

BESONDERE HERAUSFORDERUNGEN AN DIE ALTERSPSYCHOTHERAPIE

(Teil 1: Was ist „anders“?)

Dr. med. Alexis Matzawrakos

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

Leiter des GPZ (**G**eronto **P**sychiatisches **Z**entrum) in Graz

SOPHA (Mobile – **S**ozialpsychiatrische **H**ilfe im **A**lter)

alexis.matzawrakos@gfsg.at

Wir haben uns dafür entschieden, mit älteren Menschen zu arbeiten. Nach Radebold tun wir das, weil wir signifikant einen besseren Bezug zum Alter haben und diesbezüglich schönere Kindheitserinnerungen mitbringen. Unser aller Altersbild ist geprägt von Defiziten, Verlusten, Krankheit, Todesnähe, dem „Allein-Sein“ und Heimunterbringung. Schauen wir uns nun gemeinsam besondere Aspekte an, welche das Alter(n) und die Alterspsychiatrie mit sich bringen, und welche das Arbeiten mit älteren Menschen so faszinierend und herausfordernd machen können.

Inhaltsverzeichnis

1.	Verhaltensbiologische u. philosophische Aspekte	4
2.	Besonderheiten in der Begleitung (Therapie)	7
3.	Bedeutung der Angehörigenarbeit	9
3.1.	Konzept des „uneindeutigen Verlustes“	12
4.	Bedeutung der historischen Dimension	13
5.	Bedeutung der nationalsozialistischen Erziehung	16

1. Verhaltensbiologische und philosophische Aspekte in der Betreuung alter Menschen als Herausforderung für die Sozialpsychiatrie

„Warum nur nehmen sie sooo schwer Hilfe an?“

Die Verhaltensforschung befasst sich mit der objektiven Erforschung des Verhaltens der Tiere (Tierethologie) und des Menschen (Humanethologie).

Die Primatenforschung liefert Hinweise auf mögliche Verhaltensrelikte beim Menschen, die insbesondere bei Älteren zu Tage treten können.

KRAEPELIN vermutete schon 1920 unter Bezug auf DARWIN, dass „in Krankheitszuständen verschollene Regungen aus der Vorzeit der persönlichen UND stammesgeschichtlichen Entwicklung neues Leben gewinnen“

Das gilt besonders für Ältere, deren Einschränkungen durch Abbau und Behinderung archaische Grundängste wecken.

Bei Depressiven und Dementen stehen zunächst therapeutisch zugängliche persönliche Konflikte im Vordergrund → beim genaueren Hinsehen erkennt man im Hintergrund immer unpersönlichere archaisch-ethologische Grundmuster wie Gefühle der Verfolgung, Beraubung und Verarmung, Erstarrung oder Getriebenheit.

Einige spezifische Konflikte Älterer korrelieren recht eindeutig mit ethologischen Grundmustern:

- Die weiterziehende Herde:
die kranke, schwache und alte Tiere zurücklässt, sodass diese Raubtieren zum Opfer fallen (z.B. freiwilliger Suizid der Alten bei den Navajos / alte Eskimos wurden auf Eisschollen ausgesetzt / Steinzeitvölker in Afrika: den Hyänen zum Fraß zurückgelassen,...)
- Altersbedingter Rückzug:
das geschwächte α -Tier wird (im Beruf, als Familienoberhaupt, Vereinsobmann,...) durch die jüngere und stärker gewordene β -Garnitur „gestürzt“.
- Berufsaufgabe bedeutet zugleich die Vertreibung aus dem gewohnten Revier. Ebenso kann bei Umzugsdepressionen an das Aufgeben des gewohnten Reviers und eine Versetzung in ein anderes, fremdes Revier (z.B. Heim) gedacht werden.

