Hartherzigkeit der Kinder, die Wiederholung des evtl. früher erfolgten „Vertriebenseins“ wird von ihnen mehr oder weniger deutlich gezeigt, aber unbewusst auf die Pflege übertragen.

Die Angehörigen freuen sich einerseits, dass die Belastungen von ihnen genommen werden, andererseits erleben sie womöglich ihre eigenen Schuldgefühle (s.o.) und entwickeln sich zu „Aufpassern“ der professionellen Pflege; sie übertragen damit ihre eigenen Ansprüche, denen sie nicht mehr gewachsen waren, auf das Pflegepersonal.

So stehen die Pflegenden schon von Anbeginn in dem familiären Spannungsfeld, sind aber natürlich für ihre Arbeit selbst verantwortlich. Wie schon geschildert, wird der größte Anteil der Pflegearbeit von den Töchtern geleistet, die ihrerseits zusätzlich

ihre Familien zuhause versorgen und deren Probleme auch noch verarbeiten müssen.

eine institutionelle Position

Neben der Einbindung in die mehr oder weniger ausgeprägte Psychodynamik familiärer Spannungen, muss sich das Pflegepersonal auch in die Vorschriften-Struktur des Arbeitgebers, der Kostenträger und der aufmerksamen Öffentlichkeit einfügen. Sie haben oftmals wenig Zeit und keine spezielle Ausbildung, um sich ausführlich mit den oben geschilderten besonderen Psychodynamiken der alternden und kranken Menschen zu befassen. Notwendige spezielle Fortbildungen und begleitende kontinuierliche Supervision finden, auch angesichts der knappen Personalressourcen, häufig nicht statt oder werden nicht wahrgenommen.

4. Erinnern - warum?

Der demografische Wandel wird dazu beitragen, dass es mit steigender Tendenz - mehr Menschen geben wird, die eher zurück - als nach vorn blicken, und die altersbedingten Gedächtnispathologien stellen die Gesundheits- und Sozialpolitik vor Aufgaben, deren Tragweite heute noch gar nicht recht überblickt wird. „Die Neurowissenschaften sprechen eigentlich nicht über Geist, Bewusstsein oder Gedächtnis, sondern über »Information«, die in den neuronalen Netzwerken des Gehirns prozessiert wird. Menschliche Gehirne verarbeiten nun aber nicht nur Informationen im Sinne von reaktionsauslösenden Wahrnehmungsreizen, sondern vor allem Bedeutung tragende Wahrnehmungen. Die Fähigkeit, einer Wahrnehmung Bedeutung zu geben, ist wiederum etwas, das nur Menschen eigen ist: Zwischen der unmittelbaren Abfolge von Reiz und Reaktion, Impuls und Handlung schiebt sich hier ein Vorgang der

Interpretation, der ein optimiertes Ausnutzen der gegebenen Handlungsmöglichkeiten erlaubt. Bedeutung wird nun aber nicht von jeder Generation neu erfunden, sondern intergenerationell tradiert, weiter ausgeformt, ausgehandelt, modifiziert“.⁵

Drei Faktoren für die Erinnerung

Wissenschaftler gehen heute davon aus, dass bereits sechs Monate alte Kinder ein Erinnerungsvermögen (memory skills) besitzen, das die Definitionskriterien von deklarativem Gedächtnis erfüllt. Erst mit dem Erwachsenenalter scheint die Entwicklung des autobiographischen Gedächtnissystems vollständig abgeschlossen zu sein. Seine Entstehung basiert auf einem komplexen Zusammenspiel hirnologischer Reifungsvorgänge, sozialer Entwicklungsanreize und psychischer Entwicklungsschritte.



5 Welzer, Harald / Markowitsch, Hans J.: Warum Menschen sich erinnern können. Fortschritte der interdisziplinären Gedächtnisforschung. 2009.

Drei Faktoren scheinen einen wesentlichen Einfluss darauf zu haben, damit man sich später an bestimmte Ereignisse erinnern kann:

- 1. Die Hirnreifung:** Erst ab einem Alter von etwa drei Jahren ist die Hirnentwicklung so weit, dass auch das autobiographische Gedächtnis, das persönliche Erlebnisse speichert, zu funktionieren beginnt.
- 2. Die Ich-Entwicklung:** Im Alter von zwei bis drei Jahren entwickeln Kinder eine Vorstellung davon, wer sie sind, und dass sie ein eigenständiges Leben führen. In dieser Phase lernen sie, sich in den großen Zusammenhang der Welt einzuordnen und zu erkennen, was gestern, heute oder morgen ist.
- 3. Die Sprache:** Erst wenn wir unsere Muttersprache nahezu beherrschen, fängt das autobiographische Gedächtnis, in dem wir persönliche Erlebnisse aufbewahren, an zu funktionieren.

Nicht Erinnern ist nicht möglich

Obwohl Menschen immer wieder darüber klagen, das sie sich an bestimmte Zusammenhänge nicht erinnern können, ist es doch so, dass ein generelles Nicht erinnern nicht möglich ist.

Dazu eine kurze Erklärung: Bereits durch die Vereinigung von Ei- und Samenzelle werden genetische Informationen der Eltern gespeichert. Während der Schwangerschaft nimmt der Embryo weitere Erinnerungsspuren auf; z.B. durch hören, riechen und schmecken. Nach der Geburt werden besonders die äußeren Lebensumstände wie Ernährung und soziale Einbettung wichtig. Das Kind wählt nun (unwillkürlich) laufend neue Erfahrungen aus und fügt sie seinem Wissens- und Fühlkonzept hinzu. Das zentrale und vegetative Nervensystem steuert seine Funktionen und formt sein individuelles somatisches und psychisches Konzept

aus, ohne dass es ihm besonders bewusst geworden wäre: seine persönliche Identität hat sich herauskristallisiert.

Jeder Mensch lebt in sozialpolitischen und kulturellen Großgruppen. Außerdem ist er in die religiöse Kultur und das religiöse Empfinden seines "Vaterlandes" eingebunden. Die Gesetzmäßigkeiten seiner nationalen Identität prägen seine Moralvorstellungen.

Nicht Erinnern ist nicht möglich!

Erinnerung auf Mono-Zellebene (genetischer Stempel)
Erinnerung des Körpers (Sinnesorgane, Nervensystem etc.)
Erinnerung der Persönlichkeit als Ganzes
Erinnerung der Kinder an ihre Erzeuger
Erinnerung als abrufbare kognitive Leistung (Wissenschaft)

Erinnerung der sozialen Gruppen (Tradition, Brauchtum etc.)
Erinnerung einer politischen Gesellschaft (Gesetze)
Erinnerung einer kulturellen Gesellschaft (Darstellende Kunst/Philosophie)

Erinnerung einer religiösen Gesellschaft (Konfession, Bibel, Talmud, Koran, Schriften Buddhas, Shintu)

Erinnerung einer Nation (Trophäen, Embleme ; aktuell und/oder im Längsschnitt-

Erinnerung der Welt als Wesen des Seins mit allem Lebenden

HS 2012

Die Erinnerungen über die Generationen hinweg sind bestimmt davon, was von den vorherigen Generationen weitergegeben wurde und was der betreffende Mensch davon für sein eigenes Leben als wichtig angesehen hat. Diese Erinnerungsstrukturen sind bedeutungsvoll für das Leben eines Menschen, ganz besonders im zunehmenden Alter. Sie ordnen sein Dasein. Wenn sie abhandenkommen, verliert er die Orientierung. Gerade in der

Altenpflege kommt deshalb der Erinnerung eine bedeutsame Rolle zu.

Zur Geschichte der Erinnerungsarbeit im Alter und der Pflege – ein Überblick

Bei der Frage, warum die Probleme der Kriegskinder oft so spät nach außen treten, muss sicherlich zum einen der Umgang mit den Erlebnissen des Krieges nach dessen Ende betrachtet werden: Die Menschen waren zunächst einmal persönlich froh, dass der Krieg ein Ende hatte. Es war nicht die Zeit für Fragen, lange Trauerphasen oder das Aufarbeiten der Geschehnisse; das Überleben stand im Vordergrund. Die Kriegskinder hatten trotz ihres jungen Lebensalters häufig schon große Verantwortung übernehmen müssen, hatten Dinge gesehen, gehört und erlebt, die ihrem „Kindsein“ sehr früh ein Ende bereitet hatten. Zum anderen hat der politische Zeitgeist der 50er Jahre entscheidend dazu beigetragen, dass über diese Zeit lieber geschwiegen wurde – es war die Zeit des Aufbaus und nicht der Rückbesinnung. In den USA haben sich die Wissenschaftler bereits in den 1960er Jahren mit Kriegserinnerungen von jüdischen Flüchtlingen beschäftigt.

USA/1960: Pflgeteams bemerken die auffallende Tendenz einiger Bewohner, wiederholt von ihrer Kindheit in ‚shtetls‘ in Osteuropa oder der ersten Jahre in New York zu erzählen. Sie betrachten das als verständliche Beschäftigung mit glücklicheren Zeiten. Konsultierende Psychiater sehen darin eine beginnende Depression als Ursache.

1963: Dr. Robert Butler, Psychiater, veröffentlicht den Artikel „The Life Review – an interpretation of reminiscence in the aged“. Butler hielt den Begriff der Lebensrevision (Lebensrückblick) für einen ‚universellen Prozess‘ der zur Entwicklungspsychologie des Alters gehöre.

Großbritannien 1978/79: Das Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit finanziert das Projekt ‚Erinnerungs-Hilfen‘. Mit der Durchführung wird die Abteilung der Architekten beauftragt, die das Leben der Bewohner in Heimen und deren Umgebung dokumentieren sollen. Ziel des Projekts ist, ein Rahmenprogramm für sämtliche Interaktionen im Pflegebereich zu schaffen. Ausgangspunkt ist die persönliche Wertschätzung für alte Menschen, die einen umfassenden Blick auf ihr vergangenes Leben haben sollen, um einen besseren Bezug zur Gegenwart gewinnen zu können. Das Projektteam wird aus verschiedenen Berufsgruppen gebildet: Ergotherapeuten, Geriater, Künstler, Pflegeberufe sowie einem Korrespondenten von Reuters.

1981: wird das Ergebnis des Projekts in allen englischen Zeitungen und über die Agentur Reuters europaweit veröffentlicht und als ein dreiteiliges Paket zur Benutzung angeboten. Die Einfachheit des Angebots machte seine wesentliche Bedeutung aus, denn das Material, bestehend aus Tonbändern, Diareihen und Cassetten, war in den meisten Einrichtungen leicht verwendbar. ‚RECALL‘, so der Name des Arbeitsmaterials, wurde von vielen öffentlichen Einrichtungen verlangt und spielte eine wichtige Rolle bei allen Aktivitäten der Erinnerungsarbeit. ‚RECALL‘ war nicht nur ein Entwurf, um die Vergangenheit älter werdender Menschen zu beleben, ihre Lebensqualität zu erweitern. Überraschend war die Wirkung von ‚Recall‘ auf die Pflegeteams. Sie waren nicht nur vom Inhalt angetan, sie entdeckten eigene besondere Kompetenzen und Stärken und die Wirkung der Aktivitäten auf die alten Menschen, auf die Atmosphäre und Kultur in Heimen und Tagespflege.⁶

6 Bornat, Johanna: REMINISCENCE REVIEWED. London. 1997.

5. Bedeutung von Kriegserinnerungen für die Pflege

In den letzten Jahrzehnten sind die Fragen nach dem „Was ist damals geschehen“, „Wie und Warum konnte so etwas geschehen“ auch in Deutschland, lauter geworden und mehr Menschen haben unter dem Motto „Das musste raus, endlich!“⁷ von ihren Kriegserinnerungen berichtet oder sich ihren Erlebnissen gestellt.

