



Der lange Schatten kollektiver Gewalt – Kriegskinder und Kriegsenkel als Angehörige

Elisabeth Wappelshammer, Christine Weissenberg

Ein wichtiger Schlüssel zum Verständnis für einen sterbenden Menschen ist das Verständnis für seine Lebensgeschichte. Welche gesellschaftlichen Entwicklungen haben diese Frau oder diesen Mann geprägt? Was mag das für Kindheit und Jugend bedeutet haben und was bedeutet das fürs hohe Alter und im Sterben? Diese Fragen brauchen die Bereitschaft und Fähigkeit sich vorzustellen, welche zeitgeschichtlichen Verhältnisse unser Gegenüber wohl erlebt hat – zum Beispiel mit Hilfe einer Zeitleiste, in der die individuelle der allgemeinen Geschichte gegenübergestellt wird. Wird das Prinzip, eine sterbende Person und ihre Angehörigen als Einheit zu behandeln, ernst genommen, dann erhält auch die Geschichte dieser Bezugspersonen spezielle Aufmerksamkeit.

Indirekte Erfahrungen von Krieg und Flucht

Traumatherapie sowie psychohistorische und therapeutische Fachliteratur beschäftigen sich intensiv mit den Folgen von Kriegserfahrungen jener Generationen, die den Zweiten Weltkrieg und die Nachkriegszeit persönlich als Kinder oder Jugendliche erlebt haben oder als deren Kinder und Enkelkinder indirekt von existentieller Bedrohung, Flucht und Traumatisierung betroffen sind.

Es bedarf der Einsicht, dass auch An- und Zugehörige eine Geschichte haben, die aufs Engste mit jener ihrer sterbenden Verwandten, Freund*innen oder Nachbar*innen verwickelt sein kann – speziell als Partner*innen, Kinder und Enkel, Nichten und Neffen. Da die Dynamik einer Lebensgeschichte gerade in Zeiten unausweichlicher Veränderungen wie am Ende des Lebens oft überdeutlich wird, erhält dies bei allen Beteiligten einen besonderen Stellenwert. Insbesondere nahe Angehörige stehen in diesem Sinne vor einer doppelten Aufgabe: die zu Ende gehende Lebensgeschichte ihrer Großeltern, Eltern, Tanten und Onkel zu begleiten und sich zugleich auf den diesbezüglichen Bruch und die entsprechende Neuorientierung im eigenen Leben einzulassen. Dabei brauchen sie Unterstützung und vor allem empathisches Interesse, denn die Kriegs- und Fluchterlebnisse der vorhergehenden Generationen haben auch sie oft nicht verschont.

Gelingende lebensgeschichtliche Begleitung

In der folgenden Geschichte einer Angehörigen wird deutlich, wie eine Sterbevorsorge in Bezug auf die Planung des Begräbnisses gelingen kann, wenn konsequent hospizlich gedacht und gehandelt wird. Hier ein Ausschnitt aus einem Interview mit Regula Meier, einer Schweizer Hausärztin, zu ihrer eigenen Rolle als Angehörige:

„Was mich so beeindruckt: Wie das Thema Tod, Sterben und Beerdigung durch offene und ehrliche Kommunikation verändert wird, das Thema berührt und ist berührend. Meine 96-jährige Tante, kinderlos, hat mir schon oft erzählt, wie sie sich ihr Begräbnis vorstellt und ich habe sie ermuntert, dies gemeinsam als ihren Willen festzuhalten. So haben wir zusammen mit Thomas Giuliani, Bestatter und Präsident des Hospizvereins, das Begräbnis besprochen und Details festgehalten. Die Dame war in ganz jungen Jahren mit einem französischen Offizier verlobt, und der ist im Rahmen der Widerstandsbewegung der Résistance erschossen worden – von deutschen Soldaten. Dies ist nun mehr als 70 Jahre her. Ich hatte die Idee, einen Teil von ihr bei ihrem Verlobten zu begraben und den anderen Teil bei ihrem späteren Ehemann in der Schweiz. Sie fand diese Vorstellung sehr gut und so haben wir uns gemeinsam nach einer Reiseurne umgesehen und auch ein sehr schönes Exemplar gefunden, ein richtiges Bijou. Dann haben wir durch dieses Aufarbeiten ihrer persönlichen Geschichte Freunde in Frankreich gefunden, die sie seitdem jedes Jahr für mehrere Wochen besucht, und von dort aus auch das Grab ihres Verlobten auf dem carré militaire. Und so findet ein Lebensabschnitt, der so traurig und prägend war, so überraschend viel Leben und Erfüllung. Für mich persönlich finde ich toll, wenn sich zeigt, wie lohnend eine Auseinandersetzung mit der Geschichte ist. (...)“⁴