Einige der für das Herdenverhalten typischen Muster sind beim Menschen als Relikte erhalten geblieben. In bestimmten Situationen greift er auf sie zurück (regrediert) im Bedürfnis, sich nicht vom Rest zu unterscheiden und sich dadurch sicher und geschützt zu fühlen

ZSF: "Nicht auffallen, dann kann man nicht reinfallen"

(; Konstantin Wecker : „Brahmberg oder die Kunst des Vertuschens“)

(„...damit die Herde mich nicht zurück lässt“ / „...damit ich als α -Tier nicht gefährdet bin“ / „...damit ich nicht aus meinem Revier vertrieben werde“ / „...damit ich nicht ins Heim komme“)

Quelle: Dr. med H. Luft: „Verhaltensbiologische Aspekte im Gruppenverhalten“, aus der Zeitschrift „Psychotherapie im Alter“, Band 1-2005

Fünf zentrale Kategorien eines guten Lebens im Alter

**Selbständigkeit
Selbstverantwortung
Selbstaktualisierung
Mitverantwortung
Bewusst angenommene Abhängigkeit**

Quelle: Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Andreas Kruse, Institut für Gerontologie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg 2005

1. Selbständigkeit:

Die Fähigkeit des Individuums, die zentralen Aktivitäten des täglichen Lebens ohne Hilfe oder aber mit Hilfe, die es selbst zu gestalten und zu kontrollieren vermag, auszuüben.

2. Selbstverantwortung:

Die Fähigkeit und die Bereitschaft des Individuums, sich selbst, die eigenen Gedanken, Gefühle, Entscheidungen und Handlungen zum Gegenstand einer reflektieren Auseinandersetzung zu machen, den Alltag in einer selbstbestimmten Weise zu gestalten und Ziele für die persönliche Zukunft entwerfen.

3. Selbstaktualisierung:

Die dem Individuum innewohnende Tendenz zur Verwirklichung aller Qualitäten der Persönlichkeit – der kognitiven, emotionalen, empfindungsbezogenen, sozial-kommunikativen und alltagspraktischen
(~ Selbstverwirklichung).

4. Mitverantwortung:

Die Fähigkeit und die Bereitschaft des Menschen, sich in die Lebenssituation anderer hineinzusetzen, sich für andere zu engagieren, etwas für andere zu tun, sich in der Gesellschaft zu engagieren.
(Aristoteles: „zoon politikon“)

5. Bewusst angenommene Abhängigkeit:

Beschreibt die Fähigkeit des Menschen, die in seiner Lebenssituation notwendigen Hilfen anzunehmen und die Abhängigkeit als ein natürliches Phänomen des Menschseins zu deuten. (Konzept der Freundschaft?)

Sie beschreibt weiterhin die Fähigkeit des Menschen, Einschränkungen und Verluste, die nicht mehr rückgängig gemacht werden können, anzunehmen, wobei diese Fähigkeit auch gefördert wird durch Hilfen, die dazu beitragen, Einschränkungen und Verluste in Teilen zu kompensieren oder deren subjektive Folgen erkennbar zu verringern.

Es gibt folglich zwei „Ebenen“

Einerseits die verhaltensbiologisch ableitbare
Archaisch – Unbewusste.

Andererseits die philosophisch begründbare
Vernunftbetont – Bewusste.

Bedeutung der verhaltensbiologischen und philosophischen Überlegungen für die praktische Arbeit:

1. *Archaische Konflikte erkennen.*
2. *Den anfänglichen „Widerstand“ gegen die Annahme von Hilfen in diesem Sinne richtig einordnen.*
3. *Selbständigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung fördern.*
4. *Ein Klima der „Bewusst angenommen Abhängigkeit“ schaffen.*
5. *Signalisieren, dass man „zu einer Herde gehört, die Hilfsbedürftige mitnimmt“.*

2. Besonderheiten in der Begleitung (Therapie) betroffener Älterer und deren Angehörigen:

- Organisatorisch
- Auf der Beziehungsebene
- Inhaltlich
- Bezüglich der Angehörigen

(nach Blow 2000, Blow u. Barry 2000, Epstein et al. 2007)

Organisatorisch:

- Gerontologische, -psychiatrische, -psychotherapeutische Kenntnisse.
- Kognitive, somatische und sensorische Defizite berücksichtigen können.
- Vernetzung mit allen relevanten Einrichtungen.
- Indirekte Arbeit mit Angehörigen, sozialem Umfeld und mobilen und anderen involvierten Diensten.
- Niederschwelligkeit (ambulant, kostenfrei, wohnortnahe, aufsuchend, nicht zwingend mit Überweisungsschein)
- Betreffend Sucht: Abkehr vom starren Prinzip der Abstinenz. (es gilt nun „harm reduction“ - Schadensminderung)
- Bahnen einer (Demenz)tagesstätte.
- Psychotherapie: vorzugsweise vormittags/Gruppenangebote (altershomogen) favourisieren (vergleichbare Lebensthemen/voneinander lernen/keine Abwertungen durch Jüngere/evtl. Kürzere Sitzungsdauern).

Auf der Beziehungsebene:

- Beziehungsaufbau noch wichtiger als bei jüngeren Patienten (Peters et al. 2002)
- Spezielle (Gegen-) Übertragungen berücksichtigen (Radebold 1992, Peters 2006)
- Konfrontatives Vorgehen weitgehend aussparen (würde nur negative Übertragungen begünstigen und Widerstand hervorrufen: „Ich lass mich doch von meiner Tochter nicht bevormunden“ - „Der Umgang mit mir ist schlimmer als die eigentliche Krankheit“)
- Die mögliche Annahme des Älteren berücksichtigen, nach den vorherrschenden gesellschaftlichen Normen vom (jüngeren) Betreuer / Psychotherapeuten als Mensch in seinem Wert nicht voll akzeptiert zu werden (Fischer, Peter 2012)

- Die mögliche Annahme des Älteren berücksichtigen, dass dem (jüngeren) Betreuer / Psychotherapeuten das (zeitgeschichtliche) Verständnis fehlt (Fischer, Peter 2012)
- Dass der Ältere dennoch (!) einen (jüngeren) Betreuer / Psychotherapeuten akzeptieren muss, lässt unter Umständen ein Minderwertigkeitsgefühl aufkommen
-> ansprechen!! (Fischer, Peter 2012. Zur Psychotherapie alter Menschen. Psychopraxis, 15 (3), 22-26)
„Tabuverletzung“ im Therapieangebot an einen Älteren (in der bisherigen Kulturgeschichte „lernen“ die Jüngeren von den Älteren und nicht umgekehrt...)
(Radebold 2002)
- Respekt vor der bisherigen Lebensleistung!

!!!DIE WÜRDE DES GELEBTEN LEBENS ACHTEN!!!

Inhaltlich:

- Ressourcen- statt defizitorientiert vorgehen (geriatrisches Prinzip)
- Diagnose ist in der Vorstellungswelt Älterer nicht vorhanden, wird verleugnet, Folgen werden dem Alter oder Erkrankungen zugeschrieben → sanftes Heranführen.
- Altersspezifische Themen ansprechen: (Nach-) Kriegserfahrungen, Verluste, Kränkungen, soziale Isolation, Einschränkung in der Mobilität, Umzug in ein Heim.
- Religiös – spirituell – existentielle Ebene mit einfließen lassen.
- Vermittlung von Fertigkeiten, die beim Wiederaufbau von Sozialkontakten nötig sind.
- Schuld- und Schamgefühle sind oft sehr ausgeprägt – ansprechen.
- Strukturierung des Tagesablaufes.
- Unterstützung bei der ALTERNARBEIT (wie Trauerarbeit / Integration der Lebensgeschichte / Anerkennung der Veränderungen am Selbstbild / neue Ziele)

3. Bedeutung der Angehörigenarbeit

Angehörige alter Menschen

Ebenso wichtig sind Angehörige, sowie formelles und informelles Helfernetz. Für sie gilt genauso wie für die Erkrankten: Unterstützung, Beratung und Betreuung müssen möglichst frühzeitig erfolgen, um drohender oder bereits eingetretener Überlastung entgegen zu wirken.