„Für die Generation der 80jährigen und Älteren ist es - soweit dies überhaupt noch möglich ist - notwendig, sich mit dem Geschehen des Krieges und seinen Folgen auseinanderzusetzen. Sie benötigen ihre Energie, die sie in die Verdrängung gesteckt haben, um sie in wichtige Aufgaben, die das Alter mit sich bringt, investieren zu können.“⁸

Das Durchschnittsalter der Menschen in der Pflege lag 2010 bei 82 Jahren, also dem Alter, in dem eine deutliche Rückbesinnung zu beobachten ist, das in der Literatur auch als „Prinzip der Rückkehr im Alter“ beschrieben wird (Landrine und Klonoff 1996). Wenn im Zusammenhang mit den Kriegserlebnissen von der traumatisierten Generation gesprochen wird, dann trifft diese Beschreibung nicht auf alle Menschen zu, die in dieser Zeit groß geworden sind. Um Hilfestellungen anzubieten ist deshalb eine intensive Beschäftigung mit den jeweiligen Lebensbiografien und der persönlichen Verarbeitung von Erlebtem notwendig. Darüber hinaus ist es für eine, sich evtl. anschließende weitere therapeutische Arbeit erforderlich, dass eine gute Diagnostik auf Grundlage der internationalen Klassifikation psychischer Störungen vorgenommen wird. Sowohl für die betroffenen

7 Günter Grass im Interview zu seinem späten Bekenntnis der Mitgliedschaft bei der Waffen-SS. 2006.

8 Siepmann, Werner: Kinder des Weltkrieges. Juventa Verlag. 2008.

Menschen, als auch für die beteiligten Familien kann eine gründliche Diagnostik eine entscheidende Weichenstellung bedeuten. Die wenigsten Kriegskinder führen ihre Leiden auf ihre Erfahrungen im Krieg zurück, für sie war das Erlebte Alltag und schien normal zu sein, und sei es auch noch so grauenhaft gewesen.

Kriegssituationen können, müssen aber nicht zwangsläufig zu Traumatisierungen führen. „Wie viel von uns auseinander bricht, hängt davon ab, wie dramatisch ein Trauma uns trifft und – wie „bruchfest“ sich unsere ganze Persönlichkeit – unser **ICH** erweist.“⁹

Studien zeigen aber, dass, wenn das Trauma nicht behandelt wird, die Gefahr besteht, dass die Gefühle, Reaktionen und Verhaltensweisen von den konkreten Erlebnissen abgekoppelt werden. In anderen Zusammenhängen (z.B. der Pflege) werden Reaktionsmuster reaktiviert, die in keinem direkten Zusammenhang stehen müssen und deshalb schwer zu erkennen, zu ertragen oder zu bearbeiten sind. Bei Belastungen führt die neurobiologische Verknüpfung von Trauma und Reaktionsmuster wie geschildert zu stereotypen Reaktionen und psychosomatischen Störungen. Die Erinnerung bleibt, die Reaktionsmuster auch. „Der Körper vergisst nicht“.¹⁰

In einer Untersuchersuchung von Teegen und Cicmic (2003)¹¹ bei pflegebedürftigen Menschen in Hamburg, die einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nahmen, geben 35 von 37 Befragten an, dass die großen Belastungen durch den II. Weltkrieg für sie traumatisierende Lebenserfahrungen waren. Die Bombardierung,

9 Spranger, H.: Es ist nicht zu spät. Beitrag zur Tagung „Kriegskinder gestern- heute“ in Bad Boll. 2000.

10 Schulz, H. / Radebold, H. / Reulecke, J.: Söhne ohne Väter. Erfahrungen der Kriegsgeneration. 2005.

11 Teegen, F. & Cizmic, L.–D.: Traumatische Lebenserfahrungen und heutige Belastungsstörungen pflegebedürftiger alter Menschen. Z. Gerontopsychol Gerontopsychiat 16. 2003.

der Beschuss, der Verlust von Angehörigen durch eine plötzliche Trennung oder Tod, die ständige Konfrontation mit Sterbenden, Toten und Schwerverletzten aber auch die Gefangenschaft, Vertreibung, Flucht und der immerwährende Hunger wurden als extrem belastend beschrieben.

Drei Bereiche beschädigender bis traumatisierender zeitgeschichtlicher Erfahrungen lassen sich als typisch benennen:¹²

1. Verlust von zentralen Bezugspersonen, insbesondere von Vätern und Partnern, aber auch von Müttern, Partnerinnen, Geschwistern sowie Eltern und Großeltern
2. Verlust von Heimat, Sicherheit und Geborgenheit
3. Gewalterfahrungen: aktive und passive Kriegsteilnahme, Tieffliegerangriffe oder Zerstörungen durch Bomben sowie Verletzungen, Vergewaltigungen oder vielfachen Mord an Zivilisten.

Bei bis zu zwölf Prozent der über 60-jährigen Deutschen fanden Wissenschaftler der Universitätsmedizin Leipzig Anzeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Wer ein Trauma erlebt hatte, litt den Untersuchungen zufolge auch häufiger an körperlichen Erkrankungen. Die Traumatisierten waren von sämtlichen erfassten Krankheiten häufiger betroffen als Nichttraumatisierte. Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Bronchitis und Schlaganfälle etwa kamen bei ihnen dreimal häufiger vor.¹³

12 Radebold, Hartmut: Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Klett-Cotta. 2005.

13 Glaesmer, H. / Braehler, E. / Guendel, H. / Riedel-Heller, S. G.: The Association of Traumatic Experiences and Posttraumatic Stress Disorder With Physical Morbidity in Old Age. A German Population-Based Study. In: Psychosom Med. 2011.

Was ist ein Trauma?

Der Begriff „Trauma“* kommt aus dem griechischen und bedeutet „Wunde“ und ist die Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation von kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (ICD-10).

Primäre Traumatisierung: selbst erfahren

Sekundäre Traumatisierung: z.B. durch Erzählungen
Dritter

Definition auf der Basis des ICD-10

(Internationale Klassifikation psychischer Störungen)

Mindestens zwei der folgenden Persönlichkeitsänderungen treffen zu

- feindliche oder misstrauische Haltung
- sozialer Rückzug
- andauerndes Gefühl von Leere und Hoffnungslosigkeit (das ggf. mit einer gesteigerten Abhängigkeit von anderen, der Unfähigkeit, negative oder aggressive Gefühle zu äußern, oder anhaltenden depressiven Symptomen einher gehen kann)
- andauerndes Gefühl von Nervosität oder von Bedrohung ohne äußere Ursache (das ggf. zu Gereiztheit oder Substanzmissbrauch führen kann)
- andauerndes Gefühl der Entfremdung (anders als die anderen zu sein), ggf. verbunden mit dem Gefühl emotionaler Betäubung.

* Nicht erfasst in dieser Nomenklatur nach ICD spezielle Spätfolgen, vorgeburtliche Schädigungen und genetische Einflüsse.

Im Alltag, und damit auch in der Pflege, zeigen (Kriegs-)traumatisierte Menschen ganz unterschiedliche Verhaltensweisen, die sowohl zu bleibenden Veränderungen oder auch zu Schwankungen in Aufmerksamkeit und Bewusstsein (Amnesien, zeitlich begrenzte dissoziative Episoden und Depersonalisationserleben), in der Selbstwahrnehmung (Ineffektivität, Stigmatisierung, Schuldgefühle, Schamhaftigkeit, Isolation und Bagatellisierung, Verlust des Selbstwertgefühls), in Beziehungen zu anderen Menschen (Unfähigkeit anderen Personen zu vertrauen, Reviktimisierung, Viktimisierung anderer Personen) oder auch von Lebenseinstellungen (Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, Verlust früherer stützender Grundüberzeugungen) führen können. Auch wiederkehrende oder chronische körperliche Symptome (Gastrointestinale Symptome, chronische Schmerzen, kardiopulmonale Symptome, Konversionssymptome, sexuelle Symptome) lassen sich beobachten.

Die Aufzählung macht deutlich, dass die Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern (z.B. Demenz und Depression) sehr schwer ist und professionelle Unterstützung von außen notwendig ist.

6. Psychohistorie – Verknüpfungen zur Gegenwart

Besondere Dramatik gewinnen die Traumatisierungen und damit stärker werdende Momente der Rückbesinnung, wenn der Umzug in eine stationäre Einrichtung, in ein Pflegeheim ansteht. Unabhängig von erlebten Traumatisierungen, stellen der Wechsel und die damit verbundenen Herausforderungen, die eine neue Lebenswelt mit sich bringt, enorme Anforderungen an den älteren Menschen, aber auch an die begleitende Familie oder Freunde.

Häufig scheuen sich Angehörige und Betreuende, frühzeitig über den Wechsel zu sprechen, da sie befürchten, dass der ältere Mensch, besonders der demenzerkrankte Mensch in seiner verletzlichen Verfassung Ängste entwickelt, abgeschoben zu werden oder resignativ und abwehrend reagiert. Oft sehen die älteren Menschen auch keinen Anlass, über einen eventuell anstehenden Pflegeheimaufenthalt zu sprechen, da sie sich selbst als kompetent und gesund empfinden.

Meistens empfinden und erleben Menschen, die in eine Pflegeeinrichtung umziehen, eine Veränderung und Einschränkung der persönlichen Freiheit. Sie unterliegen den Regularien der sie aufnehmenden Einrichtung und der neuen Nachbarschaft, die nicht allein von ihnen aufgestellt wurden. Sie sind darauf angewiesen, den Sinn dessen zu verstehen, was dort möglich oder „verboten“ ist. Können sie die Regularien mit ihrer Persönlichkeit erfassen, so können sie sich auch mit den Pflegenden darüber auseinandersetzen. Ist ihre geistige Kapazität aber reduziert, stehen sie den Regularien eher verständnislos gegenüber, erleben so möglicherweise eine Hilflosigkeit, aus der sich eine Ablehnung gegenüber den Helfern entwickeln kann. Diese Spannungen sind für alle Beteiligten schwierig und beeinträchtigen möglicherweise sehr stark eine gelingende Pflege.

Liebgewonnene ritualisierte Gewohnheiten, zwischendurch eine Zigarette oder eine Pfeife zu rauchen, am Abend ein „Bierchen“ oder ein Glas Wein zu trinken, danach noch einmal einen Happen zu essen, sind nicht immer selbstverständlich im täglichen Ablauf in einer Pflegeeinrichtung.

Persönliche Rituale erhalten jedoch die Struktur und die Genussfähigkeit der alternden Persönlichkeit. Sie bilden zusätzliche seelische Orientierungspunkte in einer fremden Umgebung. evtl. notwendige Beziehungsabbrüche zur Familie

oder Nachbarn oder Mitbewohnern im Haus, vor allem zu sich selbst, zwingen den alten Menschen direkt, sich sofort in neue Beziehungen einlassen zu müssen und sie zu gestalten. Das gelingt ihm aufgrund seiner geistig-seelischen und körperlichen Gebrechlichkeit weniger gut als den jungen Menschen.

„Der kranke Mensch hatte sich in seiner vertrauten Umgebung **zu Hause** längst auf seine Veränderungen eingestellt. Er hatte seinen seelischen und körperlichen Radius innerhalb der vertrauten Umgebung längst verändert und glich ihn unbewusst ständig mit dem seiner Angehörigen ab. Dabei glitt er in eine Dimension, die sich immer weiter von der der Angehörigen entfernte. So, wie ein gehbehinderter Mensch sich ganz allmählich darauf einstellt, nicht mehr so weite Strecken wie früher gehen zu können, engt sich der zunehmend gebrechliche Mensch ohne sein bewusstes Zutun auf mehr oder weniger tiefe seelische Meere ein, deren Zufluss bis zu seinem Tod aus den Quellen seines persönlichen Lebens gespeist werden. Nach außen existieren noch Kontaktbrücken, die zu Angehörigen und Betreuern entstanden waren und deren Ausgestaltung und Festigkeit der Erkrankte im eigentlichen Sinn unbewusst selbst aufbaute und noch regelte. Seine Brücken konstruierten sich aus verschiedenen Facetten lebenslanger erlernter Kompetenz: körperlich, seelisch und kognitiv; handlungsbestimmt, selbstregulierend und erinnerungsinduziert. Es sind aber höchst individuelle Bauwerke und kommunikative Hilfestellungen, die im zunehmenden Alter entstehen, sich fortwährend verändern und feiner werden bis sie eines Tages in sich zusammenbrechen.“¹⁴

14 Spranger, Helga: Selbstidentifikation im Pflegeheim - Mögliche Auswirkungen innerer Beziehungsbilder bei sog. alten Kriegskindern.

