

**Aus dem Institut für Medizinische Psychologie der Medizinischen Fakultät
der Universität Rostock**

Komm. Direktor: PD Dr. P. Kropp

Titel der Arbeit:

**Kriegskindheit und ihre Folgen im biografischen Kontext -
Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie
des Erwachsenenalters (ILSE)**

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin

der Medizinischen Fakultät

der Universität Rostock

Vorgelegt von

Lena Alipoe- Schnetzer

geb. am 20.02.1980 in Hannover

Rostock, Februar 2007

Dekan: Prof. Dr. med. Emil Christian Reisinger

1. Gutachter: komm. Direktor: PD Dr. Peter, Kropp,

Medizinische Fakultät, Zentrum für Nervenheilkunde,

Institut für Medizinische Psychologie der Universität Rostock

2. Gutachter: Direktor: Prof. Dr. med. habil. F. Häßler,

Zentrum für Nervenheilkunde, Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und

Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Rostock

3. Gutachter: Direktor: Prof. Dr. rer. Medic. Hans- Joachim Hannich,

Institut für medizinische Psychologie

an der Ernst- Moritz- Arndt Universität Greifswald

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung: Kriegskindheit und ihre Folgen im biografischen Kontext	1
2	Grundlagen für die Bearbeitung des Themas	5
2.1	Die ILSE - Studie	5
2.1.1	Publikationen der ILSE- Studie	8
2.2	Traumaforschung.....	9
2.2.1	Geschichte der Traumaforschung und Begriffsdefinition.....	9
2.2.2	Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen.....	12
2.2.3	Kriegskindheitsforschung.....	14
2.3	Überblick über die Lebensumstände der Geburtenjahrgänge 1930-32.....	15
3	Schicksalsschläge und Verlust Erfahrungen und deren Auswirkung auf das Älterwerden.....	16
3.1	Darstellung verschiedener Modelle	16
3.1.1	Psychodynamisches Modell.....	16
3.1.2	Entwicklungspsychologisches Modell.....	17
3.1.3	Kognitiv- behaviorales Modell	17
3.1.4	Neurobiologisches Modell.....	17
3.2	Modelle zur Erklärung des unterschiedlichen Umgangs mit Krisen.....	18
3.2.1	Stressbewältigung.....	18
3.2.2	Salutogenese	20
3.2.3	Resilienz	22
3.2.4	Thomae- Modell	23
3.2.5	Das Modell von Erikson und Marcia.....	25
3.2.6	Bindungs- und Beziehungsstile	26
4	Zielsetzung und Fragestellung der Studie	28
5	Methodik der ILSE- Studie.....	31
5.1	Methoden zur Auswertung der halbstandardisierten biographischen Explorationen	32
6	Drei Lebensläufe	35

7	Quantitative Untersuchungen.....	45
7.1	Deskriptiv- statistische Analyse der Kindheit	46
7.1.1	Bewertung der Kindheit.....	46
7.1.2	Differenzierung der Kriegskindheitserlebnisse	47
7.1.3	Zusammenhänge zwischen der Bewertung der Kindheit und den „Ausfallern“	48
7.1.4	Betrachtung der belastenden Kindheitserfahrungen bezüglich der Ausprägung depressiver Symptome	49
7.1.5	Auswirkungen von spezifischen Kindheitserlebnissen auf das Alterserleben.....	50
7.1.6	Auswirkungen der Kindheit auf die Kontrollüberzeugung.....	51
7.1.7	Kindheit unter der Berücksichtigung des Geschlechts, in Verbindung zur F- Sozu: Soziale Integration- Studie	52
7.1.8	Kindheit im Vergleich zum Mittelwert NEO: Offenheit unter Berücksichtigung des Geschlechts.....	52
7.2	Partnerschaft	53
7.2.1	Bewertung der Partnerschaft in der mittleren Lebensphase	53
7.2.2	Beziehung zwischen der Bewertung der Kindheit und der Zufriedenheit in der Partnerschaft/mittleren Lebensabschnitt.....	54
7.2.3	Betrachtung der signifikanten Beziehung zwischen der Zufriedenheit mit der Partnerschaft und der Pgc-Skala: Einsamkeit vs. Isolation	55
7.2.4	Untersuchung der Beziehung des SDS- Mittelwertes und der Partnerschaft	56
7.2.5	Partnerschaft und das Alterserleben in der NSL-Skala	56
7.2.6	Partnerschaft in Bezug zur internal- negativen Kontrollüberzeugung unter Berücksichtigung des Geschlechts	57
7.2.7	SDS– und NSL in Bezug zur Allgemeinen Kontrollüberzeugung	58
7.2.8	Partnerschaft und die Zufriedenheit mit der Familie	58
7.2.9	Alleinlebend im Haushalt	59
7.2.10	Partnerschaft und ihre Auswirkungen auf die aktuelle Lebenszufriedenheit unter Berücksichtigung des Geschlechts	60
7.2.11	Faktoren, welche die subjektive Bewertung der Lebenszufriedenheit weiter klassifizieren.....	61
7.2.12	Auswirkungen der Partnerschaft auf die SOZU- Skala: Emotionale Unterstützung, soziale Integration und soziale Belastung	61
7.2.13	Mittlere PGC: Einfluss der Partnerschaft auf die Zufriedenheit mit dem Altern	62
7.2.14	Untersuchung der den Gesundheitszustand beeinflussenden Faktoren	62
7.2.15	Neo: Einfluss der Verträglichkeit auf die Partnerschaft	63
7.2.16	Weiter Faktoren die geschlechtsspezifische Unterschiede aufweisen	64
8	Diskussion der quantitativen Ergebnisse.....	65
8.1	Kindheit	65
8.2	Rolle der Pubertät in der Entwicklung/Aufbau einer partnerschaftlichen Beziehung	70
8.3	Partnerschaft	86
9	Fazit und Ausblick	94
	Literaturverzeichnis.....	97

1 Einleitung: Kriegskindheit und ihre Folgen im biografischen Kontext

Krisen, Schicksalsschläge und Verlusterfahrungen sind nur einige Ereignisse die einen Lebenslauf prägen. Sie treten meist abrupt und unvorhergesehen auf, greifen mehr oder minder stark in die alltägliche Routine ein und stellen in der Regel dramatische Konsequenzen für das weitere Leben, für das Denken, Handeln und Planen dar. Die Krise (Ulich, 1987) wird im Allgemeinen definiert als eine Erschütterung des seelischen Gleichgewichts, die dramatische Zuspitzung eines Geschehens, einen Wendepunkt. Die weitere Entwicklung sowohl zum Guten als auch zum Schlechten ist zu diesem Zeitpunkt ungewiss. Das Wort Krise wurde in der Medizin schon im Mittelalter im Zusammenhang mit der Fieberkrise verwandt, die über Leben und Tod entscheidet. Das ursprünglich griechische Wort „Krisis“ bedeutet soviel wie die Entscheidung nach einem Konflikt, einem Urteil bzw. einer Beurteilung. Als lateinisches Wort „crisis“ bezog es sich vor allem auf körperliche Aspekte, wie die Entscheidungsphase während einer Krankheit. Heute wird das Wort „Krise“ oft in alltäglichen Zusammenhängen gebraucht und findet sich in vielen Redewendungen wieder, wie „Ich habe gerade eine kleine Krise“. Geblieben ist diesem Wort die Assoziation zu einer Belastungssituation, die meist eine Veränderung der Lebensroutine erfordert. Auch Schicksalsschläge und Verlusterfahrungen gelten als kritische Ereignisse, die zu einer Krise führen können, deren Ausgang ungewiss ist. Krisen können zu einer Vielzahl psychischer/ physischer Konsequenzen führen, die teils erst später, durch Kumulation kritischer Lebensereignisse in ihren Auswirkungen erkennbar werden.

Die ersten Lebensjahre der Probanden der Interdisziplinären Längsschnitt- Studie des Erwachsenenalters (ILSE), auf die sich die vorliegende Arbeit bezieht, waren von den schweren Erschütterungen des 2. Weltkrieges geprägt. Die erlebten Schicksalsschläge führten zu vielseitigen Veränderungen und Krisen des Lebenslaufes mit teils weit reichenden Folgen. Die Lebensgeschichten der Probanden sind sehr unterschiedlich. Gemein ist jedoch allen Untersuchten, dass sie zwischen 1930 und 1932 geboren sind und so der Generation der „Kriegskinder“ angehören.

Erst in den letzten Jahren wurde das Bedürfnis, die Langzeitfolgen von Kriegstraumatisierungen zu analysieren und zu bearbeiten immer größer, doch selten stand für die Betrachtung der Langzeitfolgen eine Längsschnittstudie, wie die Ilse- Studie, zur Verfügung. Eine Längsschnittstudie ermöglicht den Verlauf der Entwicklung der Probanden zu betrachten: Den Übergang von der mittleren Lebensphase zum Alter und auch die Wirkung von Bewältigungsmechanismen und protektiven Faktoren in verschiedenen Lebenszusammenhängen. Mit Hilfe von statistischen Methoden und unter Verwendung psychologischer Konstrukte soll in dieser Arbeit die Frage beantwortet werden, wie sich Kriegstraumatisierungen im späteren Leben manifestieren und weshalb Menschen derart unterschiedlich belastende Erlebnisse verarbeiten können. Ferner soll versucht werden mögliche Erklärungsansätze hierfür zu formulieren.

Das Thema Kriegskindheit und ihre Folgen gewinnt dadurch an Bedeutung, dass nicht mehr viel Zeit verbleibt mit Zeitzeugen Gespräche zu führen und individuelle Erlebnisberichte zu hören. Die Kriegsgeneration hat erst sehr spät begonnen, sich mit ihren individuellen Schicksalen und deren möglichen Auswirkungen kritisch auseinander zu setzen. Gerade diese Erlebnisberichte können für die Weiterentwicklung der medizinisch relevanten Traumaforschung, der Bewältigungsforschung, aber auch in der Inneren Medizin zum verbesserten Verständnis und zur Behandlung chronischer Erkrankungen hilfreich sein. Denn besonders in der Inneren Medizin werden viele chronisch Kranke betreut, bei denen die Ursachen für die Erkrankungen in einer mangelhaften Krisenbewältigung zu suchen sind. In einem aktuellen Bericht von Bauer (2006) wird erklärt, dass zwischen fünf bis zehn Prozent der Bevölkerung an chronischen Schmerzen leiden „ohne dass sich dort, wo die Schmerzen erlebt werden, eine organische Ursache finden lässt.“ Viele dieser Patienten erlebten in ihrer Kindheit Angst, Panik oder Trauer und konnten diese niemals verarbeiten. „Wenn Missbrauch oder Gewalterfahrungen bereits in der Kindheit erlitten wurden, kann es zu dauerhaften Veränderungen im körpereigenen Schmerzsystem kommen.“ (Bauer, 2006, S. 8) Oft dauert der Leidensweg dieser Patienten viele Jahre, bis sie nach ergebnisloser Ursachenforschung von Schulmedizinern zu Psychosomatikern weitergeleitet werden. Deshalb sollte für Mediziner die Notwendigkeit bestehen, sich mit den über die somatischen Ursachen hinausgehenden Auslösern der Erkrankungen auseinanderzusetzen, sich mit der Psychosomatik zu beschäftigen um so die Folgen

von traumatisierenden Erlebnissen abschätzen zu können. Diese Arbeit soll helfen, den Stellenwert der Psyche vor allem für somatisch orientierte Mediziner zu erkennen und dieses Wissen in den Berufsalltag einfließen zu lassen. Um die Wichtigkeit der Psyche zu unterstreichen sollen einige Stichpunkte aus dem Gesundheitsbericht 2005 (Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz, Brüssel 2005) beschrieben werden:

- 27 % aller Europäer leiden einmal im Leben unter psychischen Störungen
- bis zum Jahre 2020 könnte die Depression in den Industrieländern die zweit häufigste Erkrankung werden
- es besteht eine eindeutige Wechselwirkung zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen und bei Beachtung der Wichtigkeit der psychischen Gesundheit könnte die Hospitalisierungsdauer verkürzt werden.
- Psychische Störungen sind ein Hauptgrund für Frühberentung und Invalidisierung.

Doch nicht nur für die medizinischen Disziplinen, sondern auch für den gesellschaftlich- politischen Bereich ist die Auseinandersetzung mit den Erlebnisberichten der Kriegskinder und deren Folgen von Bedeutung. Auch heutzutage werden Kinder und Jugendliche in kriegerische Auseinandersetzungen involviert und müssen mit den daraus entstehenden Folgen leben. Ein weiterer Aspekt besteht darin, dass die Folgen der Traumatisierungen transgenerational weitergegeben werden und sich Verhaltensweisen wie der Umgang mit Schmerz, das Zeigen von Emotionen, nur durch eine bewusste Auseinandersetzung mit der Thematik verändert und die Weitergabe unterbrochen werden kann (Radebold, 2004). Die neueren Kenntnisse aus den Bereichen der Kinder- und Jugendtraumatologie und der Psychosomatischen Medizin helfen den Blick auf die Problematik der Langzeitfolgen von den Traumatisierungen während des 2. Weltkrieges zu schärfen und das Schweigen der Betroffenen zu beenden.

Nicht alle Menschen der besagten Kohorte schilderten die Zeit der Kriegs- bzw. der Nachkriegszeit als eine Phase von traumatischen Lebensereignissen. Unabhängig von den individuellen Bewertungen bildeten die Erfahrungen des 2. Weltkrieges die Grundlage für ihr weiteres Leben und die Ausbildung ihrer Persönlichkeit.

Filipp (1990) fragt sich, warum Menschen, die unter gleichen oder ähnlichen widrigen Umständen leben, die vergleichbare negative Lebensereignisse, „critical

life events“ bewältigen mussten, nicht die gleichen Reaktionen zeigen. Warum werden die einen krank und die anderen nicht? Welche Umstände verleihen ihnen die Kraft, Probleme zu meistern oder sogar gestärkt aus diesen hervorzugehen, während andere depressiv oder traumatisiert werden oder weitere psychische Auffälligkeiten zeigen?

Die individuellen Erlebnisse und Bewältigungsmechanismen und die erst beginnende ernsthafte Auseinandersetzung mit einer Problematik, die eine ganze Generation betrifft, gestaltet dieses Thema sehr komplex, doch gerade deswegen wird es Zeit sich damit zu befassen.

Im Folgenden wird ein Überblick über die ILSE- Studie, über die Geschichte der Traumaforschung und über die Lebensumstände der „Kriegskinder“ gegeben. Mit deren Hilfe ist es möglich, sich dem Thema „Kriegskindheit und ihre Folgen im biografischen Kontext“ zu nähern (Kapitel 2). Im Kapitel 3 werden ergänzend zu Kapitel 2 einige Entwicklungsmodelle und Bewältigungskonzepte vorgestellt, die den Blickwinkel erweitern. Anschließend werden die Fragestellungen und die Schwerpunkte, mit der sich die Arbeit beschäftigt, verdeutlicht (Kapitel 4). Im Kapitel 5 wird die ILSE- Studie als Gesamtwerk erläutert und die Vorgehensweise im idiografischen und statistischen Teil dieser Doktorarbeit erklärt. Die idiografische Betrachtung erfolgt anhand von 3 Lebensläufen in Kapitel 6, die gemeinsam mit den in Kapitel 7 systematisch dargestellten Ergebnissen weiterführend in Kapitel 8 in Bezug zur Literatur diskutiert werden. In Kapitel 9 erfolgt eine Zusammenfassung der bis dahin gewonnenen Ergebnisse und ein Ausblick auf noch offene Fragen.

2 Grundlagen für die Bearbeitung des Themas

In diesem Kapitel soll durch die Darstellung ausgewählter theoretischer Aspekte auf die Hypothese der Arbeit hingeführt werden. Den Ausgangspunkt für die Arbeit bildeten die Interviews und Fragebögen der ILSE- Studie. Die Erkenntnisse der Traumaforschung und die Informationen über die Lebensumstände der Menschen der Geburtsjahrgänge 1930-32 halfen mit, die Schwerpunkte und Fragestellungen zu konkretisieren.

2.1 Die ILSE - Studie

Die Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) ist eine Studie, die in 5 Universitäten (Heidelberg, Leipzig, Bonn, Erlangen-Nürnberg und Rostock) mit insgesamt 1390 Personen im Rahmen einer Grundlagenforschung durchgeführt wurde. Alle Probanden wurden nach einem Stichproben-ziehungsplan mit den Dimensionen „Geschlecht“ und „Kohorte“ nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Es wurde sowohl eine Gleichverteilung der aus dem Osten und aus dem Westen Untersuchten als auch des Geschlechtes vorgenommen. In der Monografie „Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter“ (Martin, 2000) wird auf die theoretischen Grundlagen der Studie und die Ergebnisse des ersten Untersuchungsdurchganges gezielt eingegangen. Der Schwerpunkt liegt in der Untersuchung der Bedingungen für ein zufriedenes, gesundes Altern, mit der Zielsetzung, präventive Maßnahmen für die positive Beeinflussung des Alternsprozesses zu entwickeln. Die These besteht darin, dass die Probanden der Kohorte 1950-1952 (also die in den Jahren 1950-1952 geborenen Studienteilnehmer) mit Hilfe eines gut ausgebildeten Gesundheitsbewusstseins, durch eine höhere körperliche Aktivität und bessere Bildungschancen ein glücklicheres und gesünderes Altern erreichen werden, als die der Kohorte 1930-1932. Hierdurch besteht die Möglichkeit, die Beeinflussung der Alterungsprozesse durch die historischen Rahmenbedingungen zu beobachten. Die Kohorte 1930-32 wurde in eine totalitäre Herrschaft hineingeboren und musste in ihrer Jugend mit den Folgen des 2. Weltkriegs, mit Armut, Flucht und einem Mangel an Ausbildungsmöglichkeiten zurechtkommen. Diese Problematik betraf die Menschen in West- und Ostdeutschland. Erst durch die Besatzungszeit entwickelten sich regionale Unterschiede. Die Kohorte 1950-52 erlebte die regionalen

Differenzen der gesellschaftlichen, ideologischen und wirtschaftlichen Methoden von Geburt an. In Westdeutschland wuchsen die Kinder in einer Ära des Wirtschaftsbooms auf mit steigendem Bewusstsein für das Individuum, für die Gesundheit und mit wachsenden Bildungschancen. In Ostdeutschland verbesserten sich ebenfalls die Ausbildungsmöglichkeiten und der Lebensstandard, die individuelle Selbstbestimmung blieb aber durch ein strukturiertes und vorgegebenes Leben eingeschränkt.

Einige historische Rahmendaten zur Normalbiografie sowohl für die 1930, als auch für die 1950 Geborenen sind in der Tabelle 1 zusammen gefasst.

Geschichtliche Ereignisse	Jahreszahl	Alter	
		Kohorte 30/32	Kohorte 50/52
Nationalsozialismus	1933-45	1-15 Jahre	-
2. Weltkrieg	1939-45	7-15 Jahre	-
Stalingrad, „totaler Krieg“, Bombenkrieg, Evakuierung der Städte	1943	11-13 Jahre	-
Kriegsende, Besatzungszeit, Armut, Aufbau, ca. 11 Millionen Vertriebene	1945-53	13-23 Jahre	-
Währungsreform	1945	13-15 Jahre	-
Gründung der BRD, wirtschaftlicher Aufschwung	1949	17-19 Jahre	-
Berlin- Blockade, Beginn des kalten Krieges	1948-49	16-19 Jahre	-
Juniaufstand in der DDR	1953	22-24 Jahre	2- 4 Jahre
Ost -nach West Fluchtbewegung	1955-61	23-31 Jahre	3-11 Jahre
Wirtschaftswunder	1956	25-27 Jahre	5- 7 Jahre
Mauerbau	1961	29-31 Jahre	9-11 Jahre
Studenten –und Protestbewegungen	1966-71	34-41 Jahre	14-21 Jahre
Prager Frühling	1968	36-38 Jahre	16-18 Jahre
Wiedervereinigung	1989	58-60 Jahre	38-40 Jahre

Abb. 1.1.: Geschichtliche Ereignisse in der Normalbiografie der untersuchten Kohorten zitiert nach Martin (2000, S. 16)

Der erste Untersuchungsdurchgang fand im Zeitraum 1993- 1996 in den Städten Heidelberg, Leipzig, Erlangen- Nürnberg, Bonn und Rostock statt, der zweite Untersuchungsdurchgang, wurde im Jahre 2000 nur in Heidelberg, Leipzig und Rostock durchgeführt. Im Jahre 2005 erfolgte in Rostock der 3. Untersuchungsdurchgang, für die Städte Heidelberg und Leipzig begann er 2005 und ist bis zum heutigen Tag nicht abgeschlossen. Die vorliegende Arbeit untersucht die Ergebnisse der Rostocker Teilstichprobe der Kohorte 1930- 32. Von den 52 Rostocker Probanden, die am ersten Messzeitpunkt teilnahmen, konnten 42 elf Jahre später zum dritten Untersuchungsdurchgang nachuntersucht werden.

Im Rahmen dieser interdisziplinären Studie wurden folgende Fachbereiche berücksichtigt:

- Medizinische Parameter: Klinischer Status, Leistungsdiagnostik, Arzneimittelbedarf und das somatische Gesundheitsbewusstsein
- Soziologische Daten: Lebensbedingungen, Wohnsituation, finanzielle und berufliche Aspekte, soziales Netzwerk, Hobbys, Freizeitgestaltung und familiäre Kontakte
- Psychologische Aspekte: Kognitive Funktionsleistung, Persönlichkeitswerte, Lebenszufriedenheit, Copingmechanismen

Die interdisziplinäre ILSE- Studie ist von einer großen Komplexität geprägt, die auch am Untersuchungsablauf ersichtlich wird: Im Vorfeld der Studie nahmen die Untersucher an einem Lehrgang teil um den Umgang mit dem halbstandardisierten Interviewstil zu erlernen. Ferner wurde durch Supervisionen die Objektivität innerhalb der Interviews sichergestellt. Ein Untersuchungsdurchgang dauerte je Proband 2 Tage (zitiert nach Martin, 2000, S.23).

1. Tag:

- 2,5 h Exploration der Biographie
- 2,5 h Exploration der Gegenwartssituation und Zukunft
- 2,0 h Persönlichkeitstest, Soziodemografie, Ernährungsfragebogen

2. Tag:

- 2,0 h medizinische Untersuchung
- 1,5 h kognitive Testung, Psychomotorik
- 1,5 h sportwissenschaftliche Untersuchung

2.1.1 Publikationen der ILSE- Studie

Im Rahmen der ILSE- Studie wurden Arbeiten mit unterschiedlichen Forschungsschwerpunkten publiziert. Einige Studien, die als Grundlage bei der Erstellung dieser Arbeit dienten, sollen hier vorgestellt werden (DZFA, 2005). Zu den Übersichtsarbeiten im Rahmen der ILSE- Studie gehören:

- Martin P., Ettrich K.U., Lehr U., Roether D., Martin M., Fischer – Cyrulies A. (Hg.) (2000) Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Erwachsenenalter: Ergebnisse der interdisziplinären Längsschnittstudie (ILSE) Darmstadt: Steinkopff
- Schmitt M., Martin M. (2003) Die interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) über die Bedingungen gesunden und zufriedenen Älterwerdens In: Karl F. (Hrsg.) Sozial - und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie: Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema Weinheim: Juventa; S. 205-223
- Barth S. (2002) Depressive Störungen im mittleren und höheren Lebensalter – erste Ergebnisse einer Längsschnittstudie Zeitschrift für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin; 23: S. 141-158
- Frey C., Schmitt M. (2003) Kindheitsbelastungen und psychische Störungen im Erwachsenenalter. Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) Psychosozial; 92: S.3
- Schmitt M. (2001) Zur Bedeutung interpersonaler und beziehungs-spezifischer Merkmale für die erlebte Ehequalität im mittleren Erwachsenenalter Frankfurt: Lang

2.2 Traumaforschung

2.2.1 Geschichte der Traumaforschung und Begriffsdefinition

Einen Einblick in die Geschichte der Traumalogie und über die Entstehung des Begriffs „Traumata“ gestattet das „Lehrbuch der Psychotraumatologie“ von Fischer und Riedesser (1998).

Pierre Janet (1859-1947) und Sigmund Freud (1856-1939), die gemeinsam mit dem Hypnosearzt Charcot in der Salpêtrière in Paris arbeiteten, gelten als die Gründer der Traumaforschung.

Janet (1904) benutzte während seiner Forschungsarbeiten als erster den Begriff der Dissoziation. Eine Dissoziation entsteht, seiner Meinung nach, als Folge einer Überforderung des Bewusstseins bei der Verarbeitung traumatischer, überwältigender Erlebnissituationen. Somit werden die Erlebnisse vom Bewusstsein abgespalten, dissoziiert, um zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufzuleben, entweder als emotionaler Zustand, als körperliches Zustandsbild, in Form von Vorstellungen und Bildern. Doch Janets Wissen blieb lange Zeit unbeachtet und wurde erst vor kurzem von einer Gruppe niederländischer Forscher wiederentdeckt (Van der Hart, Van der Kolk, Brown, 1989).

Der Arzt Kardiner (1941) sah in der Neurose einen Anpassungs- und Bewältigungsversuch und legte Wert darauf, die Ursache hinter den Symptomen aufzudecken und die Folgeerscheinungen zu verstehen. Seine Thesen basieren auf seinen Erfahrungen im 2. Weltkrieg.

Als Leitmerkmale definierte er

1. Schrumpfen oder Einengung des Ichs („ego- contraction“)
2. Zur- Neige- Gehen der inneren Ressourcen oder energetische Verarmung („exhaustion of inner- resources“)
3. Strukturverlust („disorganization“)

Als weitere Symptome, die zu diesem Krankheitskomplex gehören, benannte Kardiner: Ermüdungserscheinungen, Lustlosigkeit, Depressionen, schreckhafte Reaktionen, wiederkehrende Alpträume, Phobien und Ängste, eine Mischung aus impulsivem Verhalten und Unbeständigkeit der zwischenmenschlichen Beziehung

sowie eine Neigung zu Misstrauen, Verdächtigungen und Ausbrüchen von Wut und Gewalttätigkeit.

Im 2. Weltkrieg entwickelten die Amerikaner und Briten, sich auf Kardiners Theorien beziehend, eine protektiv wirkende Militärpsychiatrie, da festgestellt wurde, dass eine durch Gruppentherapie verbesserte Gruppenkohäsion einen guten Schutz vor kriegsbedingt ausgelösten posttraumatischen Belastungsstörungen bietet (Riedesser, Fischer, 1998)

Im Jahr 1952 wurde die Belastungsstörung erstmals in das Klassifikationssystem der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (DSM II) aufgenommen, die Symptomatik wurde jedoch anfänglich bagatellisiert. Erst durch das Wahrnehmen massiver Traumatisierungen, z.B. nach dem Abwurf der Hiroshimabombe (1945) und vor allem nach der Teilnahme am Vietnamkrieg (1968) beobachtet wurden gab es weitere Forschungsarbeiten. Dadurch konnten auch Kritiker überzeugt werden, dass es Extremtraumatisierungen gibt, unter denen jeder Mensch seelische Symptome entwickelt. Die DSM- Kriterien wurden im Lauf der Zeit weiter differenziert, bis sie in das Klassifikationssystem des ICD 10 der Weltgesundheitsorganisation aufgenommen wurden.

Heutzutage wird die Posttraumatische Belastungsstörung nach der Version DSM-IV (2001) folgendermaßen definiert:

1. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

- Wiederkehrende oder eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können
- Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis
- Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt
- Intensive psychische Belastungen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen
- Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen

2. Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität. Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

- Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen
- Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen
- Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern
- Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten
- Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen
- Eingeschränkte Bandbreite des Affekts
- Gefühl einer eingeschränkten Zukunft

3. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal:

- Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen
- Reizbarkeit oder Wutausbrüche
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Übermäßige Wachsamkeit
- Übertriebene Schreckreaktionen

4. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

- Das Störungsbild dauert länger als einen Monat.

Auch gegenwärtig wird mit Hilfe von Forschungsarbeiten die Definition der posttraumatischen Belastungsstörung weiterentwickelt und nach Ursachen und Verstärkern gesucht. Brewin, Andrew, Valentine (2000) stießen bei einer Studie auf verschiedene Faktoren, die für die Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung bei erwachsenen Traumaopfern bedeutsam sind. Als wichtige Merkmale gelten: Mangel an sozialer Unterstützung, Lebensstress, Schwere, Dauer und Häufigkeit des Traumas, Belastungen in der Kindheit, niedrige Intelligenz, Misshandlungen in der Kindheit, psychische Störungen in der Kindheit, niedriger sozialer Status und das Geschlecht. Eine geringere Rolle spielen dagegen: Psychische Störung in der Anamnese, mangelhafte Ausbildung, das Alter und ethnische Zugehörigkeit.

In dem von Radebold herausgegebenen Buch wurden zu dieser Thematik vergleichende Studien, vorgestellt, die sich mit den Langzeitfolgen spezifischer Traumatisierungen auseinandersetzen (Brähler, Decker, Radebold, 2004). Als Langzeitfolgen von Traumatisierungen werden beschrieben:

- Eine Häufung an psychischer Müdigkeit (fatigue) bei Männern und Frauen
- Meiden von Geselligkeit
- Geringeres Vertrauen anderen Menschen gegenüber
- Das Problem, das eigene Bedürfnis nach Liebe und Geborgenheit zu äußern
- Eine geringere körperliche Fitness und dementsprechend eine geringere Zufriedenheit (bei vertriebenen Frauen)
- Eine geringere soziale Integrationsfähigkeit (bei Männern mit Erfahrung von Bombenangriffen)
- Ein reduziertes psychisches Wohlbefinden (bei Frauen mit Erfahrung von Bombenangriffen)

In der vorliegenden Arbeit soll unter anderem herausgefunden werden, in wie weit diese hier angesprochenen Faktoren in der qualitativ/ biografischen Auswertung und im quantitativen Abschnitt der ILSE- Studie wieder gefunden werden können und in welcher Form sich diese erlebten Risikofaktoren im späteren Leben auswirken.

2.2.2 Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen

Bei der Beschreibung der Traumaforschung und deren verschiedenen Aspekte soll auf die Psychotraumatologie bei Kindern eingegangen werden, da sich die Auswirkungen von traumatischen Erfahrungen abhängig vom Lebensalter zum Zeitpunkt der traumatischen Ereignisse unterscheiden. Die Traumaforschung speziell der Kinder entwickelte sich erst am Ende der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts durch eine neu entstandene Sensibilität der Verletzlichkeit der kindlichen Psyche. Auswirkungen von traumatischen Erlebnissen sind außer von ihrer „objektiven“ Stärke von der Entwicklungsstufe, in der sich das Kind gerade befindet, abhängig. „Was für ein Kleinkind traumatisierend sein kann, z.B. eine abrupte Trennung von zentralen Bezugspersonen, ist für einen Adoleszenten zu bewältigen; was einen Jugendlichen schwer erschüttern kann, z.B. Zeuge eines Massakers zu werden, ist für einen Säugling nicht belastend, sondern fällt, weil er das Geschehen noch nicht kognitiv erfassen kann, ins „affektive Nichts“ (Riedesser, 1999, S. 290).“ Weiterhin erklärt Riedesser, dass Kinder im Krabbelalter belastende Situationen unbeschadet überstehen können, sofern die engsten Bezugspersonen das Geschehene psychisch kompensieren und dem auf beruhigende Rückmeldung („social referencing“) angewiesenem Kind keine länger dauernden Zustände von schweren Depression oder Panik vermitteln. Außerdem erkannte er, dass von einem nicht- linearen Zusammen- wirken von Risikofaktoren auszugehen ist. Während die Wirkung eines einzelnen Faktors eher gering ist, erhöht sich bei bereits zwei Faktoren die Wahrscheinlichkeit, dass eine Entwicklungsstörung auftritt, um das Vierfache. Dies kann damit zusammenhängen, dass vorhergehende traumatische Erfahrungen die Abwehrkräfte für weitere Belastungen schwächen. Davidson und Foa (1991) erkannten bei einer Forschungsarbeit, dass Probanden mit den Faktoren Armut der Eltern, familiäre psychiatrische Erkrankungen, frühe Trennung von den Eltern und/ oder Kindesmißbrauch ein 3-fach höheres Risiko haben, beim Erleben eines

weiteren Traumas eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) auszubilden. Hierfür werden verschiedene Begründungen diskutiert. Eine Erklärung lautet, dass der Patient zum Zeitpunkt des erneuten Erlebens eines Traumas die Traumata aus der Kindheit noch nicht vollständig verarbeitet hat. Weil die Psyche des Patienten noch nicht vollständig regeneriert ist, besitzt er eine geringere psychische Kapazität um ein neues Trauma zu bewältigen. Perry (1995) stellte sogar die Vermutung auf, dass frühe traumatische Erfahrungen die Entwicklung des Gehirns beeinflussen.