- 92% der Dementen werden von „Angehörigen“ versorgt
- durchschnittlich 8 Jahre lang
- durchschnittlich 36,7 Std./Woche

Wer sind die pflegenden Angehörigen? [Schneekloth 2006]

- ¾ aller privaten Hauptpflegepersonen sind Frauen
- 60% von ihnen sind selbst schon 55 Jahre und älter
- 28% von ihnen sind (Ehe-)PartnerInnen
- 42% von ihnen sind (Schwieger-)Kinder
- 22% von ihnen sind andere Familienmitglieder
- 8% von ihnen sind Freunde und Bekannte

Wer sind die pflegenden Frauen? [ÖBIG 2005; Frauenbericht Wien 2010]

- 79% der pflegenden Angehörigen
- Durchschnittsalter 58 a
- Haben zu 91% kein Einkommen

Unterschiedliche Motive: (Seidl/Labenbacher 2007)

Pflegende Frauen: das selbstlose Handeln steht im Vordergrund
Pflegende Männer: fühlen sich eher verpflichtet

Ängste und psychische Belastungen der betreuenden Angehörigen: (Faßmann, 1995)

- 40% mittleres burnout
- 25% hohes burnout
- 7% akutes burnout
- Erhöhtes Depressionsrisiko (Prävalenz 36%, Kontrollgruppe 9,6%)
- Erhöhtes Risiko, an körperlichen Erkrankungen zu leiden (Bluthochdruck, Infektionserkrankungen,...)
- Stresshormon-Niveau um 23% höher, Antikörper-Niveau um 15% niedriger als in der Kontrollgruppe.

Demenzkranke betreuende Angehörige...

- leben oftmals völlig isoliert.
- sind häufiger suchtfährdet (Schlaf-, Beruhigungsmittel, Alkohol)

(Adler, Gunzelmann; Machold, Schuhmacher&Wilz, 1996)

(Adler, Gunzelmann; Machold, Schuhmacher&Wilz, 1996)

- haben ein erhöhtes Mortalitätsrisiko.

(Pinquart und Sörensen, 2003)

Einflussfaktoren auf die Belastung:

- Ethnische und kulturelle Einflüsse
- Wissen um die Erkrankung
- Soziale Unterstützung
- Herausforderndes Verhalten des Betroffenen
- Familienkonflikte (Qualität der Beziehung vor Beginn der Demenz)
- Persönlichkeitsvariablen des Angehörigen

„Allein gelassen“

- Der Kontakt zum Dementen wird immer „ärmer“
- Freunde und Bekannte kommen seltener, gar nicht.
- Andere Angehörige leugnen die (Schwere der) Krankheit.
- ÄrztInnen und TherapeutInnen bagatellisieren die Symptome und deren Auswirkungen.
- *Menschen im „öffentlichen Leben“ haben wenig Verständnis.*

(Workshop Münsterlingen 2012; Prof. Dr. Sabine Engel, Professorin für psychogerontologische Intervention, Institut für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg)

- Partner von Dementen haben sich adaptiert, stützen, übernehmen und ergänzen:
 - Bei Homevideos über diese Paare ergab sich nur eine 50%ige Trefferquote von beobachtenden Laien, wer jetzt der Demente von beiden sei!

Quelle: Münsterlingen 2006: Vortrag Prof. Dr. MARTIN Mike (Lehrstuhl für Gerontopsychologie am Institut für Psychologie der Universität Zürich): „Plastizität von Erleben und Verhalten: Möglichkeiten und Grenzen“

Möglichkeiten der Angehörigenberatung u.a.:

- Wie umgehen mit Widerstand gegen Hilfe?
- Wie umgehen mit Rollenumkehr?
- Wenn alte Konflikte in der Demenz hochkommen?
- Wie umgehen mit der Emotionalität Demenzerkrankter?
- Wie umgehen mit der neuen Rolle bei Demenz?
- Wie umgehen mit dem Verlust bei Demenz?
- Wie kann ich die Beziehung bei Demenz gut aufrechterhalten?

[Florian Bödecker, „Wie Menschen mit Demenz ihre Beziehung erhalten können“, PiA 4/13.Jg. 2016]

Widerstand gegen die Annahme von Hilfen archaisch bedingt?