Diese kommunikativen Übergänge nach innen und außen sind es, die besonders kriegstraumatisierte Kinder des Zweiten Weltkriegs und aktueller kriegsraumatisierter Auseinandersetzungen unbewusst entwickelt haben und ständig rekonstruieren müssen.¹⁵ In frühen Jahren des heranwachsenden Individuums waren sie eine Basis der späteren posttraumatischen Persönlichkeitsentwicklung. Davon sind besonders Kinder bis zum 3. Lebensjahr betroffen gewesen. Sie hatten noch keine Möglichkeiten, das Erlebte in Worte zu fassen. Sie sind weder der allgemeinen noch der speziellen Sprache des Krieges zur Verarbeitung elementarer Traumatisierungen befähigt gewesen. Sie entwickelten eine posttraumatische innere und nach ihren späteren Vorstellungen auch äußere soziale Welt, in die sie sich hinein lebten und aus der heraus sie dem Alter und der Gebrechlichkeit entgegen gingen, sie haben für ihre Traumaerlebnisse noch keine Begriffe und Wortbilder gefunden. Bei ihnen sind Traumaerinnerungen physiologische, gefühls-mäßige und sensorische Zustände, die ursprünglich mit dem Traumaerlebnis verbunden waren und als neurobiologische Engramme im Gehirn gespeichert sind. Sie haben aber keine Bilderinnerungen. Diejenigen, die zum Zeitpunkt ihrer Traumatisierung bereits älter waren – das sind vor allem die, die bis 1942 geboren worden sind – verfügen zusätzlich auch über Bilderinnerungen.¹⁶

Kriegstraumatisierte Menschen, damals noch Kinder, haben in ihrer Jugend und ihrem späteren Erwachsenenleben keine psychotherapeutische Hilfe erhalten, die traumabedingten Grundkonflikte sind also nicht aufgearbeitet worden. Eine modulierende Einflussnahme auf deren verstörte Persönlichkeiten fand nicht statt. Eine Transformation in ihre weitere Lebensführung geschah – wenn überhaupt – unbewusst und un gelenkt. Im Gegensatz zu anderen Kriegsbeschädigten

15 Spranger, Helga: Das Amfortas-Syndrom.

16 Ermann, Michael: Unauslöschbare Spuren. In: Funktionelle Entspannung. Heft 38. 2011.

erfahren sie über Jahrzehnte hin auch keine anteilnehmende Wahrnehmung durch Öffentlichkeit, Politik und Fachwelt. Wir müssen also davon ausgehen, dass Menschen mit komplexen Trauma-Folgeschäden bis 1980 überhaupt nicht und danach nur spärlich behandelt wurden. Wir müssen sogar erwägen, ob der hohe Anteil an verordneter oder nicht verordneter und im Selbstheilungsversuch angewandter Einnahme von Psychopharmaka und sonstiger Drogen (z.B. Alkohol) ursächlich damit in Zusammenhang steht.

Wie in einer Studie¹⁷ deutlich wurde, hatten die alten Kriegskinder weniger Probleme mit der körperlichen sondern mehr mit ihrer seelischen Verfassung. Daher ist ein Blick auf das sich lebenslang definierende Selbst und welche Rolle es in dem Alterungsprozess besonders bei traumatisierten Menschen einnimmt, recht hilfreich.

Wir begreifen den Alterungsprozess, wenn wir nicht gerade vom Fach sind, zunächst nicht als Aufgabe sondern als unausweichliches Schicksal. Ein Alter kann aber als gutes Alter nicht ohne modellierende Auseinandersetzung mit sich selbst stattfinden. Anders als bei jungen Menschen entwickelt sich die sog. **Selbstdefinition** älterer Menschen mehr über ihre biografisch vergangenheitsbezogenen „Ereignisse und Lebensphasen“.¹⁸ Die Selbstdefinition der künftigen Lebensabschnitte des Alterns wird eher negativ über vermutete Einschränkungen, Beschwerden und Behinderungen geleistet (Studie von Ditzmann-Kohli 1995). Die Stabilität der Selbstdefinition zwischen diesen beiden Polen könnte ausreichend sicher sein, wenn berufliche Zufriedenheit, soziale Absicherung und Familienbezug erhalten bleiben. Ist dies nicht möglich, z.B. nach Berentung und einschneidenden Verlusten im sozialen Umfeld, muss neu definiert werden. Selbstdefinition,

17 Heuft et al.: Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. Uni Münster. 1995/96.

18 Freund: Das Selbst im Alter.

so eingebunden in die Lebensrealität, bietet dann auch die Basis für die sich daraus ableitende **Selbstidentifikation**. Je mehr Bereiche, die die Selbstdefinition stützen, erhalten bleiben oder neu entwickelt werden, z. B. Vitalität, Familie, Hobby, Sport etc., umso größer ist die Chance, sich im zunehmenden Alter auch der notwendig veränderten Selbstidentifikation anzupassen. Wenn in diesem Sinn andere Erkrankungen auftreten, die die Kognition einschränken, kann die Selbstdefinition nicht mehr in einem realistischen Kontext stehen, sodass auch die Selbstidentifikation eingeschränkt ist. „Erfahrungen können nicht mehr organisiert und realisiert werden“.¹⁹

Ein anderer, aber wesentlicher Bezugspunkt in der Persönlichkeitsorganisation ist die kontinuierliche Selbstregulation, die z.B. bei Ungeborenen und Neugeborenen **nur unbewusst** auf der psychovegetativen Ebene funktioniert. Das Neugeborene kann nicht allein essen, obwohl es Hunger hat. Es kann nur schreien als Ausdruck der einfachsten Stufe eines (psychovegetativen) Regulationsversuches. Seine Regulationsfähigkeit beginnt erst nach Monaten.

Wir sprechen im Bezug auf dieses Beispiel auch von der Störung des homöostatischen Gleichgewichts.

Bewusste Selbstregulation, ist immer zielgerichtet; sie

„ ...lässt sich definieren als die Prozesse, mit Hilfe derer Personen ihr eigenes Verhalten, Denken und Fühlen nach Maßgabe ihrer Pläne, Ziele und Standards beeinflussen, modifizieren oder kontrollieren.“²⁰

Zusammengefasst bilden neben anderen entwicklungspsychologischen Notwendigkeiten die erreichte Selbstdefinition, Selbstidentifikation und Selbstregulation die Matrix für das

19 Freund: Das Selbst im Alter (S.119).

20 Greve: Psychologie des Selbst. Zitiert nach Freund: Das Selbst im Alter.

Imperium der auszubildenden Persönlichkeit und für das Konstrukt eines stabilen Selbst. Es müssen fortlaufende Modulationsprozesse die Phasen der psychophysischen Entwicklung begleiten.

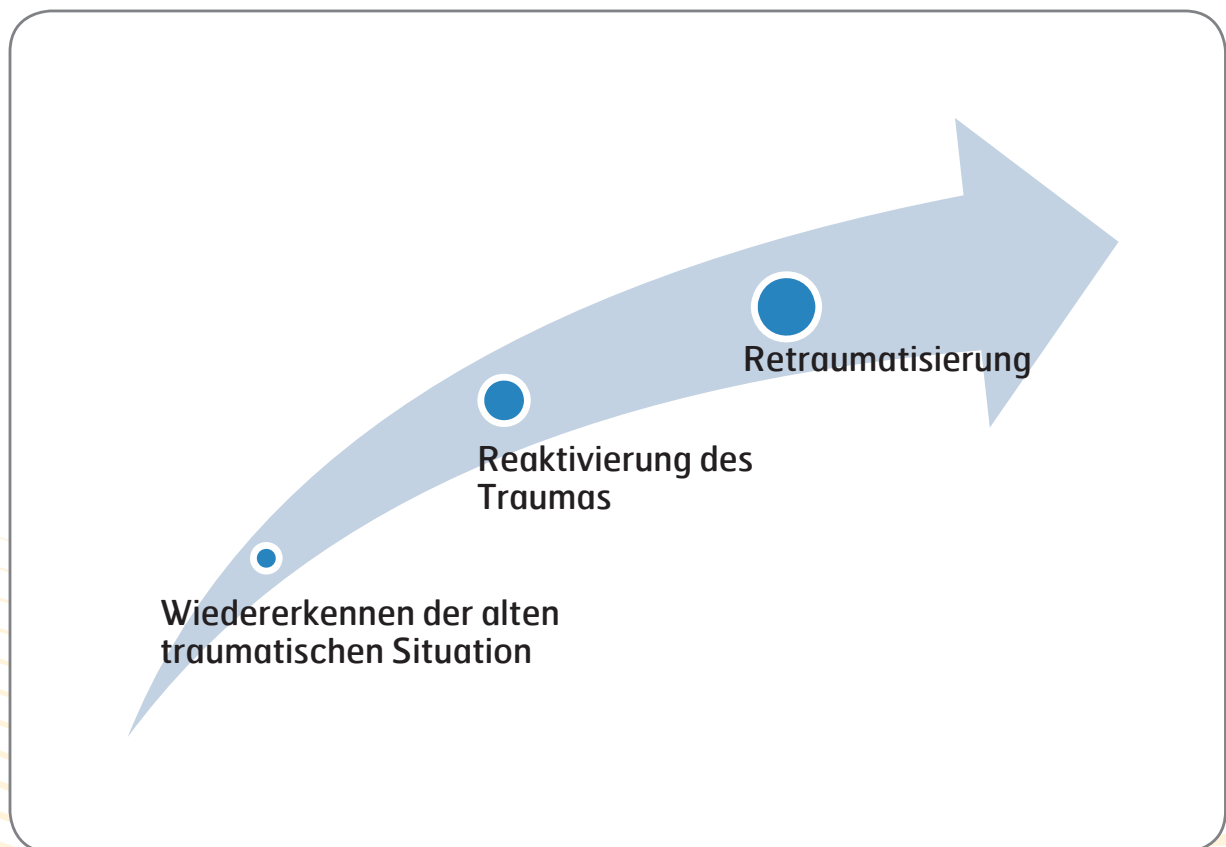
Trauma – Retraumatisierungen

Die posttraumatische Verfassung und Fähigkeit zur Verarbeitung des Traumas ist aber bei vielen „Kriegskindern“ eingeschränkt. So kann allein ein Ortswechsel zu Retraumatisierungen führen: z.B. in der Unsicherheit, sich in der neuen Umgebung zurecht zu finden (Sehen, Hören, Riechen, Tasten, Gehen). Auch ein Zimmerwechsel reicht manchmal aus!

Kriegstraumen können kumulativ und / oder sequenziell oder in der Kombination aus beiden auftreten in verschiedenen Ausprägungen:

- Traumatisierung von Seele und Körper oder nur Seele
- Soziale Traumatisierung durch Verlust der sozialen Einbettung (z.B. Flüchtlinge Bombenopfer, Asylsuchende)
- Entwicklungstraumatisierung: gehemmte Entwicklung oder Entwicklungsrückschritte
- Psychohistorie: historische Einbettung, Geografische Exploration, politischer Referenzrahmen
- Befund der Persönlichkeit vor der Traumatisierung: (Prätraumatische Persönlichkeit) soziale Einbettung, Bindungsgstabilität, soziale Förderung
- Befund der Persönlichkeit nach der Traumatisierung: (Direkte oder indirekte Traumafolgen)

Noch nach Jahren ist eine Retraumatisierung durch nicht durchgearbeitete und integrierte Kriegstraumatisierungen möglich nach dem Ablauf:



7. Erlebte Kriegssituationen, mit Einfluss auf die Pflege

Viele Menschen beginnen erst im Alter von ihren Erinnerungen und Erfahrungen zu erzählen – oft unvermittelt, oft gegenüber den Enkelkindern. Manchmal scheinbar aus dem Nichts heraus. Vielen der Kriegskinder ist eine fortwährende Angst vor Verlusten geblieben. Wir sehen es am Zusammenzucken wenn Sirenen ertönen, an der Sorge um das (regelmäßige) Essen oder auch wenn Menschen darauf bestehen, an einem bestimmten Platz zu sitzen.

Wie schon beschrieben, wurde über den Krieg in den Familien wenig gesprochen und wenn „fast ausschließlich in ritualisierter Form: als Abenteuergeschichte oder witzige Anekdote“.²¹ Das

²¹ Michael Ermann: Abschiedsvorlesung anlässlich der Entpflichtung als Professor an der Ludwig-Maximilians-Universität München am 20.3.2009.

Überleben in den Trümmern stand im Vordergrund. Deshalb hat diese Kriegsvergangenheit bis heute in vielen Familien Spuren hinterlassen - bis in die zweite und dritte Generation hinein.

Natürlich wurde nicht jedes Kind im II. Weltkrieg traumatisiert und nicht jedes Kind musste nach Kriegsende Hunger leiden. Es ist auch klar, dass eine Verengung des Blickes auf das Thema „Traumatisierung der Komplexität der Kriegskindheit in der Nazizeit“ natürlich niemals gerecht werden kann. Zu den potentiell traumatisierenden Erfahrungen von Kriegskindern gehörten vor allem: Bombenangriffe, Gewalterfahrungen, Vergewaltigungen, Trennungen und Verluste, Flucht und Vertreibung, Hunger und Kälte.

Typische Reaktionsmuster auf erinnerte Kriegssituationen

Die Erinnerung an ein gewesenes, unangenehmes Geschehen, z. B. „Knöllchen“, durchgefallene Prüfung, Unterlegen sein in Auseinandersetzungen, taucht bei allen Menschen unterschiedlichen Alters auf. Sie haben meist nur vorübergehende Nachwirkung und werden vom Verstand her entsprechend wieder eingeordnet.

