

Traumata. In J. Brunner & N. Zajde (Hrsg.), *Holocaust und Trauma* (S. 137–160). Göttingen: Wallstein.

Kestenberg, J. S. (1974). Kinder von Überlebenden der Naziverfolgung. *Psyche*, 3, 259–265.

Kestenberg, J. S. (1995a). Überlebende Eltern und ihre Kinder. In M. S. Bergmann, M. E. Jucovy & J. S. Kestenberg (Hrsg.), *Kinder der Opfer. Kinder der Täter: Psychoanalyse und Holocaust* (S. 103ff.). Frankfurt/M.: Fischer.

Kestenberg, M. (1995b). Diskriminierende Aspekte der deutschen Entschädigungspraxis: Eine Fortsetzung der Verfolgung. In M. S. Bergmann, M. E. Jucovy & J. S. Kestenberg (Hrsg.), *Kinder der Opfer. Kinder der Täter: Psychoanalyse und Holocaust* (S. 74–99). Frankfurt/M.: Fischer.

Khan, M. M. R. (1963). The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of Child*, 18, 286–306.

Klein, H. (2003). Überleben und Versuche der Wiederbelebung. Psychoanalytische Studien mit Überlebenden der Shoah und mit ihren Familien in Israel und in der Diaspora. In C. Biermann & C. Nedelmann (Hrsg.), *Jahrbuch der Psychoanalyse (Beiheft 20)*. Stuttgart-Bad Cannstadt: Frommann-Holzboog.

Krell, R. (1985). Therapeutic value of documenting child survivors. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(4), 408–412.

Krell, R. (2003). Die nicht anerkannten und verborgenen Überlebenden der Shoah. In A. Rossberg & J. Lansens (Hrsg.), *Das Schweigen brechen* (S. 129–136). Frankfurt/M.: Peter Lang.

Kruse, A. (2011). Mitverantwortliche Lebensführung als eine mögliche Antwort auf Traumatisierung. In B. Bloch (Hrsg.), *»Nach dem Überleben«. Psychosoziale und medizinische Auswirkungen der Shoah auf die Generation Child Survivors* (S. 34–40). Frankfurt/M.: Tagungsband der ZWST.

Lansens, J. (2009). Opfer des Naziterrors und stalinistischen Terrors: Aspekte der Probleme und Fürsorge im Alter. In B. Bloch (Hrsg.), *Rezeption der Shoah und ihre Auswirkungen auf die Praxis* (S. 26–31). Frankfurt/M.: Tagungsband der ZWST.

Lansens, J. & Cels, J. P. (1992). Psycho-educative group therapy for Jewish child survivors of the holocaust and non-Jewish child survivors of Japanese concentration camps. *Israel Journal of Psychiatry*, 29, 22–32.

Maercker, A. (2003). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung*. Berlin: Springer.

Maercker, A. & Forstmeier, S. (Hrsg.). (2013). *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung*. Berlin: Springer.

Moskovitz, S. (1983). *Love despite hate: Child Survivors of the Holocaust and their adult lives*. Schocken Books: New York.

Ornstein, A. (1986). The Holocaust: Reconstruction and the establishment of psychic continuity. In A. Rothstein (Hrsg.), *The Reconstruction of Trauma. Its Significance in Clinical Work* (S. 184–185). Madison/Conn.: International Universities Press.

Staszewski, N. (2009). Der »Treffpunkt« in Frankfurt – ein Pilotprojekt der ZWST im Wandel. In B. Bloch

(Hrsg.), *Rezeption der Shoah und ihre Auswirkungen auf die Praxis* (S. 59–62). Frankfurt/M.: Tagungsband der ZWST.

Van der Hal-van Raalte, E. (2007). *Early childhood Holocaust survival and the influence on well-being in later life*. Dissertation, Universität Leiden, Niederlande.

**Lost childhood - Holding onto dignity in old age. On psychotherapy and Counselling with adults from the »Child Survivor« generation in old age**

**Abstract:** This article presents the clinical experiences as well as research-related discourses for the psychotherapeutic support of the child survivor generation, in particular at an older age. With the integration of intra- and inter-psychic special features, different trauma-reactive disorders and the challenges of the ageing process as well as coping strategies and defence mechanisms gained throughout their entire lives, tried and tested intervention possibilities and docile therapeutic principles are outlined, which illustrate the social factors within this context. This is supposed to be conveyed to the readers by means of examples from day-to-day treatments in Germany and Israel.

**Keywords:** Child Survivors, cumulative traumatic experiences, ageing, social resources, long-term effects of the Shoah

**Die Autorin**

**Doreen Röseler**, Diplom-Psychologin. Psychologiestudium (FU Berlin), Approbation als Psychologische Psychotherapeutin (TP/Psychoanalyse) sowie Klinische Neuropsychologin (GNP). Langjährige wissenschaftliche Mitarbeiterin der PUK Charité im Bereich der Gerontopsychiatrie und hauptberuflich in freier Praxis tätig sowie Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Berlin. Forschungsschwerpunkte: Traumabewältigung über die Lebensspanne, Transgenerationalität psychischer Traumata, psychoanalytische Literaturwissenschaft.

**Kontakt**

Doreen Röseler  
Psychoanalytikerin  
Praxis für Psychotherapie  
Schönhauser Allee 163  
10435 Berlin  
E-Mail: droeseler@zedat.fu-berlin.de

# Depression in den mittleren Lebensjahren – Zusammenbruch oder Aufbruch?

Marie-Luise Hermann

psychosozial 40. Jg. (2017) Heft I (Nr. 147)  
www.psychosozial-verlag.de/ps

**Zusammenfassung:** In der stationären und ambulanten Psychotherapie zeigen sich in den mittleren Lebensjahren bis zum Beginn des »dritten« Alters psychische Krisen gehäuft als »Burnout« oder Erschöpfungsdepression sowie komorbide Angst- und Traumafolgestörungen. Der Beitrag geht der Frage nach, ob die psychoanalytischen Erklärungsmodelle der Depression und der impliziten Annahme »eines« Erwachsenenalters bis zur Schwelle ins Seniorenalter zum Verständnis der Auslöser und aktuellen Lebensumstände ausreichend sind. Anhand klinischer Beobachtungen werden Hypothesen begründet, die zusätzlich eine zeitgeschichtliche Perspektive auf die Generation der »Babyboomer« als Kinder der Kriegskinder vorschlagen. Konstellationen von transgenerationalen Traumafolgen, von Parentifizierung und von kräfteaubenden Abwehr-, Bewältigungs- und Anpassungsmechanismen können in den mittleren Jahren zum erschöpften Zusammenbruch führen. Zwischen innerpsychischem Druck unerfüllter Triebwünsche und dem ersten Druck des Älterwerdens bietet die Verarbeitung eine Chance zur Befreiung aus unbewussten Delegationen und zum Aufbruch in eine größere innere Freiheit als Vorbereitung auf das dritte Alter.

**Schlüsselwörter:** Depression, Lebensmitte, Babyboomer, transgenerationale Traumafolgen, Alter

## 1. Einleitung

In den letzten Dekaden haben sich einige Vertreter der deutschsprachigen Psychoanalyse für ein spezifisches Verständnis des Alternsprozesses und dessen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit zu interessieren begonnen und Modelle lebenslanger Entwicklung mit Herausforderungen und Chancen bis ins hohe Alter erarbeitet (u. a. Radebold, Heuft, Peters; siehe Abschnitt 2). Dies hat zu einer Spezialisierung in Form von Behandlungskonzepten für Psychotherapie im Alter und zu Weiterbildungsmöglichkeiten für ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen geführt.<sup>1</sup> Diese Pionierarbeiten haben Verdrängungstendenzen und Altersstereotype in der eigenen Disziplin bewusst gemacht und vom interdisziplinären Dialog mit der soziologischen und psychologischen Geron-

tologie und ihren Theorien des »erfolgreichen Alterns« sowie von der vom somatischen Alterungsprozess ausgehenden Medizin profitiert. Neben Forschungsarbeiten und einer eigenen Zeitschrift (*Psychotherapie im Alter*)<sup>2</sup> hat sich dies in ambulanten und stationären altersspezifischen Angeboten niedergeschlagen. Dennoch besteht weiterhin eine Unterversorgung sowohl in der Bereitschaft zur Behandlung Älterer als auch in deren Inanspruchnahme von Psychotherapie (Zank et al., 2010, S. 228f.; Peters et al., 2013).

Um Älteren in der psychotherapeutischen Grundversorgung mit einer differenziellen Sicht des Alter(n)s begegnen und auf ihre Bedürfnisse eingehen zu können, ist ein fundiertes Wissen notwendig, an welchen Aufgaben des Älterwerdens sich häufig psychische Krisen unter anderem mit depressiven und Angstsymp-

tomen bilden können. Mit den ersten Jahrgängen der »68er-Bewegung« im Rentenalter werden deren individualisierte Lebensentwürfe und Gestaltungswünsche an ein lange aktives und selbstbestimmtes Alter auch die Vielfalt der Lebensstile bereichern.

Die meisten geburtenstarken Jahrgänge befinden sich jedoch noch vor Beginn des »dritten Alters« mit 60 Jahren. Die Angehörigen der »Babyboomer-Generation« der deutschen Nachkriegs-Geburtsjahrgänge 1955 bis 1969<sup>3</sup> stecken noch mitten oder am Ende des Erwerbslebens und der Familienphase, begleiten oder betreuen gleichzeitig alternde Eltern und heranwachsende Kinder. Sie gelten bereits ab 50 als »ältere ArbeitnehmerInnen«, obwohl sie häufig bestens qualifiziert, leistungsorientiert, weitergebildet und umstrukturierungserfahren sind und sich keineswegs als Ältere fühlen. Jedoch sind viele von ihnen körperlich und psychisch sehr erschöpft und suchen wegen Ausgebranntseins therapeutische Praxen und Kliniken auf. Bei frühem Erkennen trifft das gesellschaftlich weniger tabuisierte Etikett »Burnout-Syndrom« zu, der Übergang zur Diagnose Erschöpfungsdepression in allen Schweregraden ist jedoch fließend.

Was treibt diese Generation um? Was macht viele so erschöpft und krank? Sie stehen an der Schwelle des Alterwerdens und spüren dessen erste Anzeichen körperlich und im Berufsleben als stark erhöhten Leistungsdruck und als Angst vor Stellenverlust. Werden wir diesen PatientInnen gerecht, wenn wir sie ausschließlich mit den Kenntnissen psychoanalytischer Behandlungskonzepte verschiedener Depressionsformen behandeln? Im folgenden Abschnitt werden die Häufigkeiten und Beschwerdebilder affektiver Störungen in der zweiten Lebenshälfte sowie allgemeine psychodynamische Erklärungsansätze der Depression skizziert, ergänzt um psychoanalytische Entwicklungsmodelle des Alterns, die Erkrankungen bedingt durch die aktuelle Lebenssituation (Aktualkonflikte), neurotische Konflikte, strukturelle Pathologien und Traumafolgen unterscheiden.