- Angst: Gefühle der Verfolgung, Beraubung und Verarmung – Alte, Kranke und Schwache werden „zurückgelassen“;
- „gestürztes Oberhaupt“ - Vertreibung aus dem gewohnten „Revier“ (Heimunterbringen,...)

Rollenumkehr: Vater und Mutter werden zu Kindern bzw. umgekehrt.

Betreffend Demenz:

- In der (auch biografischen) Rückentwicklung des Dementen treten *alte Konflikte* wieder zutage (und verschwinden eventuell auch wieder...)
- (Kompensatorisch verstärkte) *Emotionale Antenne* -> *größere Sensibilität*

Rollenneuedefinierung: „Werdende Witwe“; „Fühlen Sie sich noch als Ehefrau?“

Trauer normalisieren: ist nicht „unpassend“ – normalerweise folgt dem biologischen Tod der soziale – in der Demenz ist es umgekehrt!!

Wie kann ich Hoffnung geben - wie kann ich die Beziehung bei Demenz gut aufrechterhalten anhand von Überlegungen, was Beziehung ausmachen kann:

[Prof.Dr.med.Giovanni Maio, Lehrstuhl für Medizinethik, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Freiburg: „Menschsein in der Demenz“; 2015; Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik, Wien; Imago Hominis, Band 22, Heft 4, S. 249-258]

- Der Demenzerkrankte bleibt ein unverwechselbares Wesen mit eigenem Charakter, er hat weder sein Selbst, seine Identität noch seine Persönlichkeit verloren
- Nicht nur fragen, was die Demenz dem Menschen wegnimmt. Was kann sie bedeuten?
- Es geht nicht immer die Erinnerung verloren, sondern oft auch nur der geistige Zugang zu ihr (s. Erfolge durch Musiktherapie / Duft der Lieblingsblume, Gestreichelt werden,...)
- Auf den „Erinnerunginseln“ kann man sich auch gemeinsam aufhalten
- Der Demenzerkrankte muss entlastet werden, irgendeiner früheren Form, Rollenerwartung zu genügen -> evtl. freierer, unbekümmerter Umgang möglich: „Mein Vater war früher nie so angenehm, ich hab ihn nur streng in Erinnerung“)
- Alles wird fremd -> Geborgenheitsgefühl neu vermitteln!
- Ressourcenorientiert begegnen (nicht defizitorientiert)
- Vermitteln, dass sie keine Belastung sind, sich nicht schämen müssen
- Anerkennung geben (oft reichen kleine, bekannte Gesten)
- Zuwendung geben (Blick, Geste, Umarmung,...)
- Wertschätzung geben

DIE BEDEUTUNG DER EMOTIONALEN EBENE:

Intimität:

- Geistige Nähe (Gespräche) nimmt ab
- Körperliche Nähe (Sexualität) kann abnehmen
- **Aber: Emotionale Nähe** bleibt lange erhalten (s.o.)
- Nonverbale Mitteilungen können in der Demenz auch im späten Stadium gemacht und verstanden werden
- Hinweise in Einzelfällen auf Empathiefähigkeit mindestens bis ins mittlere Stadium
- Die größere Sensibilität kann (für Beziehungsangebote) genutzt werden

Vertrautheit:

- Episodisches Gedächtnis für neue Erlebnisse früh beeinträchtigt
- Im fortgeschrittenen Stadium auch das autobiographische Langzeitgedächtnis
- Gemeinsame Erinnerungen nehmen immer mehr ab
- **Aber: Emotionales Lernen** (nicht bewusst, aber atmosphärisch erinnert!) bleibt als Fähigkeit bis mindestens ins mittlere Stadium

Positivität:

- Wechselseitigkeit, offene Kommunikation und gemeinsame Erlebnisse nehmen ab
- **Aber: auf der emotionalen Ebene** können positive Interaktionen wie Liebe, Wärme, Nähe, Dankbarkeit und Wertschätzung bis ins fortgeschrittene Stadium ausgedrückt werden