Schon etwas anders verhält es sich mit Erinnerungen an Ereignisse, die tief in die Persönlichkeit eingedrungen sind, dort aber zunächst kaum spürbare Veränderungen hervorgerufen haben, wie z.B. Partnerschaftskrisen, schwere Krankheiten, Verlust von nahem Angehörigen.

Eine besonders intensive Form erlebter Ereignisse stellen die Traumatisierungen durch Kriegsereignisse dar. (s. Anhang Überblick). Sie geschehen in aktiven Kriegszeiten, vereinzelt auch noch in Nachkriegszeiten. Die ursprüngliche wissenschaftliche Einschätzung, „sie klingen ab, sobald diese beendet sind“ (Friedrich

Panse 1945 in „Angst und Schreck“)²² musste spätestens in den 80ziger Jahren in Amerika nach der Rückkehr der Vietnam-Soldaten revidiert werden. Heute ist wissenschaftlich bewiesen, dass auch noch nach jahrzehntelanger symptomfreier Zeit psychische und psychosomatische Spätreaktionen auftreten können.

Es kommt unter bestimmten Voraussetzungen – nur für diesen einen Menschen erkennbar – zu Situationen des blitzartigen Wiedererkennens der einstigen traumatisierenden Anteile des früheren Ereignisses: **Reaktivierung** des Traumas. Dann erst klärt sich, ob sich daraus auch eine **Retraumatisierung** entwickelt mit dem typischen Ablauf der dazugehörigen emotionalen Prozesse. Die darauf folgenden seelischen Prozesse können sehr unterschiedliche Ausprägungen annehmen. Zwischen erstarren und weinend zusammenfallen, Angst oder Aggression zeigen oder sich schlagartig verstummend zurückziehen, liegen alle Reaktionsmöglichkeiten der Seele eines Menschen, der gerade ein erschütterndes Ereignis (wieder) erlebt.

Mögliche Folgen zeitgeschichtlicher Erfahrungen für die Jahrgänge 1928 bis 1945 (Zusammenfassung der themenrelevanten repräsentativen Studien, nach Radebold)

- Angsterkrankungen: diffuse allgemeine Ängste, Phobien, Panikattacken
- Depressionen
- psychosomatische Störungen, körperliche Erkrankungen (zum Beispiel koronare Herzerkrankungen)
- Beziehungsstörungen: Beziehungsabbrüche, -unfähigkeit
- Identitätsstörungen: verunsicherte oder eingeschränkte psychosexuelle Identität

22 Friedrich Panse: Angst und Schreck. 1945. In: Sozialmedizinische Schriftenreihe Bundesministeriums für Arbeit. Hrsg. von Bauer, M. / Paetzold, F. Neue Folge Heft 47. Georg Thieme Verlag. 1952.

- Psychische Müdigkeit
- Ich-syntone Verhaltensweisen: sparsam, altruistisch, geringe Rücksichtnahme auf sich selbst, angepasst, „funktionierend“
- Eingeschränkte psychosoziale Funktionsfähigkeit und Lebensqualität
- Partielle oder vollständige posttraumatische Belastungsstörungen (chronifizierte Form)
- Anpassungsstörungen
- Persönlichkeitsveränderungen

Die Zeit alleine heilt also definitiv nicht alle Wunden, traumatisierende Erfahrungen sind zeitlos. Sie können abgekapselt in den Menschen erhalten bleiben. Sie bleiben in der Familiengeschichte, selbst wenn diese abgespalten und verdrängt wird. „In der geriatrischen Psychiatrie, den Pflegediensten und Altenheimen ist inzwischen bekannt, dass viele Depressionen, Schlafstörungen und Angstzustände älterer Patientinnen auf sexuelle Gewalttaten der Kriegs- und Nachkriegszeit zurückgehen.“²³

Beispiele:

1. Ein alte Dame, ca. 85 Jahre, aus Berlin wollte für ihre Kinder und Enkel mit der Hilfe einer Journalistin ihre Lebenserinnerungen aufschreiben lassen. Sie konnte sehr plastisch über ihre Kriegserlebnisse erzählen, die sie weitgehend unbeschadet überstanden hatte.

Zum Kriegsende war sie in ihre ursprüngliche Heimat nach Norddeutschland zurückgekehrt. Der Frieden war gerade einen Tag alt, als sie auf dem Hof ihrer Familie ankam. Dort hatten amerikanische Soldaten ihr Camp aufgeschlagen. Sie

²³ Ustorf, A.-E.: Wir Kinder der Kriegskinder. Freiburg (Herder). 2010.

fühlte sich endlich nach all den Wirren und Anstrengungen der Flucht in Sicherheit. Doch in der ersten Friedensnacht wurde sie stundenlang von mehreren Soldaten vergewaltigt. „Darüber habe ich noch nie mit jemand gesprochen“, erzählte sie ganz ruhig und machte den Eindruck als hätte sie dieses Erlebnis schon lange überwunden.

Wenige Tage später rief ihr Sohn bei der Journalistin an und bat darum, die Erinnerungsarbeit einzustellen. Seine Mutter hatte starke Blutdruck- und Herzprobleme bekommen, litt an Schlafstörungen und war auffallend aufgewühlt durch die Erinnerungen und wurde mit diesen Erlebnissen jetzt nur sehr schwer fertig.

2. Ein 81Jähriger lebt schon seit längerem in dem Betreuten Wohnen und wird von den Mitarbeiter/innen des ambulanten Dienstes regelmäßig morgens betreut. An einem windigen Tag klappt die Eingangstür mit einem lauten Knall hinter der Pflegemitarbeiterin ins Schloss. Als sie in das Wohnzimmer kommt, hat sich der alte Mann hinter das Sofa verkrochen und zittert vor Angst. Erst langsam fasst er wieder Zutrauen zu der Mitarbeiterin und lässt Hilfe und Unterstützung zu.

Es müssen nicht unbedingt von außen aufkommende Situationen sein, die eine frühere Kriegstraumatisierung reaktivieren. Auftauchende Erinnerunginseln in dem neurobiologischen System eines alten Menschen können sich gewissermaßen vorbei an der individuellen geistigen Kontrolle zu beherrschenden Gedanken formen:

Es gibt deshalb auch **typische Pflegesituationen**, bei denen Reaktionsmuster reaktiviert werden könnten, weil sie in ihrer Ausgestaltung ähnliche Grundkonstellationen und Merkmale aufweisen wie die ursprünglichen Erlebnisse.

8. Typische Pflegesituationen mit Auswirkungen

Das pflegerische Arbeitsfeld ist im Wesentlichen durch existenzielle Ereignisse des Lebens geprägt. Deshalb begegnen Mitarbeiter in der Pflege qua Beruf täglich Situationen, in denen sie Intimitäts- und Schamgrenzen beachten und gleichzeitig überwinden müssen. Sie haben den Auftrag, im Rahmen einer guten Pflege die persönlichsten Fragen zu stellen und ihr Handeln an den sehr unterschiedlichen Bedarfen der pflegebedürftigen Menschen auszurichten. Die pflegerische Beziehung muss deshalb als das tragende Element der professionellen Pflege betrachtet werden. Jede Art der Pflege sollte deshalb, unabhängig von spezifischen, evtl. körperbezogenen Zielen, grundsätzlich zwei Dimensionen enthalten, die für den Umgang mit alten, vor allem hochaltrigen Menschen von großer Bedeutung sind:

Der Respekt vor und die Förderung der Autonomie im Zusammenhang mit der Gestaltung einer Pflegebeziehung.²⁴

Wenn pflegerische Handlungen vor dem Hintergrund von Kriegstraumatisierungen erfolgen, können Reaktionen gezeigt werden, die keinem, auf den ersten Blick erkennbaren Muster folgen.

Damit werden hohe Anforderungen an die Beziehungsgestaltung in der Pflege gestellt, die neben ihrer ethischen Begründung eine so große Bedeutung besitzt, weil auch eine technisch gute körperbezogene Pflege ohne die Einbettung in eine förderliche Beziehung nicht die beabsichtigten Wirkungen erreichen kann.

Typische Beispiele dafür sind:

24 4. Altenbericht der Bundesregierung. 2002.

a. Intimpflege / Körperpflege

Merkmale: Körpernähe, Ausziehen, fremde Hände am eigenen Körper, Abhängigkeiten, **Situationen aus dem Krieg:** Prüderie / Körperpflege unter schwierigen Bedingungen/ Vergewaltigungen / Hilflosigkeit / Schwäche durch Krankheit / Erschöpfung

Mögliche Reaktionen des älteren Menschen:

Abwehr, Schreien, Zusammenkauern, Steifwerden, Angst

b. Essen und Trinken

Merkmale: Hilfestellungen beim Essen, Auswahl des Essens eingeschränkt, Zeiträume des Essens relativ vorgegeben, Umfang der Mahlzeiten, Essen nicht im eigenen Zimmer, kein Vorrat / gemeinsames Essen / unterschiedliche Gerichte (z.B. Diätkost)

Situationen aus dem Krieg: Hungererlebnisse / Kampf um das Essen und damit Überleben / ausgeprägte Vorratshaltung

Mögliche Reaktionen des älteren Menschen:

Verweigerung, übermäßiges Essen, Essen vom anderen Teller, Horten von Essen

c. Fixierungen

Merkmale: Bettgitter, Gurte, Medikamente, die schützen sollen, häufig abends oder nachts verabreichte Schlafmittel, im Dunkeln wirkende Medikamente

Situationen aus dem Krieg: Dunkelheit / Flucht / Vertreibung / Haft / Gefangenschaft / medizinische Versuche / Benommenheit durch Schlafmangel / eingeschränktes Reaktionsvermögen durch Schwäche

Mögliche Reaktionen des älteren Menschen:

Versuch der Selbst-Befreiung, Hilferufe, Unruhe, Zunahme der Verwirrtheit

Mit einem größer werdenden Risiko für körperliche Gebrechen, sensorischen und motorischen Einschränkungen steigt das Risiko für die Reaktivierung von Traumata. „Die zentrale Angst alter Menschen ist nicht die vor dem Tod, sondern vor Abhängigkeit und Hilflosigkeit – dies kann in Verbindung gebracht werden mit traumatischen Ereignissen, die 40 bis 50 Jahre zurückliegen“.²⁵ Natürlich sind nicht alle Unruhezustände tatsächlich auf Spätreaktionen nicht verarbeiteter Kriegserlebnisse zurückzuführen. Vielmehr können auch hirnorganische Veränderungen und / oder besondere persönliche Ereignisse zu Unruhezuständen führen, die denen der späten Retraumatisierung sehr ähnlich sein können. Eine sorgfältige Anamnese und kontinuierliche lebensgeschichtliche Betrachtung der Entwicklungen in der Pflege und das Wissen um das Mitschwingen der „eigenen Anteile“ sind deshalb die wesentlichen Bausteine für einen glückenden Pflegeprozess.

9. „Lebensgeschichten“ bedeutsam für die Pflege

„Geschichten sind Entwürfe in die Vergangenheit zurück, Spiele der Einbildung, die wir als Wirklichkeit ausgeben. Jeder Mensch erfindet sich eine Geschichte, die er (...) für sein Leben hält.“ (Max Frisch).

Ohne Erinnerungsarbeit gibt es kein Gefühl der Kontinuität des eigenen Lebens; ohne diese gibt es keine positive Identität. Insofern ist die späte Entdeckung des Themas Kriegskindheit und die Bereitschaft der Gesellschaft und der Forschung, den Kriegskindern zuzuhören, nicht nur eine späte Wiedergutmachung

²⁵ Heuft, G. / Kruse, A. / Radebold, H.: Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. UTB. München, Basel. 2000.