Als weitere, zeitgeschichtliche Perspektive wird die in den letzten Jahren von öffentlichem Interesse begleitete Fachdiskussion über

die transgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen der Holocaust-Überlebenden, aber auch der Zeitzeugen des Zweiten Weltkriegs an die Kinder bis zu den Enkeln einbezogen. Unter welchen Folgen der Mitverantwortung, Ideologisierung und Erziehungsprägung im Nationalsozialismus sowie traumatischen Erfahrungen von Krieg, Vertreibung und Flucht ihrer Großeltern und Eltern leiden Angehörige der Enkelgeneration, die »Babyboomer«? Wie wirken sich unverarbeitete Verluste, Ängste und Traumatisierungen der Kriegskinder auf die Abwehr- und Bewältigungsmechanismen der Kriegsenkel bei denjenigen aus, die in oder nach der Lebensmitte an einer Erschöpfungsdepression erkranken?

Die praxisbezogene Perspektive der Autorin beschreibt Beobachtungen aus der klinischen Arbeit in der stationären und ambulanten »Psychotherapie 50+«. Könnten wir es mit einer »Generation Erschöpfung« zu tun haben? Handelt es sich auch um Krisen aus Angst vor dem Älterwerden? Welches Wissen aus der Psychotherapie im Alter ist für die Altersgruppen nützlich, die zwischen hoffnungsvollen Wünschen und Ängsten auf das Älterwerden und die Nachberufsphase zugehen? Könnte eine Psychotherapie in der Lebensmitte dazu beitragen, sich auf ein psychisch gesundes Alter vorzubereiten und somit präventiv wirken? Ein multiperspektivischer Blick kann hilfreich sein, denn ein Hauptmerkmal dieser Kohorten ist: Sie sind viele.

## 2. Häufigkeiten der Depression und psychodynamische Erklärungsmodelle

### 2.1 Depression im mittleren und höheren Lebensalter

In Europa beträgt die Lebenszeitprävalenz diagnostizierter Depressionen 11,6%, Frauen sind in allen Altersgruppen etwa doppelt so oft betroffen (Wittchen et al., 2011). Die Datenlage scheint nicht einheitlich. Nach Wittchen et

al. nehmen die Häufigkeiten zwischen 30 und 69 Jahren stetig zu (Wolfersdorf et al., 2015, S. 863), Riedel-Heller und Lupp (2014) beschreiben hingegen über die Lebensspanne eine U-Kurve mit hohen Werten bei jungen Erwachsenen und über 70-Jährigen und niedrigeren Werten der 50- bis 60-Jährigen. In der Metaanalyse von Lupp et al. (2012) liegt die Prävalenz einer Major Depression bei über 75-Jährigen nach Diagnosekriterien bei 7,2% und 17,1% für eine klinisch relevante Symptomatik. Zusätzlich erschwert ist die Differenzialdiagnose depressiver Störungen im Alter durch organische Beschwerden, beginnende Demenz oder Multimorbidität (Schneider & Heuft, 2012).

Auch für die Schweiz ist eine Zunahme depressiver Störungen im Alter belegt, gleichzeitig nimmt der Anteil der wegen psychischer Störungen Behandelten im Vergleich zu Jüngeren ab (Melcher & Leyhe, 2015). Die Autoren vermuten einen Zusammenhang zwischen unzureichender Diagnostik und Therapie und der deutlich erhöhten Suizidrate im Alter.

Wolfersdorf et al. (2015) beschreiben die »vielen Gesichter« der Depression im Lebenszyklus (ebd., S. 862). Während im Kindes- und Jugendalter Verhaltensstörungen stärker im Vordergrund der Symptomatik stehen, entspricht die Depression im mittleren Lebensalter der Symptombeschreibung der Diagnosekriterien der ICD-10. Als Auslöser werden das Burnout-Syndrom als arbeitsbezogene Vitalitätsstörung sowie Depression als Folge von Verlust- oder Belastungssituationen, Geburt oder körperlichen Erkrankungen genannt. Im Alter von über 65 Jahren treten häufiger auch leichtere, subklinische Depressionsformen und eine »Betonung kognitiver und somatischer Symptome« auf (ebd., S. 868). Die Autoren führen eine Verlagerung der Depressionsformen auf gesellschaftliche Veränderungen zurück: Die früheren Formen der »endogenen« und »neurotischen« Depressionen seien seltener geworden, sodass die »Über-Ich-Depression« durch eine »Ich-Ideal-Depression« abgelöst werde; es gehe um Scham statt Schuld (ebd., S. 862). Die »Es-Depression« werde von »Ungeborgensein« abgelöst. Heute sei die »Ich-Depression« als »Kombination aus erlebter existenzieller Be-

drohtheit [...] und externalisiertem Scheitern« (Burnout, Kränkung, Mobbing u. a.) am häufigsten zu beobachten (ebd., S. 863). Somit ändere sich im gesellschaftlichen Kontext auch die Psychodynamik und in geringerem Ausmaß die Psychopathologie.

Die stärkere Betroffenheit von Frauen legt auch geschlechtsspezifische Untersuchungen nahe. Gemäß Krüger (2015) erkranken 20% der Frauen in der Perimenopause zum ersten Mal an einer affektiven Störung, davon 25% an einer mittelgradigen und 40% an einer schweren Depression. In den Wechseljahren bestehe ein 14-fach erhöhtes Risiko für eine affektive Störung gegenüber anderen Zeitpunkten im Leben der Frau (Bromberger & Kravitz, 2011, zit. nach Krüger, 2015, S. 874). Dies wird aus dem Zusammenspiel der sinkenden Geschlechtshormone mit Neurotransmittersystemen, aber auch mit psychischen Faktoren wie unerfülltem Kinderwunsch, Trennungen, Auszug der Kinder und nachlassender Attraktivität erklärt.

Zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei depressiven Erkrankungen aller Schweregrade bei über 60-Jährigen untersuchten Gühne et al. (2014) systematische Übersichten und Metaanalysen von randomisierten kontrollierten Studien. Psychotherapeutische Interventionen sind unabhängig von Settings und Therapieschulen signifikant wirksamer als die Kontrollgruppen, es liegen jedoch nur wenige Studien zu psychodynamischer Psychotherapie vor und keine Studie untersuchte explizit über 75-Jährige.

Depressionen im Alter seien »unterdiagnostiziert und unzureichend therapiert« und gehen mit einem erhöhten Risiko für somatische Morbidität, ungünstigeren Rehabilitationseffekten und Suizid einher (Wächter, 2013, S. 120). Der Autor beschreibt Psychotherapie im Alter als »möglich, erfolgreich und befriedigend«, auch für über 75-Jährige (ebd., S. 125).

### 2.2 Komorbide Störungen: Angst- und Traumafolgestörungen

In der Diagnostik von Depressionen älterer Menschen sind neben komorbiden Angststörungen

gen (Übersicht in Schneider & Heuft, 2012) besonders Traumafolgeerkrankungen zu berücksichtigen (Glaesmer et al., 2012). Sie können sich nicht nur in einer akuten Belastungsreaktion, Anpassungs- oder Posttraumatischen Belastungsstörung äußern, sondern auch in somatoformen Störungen, insbesondere als chronische Schmerzen oder dissoziative Störungen (Hucklenbroich et al., 2014).

Die Möglichkeit einer Traumareaktivierung im Alter nach Jahrzehnten ohne klinisch relevante Beschwerden wurde von Heuft 1993 anhand klinischer Erfahrungen konzeptualisiert und seitdem bestätigt. Auslöser können Ereignisse in Zusammenhang mit dem Trauma oder der zeitgeschichtlichen Biografie sein (z. B. bei Traumafolgen des Zweiten Weltkriegs und des Nationalsozialismus), aber auch »objektive oder subjektive Bedrohungserfahrungen durch den körperlichen Alterungsprozess« (ebd., S. 203).

Zur Häufigkeit und Symptomschwere der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Älteren im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen liegen nur wenige Studien und keine einheitlichen Befunde vor, in einigen Studien zeigen Ältere mehr Hyperarousal (Böttche et al., 2012). Glaesmer et al. (2012) stellen bei 60- bis 80-jährigen Deutschen eine Prävalenz von 4% PTBS und 12% subsyndromale PTBS fest.

In der ersten gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe wurden Altersgruppen von 14- bis 95-Jährigen gebildet (Maercker et al., 2008): Die Einmonatsprävalenz für das Vollbild einer PTBS wiesen 3,4% der über 60-Jährigen auf gegenüber 1,9% der 30- bis 59-Jährigen und 1,3% der 14- bis 29-Jährigen bei signifikanten Unterschieden. Wurden partielle PTBS-Formen eingeschlossen, waren die Werte in etwa verdoppelt. Da auch die Art der traumatischen Erfahrungen detailliert erfasst wurde, wird der zunehmende Anstieg der Prävalenzraten über die Altersgruppen mit den Kriegserfahrungen des Zweiten Weltkriegs in Verbindung gebracht, während internationale Studien erhöhte PTBS-Raten in der Adoleszenz und im jüngeren Erwachsenenalter gezeigt hätten (ebd., S. 585).

### 2.3 Psychodynamische Erklärungsmodelle der Depression

Wer sich einen Überblick über aktuell angewendete psychoanalytische Erklärungsmodelle der Depression verschaffen möchte, erhält ein breit gefächertes, teilweise unübersichtliches Bild. Neben der Vielzahl an Theorien, welche die Geschichte der Psychoanalyse seit Freud begleiten (vgl. Wolfersdorf, 2008; Böker, 2011), bestehen vielfältige Hypothesen, die entweder stärker ätiologisch orientiert sind oder vom facettenreichen klinischen Bild ausgehend Unterformen wie die Borderline-Depression (Rohde-Dachser, 2010) oder verschiedene »Prägnanztypen« mit unterschiedlicher Psychodynamik beschreiben (Böker, 2011): Schuld-, Abhängigkeits-, Ich-Depression, narzisstische, bipolare und Erschöpfungsdepression. Letztere trete häufig in der zweiten Lebenshälfte auf »als Folge der sich zunehmend erschöpfenden und als unzulänglich erweisenden Bewältigungsmechanismen« (ebd., S. 144). Mentzos (2006) veranschaulicht die seiner Auffassung nach zentrale Selbstwertregulationsstörung in einem Drei-Säulen-Modell, das bei Schwächung einer der Säulen die Typen narzisstische Depression und Manie, Abhängigkeitsdepression oder Schulddepression erklärt. Sind alle Säulen blockiert oder erschöpft, entstehe eine »leere« oder Erschöpfungsdepression (ebd., S. 46f.).

Huber und Klug (2011) begründen die Indikationsstellung für Kurz- oder Langzeittherapien bzw. Psychoanalysen mit je verschiedenen klinischen Bildern und Behandlungskonzepten und verweisen auf aktuelle Praxisstudien. Erwähnt seien zum einen die empirisch überprüften zwei Typen des depressiven Grundkonflikts nach Blatt (2004), die »anaklitische Depression« (Abhängigkeit, Hilflosigkeit, Verlustangst und anklammerndes Verhalten) und die »introjektive Depression« (Selbstkritik, Versagen, Schuld, strenges Über-Ich), die auf unterschiedliche Behandlungssettings ansprechen (Psychotherapie- oder Psychoanalyseindikation).