¹ Interview im Rahmen der Studie ‚Sorgekulturen im Leben und im Sterben‘, 2014 Institut für Palliative Care und Organisationsethik Wien, unveröffentlichtes Transkript

Die Ärztin sieht sich hier in der Rolle der nächsten Angehörigen vor der Aufgabe, zusammen mit ihrer hochaltrigen Tante deren Begräbnis zu planen. Das Vorhaben gelingt nicht zuletzt deshalb besonders gut, weil es sich in diesem Fall um eine erfahrene Ärztin aus einem Netzwerk für Palliative Care handelt, die ehrenamtlich auch in einem Hospizverein tätig ist. Das heißt, sie ist es gewohnt, Themen rund ums Sterben anzusprechen, und sie weiß, wie sie sich Hilfe holen kann. In der Lebensgeschichte der Tante hatte sich mit dem Tod ihres ersten Verlobten im Zweiten Weltkrieg Tragisches zugetragen. Die Initiative der Nichte konnte aber dafür sorgen, dass die Schwere dieser Erfahrung mit auffallender Leichtigkeit und Lebendigkeit aufgelöst werden konnte, indem eine Form der Bestattung geplant wurde, die dem Bruch durch den Krieg Rechnung trug. Als überraschendes Moment tauchen sogar neue Kontakte in Frankreich auf, und das Leben kann am Ende noch in vollen Zügen genossen werden.

Familiengeheimnis als Blockaden

Wenn die Kinder und Enkel der Kriegsgenerationen als Angehörige ihrer Eltern, Onkeln und Tanten in Krankenhäusern, Pflegeheimen und bei ambulanten Diensten auftauchen, dann spielt vielfach sowohl in ihrem Verhalten als auch in den familiären Beziehungen die Zeitgeschichte einen mächtigen systemischen Part. Pflegebedürftige Menschen mit Kriegserfahrungen kämpfen häufig um ihre Autonomie, um keine Flashbacks aus Kindheit und Jugend zu erleben und ihre damalige Hilflosigkeit nicht wieder zu spüren.² Deshalb lehnen sie oft Hilfsangebote ab – sowohl informell als auch professionell. Das erzeugt in besonderem Maß Hilflosigkeit bei den Helfenden.

Den Angehörigen sind jedoch geradezu die Hände gebunden, wenn Familiensysteme durch Geheimnisse regiert werden, die vor zu leidvoller Erinnerung schützen sollen, zugleich aber Linderung und Trost verhindern. Anschaulich zeigt das folgende Geschichte:

Regina³ wurde 1897 als eines von sechs Kindern einer jüdischen Familie geboren. Blond und schön sei sie gewesen, heißt es. Mit 23 heiratet sie einen katholischen Geschäftsfreund des Vaters, zwei Söhne werden geboren. 1938, kurz nach der Annexion Österreichs an Deutschland, lässt sich der Mann scheiden; in der Familie heißt es, die Ehe war ohnehin nicht harmonisch. Die Kinder bleiben beim Vater, der Kontakt zur Mutter bricht ab, die in der Folge nach Theresienstadt deportiert wird. Sie überlebt und kehrt 1945 nach Wien zurück. Dort wird sie von einer Schwester und einem Schwager unterstützt, doch sie schafft es nicht mehr, ein eigenes Leben aufzubauen und entwickelt zunehmend psychische Symptome. Ab 1949 beginnen immer längere Aufenthalte in der Psychiatrie, wo sie in den 70er Jahren an Herz-Kreislauf-Versagen stirbt.

In den medizinischen Aufzeichnungen gibt es Hinweise auf die damals noch nicht existente Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD): Wiederholte negative Annahmen über sich selbst, z. B. „andere kommen zu Schaden durch mich“. Vermindertestes Interesse an Alltagsaktivitäten etc. Erhöhte vegetative Re-

² Thimm K.; Lakotta B.(2005): „Dir ist was Schreckliches passiert“, Interview mit Radebold H. in: Der Spiegel 17: 174

³ Pseudonym

aktionen (Schwindel, Schlafstörungen mit Alpträumen, erhöhter Puls, Zittern, Schwitzen, Appetitlosigkeit), emotionale Abgestumpftheit und Vermeidungsreaktionen. Ebenso eine Vielzahl an psychosomatischen Beschwerden, z. B. brennende Ganzkörperschmerzen und Schwäche ohne organische Grundlage sowie ein andauerndes Gefühl der Hilflosigkeit. Beim Erzählen vom KZ kommt es zu einer erhöhten affektiven Beteiligung, wobei nähere Inhalte über das Lagerleben nicht dokumentiert, vermutlich auch nicht nachgefragt wurden.