Gidycz (1993) suchte eine Erklärung wieso die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Viktimisierung für Frauen, mit Mißbrauchserfahrung in der Jugend, 2-mal größer ist als für Frauen ohne diese Erfahrung. Gidycz fand dafür zwei verschiedene Erklärungsansätze.

1. Die Traumatisierung wirkt sich negativ auf Faktoren wie Risikoeinschätzung, Risikoverminderung und Selbstverteidigung aus.
2. Frauen können auf Grund ihrer Missbrauchserfahrungen und ihrer dadurch geringeren Selbstachtung ihre Bedürfnisse im Kontakt mit anderen schlechter durchsetzen.

Schutzfaktoren können eine korrektive Wirkung besitzen und durch Risiko- oder Traumafaktoren eingetretene Schäden reduzieren. Bei der Betrachtung der Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen sind das in der Veränderung befindliche Wert- und Selbstverständnis näher zu beachten. Das Vorschulkind neigt beispielsweise dazu, überpersönliche Abläufe wie gesellschaftliche Unruhen, Naturkatastrophen oder den Tod einer vertrauten Person, persönlich zu attribuieren. Die Eltern haben den Schutz versagt, weil das Kind z.B. ungehorsam war. Das Kind fühlt sich somit schuldig an dem Ereignis. Abhängig davon wirken sich die Folgen unterschiedlich stark aus, wenn es sich um ein inner- oder außerfamiliäres Trauma handelt.

2.2.3 Kriegskindheitsforschung

Es ist bemerkenswert, dass erst 60 Jahre nach Kriegsende dieses Thema durch die Öffentlichkeit, die Forschung und durch die unmittelbar Betroffenen verbalisiert wird und zu einer kritischen Auseinandersetzung aufgerufen wird. Immer mehr Forschungsarbeiten verschiedener Disziplinen befassen sich speziell mit den Langzeitfolgen der Kriegskindergeneration. Das Schweigen scheint langsam gebrochen. Nach dem Kriegsende gab es jedoch nur wenige Studien, die sich mit der Lage der damaligen Jugendlichen befassten. Diese waren größtenteils familiensoziologisch orientiert und boten den Entwicklungsstörungen der Jugendlichen wenig Beachtung (Baumert, 1954). Auch nach der Studie von Hagen und Thomae (1955) wiesen die untersuchten Schüler keine psychischen Auffälligkeiten auf. Die Ergebnisse wurden zunächst als Zeichen für ein ausgeprägtes Adaptationsvermögen und für eine weitestgehend ungestörte Entwicklung der Jugendlichen gedeutet. Schepank (1980) fielen jedoch deutliche Differenzen in der Auftretenswahrscheinlichkeit von psychischen Erkrankungen der Kriegskinder zur Normalbevölkerung auf. Als ein Grund für die sich widersprechenden Studienergebnisse können Abwehrmechanismen gesehen werden. Ermann (2003) beschreibt diese Mechanismen in einem Vortrag folgendermaßen. „Wo wir einer Traumatisierung nicht ausweichen können, greifen wir zu anderen Mitteln: Zur Flucht durch Dissoziation.“ Ermann nennt die Kriegskindergeneration die Generation der „Unauffälligen“. Dies zeigt sich seiner Meinung nach in der Schilderung der Kriegserlebnisse in Form von lustigen, abenteuerlichen Geschichten. Als eines der ersten Bücher, das sich mit dem Thema kritisch auseinandersetzte, erschien das Buch des Ehepaars Mitscherlich (1968) „Die Unfähigkeit zu trauern“. In diesem Buch wird das Schweigen der Generationen und das Vermeiden einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Geschehen des Dritten Reiches psychoanalytisch reflektiert. Die Konsequenz der Unfähigkeit zu trauern besteht in der langfristigen Unterdrückung der Gefühle und der Ängste. Auch Ermann (2003) sieht bei den Betroffenen eine „Kriegskindheitsidentität“ mit einem Mangel an Erschrecken und Betroffenheit über das selbst erlebte Schicksal. In den letzten 10 Jahren hat sich jedoch nicht nur Michael Ermann mit der Kriegskindheit auseinandergesetzt, auch immer mehr Autobiografien, Studien und Romane wurden über dieses Thema verfasst:

Überlebende haben sich zu Wort gemeldet und Kongresse wurden organisiert um die Thematik wissenschaftlich aufzuarbeiten.

2.3 Überblick über die Lebensumstände der Geburtenjahrgänge 1930- 32

Die Folgen des 2. Weltkrieges waren allgegenwärtig: Jeder achte männliche Deutsche (in den Ostgebieten sogar jeder fünfte) kam ums Leben. Mehr als 2 Millionen Zivilisten starben auf der Flucht oder während der Vertreibung und über 2 Millionen Kinder mussten ohne Eltern fliehen. Die Gefallenen oder Vermissten hinterließen mehr als 1,7 Millionen Witwen, sowie fast 2 Millionen Halbwaisen (Radebold, 2005, S. 23). Die in der ILSE- Studie betrachtete Kohorte war am Kriegsende jünger als 18 Jahre und gehörte überwiegend zu den passiv Beteiligten. Die Kriegskinder wuchsen während des Dritten Reichs auf, erlebten während ihrer Kindheit politische Repressionen, Bombenangriffe und Zerstörung. Sie wurden daraufhin oft evakuiert oder mussten fliehen. Ihre Jugend fiel in die Phase der Nachkriegszeit, die oft mit der Abwesenheit des Vaters, mit Arbeitslosigkeit, großem Hunger, Heimatlosigkeit sowie der Entnazifizierung mit einhergehendem Verlust der früheren Visionen verbunden war. Innerhalb kurzer Zeit wurden erlernte und bisher gültige Ziele und Werte teilweise durch gegensätzliche Vorstellungen oft aber auch durch Orientierungslosigkeit ersetzt.

Die in dieser Arbeit betrachteten Probanden stammten vor allem aus den ehemaligen Ostgebieten und erlebten eine unkontrollierte Flucht vor den russischen Kriegsgegnern während eines sehr harten Winters. Flucht aus Angst vor dem Kommenden bedeutete häufig den Verlust der Heimat und der Familie. Das Leben der Jugendlichen wurde durch die Gewalt, Hunger und Kälte bedroht. Sie wurden von ihren Eltern oder Geschwistern getrennt, wurden zur Zwangsarbeit verpflichtet, mussten fliehen oder wurden vertrieben, erduldeten Armut und Hunger oder erlebten den Verlust der Existenzgrundlage der Eltern. Teilweise waren sie auch nur hilflose Beobachter von Gräueltaten und sahen die Ängste und Verzweiflung der Eltern.

3 Schicksalsschläge und Verlusterfahrungen und deren Auswirkung auf das Älterwerden

3.1 Darstellung verschiedener Modelle

Bei der Bearbeitung dieses Themas reicht es nicht aus, den historischen, soziologischen und psychologischen Ansatz isoliert zu betrachten. Nur die interdisziplinäre Betrachtung erlaubt eine den vielen Aspekten angemessene Diskussion. Nach der Erläuterung der Fragestellung soll nun mit Hilfe der Stressbewältigungsforschung, Resilienzforschung und der Entwicklungspsychologie der Blickwinkel erweitert werden, der vor allem bei der Analyse der Biografien bedeutend erscheint.

Aus dem heutigen Stand der Traumaforschung (s. Kapitel 2.2.) ergibt sich der Bezug zu den folgenden Erklärungsmodellen und möglichen Therapieformen.

3.1.1 Psychodynamisches Modell

Das psychodynamische Modell basiert auf den Theorien Freuds. Für ihn besteht das Trauma aus einer massiven Reizüberflutung, die ein Gefühl der Hilflosigkeit hinterlässt und eine konstruktive Verarbeitung verhindert. Hiermit beschrieb Freud die ersten Ansätze des Dissoziationsmodells, das Horowitz (1976) weiterentwickelte und Krystal (1978, 1985) in ein infantiles und ein Erwachsenentrauma unterteilte. Ein weiterer Vertreter dieses Modells war R.J. Lifton (1993), der bei der Analyse von extrem traumatisierten Menschen auf die Häufung zentraler Themen stieß wie die Todeserfahrung, die Überlebensschuld und Selbstverurteilung, die Diskontinuität und Fragmentierung des Selbst bzw. Identitätsgefühls und die Suche nach dem Sinn. Viele Traumatisierte versuchen die Zusammenhänge zwischen Trauma und eigener Wirksamkeit (Kohärenz) zu erkennen und sich auf die menschlichen Normen, Grundsätze und Werte (Moralität), die das zwischenmenschliche Verhalten in einer Gesellschaft regulieren, zurück zu besinnen.

3.1.2 Entwicklungspsychologisches Modell

Dieses Forschungsgebiet erforscht die Phasen der seelischen Entwicklung des Individuums und beschäftigt sich mit Folgen von Traumata in unterschiedlichen Lebensabschnitten. Ihr Gegenstand ist die Beschreibung und Erklärung sowie die Vorhersage und Beeinflussung menschlichen Erlebens und Verhaltens unter dem Aspekt der Veränderung über die gesamte Lebensspanne. Als typische Symptome einer frühen körperlichen und sexuellen Traumatisierung in der Kernfamilie gelten: Desorganisiert- desorientierter Bindungsstil; Ungesteuertheit in der Wendung von Aggression nach außen oder nach innen; Unfähigkeit, sexuelle Bedürfnisse zu modulieren; Störung der Aufmerksamkeit und Konzentration; habituelle Tendenz zu Dissoziation und Somatisierung, grundlegender Verlust von Vertrauen, Hoffnung und Selbstwirksamkeit (Oerter, Montada, 1995).

3.1.3 Kognitiv- behaviorales Modell

Nach diesem Modell wird davon ausgegangen, dass durch Klassische Konditionierung eine Kopplung von neutralen Reizen an eine bedrohliche Situation entsteht. Durch wiederholte Konfrontation mit dem konditionierten Reiz wird nun eine intensive Angstreaktion ausgelöst. Durch operante Konditionierung lernt der Betroffene nun die bewusste Vermeidung des konditionierten Reizes. Die Traumatisierung erschüttert grundlegende Werte und Vorstellungen, verändert diese dauerhaft und kann somit zu dysfunktionalem Verhalten führen.

3.1.4 Neurobiologisches Modell

Das Neurobiologische Modell wurde von Van der Kolk (1996a) entwickelt. Dieses Modell unterscheidet drei Ebenen auf denen sich traumabedingte Symptome zeigen. Dies konnte anhand mehrerer Studien belegt werden.

1. Psychophysiologische Effekte:
 - Extrem autonom – nervöse Reaktionen auf traumaassoziierte Stimuli
 - Hyperarousal auf intensive, aber neutrale Stimuli

2. Neurohormonelle Effekte:

- Erhöhte Katecholaminkonzentration im Urin nach erlebten Stress oder Trauma
- Downregulation adrenerger Rezeptoren
- Erniedrigte Basalwerte der Glukokortikoide
- Erniedrigte Glukokortikoide auf Stress

3. Neuroanatomische Effekte:

- Verringertes Hippocampusvolumen
- Aktivierung der Amygdala und sensorischer Bereiche während Flashbacks
- Verringerte Aktivierung des Broca-Areals während Flashbacks
- Ausgeprägte rechtshemisphärische Lateralisierung

Bei seinen Studien belegte Van der Kolk, dass Deprivationserfahrungen der frühen Kindheit zu neurologischen Störungen führen können, die eine spätere Bewältigung kritischer Lebensereignisse erschweren.

3.2 Modelle zur Erklärung des unterschiedlichen Umgangs mit Krisen

3.2.1 Stressbewältigung

Der Begriff „Stress“ entstammt dem lateinischen Wort „Strictus“ mit der Bedeutung Enge, Engpass. Im mittelalterlichen Englisch wurde „Stress“ im Sinne von äußerer Not oder auferlegter Mühe verwendet. Von dem kanadischen Mediziner Selye wurde der Ausdruck „Stress“ popularisiert (Selye, 1936). Am Anfang interessierten ihn vor allem die körperlichen Reaktionen auf eine Belastung. Er teilte die Stressreaktion in 3 Phasen ein:

- a) die Phase des Alarms (erhöhter Sympaticotonus),
- b) des Widerstands (erhöhter Cortison und Blutzuckerstoffwechsel),
- c) der Erschöpfung (Dekompensation der Reproduktionsfunktion, Reduktion von Sexualfunktion, Wachstumsvorgängen und Immunkompetenz).

Weiterhin gliederte er Stressoren in Eustress (eu= gr. Wohl, gut) und den negativen Distress ein. Durch beide Stressformen wird, nach seinem Verständnis, eine unspezifische Anpassungsreaktion ausgelöst, welche als generelles Adaptationssyndrom (G.A.S.) bezeichnet wird. Ein Adaptationssyndrom ist „eine Anpassungsreaktion des Organismus auf krank machende Reize wie z.B. „Stress“

(Duden, 1997). Dieses Schema, bei dem ein unspezifischer „Stress“ unmittelbar eine körperliche Stressreaktion (behavioristisches Reiz-Reaktion-Modell, Adaptionssyndrom) auslöst wurde durch Lazarus zum transaktionalen Stressmodell weiterentwickelt, bei dem die Bewertung der Situation die darauf folgende Reaktion bestimmt.

Borchert (2000) ging davon aus, dass gleiche Stressoren bei verschiedenen Personen zu höchst unterschiedlichen Stressreaktionen führen können. Was die einen gelassen hinnehmen, versetzt die anderen in höchste Aufregung. „Stress“ und Disstress hängen wesentlich davon ab, wie eine Person eine Situation bewertet und wie sie ihre Bewältigungsstrategien einschätzt.

Im Mittelpunkt des Stressmodells von Lazarus stehen die subjektiven Bewertungsprozesse „appraisal“ und die Bewältigungsprozesse „coping“. Das Coping wird von Lazarus und Launier (1978) beschrieben als eine aktionsorientierte und intrapsychische Anstrengung, die ein Individuum unternimmt, um sowohl externale als auch internale Anforderungen, die seine Ressourcen beanspruchen oder übersteigen, zu bewältigen. Wichtig ist die Interaktion und Transaktion zwischen Individuum und Stressor. Es liegt die Annahme zu Grunde, dass mit Hilfe der primären Bewertung (appraisal) eine erste Einschätzung der aktuellen Situation erfolgt (Rüger, Blomert, Förster, 1990). Die Lage kann als irrelevant, angenehm oder stressend eingestuft werden. Es folgt eine weitere Differenzierung der Bewertung „stressend“ in Bedrohung (Threat), Schaden/ Verlust (harm/ loss) und Herausforderung (challenge). Schaden und Verlust bezieht sich auf bereits erlebte Verlustsituationen, die Bedrohung ist ein antizipatorischer Gedanke an einen psychischen und physischen Schaden. In der Deutung der Situation als Herausforderung zeigt sich die Komplexität des Stressbegriffs. Stress kann sowohl negativ und unlustbetont interpretiert werden, als auch als eine Provokation, die eine Steigerung des Selbstwertgefühls bedeutet. Eine sekundäre Bewertung (secondary appraisal) beinhaltet demgegenüber die Auswahl geeigneter Bewältigungsstrategien und ist somit als eine Antwort oder Reaktion auf die „primary appraisal“ zu verstehen. Durch eine Rückmeldung über ablaufende Bewältigungsmechanismen entsteht eine Neubewertung (reappraisal). Hierbei kann es sich sowohl um eine eigenständige Neueinschätzung der Situation handeln, als auch um eine durch veränderte äußere Umstände provozierte. Lazarus

(1974) integrierte die von Freud entwickelten Abwehrmechanismen in seine eigenen Theorien.

Mit der Regulierung von Emotionen entsteht die Möglichkeit, sich den instrumentellen Bewältigungsprozessen zu öffnen. Es werden vier Bewältigungsformen unterschieden:

- 1) Informationssuche,
- 2) direkte Handlungen,
- 3) Unterlassen von jeglicher Handlung,
- 4) intrapsychische Bewältigungsformen.

3.2.2 Salutogenese

Die Salutogenese (Salus: lat. Heil, Unverletzbarkeit, Glück, Genese: gr. Entstehung) versteht die Gesundheit als ein labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Geschehen. Antonovsky (1997) betrachtet das Leben als einen Fluss, der teils verschmutzt ist, Gabelungen und Stromschnellen beinhaltet. Seine Fragestellung lautet: „Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“ Stressoren sind für Antonovsky eine von innen oder außen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes eine nicht – automatische und nicht unmittelbar verfügbare Energie verbrauchende Handlung erfordert. Jedoch können Stressoren auch einen stimulierenden Charakter besitzen, der abhängig von der Bewertung auch einen positiven Ausgang nehmen kann. Ob ein Reiz ein Stressor ist, kann erst an dessen Wirkung erkannt werden, zuerst stellt er nur einen Spannungszustand dar. Ähnlich wie Lazarus existiert für ihn

- a) eine primäre Bewertung 1. Ordnung (Beurteilung ob wirklich ein Stressor vorliegt),
- b) primäre Bewertung 2. Ordnung (Unterteilung in bedrohlicher, günstiger oder irrelevanter Stressor),
- c) eine primäre Bewertung 3. Ordnung (Benutzung der entsprechenden Copingmechanismen).

Die Möglichkeiten, dieses dynamische Gleichgewicht aufrecht zu erhalten, und daher die vorhandenen Ressourcen zu nutzen, sind abhängig vom Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC (Stimmigkeit, Zusammenhang)). Drei Komponenten sind hierfür entscheidend:

1. Gefühl der Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)= kognitives Verarbeitungsmuster
2. Gefühl der Bewältigbarkeit (sense of manageability)= kognitiv- emotionales Verarbeitungsmuster
3. Gefühl der Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness) mit motivationalen Aspekten.

Für Antonovsky ist die Sinnhaftigkeit die wichtigste Komponente, ohne die das Leben nur als Last empfunden werden würde. Das Kohärenzgefühl wirkt als ein Steuerungsprinzip zur Koordinierung von Copingmechanismen. Je höher das Kohärenzgefühl ist, desto flexibler kann ein Mensch auf „Stress“ reagieren, seine Ressourcen sinnvoll benutzen, und umso größer sind das Wohlbefinden und auch seine Gesundheit. Die Komponenten können durch Lebenserfahrung beeinflusst werden. Ein Überwiegen von Situationen, die von den Komponenten: Unsicherheit, Unvorhersehbarkeit und Unkontrollierbarkeit geprägt sind, führen eher zu einem niedrigen Kohärenzgefühl. Demgegenüber führt ein ausgeglichenes Verhältnis von Unter- und Überforderung mit guten generalisierten Widerstandsressourcen zu einer Erhöhung des Kohärenzgefühls. Generalisierte Widerstandsquellen (Generalized Resistance Resources, GRR) sind jene Faktoren der Umwelt oder der Person, welche Lebenserfahrungen schaffen, die durch Konsistenz, Partizipation an der Lebensgestaltung und Balancieren von Über- und Unterforderung charakterisiert sind. Widerstandsquellen können bei der Bewältigung von Spannungszuständen helfen. „Indem wir einen Stressor bewältigen, lernen wir, dass das Leben weder zerstörerisch noch sinnlos ist“ (Antonovsky, 1979, S.194). Für Antonovsky ist das Kohärenzgefühl jedoch eine relativ statische Größe, die nur noch wenig im Erwachsenenalter beeinflusst werden kann. Viele Studien belegen einen Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und Faktoren wie Gesundheit (psychisch wie physisch), Stressbewältigung und Krankheitsverarbeitung, soziales Umfeld, Gesundheitsverhalten und Persönlichkeitsmerkmalen.

3.2.3 Resilienz

Die Begriffe Resilienz und Vulnerabilität stellen ein Bindeglied zwischen dem salutogenetischen Denkprinzip und der Entwicklungspsychologie dar. Seit in den 70er Jahren neben dem Pathologisieren, dem einseitigen Blick aufs Kranke, immer stärker gesundheitserhaltende Mechanismen und Ursachenforschung Einfluss auf das Krankheitsverständnis erhielten, etablierte sich das Konzept der Resilienz, der „psychologischen Widerstandsfähigkeit“. Welche Umstände verleihen Menschen die Möglichkeit, unbeschadet aus einem „critical life event“ hervorzugehen, während andere daran erkranken? Diese Frage stellt die Kernüberlegung der Entwicklungspsychologie dar. Die von Thomae initiierte Bonner gerontologische Längsschnittstudie, (BoLSA) (Lehr, Thomae, 1987) versucht die menschliche Pathologie und Gesundheit, die Selbstwerdung und Identität, und die Entwicklung von Ressourcen und Defiziten zu erkennen und zu verstehen. „Mit Resilienz bezeichnet man die psychologische bzw. psycho-physiologische Widerstandsfähigkeit, die Menschen befähigt, psychische und psychophysische Belastungen (stress, Hyperstress, strain) unbeschadet auszuhalten und zu meistern“ (Müller, Petzold 2003). Die Längsschnittstudien mit Kindern, in denen eine besonders hohe Widerstandsfähigkeit und Elastizität gegenüber widrigen Lebensereignissen entdeckt werden konnte, führte zu dem Begriff Resilienz. Zuerst wurde diese Fähigkeit mit dem Begriff „invincibility“ (Unbezwingbarkeit, vgl. Anthony 1974) und später „invulnerability“ (Unverwundbarkeit) (Cowan, Work, 1988) beschrieben.

Rutter (1990), einer der Begründer der Resilienzforschung, beschrieb die individuelle Reaktion auf „adversity“ (Widrigkeiten) als ein Kontinuum zwischen dem negativen Pol= Vulnerabilität (individuelle Verwundbarkeit/ Anfälligkeit) und dem positiven Pol= Resilienz. Die individuelle Reaktion ist ein Wechselspiel zwischen den beiden Polen und ist abhängig von der momentanen Konstellation, d.h. von geeigneten internalen und externalen protektiv wirkenden Faktoren. Protektive Größen werden in externale (des Mikrokontextes= Familie, Freunde, Wohnung; Mesokontextes= Schicht, Subkultur, Region; Makrokontextes= übergreifende politische Situation, Zeitgeist, Armut bzw. Krisenregion) und internale (Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen, Bewältigungsleistungen und Selbst-wirksamkeiterlebnisse) untergliedert. Diese protektiven Faktoren verringern, im Prozess ihrer Interaktionen miteinander und

mit vorhandenen Risikofaktoren Entwicklungsrisiken und Schädigungen für das Individuum und sein soziales Netzwerk und verstärken die salutogenen Einflußgrößen wie Selbstwert -und Kompetenzgefühle (Petzold, 1993).

Rabkin (1993) beschreibt folgende Faktoren als Charaktereigenschaften, die die Widerstandsfähigkeit fördern: Intelligenz, breites Interessen-Aktivitätsgebiet, aktiver und engagierter Lebensstil, der Glaube an sich selbst und seine Fähigkeiten, Unabhängigkeit, positive Weltanschauung, Flexibilität im Umgang mit Veränderungen und eine gute Beziehung zu engen Vertrauten.

3.2.4 Thomae- Modell

Thomae war, bestätigt durch die Ergebnisse, der von ihm initiierten Bonner gerontologischen Längsschnittstudie, der Überzeugung, dass die Lebenszufriedenheit nicht nur von objektiven Gegebenheiten, sondern entscheidend von der subjektiven, individuellen Wahrnehmung und Bewertung der Situation durch die Betroffenen und von ihren jeweiligen Daseinstechniken abhängt. Daseinstechniken sollen dazu dienen, das Leben innerlich wie äußerlich erträglich und möglich zu machen (Thomae, 1968). Sie umfassen sowohl tiefenpsychologisch relevante unbewußte Mechanismen wie Verdrängung und Identifikation, irrationale Verhaltensweisen wie Aggression und Bewegungsdrang als auch bewusst gesetzte Formen der Auseinandersetzung. Eine Person unterscheidet sich in ihren Daseinsthemen und -techniken nicht nur von anderen Personen, sondern zu verschiedenen Zeitpunkten des individuellen Lebenslaufes dominieren auch unterschiedliche Themen und Techniken. Diese Überzeugung verdeutlicht, wie wichtig sowohl das Betrachten und Ernstnehmen der subjektiv geäußerten Einschätzung der Lebenssituation, als auch die spezifische Betrachtung der Biografie ist.

Auf Thomas' Konzept der Alternsstile basierend, differenzierte Kruse (1991, S. 225) im Rahmen seiner Studie folgende vier Bewältigungsstile:

Leistungsbezogene, auf Veränderungen im Äußeren hinzielende Reaktionsformen	Akzeptierende, auf Veränderungen im Inneren hinzielende Reaktionsformen
<i>Daseinstechniken</i> Aktive Bewältigung der Situation Aufgreifen von Chancen Innere Distanzierung/Nichtwahrhabenwollen Stiftung von Pflege sozialer Kontakte Durchprobieren von Möglichkeiten	<i>Daseinstechniken</i> Akzeptieren der Situation Identifikation mit den Zielen und Schicksalen anderer Nachdenken über sich selbst
<i>Daseinsthemen</i> Ringen um die eigene Existenz Erhaltung der Interessen und des sozialen Kreises	<i>Daseinsthemen</i> Sich freuen können an den kleinen Dingen, die der Alltag bietet Besorgtsein um die Existenz anderer
<i>Lageinterpretation</i> Sich als „kompetent“ erleben Die Situation als „veränderbar“ erleben	<i>Lageinterpretation</i> Die Situation als „in geringem Maße veränderbar“ erleben
Resignative, geringes inneres Engagement zeigende Reaktionsform	Von Enttäuschungen und Verbitterung bestimmte Reaktionsform
<i>Daseinstechniken</i> Niedergeschlagenheit/ Resignation Korrektur der Erwartungen in Richtung auf Unveränderbarkeit	<i>Daseinstechniken</i> Hadern mit dem Schicksal Abwertung anderer Aktiver Widerstand Niedergeschlagenheit
<i>Daseinsthemen</i> Bestimmtheit von körperlichen Problemen Bestimmtheit von Einschränkungen	<i>Daseinsthemen</i> Bestimmtheit von Enttäuschungen Bestimmtheit von Einschränkungen Bestimmtheit von körperlichen Problemen
<i>Lageinterpretation</i> Die Situation als „in geringem Maße veränderbar“ erleben Interpretation der Bemühungen um Verbesserung der Lage als „wenig lohnenswert“	<i>Lageinterpretation</i> Negatives Erleben der Situation Die Umwelt als „abgewandt“ erleben Bewertung der Bemühungen um Verbesserung der Lage als wenig lohnenswert
<i>Zukunftsperspektive</i> Negativ getönt, gering gestaltbar	<i>Zukunftsperspektive</i> Negativ getönt; kein Engagement

Abb. 3.1.: Vier Bewältigungsstile basierend auf Thomas' Alternsstile (Kruse 1991, S. 225)

Diese Reaktionsformen stellen wichtige Parameter für das Verständnis des Prozesses der Auseinandersetzung dar. Es zeigte sich, dass Patienten, die ihre Situation als „unveränderbar“, „ungestaltbar“ ansahen und keine Zukunftsperspektive entwickelten, häufiger zu depressiven Verstimmungen neigen. Kruse (1991) bezog diese Kategorisierung hauptsächlich auf die Bewältigung schwerer Krankheiten. Reaktionsformen können jedoch auch auf jeden anderen Bewältigungsprozess angewandt werden und bieten somit die Möglichkeit, die unterschiedlich erfolgreichen Bewältigungsformen auf „Stress“ zu verstehen.

3.2.5 Das Modell von Erikson und Marcia

Den Theorien Eriksons (1973) liegen die von Freud entwickelten Theorien der psychosexuellen Phasen zu Grunde. Nach Erikson entsteht die Identitätsbildung durch die Bewältigung der Anforderungen, die durch die Integration des Individuums in einer sozialen Ordnung entstehen. Innerhalb des Lebenslaufes werden acht Stadien durchlaufen, die spezifische Anforderungen beinhalten, die bei nicht erfolgreicher Bewältigung zu bleibenden Persönlichkeitsstörungen führen. Die stadienabhängigen Anforderungen oder Krisen bezeichnen einen Wendepunkt, der einerseits eine erhöhte Verletzlichkeit, andererseits ein starkes Potential beinhaltet. Innere Einheit steht für das Konzept der Ich-Integrität, als erfolgreicher Abschluss beim Durchleben der acht Phasen.

Ein auf die Vorstellung von Erikson bezogenes Modell stellt das Konzept der vier Formen des Identitätsstatus von Marcia (1980) dar. Mit Hilfe eines speziell erstellten Fragenkatalogs entwickelte Marcia ein Konzept des jeweiligen Identitätsstatus, in dem sich die Jugendlichen zum Zeitpunkt des Interviews befanden. Drei Dimensionen wurden hierbei berücksichtigt: Die Krise, die Verpflichtung und die Exploration. Unter Krise wird hierbei das Ausmaß an Unsicherheit, Beunruhigung oder auch Rebellion verstanden. Verpflichtung beinhaltet das Engagement und die Bindung im betreffenden Lebensbereich und die Exploration erfasst die Flexibilität, einen Lebensbereich kritisch zu betrachten mit dem Ziel diesen zu verbessern.

Die in der Tabelle definierten Identitätszustände müssen nicht kontinuierlich durchlaufen, und nicht alle Probanden erreichen das Stadium der erarbeiteten Identität.

	Diffuse Identität (keine Festlegung für Beruf oder Werte)	Moratorium (gegenwärtige Auseinandersetzung mit beruflichen oder sonstigen Wertfragen)	Übernommene Identität (Festlegung auf Beruf oder Werte, die von den Eltern ausgewählt wurden)	Erarbeitete Identität (Festlegung auf Beruf und Wertpositionen die selbst ausgewählt wurden)
Selbstwert-Gefühl	Niedrig	Hoch	Niedrig (männl.) Hoch (weibl.)	Hoch

	Diffuse Identität	Moratorium	Übernommene Identität	Erarbeitete Identität
Autonomie	Extern kontrolliert	Internale Kontrolle	Autoritär	Internale Kontrolle
Kognitiver Stil	Impulsiv, extreme kognitive Komplexität	Reflexiv, kognitiv komplex	Impulsiv, kognitiv simpel	Reflexiv, kognitiv komplex
Intimität	Stereotype Beziehungen	Fähig zu tiefen Beziehungen	Stereotype Beziehungen	Fähig zu tiefen Beziehungen
Soziale Interaktionen	Zurückgezogen, fühlen sich von ihren Eltern nicht verstanden, hören auf Peers und Autoritäten	Frei, streben intensive Beziehungen an, wetteifern	Ruhig, wohlherzogen, glücklich	Zeigen nicht defensive Stärke, können sich für andere ohne Eigennutz einsetzen

Abb. 3.2.: Identitätszustände nach Marcia (1980, S.172)

Später differenzierte Marcia (1989) die Diffusionsformen in folgende Untergruppen: Kulturell adaptive Diffusion, Störungsdiffusion, sorgenfreie Diffusion und Entwicklungsdiffusion. Als Folge eines erlebten Traumas wird häufig eine Störungsdiffusion ausgebildet.