Zum anderen die psychodynamische Therapie der Depression von Rudolf (2003), der ein Zusammenspiel von depressivem Grundkonflikt

und struktureller Unreife bzw. Vulnerabilität beschreibt: Verlassenwerden oder Verlust wird als unerträglich erlebt und führt zu Objektbedürftigkeit und -enttäuschung. Es werden starke Anstrengungen zur Sicherung der Beziehung unternommen, was permanenten Stress verursache. Entscheidend für die Vulnerabilität seien jedoch die Verarbeitungsmuster, zum Beispiel altruistische Aufopferung, die zu Selbstüberforderung und Erschöpfung führen. Diese Form der Selbstwertstabilisierung könne mit dem Älterwerden und nachlassenden Kräften nicht durchgehalten werden (ebd., S. 290). Schauenburg (2007) beschreibt Verarbeitungsformen des depressiven Grundkonflikts und das therapeutische Vorgehen für die akute und Langzeitbehandlung.

Quindeau (2013) legt für die erhöhte Vulnerabilität von Depressionen bei Frauen eine eigenständige Hypothese zur psychosexuellen Entwicklung vor: Mädchen erleiden einen doppelten Verlust, da sie zur Entwicklung der Geschlechtsidentität das Primärobjekt (Mutter) als Liebesobjekt aufgeben und durch Identifikation ersetzen müssen, zugleich erfordere die heterosexuelle Objektwahl in der ödipalen Phase den Objektwechsel zum Vater. Unter dem kulturellen Primat der Heterosexualität bleiben diese Verluste unbewusst und können nicht betrauert werden.

Spezifische Behandlungsansätze und Forschungen zur chronischen Depression liegen von Leuzinger-Bohleber et al. (2013) sowie zu Depression und Neuroplastizität von Leuzinger-Bohleber et al. (2010) vor.

Alle genannten Modelle beziehen sich auf das gesamte Erwachsenenalter und zeigen die Komplexität der häufig wiederkehrenden und bei 10 bis 30% der PatientInnen chronisch verlaufenden Erkrankung (Huber & Klug, 2011), die mit der rein deskriptiven Diagnostik in keiner Weise abgebildet wird.

### 2.4 Psychoanalytische Entwicklungsmodelle des Alterns

Die lebenslange Entwicklung vollzieht sich nach dem empirisch gestützten Modell von

Heuft (1994) durch wechselnde *Organisatoren* in den verschiedenen Lebensphasen (Heuft, Kruse & Radebold, 2000, S. 42f.):

- So bestimmt der *Trieb* in den ersten Lebensjahren die psychosexuelle Entwicklung entlang führender Organe als *Organisator* durch die Kindheit und Jugend. Parallel zum *Trieb* bilden sich über Ich-Funktionen, Narzissmus und Beziehung zu den Primärobjekten die Grundlagen der psychischen Struktur.
- Auf diesen als vier Entwicklungssäulen dargestellten Bereichen aufbauend übernimmt im Erwachsenenalter der *objektale Organisator* die Entwicklung, nun mit den vier Bereichen Objektbeziehungen, soziale Kompetenz, Teilhabe und Objekterfahrungen.
- In der zweiten Hälfte des Erwachsenenalters findet eine Verschiebung zu einem *so-matogenen Organisator* statt: Anstelle des psychischen Ichs wird »der Körper, den ich habe«, zentral, der narzisstische Aspekt ist im »Leib, der ich bin«, ausgedrückt, anstelle der Objektbeziehungen treten Körpererinnerungen und Somatisierungen stärker in den Vordergrund.

Das Modell sei spiralförmig in Raum und Zeit vorzustellen, im Alternsprozess heben die Autoren die »Schrittmacherfunktion des Körpers« hervor, die jedoch mit narzisstischen Krisen verbunden sein kann, sodass das Altern eine »biologische Zumutung« sei, »von der Biologie abverlangt und unter dem Aspekt des Selbstwertes zu verarbeiten« (ebd., S. 45).

Nach Radebold (1992, S. 68–72) muss sich der ältere Mensch acht Aufgaben stellen:

1. Reagieren auf den sich verändernden Körper
2. Umgehen mit den eigenen libidinösen, aggressiven und narzisstischen Strebungen
3. Gestalten der intragenerativen Beziehungen
4. Gestalten der intergenerativen Beziehungen
5. Sich-Stabilisieren durch Beruf und Interessen
6. Erhalten der sozialen Sicherheit/Versorgung
7. Erhalten der eigenen Identität
8. Einstellen auf die sich verändernde Zeitperspektive sowie auf Sterben und Tod

Kutter stellt die damit verbundenen »unvermeidlichen narzisstischen Kränkungen« aus

selbstpsychologischer Sicht dar (1997, S. 59; vgl. Übersicht in Hermann, 2012).

Nach Heuft (1993) sowie Heuft et al. (2000) ist in der Genese psychischer oder psychosomatischer Symptomatik im Alter die Unterscheidung von neurotischer Konfliktbildung, struktureller Störung, Traumatisierung/Traumareaktivierung oder – bei Nichtzutreffen dieser Kategorien – eines Aktualkonflikts sinnvoll. Dabei sind Symptome auf konflikthafte äußere Belastungen oder innerpsychische Belastungen durch Entwicklungs- und Alterungsprozesse zurückzuführen (Heuft et al., 2000, S. 107).

Kipp (2002) stellt dieser Sicht des Aktualkonflikts die Frage nach lebenslanger Anpassung gegenüber, die im Alter wegfallen könne: Parin (1977) formulierte Anpassungsmechanismen, die ähnlich wie Abwehrmechanismen das Ich stabilisieren, solange sich das soziale Umfeld nicht verändere (ebd., S. 488). Besonders der Mechanismus einer »Identifikation mit der Rolle«, die eine automatische äußere Anpassung und libidinöse, aggressive oder narzisstische Befriedigung ermögliche, könne im Alter nach Verlusten zusammenbrechen und damit Angst oder andere Symptome auslösen (Kipp, 2002, S. 116f.).

Peters (2002) weist auf unterschiedliche Definitionen von »Entwicklung« sowohl in der akademischen als auch in der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie hin, die entweder im engeren Sinn Wachstum, Reifung, Fortschritt und größere Differenzierung beinhalte oder in einer erweiterten Sicht alle Alterungsprozesse umfassen könne, somit auch Regression, Überarbeitung und Abbau (ebd., S. 16). Im höheren Alter nehmen die Widersprüche zwischen diesen Polen zu, es »verengen sich Entwicklungsräume« (ebd., S. 19). Dies werde psychoanalytisch eher im Konzept des »Entwicklungskonflikts« mit Angst vor den Folgen von Entwicklung (Settlage et al., 1988; zit. nach Peters, 2002, S. 22) abgebildet als in den von Erikson und Havighurst vorgeschlagenen, heute eher normativ wirkenden »Entwicklungsaufgaben« (ebd., S. 22f.). Peters plädiert für eine entwicklungsfördernde therapeutische Haltung, in der die Dialektik zwischen Zukunftshoffnung und Abschied

von Vergangenen entfaltet werden könne (ebd., S. 31).

### 3. Die zeitgeschichtliche Perspektive der »Babyboomer«

#### 3.1 »Babyboomer« nach der Lebensmitte

Mit dem Wissen über Entwicklungskrisen und Herausforderungen des Alterns stellt sich die Frage, wann das Realisieren des Älterwerdens beginnt. Die umgangssprachliche »Midlife-Crisis«, gemäß *Wikipedia* zwischen 40 und 50 Jahren, beinhaltet unter dem ersten Realisieren der begrenzten Lebenszeit bereits Vorboten des Älterwerdens mit existenziell empfundenen Sinnfragen, ob Wesentliches im Leben fehle und das Potenzial der eigenen Möglichkeiten ausreichend genutzt worden sei: »War das schon alles? Geht es immer so weiter? Was kommt noch?« Die Angst, man habe Wichtiges verpasst, Entwicklungsziele noch nicht erreicht oder könne nicht mehr alle Wünsche realisieren, kann sich an biologischen Einschnitten wie der Menopause, dem Erwachsenwerden der Kinder oder an kritischen Lebensereignissen wie Trennung, Scheidung, Arbeitsplatzverlust, Todesfällen oder einer schweren Erkrankung entzünden. In der stationären Psychotherapie affektiver Störungen findet sich häufig eine Kombination solcher Belastungen und biografischer Vulnerabilität oder früherer psychischer Erkrankungen.

Die 45- bis 60-Jährigen sind nicht mehr jung, aber auch noch nicht alt. Die Wahrnehmung der Zeit kann sich verändern, wenn die Hälfte der durchschnittlich zu erwartenden Lebenszeit überschritten und ungewiss ist, wie viel Zeit noch vor einem liegt. Was geschieht konkret bei Anzeichen des Älterwerdens, am Übergang der »Entwicklungsorganisatoren« (siehe Abschnitt 2) vor Eintritt in das dritte Alter und in die nachberufliche Zeit? In dieser »Zone« befinden sich heute die Jahrgänge der »Babyboomer«. Die geburtenstarken

Jahrgänge, kombiniert mit eventuell ansteigenden Prävalenzzahlen der Depressionserkrankten bis Ende 60, führen zum Eindruck einer Häufung von Betroffenen auf einer Klinikstation mit Schwerpunkt 50+, aber auch jüngeren PatientInnen.

Klinisch auffallend in dieser Stichprobe des Schweizer Mittelstands (PatientInnen mit einer Halbprivat- oder Privatversicherung) ist die starke Erschöpfung: Chronische Überlastung und Verausgabung seit Jahren oder Jahrzehnten durch fordernde Tätigkeiten, Mehrfachbeanspruchung (Arbeit, Familie, Pflege betagter Eltern, freiwilliges Engagement), hohes Leistungsstreben, Perfektionismus (auch im Häuslichen), sportliche Ansprüche an sich selbst und der Wunsch nach Selbstverwirklichung. Die Betroffenen wirken, als seien sie immer auf Achse, und doch scheint ihnen nichts gut genug zu sein. Nicht immer ist ein äußerer Anlass als »Aktualkonflikt« bei einer erstmaligen Erkrankung direkt sichtbar, die selbstausschreitenden Verhaltensweisen reichen jedoch meist weit in die Kindheit und Jugend zurück (»ich war schon immer so«). Was macht diese Generation so erschöpft?

Für diejenigen mit mindestens einem vom Zweiten Weltkrieg direkt betroffenen Elternteil gilt, dass sie als Hoffnungsträger der vom Krieg gezeichneten, um ihre Kindheit und Jugend häufig betrogenen Kriegskinder-Eltern geboren wurden, die viele Entbehrungen über Wiederaufbau und Wirtschaftswunder in den 1950er und 1960er Jahren zu kompensieren versuchten, Ausdruck eines Lebenshungers nach Sicherheit und »Normalität des privaten Glücks«. Diese auch in der Schweiz anzutreffende Teilgruppe soll nun näher untersucht werden.

#### 3.2 Die zeitgeschichtliche Perspektive der Kriegskinder und Kriegsenkel

Im deutschsprachigen Raum begann die Sensibilisierung für komplexe Traumafolgen des Zweiten Weltkriegs zunächst durch Holocaust-Überlebende. Die Beobachtung und Konzeptualisierung von im Alter erstmals reaktivierten Traumata zu Beginn des ersten Golfkriegs

bei Zeitzeugen des Zweiten Weltkriegs (Heuft, 1993) öffnete den Blick für mögliche Traumata auch bei Angehörigen der deutschen Täternation.