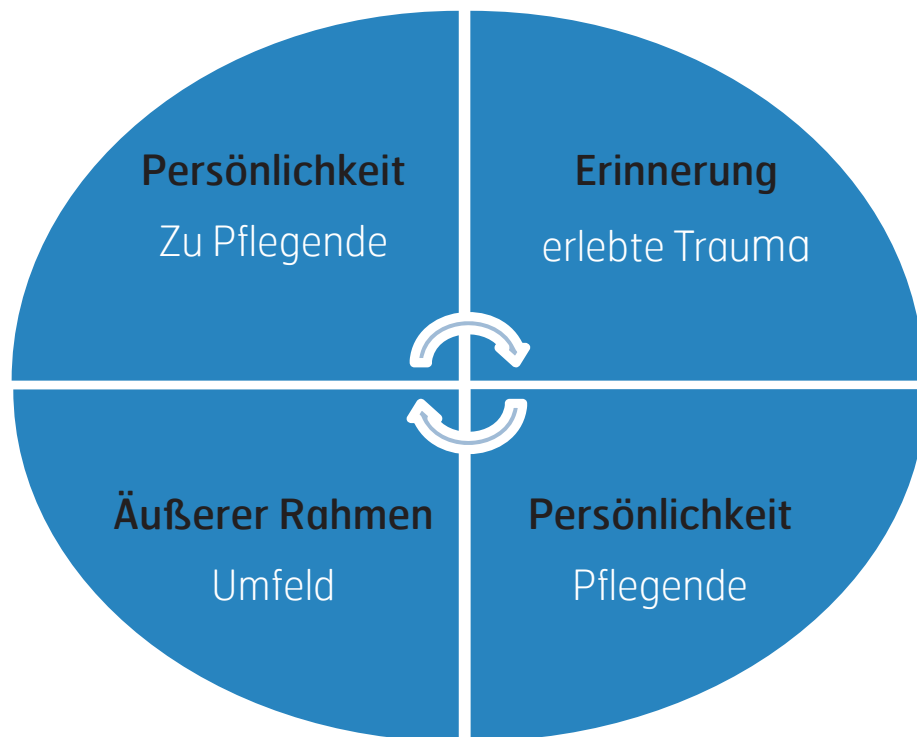
der jahrzehntelangen Sprachlosigkeit, sondern auch eine notwendige Hilfe zur Vervollkommnung ihrer eigenen Identität als Kriegskinder.²⁶

Um die geschilderten Zusammenhänge schon im Vorfeld besser erkennen zu können, sollten bereits frühzeitig, wenn möglich, schon in den Erstkontakten Informationen über die psychohistorische und soziale Verortung des erkrankten Menschen erhoben werden. Dabei geht es dann nicht um die Standard-Fragen aus der Basisdokumentation oder die klassische Erhebung von biografischen Daten, sondern um Botschaften über den alten Menschen, die über seine bisherige persönliche Lebensgestaltung und seelische Verfassung hinreichend Aufschluss bietet. „Ich sehe, Sie gehören zum Jahrgang sowieso...“ (damit ist verortet, dass dieser Mensch zur Kriegskindergeneration gehört), oder „...bekanntlich hat Ihr Jahrgang viel erlebt“ sind beispielhafte Eröffnungen oder Anmerkungen in einem Gespräch, die den Boden für weitere Hintergründe und wichtige pflegerelevante Anhaltspunkte bereiten können.

10. Handlungsmöglichkeiten in Pflegesituationen

Wie bereits beschrieben, kann sich die seelische Situation des älteren Menschen im Prozess des gegenseitigen Kennenlernens verschärfen. Die interaktionelle Psychodynamik in der neuen Umgebung stellt sich entsprechend der angespannten Situation dar.

²⁶ Geboren im Krieg. In: Jahrbuch Literatur und Psychoanalyse. 2008.



Grundsätzlich gilt im therapeutischen / pflegerischen Bereich, dass man zunächst eine Situation verstehen muss, um sie gestalten zu können, d.h. ursachengerecht handeln zu können. Fragen wie z.B., lief sein Leben ohne wesentliche Komplikationen ab? Gab es Einbrüche? Wurde er aus seiner Sozialisierung sowohl zeitlich wie örtlich herausgerissen? -usw. Um das recht schnell zu überblicken ist das Schema „**wer wo was wie wann**“, immer bezogen auf die Kindheit und das spätere Erwachsenenalter, recht hilfreich.

- Wer lebte oder lebt mit ihm zusammen?
- Wo war der Lebensmittelpunkt des Menschen?
- Was geschah in seinem Leben? Gab es tatsächlich schon früh Traumatisierungen?
- Wie geschah es?
- Wann und wo geschah es?

Wenn der Pflegende einen vorläufigen (Ereignis-) Überblick über den zu Pflegenden hat, folgt die nächste Frage für den Pflegenden: „Kann ich mir vorstellen, dass dieser Mann oder diese Frau zu mir einen belebten Kontakt entwickeln kann und kann ich mir vorstellen, dass auch ich diesen Kontakt erwidern kann; ihn sogar bejahend gestalten kann?“ Diese Frage stellt sich in allen sozialen Bereichen des im weitesten Sinn medizinischen Geschehens. Schon zu Beginn eines sozialen Geschehens steht die unausgesprochene Frage im Raum: Kann ich diesen Menschen in seiner Schwäche annehmen oder gibt es schon am Anfang unüberwindlich erscheinende Hinderungsgründe, die eine Behandlung oder Betreuung durch mich verhindern. Solche Hinderungsgründe gibt es immer wieder, auch wenn sie nicht offen zutage treten! Je eher der Betreuende das erkennt, umso besser ist es für alle Beteiligten, wenn ausgesprochen wird: ich kann diesen Kranken nicht nachhaltig genug betreuen, weil ich aufgrund unbewusster Abwehr (Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene) keinen seelischen Zugang zu ihm finden kann. Eine derartige Erkenntnis zeugt nicht von pflegerischer Schwäche, sondern besonderer Sorgfalt der eigenen Wahrnehmung. Manchmal kann die Übertragungspsychodynamik im Supervisionsgespräch geklärt werden, manchmal allerdings muss zum Schutz des betreffenden Pflegers oder der Pflegerin von einer persönlichen Betreuung durch ihn Abstand genommen werden.

Helfende vertreten in betreuenden Situationen nicht nur ihre eigene private, sondern auch ihre fachliche Vorstellung. Zusätzlich sind sie an die Richtlinien ihrer Institution gebunden. Dennoch lassen sich einige vorsichtige Handlungs-Hinweise aufstellen. Klar muss sein: ereignet sich eine akute lebensbedrohende Situation, so gilt es das Leben des Klienten zu schützen und zu retten.

Darüber hinaus stellt sich die Frage: kann ich mit dem Menschen noch „verstehend“ arbeiten; d.h. den grundlegenden Fokus

der stattgefundenen Traumatisierung vor langen Jahren finden und ihn entschärfen? Ist es zu verantworten, unter den aktuellen Rahmenbedingungen der Altenpflege mit dafür nicht ausgebildeten Mitarbeitern traumaspezifisch zu arbeiten? Die Anforderungen, die sich an die Mitarbeitenden in der Pflege stellen, lassen sich auch in Bezug auf den Umgang mit Kriegserinnerungen im Wesentlichen auf zwei Fähigkeiten konzentrieren:

Empathie und die Kenntnis der Lebensgeschichte.²⁷

Empathie definiert Kitwood als die Fähigkeit sich in die/den Andere/n hineinzusetzen, um zu verstehen, wie sie/er die Welt wahrnimmt. Auch wenn wir nicht ganz nachvollziehen können, was in einem Menschen mit Demenz vor sich geht, so können wir wenigstens den Versuch wagen. Das ist vordergründig keine Frage des Intellekts, sondern eine bestimmte Art zu verstehen, durch Einfühlung. Ebenso verändert die Kenntnis der Lebensgeschichte den Umgang mit verwirrten Menschen. Sind Details aus der Vergangenheit bekannt, beruht der Zugang zu ihm auf dem Wissen von Interessen, Vorlieben und Erfahrungen. Viele unverständliche und schwierige Aspekte des Verhaltens bekommen so eine andere, neue Bedeutung.

Nachfolgend können einige Beispiele aus der Praxis vielleicht zum besseren Verständnis beitragen.

Beispiel 1:

Ein Bewohner, der während des Krieges auf einem U-Boot stationiert war und eine Bewohnerin, die während des Krieges oft nicht wusste, wie sie ihre Kinder ernähren sollte, bunkern Essen (besonders Obst) in ihrem Zimmer für schlechte Zeiten.

²⁷ Kitwood, Tom: Der personale Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Verlag Huber, 2000.

Psychiatrisch / psychotherapeutisch:

Fixierte angstneurotische Symptomatik, die sich ver- selbstündigt hat und möglicherweise in eine psychotische Symptomatik übergehen kann, wenn die Unterbrechung nicht mehr gelingt. Es bleibt die Frage offen, ob die Hungerangst nicht auch ein Ausdruck für anderes erlebtes Sterben ist.

Psychodynamik:

Beide Bewohner hatten wohl große Angst zu verhungern, also Todesangst (!) erlebt. Man wird den Fokus kaum überzeugend behandeln können. Man kann ihn evtl. umgehen, wenn man aus dieser Ebene aussteigt und realistisch arbeitet: man geht mit dem Bewohner / der Bewohnerin regelmäßig an einen verfügbaren Obstkorb und gibt beiden die Möglichkeit, für einen überschaubareren Zeitabschnitt z.B. 3 Stunden bis zur nächsten Mahlzeit ein Stück Obst auszusuchen und mitzunehmen.

Es kann durch die Begleitung des „Hilfs-Ich“²⁸ (Pfleger) ein sich stets wiederholendes Ritual eingeleitet werden, das die tiefliegende Angst vor Hunger wohlmöglich besänftigen kann.

Pflegerische Interventionsmöglichkeit:

Realistische Beurteilung der mentalen Kapazität; Entlastungs-Ich (Pfleger) einführen, das für diesen individuellen intrapsychischen Konflikt in der Beziehung bleibt.

Beispiel 2:

Eine Bewohnerin hält immer eine gepackte Tasche bereit, falls der Fliegeralarm losgeht und sie in den Bunker muss.

²⁸ Als „Hilfs-Ich“ tritt eine Person auf, die vorübergehend eine andere wegen deren eingeschränkter Funktionen im somatischen und psychischen Bereich entlastet (Beispiel auf der Tierwelt: Blindenhund). Im psychotherapeutischen Bereich ist es eine hilfreiche Methode, um Patienten in besonderen Situationen zu entlasten.

Psychiatrisch / psychotherapeutisch:

Die Bewohnerin muss noch sehr jung gewesen sein wenn sie von ihren eigenen Erlebnissen spricht. Wie Jung? Das ist insofern interessant, weil sie möglicherweise noch unter drei Jahren war, jedoch die Erlebnisse von Erwachsenen gehört hat, bevor sie selber sprechen konnte, also vor ihrer eigenen Verwörterungsfähigkeit.

Psychodynamik:

Sie erinnert sich an die Ereignisse, bleibt aber vor der Lösung stehen: sie hat überlebt und jetzt gibt es keine Bombenangriffe

Pflegerische Interventionsmöglichkeit:

Man wird der Bewohnerin vielleicht nicht mehr die irrealen Angst vor dem nächsten Fliegeralarm nehmen können. Sollte es aber ihr Gesundheitszustand zulassen, kann durch eine Rekonstruktion des damaligen Geschehens noch eine reale Verarbeitung eingeleitet werden. Auch hier ist die Begleitung eines Hilfs-Ich dringend angeraten. Die erlebte Panik kann aufgefangen werden, wenn die menschliche Anteilnahme vermittelt wird – auch durch Körperkontakt; z.B. die Hand wärmen, den Arm um die Schulter legen. Eine gute Möglichkeit ist, die Erinnerung malen zu lassen. Dadurch wird der Prozess der „Externalisierung“ eingeleitet. Der Betroffene kann sich dieses Ereignis gewissermaßen von außen anschauen und sich etwas davon distanzieren.

Beispiel 3:

Eine Bewohnerin, die während des Krieges auf dem Feld gearbeitet hat und 20 Pfennig am Tag verdiente, will sich heute nichts leisten, weil alles zu teuer sei und sie Angst um ihr Geld hat (z.B. Fußpflege, Friseur).

Psychiatrisch / psychotherapeutisch:

Es gibt somatische Erkrankungen, z.B. Morbus Parkinson

oder lange Abhängigkeitsproblematiken, in deren Gefolge ein „Verarmungswahn“ auftreten kann. Die Ursachenklärung ist dringend erforderlich.

Psychodynamik:

Die Symptomatik ist schwer beeinflussbar, hat häufig psychotische Anklänge. Die Menschen sind sehr gequält. Hilfe gibt es unter Umständen durch medikamentöse Behandlung

Pflegerische Interventionsmöglichkeit:

Umgehen der Symptomatik auf der intellektuellen Ebene, möglichst nonverbal arbeiten, um frühere Arbeitsbereiche des Gehirns arbeiten zu lassen.