3.2.6 Bindungs- und Beziehungsstile

Um die im Interview geschilderten Bindungsstile in ihrer Komplexität und ihrem Informationsgehalt bezüglich der in der Kindheit erlernten Beziehungsformen zu verstehen soll ein Überblick über beim Individuum übliche Bindungsstile gegeben werden (zitiert nach Scheuerer- Englisch, 2001):

Bindungs- und Beziehungsstile	Bindungsverhaltensorganisation in der Dyade	Dynamik in der Paarbeziehung	Familiendynamik
Sicher	Direkte und offene Kommunikation und Zugang zu Gefühlen; Nähe zur Bindungsperson bei Belastung	Gegenseitige Fürsorge gelingt, der Partner ist bei Belastung verfügbar; primäre Bindungsgefühle werden ausgedrückt: angemessene Reaktionen und flexible Anpassung ermöglichen Zufriedenheit und Exploration	Offenes System: Gegenseitiges Vertrauen und Fürsorge ermöglicht Exploration und Autonomie; offener und flexibler Umgang mit Gefühlen und Bedürfnissen; wenig Spannungen, klare Rollenverteilung

Bindungs- und Beziehungsstile	Bindungsverhaltensorganisation in der Dyade	Dynamik in der Paarbeziehung	Familiendynamik
Vermeidend	Wenig, eingeschränkte Kommunikation und Zugang zu Gefühlen; Beziehungsvermeidende Haltung bei Belastung;	Fehlender Zugang zu Gefühlen und Partner führt zu dysfunktionalen – Beziehungsprozessen (Anklagen, Rationalisieren, Gewalt, Rückzug)	Geringe Feinfühligkeit und unerfüllte Bindungsbedürfnisse führen zu Anspannung, Ärger; primäre Gefühle werden nicht kommuniziert
Ambivalent	Übersteigter Gefühlsausdruck, ärgerlich, angespannt; Anklammernd und hilflos bei Belastung;	Inkonsistente Reaktionen des Partners führen zu Anklammern, Verstrickung und Ärger in der Paarbeziehung	Verstrickung; Ambivalenz und geringes Vertrauen führen zu Überengagement und Abhängigkeit
Desorganisiert	Unklarer, widersprüchlicher Gefühlsausdruck, z.T. geängstigt; deutlicher Annäherungs-/ Vermeidungskonflikt	Mit unverarbeitetem Trauma verbundene und abgespaltene Gefühle führen zu Irritationen, Misstrauen und Missverständnissen in der Interaktion; gefährden den Bestand der Beziehung	Traumatisierender Umgang der Eltern mit den Kindern oder intergenerationale Traumafolgen desorganisieren Familienstruktur, führen zu Rollenkehr, Irritation und Zerfall der Familie

Abb. 3.3.: Bindungsstile nach Scheuerer- Englisch (2001)

4 Zielsetzung und Fragestellung der Studie

Der Mensch kann nicht getrennt von seiner Biografie betrachtet werden. Die Biografie (griech.: „Lebensbeschreibung“) beinhaltet die Aufzeichnung des äußeren Lebensweges und der inneren Entwicklung einer Person unter Einbeziehung ihrer Leistungen und ihrer Beziehung zu Zeitgenossen (Bertelsmann 2001). Daraus ergibt sich, dass ein Mensch erst durch die Betrachtung seiner individuellen Biografie und seiner Umwelt als vollständiger Mensch wahrgenommen werden kann.

Im Mittelpunkt der Arbeit stehen die Betrachtung und Auswertung der Biografien, sowie die Auswirkungen der Biografie auf die Gestaltung des weiteren Lebens. Neben der Darstellung und Einstufung von relevanten Einschnitten (Schicksalsschläge und Verlusterfahrungen) soll das Leben der Probanden in abgegrenzte Phasen untergliedert werden. Ziel ist die Betrachtung phasenabhängiger Bewältigungsstrategien und möglicher Langzeitfolgen im Alter. Die Biografien sollen auf ihre Konstanz oder deren Veränderung durch Schicksalsschläge betrachtet werden.

Selten liegen im medizinischen Alltag genügend biografische Hintergrundinformationen vor um Erkrankungen in ihrer Komplexität zu verstehen. Gerade bei der Betrachtung der Kriegskindheitsgeneration ist die Beachtung der frühen Lebensgeschichte für die Diagnose von psychischen und physischen Krankheiten wichtig.

Dieser Arbeit liegt die Hypothese zu Grunde, dass das Erleben von Schicksalsschlägen und Verlusterfahrungen, vor allem aus der Kindheit, einen entscheidenden Einfluss auf die Möglichkeiten der späteren Entwicklung hat. Es wird unterstellt, dass sich auch im Alter Auswirkungen, sowohl negative als auch positive, von Erlebnissen in der Kindheit abzeichnen.

Bei den quantitativ/ qualitativen Untersuchungen stehen folgende Überlegungen im Vordergrund. Als Arbeitshypothesen dienen:

Hypothese 1: Es ist zu erwarten, dass in der 2. Lebenshälfte eines Menschen, der eine problembehaftete Kindheit mit für diese Kohorte spezifischen Kriegserlebnissen erlebte, spezifische psychisch/ physische Langzeitfolgen auftreten.

Die Kindheit, bildet nach Freud die Basis für die Strukturentwicklung der menschlichen Persönlichkeit und deren Pathologie. Erikson stellt den psychosexuellen Phasen von Freud, die psychosozialen Krisen gegenüber (s. Kapitel 2.1.1), die einen Einblick in mögliche Konsequenzen einer fehlgeleiteten Entwicklung geben.

Demzufolge interessiert die Frage in wie weit eine Kindheit, die nur wenige stabilisierende und unterstützende Aspekte aufweist, die Entwicklungschancen im Erwachsenenalter beeinflusst. Weiter sollen die noch weitestgehend unbekannt Langzeitfolgen von Kriegstraumatisierungen untersucht und mit den bekannten Symptomen und Folgen aus der Traumaforschung verglichen werden.

Hypothese 2: In der Zufriedenheit mit der Partnerschaft und in der Beziehungsfähigkeit zeigen sich Auswirkungen der durch das Kriegsende eingeschränkt ausgelebten pubertären Entwicklung.

Die in dieser Studie betrachteten Probanden befanden sich zum Zeitpunkt des Kriegsendes am Anfang der Pubertät. Eine Phase in der normalerweise die kritische Auseinandersetzung mit den Eltern und bekannten Moralvorstellungen dominiert. Durch die historischen Begebenheiten stand jedoch die Sicherung existentieller Bedürfnisse im Vordergrund. Nun soll untersucht werden in wie weit sich das frühe Ende der Pubertät und die kriegsbedingt fehlenden Beziehungsvorbilder (häufige Abwesenheit des Vaters bedingt durch Kriegseinsätze, Gefangenschaft...) auf die spätere Partnerschaft auswirken.

Hypothese 3: Es gibt in der Verarbeitung und den Folgen der Traumatisierungen geschlechtsspezifische Unterschiede.

Wichtig erscheint auch die geschlechtsspezifische Betrachtung der Langzeitfolgen. In vielen Studien wird darauf hingewiesen, dass Frauen häufiger psychosomatische Symptome, Depressionen und Angststörungen entwickeln. Weiter sollen die

geschlechtsspezifischen Unterschiede im Umgang und Bewältigung von Krisen betrachtet werden.

Hypothese 4: Durch Ressourcen und Bewältigungsmechanismen, die vorrangig in der frühen Kindheit aufgebaut werden, können schwere Einschnitte im Leben eher verarbeitet und ein gesundes Weiterleben ermöglicht werden.

Mit dieser Frage beschäftigen sich verschiedene Forschungsgebiete wie die Stress- und Resilienzforschung, die Entwicklungspsychologie um Thomae und das Modell der Salutogenese von Antonovsky (s. Kapitel 3.2.2). Die Bewältigung von Schicksalsschlägen soll an ausgewählten idiografischen Lebensläufen analysiert und auf ihre Effektivität überprüft werden.

5 Methodik der ILSE- Studie

Die Studie arbeitet sowohl mit Komponenten einer Querschnitt, als auch einer Längsschnittstudie. Insgesamt werden verschiedenste Messinstrumente benutzt, wobei hier nur auf die in dieser Arbeit genauer analysierten Verfahren eingegangen werden soll.

Biografie:

Lebensgeschichte	Halbstandardisierte Exploration
Aktuelle Lebenssituation	Halbstandardisierte Exploration
Zukunftsperspektive	Halbstandardisierte Exploration

Einstellung und Persönlichkeit:

Persönlichkeitstraits	NEO- Fünf Faktoren Inventar (FFI)	Costa und McCrae (1992)
Depression	SDS- Zung- Depressionsskalen	
Alterserleben	NSL	Oswald und Fleischmann (1995)
Kontrollüberzeugungen	Kontrollskalen	Krampen (1991), Levenson (1972)
Stimmungslage	PGC- Philadelphia Morale Scale	Lawton (1975), Smith (1996)
Lebenszufriedenheit	Heidelberger Zufriedenheitsmaße	
Soziale Unterstützung	F- SOZU	

Medizin:

Objektives Arzturteil	Familien- und Eigenanamnese, körperliche Untersuchung, Funktionsdiagnostik, Untersuchung von Laborparameter, geriatrische Untersuchung
-----------------------	--

Die Messinstrumente für die Kategorie „Einstellung und Persönlichkeit“ sollen differenzierter erläutert werden.

NEO- FFI (Fünf Faktoren Inventar) wurde von Costa und McCrae (1992) entwickelt und beinhaltet eigenschaftsorientierte Persönlichkeitsmaße, die auch „big- five“ genannt werden. Zu ihnen gehören: Extraversion, Neurotizismus, Offenheit, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit.

Auch das subjektive Wohlbefinden (PGC) wird durch mehrere unterschiedliche Skalen in: Agitation, Einstellung zum Altern, soziale Integration untergliedert.

Weitere Skalen, die für die Bearbeitung der vorliegenden Arbeit genutzt werden sind die NSL- Skala, (Nürnberger Selbsteinschätzung Skala) für das Alterserleben, SDS (self rating depression scale) für depressive Symptome, die Kontrollüberzeugung, welche weiter in internal (positiv/ negativ) und external (powerful/ chance) unterteilt wird und die F- SOZU. Letztere untergliedert sich in die Aspekte der sozialen Integration, der praktischen Unterstützung, der emotionalen Unterstützung und der sozialen Belastung.

5.1 Methoden zur Auswertung der halbstandardisierten biographischen Explorationen

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Langzeitfolgen von Schicksalsschlägen und Verlusterfahrungen insbesondere in den Phasen der Kindheit und der Partnerschaft. Dies erfolgt in zwei Abschnitten:

- Einem idiografischen Teil, bei dem die Biografien qualitativ bearbeitet werden um die individuelle Beschreibung der Lebensläufe vor dem Hintergrund der theoretisch erarbeiteten Aspekte zu verdeutlichen.
- Einem statistischen Teil, (bei dem mit Hilfe eines Statistik- Programms) die Ergebnisse der dargestellten Fragebögen deskriptiv und inferenzstatistisch ausgewertet werden. Es werden je nach Fragestellung Chi²- Tests oder Korrelationsuntersuchungen angewendet. Bei kategorial verteilten nominalskalierten Variablen (z.B. Bewertung der Kindheit in negativ, neutral oder positiv) wurden Kontingenzkoeffizienten berechnet. Geschlechtsspezifische Besonderheiten wurden in der Rechenroutine berücksichtigt und im nachfolgenden Text hervorgehoben.

Um die biografischen Informationen des qualitativen Teils mit den statistischen Ergebnissen der Fragebögen im quantitativen Teil in Beziehung setzen zu können, wurden in der Biografie die Phasen der Kindheit und die Periode der Partnerschaft unter festgelegten Gesichtspunkten betrachtet und nach einem Punktesystem bewertet. Die Punktzahl 1 bedeutet, dass die destruktiven, negativen Aspekte in der Entwicklungsphase überwiegen, die Zahl 2 wurde vergeben, wenn stabilisierende und destruktive Faktoren im Gleichgewicht standen, die 3 bei einem Überwiegen

der protektiv wirkenden Entwicklungsfaktoren. Nachfolgende Aspekte waren als Bewertungsmaßstäbe ausschlaggebend für die Punkteverteilung:

1. Kindheit:

Negative Aspekte: Teilweise Abwesenheit und/ oder Trennung von wichtigen Familienangehörigen, Krankheit, Verlust und Tod von wichtigen Menschen, häufiger Fliegeralarm, Ausbombung, Flucht, Evakuierung, Hunger und/ oder Armut, frühe Schwangerschaft, psychische Erkrankung in der Familie, häufiger Partnerwechsel der Mutter, Streit oder Gewalt in der Familie, politische Ausgrenzung, häufiger Schulwechsel, Überforderung bei der Übernahme von Verantwortung.

Positive/stabilisierende Aspekte: Harmonisches und/ oder stabiles Elternhaus, sozialer Rückhalt, unterstützend wirkende Großfamilie, stärkende Ideologien, Förderung durch Schule/ Sport, gute Freunde.

2. Ehe/Partnerschaft/Kinder:

Negative Aspekte: Pflichtehe, häufige Partnerwechsel, Untreue des Partners, geringe Selbstverwirklichung/ Gleichberechtigung, Aggression und Gewalt in der Ehe, Todesfall oder schwere Krankheit des Partners oder eines der Kinder, erfolglose Kinderwünsche, Problemkinder, finanzielle Probleme, politische Probleme, Pflege von (Schwieger-) Eltern, Alkohol, sexuelle Störungen, Abhängigkeit vom Partner.

Positive Aspekte: Gleichberechtigte Beziehung, Respekt, Vertrauen, Treue, Stärkung in Krisen, gemeinsame Interessen, gemeinsame Problemlösung, gemeinsame Ziele, gute Beziehung zu den Kindern, bestehende Liebe.

Die Kategorisierung der Partnerschaftsmerkmale bezieht sich auf das mittlere Lebensalter bis zur Berentung. Der aktuelle Zeitraum wurde nicht nach der 3-Stufen Skalierung bewertet. Er wird jedoch bei der Betrachtung der „Folgen“ vorangegangener Ereignisse berücksichtigt.

Die durch das Punktesystem bewerteten Biografien und die Ergebnisse der Fragebögen stellen die Grundlage für die statistische Auswertung dar. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf den Auswirkungen von Verlusterfahrungen

und Schicksalsschlägen, die sich im Alter bemerkbar machen. Neben den Negativerfahrungen sollen die stabilisierend wirkenden Bewältigungsmechanismen mit Hilfe der idiografischen Auswertung interpretiert werden.

Aus der statistischen Auswertung der Ergebnisse ergeben sich zwar Korrelationskoeffizienten und teilweise auch signifikante Zusammenhänge die weiter untersucht werden sollten, eine zwingende Kausalität ist jedoch besonders wegen der statistischen Methodik und der geringen Anzahl der Probanden und der damit nur relativen Aussagekraft nicht statthaft.

6 Drei Lebensläufe

Eine wesentliche Voraussetzung um ein Verständnis für die Bewältigungsmechanismen und die Lebensgestaltung zu erlangen, stellt die exemplarische Betrachtung der Lebensläufe von Probanden dar. Die ausgewählten Probanden berichteten von einer Vielzahl schwerer Schicksalsschläge und entwickelten im Laufe ihres Lebens unterschiedliche Methoden, um erlebte Krisen zu bewältigen. Durch die Betrachtung der Lebensläufe ergibt sich die Möglichkeit, die statistischen Ergebnisse, verbunden mit den theoretischen Modellen, besser zu verstehen. Die Bedeutung einer qualitativen, idiografischen Betrachtung liegt darin, dass Menschen nicht starr nach kulturell etablierten Rollen, Normen, Symbolen und Bedeutungen handeln, sondern jede soziale Interaktion selbst als interpretativen Prozess aufzufassen ist. Der Mensch muss jede Situation für sich deuten, muss sich klar werden, welche Rollen von ihm erwartet werden, ihm zugeschrieben werden und welche Perspektiven er selbst hat. Wenn soziales Handeln selbst schon Interpretation ist, dann muss der Wissenschaftler natürlich erst recht „Interpret“ sein.

Lebenslauf 1: Probandin 733

Alter	Jahr	Ereignis/ Zitate aus der Lebensbiografie
0	1932	<i>als erstes von zwei Kindern geboren</i>
10	1942	<i>Evakuierung zu den Großeltern auf's Land</i>
		„Nachts sind die Frauen auf `s Feld gelaufen um sich vor den Russen zu verstecken - es war eine ganz schlimme Zeit. Manche Frauen wurden verschleppt. Meine Mutter und noch 2 andere Frauen wurden mit einem Auto ins Dorf gebracht. Ich erlebte mit, wie meine Mutter und meine Großmutter vergewaltigt wurden. Ich war im Nebenraum- kriegte nicht alles mit - später wurde es mir aber erzählt- wie die Russen hinter den Frauen her waren - grausam.“
		<i>Erlebte nächtliche Bombenangriffe</i>
		„Wurden nachts aus den Betten geholt und zusammen mit 30-40 Personen in den Keller des Nachbarhauses gebracht. Eines Nachts kamen wir nicht mehr hoch, da brannte es, Qualm kam durch die Ritzen, die Erwachsenen hatten schon mit dem Leben abgeschlossen gehabt. Aber aus dem Nachbarhaus kamen uns Leute durch Durchbrüche zur Hilfe und holten uns da raus.“

		Überall war Brandfeuer.“
14	1946	<i>5 jähriger Bruder starb zu Hause an einer Herzinsuffizienz</i>
		“Es war eine schlimme Zeit für Mutter, sie hat geweint und ist zusammengebrochen, den Sinn habe ich nicht verstanden, aber ich habe es schon sehr empfunden.“
14	1946	<i>Volksschulabschluss</i>
15	1947	<i>Vater wurde nach 5 Jahren russischer Kriegsgefangenschaft freigelassen</i>
		„Mutter wusste davor nicht, ob er noch lebte, hat nichts gehört. Der Vater kam im Zug an, ein trauriger Anblick, kam nur in Lumpen, ich habe ihn erkannt, mich aber sehr von ihm distanziert, er war krank als er zurückkam, war schwer vom Krieg geprägt, ist sehr hart geworden.“
18	1950	<i>Lehre als Friseur abgeschlossen.</i>
20	1952	<i>Hochzeit. Ehemann arbeitet als Kellner - meistens abends, wenig gemeinsame Zeit.</i>
22	1954	<i>Nach dem ersten Kind (Tochter) nur noch vorübergehende Tätigkeiten</i>
		<i>Wohnsituation:</i> „Ich lebte mit meinem Mann zusammen mit meiner Großmutter in einem Zimmer, im Haus meiner Eltern. Es war sehr belastend mit der Enge. Wir mussten uns die ersten 3 Jahre bis zur eigenen Wohnung (das Kind war schon auf der Welt) unterordnen. Mir blieb nichts anderes übrig.“
		<i>Sohn war mit 10 Jahren lebensbedrohlich an Meningitis erkrankt.</i>
		„Wir durften ihn lange nicht besuchen. Ärzte meinten „Man muss auf alles gefasst sein“. Ich konnte nicht mehr schlafen, es war eine schlimme Zeit. Ich musste damals immer an meinen Bruder denken, meine Mutter meinte damals zu mir, es ist schlimmer ein Kind zu verlieren, als den eigenen Mann.“
1933	1965	<i>Übernahme der Pflege. Großmutter und Mutter sterben in einem Jahr. Die Mutter starb mit 58 Jahren an einer Virusgrippe. Die Großmutter war an Demenz erkrankt.</i>
		„Der frühe Tod meiner Mutter war ein Schock. Ich pflegte beide gleichzeitig, es ekelte mich vor der Pflege meiner Großmutter. „Eines Morgens kam ich und mein Vater schnauzte mich noch an: Hättest bisschen früher kommen sollen, die Uroma ist gerade eingeschlafen. Gleichzeitig versorgte ich die 3 Kinder, das Kleinste nahm ich mit. Beide Male war mein Mann nicht da, der mir hätte helfen können.“
		<i>War beim Tod der Mutter dabei, sie starb 2 Wochen später.</i>

		„Sie wollte nicht sterben – rang nach Luft. Es ist schlimm wenn man den letzten Atemzug mitbekommt.“
		<i>Auf die Frage, ob sie jemanden hatte mit dem sie darüber hätte reden können, antwortete sie: „Nein. Mein Mann kam nur zur Beerdigung, er konnte ja nicht. Meine Mutter lebte nicht mehr. Ich habe alles in mich hinein gefressen. Ich konnte das alles nicht richtig verarbeiten.“</i>
		„Es wollten immer alle was von mir- ich musste immer stark sein. Ich habe das immer verdrängt.“
		<i>Erfüllte das Vermächtnis der Mutter und übernahm die Pflege des kranken Vaters, der im Verhalten eigenwillig und streitsüchtig war, was die Pflege des kranken Vaters erschwerte.</i>
		<i>Nach der Beerdigung folgt der Umzug in das Haus der Eltern</i>
		„Ich sträubte mich – ich wollte nicht.“ „Es war ein schweres Leben zusammen mit meinem Vater. Aber ich wusste, ich muss. Das bisschen Freiheit, das ich hatte, ging mir verloren. Ich habe mich nicht getraut überhaupt weg zu gehen. Wenn ich jemanden gekannt hätte, der sich um ihn gekümmert hätte- aber ich kannte niemanden.“
		<i>Hatte keine Freunde. Auf die Frage, ob ihr denn nicht was gefehlt hat, antwortet sie: „Doch hat es“</i>
		<i>Reagiert depressiv auf Auszug des Sohnes</i>
		<i>Außer Kontakte zu Kinder und Hausgäste wenig soziale Kontakte. Passt sich den Bedürfnissen des Ehemanns an und erlebt wenig emotionale Unterstützung durch Familienmitglieder. Sie kann nicht nein sagen.</i>
63	1995	<i>Tödlicher Unfall des 23 jährigen Enkels</i>
68	2000	<i>Verkauf des Elternhauses und Umzug in ein Miethaus. Anschließend Depression mit psychiatrischer Behandlung.</i>
71	2003	<i>Schwiegersohn stirbt an Lungenkrebs. Wird von ihr, ihrem Mann und ihrer Tochter bis zum Tod gepflegt.</i>
71	2003	<i>Urenkel „Nachkommen des Schwiegersohns“</i>
		<i>Scheidung des Sohnes. Mit neuer Partnerin bestehen viele Konflikte. Distanzierung von seinen Eltern.</i>
		<i>Wunsch: Hoffi, dass sie mit ihrem Mann noch lange zusammenleben kann und dass sie nicht von ihren Kindern gepflegt werden muss.</i> <i>Das Schönste im Leben: „Geburt, fürsorgliche Betreuung von Kindern“</i>

2. Lebenslauf Probandin 728

Alter	Jahr	Ereignis/ Zitate aus der Lebensbiografie
	1933	<i>Als 3. von 4 Kindern in Dresden geboren, Vater war Kommunist wurde im Jahr 33 eingesperrt.</i>
		„wurden während der NS-Zeit in Baracken gesteckt, da bin ich groß geworden. Das war eine 2- Raum Baracke, haben da zu sechst drin geschlafen. Bis zur Bombennacht in Dresden haben wir da gehaust, nach dem Krieg wurden wir endlich als Menschen anerkannt, davor waren wir ja gar keine. Habe alles bewusst miterlebt.“
		<i>Vater war seit `33 in Gefangenschaft, ab `39 wurde er eingezogen und kam `46 aus russischer Kriegsgefangenschaft zurück.</i>
		„Meine Mutter erzählte immer vom Vater, ich kannte ihn ja gar nicht, er wurde nach dem Krieg erst wieder freigelassen. Man hat doch mehr Vertrauen zur Mutter als zum Vater, weil er dann auch so streng wurde.“
		„Oma (<i>Mutter des Vaters</i>) war genauso streng wie der Vater und weil auch sie aus der kommunistischen Familie kam, haben sie sie auch eines Tages abgeholt und sie ist in Ravensbrück umgekommen.“
		„Das Leben in der Baracke war nicht so schlimm. Die Liebe war das einzige, was uns unsere Mutter geben konnte und die haben wir auch bekommen. Die Schikanen haben wir nicht bewusst miterlebt, wurden uns erst später von unserer Mutter erzählt. Die finanzielle Situation war nicht gut.“
7	1940	<i>Mit 7 Jahren zum Ballett, mit 10 Jahren bühnenreif, die Schule war Nebensache.</i>
		„Die Mutter tauschte Lebensmittelkarten gegen Ballettunterricht. Es war eine wunderbare Zeit. An der Schule war ich immer bisschen was Besonderes, durch das Ballett und die Akrobatik.“
		„War trotzdem mit den BDM aktiv, ich habe mich immer gut mit denen verstehen können, als sie jedoch erfuhren, dass mein Vater Kommunist war, hatten wir unter ihnen keinen guten Stand mehr.“
12	1945	<i>Bombenangriff:</i> „Wir lebten direkt an der Reichsbahn, wo die

		ganzen Gefangenen arbeiteten. Mutter meinte ich komme nicht mit runter in den Bunker, mein Mann hat mir geschrieben ich soll oben bleiben. Wir wohnten in der ersten Etage. Ein Krachen und Bellen kam, auf einmal war ein Luftdruck und wir sind von der ersten Etage runtergefliegen. Waren wie von Sinnen. Neben dem Bunker war eine Splitterbombe runtergekommen. Das war das Schlimmste, was ich je erlebt habe. Man war auch ein bisschen verletzt. Hätte auch anders ausgehen können. Sind dann nach Östrup gewandert, der Bäcker (Bruder lernte da) hat uns nicht aufgenommen, weil er wusste dass wir eine andere Richtung waren, hat uns eine Nacht beherbergt und mussten dann wieder zurück. Mussten dann im Bunker wohnen.“
		„Nach dem Krieg habe ich sehr oft von den Bombenangriffen geträumt, jetzt geht das. Und auch wenn man heutzutage so die Kriege sieht, denkt man- Oh die armen Leute, das habe ich damals auch alles erlebt.“
14-18	1947-1951	<i>Arbeitete vom 14. bis zum 18. Lebensjahr am Theater als Tänzerin, mit 18 Jahren dann in der Buchbinderei.</i>
		<i>Lernte ihren Mann kennen und ging nach Rostock, bekam aber keinen Zuzug und arbeitete deshalb als Haushaltshilfe, danach verschiedene Arbeiten bei Druckereien /Buchbindereien.</i>
		„Die Beziehung zur Mutter war solange ich zu Hause wohnte sehr gut, danach nicht mehr.“
20	1953	<i>1. Kind, insgesamt 4 Kinder, davon 1 Totgeburt</i>
21	1954	<i>Eheschließung, getrennte Wohnung, da Mann Student in Rostock</i>
		„Mein Mann ist 11 Jahre zur See gefahren- so treu kann man da nicht sein.“
25	1958	<i>Scheidungsabsichten wegen Untreue des Mannes</i>
		„Ich wollte mich mal aufhängen – als ein Kollege von meinem Mann mir erzählte, dass eine Frau von meinem Mann ein Kind bekommt. Seitdem haben wir keinen Intimkontakt mehr.“
29	1962	<i>1. eigene Wohnung</i>
37	1970	<i>4. Kind geboren, wollte das Kind nicht haben</i>
		<i>Auf Frage ob sie glücklich über das 4. Kind war: „Nee, ich wollte das Kind nicht haben, ich habe soviel geweint, während der Schwangerschaft, jedes Mal wenn ich zu der Ärztin kam, meinte sie „Seien sie doch nicht so traurig“. Er kam nicht mit Liebe, - der Junge hat das wohl gemerkt, - er wollte nicht leben</i>

		- er ging nicht an die Brust - nahm immer mehr ab - haben schon gedacht dass es zu Ende gehen würde. Und ehrlich gesagt ich wäre nicht böse drum gewesen. Ich habe sehr viel Unschönes erlebt während der Ehejahre - die Liebe war nicht da - er wurde ein bössartiger Junge. Ich hatte auch Schwierigkeiten in der Erziehung. Er ist interesselos und faul. Er wohnt noch bei mir.“
		<i>Ich sagte dann:</i> „Lerne ich einen Mann kennen der lieb zu mir ist dann verlasse ich Dich. Mein Mann wusste, dass ich ihn nicht liebte.“
40	1973	<i>Berufsabschluss als Finanzkauffrau, Insgesamt 11 Arbeitsstellen.</i>
		„Geld hat er immer abgegeben, hat sich auch um die Kinder gekümmert.“
		„Die Wende war eine große Enttäuschung für mich, wir kannten die weite Welt von der Seefahrt. Wir sind enttäuscht davon, wie jetzt von der DDR gesprochen wird.“
57	1990	<i>Söhne aus der Wohnung ausgezogen und eigene Familie gegründet, Verhältnis zu Schwiegertöchtern unterkühlt.</i>
		<i>Beziehung zum Partner verbessert, schätzt Rat, Tüchtigkeit und Schiffsreisen, vermisst emotionale Zuwendung und Beachtung ihrer Bedürfnisse.</i>
		<i>Mag keinen Tratsch, deshalb wenig soziale Kontakte, redet nicht gerne über alte Sachen.</i> <i>Auf die Frage ob sie jemanden, habe mit dem sie über Probleme sprechen könne?</i> „Nee, so jemanden gibt s nicht, am ehesten mein Mann.“
		<i>Auf die Frage, was sie in ihrem Leben anders machen würde,</i> “ Ich würde nicht mehr meinen Mann heiraten.“ <i>Lebensgrundsatz:</i> „Versuche immer in der Gegenwart zu leben und das Gute darin zu sehen.“
		„Habe viel durchgemacht ohne je Unterstützung von meinem Mann bekommen zu haben.“

3. Lebenslauf Proband 714

Alter	Jahr	Erlebnisse/Zitate aus den Lebensbiografien
	1930	<i>geboren in Hinterpommern auf dem Land in einem großen Haus</i>
		<i>Vater: Schneider; Mutter: Hebamme, Schwester 6 Jahre älter</i>
		<i>Proband war viel mit den Eltern unterwegs, hatten einen großen Bekanntenkreis, begleitete seine Mutter zu den Wochenbettbesuchen, sehr gute Beziehung zu der Mutter, nur schöne Erinnerungen, sehr gute Beziehung zu den Großeltern väterlicherseits, mütterlicherseits früh verstorben.</i>
	1939	<i>„Wohnten 1 km von der deutsch-polnischen Grenze entfernt und bekamen den Kriegsausbruch sehr genau mit.“</i>
10-14	1940-1944	<i>Schulzeit: nach Volksschule Fortsetzung der Schule in einem Internat 100km entfernt.</i>
		<i>„Es war alles neu und aufregend. Ich bin ein Mensch der sich schnell an neue Gesellschaften gewöhnen kann, ein Problem mit Heimweh hatte ich nicht, ich war von jung an sportlich, so dass ich da viele Möglichkeiten hatte.“</i>
		<i>Mitglied in der Hitlerjugend, Teilnahme im Fanfarenzug</i>
		<i>„Waren als Jungen sogar noch davon überzeugt, hatten da noch nicht den Weitblick.“</i>
10-15	1940-1945	<i>Vater von 1940- 45 in Krieg eingezogen.</i>
15	1945	<i>„Der Russe war schon da, wir sind nicht geflüchtet - wieder wegen der Arbeit meiner Mutter- sie hatte Frauen zu betreuen und wollte sie nicht alleine lassen. Die Meisten sind geflüchtet- das war eine Entscheidung die meine Jugend sehr beeinflusst hat.“</i>
		<i>„Meine Schwester, Mutter und ich, wir lebten in der bewegten Frontlinie, in dem Moment wo die Russen weg waren sind wir leider auch nicht geflohen, alle Frauen und Kinder wurden aus dem Frontgebiet rausgeholt und nach Polen transportiert, die restlichen Männer wurden erschossen. – Die Russen haben dann die Frauen und Jugendlichen, auch Freunde von mir, eingezogen zum Arbeitseinsatz - die sind nie wieder gekommen. Ich bin erst sehr spät gewachsen und war da noch sehr klein. Meine Schwester ist nach einer Woche von dem Arbeitseinsatz vom Flughafen wiedergekommen.“</i>
15	1945	<i>Mutter wurde nach Sibirien verschleppt und ist dort verstorben.</i>