Diese Zeitzeugen werden als erste Generation bezeichnet. Sie erlebten als Kinder oder Jugendliche im Ersten Weltkrieg häufig Vaterlosigkeit oder traumatisierte Väter, Hungersnot und die Weltwirtschaftskrise. Als junge Erwachsene im Zweiten Weltkrieg erzogen sie die zweite Generation, die »Kriegskinder« der Jahrgänge 1928–1947, die den Krieg mit teilweise langanhaltenden Folgen für ihre Entwicklung erlebten. Ihre Kinder wuchsen als dritte Generation, sogenannte »Kriegsenkel« der Jahrgänge 1955–1970, zwar im »Wirtschaftswunder« auf, wurden jedoch durch die Erfahrungen der ersten und zweiten Generation geprägt. Die Folgen für ihre Kinder, die vierte Generation, sind noch nicht absehbar (Radebold et al., 2008, S. 175ff.; Stambolis, 2014).

Durch die Kinder der Holocaust-Überlebenden, die zweite Generation, entstand ein Verständnis für die transgenerationale Weitergabe unbearbeiteter Traumata. In Psychotherapien von Kriegskindern in Deutschland wurden nun auch die Auswirkungen ihrer spezifischen Erfahrungen auf die psychische Entwicklung und Verarbeitung formuliert und für die Forschung zugänglich gemacht (Radebold, 2000; Radebold et al., 2006; Radebold, 2005/2009). Was dies für die Elternrolle bedeutete, weckte wiederum ein Verständnis für die Weitergabe von Kriegsfolgen auch an die dritte Generation der Kriegsenkel, die heute zu den 45- bis 60-Jährigen gehören. Wenn im Nachfolgenden auf die davon Betroffenen fokussiert wird, soll im Bewusstsein bleiben, dass die Beschäftigung mit Traumatisierungen aufseiten der Täternation komplex verstrickt bleibt mit Fragen nach kollektiver Schuld, Mitläufertum und Abwehrmechanismen in den Familien und mit dem unvergleichlich schwereren Leid der Holocaust- und Kriegsopfer.

Bohleber (2008) berücksichtigt neben den Einzelschicksalen die Weitergabe kollektiven Traumaerlebens sowie Schuld, Scham und Erbschaft der NS-Ideologie, indem die zweite Generation »zum Container für das unverarbeitete

Leid und die Traumatisierungen, für abgewiesene Schuld und Verantwortung ihrer Eltern sowie für nicht aufgegebene Bestandteile der NS-Ideologie« wurden (ebd., S. 107). Zudem haben viele Kriegskinder selbst katastrophische oder traumatische Ereignisse erlebt und erlitten seelische und körperliche Beschädigungen. Dies führt zu besonderen narzisstischen Bindungen zwischen den Generationen, da die Kinder für die unverarbeitete Geschichte der Eltern funktionalisiert werden. In komplexen Identifizierungsprozessen des Kindes mit dem Elternteil und dessen Lebensgeschichte wird es für das narzisstische Gleichgewicht der Eltern benötigt, was beim Kind zu Entfremdungsgefühlen und Identitätsverwirrung führen kann (ebd., S. 112). Die Abspaltung der eigenen Kriegskindheit erklärt das lange Schweigen der zweiten Generation.

Das Ausmaß ihrer Betroffenheit durch den Krieg wird von Radebold (2005/2009, S. 168ff.) auf etwa 40% kaum Beeinträchtigte mit anwesenden Vätern und stabilen Lebensverhältnissen geschätzt, auf 30% mit zeitweiligen abwesenden Vätern und eingeschränkten Lebensbedingungen und auf 30% mit langanhaltender väterlicher Abwesenheit und beschädigten Lebensumständen, die als möglicherweise traumatisierte Teilgruppe anzusehen ist.

Radebold charakterisiert die Generation der Kriegskinder mit ihrer als »unauffällig« und funktionierend wirkenden Entwicklung, die »stets planen und organisieren, sparsam und bescheiden sind, nichts wegwerfen können und sich ohne Rücksicht auf Hunger, Krankheiten und Verletzungen verhalten« (2008, S. 49). Sie erlebten in der Kindheit und Jugend Hilf- und Schutzlosigkeit, Verluste zentraler Bezugspersonen, Verlust der Wohnung und Heimat und Gewalt (ebd., S. 50). Als Erwachsene waren sie geprägt von abwesenden Vätern, starker Bindung an die Mütter, spürten »die familiäre Delegation, es »anders«, »besser« zu machen« und eine »Wiedergutmachung« zu bewirken« (ebd., S. 52). Die frühere Hilflosigkeit führte zu einem lebenslangen Streben nach Autonomie und der Herstellung »einer heilen, sicheren und verwöhnenden Welt« (ebd.). Negative Gefühle

blieben oftmals abgespalten und wurden vermieden.

Die Kinder dieser Kriegskinder beschreiben diese sichere und verwöhnende äußere Welt, sie weisen aber auch darauf hin, dass die Eltern kaum für kleinere psychische Probleme ansprechbar gewesen seien und sie diese selbst lösen mussten – wie bereits die Kriegskinder (ebd., S. 53). Radebold vermutet, dass in einem Großteil der Familien über die Erfahrungen in der Kriegszeit geschwiegen wurde, in einer Reihe von Familien die Kriegskinder und -enkel mit traumatischen Geschichten überschüttet worden seien und nur in wenigen Familien angemessen über Krieg und Nationalsozialismus geredet worden sei (mündliche Mitteilung).

Für manche Kriegsenkel blieben die Traumatisierungen der Eltern lebensbestimmend, sie sind wie die zweite Generation mit der Geschichte der Eltern identifiziert, was sich zum Beispiel in häufigen Alpträumen von Krieg und Zerstörung seit dem Kindesalter zeigt. Wird die Geschichte der Eltern und Großeltern im Krieg in der Psychotherapie erfragt, so können bekannte oder vermutete Erlebnisse der Vorfahren in Zusammenhang mit historischen Fakten gebracht werden als Hinweise einer möglichen Beschädigung oder Traumatisierung durch Kriegserfahrungen. »Bisher wurde in den Therapien der Kriegsenkel – ähnlich wie bei den Kriegskindern – die Kriegstraumatisierung der Eltern kaum in Betracht gezogen« (Reddemann, 2015, S. 133).

Die Schweiz als traditionelles Migrationsland mit einem hohen Ausländeranteil von etwa einem Viertel hatte zu allen Zeiten eine hohe Migrationsrate aus den europäischen Nachbarländern und Osteuropa. Derzeit bilden mit etwa 15% Italiener und Deutsche die größten Gruppen der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung<sup>4</sup>, eingebürgerte AusländerInnen nicht einberechnet. Durch eigene Einwanderung oder Einwanderung mindestens eines Eltern- oder Großelternteils sind daher auch viele PatientInnen in der stationären Psychotherapie von Folgen des Holocaust oder Zweiten Weltkriegs in der Familiengeschichte betroffen. Durch die Migration können die Spuren der Familienge-

schichte zusätzlich verwischt und »vergessen« sein. Eindringlich legt Batthyany (2015) offen, wie in einer einzigen Familie Verstrickungen der Täter- und Opferseite zusammentreffen.

Die Schweiz erlebte zwei Phasen des Babybooms, die »Kriegs- und Nachkriegs-Babyboomer« der Jahrgänge 1943–1950 sowie die »Wohlstands-Babyboomer«, geboren 1957–1966 (Perig-Chiello & Höpflinger, 2009, S. 16). PatientInnen in der deutschsprachigen Schweiz beschreiben prägende autoritäre Erziehungsstile, auch ohne massenwirksame nationalsozialistische Indoktrination: Viele Väter oder Großväter waren zum militärischen »Aktivdienst« zur Sicherung der Landesgrenzen eingezogen, die Mütter arbeiteten zu Hause hart und untergeordnet. Die Erziehungsideale stützten sich auf häufig streng ausgelegte religiöse Werte von hoher Arbeitstugend, Gehorsam und Strafe. Schläge als Disziplinierungsmittel von Lehrern werden vereinzelt noch bis Ende der 1970er Jahre berichtet. Für das Erleben und Zeigen von Emotionen bestand weder ein Verständnis noch eine Wahrnehmung oder Sprache. Dass die Eltern für die Nöte ihrer Kinder wenig ansprechbar waren, körperliche Nähe unüblich und das Zeigen von Gefühlen als Ausdruck von »Schwäche« unterdrückt wurde, erlebten viele der Betroffenen bereits im Kindesalter als ungerecht, vereinsamend und traurig.

### 3.3 Transgenerationale Aufträge und Delegation

»Ihr sollt es einmal besser haben« drückt als offenes oder verdecktes Lebensmotto der Kriegskinder den Wunsch nach einer »Wiedergutmachung« der eigenen kargen, von wenig Sicherheit bis starker, traumatisierender Angst geprägten äußeren Welt aus. In der Ruhe und im Frieden der ersehnten »heilen Welt« versuchten die Eltern ihr eigenes Leiden zu vergessen. Die Hoffnung auf eine eigene, nun komplette und »heile« Familie sowie Wünsche, den Kindern Leiden ersparen zu wollen, sind einerseits Ausdruck von selbstheilenden Kräften und Sublimierungsleistung. Zugleich können darin auch unbewusste Aufträge im Rucksack verborgen sein, der den Kindern des wachsenden

Wohlstands der 1960er und 1970er Jahre aufgesetzt wurde: »Ihr habt es besser« kann auch eine Leistungserwartung bergen, es »besser zu machen«.

Noch schwieriger zu fassen ist die unbewusste narzisstische Funktion der Kinder für das »Heilwerden« der Kriegskinder-Eltern: Sie wurden für die Selbstwertstabilisierung gebraucht und »als Selbstobjekte funktionalisiert, um den verunsicherten Eltern zu ermöglichen, ihre Selbstachtung und Identität aufrecht zu erhalten« (Bohleber, 2008, S. 115). Zugleich seien auch Erziehungsideale von Härte, Haltung und Verachtung des Schwachen häufig unreflektiert fortgesetzt worden (ebd.). Dies zeigt sich zum Beispiel daran, dass der nationalsozialistische Erziehungsratgeber *Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind* von Johanna Haarer – unter Weglassung des Wortes »deutsche« und in »bereinigter Fassung« – noch in den 1960er Jahren für die Erziehung und als Lehrbuch in Ausbildungen als maßgebend vermittelt wurde. Selbst vom Kindesalter an mit der NS-Ideologie in allen Schulen infiltriert, schien das den Kriegskindern nicht aufzufallen.<sup>5</sup>

Reddemann (2015), Begründerin der Psychodynamischen Imaginativen Traumatherapie PITT (2014), schildert sich wiederholende Beobachtungen aus persönlicher Selbstreflexion als Mutter, aus historischen Arbeiten und Gesprächen mit KollegInnen der Kriegsenkelgeneration, aus dem Austausch mit Bode zu ihren Gesprächen mit Kriegsenkeln (2009) sowie Berichten des »Forum Kriegsenkel« im Internet (Reddemann, 2015, S. 116ff.; Zusammenfassung d. Verf.):

- Die Kinder der Kriegskinder seien als Stütze des Systems der »heilen Welt« geboren worden, welche die Kriegskinder benötigten und die sie heilen sollte.
- Viele Kriegsenkel wirken bis heute von ihren Eltern nicht »abgenabelt«, sorgten sich zu sehr um sie, ohne ihr eigenes Potenzial voll auszuschöpfen.
- Sie geben sich für ihr verunsichertes Lebensgefühl selbst die Schuld, schließlich hätten sie ja »nichts Schlimmes erlebt« – so hätten bereits die Kriegskinder gedacht und diese Introjekte weitergegeben.