3.1. Konzept des „uneindeutigen Verlustes“:

[9. Münsterlinger Symposium für Alterspsychotherapie, „Alter und Abschied“, Workshop mit Heidi Schänzle-Geiger, Gerontopsychologin]

- Demenzerkrankter zur gleichen Zeit abwesend und präsent („Ich fühle mich einsam, obwohl mein Mann neben mir sitzt“)
- Es gibt keinen „Beweis“ für den Verlust (Totenschein, Grab...)
- Trauerarbeit daher nicht möglich (Trauer beginnt vor dem biologischen Tod)
- „Sozialer Tod“ („sich verabschiedet, ohne zugehen“)

- VERLUST des geliebten Menschen
- VERLUST der Sicherheit über die Zukunft des Betroffenen und seine eigene
- VERLUST der Kontrolle über das aktuelle Leben
- VERLUST des Vertrauens in eine faire und verlässliche Welt
- VERLUST von Träumen
- VERLUST von Identität (Bin ich noch verheiratet?)

- Dem Problem einen Namen geben
- Trauer und Traurigkeit normalisieren
- Zum „dualen Denken“ anregen: „Sie ist gegangen, aber auch noch da“,...
- Gespräche mit anderen Betroffenen
- Familienrituale, -feste weiterführen, anpassen
- Sich eine „psychologische Familie“ suchen (unterstützende - „Wahlfamilie“)
- Es ist nicht meine Schuld, sondern die der Krankheit
- Achtsamkeit für eigene Bedürfnisse / Entlastung
- Schuldgefühle, Scham, Ärger sind normal, Hass und Liebe können „gleichzeitig“ da sein
- Sich öffnen, seine Gedanken: „Könnt ich doch sterben“, „Ich lass mich scheiden“,...
- Rekonstruktion der Identität (neue Rolle,...)
- Das Verlorene betrauern (Rituale nach jedem Verlust: das letzte gemeinsame Schifahren, Verlust der Kontinenz,...)

CAVE: Bei Verleugnung / Unterdrückung drohen neben einem burnout des betreuenden Angehörigen auch Vernachlässigung (bis hin zur Misshandlung)

4. Bedeutung der historischen Dimension:

[Meinolf Peters: „Klinische Entwicklungspsychologie des Alters. Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie“. 2004 Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen]

- Bedeutung der frühen Erfahrungen für spätere Lebensphasen unbestritten
- Zeitgeschichtliche Einflüsse bisher jedoch weitgehend unberücksichtigt
- Sind aber Identität stiftend
- Die Kohorten [beieinander liegende Geburtsjahrgänge] zeigen gemeinsame Gewohnheiten, Verhaltensweisen, Normen, Vorlieben und Einstellungen
- Daher sind zeitgeschichtliche Einflüsse in die Behandlung zu integrieren, zeitgeschichtliches Wissen ist notwendig
- Wir befinden uns am Übergang
- ...der (vor) während des Zweiten Weltkriegs Geborenen
- ...über die in der Nachkriegszeit Geborenen
- ...bis zu den späten 68ern

Jahrgänge 1929 – 1945 betroffen durch:

(Vortrag Prof. Dr. med. RADEBOLD Hartmut; (bis 1997 Lehrstuhl für Klinische Psychologie an der Univ. Kassel): „Zeitgeschichtliche Einflüsse auf die Psychotherapie Äterer (Jahrgang 29-45)“ Münsterlingen 2006)

- Bombenangriffe, Evakuierungen, Flucht
- Vertreibung, Aufwachsen in der Fremde (BRD: 14 Millionen Menschen)
- Väterliche Abwesenheit (BRD: 2,5 Millionen Halbwaisen; 1,7 Millionen Kriegswitwen)
- Zusätzlicher Verlust der Mutter, Geschwister, Großeltern
- Gewalterfahrung (in der BRD geschätzte 2,4 Millionen Vergewaltigungen)
- 30% der Kinder sind ausgeprägt traumatisiert, 30% ausgeprägt geschädigt
- Aber auch: 40% haben nicht Derartiges erlebt (nur „Abenteuer“)
- Traumaaktivierung/Retraumatisierung durch Kriegsberichterstattung, Geschichtssendungen, schwere Operationen, Handtaschendiebstahl