		<i>Frage: Haben sie mit bekommen, wie ihre Mutter abgeholt wurde?</i> „Ja, wir waren auf dem Hof, so wie sie da stand, sie durfte nur noch einen Mantel überziehen, hatte noch nicht mal richtige Schuhe an. Das war so schlimm. Dann wurden wir, ich und meine Schwester, getrennt. Meine Schwester kam zu einem Bauern zum Arbeiten und ich zu einem anderen, aber in einem Ort. Es war so schlimm, so schlimm, wenn ich jetzt daran denke, dann sehe ich es vor mir. Der Bauer wollte mir zeigen wer hier regiert.“
		<i>Das schlimmste Erlebnis:</i> „Der Verlust meiner Mutter, die ganzen Kriegs-umstände, das von heute auf morgen, war das Schlimmste, was ich je erlebt habe, da meine Mutter davor die schützende Hand über alles hatte.
16	1946	<i>Vater tauchte im Dorf aus der Gefangenschaft auf. Schneiderte für die Russische Kommandantur Kleidung, Situation bei der Zwangsarbeit verbesserte sich.</i>
16	1946	<i>Heimlich vom Bauern entfernt und über mehrere Etappen nach Deutschland, Rostock.</i>
19	1949	„Meine erste feste Beziehung und meine spätere Frau habe ich beim Tanzen kennen gelernt, ich war sehr zurückhaltend in intimen Kontakten, wegen fehlender Aufklärung.“ <i>Hat Gefühl dass er mehr eine Mutter gesucht hat als nach einer Partnerin.</i>
		„Meine Frau hatte nichts gelernt, die ist in einem Elternhaus groß geworden, in dem die Söhne was lernen durften und die Töchter ganz schnell was verdienen mussten. Sie hat erst im Haushalt, dann im Torfabbau geschafft und später hat sie sich zur Sekretärin hochgearbeitet.“
		„Es hat zwischendurch ein paar Episoden gegeben, die jedoch nie ernst wurden, es waren kritische Zeiten, da ich es meiner Frau auch erzählt habe.“
18-22	1948-1952	<i>Schule, mittlere Reife abgeschlossen, Handelsschule, danach Bankkaufmann gelernt.</i>
		<i>Vater wurde sehr krank, gab deshalb Traumberuf „Förster“ wegen zu langer Ausbildungszeit auf.</i>
		„Hatten einen sehr guten Chef, wenn es Probleme in der Abteilung gab wurde alles ausgesprochen. Es war immer klar Schiff, sehr gute Arbeitsatmosphäre, Leben bestand sonst aus Sport und Tanz.
25	1955	<i>Hochzeit</i>
29	59	<i>Geburt des ersten Sohnes.</i> „Davor war es eine wunderbare Zeit. Wir haben beide gearbeitet und hatten dadurch ein gutes Einkommen. Waren frei und ungebunden. Nach der Geburt blieb

		meine Frau 5 Jahre zu Hause, deshalb gab es finanzielle Einschnitte, am Ende des Monats musste man auf das Geld achten.“ <i>Frau war für Haushalt und Erziehung zuständig.</i>
28-32	1958-1962	<i>Fernstudium für Finanzökonomie, sehr schnelle Karriere bei Landwirtschaftsbank.</i>
		„Ich hatte viele Auseinandersetzungen wegen der Verschleppung meiner Mutter gehabt. Die Verschleppung hat mich so geprägt, dass ich immer politisch angeeckt bin. Ich wurde vor die Wahl gestellt entweder Partei und Direktor oder gar nichts. Habe immer meine Meinung offen ausgesprochen. Ohne meinen Vater weiß ich nicht, ob ich es gemacht hätte.“ <i>Trotz dieser politischen Probleme - keine Behinderung der Karriere.</i>
32	1962	<i>Geburt des 2. Sohnes.</i>
34	1964	<i>Aufstieg zum Direktor der Bank.</i>
		„Größter Konflikt als ich meinte „wenn ihr so den Sozialismus aufbauen wollt, habt ihr entweder keinen Durchblick, das ist alles andere als das was wir wirklich brauchen.“ Ich hatte alles an Fakten belegen können, die nicht widerlegt werden konnten. Aber der Stuhl wackelte.“
	1980	<i>Fast gleichzeitige Auszüge der Söhne.</i> „ Es war sehr schlimm, das Haus war sehr leer, wir saßen beide da und keiner hat ein Wort gesagt. Wir hatten keinen Gesprächsstoff mehr. Insgesamt näherten wir uns einander an.“
53	1983	<i>Invalidisierung der Frau durch MS, Frau litt stark unter Arbeitsverlust.</i>
		„Meine Frau hat sich gut informiert, schwere Schübe konnten hinterher gut überbrückt werden, Krankheit ist dann wieder in den Hintergrund getreten. Meine Frau ist in einer Selbsthilfegruppe, da wurde es einem bewusst, wie viel Glück sie im Vergleich zu anderen hat.“
		<i>Glaubt dass MS im Kopf beginnt, durch einen inneren Widerstand gegen Aktivitäten, die bei einer anderen Motivation noch zu bewältigen wären; versucht dementsprechend Frau zu aktivieren.</i>
	1984	<i>Tod des Vaters.</i> „Mein Vater wollte sterben, meinte dass er jetzt so lange schlafen will, bis er stirbt. Seine Lebensgefährtin ist ein Jahr früher gestorben und seit dem Tod ist es mit ihm bergab gegangen, er wurde dann verwirrt.“ <i>Hat seinen böartig werdenden Vater ein ¾ Jahr gepflegt.</i>
		<i>Angina pectoris – Anfälle über viele Jahre, vor allem durch Stress bei der Arbeit.</i>

		„Mein Arzt meinte: Sie müssen kürzer treten, Sie müssen mit der Faust auf den Tisch hauen. Ja, ich spürte, dass ich viele Konflikte nicht aussprach und in mich hineinfräß. Man musste viele Entscheidungen treffen, die noch nicht verarbeitet waren und hinter denen man nicht stand. Ich hatte meinen Kämpfergeist verloren.“
57	1987	<i>Angina pectoris, viele Anfälle bis Ursache erkannt wurde. Herzinfarkt- doppelseitige Lungenentzündung, ITS- Aufenthalt, sehr kritischer Zustand, lag noch 8 Wochen in der Klinik; danach starke Konzentrationsprobleme, sehr schwach, brauchte 1 Jahr um sich zu regenerieren. Daraufhin Invalidisierung. „Erstes halbe Jahr war schlimm.“</i>
		<i>Rückblickend: „Mit meiner Krankheit, ich bin Optimist gewesen, bin ich gut fertig geworden. Man muss zu allem im Leben Mut mitbringen und selbstbewusst sein.“</i>
		„Man ist aneinander gebunden und abhängig von einander. Unsere Beziehung hat eher einen kameradschaftlichen Charakter.“
		<i>Sehr enge Beziehung zu den Söhnen. Falls Hilfe gebraucht werden würde, 100% Vertrauen, dass Kinder zur Seite stehen. Familiäre Harmonie ist das wichtigste.</i>
		<i>Mit Abwärtsvergleichen (anderen geht`s noch viel schlechter) und einem Leben im Hier und Jetzt versucht Proband sich von Sorgen um die Gesundheit und der Zukunft zu distanzieren.</i>

7 Quantitative Untersuchungen

Die Untersuchung von Schicksalsschlägen und Verlusterfahrungen und deren Auswirkungen auf das Altern soll unter besonderer Berücksichtigung der Kriegskindheitserfahrungen betrachtet werden und durch Hinzuziehung der Ergebnisse der Fragebögen statistisch ausgewertet werden. Die Kindheit aller Probanden wurde in unterschiedlichem Ausmaß durch den Ausbruch des 2. Weltkriegs, die Kriegs- und Nachkriegszeit beeinflusst. Es gibt viele Studien, bei denen es sich bei den Befragten meistens um Kohorten von psychisch Erkrankten oder Personengruppen mit ähnlichen traumatischen Erfahrungen handelt. Ein Beispiel ist die Hamburger Untersuchung von Teegen und Meister (2000) die über eine Zeitungsannonce 269 Personen fanden, die im Durchschnitt eine 13 monatige Flucht im Alter von ca.15 Jahren erlebt hatten. Von diesen Untersuchten wiesen 5% eine voll ausgeprägte - und weitere 25% eine partielle posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) auf. 62% litten noch an intrusiven Symptomen. Eine weitere Studie wurde von Hartmut Radebold (2004) geführt, die sich auf 11 von ihm persönlich analysierten Patienten bezieht.

Der ILSE- Studie liegt jedoch eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe zu Grunde, die sowohl einen Längs- als auch einen Querschnittsvergleich erlaubt. In Rostock wurden 52 Probanden (27 Männer und 25 Frauen) der Geburtsjahrgänge 1930- 32 unabhängig von ihrer Schulbildung, ihrem Gesundheitszustand, ihrer Lebenszufriedenheit ausgewählt und über 12 Jahre durch 3 Messzeitpunkte in ihrer Lebensbewältigung und Entwicklung beobachtet.

Um die Informationen bezüglich der dieser Arbeit zugrunde liegenden Arbeitshypothesen zu strukturieren und auszuwerten, wurde das Leben der Probanden in 2 große Lebensabschnitte untergliedert und anhand der durch die halb standardisierten Interviews gewonnenen Informationen hinsichtlich von Belastungs- und Resilienzfaktoren mit Punktzahlen bewertet. Somit konnten signifikante Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Lebensabschnitten und den Ergebnissen der Fragebögen untersucht werden.

7.1 Deskriptiv- statistische Analyse der Kindheit

Durch die Analyse der Biografien wurde die Kindheit der Probanden nach dem im Abschnitt Methodik erwähnten Gesichtspunkten, folgendermaßen bewertet:

7.1.1 Bewertung der Kindheit

- In 23 (46,9%) von insgesamt 49 betrachteten Kindheiten überwogen belastende Ereignisse. 11 von 26 Männern (42,3 %) und 12 von 23 Frauen (52 %) schilderten vorzugsweise negative Erinnerungen. Sie erhielten somit die Bewertung mit der Punktzahl: 1
- Bei 17 (34,7 %) von insgesamt 49 betrachteten Kindheiten glichen sich belastende und stabilisierende Erfahrungen aus. [m:11 von 26 (42,3 %); w: 6 von 23 (26 %)] Als Bewertung konnte die Punktzahl: 2 gegeben werden.
- Bei 9 (18,4 %) von insgesamt 49 betrachteten Probanden dominierten die positiven und stabilisierenden Faktoren. [m: 4 von 26 (15,4 %); w: 5 (22 %)] Sie wurden mit der Punktzahl: 3 bewertet.

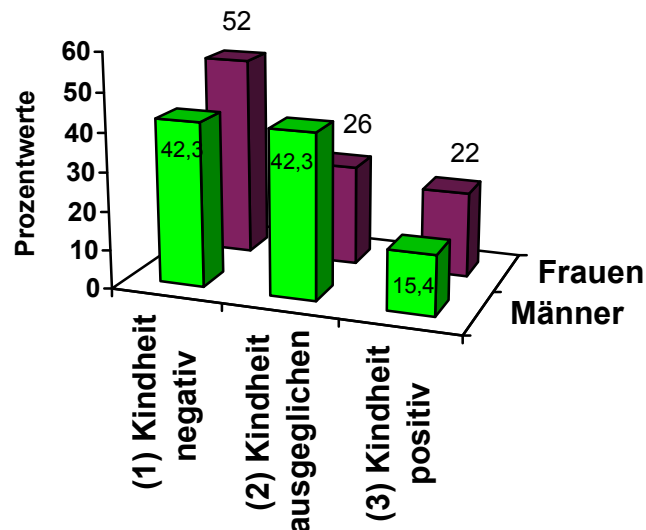


Abb.

7.1: Bewertung der Kindheit unter Differenzierung des Geschlechts (in Prozent)

Anhand dieser Werte ist ersichtlich, dass im Verhältnis mehr Frauen eine von destabilisierenden Faktoren geprägte Kindheit erlebten als Männer. Bei Männern

liegt eine gleichmäßige Verteilung mit der Bewertung negative und ausgeglichene Kindheit vor. Tendenziell erlebten Probanden beider Geschlechter verstärkt eine negative bis ausgewogene Kindheit.

7.1.2 Differenzierung der Kriegskindheitserlebnisse

Doch welche Konsequenzen ergeben sich aus dem Überwiegen von negativen Erfahrungen in der Kindheit und um welche Form von Krisen handelt es sich überhaupt?

Um diese Fragen zu beantworten, sollen zuerst die von den Probanden in einem halbstrukturierten Interview als prägend geschilderte Kriegserlebnisse konkret benannt werden. Insgesamt schilderten 77 % der Probanden mindestens eine, 36 % erlebten sogar 2 oder mehr traumatische Situationen in ihrer Kindheit, von denen sie als eindrucksvolles Erlebnis ohne gesonderte Aufforderung erzählten. Es zeigen sich folgende Häufungen von Antworten (es waren Mehrfachnennungen traumatischer Kriegskindheitserlebnisse möglich).

	Gefangen- schaft	Krank- heit	Bombar- dierung	Flucht	Armut	Tod
Anzahl	14	17	13	17	11	22
% aller Befragten	28,5 %	34,6 %	26,5 %	34,7 %	22,4%	44,9 %
% trauma- tisierte Befragten	36,7 %	44,7 %	34,2 %	44,7 %	28,9 %	57,9 %

Abb. 1.2: Differenzierung der Kriegskindheitserlebnisse

Zu den traumatisierenden Erlebnissen zählen, wie aus der Tabelle ersichtlich, die selbst erlebte Gefangennahme oder die eines Elternteiles (vor allem während der Nachkriegszeit/ Besatzungszeit), Krankheit (die eigene oder die eines nahe stehenden Angehörigen) Bombardierung, Flucht/ Evakuierung, Erfahrung mit dem Tod ihnen nahe stehender Personen, starke Armut. Von diesen Betroffenen erlebten 36,7% wie ein Vater oder Bruder in Kriegsgefangenschaft geriet, 21% von den Betroffenen erlebten sogar am eigenen Leib die Kriegsgefangenschaft, in dem sie zur Zwangsarbeit beim Bauern gezwungen worden sind, 44,7% erkrankten selbst

schwer oder einer ihrer engeren Familienangehörigen (die Kriegsverwundeten wurden mit eingerechnet), 34,2% der betroffenen Probanden erlebten eine oder mehrere schwere Bombardierungen, an die sie sich ein Leben lang erinnerten. 44,7% mussten nach Kriegsende fliehen. 57,9% erlebten, dass nahe Verwandte oder Familienangehörige verstarben oder als vermisst nicht mehr aus dem Krieg zurückkamen. 28,9% der Betroffenen litten vorwiegend in der Nachkriegszeit unter der sehr großen Armut. 40,8% aller Probanden wuchsen in ihrer Kindheit (zeitweilig, mindestens 3 Monate) ohne Vater auf, entweder weil er im Krieg kämpfte, in Kriegsgefangenschaft war oder früh verstarb. Bei der Betrachtung der traumatischen Kindheitserlebnisse unter Berücksichtigung des Geschlechts stellte sich heraus, dass die Männer häufiger über Traumata berichteten (**Flucht:** m= 18,4%, w= 14,3 %; **Bombardierung:** m= 16,3%, w= 10,2%; **Krankheit:** m= 20,4%, w= 8,2%; **Gefangenschaft:** m= 18,4%, w= 8,2%). Neben den kriegsspezifischen Traumata, werden bei der Betrachtung der Phase „Kindheit“ zusätzlich die innerfamiliären Probleme wie Scheidung, Gewalt, geringe emotionale Unterstützung mit einem negativen Beziehungsstil mit einbezogen. Diese zeigten jedoch keine geschlechtsabhängigen Unterschiede.

7.1.3 Zusammenhänge zwischen der Bewertung der Kindheit und den „Ausfallern“

Eine These besagt, dass sich die Erlebnisse der Kindheit auf viele Lebensbereiche auswirken, unter anderem auch auf die Gesundheit. Jetzt soll überprüft werden, ob die „Ausfallern“, also die Probanden die vorzeitig die Studie beenden mussten, besondere Auffälligkeiten in der Bewertung der Kindheit hatten. Die Studienabbrecher konnten wegen ihrem schlechten gesundheitlichen Zustand nicht bis zum Studienende teilnehmen, sodass sie gemeinsam mit den, während des Studienverlaufes Verstorbenen, betrachtet werden.

	Bewertung der Kindheit			Gesamt
	negativ	ausgeglichen	Positiv	
Studienabbrecher/ Verstorbene	7 (77,7%)	2 (22,3%)	0 (0%)	9 (100%)
Probanden immer anwesend	16 (40%)	15 (37,5%)	9 (22,5%)	40 (100%)

Abb. 7.3: Betrachtung der Studienabbrecher unter Berücksichtigung der Bewertung der Kindheit

Erklärung der in der Tabelle verwendeten Abkürzungen:

- Studienabbrecher/Verstorbene: Innerhalb des Messzeitraumes erkrankt, verstorben oder aus privaten Gründen an der Teilnahme verhindert
- Probanden immer anwesend: Probanden die an allen 3 Messzeitpunkten anwesend war

77,7% der Studienabbrecher erlebten eine sehr belastende Kindheit mit wenigen stabilisierenden Faktoren, nur 22,3% eine ausgeglichene Kindheit, keiner der „Ausfaller“ entstammt der Gruppe, die eine positive Kindheit erlebten.

7.1.4 Betrachtung der belastenden Kindheitserfahrungen bezüglich der Ausprägung depressiver Symptome

Langzeitfolgen belastender Kindheitserfahrungen können sich in verschiedener Form zum Beispiel als gesundheitliche Probleme oder in der Ausprägung depressiver Symptome zeigen. Diese Auswirkungen werden bei der Betrachtung der SDS Skala: Self-Rating Depression Scale offensichtlich. Die SDS-Skala untersucht die Gefühlslage der Probanden unter dem Gesichtspunkt möglicher depressiver Symptome. Typische Frageformen lauteten: „Ich habe das Gefühl, dass es für andere besser ist, wenn ich tot wäre“ oder „ich weine plötzlich“ oder „mir ist oft zu weinen zumute.“

	Männer (26)		Frauen (23)	
	Mit Trauma „Tod“ (11)	Ohne Trauma „Tod“(15)	Mit Trauma „Tod“ (10)	Ohne Trauma „Tod“
Mit Depression	73% (8)	89% (13)	90% (9)	62% (8)
Ohne Depression	27% (3)	11% (2)	10% (1)	38% (5)
Insgesamt	100% (11)	100% (15)	100% (10)	100% (13)

Abb.7.4.: Depressive Symptome in Bezug zum Trauma „Tod“

Grundlage zur prozentualen Berechnung ist die jeweilige Zellensumme des Faktors „Trauma“ bzw. „Geschlecht“.

90% der Frauen, die in ihrer Kindheit mit dem Tod konfrontiert worden sind, zeigten erhöhte depressive Symptome in der SDS-Depressionskala. Im Vergleich wiesen nur 61,5% der Frauen die dieser Konfrontation nicht ausgesetzt waren, depressive Symptome wie Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Herzrasen, aber auch Gefühle wie Lustlosigkeit und Nutzlosigkeit

auf. Die Produkt- Momentkorrelation zwischen den Variablen „Trauma Tod“ und der Ausbildung depressiver Symptome beträgt: $r = 0,46$ ($p < 0,05$). Bei den Männern liegt keine derartige Korrelation vor. 72,7% der männlichen Probanden, die mit dem Tod konfrontiert waren und 88,6%, die dieses Erlebnis nicht in ihrer Kindheit erlebten, schilderten depressive Symptome.

	Männer (26)		Frauen (23)	
	Mit Trauma „Krankheit“	Ohne Trauma „Krankheit“	Mit Trauma „Krankheit“	Ohne Trauma „Krankheit“
Mit Depressionen	90% (9)	75% (12)	100% (4)	68% (13)
Ohne Depressionen	10% (1)	25% (4)	0% (0)	32% (6)
Insgesamt	100% (10)	100% 16	100% (4)	100% (19)

Abb. 7.5: Depressive Symptome in Bezug zum Trauma „Krankheit“

Grundlage zur prozentualen Berechnung ist die jeweilige Zellensumme des Faktors „Trauma“ bzw. „Geschlecht“.

Das Erleben einer schweren Erkrankung am eigenen Körper oder bei den Eltern wirkt sich unabhängig vom Geschlecht in einer verstärkten Ausprägung depressiver Symptome aus ($r = 0,36$; $p < 0,05$). 90% der Männer bzw. 100% der Frauen, die in ihrer Kindheit eine Krankheit miterlebten, wiesen diese Merkmale auf.

7.1.5 Auswirkungen von spezifischen Kindheitserlebnissen auf das Alterserleben

Der NSL- Fragebogen zum Alterserleben betrachtet die innerhalb der letzten Jahre, subjektiv wahrgenommenen Veränderungen im Hinblick auf eine zunehmende Vergesslichkeit, eine wachsende Isolation und ansteigendes Desinteresse.

	Hohe NSL-Werte	Niedrige NSL-Werte	Probandenanzahl
Trauma Bombardierung	7 (54%)	5 (46%)	13 (100%)
Ohne Trauma Bombardierung	10 (28%)	26 (72%)	36 (100%)

Abb. 7.6.: Auswirkungen des Traumas „Bombardierung“ auf das Alterserleben

Das Miterleben von Bombenangriffen wirkte sich auf das Alterserleben aus und korrelierte mit hohen NSL-Werten ($r = 0,29$; $p < 0,05$). Die Probanden sprachen häufiger von dem Verlust an Interesse, von Konzentrationsschwierigkeiten und von zunehmender Ziellosigkeit.

7.1.6 Auswirkungen der Kindheit auf die Kontrollüberzeugung

Kontrollüberzeugung gilt in der Literatur als ein wichtiger Faktor für die Effektivität bei der Bewältigung von traumatischen Erlebnissen. In den hier vorliegenden Auswertungsbögen wurde die Kontrollüberzeugung in 4 Untergruppen differenziert, internal- positiv, internal- negativ, external-powerful others, external-chance. Die Bedeutung dieser Untergruppen wird sowohl im einleitenden theoretischen Teil als auch in der Diskussion näher betrachtet.

Eine interne Kontrollüberzeugung stellte sich bei der Auswertung der Fragebögen, unabhängig vom Geschlecht als die dominierende heraus.

Bei einer genaueren Aufspaltung der Skalen nach dem Geschlecht zeigte sich, dass bei den Frauen eine deutliche Beziehung zwischen der Bewertung der Kindheit und einer internal - negativen Einstellung vorlag. Frauen, die eine Kindheit mit einem Überwiegen von positiven, stabilisierenden Faktoren erlebten, bestätigten in dieser Skala Fragen, wie: „Wenn ich Probleme im Leben habe, sind sie meistens auf mein eigenes Verhalten zurückzuführen“, wohingegen Frauen mit negativeren Kindheitserlebnissen dieser internal-negativen Kontrollüberzeugung weniger zustimmten ($r= 0,42$; $p< 0,05$).

	Hohe externale-chance Kontrollüberzeugung	Niedrige externale-chance Kontrollüberzeugung	Probandenanzahl
Negative Kindheit	15 (75%)	5 (25%)	20 (100%)
Positive Kindheit	14 (58%)	10 (42%)	24 (100%)

Abb.7.7.: Bewertung der Kindheit in Bezug zur „External-chance“ Kontrollüberzeugung

Der Tendenz nach zeigte sich, dass bei einer negativeren Bewertung der Kindheit häufiger ein externaler Attributionstil von Probanden angewandt wurde. 75% der Probanden mit einer negativen Kindheit benutzten eine external-chance Kontrollüberzeugung, während 73,9% der Probanden mit einer positiven Kindheit den internal-negativen Attributionstil zustimmten.

7.1.7 Kindheit unter der Berücksichtigung des Geschlechts, in Verbindung zur F-Sozu: Soziale Integration- Studie

	Männer (20)		Frauen (18)	
	Negative Kindheit	Positive Kindheit	Negative Kindheit	Positive Kindheit
Hohe soziale Integration	100% (7)	62% (8)	75% (6)	90% (9)
Niedrige soziale Integration	0% (0)	38% (5)	25% (2)	10% (1)
Insgesamt	100% (7)	100% (13)	100% (8)	100% (10)

Abb.7.8: Auswirkungen der Kindheit auf die soziale Integration

Grundlage zur prozentualen Berechnung ist die jeweilige Zellen-summe des Faktors „Bewertung der Kindheit“ bzw. „Geschlecht“.

Alle Männer mit einer negativen Bewertung der Kindheit sprachen von einer sehr guten sozialen Integration und einer hohen Intensität ihrer Freundschaften, während nur 61,5% mit einer positiven Bewertung sich dem anschlossen ($r = -0,55$; $p < 0,05$). Bei den Frauen verhielt es sich gegenteilig: 75% mit einer negativen Bewertung der Kindheit und 90,3% der Frauen mit einer zufriedenen Kindheit sprachen von einer guten sozialen Integration.

7.1.8 Kindheit im Vergleich zum Mittelwert NEO: Offenheit unter Berücksichtigung des Geschlechts

Genauso erstaunlich erscheint auf den ersten Blick das Ergebnis, das bei der Betrachtung der Kindheit, im Bezug zum Charakterzug: „Offenheit“ unter Berücksichtigung des Geschlechts, entstand. Offenheit beinhaltet in dieser Studie nicht nur die Offenheit und Toleranz anderen Menschen gegenüber, sondern auch die Flexibilität auf veränderte Situation mit neuen Ideen einzugehen, neue Speisen zu probieren, sich für Kunst und Poesie zu interessieren und es sich auch mal zu gönnen sich von den eigenen Gedanken treiben zu lassen.

Die Männer, die eine negativ bewertete Kindheit erlebten, präsentierten eine ausgeprägte Offenheit im späteren Leben. Wohingegen die Männer mit stabilen und fördernden Verhältnissen in ihrer Kindheit eine geringere Offenheit gegenüber Neuem lebten ($r = -0,57$; $p < 0,01$). Bemerkenswert ist es, dass es sich bei den Frauen genau umgedreht verhält. Die Frauen deren Kindheiten, von großen Unsicherheiten und wenigen stabilisierenden Faktoren geprägt waren, schienen in ihrem Leben

nach Kontinuität zu suchen und verneinten die Fragen nach Offenheit in ihrem Leben ($r = 0,50$; $p < 0,05$ (0,029)).

7.2 Partnerschaft

Die Partnerschaft umfasst eine Fülle von Ereignissen, die sich von der Zeit der Berufsfindung, der Abtrennung vom eigenen Elternhaus, der Familiengründung, bis zum Auszug der eigenen Kinder und dem älter werden erstreckt. Bei der Bewertung der Zufriedenheit in der Partnerschaft ergaben sich folgende Werte, bei denen auf die geschlechtspezifischen Unterschiede hingewiesen werden soll:

7.2.1 Bewertung der Partnerschaft in der mittleren Lebensphase

- In 16 (32,7%) von insgesamt 49 Partnerschaften überwogen belastende Ereignisse. 7 (14,3%) von 26 Männern und 9 (18,4%) von 23 Frauen schilderten; vorzugsweise negative Aspekte. Sie erhielten somit die Bewertung mit der Punktzahl: 1
- 19 (38,8%) Interviewpartner zeigten ein ausgewogenes Verhältnis von Problemen und positiven Aspekten in der Partnerschaft: m: 8 (16,3%); w: 11 (22,4%); dafür wurde die Punktzahl: 2 gegeben.
- Nur 14 (28,6%) Studienteilnehmer waren sehr glücklich und zufrieden in der Phase der Partnerschaft: m: 11 (22,4%); w: 3 (6,1%); Die Bewertung erfolgte mit der Punktzahl 3.

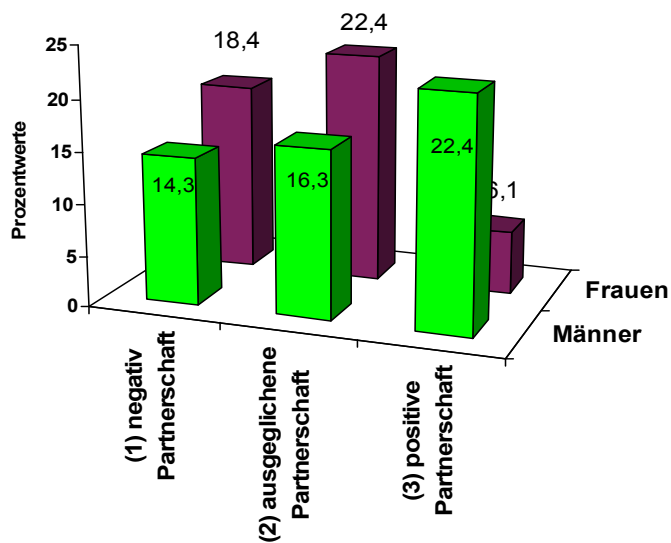


Abb. 7.9.: Bewertung der Partnerschaft unter Berücksichtigung des Geschlechts (in Prozent)

Deutlich sind an der Grafik die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Einstufung der mittleren Lebensphase erkennbar. Während viele Männer eine ausgeglichene bis sehr zufriedene Partnerschaft erlebten, dominierte bei den Frauen eine negativ bis neutrale Bewertung.

7.2.2 Beziehung zwischen der Bewertung der Kindheit und der Zufriedenheit in der Partnerschaft/mittleren Lebensabschnitt

Zum Beginn des Kapitels Partnerschaft soll jetzt untersucht werden, in welcher Form sich die Erfahrungen in der Kindheit auf die mittlere Lebensphase auswirken. Anhand der Grafik und der Statistik ist ersichtlich, dass Probanden, die viele negative Erfahrungen in ihrer Kindheit machten, auch überproportional häufig viele Probleme in ihrer Partnerschaft bewältigen müssen. Probanden mit einer positiven Kindheit waren hiervon weniger betroffen. $\chi^2 = 8,65$; $df = 4$; $p < 0,05$.

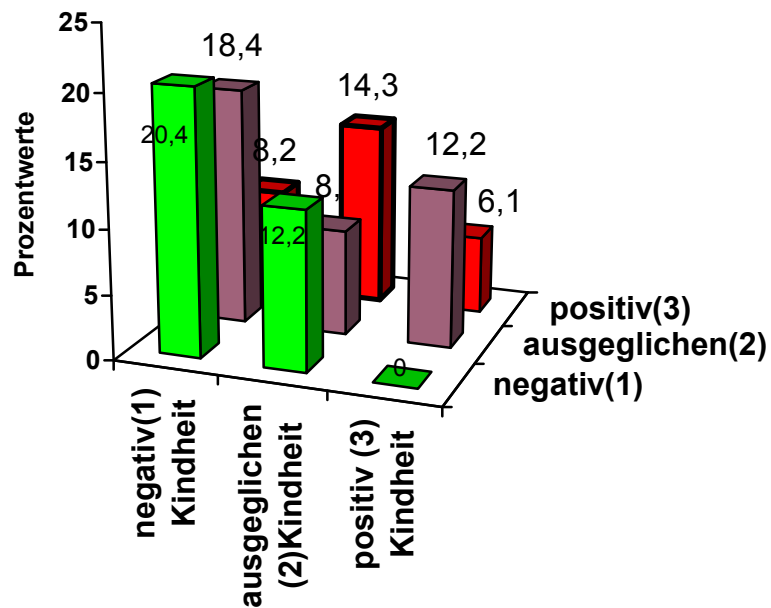


Abb. 7.10: Darstellung der Beziehung der Partnerschaft zur Kindheit (in Prozent)

7.2.3 Betrachtung der signifikanten Beziehung zwischen der Zufriedenheit mit der Partnerschaft und der Pgc-Skala: Einsamkeit vs. Isolation

Nachdem festgestellt werden konnte, dass die Kindheit den weiteren Verlauf des Lebens stark beeinflusst und somit auch für die Partnerschaft von Bedeutung ist, soll jetzt überprüft werden, welche weiteren Faktoren signifikante Beziehungen zur mittleren Lebensphase bilden.

Viele Partnerschaftsprobleme in dieser Lebensphase gehen mit einer negativeren Selbsteinschätzung und einer pessimistischeren Lebenseinstellung einher. Die Probanden, die eine weniger befriedigende Partnerschaft erleben, äußern sich häufiger traurig und bestätigten Aussagen wie „In meinem Leben gibt es vieles, was mich traurig macht“ und „Oft wird mir das Leben zur Last.“ Die Korrelation beträgt: $r = 0,41$ $p < 0,05$.

7.2.4 Untersuchung der Beziehung des SDS- Mittelwertes und der Partnerschaft

Probanden beider Geschlechter mit einer unzufriedenen Partnerschaft weisen signifikant häufiger depressive Symptome auf ($r = -0,38$; $p < 0,01$).