- Belastete Kriegskinder wollten ihren Kindern vieles ersparen und machten sich dadurch oft zu viele Sorgen um ihre Kinder, wodurch man sie auch am Leben hindern könne.
- Die Kriegskinder wollten sich von den Tältern und Mitläufern in ihrer Familie abwenden. Die Kriegsenkel hingegen wollen ihre Eltern nicht im Stich lassen – »haben wir unsere Kinder allzu sehr zu unseren guten Ersatzeltern zu machen versucht?« (ebd., S. 119)
- Vergewaltigungen wurden oft als Familiengeheimnis totgeschwiegen und erschwerten liebevolle Beziehungen mit Körperkontakt.
- Gleichgültig und abwesend erscheinende Eltern können dissoziiert gewesen sein.
- Auch wenn Kriegsenkel von ihren Eltern nicht schlecht behandelt wurden, seien sie mit deren Sorgen überschwemmt worden und mussten sich zu stark um sie kümmern. Das Leid und die Ängste wurden introjiziert als wären es eigene Emotionen. Diese als solche zu erkennen und zu verabschieden sei eine wichtige Aufgabe der Psychotherapie.
- Die »wichtigste Herausforderung und Aufgabe« der Kriegsenkel sei, unbewusste »Aufträge« der Eltern zu erkennen, die man annehmen, aber auch zurückweisen könne (ebd., S. 131).

Es lässt sich weiter folgern, dass auch der Erfolg der Kinder als »Glanz« auf die Eltern zurückfallen und ihre Intaktheit als versorgende, zugewandte Eltern sichern konnte, um die inneren Brüche in der Familiengeschichte zu kitten. An den »gut geratenen« Kindern konnten die Kriegskinder unbewusst auch zeigen, wie gut, tapfer und stark sie selbst waren, das heißt auch wie stark parentifiziert mit den eigenen Eltern, um diesen keine zusätzlichen Sorgen zu machen.

Wie fragil das Konstrukt war, merkten manche Kriegsenkel, wenn sie ausscheren und nicht angepasst sein wollten.<sup>6</sup> Die Befürchtungen der Eltern (»was denken die Leute«) überstiegen ein erwartbares Maß, jugendliche Rebellion schien eine »Katastrophe« auszulösen. Ein »Versagen«

oder Auflehnen gegen die elterlichen Erwartungen brachte die unbewusste stabilisierende Funktion für das Lebensgefühl der Eltern ins Wanken, wenn der Erziehungs»erfolg« auch für die Selbstvergewisserung gebraucht wurde, dass das Leben wieder »heil« und »normal« werden kann.

Manche Kriegskinder reagierten noch im Erwachsenenalter auf Abschiede und längere Trennungen mit Verlustängsten, die von den Kriegsenkeln als etwas Dramatisches wahrgenommen wurden, als könnte die Welt zusammenbrechen. Heute kommt das Verdrängte mit der durchlässiger werdenden Abwehr der älternden Eltern in manchen Familien zum Vorschein, manche Geschichten werden erzählbar, auch weil die Enkelgeneration eher wagt, Fragen zu stellen, was die Großeltern im Krieg gemacht haben, wohingegen die Kriegskinder die Schweigetabus ihrer Eltern in ihrer eigenen Identifizierung stärker respektiert hatten.

Zugleich haben die »Nachgeborenen« durch ein Aufwachsen in Frieden und mit nie dagewesenen Bildungsmöglichkeiten, erstmals auch für Frauen, viel bessere Chancen gehabt. Der enorme Einsatz der Kriegskindergeneration für den Wiederaufbau, »dass die Kinder es besser haben«, beinhaltet auch die Sublimierung ihrer eigenen unerfüllten Wünsche und Neidgefühle, die es zu würdigen gilt. Die Spuren der transgenerationalen Last werden von Generation zu Generation subtiler.

## 4. Mittendrin und so erschöpft: Babyboomer im Übergang des Alterwerdens

### 4.1 Zusammenbruch des transgenerationalen Auftrags: Aufgaben der Psychotherapie

Die Mechanismen der familiären Delegation und unbewussten »Aufträge«, Identifizierung mit der Geschichte der Eltern und Rollenumkehr (Parentifizierung) lassen sich in der Behandlungspraxis bei Kriegsenkeln in ähnlicher Weise wie bei Erwachsenen mit einem psychisch

kranken Elternteil ohne Kriegshintergrund beobachten. Die damit verbundenen Abwehr- und Bewältigungsmechanismen haben die Patientinnen über Jahrzehnte auf Trab gehalten, sichtbar als hohes Leistungsstreben, Perfektionismus, auffälliger Altruismus bis zur Selbstverleugnung und zum Verschwinden der eigenen Person. Die hohe Anstrengung hat chronische Überlastung und Erschöpfung erzeugt und kann in den mittleren Jahren durch äußere oder innere Auslöser schließlich zum Zusammenbruch mit Burnout oder Erschöpfungsdepression führen, häufig gepaart mit Angststörungen. Auch eigene Traumata können nach Jahrzehnten ohne Symptomatik durch Belastungen reaktiviert werden.

Bleiben diese Mechanismen unerkannt, können die Funktionen und Aufträge in der Familie nur unter hohen Schuldgefühlen verlassen werden. Die betroffenen »Babyboomer« haben sie bis über die Lebensmitte zu erfüllen versucht. Die Leistungserwartungen, etwas »Besseres« zu erreichen, sowie die aufopfernd-helfende Rolle treibt sie in chronische Überlastung, um Schuldgefühle und Angst abzuwehren, die Selbstobjektfunktion für die Eltern aufzugeben. Nun sind sie gefangen: im »Sandwich« der Generationen, in unerreichbaren inneren Erwartungen und im zunehmenden äußeren Druck auf ältere Arbeitnehmer. Zusätzlich drängt der Körper allmählich in die Funktion des Entwicklungsorganisations und »funktioniert« nicht mehr klaglos wie zuvor. Ein Verlust in einem dieser Bereiche (Arbeit, Familie, Körper) kann als Auslöser einer psychischen Destabilisierung und depressiven Erkrankung genügen:

*Eine Patientin Anfang 50 erlebte eine unerwartete Kündigung als Schock, der das fragile Sicherheitsgefühl im Innersten zusammenbrechen ließ, das einzig über berufliche Leistung kompensiert worden war. Im Hintergrund des wiederholten Burnouts zeigte sich eine hohe Parentifizierung bei Kriegs- und Fluchttraumata von beiden Eltern, die beim Vater zu Alkoholabhängigkeit und Gewaltausbrüchen und großer Ängstlichkeit bei der Mutter geführt hatten. Die Patientin erkannte sich bis heute in der Rolle als »Ersatzmutter« ihrer Mutter mit Schuldgefühlen bei jeglicher Abgrenzung,*

*kannte sich nicht anders als immer angetrieben, »wie auf der Flucht vor etwas«, und lernte erst in der Therapie kennen, was eigene Bedürfnisse sind.*

*Eine andere Frau im gleichen Alter litt zunächst unter einer Angststörung. Folgen eines Unfalls führten zum Verlust der Arbeitsfähigkeit und der Autonomie, zu schwerer Depression und chronischen unerklärten Schmerzen. Seit ihrer Kindheit kehrten häufig Alpträume von Krieg und Zerstörung wieder. Ihr Vater habe bis heute nur die Themen Krieg, Gefangenschaft, DDR und Flucht. Er suche noch immer Spuren seines im Krieg vermissten Vaters, eines Mitglieds der SS. Ihre Mutter habe sehr unter der Härte ihrer Mutter gelitten, die von Flucht und Vergewaltigung gezeichnet gewesen sei. Auch die Mutter leide unter starken Schmerzen. Im Alter von acht Jahren habe die Patientin mit ihren Eltern und dem jüngeren Bruder ein KZ anschauen müssen. Die Bilder hätten sie immer verfolgt. Im Elternhaus habe eine düstere Stimmung »wie im Krieg« geherrscht, bis heute leide sie unter starken Schuldgefühlen aufgrund der NS-Geschichte.*

#### 4.1.1 Erklärungsmodell und unbewusste Aufträge

In der Anfangsphase der stationären Psychotherapie werden vorläufige Hypothesen zu einem Erklärungsmodell der Auslöser gebildet (neurotischer Konflikt, strukturelle Störung, Trauma oder Aktualkonflikt), bei dem auch die Bedingungen des Kindes und Überlastungen durch Beeinträchtigung der Eltern beachtet werden sollten. Liegen individuelle oder transgenerationale Traumata in der Familie vor, gilt es im Therapieverlauf die Funktionen und Aufträge des Kindes in der Familie bewusst zu machen, zum Beispiel: »Ich muss immer für alle da sein.«; »Ich muss den Anderen helfen, Vater und Mutter »retten«.«; »Ich muss die Familie zusammenhalten.«; »Ich darf die Eltern nicht enttäuschen.«; »Wenn ich nicht stark bin und alles perfekt mache, bricht alles zusammen.« Die Betroffenen spüren, wenn ihre Rolle gut beschrieben gedeutet wird. Sie haben

sie über Jahrzehnte »bis zum Umfallen« und Ausgebranntsein perfektioniert. Eine Patientin träumte von einem Haus mit offenen Fenstern und Türen, ohne Schutz, in dem sie sich »verheizt« hatte.

Wenn das Anstrengende und Dysfunktionale dieser Rolle bewusst wird, kann der Zusammenbruch auch eine Erleichterung bedeuten: »Ich kann nicht mehr. Endlich muss ich nicht mehr »funktionieren.« Wird in der Therapie verstanden, warum gerade Arbeitnehmende mit solchen inneren Aufträgen und Eigenschaften besonders anfällig sind, ausgenutzt oder gemobbt zu werden, können bei den Betroffenen die eigenen Anteile der Erschöpfung von den externen, zum Beispiel strukturellen Problemen am Arbeitsplatz, fehlender Wertschätzung und weiteren äußeren Belastungen, unterschieden werden. Die Betroffenen spüren, dass es höchste Zeit war, dass sich ihr psychisches System geweigert hat, diesen Raubbau an sich selbst weiter zu betreiben, weil viele gesundheitlichen Warnsignale übergangen wurden, solange die unbewussten inneren »Antreiber« stärker waren.