Ansatz in den Überlegungen kann sein, der Bewohnerin die Verhältnismäßigkeit des Geldes für den Friseur und die Pediküre am Gesamtvorrat spielerisch zu zeigen, um ihre eigenen Vorstellungen zu entzerren. Wenn die geistige Kapazität ausreicht, könnte man mit der Bewohnerin handwerklich das Binnenverhältnis auf den Tisch legen in Form kleiner Papierstückchen, die sie selbst mit dem Geldwert beschreibt (oder Spielgeld). Sie kann ihre eigene Kasse führen und sich immer etwas zurücklegen für Friseur und Pediküre.

Beispiel 4:

Eine Bewohnerin hat einen jüdischen Mädchennamen und hat noch heute Angst um ihre Kinder, fragt häufig, wo sie sind und ob sie in Sicherheit sind. Sie sucht sehr oft ihre „Jungs“, aus Angst, dass Jemand ihren jüdischen Mädchennamen herausbekommen hat und ihre „Jungs“ verschleppt hat.

Psychiatrisch / psychotherapeutisch:

Die Realität überprüfen. Es kann durchaus sein, dass die Bewohnerin Erfahrungen gemacht hat mit der Nazi-Polizei. War sie versteckt? Hatte sie Verwandte, die

durch die Judenverfolgung bedroht waren? Erst wenn die Hintergründe auf die Realität überprüft wurden und sich als leer erwiesen haben, kann man über eine Psychiatrische Diagnose nachdenken.

Psychodynamik:

Ein oder mehrere Schlüsselerlebnisse sind fixiert. Sie müssen nicht unbedingt primär traumatisch bedingt sein. Sie können auch durch immer wiederkehrende Erzählungen Dritter oder in den Medien entstanden sein.

Pflegerische Interventionsmöglichkeit:

Hat die Bewohnerin überhaupt Kinder? Wenn ja, wo sind sie? Kann man die Kinder und die Bewohnerin zusammenbringen? Lebenszeichen malen. Wenn die Hintergründe geklärt sind und keine Hinweise auf das Verhalten der Patientin zeigen, sollte man angstlösende und evtl. antipsychotische Medikamente einsetzen.

Beispiel 5:

Eine Bewohnerin nestelt immerzu an ihrer Kleidung herum und „drückt“ imaginäre Käfer aus. Ihr Sohn hat uns erzählt, dass sei eine Angewohnheit aus Kriegszeiten. Wir vermuten, das Ungeziefer, das sie z.B. vom Feld oder vom Bunker „mitgebracht“ hat, muss weg vom Körper.

Psychiatrisch / psychotherapeutisch:

Es gibt tatsächlich Wahnvorstellungen bei psychiatrischen Erkrankungen, die nichts mit Kriegserlebnissen zu tun haben, sondern aus der (wahnhaften) Furcht gespeist werden von außen, durch Eindringen von fremden Wesen in den eigenen Körper zerstört zu werden. Die Erkrankung muss medikamentös behandelt werden. Der Betroffene muss psychiatrisch untersucht werden, um eine genaue Diagnose zu stellen.

Psychodynamik:

Es ist fast unerheblich welcher Grund für die Erkrankung vorliegt. In beiden Fällen stehen die Menschen immer unter Angst. Teil der Umwelt (hier Käfer) wird als zerstörerisch für die eigene Persönlichkeit (hier vorwiegend der Körper) erlebt. Daraus können sich somatopsychischen Störungen ableiten: z.B. Hautveränderungen durch Kratzen etc., Blutdruckanstieg, Magenbeschwerden, Rückzug, Isolation, Misstrauen.

Pflegerische Interventionsmöglichkeit:

Sehr gute Erkundung der Umstände, genaue Diagnosestellung, wenn es sich um ein spätes posttraumatische Reaktion handelt und wenn es überhaupt möglich ist, mit der Patientin zu arbeiten, einen gemeinsamen Plan zu finden, was man gegen die Käfer tun kann.

Beispiel 6:

Eine bereits verstorbene Bewohnerin war in Kriegsgefangenschaft, wurde missbraucht und konnte nicht von einem männlichen Pfleger oder von Pflegekräften, die einen osteuropäischen Akzent hatten, versorgt werden.

Psychiatrisch / psychotherapeutisch:

Es sind pathologische Fixierungen aus den wahrscheinlich sich kumulativ und sequenziell ereigneten Traumata, die sich fixiert haben

Psychodynamik:

Allein die akustischen Merkmale der männlichen Stimme bewirken die Erinnerung an die erlebten Traumata. Solange die Realität des hier und jetzt nicht eingeführt werden kann, fällt die Patientin immer wieder in die damalige Situation zurück und erlebt eine erneute Retraumatisierung.

Pflegerische Interventionsmöglichkeit:

Erwünscht ist ein Aufbau von Vertrauen zu den Menschen, die die Körperpflege machen sollen. Dafür gibt es sehr viel vertrauensbildende Gespräche und Handlungen. Entscheidender ist, dass die Konfrontation zwischen einem östlich sprechenden Pfleger und der Bewohnerin vermieden werden sollte. Es ist auch für den Pfleger ein psychischer Stress. Er gerät unweigerlich in die Täterrolle, das sollte man vermeiden.

11. Besonderheiten bei demenzkranken Menschen

Wenn Alterungsprozesse beginnen und der deutliche dynamische, progressive Prozess im Leben sich verlangsamt, wird eine neue, gewissermaßen rückwärts gerichtete Modulationsfähigkeit des Individuums erforderlich, um das bereits erwähnte homöostatische Gleichgewicht zu bewahren: „das Selbst“ und damit das reale und geistige Eigentum eines Menschen unterliegt fortlaufenden Veränderungen. Uns wird plastisch vor Augen geführt, worunter demenzerkrankte Menschen mit zunehmender Krankheit leiden, wenn sie diese Qualitäten nicht mehr besitzen. Die Definition vom „Selbst“ verändert sich oder geht verloren.

Mein Selbst:²⁹

- 1 Die Summe meiner Erfahrungen, also die Sicht von mir und der Welt
- 2 Die Sicht von mir (als) (Größe, Intelligenz, Status und gesundheitlicher Zustand)
- 3 Meine sozialen Rollen und ein anderes Zitat:

29 Sabat. Zitiert nach Greve: Psychologie des Selbst (S. 95).

„die Inhalte des Selbst beschreiben, wie wir selbst uns sehen, bewerten und verstehen, wie wir uns in die Zukunft projizieren, welche Möglichkeiten wir für uns wahrnehmen und wie wir uns retrospektiv erleben und aus der Vergangenheit neu konstruieren“.

Diese Bewältigungsaufgabe stellte sich auch als Aufgabe für die damals kriegstraumatisierten Kinder. Jedoch konnten traumatisierte Kinder im Krieg keine der regulären intrapsychischen und interpsychischen Aufgaben wirklich gut gestalten, am ehesten noch ihre Selbstregulation aufrecht erhalten. Wir wissen, dass es nach schweren Traumatisierungen zu sog. bleibenden Persönlichkeitsänderungen kommen kann. Teilweise kam es damals zu einem bleibenden Teil-Zerfall oder einer Teilerstarrung der Persönlichkeit. Viele spätere Erwachsene haben die Gräuelp des Erlebten nicht verarbeiten können. Sie kamen in psychiatrische Kliniken, heute geriatrische Stationen oder Heime, und blieben oder bleiben bis zu ihrem Lebensende dort.

Aus diesem Umfeld stammt eine Untersuchung³⁰ von 1995/96.

Die Kranken seien aufgefallen:

Sie erlebten sich „als besonders vulnerabel“ bezüglich bedrohlich erlebter Lebensereignisse. Ein höheres Ausmaß körperlicher Hinfälligkeit und Konflikte in der Beziehung zur Pflegeperson waren mit affektiven Störungen verknüpft.

Die Autoren meinten, dass biografische, soziale und interaktionelle Faktoren die Demenzpsychopathologie mit bedingen. Daher fordern sie eine größere klinische Aufmerksamkeit auf Ängstlichkeit und Depressivität der Patienten.

30 Orell u. Bebbington. In: Psychopathologie der Demenzen. Hrsg. von Schröder, St. (S. 105).

Bei älteren Menschen stellt sich der Prozess der Resomatisierung, d.h. des Erlebens der eigenen reduzierten Körpercharakteristik sehr plastisch dar. Sie erleben erneut Verluste, die sich mit ängstlicher Grundhaltung verbinden können. Im Zusammenhang mit der Aufgabe der eigenen Wohnung der Familie etc. kann sich das Bild ähnlich der erlebten Kriegssituation zum Trigger für Flash-backs bis zur psychotischen Verarbeitung ausbreiten.

Es ist noch nicht lange bewiesen, dass nach Jahren der Latenz bei kriegstraumatisierten Menschen Symptome auftreten können, obwohl zwischenzeitlich ein Leben voller Energie, Zielstrebigkeit und scheinbarer Gesundheit gelebt wurde. Man kann daher von einer „**stummen Krankheit**“ sprechen (Spranger).

- Demenzerkrankte Menschen können durch einen Umzug in betreute Einrichtungen wesentliche Identifikationskerne verlieren.
- Demenzerkrankte Menschen in betreuenden Einrichtungen gelingt es nur schwer, ihre Selbstidentifikation aufrecht zu erhalten. Individuelle Versuche werden erschwert durch das eigene fragmentierte Selbst und den Mangel an vertrauten Personen, die die Aufgabe der Zusammenfügung der Selbstanteile übernehmen könnten.
- Schwer kriegstraumatisierte Menschen des II. Weltkrieges sind psychotherapeutisch fast alle unbehandelt. Ein Teil von ihnen hat die schweren seelischen Deformierungen wirklich überwunden, d. h. integrieren können. Ein anderer Teil lebt mit abgekapselten Erlebnissen, die durch entsprechende Triggerung zu seelischen Dekompensationen führen können.
- Aufgrund des demenzerkrankten Geschehens und der damit verbundenen auch neurobiologischen und

psychodynamisch rückwärts verlaufenden Prozesse sind die intrapsychischen Bereiche von Selbststeuerung, Selbstdefinition und Selbstidentifikation mit betroffen. Nicht integrierte Erinnerungsinseln gelangen an die Bewusstseinsoberfläche und können eine erhebliche Beunruhigung des Betroffenen mit Angst, Zittern, Schreien hervorrufen.

- Therapeutisch entlastende Zugänge können über nonverbale Interventionen, über eine „Optimale Parallelbehandlung entsprechend individueller entwicklungspsychologischer Stadien“³¹ gefunden werden.

Demnzerkrankte Menschen sind allen inneren und äußeren Unruhen und eventuell an die Oberfläche gelangenden Erinnerungen schutzlos ausgeliefert! Sie bedürfen deshalb eines HILF-ICHS (s. Anhang) „zur Rettung“. Dazu zwei Beispiele:

In einem Pflegeheim für Senioren saß eine an Altersdemenz leidende sehr alte Dame, ca. 95 Jahre alt, im Rollstuhl in der Cafeteria. Sie rief eine Besucherin des Heimes zu sich und sagte sehr eindringlich: „Mein Sohn ist gefallen. Mein schöner junger Sohn. Alle meine Kinder sind weg.“ Auf die Frage, wie alt ihr Sohn denn gewesen sei, kam die Antwort: „Er ist doch erst 14 Jahre alt. Mein schöner Sohn ist gefallen.“ Diese Worte wiederholte sie immer wieder und man konnte deutlich den Schmerz sehen, den diese Erinnerung nach über 60 Jahren in ihr hervorrief.

Eine alte Dame in einem Pflegeheim konnte nachts nicht mehr schlafen. Immer wieder stand sie nachts auf und

31 Spranger, H.: Vertiefte Kenntnis über deutsche Kriegskinder in neurobiologischen Zusammenhängen am Beispiel tiefenpsychologischer Gruppenselbsterfahrung. 2008.

kroch unter ihr Bett, weil sie sich davor fürchtete, dass sie von einem Bombenangriff überrascht wird. Ein sehr einfühlsamer und aufmerksamer Pfleger legte ihr daraufhin eine Matratze unter ihr Bett und sorgte so dafür, dass die Frau wieder zur Ruhe kam und schlafen konnte.

Das oberste Ziel in der Begegnung mit demenzerkrankten Menschen muss es sein, Zugänge zu dem Menschen zu schaffen, die dabei helfen, die Persönlichkeit des Erkrankten so weit wie möglich zu erhalten und sich auf die Spurensuche des Lebens zu machen. Es gilt also den „roten Faden“ der Lebensgeschichte (wieder) aufzunehmen und zugänglich zu machen, damit sich die an Demenz erkrankte Person soweit wie möglich wieder als identisch und im Kontext der eigenen Biografie erleben kann.