	Männer (26)		Frauen (23)	
	Negative Partnerschaft	Positive Partnerschaft	Negative Partnerschaft	Positive Partnerschaft
Mit Depressionen	100% (7)	79% (15)	100% (9)	57% (8)
Ohne Depressionen	0% (0)	21% (4)	0% (0)	43% (6)
Insgesamt	100% (7)	100% (19)	100% (9)	100% (14)

Abb.7.11: Auswirkungen der Partnerschaft auf die Ausprägung depressiver Symptome

Grundlage zur prozentualen Berechnung ist die jeweilige Zellen-summe des Faktors „Partnerschaft“ bzw. „Geschlecht“.

7.2.5 Partnerschaft und das Alterserleben in der NSL-Skala

Bei dieser Skala, die ihren Schwerpunkt auf die innerhalb der letzten Monaten subjektiv wahrgenommenen Veränderungen in den Bereichen Isolation, Ziellosigkeit, Lustlosigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten legt, erbrachten die Männer deutlich höhere Werte, stimmten somit den abgefragten Symptomen stärker zu als die Frauen. 11 von 23 männlichen Probanden (47,8%) wiesen erhöhte NSL-Werte auf, dagegen sprachen nur 5 von 22 Frauen von diesen Veränderungen (22,7%).

	Männer (23)		Frauen (22)	
	Negative Partnerschaft	Positive Partnerschaft	Negative Partnerschaft	Positive Partnerschaft
Hohe NSL-werte	60% (3)	44% (8)	44% (4)	8% (1)
Niedrige NSL-werte	40% (2)	56% (10)	66% (5)	92% (12)
Insgesamt	100% (5)	100% (18)	100% (9)	100% (13)

Abb.7.12: Auswirkungen der Partnerschaft auf das Alterserleben in der NSL- Skala

Grundlage zur prozentualen Berechnung ist die jeweilige Zellen-summe des Faktors „Bewertung der Partnerschaft“ bzw. „Geschlecht“.

Korrelationen zwischen der Zufriedenheit in der „Partnerschaft“ und dem Alterserleben traten bei beiden Geschlechtern auf. Eine signifikante Beziehung zeigte sich jedoch nur bei den Männern ($r = -0,45$; $p < 0,005$). Der Grund hierfür liegt an der geringen Zahl weiblicher Probanden mit einer positiven Partnerschaft.

7.2.6 Partnerschaft in Bezug zur internal- negativen Kontrollüberzeugung unter Berücksichtigung des Geschlechts

Nachdem ein positiver Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit in der Partnerschaft und den SDS- bzw. den NSL- Werten aufgezeigt werden konnte, besteht jetzt die Vermutung, dass auch Auswirkungen auf die Kontrollüberzeugung zu finden sind.

	Männer (20)		Frauen (19)	
	Negative Partnerschaft	Positive Partnerschaft	Negative Partnerschaft	Positive Partnerschaft
Niedrige internal-negative Kontrollüberzeugung	75% (3)	19% (3)	14% (1)	75% (9)
Hohe internal-negative Kontrollüberzeugung	25% (1)	81% (13)	86% (6)	25% (3)
Insgesamt	100% (4)	100% (20)	100% (7)	100% (12)

Abb.7.13: Bewertung der Partnerschaft in Bezug zur internal- negativen Kontrollüberzeugung
Grundlage zur prozentualen Berechnung ist die jeweilige Zellen-summe des Faktors „Bewertung der Partnerschaft“ bzw. „Geschlecht“.

Die Männer mit einer positiven Partnerschaftsbewertung benutzten den Attributionstil der internal- negativen Kontrollüberzeugung, sie haben somit das Gefühl, für ihre Probleme selbst verantwortlich zu sein. Entgegengesetzt verhalten sich die Männer mit einer negativen Partnerschaft. Sie bezweifeln die Möglichkeit Probleme selbstständig lösen zu können.

Bei den Frauen zeigte sich eine gegensätzliche Tendenz, Frauen mit einer negativen Partnerschaft hatten das Gefühl aktiv mitwirken zu können, im Gegensatz zu den Frauen mit negativer Partnerschaft. Männer: $r = 0,49$; $p < 0,05$, Frauen: $r = -0,18$; $p < 0,5$.

7.2.7 SDS- und NSL in Bezug zur Allgemeinen Kontrollüberzeugung

Um zu sehen welche Kontrollüberzeugung Probanden mit depressiven Symptomen und einem negativen Alterserleben benutzen, werden diese Skalen miteinander verglichen.

Probanden, mit hohen NSL- und SDS- Werten und externalem Attributionstil.

- Eine positive korrelative Beziehung bestand sowohl zwischen den SDS- Werten und der Kontrollüberzeugung external- chance: Männer: $r = 0,41$; $p < 0,05$; Frauen: $r = 0,72$; $p < 0,01$; und den NSL- Werten mit external- chance: Männer: $r = 0,42$; $p < 0,05$; Frauen: $r = 0,42$; $p < 0,05$. Probanden mit einer external- chance Kontrollüberzeugung glauben, dass sowohl die positiven als auch die negativen Facetten des Lebens durch Zufall, Glück aber auch Pech hervorgerufen werden. Sie fühlen sich nicht in der Lage, Situationen bewusst zu steuern.
- Eine negative korrelative Beziehung zwischen den SDS- Werten und einer internal-negativen Kontrollüberzeugung bei den Frauen ($r = -0,54$; $p < 0,05$. Ein internal- negativer Attributionstil bedeutet, dass man sich für die Probleme selbst verantwortlich macht.
- Eine negativ korrelative Beziehung befand sich zwischen den SDS- Werten und einem internal- positiven Attributionstil (Männer: $r = -0,57$; $p < 0,002$) und den NSL- Werten (Männer: $r = -0,45$; $p < 0,05$. Probanden mit einer internal- positiven Kontrollüberzeugung meinen, dass sie für das Erreichen der positiven Dinge im Leben selbst verantwortlich sind.

Die Probanden, die eine internele Kontrollüberzeugung als Attributionstil verwenden, erreichen auch niedrigere NSL- und SDS- Werte und zeigen somit geringere Anzeichen einer Depression.

7.2.8 Partnerschaft und die Zufriedenheit mit der Familie

Nachdem die Zusammenhänge von Charaktereigenschaften und psychischen Auffälligkeiten zur Partnerschaft betrachtet worden sind, sollen jetzt die stabilisierenden und unterstützenden Faktoren beleuchtet werden.

Die familiäre Zufriedenheit stellt einen Teilaspekt bei der Punktebewertung der Partnerschaft dar, dies ist nach dem Chi²- Test auch an einer positiven Korrelation zu erkennen ($\chi^2 = 16,02$; $df = 8$; $r = 0,38$; $p < 0,01$). Bei der geschlechtsspezifischen Aufspaltung fiel auf, dass nur für Männer eine korrelative Beziehung besteht: $\chi^2 = 15,1$ $df = 6$; $r = 0,56$; $p < 0,005$ wohingegen bei den Frauen keine signifikanten Zusammenhänge ersichtlich sind.

7.2.9 Alleinlebend im Haushalt

Zuerst soll die Anzahl der alleinlebenden Probanden im Studienverlauf betrachtet und später mit der Zufriedenheit in der mittleren Lebensphase in Bezug gesetzt werden.

Zum ersten Messpunkt lebten 2 Männer (8,7%) und 7 Frauen (31,8%) alleine. Zum 3. Messzeitpunkt erhöhte sich die Zahl der Alleinlebenden um je einen Probanden pro Geschlecht auf 3 Männer (15%), 8 Frauen (42%). Interessant erscheinen vor allem geschlechtsspezifische Differenzen. Die Ergebnisse dürfen jedoch angesichts der kleinen Stichprobengröße nicht verallgemeinert werden.

Es konnte ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Zusammenleben mit einem Partner zum Zeitpunkt der Untersuchung und der Zufriedenheit in der mittleren Lebensphase in Bezug auf die „Partnerschaft“ herausgefunden werden. Hierdurch wird deutlich, welchen entscheidenden Einfluss die partnerschaftliche Beziehung in der mittleren Lebensphase hat. (m): $\chi^2 = 6,86$; $df = 2$; $p < 0,01$, (w): $\chi^2 = 5,15$; $df = 2$; $p < 0,05$.

Ein interessanter Zusammenhang ist beim weiblichen Geschlecht zu erkennen: 7 (78%) der Alleinlebenden erlebten eine negativ eingestufte Kindheit, wohingegen nur eine (11%) Probandin eine sehr gute Kindheit erlebte, die 2 übrigen eine ausgewogene.

Weiter spiegelt sich die Bedeutung einer glücklichen Partnerschaft in der Lebenszufriedenheit im Alter wider.

7.2.10 Partnerschaft und ihre Auswirkungen auf die aktuelle Lebenszufriedenheit unter Berücksichtigung des Geschlechts

Nur beim männlichen Geschlecht zeigt sich eine Korrelation bezüglich der aktuellen Lebenszufriedenheit und der bereits abgeschlossenen Lebensphase „Partnerschaft“. Je zufriedener die Männer mit ihrer Partnerschaft waren, desto größer ist ihre aktuelle Lebenszufriedenheit $r = 0,47$; $p < 0,05$.

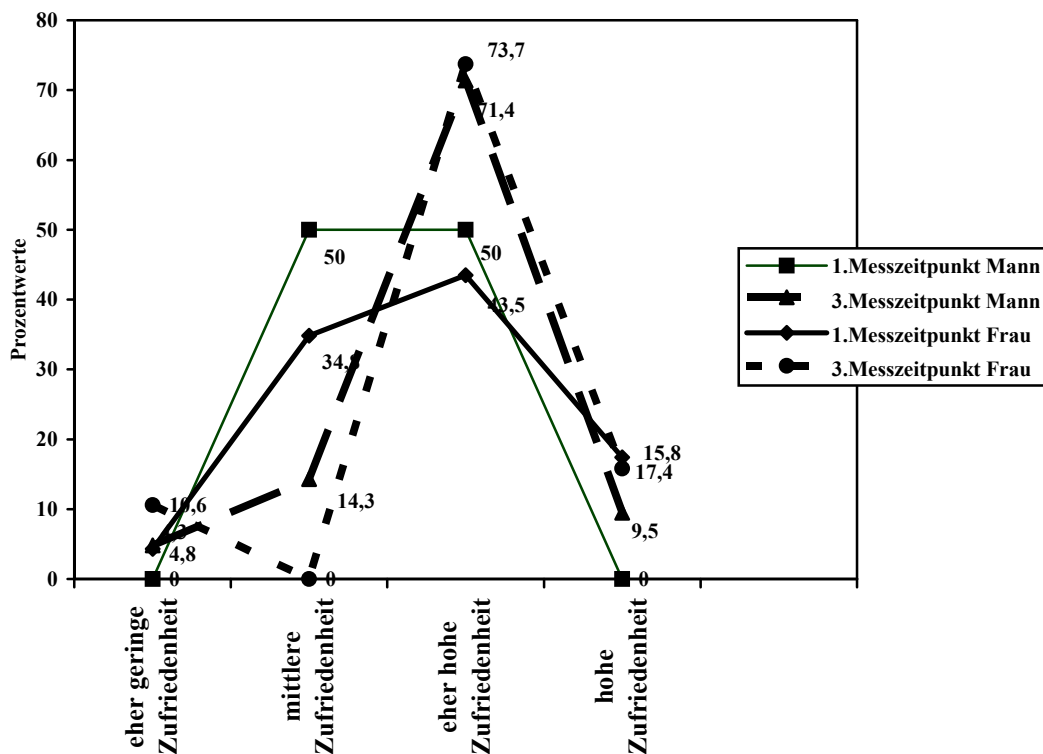


Abb. 7.14: Entwicklung der Lebenszufriedenheit innerhalb der Studie

Anhand der Abbildung ist ersichtlich, dass Frauen auch ohne zufrieden stellende Partnerschaft in der mittleren Lebensphase eine höhere aktuelle Lebenszufriedenheit erleben als Männer. Diese Differenzen bestanden vorwiegend zum ersten Messzeitpunkt. Im Laufe der Studie näherten sich die Werte auf einem insgesamt leicht erhöhten Niveau an.

7.2.11 Faktoren, welche die subjektive Bewertung der Lebenszufriedenheit weiter klassifizieren

Es sollen Persönlichkeitsfaktoren untersucht werden, die die Lebenszufriedenheit beeinflussen und klassifizieren.

Mit der aktuellen Lebenszufriedenheit korrelieren die folgenden Faktoren positiv: die Bewertungskriterien PGC: Einsamkeit vs. Isolation ($r= 0,37$; $p< 0,1$), PGC: Einstellung zum Altern ($r= 0,57$; $p< 0,001$), der Persönlichkeitsfaktoren Neo: Extraversion ($r= 0,33$; $p< 0,05$), NEO: Verträglichkeit ($r= 0,43$; $p< 0,001$), eine internale, positive Kontrollüberzeugung ($r= 0,35$; $p< 0,05$), Sozu: emotionale Unterstützung ($r= 0,30$; $p< 0,05$), praktische Unterstützung; ($r= 0,36$; $p< 0,05$), Sozu: Soziale Integration ($r= 0,37$; $p< 0,05$), subjektive Bewertung der Gesundheit ($r= -0,31$; $p< 0,05$). Dem gegenüber stehen die folgenden Faktoren in einer negativen Wechselbeziehung zur aktuellen Lebenszufriedenheit: hohe NSL ($r= -0,49$; $p< 0,05$), SDS- Werte ($r= -0,37$; $p< 0,05$), eine hohe Kontrollüberzeugung external, chance ($r= -0,44$; $p< 0,01$), Sozu: Soziale Belastungen ($r= -0,47$; $p< 0,001$) und ein ausgeprägter Neurotizismus ($r= -0,43$; $p< 0,005$).

7.2.12 Auswirkungen der Partnerschaft auf die SOZU- Skala: Emotionale Unterstützung, soziale Integration und soziale Belastung

Bei der statistischen Gegenüberstellungen der Sozu– Skalen mit den Bewertungen der Partnerschaft zeigten sich nur bei den männlichen Probanden signifikante Beziehungen. Je zufriedener die Probanden in der mittleren Lebensphase mit der Partnerschaft waren, umso stärker fühlen sie sich von Freunden unterstützt und verstanden (Sozu: Emotionale Unterstützung: $r= 0,49$; $p< 0,05$), desto stärker ist die empfundene soziale Integration, die Intensität der Freundschaften (SOZU: soziale Integration: $r= 0,59$; $p< 0,001$ und desto seltener wird das Gefühl geschildert, dass sie sich von ihren Freunden nicht ernst genommen fühlen, sich eher ausgenutzt und nicht vollständig akzeptiert vorkommen (SOZU: soziale Belastung: $r= -0,55$; $p< 0,001$).

Frauen zeigen unabhängig von der Bewertung der Partnerschaft hohe Werte für die soziale Integration und klagen weniger über sozialen Belastungen. Sie scheinen zufriedener mit ihren sozialen Kontakten zu sein, weniger Unsicherheiten zu haben und sich akzeptierter zu fühlen. Berücksichtigt man die geringe Anzahl an mit ihrer Partnerschaft zufriedenen Frauen, drängt sich die Vermutung auf, dass für viele

Frauen die Freundschaften auch als eine Art Familienersatz fungiert. Dies ist statistisch jedoch nicht belegbar.

7.2.13 Mittlere PGC: Einfluss der Partnerschaft auf die Zufriedenheit mit dem Altern

Eine zufriedene Partnerschaft in der mittleren Lebensphase beeinflusst den Umgang mit dem Altern positiv. Die Probanden fühlen sich genauso glücklich und zufrieden wie früher und stehen dem Altern gelassen gegenüber ($r= 0,34$; $p< 0,05$).

7.2.14 Untersuchung der den Gesundheitszustand beeinflussenden Faktoren

Oft wird die These geäußert, dass sowohl die subjektive als auch die objektive Gesundheit von psychischen Aspekten beeinflusst wird. Somit wurden die Korrelationen zwischen der Ausprägung von depressiven Symptomen (SDS), dem Altersempfinden (NSL), der Kontrollüberzeugung und der Zufriedenheit mit dem Altern mit dem Gesundheitszustand in Beziehung gesetzt.

Diese These konnte statistisch bestätigt werden. Die Probanden, die der Zukunft und dem Altern gelassen gegenüber stehen, besitzen eine gute gesundheitliche Ausgangsposition ($\chi^2 < 0,001$; $r= 0,58$; $p < 0,001$).

		Korrelationen zum Gesundheitszustand
Männer	SDS	$r= 0,42$; $p < 0,005$
	NSL	$r= 0,57$; $p < 0,010$
	External powerful others Kontrollüberzeugung	$r= 0,55$; $p < 0,020$
	Zufriedenheit mit dem Altern	$r=-0,59$; $p < 0,010$
	Lebenszufriedenheit	$r=-0,61$; $p < 0,010$
Frauen	SDS	$r= 0,70$; $p < 0,001$
	NSL	$r= 0,62$; $p < 0,010$
	External powerful others Kontrollüberzeugung	$r= 0,46$; $p < 0,050$
	Internal negative Kontrollüberzeugung	$r=-0,48$; $p < 0,050$
	Zufriedenheit mit dem Altern	$r=-0,55$; $p < 0,020$
	Lebenszufriedenheit	$r=-0,65$; $p < 0,005$

Abb.7.15: Den Gesundheitszustand beeinflussende Faktoren

Je ausgeprägter sich depressive Symptome im SDS bzw. NSL- Fragebogen darstellten, desto schlechter fiel das Arzturteil bezüglich des aktuellen Gesundheitszustandes aus. Bei der Anwendung einer internalen Kontrollüberzeugung wirkt sich dies auf eine subjektiv positivere

Gesundheitseinschätzung und auf ein besseres Arzturteil aus. Mit der Benutzung der externalen Kontrollüberzeugung verhält es sich reziprok. Weiterhin korrelieren die aktuelle Lebenszufriedenheit und die Zufriedenheit mit dem Altern positiv mit dem Gesundheitszustand.

Doch was für Charaktereigenschaften sind wichtig, um eine hohe Zufriedenheit in der Partnerschaft zu erlangen?

NEO- FFI betrachtet 5 große Faktoren, die eine Persönlichkeit beschreiben.

Zu diesen „Big-five“ gehören (Möller, Laux, Deister, 2001, S. 349):

- Extraversion (kontaktfreudig- zurückhaltend)
- Verträglichkeit (friedfertig- streitsüchtig)
- Gewissenhaftigkeit (gründlich- nachlässig)
- Neurotizismus (entspannt- überempfindlich)
- Offenheit (kreativ- phantasielos)

Es soll zunächst die Skala Verträglichkeit untersucht werden.

7.2.15 Neo: Einfluss der Verträglichkeit auf die Partnerschaft

Charaktereigenschaft: Verträglichkeit scheint ein wichtiger Faktor für die Zufriedenheit in der Partnerschaft zu sein. Die Korrelation zwischen der Verträglichkeit und der Partnerschaft betragen: $r= 0,34$; $p< 0,05$). Bei der geschlechtsspezifischen Analyse zeigt sich, dass Frauen verträglicher sind, sich mehr Mühe geben rücksichtsvoll und sensibel zu sein und sich stärker für die Harmonie in der Partnerschaft einsetzen als Männer ($r= 0,36$; $p< 0,05$).

7.2.16 Weiter Faktoren die geschlechtsspezifische Unterschiede aufweisen

	Geschlechtsspezifische Korrelationen
NEO: Gewissenhaftigkeit	$r= 0,29; p < 0,05$
NEO: Verträglichkeit	$r= 0,37; p < 0,05$
PGC: Zufriedenheit mit dem Altern	$r= 0,29; p < 0,05$
NSL: Alterserleben	$r= -0,33; p < 0,02$

Abb.7.16: Geschlechtsspezifische Faktoren

Frauen verfügen über höhere Werte in den protektiv wirkenden Charaktereigenschaften NEO: Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit. Außerdem erleben sie die letzte Lebensphase gelassener und positiver als die Männer. Ferner verfügen sie über ein besseres Alterserleben mit weniger depressiven Symptomen.

8 Diskussion der quantitativen Ergebnisse

Die in Kapitel sieben beschriebenen statistischen Ergebnisse ermöglichen bezüglich der Auseinandersetzung mit dem Thema „Kriegskindheit und ihre Folgen im biografischen Kontext“ die Betrachtung unter sehr unterschiedlichen Blickwinkeln. Teilweise zeigen sich dabei auch statistische Signifikanzen wo sie nicht zu erwarten wären. Trotzdem helfen die quantitativen Ergebnisse, die formulierten Hypothesen kritisch zu überprüfen, sie von verschiedenen Seiten zu beleuchten und auf neue Aspekte hin zu weisen. Die idiografischen Betrachtungen sollen verdeutlichen was die statistischen Werte für den Einzelnen aussagen können.

8.1 Kindheit

In der Statistik wird auf die Phase der frühen Kindheit auf Grund geringer Informationsfülle weniger eingegangen. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf den vom Probanden bewusst erinnerten Erlebnissen der Kindheit, der Pubertät und des Erwachsenenalters. Um die unterschiedlichen Auswirkungen von stabilisierenden und destruktiven Erlebnissen in der Kindheit und deren Wichtigkeit für die weiteren Lebensphasen besser verstehen zu können, sollen die einzelnen Phasen der Kindheit aus entwicklungspsychologischer Sicht kurz dargestellt und an Hand der drei ausführlich geschilderten Lebensläufe konkretisiert werden.

Die Kindheit ist eine prägende Phase, in der die Grundlagen für die spätere Fähigkeit gelegt werden, soziale Kontakte zu knüpfen, Verantwortung zu übernehmen und - um auf Antonovsky zu verweisen- eine hohe Kohärenz aufzubauen, die helfen soll, im weiteren Leben Krisen zu überwinden (s. Kapitel 3.2.2). Nach Erikson dient die frühe Kindheit der Entwicklung des Urvertrauens und ermöglicht so den angstfreien Aufbau einer davon getrennten, grundsätzlich gutartigen Objektrepräsentanz. So entsteht auch auf der Basis einer optimistischen, beruhigenden Rückmeldung eine basale Erwartung... des Gehalten - und Geschützwerdens in krisenhaften Situationen (Riedesser, 1998). Auch Freud erkannte die überragende Bedeutung der Kindheit. Er erläuterte, dass eine Störung spezifischer Entwicklungsphasen in der Kindheit und Jugend eine Disposition späterer Erkrankung darstelle und in großem Maße die Ausbildung der späteren Persönlichkeit beeinflusse. Diese Aussage unterstützt die dieser Arbeit zu Grunde

liegende Annahme, dass früh erlebte Schicksalsschläge schwerwiegende Langzeitfolgen nach sich ziehen können. Trotzdem darf nicht vergessen werden, dass auch Kinder belastende Situationen unbeschadet überstehen können, sofern ihre engsten Bezugspersonen psychisch kompensiert bleiben und dem auf beruhigende Rückmeldung („social referencing“) angewiesenen Kind keine länger dauernden Zustände von schwerer Depression oder Panik vermitteln (Riedesser, 1998). Riedesser bezog sich bei dieser Aussage vor allem auf die Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen im Kleinkindalter. Eine stabile und Sicherheit gebende Bezugsperson gilt jedoch generell als protektiver Faktor beim Erleben von Traumata. Doch kann auch, wenn eine glückliche und sichere Beziehung als Basis vorliegt, diese im Weiteren durch körperliche Vernachlässigung, bizarre Beziehungsschemata der Eltern, Armut, Geburt weiterer Kinder oder den plötzlichen Verlust einer Bezugsperson erschüttert werden. Im Theorieteil wurden die wichtigsten theoretischen Konstrukte wie die Entwicklungskrisen nach Erikson, Auswirkungen von Traumaerfahrungen, Bewältigungsmechanismen und protektiv als auch destruktiv wirkende Faktoren der Kindheit erläutert (s. Kapitel 3.2.1 – 3.2.6).

Bei der quantitativen Betrachtung des Lebensabschnitts „Kindheit“ (s. Kapitel 7.1), wurden sowohl die (nach-) kriegsspezifischen Faktoren betrachtet, als auch die interaktional individuellen. Schicksalsschläge oder destabilisierende Aspekte kommen aus unterschiedlichen Bereichen und können in destabilisierende Aspekte vor Kriegsbeginn und Folgen des Krieges unterteilt werden. Auch schon vor dem Kriegsausbruch gab es familieninterne Probleme, Streitereien, Gewalt, Arbeitslosigkeit, Armut, politische und religiöse Verfolgung durch das Regime, durch Tod, Krankheit (teils eigene oder eines nahen Verwandten) oder den Verlust eines Elternteils. Schicksalsschläge, die mit dem Kriegsausbruch oder aber der Endphase des Krieges ursächlich in Verbindung gebracht werden können und das Leben der Probanden bedrohten, bestanden in der eigenen oder der bei einem Familienangehörigen erlebten Gefangennahme (Häufigkeiten: 27 %), Bombardierung (25 %), Flucht (33 %) und dem Erleben, des Todes eines Verwandten (42 %). 39 % der Probanden erlebten eine Trennung vom Vater teils für eine kürzere Episode durch eine Gefangenschaft, teils aber auch ohne die erhoffte Wiederkehr (s.7.1.2).

Viele negativ assoziierte Erlebnisse basierten auf zeitgeschichtlichen Aspekten, dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass erst das Zusammenwirken von familiendynamisch / individuellen und kriegsspezifischen Problemen zu einer Beeinflussung des späteren Lebensweges führen kann. Ähnliches beschreibt auch der Psychiater Riedesser (1998), „So wird ein Schocktrauma schlechter verarbeitet, wenn konfliktreiche und an sich schon belastende Familienverhältnisse den Erholungsprozess des Kindes erschweren oder immer wieder von neuem unterbrechen. Solche konflikthafter sozialen Lebensumstände bleiben normalerweise vielleicht ein „subtraumatischer“ Risikofaktor, in der... Kombination können sie jedoch zu einer insgesamt traumatischen Lebenssituation werden.“ Insgesamt zeigte sich, dass ein Großteil der Probanden, unabhängig vom Geschlecht, eine negative von belastenden Ereignissen geprägte Kindheit und Jugend verlebten (s. 7.1.1).

Die theoretischen Ansätze sollen an Hand des Lebenslaufs 2 veranschaulicht und ein möglicher Umgang mit Negativereignissen dargestellt werden. Eine hier besprochene Probandin erlebte schon in ihrer frühen Kindheit schwere, politisch bedingte Repressionen. Ihre Mutter versuchte die destruktive Kindheit durch Liebe, durch den von ihr gegebenen Schutz vor Repressalien und die Förderung ihres Talentes zur Schulung als Ballerina positiv zu beeinflussen. Somit wächst eine narzisstische Einheit zwischen Tochter und Mutter, die durch die ungewisse Abwesenheit ihres Vaters und durch die Verschleppung und Ermordung ihrer Großmutter verstärkt wird. *„Meine Mutter erzählte immer vom Vater, ich kannte ihn ja gar nicht, er wurde nach dem Krieg erst wieder freigelassen. Man hat doch mehr Vertrauen zur Mutter als zum Vater, weil er dann auch so streng wurde.“* Die Mutter versuchte ihr die Möglichkeit zu geben, eine mit anderen Kindern weitgehend vergleichbare Kindheit (Ballettunterricht, BDM, Urlaubsfahrten) zu erleben und die belastenden Teile der Realität auszublenden. Doch die Tochter nahm die Wirklichkeit wahr, *„Nach dem Krieg wurden wir endlich als Menschen anerkannt, davor waren wir ja gar keine. Habe alles bewusst miterlebt.“* Durch die Verleugnung der Realität und den Versuch, eine „normale“ Kindheit unter unnormalen Umständen zu ermöglichen wurden vermeidende Verhaltensmuster verstärkt. Als die Probandin entscheidet, eine eigenständige Partnerschaft zu führen, wurde die Einheit zur Mutter abrupt und unwiederbringlich zerstört. Zusätzlich zu

den vielleicht primär nur subtraumatisch wirkenden politisch bedingten Repressalien und den innerfamiliären Problemen erfuhr sie den Bombenangriff auf Dresden: *„Neben dem Bunker ist eine Splitterbombe runtergegangen, das war das schlimmste was ich je erlebt habe.“* Rückblickend erinnert sie sich, *„Nach dem Krieg habe ich oft von den Bombenangriffen geträumt, jetzt geht das. Und auch wenn man heutzutage so die Kriege sieht, denkt man - Oh die armen Leute, das habe ich auch schon alles erlebt.“*

Die Probandin schildert verzweifelte Situationen, ohne sich jedoch auf die Gefühlsebene einzulassen. So zeichnen sich Folgen dieser wenig tragfähigen emotionalen Kindheit in ihrer späteren Partnerschaft ab und werden in einem späteren Kapitel analysiert.

Im Gegensatz zu dem eben geschilderten Lebenslauf wuchsen die Probanden der Lebensgeschichten 1 und 3 mit Vater und Mutter in einer als liebevoll beschriebenen Atmosphäre auf, die einer „normalen“ Kindheit mit stabilen Bindungsstrukturen entsprechen. Zeitgeschichtlich bedingte Einschnitte fielen in die Jahre 1942 (Lebensgeschichte 1) und 1945 (Lebensgeschichte 3), so dass ein wichtiger Entwicklungsschritt nach Freud und Erikson (s. Kapitel 2.2.1 & 3.2.5) abgeschlossen werden konnte. Trotzdem müssen die erlebten Schicksale differenziert betrachtet werden. Die Probandin (Lebensgeschichte 1) beschrieb drei Situationen, in denen sie das traumatisierende Gefühl der Machtlosigkeit kennen lernte. *„Nachts sind die Frauen auf 's Feld gelaufen, um sich vor den Russen zu verstecken- es war eine ganz schlimme Zeit. Manche Frauen wurden verschleppt. Meine Mutter und noch 2 andere Frauen wurden mit dem Auto ins Dorf gebracht. Ich erlebte mit, wie meine Mutter und Großmutter vergewaltigt wurden. Ich war im Nebenraum - kriegte nicht alles mit - später wurde es mir aber erzählt - die Russen waren hinter den Frauen her - es war grausam.“* Das Miterleben einer Vergewaltigung (Lebenslauf 1), das Spüren der Hilflosigkeit einem Mann gegenüber, kann für ein junges Mädchen weitreichende Folgen für das Leben aber vor allem für die Partnerschaft haben.

Ein weiteres sehr schweres Erlebnis schilderte sie: *„...wurden nachts aus den Betten geholt und zusammen mit 30- 40 Personen in den Keller des Nachbar-hauses gebracht. Eines Nachts kamen sie nicht mehr hoch, da brannte es, Qualm kam durch die Ritzen, die Erwachsenen hatten schon mit dem Leben abgeschlossen.“*

Aber aus dem Nachbarhaus kamen Leute durch Durchbrüche zur Hilfe und holten uns da raus. Überall war Brandfeuer.“

Außerdem starb ihr jüngerer Bruder im Alter von 5 Jahren (1946). *„Es war eine schlimme Zeit für Mutter, sie hat geweint und ist zusammengebrochen, den Sinn habe ich nicht verstanden, aber ich habe es schon sehr empfunden.“* Die Probandin musste Ausgleich und Trost für den frühen Tod ihres Bruders sein, der möglicherweise idealisiert, von der emotionalen Besetzung unerreichbar blieb.

Der Proband (Lebenslauf 3) verlor mit 15 Jahren seine Mutter und schildert dies als das schlimmste Erlebnis: *„Der Verlust meiner Mutter, die ganzen Kriegs-umstände, das „von heute auf morgen“, war das Schlimmste, was ich je erlebt habe, da meine Mutter davor die schützende Hand über alles hatte.“* Weitere Erlebnisse, der darauf folgenden Zwangsarbeit und der plötzliche Verlust seiner Mutter, konnten jedoch durch die beschützende und stabile Funktion des Vaters und die in der frühen Kindheit erlebte sichere emotionale Bindung und langjährige Stabilität kompensiert werden.

Im Verlauf der Diskussion werden auch die drei Lebensgeschichten weiter analysiert, um die unterschiedlichen Folgen dieser Erlebnisse zu erkennen.