#### 4.1.2 Durcharbeiten: Verletzte und verletzte Anteile verstehen lernen

Im Leiden unter dem Zusammenbruch und der Erschöpfung erlaubt die Entlastung von äußeren Pflichten in der stationären Psychotherapie eine gewisse Regression. Erst mit Distanz zum Alltagsleben tritt das Unmenschliche und Harte der Gewissensansprüche als unablässig antreibende, kritisierende oder entwertende innere Instanz stärker hervor und kann in Form einer Über-Ich-Analyse bearbeitet werden. Das Über-Ich hat die Führung zur Erfüllung des unbewussten Auftrags übernommen. Für symbolisierungsfähige PatientInnen ist zur Konkretisierung auch die Arbeit mit »verletzten Anteilen« (negativen Introjekten) aus der Psychodynamischen Imaginativen Traumatherapie (PITT; Reddemann, 2014) geeignet. Dabei wird dieser selbstschädigende Anteil nicht nur als Stimme oder Figur visualisiert, sondern auch dessen Entstehung in der Kindheit, zum Zeitpunkt eines überfordernden oder trauma-

tischen Erlebens zurückverfolgt. So wird eine ursprünglich funktionale, die Beziehung zu den nächsten Bezugspersonen sichernde Bewältigungsstrategie verständlicher, die jedoch später trotz erwachsenen Ich-Funktionen und veränderten Lebensumständen fortbestanden hat. Das Durcharbeiten beinhaltet Deidentifizierung von dieser Strategie und vom unbewussten Auftrag, aber auch das Bewusstmachen der narzisstischen Aufwertung und Gewinne durch die parentifizierte Rolle. Im Falle transgenerationaler Weitergabe von Kriegstraumata gehört dies zur narzisstischen Verbindung der Kinder mit den traumatisierten Eltern.

Damit wird auch das Leiden, die Überforderung und Einsamkeit des Kindes deutlich. In der Traumatherapie nach PITT kann durch die Anerkennung von Schmerz und den inneren Aufbau von Sicherheit und Trost für die verletzten »jüngeren Ichs« Trauerarbeit einsetzen. Was sie als Kind so vermissten, war den meisten Betroffenen nicht bewusst, sie kannten es nicht anders, als dass sie nicht so unbeschwert leben konnten wie andere Gleichaltrige. Im Verlauf eines solchen Prozesses beginnt sich die Geschichte des/der PatientIn von derjenigen seiner/ihrer Eltern abzulösen, vielleicht zum ersten Mal werden eigene Bedürfnisse wach. Für manche PatientInnen wird das Fremde der Identifikation und Introjekte als spürbarer »Fremdkörper«, »falsches Selbst« oder gestörte Identität deutlich, und sie haben das Bedürfnis, das schwierige »Gepäck« der Eltern symbolisch zurückzugeben, wodurch sie Entlastung erleben. In einem längerfristigen Trauerprozess können auch die guten Einflüsse der Eltern und ihr Nicht-anders-Können anerkannt und integriert werden.

#### 4.1.3 Aufbruch: Nachholen und Identitätssuche

Die Dynamik dieser Phase, die in der ambulanten Therapie fortgesetzt wird, ist vom Suchen eigener Wünsche im Gefühl des »verpassten Lebens« und dem Entdecken verschütteter Ressourcen oder neuer Bedürfnisse geprägt, eine Zeit des noch unsicheren, aber lustvollen Aufbruchs und Ausprobierens. Manche PatientIn-

nen scheinen wie eine zweite Adoleszenz nachzuholen, lernen für sich einzustehen, Erfahrungen mit Autonomie und Abgrenzung zu machen und sich auf emotionales Erleben einzulassen. Dabei wird deutlich, ob die Affektspiegelung und -differenzierung in der Entwicklung des Kleinkindes zumindest partiell stattgefunden hat, oder ob traumatisierte Eltern kaum in der Lage waren, auf ihr Kind emotional einzugehen. Dann stehen die Unterscheidung und das Aushalten von Gefühlszuständen im Vordergrund.

Oft verändern sich auch die Bedürfnisse in Bezug auf die eingenommenen Rollen in der Arbeit, Partnerschaft und Familie stark, wenn diese von der narzisstischen Bestätigung durch die Parentifizierung getragen waren. Wo dies möglich ist, werden in den Familien neue Grenzen zwischen den Generationen erprobt, einander aber auch mehr Emotionen und Eigenverantwortung zugemutet. Nicht selten stellen die PatientInnen auch wichtige Weichen für die Zukunft, verändern zum Beispiel ihr Engagement für die Arbeit oder suchen eine autonomere Arbeitsform, um achtsamer mit ihren Gefühlen und den Grenzen des Körpers leben zu können. Bei vorbestehenden Partnerschaftskonflikten wird deutlicher, ob die Veränderungen zu einer Vertiefung der Beziehung oder zur Trennung führen können. Neben Verunsicherung kann sich auch eine Dynamik des Aufbruchs und der Befreiung entwickeln.

## 4.2 Auseinandersetzung mit dem Älterwerden

### 4.2.1 Im Übergang der Entwicklungsorganisatoren, Vorboten des Alterns

In einer psychischen Krise verdichten sich existenzielle Sinnfragen, die zum einen aus dem Abschied von den übernommenen Aufträgen (»so möchte ich nicht weiterleben«), zum anderen auch aus dem Bewusstwerden der vergehenden Zeit und dem Älterwerden resultieren. Sei es, dass die Erfahrung der eigenen Erkrankung oder einschneidende Verluste Gleichaltri-

ger oder der betagten Eltern deutlich machen, dass die gesunde Lebenszeit begrenzt ist. Narzisstische Kränkungen bei Stellenverlust oder Trennungen lassen spüren, dass den Jüngeren der Vorzug gegeben wird. Somit tritt die Altersthematik vorzeitig ins Bewusstsein.

Wenn Betroffenen aufgrund von unbewussten Aufträgen oder neurotischen Konflikten bisher ein frei entfaltetes, selbstbestimmtes Leben nur eingeschränkt möglich war, entsteht einerseits innerpsychischer Druck durch aufgeschobene oder unterdrückte Triebwünsche, andererseits durch das Wahrnehmen der begrenzten voll aktiven Lebenszeit und damit der Angst vor dem Älterwerden. In der Erschöpfungsdepression kann der Zusammenbruch von Abwehr- und Traumabewältigungsmechanismen auch als Aufbrechen der von Kipp im vorigen Abschnitt beschriebenen Anpassungsmechanismen (»Identifikation mit der Rolle«) verstanden werden. In dieser inneren Situation befinden sich viele der depressiv erschöpfter Babyboomer: von beiden Seiten der Entwicklungsorganisatoren unter Druck und eingeeignet zwischen »nicht mehr jung« und »noch nicht alt«, zwischen den Generationen und nochmal verstärkt auf der Suche nach der eigenen Identität. Im zuvor modellhaft beschriebenen Therapieprozess kann sich aus den zusammenbrechenden Strukturen jedoch die Chance entwickeln, Triebansprüche, Ich-Funktionen, Emotionalität und narzisstische Bedürfnisse neu zu ordnen. Damit wandelt sich der Zusammenbruch zu einem Aufbruch und einer Reifung der Persönlichkeit. Abbildung 1 stellt dies bildlich dar.

### 4.2.2 Vorbereitung auf das dritte Alter

An Fragen zur Gestaltung der Zukunft öffnet sich das Themenfeld, wie PatientInnen zum Älterwerden stehen: Ob Ängste vorhanden oder abgewehrt sind, welche negativen persönlicher Vorbilder (z. B. in der Familie) Ängste vor den Alter stützen und ob positive Vorbilder bestehen, welche die eigenen Wünsche an das Älterwerden im Sinne eines ressourcenorientierter Altersbilds bereichern könnten. Das Wissen aus der Forschung zur Wirkung von Altersbildern

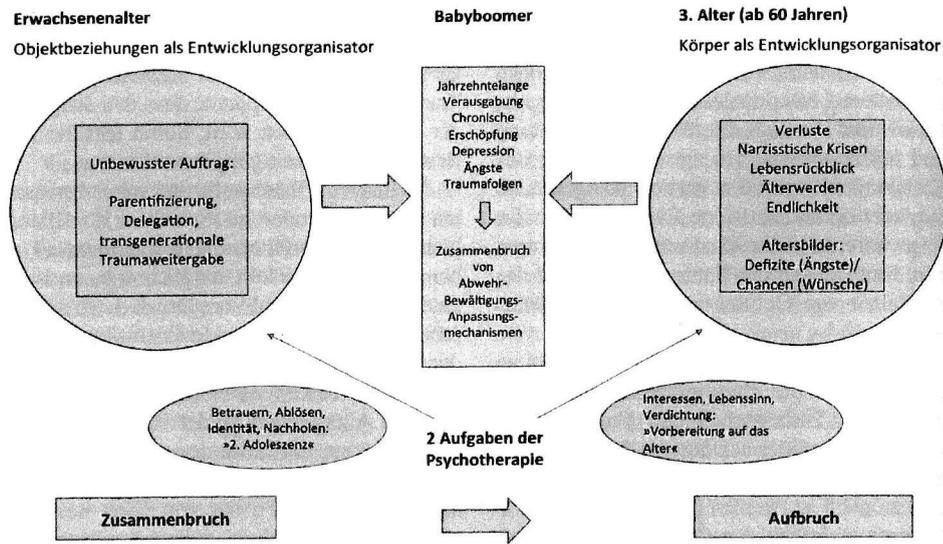


Abb. 1: Aufgaben der Psychotherapie

und -stereotypen stellt in der Psychotherapie eine fruchtbare Perspektive dar, um den Übergang zum dritten Alter als eine Chance zur Veränderung vorzubereiten: Defizitäre Vorstellungen des Alters mit einer Vielzahl möglicher Verluste sollten nicht geleugnet, ressourcenorientierte Altersbilder mit Entwicklungschancen und Gewinnen sollten jedoch auch nicht zu einer Idealisierung des »erfolgreichen Alters« mit Leistungsdruck führen (Kruse & Schmitt, 2005; Hermann, 2015a). In der therapeutischen Auseinandersetzung geht es um das Anerkennen des Sowohl-als-Auch. Das Älterwerden wahrzunehmen kann Angst erzeugen, es kann aber auch dazu führen, ein intensiveres, vertieftes Lebensgefühl zu erreichen, weil man schon über viel Erfahrung verfügt, nicht mehr alles beweisen muss und die ungenutzten Chancen jetzt auch nutzen möchte: »wann, wenn nicht jetzt?« So könnte aus dem Zusammenbruch einengender neurotischer oder transgenerationaler Bewältigungsformen ein Aufbruch in die »späte Freiheit« wachsen, in der Beziehungsrollen und Leistungsansprüche neu ausgelotet, alte Träume realisiert und neue Ressourcen entfaltet werden können. Mit dem Aufbau der Kräfte nach der Erschöpfungphase der Depression

wird auch der Körper mit seinen Grenzen von anderen Seiten wahrgenommen und nicht nur als »funktionierende Maschine« behandelt. Damit sind wesentliche Entwicklungsaufgaben für die nachberufliche Zeit des dritten Alters bereits vorbereitet.