12. Möglichkeiten der Arbeit mit Erinnerungen

Sehr gut geeignet ist dafür die einführende Arbeit mit unterschiedlichen Materialien.³² Unterschiedliche Methoden und Ansätze des „Wiedererinnerns“ haben sich in der Praxis bewährt. Hilfreich ist dabei auch das Konzept der „Erinnerungslandschaften“ von Prof. Dr. Hilarion Petzold. Dabei ruft der alte Mensch sich die Umgebung, in der etwas erlebt wurde wieder ins Gedächtnis zurück. Mit dieser Methode wird oft auch der Zugang zu den gesuchten Inhalten wiedergefunden. Im übertragenen Sinne wird also die räumliche Landschaft des eigenen Gedächtnisses abgeschritten.

Vorsicht bei sogenannten unreflektierten Angeboten in der Arbeit mit Erinnerungen (z.B. sogenannte

³² Spranger, H.: Familienbande - sprechen ohne Worte. In Druck.

„Erinnerungscafés“).

Die Grundlage jeder Arbeit mit Traumatisierungen ist die Möglichkeit, die Erlebnisse zu reflektieren mit der Möglichkeit das Trauma zu korrigieren und in das eigene Leben zu integrieren. Der behutsame und wissende Umgang mit traumatischen Erlebnissen muss deshalb Ausgangspunkt dieser Angebote sein. Immer wieder „unkorrigiert“ seine Kriegstrauma-Geschichte erzählen, bedeutet für den Menschen auch, direkt die Fixierung individueller traumatischer Erinnerungen voranzutreiben und womöglich noch mit anderen Bewohnern in eine „Hierarchie des Leidens“ (Spranger) einzutreten. Wer hat die schrecklichsten Erlebnisse gehabt? Über eigene Erlebnisse berichten, oder fremde Erlebnisse mit anhören kann bei den Betroffenen zu psychischen Zusammenbrüchen und Dekompensationen führen. An dieser Stelle möchten wir deshalb nachdrücklich vor der unreflektierten Arbeit mit „Erinnerungscafés“ warnen.

Individuell bedeutsame Aspekte allgemein gültiger Lebenserfahrungen sollen dabei (ohne den Anspruch auf Vollständigkeit oder gar die Ermittlung objektiver „Wahrheiten“) angesprochen werden und thematisiert werden. Die konkreten Fragestellungen ergeben sich aus der täglichen Arbeit. Das Vorgehen erlaubt, situativ auf die Person einzugehen, sollte aber immer sehr sorgfältig gewählt und im Zweifelsfall professionell begleitet werden.

Angeregt werden sollen auch Erinnerungen an Kompetenz, Sicherheit und Heiterkeit, die als Ressourcen in einem von Verlusten und Versagen gekennzeichneten Alltag dienen können. Im Folgenden werden nur Beispiele aufgeführt:

Übergeordnetes Thema (Lebenserfahrungen, Erinnerungslandschaften)	Fragstellungen (Wer, Wo, Was, Wie, Wann)	Methoden / Ansätze (z.B. Verbalisieren, Gestalten, Darstellen, Beschreiben, Zeichnen/ Malen)
Zugehörigkeit: z.B. Heimat	Wo komme ich her?	z.B. Landkarte in den Grenzen von 1939 mit persönlichen Daten versehen
Beziehungen: z.B. Familie	Wer gehört zu mir?	z.B. Darstellung durch Figuren / Szeno – Kasten
Tätig sein: z.B. Beruf	Was habe ich gemacht?	z.B. Figuren zum Beruf gestalten, Werkzeuge zeigen
Alltagswelten: z.B. ein Tagesablauf	Wie sah ein typischer Tag aus?	z.B. Stundenplan
Gesundheit: z.B. Ernährung.	Was wurde zu Festen gegessen?	z.B. Alte Rezepte, Kochbuch erstellen
Besonderheiten: z.B. Reisen	Wo war ich schon?	z.B. Landkarte von Europa zeigen, mit Bildern eine Reise gestalten

Übergeordnetes Thema (Lebenserfahrungen, Erinnerungslandschaften)	Fragstellungen (Wer, Wo, Was, Wie, Wann)	Methoden / Ansätze (z.B. Verbalisieren, Gestalten, Darstellen, Beschreiben, Zeichnen/ Malen)
Vergnügen: z.B. Tanzkurs	Was habe ich gern gemacht?	z. B. ersten Tanzkurs darstellen
Freunde: z.B. Einladung zum Fest	Wie heißen meine Freunde?	z.B. Freunde malen / Darstellen / Bilder betrachten
Außenwelt: z.B. Musik	Was war meine Lieblingsmusik?	z.B. Tanzcafés anbieten, alte Schallplatten hören, Lieder singen
Persönlichkeit: z.B. Kleidung	Was schmückt mich?	z.B. Nähen, Lieblingsschmuck gestalten, Modenschau planen
Rituale: z.B. Konfirmation	An was glaube ich?	z.B. Konfirmation besuchen

13. Fazit

In der Altenpflege müssen wir, vor dem Hintergrund der geschilderten Zusammenhänge, sehr sensibel auf die jeweiligen Lebensgeschichten der Menschen eingehen. Wir sollten Fragen stellen und den Geschichten zuhören lernen. Wir brauchen mehr Wissen, auch um eine Ahnung davon oder sogar ein Verständnis dafür zu bekommen, warum manche Menschen im Alter, mit einem Pflege- und Hilfebedarf pflegerisch gut gemeinte Unterstützung abwehren, warum sie Angst haben, warum sie schweigsam sind oder immer wieder von ihren Erinnerungen berichten müssen. Zusammenfassend möchten wir deshalb schlagwortartig einige Hinweise für die Arbeit mit älteren Menschen und ihren Erinnerungen geben:³³

Psycho-historische Sichtweisen berücksichtigen

Generell stellt sich für alle in der Altenpflege tätigen Berufsgruppen die Aufgabe, *historisch* zu denken. Zusätzlich zur psycho-bio-sozialen Perspektive ist damit sowohl das geschichtliche Wissen, als auch der historische Kontext als weitere Dimension in der Pflege zu verankern. Aus dieser Sichtweise ergibt sich ein neues Konzept des Verstehens, das in folgenden Schritten erarbeitet werden kann:

- **Erkunden möglicher traumatisierender Ereignisse:** Geburtsorte sollten hinsichtlich ihrer historischen Bedeutung reflektiert werden. Bei der Erwähnung bestimmter Ereignisse ist gezielt nachzufragen. Häufig kommen spezifische Hinweise erst bei einer länger bestehenden, verlässlichen Beziehung zum Vorschein.
- **Differenzieren:** Die Zugehörigkeit zu bestimmten Geburtsjahrgängen gibt Hinweise, welche Erfahrungen

³³ In Anlehnung an Interviews mit Prof. Dr. Hartmut Radebold.

gemacht werden konnten und welche Verluste eingetreten sein könnten. Hier ist dann nach den Auswirkungen auf die weitere Persönlichkeitsentwicklung, auch unter geschlechtsspezifischen Aspekten, zu suchen.

- **Anerkennen:** Die betroffenen damaligen Kinder und Jugendlichen der Jahrgänge 1927–1945 haben schreckliche Erfahrungen durchlebt, an denen sie nicht schuld waren. Es ist eine schwerwiegende Herausforderung, bei der Erkundung der deutschen Kriegskindheit niemals zu vergessen, dass das Grauen und Chaos auf Entscheidungen und Entwicklungen beruht, die vom deutschen Volk selbst herbeigeführt worden sind. Diese Spannung auszuhalten birgt allerdings die Chance zu innerem Wachstum.³⁴
- **Annehmen:** Es ist wichtig, die so Betroffenen mit ihrer Lebensgeschichte, ihren möglicherweise verstörenden Erlebnissen und insbesondere mit den damit verbundenen Gefühlen von Verzweiflung, Angst, Hilflosigkeit und Verloren sein ernst zu nehmen. (Übernahme einer Holding- und Container-Funktion). Möglicherweise kann erst jetzt – nach so vielen Jahren – Trauer sowohl bei Frauen als auch bei Männern zugelassen werden!
- **Verknüpfen:** Eine Klärung des Zusammenhangs zwischen den damaligen spezifischen Erfahrungen und den heutigen Symptomen bzw. der heutigen Lebenssituation ist notwendig. Das Angebot einer derartigen Sichtweise kann auf die langanhaltenden Folgen damaliger Ereignisse entlastend wirken.
- **Gemeinsam suchen:** Die (psycho-)therapeutischen

34 Ermann, M.: Unauslöschbare Spuren – Kriegskinder sechs Jahrzehnte später. In: Zeitschrift für Funktionelle Entspannung. 2011.

Hilfsmöglichkeiten, die stabilisieren und Sicherheit geben, sind durch gemeinsame Reflexion hinsichtlich der aktuellen Lebenssituation auszuwählen.

- **Arbeit mit Biografien und Erinnerungen gestalten:** Im Gespräch sind zwei Fragen bzw. Feststellungen entscheidend: „**Ich sehe, Sie gehören zum Jahrgang sowieso...**“ (damit ist verortet, dass dieser Mensch zur Kriegskindergeneration gehört), und „**...bekanntlich hat Ihr Jahrgang viel erlebt**“. Ist die Frage oder Aussage neutral formuliert, dann erzählen die Menschen zumindest die Fakten. Und dann kann man sich selbst vorstellen, was passiert ist.

Unser Anspruch und Auftrag in der Pflege sollte es sein, lebensgeschichtlich bedeutsame Ereignisse und Erlebnisse der Menschen zu kennen, das ist etwas anderes als eine Biografiearbeit die sich auf das Sammeln von Daten und Fakten beschränkt. Projekte zur Arbeit mit Erinnerungen dürfen keine einmaligen Veranstaltungen sein, sondern müssen zum integrierten Teil eines Gesamtkonzeptes werden.

Dies bedeutet für die Mitarbeiter/innen in der Pflege auch, sich auf das Leben der Menschen einzulassen, zu lernen und zu verstehen. Wir wissen aber auch, dass es nicht automatisch alles besser wird, nur weil man drüber redet. Wer nicht stabil genug ist, für den kann auch das Verdrängen besser sein. Die unterschiedlichen Bewältigungsstrategien zu erkennen und im (Pflege)Alltag angemessen damit umzugehen setzt ein hohes Maß an Fachlichkeit, Empathie und Orientierung voraus.

Die Berufsgruppen, die im psychosozialen Bereich und im Altersbereich tätig sind, brauchen dringend die Vermittlung zeitgeschichtlichen Wissens und die Entwicklung eines psycho-

historischen Verständnisses. Sie sollten wissen, was in der Zeit der Kriegskindheiten passiert ist, um Begriffe und Erwähnungen richtig zuordnen zu können. Sie müssen für ihre berufliche Praxis darüber informiert werden, was es für Störungen geben kann. Das Wissen um diese Vorgänge kann helfen, nicht unwissentlich Situationen zu schaffen, die von den zu Pflegenden ähnlich erlebt werden wie früher oder sogar Retraumatisierungen provozieren. „Unabhängig vom Lebensalter haben wir eine Geschichte, sind wir Geschichte und verkörpern wir Geschichte – für uns selbst und in der familialen Weitergabe“.³⁵



35 Radebold, H.: Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Ältere Menschen in Beratung, Psychotherapie, Seelsorge und Pflege. Verlag Klett-Cotta. Stuttgart. 2005.

14. Anhang

Hintergründe: Verluste, Gewalterfahrung, Flucht und Vertreibung bei den Kriegskindern und ihren Eltern³⁶

- Im II. Weltkrieg kam jeder achte männliche Deutsche – gerechnet vom Säugling bis zum Greis – ums Leben. Exorbitant hoch waren vor allem die Todesfälle in den Ostgebieten, wo jede fünfte männliche Person starb. Insgesamt wurden elf Prozent der Bevölkerung getötet, also jeder neunte Bürger.
- Bis Anfang 1955 wurden registriert: 2,73 Mio. Wehrmachtstote und 1,24 Mio. Vermisste einschließlich der in Kriegsgefangenschaft Gestorbenen.
- Eine aktuelle Untersuchung geht von 4,71 Mio. Todesfällen aus. Dabei fielen besonders viele kämpfende Soldaten im heiratsfähigen Alter: Von den 20- bis 25-Jährigen 45%, von den 25- bis 30-Jährigen 56%, von den 30- bis 35-Jährigen 36% und von den 35- bis 40-Jährigen 29%. Die Geburtsjahrgänge ab 1920 (bezogen auf die Rekrutenzahlen) weisen in der Regel Todesquoten von mehr als 30% auf.
- Am Ende des II. Weltkrieges waren über 11 Mio. deutsche Soldaten auf 12.000 Kriegsgefangenenlager in 80 Staaten verteilt. In den ersten beiden Nachkriegsjahren kehrten zwischen 9 und 10 Mio. ehemalige Soldaten aus der Kriegsgefangenschaft zurück. Im Frühjahr 1947 befanden sich noch 2,3 Mio. Kriegsgefangene in alliierter und knapp 900.000 in sowjetischer Kriegsgefangenschaft. 1947 wurden weitere 350.000 entlassen, 1948 eine halbe Mio.,

36 Radebold, H.: a.a.O. 2005.

1949 weitere 280.000.