Der Respekt gegenüber den Kindern und das Ernstnehmen der Bedürfnisse sind wichtige protektiv wirkende Faktoren, die über mögliche Spätfolgen mitentscheiden. Eine Probandin berichtet von ihrem damals 11 jährigem Bruder: *„Mein Bruder war durch die Bombenangriffe psychisch angeknackst, hat Mutter gebeten, bitte geh mit uns nicht mehr in den Keller, geh mit uns in den Wald. Mutter ist dann für eine Nacht mit uns in die Waldgaststätte gegangen. Sie hat unserem Willen nachgegeben, nicht wieder eine Nacht mit Bombenangriffen.“*(Probandin 746).

Dieses Erlebnis verdeutlicht, welche entscheidende Bedeutung das soziale, familiäre Umfeld auf die Bewältigung von traumatischen Erlebnissen hat.

8.2 Rolle der Pubertät in der Entwicklung/Aufbau einer partnerschaftlichen Beziehung

Die 1930 geborenen Probanden erlebten sowohl den Beginn des Krieges, als auch das- oft als noch viel gefährlicher erlebte- Ende des Krieges. Die Ungewissheit, wie lange die Trennung von Angehörigen wohl dauern mag, die Angst vor Realisierung der gehörten Schreckensbotschaften, die gerade in der Nachkriegszeit über die „Eroberer“ verbreitet wurden, die spontane Neustrukturierung in der Familie, so dass die „Großen“ jetzt für die Versorgung der Jüngeren verantwortlich waren, stellten für alle eine große Belastung dar.

Zum Zeitpunkt des Kriegsendes befanden sich die Probanden am Anfang der Pubertät, einer Entwicklungsphase, in der es unter normalen Bedingungen zur Auseinandersetzung mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil kommt. Diese natürlichen Konfrontationen wurden jedoch durch die Nachwirkungen des Krieges erschwert. Die Kinder mussten erwachsen werden ohne Zeit für die Ausbildung einer eigenständigen Persönlichkeit mit hinreichenden Bewältigungsmöglichkeiten zu haben.

Ihre Ablösung von den Eltern war häufig stark erschwert, einerseits durch das Gefühl, den Eltern durch deren Erleben von Entbehrung und Leid zu ewiger Dankbarkeit verpflichtet zu sein, andererseits durch eine empfundene Überlebensschuld („Warum habe ich das Glück überlebt zu haben und so viele andere nicht?“). Häufig vorhandene physische oder psychische Beeinträchtigungen der Eltern bewirkten ein verstärktes Verantwortungsgefühl, das den Ablösungsprozess der damaligen Jugendlichen von ihren Eltern belastete. Häufig konnte eine vollkommene Ablösung erst durch den Tod der (Schwieger -) Eltern stattfinden, dem oft die jahrelange Pflege und Betreuung vorausging. Die Pflege von Angehörigen war auch Bestandteil der gesellschaftlichen Norm, die somit nicht generell als pathologisch gedeutet werden darf.

Eltern waren zudem für einen Ablösungsprozess innerhalb der Pubertät nicht hinreichend belastbar. Mütter waren mit dem Versorgen und Schützen der Kinder beschäftigt (Radebold, 2004).

Ca. 14 Millionen Menschen, hauptsächlich Frauen und Kinder, waren auf der Flucht, von ihnen starben 2 Millionen. Mehr als jeder 3. Proband (42 %) dieser

Studie musste fliehen, seine vertraute Umgebung verlassen und an einem ganz neuen Ort, oft mit neuem Dialekt und Gepflogenheiten, teils in einer unfreundlichen, feindlich erscheinenden Welt mit dem Aufbau seiner neuen Existenz beginnen (s. 7.1.2).

Besonders die Identitätsbildung der Jungen wurde durch die Abwesenheit der Väter erschwert. Viele Väter waren in den Krieg gezogen, kamen am Ende verwundet oder psychisch labil nach Hause und entsprachen so selten den Erinnerungen und inneren Bildern. Ein weiteres Problem bestand in dem Zusammenbruch der Heldenideologie des Nationalsozialismus, einer Ideologie, die viele Probanden relativ unkritisch in ihrer Kindheit übernommen hatten: „*Faszination für Krieg; Helden und Waffen. Die Feststellung der antihumanistischen Seite kam erst sehr viel später.*“ Mit der Niederlage musste diese Ideologie von einem Tag auf den anderen negiert werden. Eine äußere gesellschaftliche Orientierungslosigkeit ging somit einher mit der entwicklungsbedingten Infragestellung der bisherigen Vorbilder. Dies führte nicht selten zu Identitätskrisen.

Nach der Definition von Erikson (1973) dient die Adoleszenz der Identitätsfindung durch den Aufbau eines Selbstkonzepts im Hinblick auf sein Geschlecht, seine Familienherkunft, seine moralischen Werte, seiner politischen Haltung u.v.m.. Doch bei Versagen kann diese Phase mit einer Rollendiffusion enden (s. Kapitel 3.2.5). Somit waren die Jugendlichen in einer sowieso von Veränderung geprägten Entwicklungsphase jetzt mit dem Umsturz aller bekannten Werte und Normen in einer orientierungslosen Gesellschaft konfrontiert.

Maercker (1999) verweist auf die - unabhängig vom zusätzlich belastenden Kriegsende - erhöhten Entwicklungsanforderungen an Jugendliche, die im Vergleich zu Erwachsenen, deshalb geringere Bewältigungsmöglichkeiten aufweisen und ein erhöhtes Risiko für die Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung haben.

Gerade in den letzten Monaten des Krieges hätten viele Jugendliche als Ausgleich für die Wirren des Krieges und die Verunsicherungen durch den Umbruch Liebe und Geborgenheit gebraucht, doch gerade z.B. auf der Flucht oder bei den Bombardierungen war den Eltern nicht nach Herzenswärme zumute. Ganz im Gegenteil: „Sie verschlossen ihr Inneres, damit die Qual nicht bis dorthin vordringen konnte, auch nicht das Weinen von Kindern“ (Lorenz 2003). Die Bedeutung, die das Wegbrechen von gewohntem Schutz und Stabilität gebenden

Personen für die damaligen Kindern hat, verdeutlicht diese Aussage einer Probandin: *„Sind erst zu Fuß los und später mit dem Viehwagentransport, zusammen mit Flüchtlingen aus Ostpreußen unterwegs, da wurde mir erst das Elend bewusst, hatten immer Angst vor Fliegerangriffen, hörten den Kanonendonner, da hat meine Mutter das erste Mal geweint. Das war ein einschneidendes Erlebnis.“*(Probandin 746).

Alice Miller (2005) fand heraus, dass vor allem die vaterlos aufgewachsenen Töchter oft von ihren Müttern psychisch ausgebeutet und zu jenen begabten Kindern abgerichtet wurden, die sich so vorzüglich auf die Empathieleistung für andere verstehen, aber ihrerseits kein adäquates Selbstwertgefühl entwickeln können“. Ermann (2003) hat ähnliche Vermutungen, er meint: *„Viele erlebten die verborgenen Depressionen ihrer Mütter - die Trauer, die nicht offen gezeigt wurde,....doch die Kinder merkten! Diese Kinder, die aus unergründlichem Schuldgefühl selbst nicht wagten zu weinen..... Sie wurden die Tröster der Mütter, der Eltern, der älteren Geschwister, für Verletzungen und Verwundungen, die sie nur ahnten.“* *„Ich habe nie Angst, ich kenne keine Angst, ich musste immer tapfer sein. Mein ganzes Leben sagte ich, was ich muss, das muss ich und das mach ich und das tu ich. – Und andere haben es ja auch noch schwerer.“*(Probandin 748)

Die zum Zeitpunkt des Kriegsende 12 -15 Jahre alten Probanden sehnten sich zum Teil nach Normalität, sie wollten ihre Freiheit und die ersten Kontakte zum anderen Geschlecht aufnehmen, doch häufig waren sie mit dem „Organisieren“ überlebensnotwendiger Nahrung und Heizmaterials beschäftigt. *„Für die Kleinen war ich ja die zweite Mutti, ich habe gesorgt, gemacht, getan. Bis zum 18. Lebensjahr musste ich zum Bauern gehen, damit wir genug Kartoffeln kriegten. Und habe so, wegen der schlechten Zeit keinen Beruf gelernt.“*(Probandin 748)

Doch nicht nur das Befriedigen der existentiellen Bedürfnisse erschwerte den Aufbau einer stabilen und glücklichen Partnerschaft. Die Fähigkeit eine Beziehung zu führen muss erlernt werden und hängt eng mit den Erfahrungen zusammen, die in der Beziehung der Eltern miterlebt wurde oder die man selbst erfahren hat. Ein weiterer Faktor, eine glückliche Beziehung einzugehen, ist aber auch ein gut ausgebildetes Selbstbewusstsein, eine bewusste Rollenidentität und eine Bindungsfähigkeit.

Wie sollten diese Kinder eine funktionierende Elternbeziehung miterleben, wenn 38,5% der Probanden längerfristig (mindestens 3 Monate) ohne Vater leben

mussten (s. 7.1.2) Zudem waren viele Väter, wenn sie entweder aus dem Krieg oder aus der Gefangenschaft zurückkamen, psychisch beschädigt, physisch krank, in sich zurückgezogen, so dass auf sie eher Rücksicht genommen werden musste, als dass sie die beschützende Vaterrolle weiterhin übernehmen konnten (Radebold, 2004).

Die Auswirkung der Neuordnung der gesellschaftlichen Strukturen auf die Identifikationen mit den erwachsenen Vorbildern, sowie das Verschweigen der Vergangenheit innerhalb der Familien beschrieb das Ehepaar Mitscherlich (1968). Sie bemerkten, dass viele Eltern ganz einfach nicht mit ihren Kindern über das Erlebte sprachen, um den Preis, dass eine Lebenslüge das Eltern– Kind- Verhältnis überschattete. Somit wurde die Identifikation der Kinder mit ihren Eltern erschwert, da eine aufrichtige Auseinandersetzung nicht zustande kam. Als Konsequenz sahen Mitscherlich, dass eine Trauerarbeit, die das Erwachsenwerden eines jeden Menschen begleitet, bei der es darum geht, von kindlichen Idealen und Abhängigkeiten Abschied zu nehmen, sie kritisch zu durchleuchten, um Werte und Vorbilder einigermaßen realitätsgerecht wahrnehmen zu können, sie auf Herkunft, Inhalt und Ziele hin zu überprüfen, nur eingeschränkt durchgeführt werden konnte.

Der Wechsel von intakten Familienstrukturen als Kind vor dem Krieg zu kriegsbedingt wegfallenden Leitbildern in der Pubertät und das Schweigen über die Erlebnisse, schildern viele Probanden. Kinder wuchsen zu Jugendlichen heran, Mütter übernahmen teils für mehrere Jahre unter großer Entbehrung beide Elternrollen und die Restfamilie gewöhnte sich an das Leben. *„Die Liebe war das einzige, was uns unsere Mutter geben konnte und die haben wir auch bekommen“* (Lebenslauf 2). Und jetzt sehnten sich die zerbrochenen Rückkehrer nach Schutz und innerem und äußerem Geborgensein sowie Verständnis von Seiten der Kinder und Frauen. Ebenso fehlte ihnen die Vorstellung, was die Frauen zu Hause geschafft und erduldet hatten (Radebold, 2004, S. 21).

Pubertät konnte erst später oder gar nicht durchlebt werden. Der spätere Ehemann stellte somit häufig auch gleichzeitig die erste sexuelle Beziehung dar. Als der damaligen Moralvorstellung entsprechend ist dies als zeitgeschichtliches Phänomen zu deuten. Die in der Nachkriegszeit vorherrschende Wohnraumknappheit provozierte oft die schnelle Gründung einer eigenen Familie, um dem gemeinsamen Wohnen mit den Eltern zu entfliehen. Zur Wohnraumknappheit gab es folgende Äußerungen: *„Lebte ein Jahr bei den Schwiegereltern in Rostock, wissen sie, sie*

waren so herrisch, ich habe nur gearbeitet und gemacht und zum Besten.... Das erste Kind klappte erst später, die Schwiegereltern machten Druck, damit wir ein Anrecht auf eine Wohnung bekommen. Haben eine 1 ½ Raum Wohnung bekommen, war ganz schlimm, wurden alle Kinder da drin geboren.“ (Probandin 750). Eine andere Probandin schildert ihre Erinnerungen: „Ich lebte mit meinem Mann zusammen mit meiner Großmutter in einem Zimmer, im Haus meiner Eltern. Es war sehr belastend mit der Enge. Wir mussten uns die ersten 3 Jahre bis zur eigenen Wohnung (das Kind war schon auf der Welt) unterordnen: mir blieb nichts anderes übrig.“ (Lebenslauf 1) Viele Frauen, die schon im Elternhaus Verantwortung übernahmen und für das Überleben sorgen mussten, führten diese altruistischen Handlungsweisen auch in ihrer Partnerschaft weiter.

Da die halbstrukturierten Interviews den Probanden die Möglichkeit gaben selbst Schwerpunkte zu setzen, haben sich nicht alle zu der Pubertät, zu ersten Beziehungsversuchen und der Partnerwahl geäußert. Daher können die Folgen einer gestörten Pubertät in Teilen nicht mit Probandenbeispielen untermauert werden, sondern sind nur theoretisch zu erörtern (s. Kapitel 3.2.5).

Die Auswirkungen der Erfahrungen in der Kindheit auf die partnerschaftliche Beziehung konnten in der quantitativen Analyse bestätigt werden (s. 7.2.1). Probanden mit einer negativen Kindheit erlebten überproportional häufig eine ebenfalls negativ assoziierte Partnerschaft. Auch im Umkehrschluss zeigte sich deutlich, dass Probanden mit einer zufriedenen Kindheit eine ausgewogene bis sehr zufriedene Partnerschaft beschrieben.

Anhand der von Marcia (1980) definierten Identitätszustände, die Rückschlüsse auf die Bewältigung der Pubertät, die Findung einer eigenen Rollenidentität zulassen und Aufschluss über die Entwicklung in der Zukunft geben, lässt sich dieses Phänomen deuten. Diese Identitätszustände müssen nicht in einer festgelegten Reihenfolge durchlebt werden, doch häufig entsteht eine „erarbeitete Identität“ (nach Marcia) erst nach Durchlaufen der vorhergehenden Phasen (s. Kapitel 3.2.5). Auch der Psychologe Oerter (1995) erläutert, dass die bei Marcia definierte Entwicklungsdiffusion (Störungsdiffusion) als Folge eines Traumas oder eines unbewältigten kritischen Lebensereignisses entstehen kann, wenn zugleich ein Mangel an inneren und äußeren Ressourcen besteht. Die Gefahr besteht darin, dass es zu einer Rollendiffusion mit später großen Problemen in der nach Erikson

definierten 6. Phase Intimität vs. Isolation kommt, wenn bis zur Ehe noch nicht die Stufe der „erarbeiteten Identität“ erreicht worden ist.

Bei der Betrachtung der Kindheit der Probanden im Einzelnen erscheint die Möglichkeit erschwert, eine eigene erarbeitete Identität auszubilden und das Gefühl der internalen Kontrollierbarkeit zu entwickeln.

Daten aus der Oakland Growth Study und der Berkeley Guidance Study (Skolnick, 1981) zeigen, dass Ehepaare, bei denen der Mann in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter das Stadium der gefestigten Identität erreicht hatte, nach 20 Jahren des Zusammenlebens eine größere eheliche Zufriedenheit erlebten und weniger Belastungen aufwiesen, als Paare in denen der Mann diese Identität nicht ausbildete. Weiter wurden Persönlichkeitsmerkmale wie positives Selbstwertgefühl, prosoziale Orientierung, emotionale Stabilität und das Bedürfnis nach Intimität als günstige Faktoren für die Entwicklung einer positiv erlebten Partnerschaft beschrieben. Die Tatsache, dass die Grundlagen für diese protektiv wirkenden Charaktereigenschaften wie beschrieben in der Kindheit gelegt werden, wird durch die bewiesene signifikante Abhängigkeit der partnerschaftlichen Zufriedenheit von den Erlebnissen der Kindheit unterstrichen. Im Abschnitt „Partnerschaft“ wird hierauf noch genauer eingegangen.

Anschließend an die Betrachtung der statistischen Ergebnisse und theoretischen Erörterungen zum Thema Pubertät sollen jetzt die Lebensläufe zur Unterstreichung der Thesen vorgestellt werden. Die Probandin vom Lebenslauf 2 erlebte eine von Repressalien geprägte „schwere“ Kindheit (s. Kapitel 6), durch den Abschied vom Ballett und den Beginn der Beziehung zu ihrem zukünftigen Mann wurde die narzisstische Einheit zu ihrer Mutter aufgelöst. Sie erlebte als Kind wenig tragfähige und kontinuierliche Bindungen. Durch die Abwesenheit des Vaters fehlte das Vorbild für eine partnerschaftliche Beziehung, es fand keine Triangulierungserfahrung statt. (Triangulierung: Die Fähigkeit des Vaters, sich liebend mit der Mutter zu identifizieren, so dass das Kind in der Lage ist, sich von einer allzu engen Bindung an die Mutter zu lösen (Duden, 1997)). Das Verhalten der Probandin wirkt sehr ambivalent, auf der einen Seite wünscht sie sich Bestätigung, Liebe und die „beschützende Hand einer Mutter“, auf der anderen Seite distanziert sie sich emotional von ihrer Partnerschaft. Insgesamt benützt sie einen vermeidenden Beziehungsstil (s. Kapitel 3.2.6) und lässt sich nur

oberflächlich auf ihre Gefühle ein. *„Mein Mann ist 11 Jahre zur See gefahren - so treu kann man da nicht sein.“* *„Ich wollte mich mal aufhängen – als ein Kollege vom Mann mir erzählte, dass eine Frau von meinem Mann ein Kind bekommt. Seitdem haben wir keinen Intimkontakt mehr.“* Ich sagte dann: *„Lerne ich einen Mann kennen, der lieb zu mir ist, dann verlasse ich dich – mein Mann wusste, dass ich ihn nicht liebte.“* Auf die Frage ob sie jemanden habe, mit dem sie über ihre Gefühle spreche: *„Ne, so jemanden gibt s nicht, am ehesten mein Mann.“* Auf der anderen Seite antwortet sie darauf, was sie in ihrem Leben anders machen würde, *„Ich würde nicht mehr meinen Mann heiraten.“* Und später: *„Mein Mann wusste, dass ich ihn nicht liebte.“*

Der Bruder der Probandin (Lebenslauf 1) starb im Alter von 5 Jahren an einem Herzfehler *„Es war eine schlimme Zeit für meine Mutter, sie hat geweint und ist zusammengebrochen....“*, später erklärte ihr ihre Mutter *„Es ist schlimmer ein Kind zu verlieren, als einen Mann.“* Eine Abgrenzung von ihren Eltern hätte für ihre Mutter einen erneuten Verlust von ihr nahe stehenden Menschen bedeutet und durfte auf Kosten ihrer sozialen Erfahrungsmöglichkeiten nicht gelebt werden. Somit besteht ihr Leben aus dem Erfüllen von Verpflichtungen, verstärkt durch das Wissen, dass die anderen selbst massiv belastet sind und kein Angebot der Unterstützung und der Hilfe eingefordert werden darf. *„Der frühe Tod der Mutter war ein Schock. Ich pflegte beide gleichzeitig, es ekelte mich vor der Pflege meiner Großmutter. Eines Morgens kam ich und mein Vater schnauzte mich noch an: Hättest bisschen früher kommen sollen, die Uroma ist gerade eingeschlafen. Gleichzeitig versorgte ich die 3 Kinder, das kleinste nahm ich mit. Beide Male war mein Mann nicht da, der mir hätte helfen können.“* Später erfüllt die Probandin das Vermächtnis ihrer Mutter und pflegte ihren Vater. *„Ich sträubte mich – ich wollte nicht.“* *„Es war ein schweres Leben zusammen mit meinem Vater. Aber ich wusste, ich muss. Das bisschen Freiheit, dass ich hatte, ging mir verloren. Ich habe mich nicht getraut überhaupt weg zu gehen. Wenn ich jemanden gekannt hätte, der sich um ihn gekümmert hätte - aber ich kannte niemanden.“* Ihr Verhalten wirkt aggressiv und wütend, auch hier zeigt sich wieder ihr ambivalenter Beziehungsstil (s. Kapitel 3.2.6). Ein Verhalten, das eine Abgrenzung erlaubt, wurde nie erprobt, nicht interaktionell ausgelebt, sondern intrapsychisch über Depression geäußert.

Der Proband der Lebenslaufsnummer 3 konnte während seiner Kindheit eine sichere emotionale Bindungen zu beiden Eltern, besonders aber zur Mutter, eingehen. Obwohl die langjährige Sicherheit mit der Verschleppung seiner Mutter angegriffen wurde, konnte er ein gutes Selbstbewusstsein entwickeln und wurde offen für soziale Kontakte und neue Aufgaben. Seine Zivilcourage basiert auf der erlebten Sicherheit in seiner Kindheit. *„Ich hatte viele Auseinandersetzungen wegen der Verschleppung meiner Mutter gehabt. Die Verschleppung hat mich so geprägt, dass ich immer politisch angeeckt bin. Wurde vor die Wahl gestellt, entweder Partei und Direktor oder gar nichts. Habe immer meine Meinung offen ausgesprochen. Ohne meinen Vater weiß ich nicht, ob ich es gemacht hätte. Trotz dieser politischen Probleme gab es keine Behinderung der Karriere.“* Durch die Verschleppung seiner Mutter kam es jedoch nicht zur Entidealisierung innerhalb der Pubertät, so dass seine Frau nie seinen Ansprüchen als Mutterersatz genügen konnte. Der schützende familiäre Rahmen wird idealisiert, der Proband hat die Hoffnung, dass die Sicherheit aus der Kindheit über die Söhne fortbesteht. Er glaubt, dass die Multiple Sklerose seiner Frau im Kopf beginne, durch einen inneren Widerstand gegen Aktivitäten, die bei einer anderen Motivation noch zu bewältigen wären. Es zeigen sich Parallelen in der Leugnung der Gefahren durch die Mutter und der des Probanden bezüglich seiner gesundheitlichen Risiken.

Ein Problem der hier verwandten halbstandardisierten Interviews besteht darin, dass sie schwierig auszuwerten sind und eine weniger objektive Informationsquelle darstellen, da die geschulten und psychologisch ausgebildeten Interviewer ihrerseits aus unterschiedlichen kulturellen und sozialen Umfeldern kommen und wiederum unterschiedlichen Kohorten angehören. So kann nicht ausgeschlossen werden, dass im Interview unbeabsichtigt unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden, die Interviewer den Probanden unterschiedliche Sympathien und Gesprächsbereitschaft gezeigt haben und somit verschiedene Grundlagen für die biografischen Datenlagen und zur Einordnung in die 2 Lebensphasen zur Verfügung stehen.

Trotzdem kann durch die theoretischen Erläuterungen sowie die exemplarischen Lebensläufe verdeutlicht werden, dass folgende in frühen Lebensphasen erfahrenen Lebensumstände sich als destruktive Faktoren auf das weitere Leben auswirken: Ein länger andauernder Verlust eines wichtigen Familienmitgliedes, das Leben in Armut, die erlebte Ausgrenzung aus einer Gemeinschaft und das Aufwachsen in

einer unsicheren Umgebung. Sie können zwar durch protektive Faktoren abgeschwächt werden, verstärken jedoch die Anfälligkeit für weitere Krisen. Garmezy (1983) verweist darauf, dass Kinder, die in Bürgerkriegsregionen wie beispielsweise Nordirland aufwachsen, denen es auf den ersten Blick an nichts zu fehlen scheint, dennoch Schwierigkeiten haben, Zukunftsperspektiven, Bindungsfähigkeiten, Hoffnung, Zielstrebigkeit zu entwickeln. Er kritisiert, dass das bloße Überleben bzw. die effektive Anpassung oft heroisiert würden.

Auch Radebold (2005, S.174) erklärt, dass nach Jahren der „pathologischen Normalität“ Krisen unterschiedlicher Natur im privaten, beruflichen, aber auch in gesundheitlichen Bereichen auftreten können. Häufig sind die beklagten funktionellen Symptomatiken Ausdruck einer nur über den Körper vermittelten „larvierten“ depressiven Symptomatik. Eine Untersuchung von Greb, Pilz und Lamparter (2003), die sich mit den traumatischen Kriegserfahrungen von bypassoperierten Herzinfarktpatienten beschäftigte, erwies, dass die Kindheit der damals passiven Kriegsteilnehmer von schweren und zumeist längeren Belastungen und Traumen geprägt war. Diese traumatischen Erfahrungen stellten einen Dauerstress dar, der zur Prädisposition für ein koronares Herz - Krankheit als Langzeitfolge führte. Als Prädispositionen einer koronaren Herzkrankheit gelten folgende Kriterien: Psychischer Stress, Risikoverhalten, Persönlichkeitsdisposition, mangelnde soziale Unterstützung und Umgang mit Beschwerden (Altgelt, 2004). Diese Ich - Syntonen bis Ich- einengenden Verhaltensweisen werden auch an anderer Stelle immer wieder als traumaspezifische Langzeitfolgen beschrieben.

Derartige Zusammenhänge zeigen sich auch in der ILSE- Studie u. a. bei der Analyse der so genannten „Ausfaller“, der Probanden, die zumeist aus gesundheitlichen Gründen bereits vor dem 3. Messzeitpunkt aus der Studie ausschieden, z.T. weil sie bereits verstorben waren bzw. aus gesundheitlichen Gründen ihre Teilnahme absagten (s. 7.1.3). Ein Großteil der „Ausfaller“ wuchs unter negativen, von Stress geprägten Umständen mit wenig protektiven Faktoren auf. Bei der Betrachtung der Biografien wirkt der Lebensweg diskontinuierlich. Die kindlichen Traumatisierungen scheinen nur oberflächlich bewältigt worden zu sein, nach einer Zeit des Funktionierens und der Unauffälligkeit zeigten sich - teilweise durch ein konkretes Erlebnis ausgelöst - eine Art von psychischem und physischem Zusammenbruch der anscheinend funktionierenden Welt.

Weitere Untersuchungen zu dem Thema "Ausfaller" in der ILSE- Studie im Raum Rostock ergaben (Roether, 2005), dass diese Gruppe sich zum ersten Messzeitpunkt auffallend stark von den anderen Probanden in einer subjektiv negativen Einschätzung des Gesundheitszustandes und einer niedrigeren Zufriedenheit mit Gesundheit und Familie, einem geringeren Nettoeinkommen, einer geringeren Konzentrationsfähigkeit und Tempoleistung, sowie dem Abstraktionsvermögen unterschied. Außerdem wiesen die Probanden, die nicht bis zum 3. Messzeitpunkt an der Studie teilnehmen konnten, signifikante Unterschiede zu den anderen auf, im verstärkten Auftreten der Persönlichkeitsmerkmale Einsamkeit, negatives Alternserleben, depressive Stimmungslage und externale Kontrollüberzeugung und geringeren Werten in der Extraversion, Gewissenhaftigkeit, und soziale Integration.

Bei einer Lebenslaufstudie des Max- Planck- Instituts für Bildungsforschung, die das Ausmaß von Trennung und Abwesenheit der Eltern, besonders des Vaters für Jungen deutschlandweit untersuchte, ergaben sich folgende Werte: In der Kohorte 29- 31 wuchsen nur 38,6% in einer vollständigen Kernfamilie auf. Ähnliche Ergebnisse erlangten auch Decker, Brähler, Radebold (2004). In einer der Untersuchungen heißt es, dass 50% der Jahrgänge 30- 48 relativ ungestört mit anwesendem Vater und in stabilen Familienverhältnissen aufgewachsen sind, 25% unter zeitweiliger väterlicher Abwesenheit und temporär eingeschränkten Lebensbedingungen und weitere 20%- 25% unter dauerhaft schädigenden Einflüssen und lang andauernder väterlicher Abwesenheit.

Bei einer späteren spezifischeren Untersuchung (Decker, Brähler, Radebold, 2004) der Langzeitfolgen, ergaben sich bei der Differenzierung nach den Aspekten „Aufwachsen mit oder ohne Vater“ und dem Geschlecht nachfolgende Ergebnisse. Die dauerhaft ohne Vater aufgewachsenen Probanden zeigten höhere Werte bei der Betrachtung der depressiven, der dysthymen, sozialphobischen und der somatischen Symptome und Fatigue bzw. Müdigkeit. Die Tatsache, dass Frauen anscheinend stärker auf die Tatsache der Vaterlosigkeit reagieren, erscheint erstaunlich, da den Jungen der Vater zur Identifikation und zur Ausbildung eines stabilen Rollenbildes fehlt, demnach hätten die damaligen Jungen unter dem Fehlen des Vaters als Konfliktperson theoretisch stärker leiden müssen.

Dies wird auch in einer Studie von Werner und Smith (1982) zusammenfassend als wichtiger Aspekt für die Entwicklung von Jungen genannt. Hier heißt es, dass Jungen männliche Erwachsene als „Modelle“ brauchen. Eine Erklärung für die Tatsache, dass Frauen in dieser Studie stärkere und offensichtlichere Symptome als Männer auf die Vaterlosigkeit zeigten, könnte auf eine oft beobachtete, geschlechtsspezifische Verhaltensweise zurückzuführen sein. Frauen reagieren auf Verluste oder andere traumatische Erlebnisse häufiger mit der Ausbildung von Depressionen und selbstdestruktivem Verhalten. Die Gefahr, ein chronisches Gefühl von Hilflosigkeit zu entwickeln, ist bei Frauen stärker ausgeprägt. Wiederum in einer Studie von Werner und Smith (1982) wurde herausgefunden, dass belastende Lebensereignisse bei Jungen häufiger in der Kindheit, bei den Mädchen vermehrt in der Jugend auftraten und mit Folgen behaftet waren. Dies wurde damit erklärt, dass Mädchen im Jugendalter unter höherem sozialem Druck und Rollenerwartungen standen. Dennoch entwickelten sich mehr Risiko- Mädchen als Risiko - Jungen zu widerstandsfähigen Erwachsenen. Franz (2004) fand heraus, dass „Sich ein kollektiv erlittenes, an sich schon risikoe erhöhendes Vaterdefizit unter den Bedingungen des epochalen Kriegstraumas in besonderer Weise in die biografische Entwicklung und das teilweise unbewusste „Stressgedächtnis“ einschreibt?“ Dies könnte im weiteren Leben bei zahlreichen Betroffenen zur Entstehung eingeschränkter oder unzureichender Bewältigungsmöglichkeiten im späteren Umgang mit familiären oder beruflichen Belastungen und im Konfliktfall auch zum Auftreten stressvermittelter psychosomatischer Krankheitsfolgen beitragen.

Eine weitere Studie (Petermann, Kusch, Niebank, 1998) mit 1018 Zwillingspaaren verdeutlicht ebenfalls die Auswirkungen der Trennung oder des Verlustes der Eltern vor dem 17. Lebensjahr auf Frauen. Auch in dieser Studie wurde ein erhöhtes Risiko für die Ausbildung einer Major Depression und einer generalisierten Angststörung bestätigt. Der Tod eines Elternteils steigerte die Rate von Panik- und Angststörungen.