Aus der Forschung und therapeutischen Anwendung des *Lebensrückblicks* oder *Life Review* (Hermann, 2009, 2015b; Maercker & Forstmeier, 2013) ist bekannt, dass mit zunehmendem Alter das Bedürfnis nach Bilanzieren und Ordnen der Lebensgeschichte besteht. »Ordnung Schaffen« kann nach Lohmann und Heuft (1995, S. 237) als Synonym für den Life-Review-Prozess gesehen werden. Psychotherapie im Alter ist umfassender und sollte dies einschließen, zumal ein Hauptwirkfaktor des Lebensrückblicks in der Stärkung von Ressourcen und Kontrollüberzeugungen liege (ebd., S. 238). Wenn die Autoren fragen, ob die Notwendigkeit einer Psychotherapie im Alter möglicherweise auf einen »versäumten« Lebensrückblick in früheren Lebensphasen hinweist, sollte umgekehrt das Wissen aus der Alterspsychotherapie bereits in die Psychotherapie der mittleren Jahre eingebracht werden: In der Zwischenbilanz und Rückschau auf das

eigene Leben wird deutlich, welche Personen und Einflüsse einen gefördert und welche einen eingengt haben, wie sich Entwicklungslinien durch die Biografie ziehen und wie bei dieser Klärung Trauerarbeit, Neuorientierung und innere Ordnung entstehen kann. PatientInnen verstehen dadurch besser, woher sie kommen, wie sie wurden, wer sie heute sind, und wohin sie gehen wollen – die Kernfragen der Lebensmitte. Diese lassen sich bei transgenerationalen Traumafolgen auch als Teil des Trauerprozesses und des Neubeginns im Sinne eines posttraumatischen Wachstums verstehen (Küchenhoff, 2016).

## 5. Schlussfolgerungen

Der Fokus wurde auf eine Form der Depression gerichtet, die als »Ich-Depression« mit einer »Kombination aus erlebter existenzieller Bedrohtheit [...] und externalisiertem Scheitern« (Wolfsdorf) oder als »Erschöpfungsdepression« (Böker, Mentzos) beschrieben wird. Die Häufung in der zweiten Lebenshälfte wird mit unzulänglichen, erschöpfenden Abwehr-, Bewältigungs- und Anpassungsmechanismen wie der »Identifikation mit der Rolle« (Kipp) erklärt, die im Alter nicht durchgehalten werden können (Rudolf). Dies stimmt auch mit dem klinischen Bild der Erschöpfung am transgenerationalen »Auftrag« und des Zusammenbruchs bisheriger Bewältigungsversuche überein.

Diese Krisen vor der Schwelle zum dritten Alter nicht nur vergangenheitsbezogen, sondern auch in Vorbereitung auf das Älterwerden besser zu verstehen, kann den Horizont auf Sinnfragen und Zukunftswünsche hin öffnen. Zugleich könnte eine präventive Wirkung auf den Alternsprozess entstehen, wenn PatientInnen damit vertraut werden, sich an die Leistungsfähigkeit und Grenzen des Körpers anzupassen und das dritte Alter als Lebensabschnitt mit Gewinn an neuen Freiheiten und möglichen Abschieden kennenlernen.

Als weitere Hypothese wurde das Einbeziehen der zeitgeschichtlichen Perspektive für die Babyboomer-Jahrgänge vorgeschlagen, sofern Hinweise auf Folgen kriegsbelasteter El-

tern oder Großeltern bestehen. Worüber diese ein Leben lang nicht hinweggekommen sind, können PatientInnen meist genau formulieren – der Bezug zur eigenen Prägung und Rolle in der Familie ist hingegen oft noch wenig bewusst, weshalb eine starke Identifizierung besteht. Ein transgenerationales Verständnis kann zu einer enormen Entlastung der PatientInnen führen, da erstmals ein Ausweg aus der lebenslangen narzisstischen Bindung als möglich erscheint.

Selbst wo keine massiven Traumata in der Familiengeschichte auftraten, finden sich in sehr vielen Familien der Kriegsenkel kumulierte Belastungen und Verluste seit dem Ersten Weltkrieg. Die Auswirkungen auf die Soldaten sowie auf die hinterbliebenen Frauen und Kinder haben sich in Bindungs- und Verlustängsten bis zu den Kriegsenkeln niedergeschlagen, wenn Trennung Angst vor Verlust, Nicht-Zurückkehren oder Versehrung bedeutete. Wie wird reale Todes- und Verlustangst im ödipalen Konflikt repräsentiert? Was verbirgt sich hinter Motiven der Heimatlosigkeit und ewigen Identitätssuche, was hinter oraler Über- oder Unterversorgung bei den Essstörungen? Was haben wir alles noch nicht verstanden?

Die »Babyboomer« haben es in vielem sehr gut gehabt, aber auch vieles mitzutragen versucht. Hinter dem Eindruck einer verwöhnten Generation kann sich auch die narzisstische Funktion als selbstwerterhaltende »Stütze« und um das »Heilwerden« der Eltern Besorgte verbergen. Zugleich gab es seit 1968 politische Bemühungen um symbolische Wiedergutmachung des kollektiv verantworteten Grauens und der Schuld, wenn sozial engagierte Kriegskinder und Kriegsenkel dem Makel des Deutscheins ein verantwortliches Gesicht geben haben. Ihre friedensbewegten Einsätze im Sozialen oder als Kriegsdienstverweigerer, ihre Reisen in der ganzen Welt waren notwendig, um den andern, aber auch uns zu zeigen: In der BRD wurden auch geschichtsbewusste Deutsche erzogen, vor denen man keine Angst mehr haben sollte. Dieser bewusste historische Auftrag ist in der Flüchtlingsdebatte wieder hochaktuell.

Für eine Integration der zeitgeschichtlichen Dimension in die psychoanalytische Arbeit ist

es notwendig, in Selbstanalyse auch die eigene Familiengeschichte, die hohe Leistungsorientierung in Medizin und Psychologie, die Motive des helfenden Berufs und möglicher darin verborgener transgenerationaler Aufträge zu untersuchen. Dann können die Erkenntnisse als Chance zum Beenden der transgenerationalen Zyklen fruchtbar werden, so wie dies bereits einzelne Kriegskinder in ihren Publikationen der gesamten Profession zur Verfügung gestellt haben (z. B. Radebold, 2015; Reddemann, 2015).

Solange die Aufarbeitung der Kriegsfolgen für die dritte Generation der Holocaust-Überlebenden nicht abgeschlossen ist, bleibt es auch die Aufgabe der Kriegsenkel, ihren Beitrag zur Bewusstmachung und Verständigung über die Kriegsfolgen in der eigenen Familie und damit zur transgenerationalen Versöhnung zu leisten, möchte man nicht nur auf Resilienz der Einzelnen hoffen.

## Anmerkungen

- 1 Institut für Alterspsychotherapie und angewandte Gerontologie, <http://www.alternpsychotherapie.de>
- 2 <http://www.psychotherapie-im-alter.de>
- 3 <https://de.wikipedia.org/wiki/Baby-Boomer> (Stand: 06.10.16).
- 4 <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/01/01.html> (Stand: 13.10.16).
- 5 Bis 1987 wurde das Buch über 1,2 Millionen mal verkauft und bis 1996 aufgelegt. Die kritische Auseinandersetzung damit begann erst Mitte der 1980er Jahre (vgl. Chamberlain, 1996, 1997).
- 6 <http://www.forumkriegsenkel.de/Studie.htm> (Stand: 13.10.16).

## Literatur

Bathany, S. (2015). *Und was hat das mit mir zu tun? Ein Verbrechen im März 1945. Die Geschichte meiner Familie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.

Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression* (S. 255–295). Washington: American Psychological Association.

Bode, S. (2009). *Kriegsenkel: Die Erben der vergessenen Generation*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bohleber, W. (2008). Wege und Inhalte transgenerationaler Weitergabe. Psychoanalytische Perspektiven. In H. Radebold, W. Bohleber & J. Zinnecker (Hrsg.), *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten*. In-

*terdisziplinäre Studien zur Nachhaltigkeit historischer Erfahrungen über vier Generationen* (S. 107–117). Weinheim: Juventa.

Böker, H. (2011). *Psychotherapie der Depression*. Bern: Huber.

Böttche, M., Kuwert, P. & Knaevelsrud, C. (2011). Post-traumatic stress disorder in older adults: an overview of characteristics and treatment approaches. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 230–239.

Bromberger, J. T. & Kravitz, H. M. (2011). Mood and menopause: findings from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) over 10 years. *Obstetric and Gynecological Clinics of North America*, 31(3), 609–625.

Chamberlain, S. (1996). Aus der Kinderstube des Herrenmenschen. Über zwei deutsche Erziehungsbücher. *Psychosozial Nr. 63*, 19(1), 95–114.

Chamberlain, S. (1997). *Adolf Hitler, die deutsche Mutter und ihr erstes Kind. Über zwei NS-Erziehungsbücher*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Glaesmer, H., Kaiser, M. & Brähler, E. (2012). Posttraumatic stress disorder and its comorbidity with depression and somatization in the elderly – a German community-based study. *Aging & Mental Health*, 16, 403–412.

Gühne, U., Lippa, M., König, H.-H., Hautzinger, M. & Riedel-Heller, S. (2014). Ist Psychotherapie bei depressiven Erkrankungen im Alter wirksam? *Psychiatrische Praxis*, 41, 415–423.

Hermann, M.-L. (2009). *Was im Leben zählt. Kreditierung und Selbstkreditierung alter Menschen im lebensgeschichtlichen Interview*. Bern: Lang.

Hermann, M.-L. (2012). Narzisstische Krisen in der zweiten Lebenshälfte. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* 14(1), 69–83.

Hermann, M.-L. (2015a). Das Alter(n) hat viele Gesichter. *Journal für Psychologie*, 23, 105–130.

Hermann, M.-L. (2015b). Erinnern und Erzählen von Glück und Unglück. Von der Forschung zur Praxis. *Psychotherapie im Alter*, 48(4), 441–454.

Heuft, G. (1993). Psychoanalytische Gerontopsychosomatik – Zur Genese und differentiellen Therapieindikation akuter funktioneller Somatisierungen im Alter. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 43, 46–54.

Heuft, G. (1994). Persönlichkeitsentwicklung im Alter – ein psychologisches Entwicklungsparadigma. *Zeitschrift für Gerontologie*, 27, 116–121.

Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2000). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. München: Reinhardt.

Huber, D. & Klug, G. (2011). Psychoanalytische Therapie der Depression: oldie but goody. *Psychotherapie*, 16(2), 285–296.

Hucklenbroich, K., Burgmer, M. & Heuft, G. (2014). Psychische Folgen von früheren und akuten Traumatisierungen bei Älteren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(3), 202–208.

Kipp, J. (2002). Gewohnte Konfliktstrategien reichen im Alter oft nicht aus. In M. Peters & J. Kipp (Hrsg.), *Zwi-*

*schen Abschied und Neubeginn. Entwicklungskrisen im Alter* (S. 115–123). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Krüger, S. (2015). Depression bei Frauen. Wochenbettdepression und perimenopausale Depression. *Nervenheilkunde*, 34(11), 871–877.

Kruse, A. & Schmitt, E. (2005). Ist in der heutigen Gesellschaft eine Diskriminierung des Alters erkennbar? Ein empirischer Beitrag zum Ageism. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38 (Supplement 1), 1/56–1/64.