Mögliche erworbene Störungen /Krankheiten aufgrund zeitgeschichtlicher Erfahrungen und deren mögliche Verlaufsmuster:

[Radebold 2005]

- Direkt fortbestehend bis heute anhaltend (PTSD)
- Erworbene und anerzogene typ. Einstellungen und Verhaltensweisen der Kriegskinder
- Chronifizierte schwere Anpassungsstörung/Persönlichkeitsveränderung
- Zunächst abgespalten – reaktiviert im Alter (Angst, Depression)
- Reaktiviert durch Demenz und Pflegebedürftigkeit (erneute Hilflosigkeit)
- Krankheitsbilder (unter welchen diese Betroffenen leiden können)
 - Posttraumatische Belastungsstörung (engl.: Posttraumatic Stress Disorder, Abk.: PTSD)
 - Angst und Panik
 - Depression und Abkapselung
 - Phobien
 - BPSD bei Demenz

- Geförderte Funktionen (Wie ist diese Generation „erzogen“ worden?):
 - Altruismus („Selbstlosigkeit“)
 - Verzichtshaltung, Sparsamkeit
 - Härte gegen sich selbst
 - „Funktionierend“

- Störungen (die durch diese Erlebnisse entstehen können):
 - Beziehungs-, Bindungsstörung
 - Eingeschränkte psychosoziale und psychosexuelle Identität beider Geschlechter.
 - Einschränkung der Lebensqualität und der Funktionsfähigkeit.
 - Funktionelle körperliche Störungen (gehäuft Koronare Herzkrankheiten)
 - Chronifizierte Anpassungsstörung

- Verstärkung durch...
 - Kaum protektive Faktoren.
 - Keine Gelegenheit zum Trauern (heute noch 1,2 Millionen in der BRD)
 - Kinder „funktionieren“ als Heranwachsende, zeigten keine Symptome (Gesellschaft, auch Psychiatrie war zufrieden)
 - Niemand wollte die Geschichten hören

- Danach nur 3 – 4 Jahre Zeit für Verarbeitung
 - Verleugnung, Bagatellisierung
 - Verkehrung ins Gegenteil (Abenteuergeschichten)
 - Spaltung Kognition - Affekt
 - Generalisierung („haben ja alle erlebt“)

- Folgende Fragen stellen raschen einen Bezug zum Patienten her:
 - Welcher Jahrgang sind Sie? (Nicht: „Wie alt“)
 - Wo sind sie geboren? (Flucht,...)
 - „In der Regel ist Ihr Jahrgang schwer betroffen!“ (damit Angebot, weiter zu erzählen)

- Vorschläge für Vorgehensweise:
 - Schreiben sie Ihre Biographie!
 - Erzählcafé
 - Biographiearbeit in Gruppen
 - Innerhalb der Familie erzählen
 - Fokalthherapie (jetzt Abschied nehmen)
 - Längerfristige Psychotherapie
 - Krisenintervention
 - Institutionen (Heime,...) ausbilden und beraten
 - Musterwiederholungen bekämpfen (z.B. Frauen durch Frauen pflegen,...)

MERKE!!: Eltern dieser Generation waren durch 1. Weltkrieg betroffen!!!!

(d.h. selbst traumatisiert, im täglichen Überlebenskampf in der Zwischenkriegszeit)

Die Wiederkehr des Traumas (Traumareaktivierung):

Traumagedächtnis: unbewusst gespeicherte Bilder, Geräusche, Gerüche, Empfindungen, Kognitionen, Emotionen [Marty 2012]

Bestimmte Auslöser über unsere Sinne können zur Traumareaktivierung führen:

[G. Hermann 2015]

- Z.B. Mückenplage -> Läuse konnten Todesurteil sein
- Z.B. Stimmen, feste Schritt in der Nacht -> Soldatenstiefel
- Z.B. Intimpflege -> Pfleger so nahe wie Vergewaltiger
- Z.B. In den Wald gehen -> Verstecken vor dem Feind
- Z.B. Hauskrankenpflege -> Kontrollverlust, Hilflosigkeit
- Z.B. Lautes Konzert -> Kriegslärm