Ähnliche Ergebnisse wurden in einer amerikanischen Studie von Kendler (1993) bei der Untersuchung von 600 Zwillingspaaren unter besonderer Betrachtung der Auswirkungen von kumulativen Stresserfahrungen z.B. bei Vernachlässigung und Missbrauch gefunden. Das Ergebnis zeigt, dass diese Stressfaktoren signifikante Prädiktoren für spätere depressive Episoden im Erwachsenenalter sind (Heim,

Charles, Nemeroff, 1999). Weitere Studien wiesen darauf hin, dass frühkindliche Stresserfahrungen, wie körperliche Misshandlungen und ungünstiges elterliches Erziehungsverhalten, für die Entstehung einer kriegsbezogenen PTBS im Erwachsenenalter prädisponierend sind. Weitere Anregungen, wodurch die Art der Abwehr oder der Störung als Reaktion auf traumatische Erlebnisse bestimmt wird, liefert Cramer (1991). Er vertritt die Ansicht, dass das Alter, in dem ein Trauma erfahren wird, ausschlaggebend für die Art der Abwehr ist. So gelten nach Cramers Definition narzisstische, verleugnende oder Borderline- Abwehrformen als unreif oder archaisch, diese bilden sich vornehmlich in einem früheren Entwicklungsstadium. Dagegen gelten die neurotischen, zwanghaften und altruistischen Abwehrformen als „reif“. Diese These unterstreicht die Beobachtung des stark altruistischen Verhaltens vor allem vieler Frauen, die sich zum Zeitpunkt der Traumatisierungen in der Pubertät befanden. Häufig zeigt sich dies auch in der Übernahme der oft langwierigen Pflege von Angehörigen, der Negierung der eigenen Bedürfnisse oder Beschwerden. Einige hierfür typische Zitate aus der ILSE - Studie: *„Was ich muss, das muss ich und das mach ich und das tue ich auch.“* (Probandin 749) *„Ich sträubte mich, ich wollte nicht, es war ein schweres Leben mit meinem Vater. Aber ich wusste, ich musste es. Ich wusste auch, das bisschen Freiheit, das ich haben wollte, ging mir auch noch verloren.“* (Lebenslauf 2) *„Hätte mich teilweise nicht getraut, krank zu machen, aus dem Gefühl gebraucht zu werden. Ich bin auch mit Fieber zur Arbeit“* (Probandin 750).

Bei der Betrachtung der allgemeingültig genannten Risikofaktoren für eine PTBS (s. Kapitel 2.2.) werden viele Faktoren genannt, die auch für die Probanden dieser Studie gelten und mögliche Erklärungsansätze liefern. Sie können sowohl zur Ursachenforschung für geschlechtsspezifische Langzeitfolgen, als auch für die unterschiedliche partnerschaftliche Zufriedenheit herangezogen werden.

Auch die Probanden dieser Studie zeigten Folgen der Kriegstraumatisierungen. Sowohl die Männer als auch die Frauen, welche die Bombardierungen der Städte miterlebten, sprachen vermehrt von einem Alterserleben mit wachsender Isolation und steigendem Desinteresse. Ebenso berichteten die Probanden, die eine schwere Krankheit in ihrer Jugend entweder selbst oder bei einem nahen Angehörigen miterlebten, von depressiven Symptomen. Die in ihrer Jugend mit dem Tod

konfrontierten Frauen, wiesen höhere Werte in Bezug auf die SDS- Skala für Depressionen auf als Frauen, die dieses Trauma nicht erlebten (s. 7.14).

Diese Ergebnisse spiegeln die Tendenz in der Literatur wieder, mit der Einschränkung, dass in der Literatur das weibliche Geschlecht per se als ein Risikofaktor für die Entstehung von Depressionen und posttraumatischen Belastungsstörungen gilt, wie zum Beispiel in der Berliner Altersstudie BASE (Mayer, Baltes, 1996)). Hier neigten die Frauen unabhängig von der Alterskohorte stärker zur Ausbildung einer Depressions- und Angstsymptomatik.

Als ein möglicher Grund für die geschlechtsunspezifische Ausprägung der depressiven Symptome und des Alterserlebens in dieser Studie kann die Mehrfachtraumatisierung der Männer in der Kindheit durch Bombardierungen, Krankheiten und Gefangenschaft gesehen werden (s. 7.1.2). Weiterhin ist aber die starke Belastung der Frauen in der mittleren Phase zu beachten, die der Theorie entsprechend, ein weiterer Risikofaktor für die Ausprägung der Depressionswerte ist. Bei der Analyse von Charaktereigenschaften mit deutlichen geschlechtsspezifischen Differenzen wiesen die Frauen höhere Werte in den protektiv wirkenden Charaktereigenschaften Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und der Zufriedenheit mit dem Altern auf). Gleichsam sprachen die Frauen von einem positiveren Alterserleben mit geringeren depressiven Tendenzen (s. 7.2.15). Im weiteren Verlauf dieser Studie werden Ressourcen untersucht, die die untypischen Ergebnisse der weiblichen Teilnehmer erklären können.

In einer dieser Arbeit vorausgegangenen Untersuchung, mit dem Thema „Kindheitsbelastungen- psychische Langzeitfolgen“ basierend auf der ILSE- Studie (Frey, Schmitt, 2003) wurden signifikante Zusammenhänge zwischen der Ausbildung einer Major Depression und der zeitweiligen Trennung von den Eltern sowie der Ausbildung einer Phobie nach dem Erleben eines Traumas festgestellt. Jedoch konnte in dieser Studie kein Zusammenhang zu kriegsbedingten Kindheitsbelastungen gefunden werden. Dies wird von den Autorinnen dahingehend gedeutet, dass die Kindheitsbelastungen in dieser Zeit einen fast normativen Charakter erfüllten und das geteilte Leid und das gemeinsame Schicksal die Funktion sozialer Unterstützung übernehme. Nach Betrachtung der dieser Arbeit zugrunde liegenden Ergebnisse kann dieser Schlussfolgerung nur teilweise zugestimmt werden.

Das gemeinsame Erleben eines Schicksals kann eine Art von Gemeinschaftsgefühl bewirken, welches jedoch nicht oder nur teilweise das Entstehen von Langzeitfolgen verhindern kann.

In einer Studie (Teegen, Meister, 2000), die heutige Belastungsstörungen in Bezug zu traumatischen Erlebnissen von Flüchtlingen untersucht, konnten Folgeerscheinungen nach Kindheitstraumata belegt werden. Es zeigte sich, dass der Anteil von Frauen in der Gruppe von PTBS- Erkrankten signifikant höher war. Die PTBS- Erkrankten erlebten überauffällig häufig die Trennung von Familienangehörigen und Überfälle während ihrer Flucht. Im Rahmen einer weiteren Studie (Teegen, Cizmic, 2003) mit dem Thema „Traumatische Lebenserfahrungen und heutige Belastungsstörungen pflegebedürftiger alter Menschen“ konnte herausgefunden werden, dass die Langzeitwirkungen auch über 50 Jahre nach der Traumatisierung nachzuweisen sind. In deren Studie litten 62% der Untersuchungsteilnehmer unter intrusiven Symptomen, vor allem unter seelischer Belastung bei der Konfrontation mit traumabezogenen Reizen.

Um die gegensätzlichen Ergebnisse der erwähnten Studien bezüglich dem Auftreten von Langzeitfolgen nach kriegsspezifischen Traumata zu verstehen, soll darauf hingewiesen werden, dass die Teilnehmer der ILSE- Studie einen Bevölkerungsquerschnitt repräsentieren. Dagegen wurde für die Studie von Teegen und Cizmic eine spezifische Kohorte mit der Gemeinsamkeit „Kriegstraumatisierung“ gewählt. So nehmen Personen teil, die sich bewusst auf diese Studie eingelassen haben um von ihren Erlebnissen zu erzählen.

Wie bei der Auflistung der Risikofaktoren festgestellt werden konnte, trägt auch die Art der Kontrollüberzeugung zur Ausbildung möglicher Langzeitfolgen bei. Die Probanden bestätigten mehrheitlich eine internale Kontrollüberzeugung. Nur die weiblichen Teilnehmer zeigen deutliche Zusammenhänge auf zwischen einer „negativen“ Kindheit und der verstärkten Ausprägung einer externalen Kontrollüberzeugung, genauso wie die Werte der internalen Kontrollüberzeugung mit einer positiveren Bewertung der Kindheit ansteigen (s. 7.1.6). Außerdem konnte die signifikante Beziehung von externaler Kontrollüberzeugung und einem verstärkten Auftreten depressiver Symptome nachgewiesen werden (s. 7.2.7). Dies stützt die Theorie, dass Personen mit einer internalen Kontrollüberzeugung erfolgreicher Lebensereignisse meistern und die externalen Kontrollüberzeugung

eine Prädisposition zur Entwicklung einer PTBS darstellt. Darüber hinaus korrelieren sowohl die subjektive Gesundheitseinschätzung, als auch das Arzturteil mit der Kontrollüberzeugung (s. 7.2.14). Die Probanden, die die Mechanismen einer internalen positiven Kontrollüberzeugung anwenden, erreichen eine bessere Einschätzung der Gesundheit beim Arzturteil, umgekehrt verhielt es sich mit der externalen Kontrollüberzeugung.

In der Literatur sind diesbezüglich vielfältige Interpretationen zu finden. Nicht in jedem Fall ist jedoch die internale Kontrollüberzeugung die „gesündere“. Sie ist zwar in Situationen, in denen die Person aktiv und eigenverantwortlich mitarbeiten kann, die konstruktivere. Im Falle von Situationen, in denen es zu einem Kontrollverlust kommt, wie beim Erleben von Traumata, bietet die externalen Kontrollüberzeugung einen Schutz, in dem Verantwortung abgegeben und eine Akzeptanz erreicht werden kann.

Die positiven Aspekte der externalen Kontrollüberzeugung wurden auch in der Studie von McCormick (1989), die in einem Militärkrankenhaus mit Kriegsveteranen durchgeführt wurde, bestätigt. Bei den Patienten mit einer PTBS wurde die Attribution internal, global und stabil gefunden, die auch dem Modell der gelernten Hilflosigkeit entspricht. Perloff (1983) vermutete, dass Personen, die davon überzeugt sind, Kontrolle über ihr Leben zu haben, die schlechteste Anpassung im Hinblick auf Ereignisse haben, die außerhalb ihrer Kontrolle liegen. Perloff hielt die Einstellung der universalen Verletzlichkeit, d.h. die Annahme, dass schlimme Dinge jedem passieren können, für die gesündeste.

Leider kann anhand der Fragebögen nur die momentane Kontrollüberzeugung dargestellt werden, sie gibt keinen Anhalt für die in Krisenzeiten verwendete Attribution. Es wäre somit durchaus vorstellbar, dass Probanden innerhalb ihres Lebens auch ihren Attributionstil gewechselt haben und z.B. in der Jugend beim Erleben von Traumata eine externalen Kontrollüberzeugung für die Verarbeitung verwendeten, in einer Phase der Ruhe jedoch die internale zurück erlangten.

Ein weiteres Problem bei der statistischen Betrachtung traumatischer Erlebnisse, stellen die, für die Betrachtung der negativen Auswirkungen sehr wichtigen, aber schwer erfassbaren Dimensionen: „Unerwünschtheit“, „Unkontrollierbarkeit“, „Nicht- Vorhersagbarkeit“, „Schweregrad des Ereignisses“, „Additivität“ und „zeitliche Häufung“, dar (Ulich, 1987). Diese Größen tragen entscheidend zum Verständnis der individuellen Auswirkungen der sonst so gleich wirkenden

traumatischen Situationen bei. Als am wirksamsten werden die Dimensionen Unerwünschtheit, Schweregrad und zeitliche Häufung angesehen. Die Unkontrollierbarkeit spielt eine große Rolle in Bezug zur Ausbildung einer Depression. Außerdem entstehen durch die individuellen Ressourcen, Bewältigungsmöglichkeiten und Erfahrungen der Probanden, besonders in Studien mit kleiner Kohortengröße, sehr individuelle Aussagen.

Eine gute soziale Integration, eine ausgeprägte Offenheit und Flexibilität gelten als protektive, den Charakter stärkende Faktoren, die ein gesundes Altern fördern und das Risiko zur Ausbildung einer PTBS verringern. Diese protektiven Faktoren können in der Skala der NEO: Offenheit und Sozu- Skala (s. 7.1.7 & 7.1.8) näher untersucht werden. Männer weisen generell eine schlechtere soziale Integration auf als Frauen. Männer mit einer negativ eingestuften Kindheit sprechen deutlich überzeugter von ihrer als gut befundenen sozialen Integration, haben eine größere Offenheit und Flexibilität als die Männer mit einer positiv geprägten Kindheit. Bei Frauen zeigen sich hingegen eine geringere soziale Integration und eine eingeschränktere Offenheit gegenüber Fremden.

Eine Erklärung für diese reziproken Ergebnisse kann in den unterschiedlichen Bewertungsmaßstäben liegen. Männer, die eine Kindheit mit instabilen Bindungsverhältnissen und traumatisierenden kriegsspezifischen Verlusterfahrungen machten, setzen geringere Erwartungen in Freundschaften und Partnerschaften und bewerten dementsprechend die erlebte soziale Integration positiver als Frauen. Eine weitere Erklärungsmöglichkeit kann in der Tatsache liegen, dass Personen, die in ihrer Kindheit mit Verlust konfrontiert waren, früh lernen mussten, sich auf Neues einzulassen. Dies gilt sowohl für neue Situationen, zum Beispiel nach der Flucht, als auch für neue Personengruppen.

Ein Zitat einer Probandin dieser Studie kann helfen, die Situation der Frauen zu verstehen: „*Wenn ich Kummer habe behalte ich das alles für mich, das geht keine etwas an, da belaste ich keinen Menschen mit. Das schlucke ich. Ich bin ja nichts anderes gewöhnt als runterschlucken. Die anderen denken immer, mir würde es blendend gehen und das ist gut so. Aber viele Freunde habe ich, alle mögen mich*“ (Probandin 749). Dieses Zitat verdeutlicht eine Verhaltensweise, die typisch für viele Frauen mit negativen Erfahrungen ist: Das Vermeiden von engen

Beziehungen, der eingeschränkte Zugang zu Gefühlen, der Rückzug in sich selbst. Diese Verhaltensmuster vom vermeidenden Bindungsstil (s. Kapitel 3.2.6) erklären die geringe Offenheit und niedrige soziale Integration von Frauen mit einer schlechten Kindheit. Für diese Frauen erscheinen die soziale Integration und die Möglichkeit sich auf Neues einzulassen nur möglich, wenn sie über eine in der Kindheit erlernte, stabile Bindungsfähigkeit verfügen.

Schützwohl, Maercker, Manz (1999) fanden in einer Studie heraus, dass der Grad der sozialen Unterstützung nach einer Traumatisierung reziprok mit einem PTBS-Risiko verknüpft ist, wobei speziell die verfügbare emotionale Unterstützung protektiv wirkt.

8.3 Partnerschaft

Die Probanden der ILSE- Studie gründeten häufig in jungen Jahren ihre eigene Familie, nutzten die Ehe als Möglichkeit zur Ablösung aus der Familie, begannen, oft unerfahren, mit wenigen intimen und partnerschaftlichen Erfahrungen ihre Ehe und gebaren schon bald Kinder. Für die Menschen war es nach dem Ende des 2. Weltkrieges sehr schwierig, ihren Schulabschluss zu erlangen und eine Berufsausbildung zu absolvieren. Große Fabriken waren zerstört, Schäden durch Bombardierungen mussten beseitigt werden, viele Familien brauchten Jahre, um wieder eine neue Heimat nach der gefährlichen Flucht zu finden, die Männer wurden erst nach und nach aus der Gefangenschaft entlassen. Es gab also viele Faktoren, die das Aufnehmen einer Berufsausbildung erschwerten. „...*, konnte wegen der Verletzung an der Hand nur leichte Arbeit machen... so richtig befriedigt hat es mich nie, aber man musste ja froh sein wenn man eine Arbeit hatte.*“

Die Schwierigkeiten der Partnerwahl durch mangelnde Vorbilder und Entwicklungsmöglichkeiten in der Pubertät wurden zuvor bei der Betrachtung der Entwicklungsschritte in der Kindheit schon analysiert. Die Tatsache, dass nach der Beendigung des Krieges ein Mangel an psychisch und physisch gesunden Männern vorlag, schränkte die Partnerwahl für die Frauen zusätzlich ein. Geschlechtsspezifische Differenzen bei der Bewertung der Zufriedenheit in der Partnerschaft (s. 7.2.1) konnten nachgewiesen werden. Bei den weiblichen Teilnehmerinnen zeigten 39% eine große Unzufriedenheit, bei weiteren 47,8% bestand eine ausgeglichene Bewertung der Partnerschaft in der mittleren

Lebensphase, während bei den Männern der Schwerpunkt auf einer sehr positiven Einschätzung (42,3%) lag. Obwohl viele Frauen mit großen Problemen in ihrer Ehe bzw. in ihrer mittleren Lebensphase konfrontiert waren, wirkte sich dies nicht direkt auf ihre Lebenszufriedenheit aus. Wie in Statistik 7.2.11 ersichtlich, zeigten Frauen eine größere Lebenszufriedenheit als Männer, jedoch ohne eine Abhängigkeit zur Bewertung der Partnerschaft aufzuweisen. Somit wird der Gedanke bestätigt, dass Frauen im Vergleich zu Männern über weiterführende Ressourcen verfügen, um erlebte Defizite auszugleichen. Auch Thomae (1983) beobachtete dies bei der Untersuchung der globalen Zufriedenheit in Bezug zur Zufriedenheit in der Partnerrolle. Männer waren demnach ausnahmslos generell zufrieden, wenn sie mit der Situation in der Partnerrolle zufrieden sind, während geringere Zufriedenheit in dieser Rolle bei Frauen nicht die generelle Lebenszufriedenheit beeinträchtigen muss. Seine Schlussfolgerung ist, dass bei den Frauen personenabhängige Variablen, die nicht unmittelbar zur Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen in Beziehung stehen, den Zusammenhang zwischen erfahrener Belastung und Zufriedenheit mit beeinflussen.

Bei einer bereits vorher durchgeführten Analyse der Ergebnisse der ILSE- Studie (Sperling, 2000), die die Einflüsse der Biografien auf die Gesundheit und Lebenszufriedenheit der Studienteilnehmer untersuchte, zeigte sich, dass die 1930 Geborenen im Vergleich zu der Kohorte der 1950 geborenen Probanden trotz dieser widrigen gesellschaftlichen Bedingungen eine signifikant höhere Zufriedenheit mit der erlebten Ehe oder Partnerschaft, eine geringere erlebte Belastung und ein stärkeres Gefühl, in der Partnerschaft gebraucht zu werden, aufwiesen. Dieses erstaunlich anmutende Ergebnis könnte seine Grundlage in der unterschiedlichen Definition und Erwartung an eine „glückliche Partnerschaft“ haben. In der jüngeren Kohorte sind die Erwartungen sehr viel höher gesteckt. Es kommt somit leichter zu einer Enttäuschung. Ein weiterer zu berücksichtigender Unterschied ist, dass Sperling ausschließlich die subjektiven Bewertungen der Probanden heranzieht, während bei der hier vorliegenden Untersuchung als Grundlage der Bewertung der Lebensphase „Partnerschaft“ sowohl objektiv vorgefallene Tatsachen als auch subjektiv geäußerte Gefühle dienen.

Außerdem übernahmen viele Kriegskinder einen in der Kriegszeit erlernten und bis heute fortgesetzten Prozess des zunächst bewussten Verschweigens, der indirekten „Gesprächsverbote“ und der Übernahme unbewusster Abwehrreaktionen, insbesondere der Identifizierung, Verdrängung, Verleugnung und Spaltung (Radebold, 2005, S. 172). Viele Menschen der Kriegsgeneration erlernten die Verschwiegenheit und Verleugnung eigener Gefühle und Bedürfnisse. Ein Motto vieler Kriegskinder schien zu sein, den Kummer für sich zu behalten. *„Kummer das geht keinen etwas an.... Den schlucke ich... Hart bin ich vielleicht, aber tapfer, ich habe lange nicht mehr geweint.“* (Probandin 748)

Bei der Betrachtung der statistischen Ergebnisse offenbaren sich die Folgen von Traumatisierungen und Schicksalsschlägen in Abhängigkeiten der SDS, -NSL, -Pgc: Isolation vs. Einsamkeit, -Skalen zu der Zufriedenheit in der Partnerschaft (s. 7.2.3- 2.5). Die Ergebnisse weisen größtenteils geschlechtsspezifische Unterschiede auf, nur die Skala Pgc: Isolation vs. Einsamkeit zeigt eine für beide Geschlechter geltende Wechselbeziehung. Für die SDS, und NSL- Skalen lässt sich eine Korrelation nur für Männer feststellen. Ein möglicher Grund hierfür kann in dem Zeitpunkt des Interviews liegen. Die letzten Probanden sind pensioniert, zur Ruhe gekommen, können sich nun schlechter ablenken, spüren den körperlichen Verfall deutlicher. Männliche Probanden erlebten oft eine unkompliziertere mittlere Lebensphase als die Frauen, waren jedoch in der Kindheit häufiger mit traumatisierenden Erlebnissen konfrontiert (s. 7.1.2). Teilweise diente Arbeit als Kompensationsmedium, in dem die Männer eine Bestätigung finden konnten, ohne sich mit der Vergangenheit zu beschäftigen. Durch die Pensionierung, fand eine erneute Konfrontation mit den eigenen Schwächen, mit der eigenen Vergänglichkeit, mit dem Gefühl der Machtlosigkeit statt, die zu einer Wiederbelebung der in der Kindheit erlebten Hilflosigkeit führte. Diese Konfrontationen wurden von den zu Zeiten der Wende in Ostdeutschland abrupt pensionierten Menschen verstärkt wahrgenommen, da ihnen keine Zeit blieb sich auf die neue Lebensphase gedanklich vorzubereiten. Auch viele Frauen waren durch die externen Veränderungen betroffen, jedoch definierten sie sich weniger über ihren Beruf oder hatten aus familiären Gründen schon früher aufgehört zu arbeiten und somit länger Zeit sich mit ihrer Vergangenheit auseinander zu setzen. Ein weiterer Gesichtspunkt ist, dass vermehrt Frauen während der mittleren

Lebensphase mit schweren Schicksalen konfrontiert waren, die sie oft alleine oder nur mit geringer Unterstützung des Mannes bewältigen mussten. Diese frühe Konfrontation mit Themen wie Tod, Vergänglichkeit, Krankheit, Einsamkeit wurde bei Frauen zeitlebens bearbeitet. Oft stellten Frauen durch ihr hohes Maß an Verträglichkeit, ihr soziales Denken und die gespürte Verantwortung für die Kinder eine Art Brücke und Zusammenhalt innerhalb der Familie dar. In den biografischen Interviews wird der Eindruck vermittelt, dass Frauen häufiger als Männer mit dem Gefühl leben „*mehr Unterstützung zu geben als vom Partner zu erhalten*“. Dieses verinnerlichte Geben vieler Frauen wird von Radebold (2005) folgendermaßen erklärt: Die Mütter werden oft als pflichtbewusst, verhärtet, altruistisch verhaltend, wenig Rücksicht auf sich selber nehmend beschrieben. Dieses Verhalten wurde teils transgenerational an die Töchter mit der gleichen Erwartungshaltung weitergegeben. Mit diesem Verhalten ist ein „erfolgreiches“ Leben für die Frauen zwar nahe liegend, aber der emotionale Aspekt, der die Beschreibung „eheliche Zufriedenheit“ verdient, ist kaum erreichbar. Eine Ablösung von dem Vorbild der eigenen Mutter, die in der Kriegszeit oft viel für die Kinder geopfert hat, somit ein Leben lang als Heldin eine kaum erreichbare Position einnahm, ist kaum möglich. Bei der Frage nach der Bedeutung von kritischen Lebensereignissen für die Entstehung von Depressionen wird darauf hingewiesen, dass die Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen dann besonders erschwert ist, wenn Vulnerabilitätsfaktoren vorliegen. Zu diesen Vulnerabilitätsfaktoren werden hier unter anderen zunehmenden gesundheitlichen Belastungen, Verlust von Freunden und Bekannten, Ausscheiden aus dem Beruf und Auszug der Kinder aus dem Elternhaus gezählt. Beim Auftreten von diesen Vulnerabilitätsfaktoren kann es dazu kommen, dass objektiv geringer erscheinenden Belastungen subjektiv eine größere Bedeutung zugeschrieben wird. Als ein Vulnerabilitätsfaktor, der eine verstärkende oder sogar erstmalige funktionelle oder depressive Symptomatik im mittleren Erwachsenenalter auslöst, gilt die Aufgabe der identitätsstabilisierenden Berufstätigkeit (Vorruhestand, Krankheit) mit dem endgültigen Gefühl „nutzlos und wertlos zu sein.“

In einer Studie von Klann, Hahlweg (1994) findet sich ebenfalls ein Zusammenhang zwischen der Bewertung der partnerschaftlichen Beziehung und einer Depression mit $r = 0.39$. Halford, Bouma (1997) fanden heraus, dass das Risiko für unglücklich verheiratete Frauen, an einer Depression zu erkranken, 25-

mal höher als für die Vergleichsgruppe ist. Dies scheint den Studienergebnissen konträr gegenüber zu stehen, anscheinend besitzen die Frauen dieser Studie größere Ressourcen, um die erlebten Schicksalsschläge, die sie in der mittleren Lebensphase und der Kindheit erlebten, zu verarbeiten und trotzdem relativ geringe psychische Krankheitswerte zu erhalten.

Immerhin ein Drittel der 53 Probanden erlebte keine kriegsspezifischen Traumatisierungen, und auch beim Erleben von Traumatisierung müssen die protektiv wirkenden Faktoren, die die Wahrnehmung und die Folgen des Erlebten radikal positiv beeinflussen können, beachtet werden. Bei der Überlegung, um welche statistisch nachweisbaren Ressourcen in Form von Charaktereigenschaften es sich handeln könnte, offenbarten sich einige interessante signifikante Zusammenhänge. Als Ressourcen und mit der Lebenszufriedenheit positiv korrelierende Faktoren, konnten in dieser Studie folgende Persönlichkeitsfaktoren herausgefunden werden: Extraversion, eine internal, positive Kontrollüberzeugung, eine hohe Verträglichkeit, eine positive Einstellung zum Altern, eine positive subjektive Bewertung der Gesundheit, eine gute soziale Integration und zufriedenstellende emotionale und praktische Unterstützung (s. 7.2.12). Auf der anderen Seite standen einige die Lebenszufriedenheit reduzierende Faktoren, die somit auch als Risikocharaktereigenschaften interpretiert werden können: Das Bewertungskriterium PGC: Einsamkeit vs. Isolation, depressive Symptome (hohe NSL- und SDS- Werte), eine hohe externale- chance Kontrollüberzeugung, hohe soziale Belastungen und ein ausgeprägter Neurotizismus. Diese Faktoren wurden an anderer Stelle schon näher beschrieben.

Nur die Lebensphase „Kindheit“ wies zur aktuellen Lebenszufriedenheit keine direkte Wechselbeziehung auf.

Die hier aufgeführten, die Lebenszufriedenheit unterstützenden Faktoren, können eine mögliche Erklärung der bei Frauen bestehenden Diskrepanz zwischen starken Belastungen in der mittleren Lebensphase, mit der oft schwierigeren Partnerwahl und den relativ hohen Werten in der aktuellen Lebenszufriedenheit geben. Gute soziale Kontakte, das Gefühl, angenommen und gebraucht zu werden, sowohl von Freunden, als auch von Angehörigen, sind wirksame protektive Faktoren, die zu einer deutlichen Verbesserung der allgemeinen Lebenszufriedenheit führen und eine wichtige Ergänzung zur Partnerbeziehung darstellen.

Auch in der BASE- Studie wurden die Persönlichkeitsfaktoren Neurotizismus und

Extraversion untersucht und es zeigte sich, wie Costa (1987) schon vermutete, dass eine geringe Ausprägung der Dimension „Neurotizismus“ und eine stärkere Ausprägung der Dimension „Extraversion“ mit dem Wohlbefinden (in dieser Studie durch den Faktor Lebenszufriedenheit nachgewiesen) signifikant korreliert. Costa und McCrae argumentierten, dass neurotische Menschen über die erhöhte Emotionalität hinaus schlechter mit Belastungssituationen umgehen können, weniger Selbstkontrolle besitzen und unrealistischere Ideen haben. Diese Verhaltensweisen erschweren die Auseinandersetzung mit den altersspezifischen, neu auftretenden Problemen. Extravertierte hingegen empfinden vermehrt positive Gefühle, weisen eine erhöhte Aktivität auf, suchen Stimulationen, sind gerne mit anderen Menschen zusammen und haben gelernt, sich zu behaupten. Dies sind Eigenschaften, die die Auseinandersetzung mit neuen Herausforderungen verbessern.

Insgesamt überwiegt bei den Probanden dieser Studie eine internale Kontrollüberzeugung, wobei sich bei den Frauen höhere Werte ergaben als bei den Männern (s. 7.2.6). Wiederum in der BASE- Studie (Smith, Baltes, 1996) wird ein positiver Einfluss der internalen Kontrollüberzeugung auf das Denken, Fühlen, Handeln und das subjektive Wohlbefinden beschrieben. Diese Beziehung spiegelt sich in der vorher beschriebenen Einflussnahme der Kontrollüberzeugung auf die Lebenszufriedenheit, wider.

Die mittlere Lebensphase ist geprägt von der Gründung einer Familie, dem Zusammenleben mit einem/r Partner/in und der beruflichen Verwirklichung. Es erscheint verständlich, dass die Zufriedenheit mit der eigenen Familie und das Zusammenleben mit einem Partner auch stark die Zufriedenheit in dieser Phase prägt, (s. 7.2.8 & 7.2.10). Zurückgreifend auf die im Abschnitt beschriebenen Folgen destruktiver Kindheiten konnte innerhalb der Studie ein interessanter Aspekt herausgefunden werden. 78% (s. 7.2.9) der alleinlebenden Probanden erlebten eine negativ geprägte Kindheit.

Die Frauen in der Statistik zeigen insgesamt eine höhere Bewertung für die SOZU-Skala (Soziale Integration, soziale Unterstützung). Trotz der objektiv vermehrt erfahrenen Belastungen in der mittleren Lebensphase verneinten sie die empfundenen sozialen Belastungen (s. 7.2.12). Bei den männlichen Probanden

zeigte sich eine signifikante Beziehung zwischen der Sozu- Bewertung und der Bewertung der Partnerschaft. Probanden mit einer guten mittleren Lebensphase bestätigten auch eine stärkere Zufriedenheit in den protektiv wirkenden Komponenten wie „soziale Integration“, „emotionale Unterstützung“, „familiäre Beziehung“. Dennoch erzielten sie insgesamt niedrigere Werte bezüglich der Lebenszufriedenheit und verspürten zusätzlich eine vermehrte Belastung (s. 7.1.19). In einer schon vorher erwähnten Studie (Borchert, Collatz, 1994 „Belastungssituationen und Bewältigungsstrategien von Frauen mit Kindern“, wurde ebenfalls der Einfluss von starkem sozialem Rückhalt auf die Verarbeitung von täglichem Stress untersucht. Das Ergebnis beweist, dass soziale Unterstützung und psychische Stressverarbeitung als intervenierende Faktoren anerkannt werden können. Die Mütter mit starkem sozialem Rückhalt beurteilten ihre Gesundheit z.B. als deutlich günstiger ($p < 0,0001$). Hiernach haben Verheiratete ein höheres subjektives Wohlbefinden (Gove, Hughes, Style 1983), eine bessere Stimmungslage (Balkwell, 1985) und weisen eine bessere psychische Gesundheit auf. Die Charaktereigenschaften, die sich günstig auf eine stabile und positive Partnerschaft auswirken, wurden wie folgt definiert: Offenheit und Verträglichkeit (Giguere, Fortin, Sabourin, 1999) und emotionale Stabilität (Kelly, Conley, 1987). In unserer Studie erfüllen Frauen einen Grossteil dieser genannten Eigenschaft ausgeprägter im Vergleich zu Männern. Die Frauen zeigten sowohl eine stärkere Zustimmung zur Gewissenhaftigkeit, als auch Verträglichkeit (s. 7.2.16). Aber nur die Verträglichkeit zeigte eine signifikant positive Beziehung zur Partnerschaft (s. 7.1.15). Diese protektiv wirkenden Charaktereigenschaften sind eine von vielen Variablen, die die Entwicklung zu einer ansteigenden Lebenszufriedenheit der weiblichen Teilnehmer im Alter erklären kann. Eine mögliche Interpretation wäre, dass die Frauen eine starke Mehrfachbelastung in der mittleren Lebensphase bewältigen mussten. Zumeist waren sie für die Kindererziehung, den Haushalt, teils auch für zusätzliches Geldverdienen und für die Pflege der Eltern und Schwiegereltern zuständig. Es gab jedoch nur wenige Bereiche, (im Gegensatz zu den Männern, die sich zumeist im Beruf ihre Bestätigung holten) in denen sie eine positive Resonanz von außen erwarten konnten. Oft stellten die Frauen durch ihr hohes Maß an Verträglichkeit, ihr soziales Denken und die gespürte Verantwortung für die Kinder eine Art Brücke und Zusammenhalt innerhalb der Familie dar.