- Zuerst kamen die Kranken und Gebrechlichen aus der Gefangenschaft zurück, so dass 1946 nur 16% der Heimkehrer arbeitsfähig waren. Im Bundesgebiet wurden im November 1950 über 2,01 Mio. „Kriegsbeschädigte“ des I. und II. Weltkrieges registriert. Davon waren etwa 1,5 Mio. zu 30 % und mehr in ihrer Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt.
- 1950 gab es in der Bundesrepublik insgesamt 1,45 Mio. versorgungsberechtigte „Beschädigte“ (mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit zwischen 30 % und 100%, davon 0,76 Mio. über 50-Jährige).
- Mehr als 2 Mio. Zivilisten kamen auf der Flucht oder während der Vertreibung ums Leben. Bei weit mehr als der Hälfte handelt es sich um Frauen und Kinder.
- Die Bombenangriffe im gesamten deutschen Reichsgebiet führten zu 600.000 bis 800.000 „Ziviltoten“, zumeist Frauen, Kinder und alte Menschen. Nicht weniger als 161 deutsche Städte wurden mit weitreichenden Folgen bombardiert. Brand- und Sprengbomben fielen nahezu auf jede Stadt mit über 50.000 Einwohnern, dazu auf 850 kleinere Orte.
- Aus den Gebieten örtlich von Oder und Neiße mussten mehr als 7 Mio. Menschen fliehen bzw. wurden vertrieben. Hinzu kamen etwa 5 Mio. aus den früheren deutschen Siedlungsgebieten im Ausland (Tschechoslowakei, Polen, Jugoslawien, Rumänien, Ungarn, dem Baltikum, Danzig). Es flohen auch die aus dem Westen in die Ostgebiete evakuierten Frauen, nicht nur ansässige Familien.
- Wahrscheinlich war mindestens jede 8. Frau aus dem

deutschen Reichsgebiet von Flucht oder Vertreibung betroffen. Ende 1952 befanden sich in der Bundesrepublik Deutschland 2,58 Mio. deutsche Heimatvertriebene und in der DDR 3,8 Mio. Außerdem wurden zwischen 200.000 und 400.000 Personen verschleppt, von denen etwa 50% umkamen.

- Von den insgesamt 18.887.000 Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 25 Jahren waren 3.259.000 Vertriebene, unter ihnen mehr männliche als weibliche.
- Die Trennung der Frauen von den Männern, die einrücken mussten war nur ein Teil der Auflösung von Familien. Der Luftkrieg erzwang noch weitere Trennungen: Mütter flohen mit ihren Kindern vor den Bomben, wurden evakuiert. Kinder kamen mit der Kinderlandverschickung (KLV) häufig weit fort. So zerfielen die Familien noch weiter, auch solche, bei denen der Vater noch zu Hause war. Evakuierung und KLV betrafen viele Menschen, überwiegend Frauen. Die Zahlen schwanken zwischen 5 und 10 Mio.
- Die Gefallenen hinterließen mehr als 1,7 Mio. Witwen, fast 2,5 Mio. Halbwaisen und etwa 100.000 Vollwaisen. Von diesen Hinterbliebenen hatten 1,25 Mio. Kinder und Jugendliche ihren Vater durch den Krieg verloren. 250.000 waren Vollwaisen. Insgesamt soll es 1,5 bis 2 Mio. Kriegswitwen gegeben haben. Die Zahl der Witwen und Witwer betrug 1960 noch 1,1 Mio, der Waisen 500.000 und der Eltern, deren Söhne gefallen waren 800.000.
- Ungefähr ein Viertel aller deutschen Kinder wuchs nach dem II. Weltkrieg ohne Vater auf, der in der Mehrzahl der Fälle gefallen oder vermisst war. In den unmittelbaren Nachkriegsjahren war der Prozentsatz auf Grund der Gefangenschaft der Väter noch höher.

- Unter den Heimatvertriebenen fanden sich allein über 2 Mio. Kinder und Jugendliche. 1,6 Mio. davon hatten die Eltern oder einen Elternteil verloren. Zahlreiche Kinder waren allein unterwegs. Man schätzt, dass sich allein von den Berliner Kindern bei Kriegsende noch 10.000 bis 20.000 ohne Kontakt zu ihren Angehörigen in mehr oder minder gefährdeten Gebieten ohne ausreichende Nahrung und Begleitung aufhielten oder sich auf den mühseligen Rückweg, meist zu Fuß, mit dem fernen Ziel Berlin machten. Dazu gab es am Ende des Krieges und kurz nach dem Krieg regelrechte Wanderungen von Lehrern und Schülern auf der Suche nach einer vorübergehenden Heimstatt und schließlich nach Hause.
- Im Jahre 1951 gab es in der Bundesrepublik über 120.000 Pflegekinder und über eine halbe Mio. Minderjährige unter Amtsvormundschaft.
- Die Gesamtzahl der Vergewaltigungen wird auf 1,9 Mio. geschätzt: 1,4 Mio. in ehemaligen deutschen Ostgebieten und während der Flucht oder Vertreibung sowie 500.000 in der späteren sowjetischen Besatzungszone. In Berlin wurden mindestens 100.000 Mädchen und Frauen vergewaltigt (40% mehrmals oder vielmals), von denen etwa 10.000 die Vergewaltigung mit dem Leben oder einer bleibenden gesundheitlichen Schädigung bezahlt haben. Etwa 20% der vergewaltigten Frauen wurden schwanger; etwa 90% dieser Frauen haben abgetrieben.

Literatur und Zitate

- 1 <http://www.kriegskind.de/> (25.09.2012). Homepage von Kriegskind.dee.V., Projekt zur Therapie Kriegstraumatisierter.
- 2 Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Juni 2011.
- 3 Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Juni 2011.
- 4 Michael Ermann: Abschiedsvorlesung anlässlich der Entpflichtung als Professor an der Ludwig-Maximilians-Universität München am 20.3.2009.
- 5 Welzer, Harald / Markowitsch, Hans J.: Warum Menschen sich erinnern können. Fortschritte der interdisziplinären Gedächtnisforschung. 2009.
- 6 Bornat, Johanna: REMINISCENCE REVIEWED. London. 1997.
- 7 Günter Grass im Interview zu seinem späten Bekenntnis der Mitgliedschaft bei der Waffen-SS. 2006.
- 8 Siepman, Werner: Kinder des Weltkrieges. Juventa Verlag. 2008.
- 9 Spranger, H.: Es ist nicht zu spät. Beitrag zur Tagung „Kriegskinder gestern- heute“ in Bad Boll. 2000.
- 10 Schulz, H. / Radebold, H. / Reulecke, J.: Söhne ohne Väter. Erfahrungen der Kriegsgeneration. 2005.
- 11 Teegen, F. & Cizmic, L.-D.: Traumatische Lebenserfahrungen und heutige Belastungsstörungen pflegebedürftiger alter Menschen. Z. Gerontopsychol Gerontopsychiat 16. 2003.
- 12 Radebold, Hartmut: Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Klett-Cotta. 2005.
- 13 Glaesmer, H. / Braehler, E. / Guendel, H. / Riedel-Heller, S. G.: The Association of Traumatic Experiences and Posttraumatic Stress Disorder With Physical Morbidity in Old Age. A German Population-Based Study. In: Psychosom Med. 2011.
- 14 Spranger, Helga: Selbstidentifikation im Pflegeheim -

- Mögliche Auswirkungen innerer Beziehungsbilder bei sog. alten Kriegskindern.
- 15 Spranger, Helga: Das Amfortas-Syndrom.
 - 16 Ermann, Michael: Unauslöschbare Spuren. In: Funktionelle Entspannung. Heft 38. 2011.
 - 17 Heuft et al.: Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. Uni Münster. 1995/96.
 - 18 Freund: Das Selbst im Alter.
 - 19 Freund: Das Selbst im Alter (S.119)
 - 20 Greve: Psychologie des Selbst. Zitiert nach Freund: Das Selbst im Alter.
 - 21 Michael Ermann: Abschiedsvorlesung anlässlich der Entpflichtung als Professor an der Ludwig-Maximilians-Universität München am 20.3.2009.
 - 22 Friedrich Panse: Angst und Schreck. 1945. In: Sozialmedizinische Schriftenreihe Bundesministeriums für Arbeit. Hrsg. von Bauer, M. / Paetzold, F. Neue Folge Heft 47. Georg Thieme Verlag. 1952.
 - 23 Ustorf, A.-E.: Wir Kinder der Kriegskinder. Freiburg (Herder). 2010.
 - 24 4. Altenbericht der Bundesregierung. 2002.
 - 25 Heuft, G. / Kruse, A. / Radebold, H.: Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. UTB. München, Basel. 2000.
 - 26 Geboren im Krieg. In: Jahrbuch Literatur und Psychoanalyse. 2008.
 - 27 Kitwood, Tom: Der personale Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Verlag Huber, 2000.
 - 28 Definition „Hilfs-Ich“
 - 29 Sabat. Zitiert nach Greve: Psychologie des Selbst (S. 95).
 - 30 Orell u. Bebbington. In: Psychopathologie der Demenzen. Hrsg. von Schröder, St. (S. 105).
 - 31 Spranger, H.: Vertiefte Kenntnis über deutsche Kriegskinder in neurobiologischen Zusammenhängen am Beispiel tiefenpsychologischer Gruppenselbsterfahrung. 2008.

- 32 Spranger, H.: Familienbande - sprechen ohne Worte. In Druck.
- 33 In Anlehnung an Interviews mit Prof. Dr. Hartmut Radebold.
- 34 Ermann, M.: Unauslöschbare Spuren - Kriegskinder sechs Jahrzehnte später. In: Zeitschrift für Funktionelle Entspannung. 2011.
- 35 Radebold, H.: Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Ältere Menschen in Beratung, Psychotherapie, Seelsorge und Pflege. Verlag Klett-Cotta. Stuttgart. 2005.
- 36 Radebold, H.: a.a.O. 2005.



Die AWO Pflege ist ein Unternehmensbereich der AWO Schleswig-Holstein gGmbH.

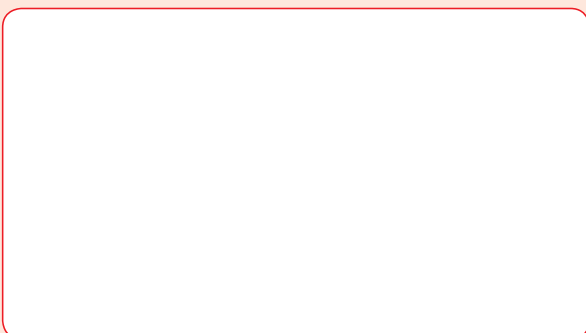
Rund 1.400 MitarbeiterInnen pflegen, beraten und begleiten alte und pflegebedürftige Menschen an mehr als 50 Standorten in Schleswig-Holstein: in ambulanten Pflegediensten, Servicehäusern und Hausgemeinschaften, in Einrichtungen der WOHNpflege, mit Angeboten zur Urlaubs-, Tages- und Kurzzeitpflege und dem Sozialruf. Sie helfen bei den alltäglichen Verrichtungen, unterstützen, wenn Fähigkeiten eingeschränkt sind, und sorgen für Selbstständigkeit, wo das Leben durch Krankheit und Alter beeinträchtigt ist.

Gemeinsam mit mehr als 18.000 AWO Mitgliedern in Schleswig-Holstein engagieren sie sich für eine sozial gerechte Gesellschaft.



Die AWO arbeitet nach den Maßstäben der European Foundation for Quality Management (EFQM). Damit zählen ihre Einrichtungen und Dienste zu den ersten Unternehmen in Schleswig-Holstein, die dieses komplexe System für die Pflege anwenden. Die AWO Pflege hat 2012 die zweite Qualitätsstufe „Recognised to excellence“ erreicht.

Überreicht durch:



Herausgegeben von:

AWO Schleswig Holstein gGmbH

Unternehmensbereich Pflege

Sibeliusweg 4 • 24109 Kiel

Tel.: 0431 / 5114-550

Fax: 0431 / 5114-559

Stand: 04/2013