Kriegskinder können daher folgende Verhaltensweisen zeigen:

[Radebold 2014]

- Nichts wegwerfen können – Vorräte anlegen -> Vermüllungssyndrom
- Ausgeprägte Sparsamkeit
- Sorgfältiges Planen, Organisieren (ansonsten tödlich im Kriegseinsatz) -> Zwanghaftigkeit
- Erhöhtes Sicherheitsbedürfnis -> wahnhafte Züge
- Erhaltung von Autonomie, um Krieg zu über überleben -> Ablehnung von Hilfen
- Kämpfen um Erhalt alten oder neu erworbenen Eigentums
- Ausgeprägtes Reinlichkeits- und Sauberkeitsbedürfnis (aufgrund Erziehung od. erlebter Vergewaltigung)
- Fehlende Rücksichtnahme auf sich selbst („Zäh wie Leder, hart wie Kruppstahl“)
- Sofort zum Aufbruch bereit sein (Bombenalarm,...)
- Ständige Angst, wichtige Personen zu verlieren (Angst der Mutter, wenn man mit dem Auto wegfährt, wenn man zu spät kommt,...)
- Schwierigkeit bis Unmöglichkeit zu trauern (stattdessen innerer Rückzug, Erstarrung, Dekompensation)
- Vorsichtige, skeptische bis misstrauische Grundeinstellung (verhindert Kontakte und Annahme von Hilfe)
- Konkretistisches Denken (Unfähigkeit zum abstrakten Denken, zur Metaebene)

5. Welche Rolle spielt die nationalsozialistische Erziehung?

(Aus der Zeitschrift „Psychotherapie im Alter“ 1/10.Jg. 2013; „Frauen“)

(Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten; H. Radebold, W. Bohleber, J. Zinnecker (Hrsg.); Juventa Verlag Weinheim und München; 2008)

Die wichtigsten Grundsätze der nationalsozialistischen Erziehung beschreibt die österreichische Ärztin **JOHANNA HAARER** (1900 - 1988) in ihrem Buch „Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind“ (1934). Sie war Autorin von auflagenstarken Erziehungsratgebern, die eng an die Ideologie des Nationalsozialismus angelehnt waren (vor u. nach 1945! Nach 45 ohne „deutsche“ im Titel; bis 1987 1,2 Mill.! – zuletzt 1996! Bis in 60er Jahre Lehrbuch und Schulungen in Berufs- und Fachschulen).

(Wikipedia).

- Eine möglichst frühe Trennung von Mutter und Kind. Das Neugeborene soll erst einmal 24 Std. für sich alleine sein, ehe es das erste Mal gestillt werden darf. Der Säugling soll immer nur 20 min. gestillt werden und danach bis zum nächsten Stillen in einem anderen Zimmer alleine gelassen werden.
- Grundsatz: „Sich niemals ohne Anlass mit dem Kind abgeben“ (Schreien lassen in der Nacht,... Hart bleiben,...)
- Von Anfang an in der Erwachsenensprache mit dem Neugeborenen kommunizieren, keine Gurrlaute o.ä.
- Gehorsam eintrichtern: „Du musst Gehorchen lernen“; Aufforderungen mit einem Klaps verbinden
- „Mutter“ sagen statt „Mutti“ oder „Mama“
- Reinlichkeitserziehung: „Wer ein unsauberes, schlecht riechendes und mit seinen Entleerungen beschmutztes Kind um sich duldet, handelt den bevölkerungspolitischen Zielen unserer Staatsführung zuwider“
- Nach Hitler sei „jedes Kind eine Schlacht“. Die Mutter müsse jeden Tag den Kampf mit den schlechten, gierigen, Ekel erregenden und aggressiven Seiten des „Tyrannen“ bestehen.

NB: Es handelt sich hier um Zitate von J. Haarer, der Autor identifiziert sich in keinem Fall damit!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!