Dieses verinnerlichte Geben vieler Frauen wird von einer Probandin wie folgt geschildert: *„Ich sehe mich als starke Frau... Ich möchte gebraucht werden, ich muss das haben, es ist wie mein Beruf den ich nicht erlernt habe, ich war Mutter und Hausfrau mit 13 Jahren.“* (Probandin no. 749)

9 Fazit und Ausblick

Die in dieser Arbeit erlangten Ergebnisse verdeutlichen die erst allmählich fassbaren Langzeitfolgen des 2. Weltkrieges und der direkten Nachkriegszeit für einen Teil der untersuchten Jahrgänge 1930-1932. Es zeigte sich, dass die Untersuchung der Langzeitfolgen eine differenzierte Betrachtung erfordert.

Die Traumatisierungen trafen die Probanden in unterschiedlichen Phasen ihrer psychosozialen und psychosexuellen Entwicklung. Außerdem wirkten sich Bombenangriffe, Flucht und Vertreibung, Trennung von Familienangehörigen, Abwesenheit des Vaters, Hunger und Armut, erlebte politische Repression oder auch eine Krankheit unterschiedlich auf die weitere Entwicklung aus. Am häufigsten blieben die Flucht, das Erleben von Tod oder einer schweren Krankheit als traumatische Erlebnisse im Gedächtnis. Zu den Langzeitfolgen gehören depressive Symptomatiken wie Antriebslosigkeit, Interesselosigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten, die vor allem nach dem Erleben von schweren Krankheiten und dem Erdulden von Bombardierungen auftraten und mit einer schlechteren Gesundheit mit geringerer Lebenserwartung assoziiert sind (s. Kapitel 2.2.1.).

Die Folgen einer von negativen Aspekten geprägten Kindheit hatten ebenfalls Auswirkungen auf das Älterwerden. Zusätzlich zu den depressiven Symptomen zeigten die betroffenen Probanden eine größere Unzufriedenheit in der mittleren Lebensphase und in ihrer Partnerschaft. Bei der Betrachtung der Lebensläufe bestätigten sich die partnerschaftlichen Problematiken nach dem Erleben schwerer Kindheiten. Als ein Grund wird die Abwesenheit des Vaters und die damit einhergehenden eingeschränkte Identitätsbildung gesehen.

Gleichzeitig wurden in dieser Arbeit sowohl protektive, als auch destruktive Einflüsse untersucht, die die individuelle Bewältigung von Traumata und die Ausprägung der Lebenszufriedenheit beeinflussen. Zu den Persönlichkeitsfaktoren, die die Lebenszufriedenheit positiv beeinflussen zählen: Extraversion, eine internal, positive Kontrollüberzeugung, eine hohe Verträglichkeit, eine positive Einstellung zum Altern, eine positive subjektive Bewertung der Gesundheit, eine gute soziale Integration und zufrieden stellende emotionale und praktische Unterstützung (s. Statistik no.7.2.10). Dem gegenüber standen einige, die Lebenszufriedenheit reduzierende Faktoren, die somit auch als Risikocharaktereigenschaften interpretiert werden können: Das

Bewertungskriterium PGC: Einsamkeit vs. Isolation, depressive Symptome (hohe NSL- und SDS- Werte), eine hohe external-chance Kontrollüberzeugung, hohe soziale Belastungen und ein ausgeprägter Neurotizismus.

Dem Phänomen der geschlechtsspezifischen Ausprägung von Langzeitfolgen konnte man sich durch die Analyse der protektiven, als auch der die Lebenszufriedenheit reduzierenden Faktoren annähern. Die Frauen weisen in der letzten Lebensphase unabhängig von ihrer Partnerschaft und den häufig negativeren Erlebnissen in der mittleren Lebensphase, eine ausgeprägtere Lebenszufriedenheit und eine stärkere Zufriedenheit mit sozialen Kontakten auf, zugleich empfanden sie geringere soziale Belastungen und bildeten weniger depressive Symptome aus.

Gleichzeitig konnten während der Bearbeitung der Fragestellung „geschlechtsspezifische Bewältigungsmechanismen nach Traumatisierungen“ die ungenügenden Forschungsergebnisse zu dieser Thematik konstatiert werden. Die theoretischen Aspekte der Traumabewältigung wurden vielfältig bearbeitet, jedoch fehlen Studien zu den geschlechts-typischen Bewältigungsmechanismen.

Die ILSE- Studie erfüllt die Aspekte der Langzeitstudie, legte jedoch den Schwerpunkt auf die Erforschung der das Altern positiv beeinflussenden Faktoren und begann mit den Untersuchungen der Probanden in einer Phase, in der viele Erinnerungen durch Verleugnung und Bagatellisierung bereits verdrängt wurden. Ein weiteres Problem liegt in der für diese Arbeit nur kleinen Probandengruppe, so dass kleine Variationen die statistischen Ergebnisse stark beeinflussen können.

Die detaillierten Interviews boten die seltene Möglichkeit, die individuellen Lebenswege und Bewältigungsmechanismen nach Traumata differenziert zu betrachten und bestätigten die Wichtigkeit der Erfahrungen in der Kindheit. Es konnte anhand der analysierten Lebenswege nachgewiesen werden, dass die Kindheit den Grundstein für Bindungs- und Beziehungsstile legt und die späteren Möglichkeiten einer effektiven Krisenbewältigung bestimmt. Deutlich wurde, dass die in dieser Studie untersuchten Probanden von den selbst traumatisierten Eltern kaum Hilfestellung für die Verarbeitung der Erlebnisse bekommen konnten.

Verdrängung, Verleugnung, Vergessen und teilweise Idealisierung verhinderten eine angemessene Traumaarbeit und unterstützten damit die Chronifizierung der Belastungen und das Entstehen von Somatisierungsstörungen.

Wir Mediziner müssen - unter Reflexion dieser Ergebnisse - beachten, dass wir nicht selbst durch die Abwehrmechanismen Verdrängung und Verleugnung der Wirksamkeit konflikthafter, fehlbewältigter psychischer Faktoren eine Bearbeitung der Problematik verhindern und psychosomatische Erkrankungen bahnen.

Gerade im Klinikalltag, in dem sich der Blick auf somatische Diagnosen konzentriert, wird deutlich wie wenig Bedeutung den psychischen Komponenten einer Erkrankung geschenkt wird. Im Gegensatz dazu fällt das Bedürfnis vieler älterer, vor allem allein stehender, Patienten auf, die jeden Moment nützen um von ihren Schicksalsschlägen häufig in ihrer Kindheit zu erzählen. Diesen Patienten wird oft kein Gehör geschenkt und die Somatisierung gefördert. Diesem Teufelskreis kann nur entgangen werden, wenn gelernt wird, dass der Mensch nur wenn er als ganzes betrachtet wird auch wirklich eine Chance bekommt gesund zu werden, doch hierfür braucht es noch viel Aufklärungsarbeit.

Somit scheinen umfangreiche Längsschnittuntersuchungen salutogenetischer Faktoren dringend erforderlich, damit die Lebenszufriedenheit und Gesundheit gesteigert, die Ursachen von chronischen Erkrankungen erkannt und somit die Kosten für jahrelange Therapien reduziert werden können.

Literaturverzeichnis

- Altgeld Th.** (Hrsg.)(2004) Männergesundheit: neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention Weinheim: Juventa Verl.
- **Anthony E.J.** (1974) The syndrome of the psychologically invulnerable child. In: Anthony E.J., Koupernik C. The child in his family: Children at psychiatric risk. New York: Wiley; S. 202- 230
 - **Antonovsky A.** (1997) Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT - Verl.; S. 92
 - **Antonovsky A.** (1979) Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being; San Francisco: Jossey – Bass; S. 194
 - **Bengel J., Stritmatter R., Willmann H.** (2001) Was erhält den Menschen gesund?: Antonovskys Modell der Salutogenese- Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise Köln: BZga
 - **Bode S.** (2001) Was sollen die alten Geschichten? Deutsche Kriegskinder - ein verschwiegenes Thema in Archiven und Medien? Kriegskinder gestern und heute; Bad Boll: Evangelische Akad.; S. 12
 - **Bohleber W.** (1997) Trauma – Identifizierung und historischer Kontext. Über die Notwendigkeit die NS- Vergangenheit in den psychoanalytischen Deutungsprozess einzubeziehen In: Psyche; Bd. 1: S. 958- 995
 - **Borchert H., Collatz J.** (1994) Zu Belastungssituation und Bewältigungsstrategien von Frauen und Kindern In: Zeitschrift für medizinische Psychologie 3: S. 109- 118
 - **Brähler E., Decker E., Radebold H.**(2003) Beeinträchtigte Kindheit und Jugendzeit im 2. Weltkrieg In: Radebold H.,(Hg.) „Kindheiten im 2. Weltkrieg und ihre Folgen“ Gießen: Psychosozial Verl.; S.51-60

- **Brähler E., Decker E., Radebold H.**(2004) Kriegskindheit und Vaterlosigkeit - Indizes für eine psychosoziale Belastung nach fünfzig Jahren In: Zeitschrift für Psychotraumatologie und psychologische Medizin 3: S.33- 41
- **Breslau N., Kessler R. C., Chilcoat H. D.** (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in community. In: Archives of general psychiatry 55: S.626-632
- **Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D.** (2000) Meta-Analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma- exposed adults. In: Journal of consulting and clinical Psychology 68: S. 748- 766
- **Butollo W., Hagl M., Krüsmann M.**(1999) Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma. Stuttgart: Pfeiffer, Klett – Cotta
- **Carter B., McGoldrick M.** (Hg.) (1988) The changing family life cycle. A framework for family therapy (2nd edition) New York: Gardner Press (Kap.3)
- **Clauß K.** (1931) Mutter und Sohn. Vom Werdegang vaterloser Halbweisen. In: Kroh O. (Hrsg.) Pädagogische Untersuchungen. VI. Reihe: Schwererziehbare und Erziehungsschwierigkeiten. Langensalza: Hermann Beyer & Söhne; Heft 1: S.1-104
- **Costa P. T., McCrae R. R.**(1985) The NEO Personality Inventory: Manual Form S and Form R Odessa, FL: psychological Assessment Resources
- **Costa P.T.** (1987) Longitudinal analyses of psychological well- being in a national sample: Stability of mean- levels. Journal of Gerontology, 42: S. 50- 55
- **Costa P.T., McCrae R.R.** (1992) Revised NEO Personality Inventory (NEO PI- R) and NEO Five Factor Inventory. Professional Manual, Odessa, Fl.: Psychological Assessment Resources In: [www.NEO-FFI. Handbuch.htm](http://www.NEO-FFI.Handbuch.htm)
- **Cowan E.L., Work W.C.** (1988) Resilient children, psychological wellness, and primary prevention. American Journal of Community Psychology 16: S.591-607

- **Cramer P.** (1991) The development of defence mechanism; Theory research and assessment New York In: Resch F. (1999b) Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalter – ein Lehrbuch Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union; S.243
- **Das neue Fischer Lexikon** (1981) Fischer Taschenbuchverlag S.6447
- **Davidson J.R.; Foa E.B.** (1991) Diagnostic issues in post-traumatic stress-disorder: Consideration for DSM- IV. Journal of Clinical Psychiatry 42: S. 4-13
- **Duden** (1997) Das Fremdwörterbuch
- **Felitti V.J.** (2003) Ursprünge des Suchtverhaltens: Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen. Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52: S. 547- 559
- **Filipp H.S.** (1990) Kritische Lebensereignisse München: Urban & Schwarzenberg
- **Fischer, G., Riedesser P.** (1998)Lehrbuch der Psychotraumatologie Reinhardt
- **Franz M.** (2004) Langzeitfolgen von Trennung und Scheidung In: Egle U. T. (Hg.) (2005) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen 3. Aufl., Stuttgart: Schattauer
- **Franz M., Liebert K., Schepank H.**(2004) Das Fehlen der Väter und die spätere seelische Entwicklung der Kriegskinder in einer deutschen Bevölkerungsstichprobe In: Radebold H. (Hg.) Kindheiten im II. Weltkrieg und ihre Folgen Gießen: Psychosozial- Verlag, S. 46- 55
- **Frommberger U.**(1999) Posttraumatische Belastungsstörungen In: Berger M. (Hrsg.) Psychiatrie und Psychotherapie München: Urban & Schwarzenberg S.741-762
- **Garmezny N., Rutter M.**(Hrsg.) (1983) Stress, coping and development of children. New York: McGraw- Hill

- **Gidycz C.** (1993) A sexual assault experience in adulthood and prior victimization experience: A prospective analyse In: Psychology of women quarterly 17: S. 151-168
- **Giguere J., Fortin C., Sabourin S.**(1999) Determinants of relationship satisfaction for people living in a first or second conjugal union“ In: International of journal of Psychology, 34: S.119-132
- **Greb T., Pilz U., Lamparter U.**(2003) Das erleben von Krieg, Heimatverlust und Flucht in Kindheit und Jugend bei einem kollektiv von bypassoperierten Herzinfarktpatienten. In: Radebold H. (Hrsg.)(2003) Kindheiten im 2. Weltkrieg und ihre Folgen. Gießen: Psychosozial - Verl.; S.101- 110
- **Gove W., Hughes M., Style C.** (1983) Does marriage have positive effects on the psychological well – being of the individual? Journal of Health and social Behaviour; 24: S. 122- 131
- **Heim C., Charles B., Nemeroff** (1999) Prädisponieren frühe Stresserfahrungen die Entwicklung einer Depression oder einer posttraumatischen Belastungsstörung im Erwachsenenalter? psychomed 11: S. 21
- **Horowitz M. J.** (1976) Stress response syndromes New York: Jason Aronson
- **Huber M.**(2003) Trauma und die Folgen. Bd. 1: Trauma und Traumabehandlung Paderborn: Junfermann S. 150
- **Kardiner A.** (1941) The traumatic neurosis of war New York: Paul B. Hoebner Inc. In: Landolt M.(2004) “Psychotraumatologie des Kindesalters” Hogrefe S.17
- **Kendler K.S.** (2001) Are there sex differences in the reliability of lifetime history of major depression and its predictors? Psychological medicine a journal for research in psychiatry and the allied science; Cambridge: Univ. Press. Bd. 31: S. 617- 626

- **Katschnig H., Demal U.**(2000) Trauer und Depression Wien: WUV Universitätsverlag In: Huber M.(2003) "Trauma und die Folgen. Bd.1 Trauma und Traumabehandlung Junfermann; S.150
- **Kelly E.L., Conley J.J.** (1987) Personality and compatibility: A prospective analysis of marital stability and marital satisfaction In: Journal of personality and social Psychology, 52: S.27-40
- **Khan M.M.R.**(1974) The privacy of the self Hogarth, London In: Riedesser P., Fischer G.(1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie Reinhardt: UTB Für Wissenschaft; S. 252
- **Kruse A.** (1993) Psychische Reaktionen auf gesundheitliche Belastungen im Alter In: Teichmann H., Meyer- Probst B., Roether D.(Hg.) Risikobewältigung in der lebenslangen psychischen Entwicklung Berlin: Verlag Gesundheit GmbH; S. 221-231
- **Klann N., Hahlweg K.** (1994) Beratungsbegleitende Forschung. Evaluation von Vorgehensweise in der Ehe- , Familie -, Lebensberatung und ihre spezifischen Auswirkungen Stuttgart: Kohlhammer
- **Krystal H.** (1978) Trauma and affects. Psychoanalytic study of children 33: S.81-116
- **Landolt M.**(2004) Psychotraumatologie des Kindesalters Göttingen: Hogrefe; S.55
- **Lang H., Faller H.**(1998) Medizinische Psychologie und Soziologie Berlin: Springer-Verlag
- **Lazarus R.S., Avрил J.R., Opton E.** The Psychology of coping: Issues of research and assessment In: Coehlo G.V., Hamburg D., Adams J.E.(1974) Coping and adaptation. New York: Basic Books; S. 249 - 315

- **Lazarus R.S., Launier R.** (1978) Stress related transactions between person and environment In: Pervin L.A., Lewis M. Perspectives in interactional psychology New York: Plenum Press; S. 287- 327
- **Leuzinger - Bohleber M.** (2003) Die langen Schatten von Krieg und Verfolgung: Kriegskinder in Psychoanalysen. Beobachtungen und Berichte aus der DPV. Psyche-Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 57: S. 982- 1016
- **Lifton R.J.** (1993) From Hiroshima to the Nazi doctors. The evolution of psychoformative approaches to understanding traumatic stress syndromes. In: Wilson JP, Raphael B.; International handbook of traumatic stress syndromes. New York: Plenum
- **Lorenz H.**(2003) Kriegskinder, das Schicksal einer Generation München: List; S. 295
- **Maercker A.** (Hrsg.)(1997) Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen Berlin: Springer
- **Maercker A.** (1999) Lifespan psychological aspects of trauma and PTSD: Symptoms and psychosocial impairments. In: Maecker A., Schützwohl M., Solomon Z. Post-traumatic stress disorder. A lifespan development perspective. Seattle: Hogrefe & Huber
- **Mayer K.U., Baltes P.B. (Hg.)** (1996) Die Berliner Altersstudie: (das höhere Alter in interdisziplinärer Perspektive) Berlin: Akad. Verl.
- **Marcia J.A.** (1980) Identity in adolescence In: Adelson J. (Hrsg.)Handbook of adolescence psychology New York: Wiley; S. 159- 187
- **Martin P.** (2000) Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) Forschungsberichte aus dem DZFA- Nr. 8 (Juli 2000)

- **Martin P., Ettrich K.U., Roether D.** (2000) Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Ergebnisse der Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) Darmstadt: Steinkopf
- **Martin P., Martin M.** (2000) Design und Methodik der Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) Abschlussbericht über den 2. Untersuchungsdurchgang. Forschungsberichte aus dem DZFA- Nr.8 (Juli 2000)
- **Mayer K.-U., Baltes P.B.** (1996) Die Berliner Altersstudie: - das höhere Alter in interdisziplinärer Perspektive Berlin: Akademie Verl.
- **McCormick R.A., Taber J.I., Kruegelbach N.** (1989) The relationship between attribution style and posttraumatic stress disorder in addicted patients Journal of traumatic stress; 2: S. 477- 487
- **McFarlane, De Girolamo G.** (1996) The traumatic stressors and the epidemiology of posttraumatic reactions. In: van der Kolk B., Mc Farlane Ac, Weiseth L. Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: Guilford; S. 129- 154
- **Miller A.** (2005) Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren selbst In: Radebold H.(2005) Abwesende Väter und Kriegskindheiten Vandenhoeck & Ruprecht S.22
- **Mitscherlich A., Mitscherlich M.**(1968) Die Unfähigkeit zu trauern München: Piper S.13-83
- **Möller H.J., Laux G., Deister A.** (2001) Psychiatrie und Psychotherapie Stuttgart: Thieme S. 349
- **Möller H.-J., Laux G., Kapfhammer H.-P.**(2000) Psychiatrie und Psychotherapie Berlin: Springer; S.1250- 1261

- **Müller L., Petzold H.G.** (2003) Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den social support und die Psychotherapie bei älteren Menschen
www. Fpi-publikationen.de/polyloge
- **Oerter R., Montada L.**(1995) (Hg.) Entwicklungspsychologie Weinheim: Psychologie Verlag
- **Olbrich E.; Brüderl L.**(1986) Frühes Erwachsenenalter: Partnerwahl, Partnerschaft, Elternschaft Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie; 3: S. 189-213
- **Perring – Chiello Pasqualina** (1997) Wohlbefinden im Alter Juventa: Materialien; S. 15-18
- **Perloff L.S.**(1983) Perceptions of vulnerability to victimization Journal of Social Issues; 39: S. 41-61
- **Perry B.** (1995) Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How “States” become “traits” infant mental In: Health Journal; 16: S. 271-291
- **Petermann F., Kusch M., Niebank K.** (1998) Entwicklungspsychopathologie Weinheim: BELTZ Psychologie Verlags Union
- **Petzold H.G., Petzold G.** (1993) Soziotherapie als methodischer Ansatz in der integrativen Therapie In: Müller L., Petzold H.G. (2003) Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den social support und die Psychotherapie bei älteren Menschen www. Fpi-publikationen.de/polyloge
- **Rabkien J.G. et al.** (1993) Resilience in adversity among long- term survivors of AIDS. Hospital and community Psychiatry; 44: S. 162-167
- **Radebold H.**(2000) Abwesende Väter. Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

- **Radebold H.**(2005) Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit Klett - Cotta; S. 111
- **Radebold H.**(2004) Bei Diagnose historisch denken Deutsches Ärzteblatt; 101; Heft 27: S. B1637
- **Radebold H.**(2005) Abwesende Väter und Kriegskindheit. Fortbestehende Folgen in Psychoanalysen. Vandenhoeck & Ruprecht; S.170
- **Radebold H.** (2004) (Hg.) Kindheiten im 2. Weltkrieg und ihre Folgen Gießen: Psychosozial- Verl.
- **Radebold H.**(2005) Kollektive Aufarbeitung ist notwendig Deutsches Ärzteblatt/ 102/Heft17: S. B 994
- **Reichling G.** (1986) Die deutschen Vertriebenen in Zahlen Teil 1: Umsiedler, Verschleppte, Vertriebene, Aussiedler 1940-1985 Kulturstiftung der deutschen Vertriebenen. Meckenheim: Wahrlich- Druck
- **Reinecker H.** (2003) Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie 4.Aufl.; Göttingen: Hogrefe; S. 159
- **Resch F.** (1996) Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalter: ein Lehrbuch Weinheim: Beltz Psychologie Verlags - Union
- **Resick P.A.** (2003) Stress und Trauma: Grundlagen der Psychotraumatologie Bern: Huber S.115- 117
- **Reulecke J.** (2005) Die junge Generation von 1930 wird alt- Erfahrungen der jugendbewegten „Jahrhundertgeneration“ in der Selbstreflexion In: Radebold H.(Hg) Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit Klett - Cotta; S. 85
- **Riedesser P.**(2003) Entwicklungspsychotraumatologie In: Herpertz- Dahmann B. (Hrsg.) Entwicklungspsychiatrie Stuttgart: Schattauer; S. 243- 252
- **Riedesser P., Fischer G.**(1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie Reinhard: UTB für Wissenschaft; S. 252;

- **Roether D.** (2005) Abschlussbericht zum Forum- Projekt - Stabilität und Veränderung körperlicher und psychischer Merkmale im Altersverlauf
- **Rosenthal G.**(1992) Kollektives Schweigen zu den Nazi- Verbrechen. Bedingungen der Institutionalisierung einer Abwehrhaltung. In: Psychosozial 15: S.22-33
- **Rüger U., Blomert A. F., Förster W.** (1990) Coping: theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Messinstrumente zur Krankheitsbewältigung. Göttingen: Verl. für Medizinische Psychologie im Verl. Vandenhoeck & Ruprecht; S. 18-27
- **Rutter M.** (1990) Psychosocial resilience and protective mechanisms In: Rolf J. (ed.) Risk and protective factors in the development of psychopathology New York: Cambridge: University Press
- **Rutter M.** (1990) Commentary: Some Focus and Process considerations regarding Effects of parental depressions- on children. Development psychology 26: S.60-67
- **Schepank H.** (1987) Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung: ein Epidemiologische- tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim Berlin: Springer
- **Scheuerer- Englisch H.** (2003) Wege zur Sicherheit – Bindungswissen in Diagnostik und Intervention Gießen: Psychosozial- Verl.
- **Schmitt M.** (2001) Zur Bedeutung intrapersonaler und beziehungspezifischer Merkmale für die erlebte Ehequalität im mittleren Erwachsenenalter Frankfurt am Main: Lang
- **Schützwohl M., Maercker A., Manz R.** (1999) Long – term posttraumatic stress reaction, coping and social support, a structural equation model in the group of former political prisoners In: Maercker A., Schützwohl M., Solomon Z. Posttraumatic stress disorder: A Life span development perspective. Seattle: Hogrefe& Huber; S. 201- 220
- **Selye H.** (1936) A syndrome produced by noxious agents In: Nature148: S. 84- 86

- **Sieverding M.** (1994) Frauen und psychische Gesundheit. Die Rolle „männlicher“ und „weiblicher“ Persönlichkeitseigenschaften In: Nuber U. (Hrsg.) Bin ich zu verrückt?! Was Psychotherapie für Frauen leistet - und was nicht Zürich: Kreuz; S.13-19
- **Smith J., Baltes P. B.** (1996) Altern aus psychologischer Perspektive: Trends und Profile im hohen Alter In: Mayer U., Baltes P.B.(Hrsg.) Die Berliner Altersstudie Berlin: Akademie Verlag; S. 222- 250
- **Sperling U.** (2000) Einflüsse aus der Biografie auf die gegenwärtige Gesundheit und Zufriedenheit In: Martin P., Martin M., Schmitt M., Sperling U. Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Abschlussbericht über den 2. Untersuchungsdurchgang. Forschungsberichte aus dem DZFA- Nr. 8 (Juli 2000) S. 51- 62
- **Staudinger U. M.** (1996) Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität In: Mayer K.-U., Baltes P.B. Die Berliner Altersstudie Akademie Verlag; S. 321- 350
- **Statistisches Bundesamt** (Hrsg.)(2003) Statistisches Jahrbuch 2003 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel
- **Teegen F., Meister V.**(2000) Traumatische Erfahrungen von Flüchtlingen und heutige Belastungsstörungen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie &- Psychiatrie 13: S.112-124
- **Teegen F., Meister V.** (2000) Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des 2.Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. In: ZfGP 13: 112-124
- **Teegen F., Cizmic L.-D.** (2003) Traumatische Lebenserfahrungen und heutige Belastungsstörung pflegebedürftiger alter Menschen In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & - psychiatrie 16: S. 77- 91

- **Thomae H.**(1968) Das Individuum und seine Welt. Eine Persönlichkeitstheorie.
Göttingen: Hogrefe
- **Thomae H.**(1983) Altersstile und Altersschicksale Bern: Huber
- **Ulich D.**(1987) Krise und Entwicklung Psychologie Verlag; S. 2-6; S. 65- 67
- **van der Kolk B. A., van der Hart O., Brown B.** (1989) Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress In: Journal of traumatic stress 2: S. 365-378
- **Walter J.**(1998) Psychotherapeutische Arbeit mit Flüchtlingskindern und ihren Familien In: Endres M., Biermann G. (Hg.) Traumatisierung in Kindheit und Jugend. München, Basel: Reinhardt; S.59-77
- www.dzfa.de/afe/projekte_ilse.html

Thesen

zur Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock

Thema der Arbeit: Kriegskindheit und ihre Folgen im biografischen Kontext - Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)

Vorgelegt von: Lena Alipoe- Schnetzer, geb. am 20.02.1980 in Hannover

Es wurden die Biografien von 52 Rostocker Probanden der Geburtskohorte 1930- 32 im Rahmen der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters hinsichtlich berichteter Kriegstraumatisierungen ausgewertet und überprüft, ob und wie sich derartige Traumata im Alternsprozess niederschlagen. In der Trauma-Forschung (H. Radebold, Thure von Uexküll u.a.) wird in diesem Zusammenhang den Aspekten körperlicher und seelischer Gesundheit besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

1. Die Ursache für psychosomatische Erkrankungen ist häufig eine mangelhafte Verarbeitung kritischer Lebensereignisse in der Biografie von Patienten. Ein nicht ausreichend zuhörendes und haltgebendes soziales Umfeld fördert die Tendenz zu Somatisierungsstörungen, die durch eine rein organmedizinische Sicht nicht erkannt werden und zu einer Chronifizierung des Leides führen kann.
2. Der Gesundheitszustand wird durch protektive Faktoren wie positive Wirksamkeit, die Zufriedenheit mit dem Altern und geringe Ausprägung depressiver Symptome beeinflusst. Bei Fehlen dieser schützenden Grundvoraussetzungen besteht die Gefahr der Tabuisierung, seelisches Leid wird durch körperliche Missempfindungen zum Ausdruck gebracht.
3. Menschen, die unter gleichen oder ähnlich widrigen Umständen leben, die vergleichbare negative Lebensereignisse „critical life events“ bewältigen müssen, zeigen aufgrund ihrer individuellen Anlagen und Erfahrungen unterschiedliche Reaktionen.

4. Die Auswirkungen von Traumatisierungen sind abhängig vom Alter, der Dauer und Art der Traumatisierung, sowie von protektiven Faktoren (wie sichere Bindungen).
5. Durch Ressourcen und Bewältigungsmechanismen, die vorrangig in der frühen Kindheit aufgebaut werden, können schwere Einschnitte im Leben eher verarbeitet und ein gesundes Weiterleben ermöglicht werden.
6. Es gibt in der Verarbeitung und der Reaktion auf Traumatisierungen geschlechtsspezifische Unterschiede. Frauen mussten sich häufig bereits in der mittleren Lebensphase mit ihren Erlebnissen auseinandersetzen, während Männer erst beim Wegfall der Kompensationsmöglichkeiten (u.a. berufliches Engagement) mit diesen konfrontiert wurden und so z.B. eine geringere Zufriedenheit mit dem Altern entwickelten.
7. Personen mit erlebten Kriegstraumata zeigen Merkmale einer mangelhaften gefühlsmäßigen Problembearbeitung wie Mangel an Erschrecken und Betroffenheit über das selbst erlebte Schicksal. Eine Konsequenz der Unfähigkeit zu Trauern besteht in der langfristigen Unterdrückung der Gefühle und der Angst.
8. Die Ausbildung einer eigenen Identität in der Entwicklung vom Kind zum jungen Erwachsenen ist durch das kriegsbedingte Fehlen von Beziehungsvorbildern (z.B. Abwesenheit des Vaters mit Idealisierung und Entwertung) und durch die (verfrühte) Übernahme von Verantwortlichkeit gegenüber der Familie erschwert. Die damit einhergehenden eingeschränkten pubertären Entwicklungsmöglichkeiten beeinflussen die späteren Partnerschaften.
9. Im Prozess des Alterns können fehlverarbeitete kritische Lebensereignisse erneut an persönlicher Bedeutsamkeit gewinnen und die Bewältigung alterstypischer Veränderungen erschweren.

10. Eine stabile und austauschbereite Partnerschaft beeinflusst die Bewältigung früherer traumatisierender Erlebnisse positiv und reduziert die Ausprägung depressiver Symptome.

11. Die individuelle Bewältigung der Kriegskindheitstraumatisierung und der Grad der Lebenszufriedenheit wird durch das Erleben der eigenen Wirksamkeit, die persönlichen Gestaltungsmöglichkeiten, eine gute soziale Integration und eine positive subjektive Bewertung der Gesundheit positiv beeinflusst.

12. Die Studie verdeutlicht, dass sowohl geschlechtsspezifische Bewältigungsmechanismen wie auch transgenerationale Erfahrungen und Auswirkungen intensiver beforscht werden müssen, um Vermeidung und Verleugnungstendenzen reduzieren zu können und Wege zu finden, die averbale somatisierten Mitteilungen besser zu verstehen.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei Jenen bedanken die mir bei der Fertigstellung dieser Arbeit geholfen haben.

Zuerst möchte mich bei Frau Prof. Dr. D. Roether bedanken, dass sie mir viel Raum für die eigenständige Gestaltung der Arbeit gab, es aber verstand mich dann im richtigen Moment in meiner Arbeit, mit ihrer wohlwollenden Kritik zu unterstützen. Eine große Hilfe, v.a. bei den Literaturreserchen war mir Frau B. Langfeld, die mir liebevoll die große Welt der Literatur eröffnet hat.

Auch bedanken möchte ich mich bei Jenen die im Vorfeld die ILSE- Studie geplant, die Interviews durchgeführt haben, aber auch bei denen mir unbekannt gebliebenen Probanden, deren Lebensgeschichten meiner Arbeit erst die Grundlage gaben.

Das Thema fasziniert mich trotz etlicher Durststrecken bis heute und beeinflusst mein Verständnis für die betroffenen Generation.

Vielen Dank

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die eingereichte Dissertation selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Werken wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Rostock, Februar 2007