Küchenhoff, J. (2016). Trennung, Trauer, Neubeginn. Zum Prozess des posttraumatischen Wachstums. *Swiss archives of neurology and psychiatry*, 167(2), 44–50.

Kutter, P. (1997). Altern in selbstpsychologischer Sicht. In H. Radebold (Hrsg.), *Altern und Psychoanalyse* (S. 54–67). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Leuzinger-Bohleber, M., Bahrke, U. & Negele, A. (Hrsg.). (2013). *Chronische Depression. Verstehen – Behandeln – Erforschen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Leuzinger-Bohleber, M., Röckerath, K. & Strauss, L. V. (Hrsg.). (2010). *Depression und Neuroplastizität*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.

Lohmann, R. & Heuft, G. (1995). Life Review: Förderung der Entwicklungspotentiale im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28, 236–241.

Lippa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wise, B., Weyerer, H., König, H. & Riedel-Heller, S. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136, 212–221.

Maercker, A. & Forstmeier, S. (2013). *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung*. Berlin: Springer.

Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt*, 79, 577–586.

Melcher, T. & Leyhe, T. (2015). Psychotherapie der Altersdepression. *Swiss archives of neurology and psychiatry*, 166(3), 78–86.

Mentzos, S. (2006). *Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Parin, P. (1977). Das Ich und die Anpassungs-Mechanismen. *Psyche*, 31, 481–515.

Perrig-Chiello, P. & Höpflinger, F. (2009). *Die Babyboomer. Eine Generation revolutioniert das Alter*. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.

Peters, M. (2002). Entwicklung, Entwicklungskonflikte und Entwicklungsförderung im Alter. In M. Peters & J. Kipp (Hrsg.), *Zwischen Abschied und Neubeginn. Entwicklungskrisen im Alter* (S. 15–35). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Peters, M. & Kipp, J. (Hrsg.). (2002). *Zwischen Abschied und Neubeginn. Entwicklungskrisen im Alter*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Peters, M., Jeschke, K. & Peters, L. (2013). Ältere Patienten in der psychotherapeutischen Praxis – Ergebnisse

einer Befragung von Psychotherapeuten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Psychologische Medizin*, 6: 439–444.

Quindeau, I. (2013). Depression. In B. Boothe & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Frauen in Psychotherapie Grundlagen – Störungsbilder – Behandlungskonzept* (S. 95–104). Stuttgart: Schattauer.

Radebold, H. (1992). *Psychodynamik und Psychotherapie Älterer*. Berlin: Springer.

Radebold, H. (2000). *Abwesende Väter und Kriegskindheit. Fortbestehende Folgen in Psychoanalysen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Radebold, H. (2005/2009). *Die dunklen Schatten unsere Vergangenheit. Hilfen für Kriegskinder im Alter*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Radebold, H. (2008). Kriegsbedingte Kindheiten und Jugendzeit. Teil I: Zeitgeschichtliche Erfahrungen, Folgen und transgenerationale Auswirkungen. In H. Radebold, W. Bohleber & J. Zinnecker (Hrsg.), *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten Interdisziplinäre Studien zur Nachhaltigkeit historischer Erfahrungen über vier Generationen* (S. 45–55). Weinheim: Juventa.

Radebold, H. (2015). *Spurensuche eines Kriegskinds*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Radebold, H., Bohleber, W. & Zinnecker, J. (2008). *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten. Interdisziplinäre Studien zur Nachhaltigkeit historischer Erfahrungen über vier Generationen*. Weinheim: Juventa.

Radebold, H., Heuft, G. & Fooker, I. (Hrsg.). (2006). *Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. Kriegserfahrungen und deren Folgen aus psychohistorischer Perspektive*. Weinheim: Juventa.

Reddemann, L. (2014). *Psychodynamische Imaginative Traumatherapie PIIT – Das Manual* (8. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann, L. (2015). *Kriegskinder und Kriegsenkel in der Psychotherapie. Folgen der NS-Zeit und des Zweiten Weltkriegs erkennen und bearbeiten – Eine Annäherung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Riedel-Heller, S. & Lippa, M. (2014). Depression im Alter – bevölkerungsmedizinisch unterschätzt? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 64, 477–479.

Rohde-Dachser, C. (2010). Schermer als Objekt. über Struktur und Inhalt der Borderline-Depression. *Psyche*, 64, 862–889.

Rudolf, G. (2003). Störungsmodelle und Interventionsstrategien in der psychodynamischen Depressionsbehandlung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 363–376.

Schauenburg, H. (2007). Psychodynamische Psychotherapie. In H. Schauenburg & N. Hoffmann (Hrsg.), *Psychotherapie der Depression* (S. 45–64). Stuttgart: Thieme.

Schneider, G. & Heuft, G. (2012). Angst und Depression bei älteren Menschen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 58(4), 336–356.

- Settlage, C.F., Curtis, F., Lozoff, M., Silberschatz, G. & Simburg, E.J. (1988). Conceptualizing adult development. *Journal of International Psychoanalysis*, 36, 347–3369.
- Stambolis, B. (2014). *Aufgewachsen in »eiserner Zeit«. Kriegskinder zwischen Erstem Weltkrieg und Weltwirtschaftskrise*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Teising, M. (1997). Altern – eine Herausforderung an den Narzissmus. In H. Radebold (Hrsg.), *Altern und Psychoanalyse* (S. 68–80). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wächter, C. (2013). Psychotherapie der Altersdepression. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46(2), 120–126.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A. et al. (ECND/EBC Report 2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655–679.
- Wölfersdorf, M. (2008). Zur tiefenpsychologischen Psychodynamik bei der Depression: Plädoyer für eine Wiederentdeckung psychogenetischer Aspekte für die Behandlung depressiv kranker Menschen. *Psychotherapie*, 13(1), 87–98.
- Wölfersdorf, M., Niederhofer, H., Bloch, H., Schüler, M. & Purucker, M. (2015). Depression im Lebenszyklus. In Kindheit und Jugend, in der Lebensmitte und im Alter. *Nervenheilkunde*, 34(11), 862–870.
- Zank, S., Peters, M. & Wilz, G. (2010). *Klinische Psychologie und Psychotherapie des Alters*. Stuttgart: Kohlhammer.

### Depression in the second half of life: breakdown or break-up?

**Abstract:** In in-patient and out-patient psychotherapy among the middle-aged until the beginning of the »third age« psychic crises appear cumulative as burnout or fatigue depression as well as comorbid anxiety and traumatic stress disorders. This paper follows the question whether psychoanalytic explanatory models of depression and their implicit assumption of »one« adulthood until the transition

of senior age is sufficiently for the understanding of triggers and actual living conditions. Along clinical observations hypotheses are established that suggest a historical perspective on the generation of the »babyboomers« as children of the children of war in addition. Constellations of transgenerational trauma effects, parentification and exhausting defense, coping and adaptation mechanisms can lead to worn out break-down in the years of middle age. Between inner-psychic pressure of unfulfilled drive-wishes and first pressure of ageing the processing offers a chance of release from unconscious delegations and for break-up in a wider inner freedom as preparation of third age.

**Keywords:** depression, midlife, babyboomers, transgenerational trauma effects, old age

### Die Autorin

**Marie-Luise Hermann**, Jg. 1966, Dr. phil., Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Musikerin, ist als Klinische Psychologin an der Privatklinik Aadorf (Schweiz) und in ambulanter psychoanalytischer Praxis tätig. Von 2008 bis 2013 war sie Assistentin und Oberassistentin am Lehrstuhl Klinische Psychologie, Psychotherapie & Psychoanalyse der Universität Zürich (Prof. Brigitte Boothe). Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Psychotherapie in der zweiten Lebenshälfte, Narrative Gerontologie, therapeutische Beziehung.

### Kontakt

Dr. Marie-Luise Hermann  
Privatklinik Aadorf  
Fohrenbergstr. 23  
CH-8355 Aadorf  
E-Mail: mlhermann.praxis@bluewin.ch

# Erfolgreiches Altern: Altwerden ohne Depression?<sup>1</sup>

Dorothea Huber & Günther Klug

psychosozial 40. Jg. (2017) Heft I (Nr. 147)  
www.psychosozial-verlag.de/ps

**Zusammenfassung:** Das an Verlust und Degeneration orientierte Altersverständnis scheint überholt und hat sich zur Vorstellung eines erfolgreichen Alterns hin bewegt. Zwar sind alte Menschen einer Reihe von depressiogenen Faktoren ausgesetzt, dem Verlust von Angehörigen oder Partnern, veränderten sozialen Rollenbedingungen und dem Verlust körperlicher Gesundheit, die dazu führen, dass bisher erfolgreiche Strategien im Umgang mit psychisch belastenden Faktoren nicht mehr in gleicher Weise anwendbar und effektiv sind. Aspekte wie der Grad der Bindungssicherheit und Einsamkeit moderieren jedoch die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Altersdepression.

Für die Behandlung älterer depressiver Menschen ist festzuhalten, dass sowohl Psychopharmaka als auch Psychotherapie ähnlich wirksam sind wie bei jüngeren Menschen. Wenn Therapeuten bei ihrer Behandlung einige Besonderheiten bedenken, wie gegenübertragungs-basierte Hemmungen, sowie unbewusste Ängste vor dem eigenen Älterwerden und Sterben und einige Therapiemodifikationen beachten, ist eine psychoanalytisch modifizierte Technik zur Behandlung der Depression im Alter gut geeignet.

Ein Paradoxon ist die niedrige Prävalenz depressiver Syndrome bei einer gleichzeitig durch zahlreiche Risikofaktoren erhöhten Vulnerabilität. Die Resilienzforschung zeigt, dass ältere Menschen trotz ihrer Vulnerabilität auch über Eigenschaften verfügen, die vor pathogenen Einflüssen schützen. Der Herausforderung der Depression im Alter kann in mehrfacher Hinsicht begegnet werden: Das Wissen um Risikofaktoren hilft, die Vulnerabilität zu erkennen und prophylaktisch einzugreifen, und das Wissen um Resilienzfaktoren hilft, Ressourcen zu stärken und therapeutisch nutzbar zu machen.

**Schlüsselwörter:** Altersdepression, Alterspsychotherapie, Besonderheiten der Übertragungs-/Gegenübertragungssituation, Risikofaktoren, Resilienzfaktoren

*Dieser Artikel ist meiner Mutter  
zum 91. Geburtstag gewidmet.*

## 1. Einleitung

Eine wesentliche Aufgabe der Psychotherapie im 21. Jahrhundert besteht unseres Erachtens darin, sich der Depression im Alter in Psychotherapieforschung und Versorgung mehr zuzuwenden, da die Bevölkerungspyramide mehr und mehr auf den Kopf gestellt wird.

Dieser Beitrag möchte die spezifische The-

matik depressiver Störungen im Alter vor dem Hintergrund eines differenzierten Altersbegriffs diskutieren. Ausgehend von einer kurzen Übersicht zur Epidemiologie und einer Charakterisierung der Besonderheiten depressiver Erkrankungen im Alter werden thematische Schwerpunkte die Risikofaktoren für die Entstehung depressiver Störungen im Alter und die sich aus Resilienz- und Therapie-forschung ergebenden Möglichkeiten der Protektion, insbesondere der Psychotherapie sein.