Die mündliche Geschichte innerhalb der Familie ist denkbar unempathisch: Immer schon sei Regina etwas verrückt gewesen, das Lagerleben habe ihr im Grunde gut getan, da habe sie ihre Ordnung gehabt und sei fähig gewesen zu arbeiten. Die Söhne verschweigen ihren eigenen Kindern gegenüber die Existenz der Großmutter. Es habe ein Unglück gegeben, sie sei schon tot. Zufällig erfährt eine Enkelin in den 1970er Jahren telefonisch von einer ihr bis dahin unbekanntem Großtante, dass sie eine Großmutter hat, die zudem aber gerade im Sterben liegt. Fassungslos berichtet sie davon ihrem Vater, der seine Mutter daraufhin ein letztes Mal besucht. Angesichts des familiären Tabus ist die Enkelin selbst nicht imstande, diese unbekanntem Großmutter zu besuchen. Immerhin trifft sie sich nach deren Tod ab und zu mit ihrer neuen Großtante und deren Tochter. Als Jahrzehnte später die Großtante und auch deren Tochter verstorben sind, wird durch ein Testament deutlich, dass es noch andere Verwandte gibt, von deren Existenz ihr nichts oder kaum etwas bekannt war, nämlich die Töchter des Sohnes der Großtante.

Erst der Tod dieser beiden Frauen hat es ermöglicht, dass sich Enkel der älteren Kriegsgeneration (um 1900 Geborene) aus derselben Familie in bereits fortgeschrittenem Alter zwischen 60 und 70 Jahren miteinander bekannt machen und über die Familiengeschichte austauschen konnten. Sämtliche Mitglieder der Familie, die ihre Jugend und ihr Erwachsenenleben in der Kriegszeit verbracht hatten, haben gegenüber ihren Nachgeborenen über konkrete Erfahrungen hartnäckig geschwiegen oder Erlebnisse beschönigt und sich auf die materielle Seite des Lebens konzentriert: Arbeiten, Sparen, eine Familie aufbauen, Reisen. Von ihren Kindern haben sie viel gefordert: Unauffällig funktionieren sollten



sie, die Besten und Intelligentesten in der Ausbildung sein, beruflich erfolgreich, möglichst aber auch nicht erfolgreicher als die Eltern. Dankbar sollten sie vor allem sein, dass es ihnen um so viel besser ging als den Großeltern, Eltern, Tanten und Onkeln. Mitreden durften sie aber auf keinen Fall, Krieg und Verfolgung könne man sich nämlich einfach nicht vorstellen, das müsse man erlebt haben. Da hatten die Probleme der Kinder wenig Relevanz.

Was bedeutet das für eine hospizliche Haltung den Angehörigen gegenüber? Vor allem geht es um Selbstreflexion: Wie sehr haben sich Ärzt*innen, Pflegekräfte und Betreuende mit ihrer eigenen Geschichte befasst? Der Psychiater und Psychologe Hartmut Radebold betont, dass sich der Widerstand gegen die Erinnerung an den Nationalsozialismus insbesondere bei Psychotherapeut*innen zeigt, die zwischen 1935 und 1948 geboren sind. Er weist auch auf die Abwehrhaltungen auf der Ebene der Leitung von Altenpflegeeinrichtungen hin.⁴

Anschaulich beschreibt die Journalistin Sabine Bode anhand von Fallbeispielen, wie belastend familiäre Tabus über Kriegs- und Fluchterfahrungen für das Leben der Kinder und Enkel sein können. Sie erleben keine so auffallenden Dramen mehr wie ihre Eltern und Großeltern, aber die eigene Lebendigkeit und unabhängige Weiterentwicklung scheinen blockiert, wie in trübem Nebel gefangen.⁵

„Denn solange sie – also die Kriegskinder – ‚alles mit sich selbst‘ ausgemacht haben, gab es weder die Erfahrung, vom anderen anerkannt und begriffen zu sein, noch die einer tieferen Verbundenheit. Ohne Erinnerungsarbeit gibt es kein Gefühl der Kontinuität des eigenen Lebens – ohne diese gibt es keine positive Identität.“⁶

Für die Hospizarbeit gilt es wahrzunehmen, dass innerhalb einer wie oben beschriebenen Familie wenig Nähe zugelassen wird, dass die nach dem Krieg Geborenen vermutlich schon früh als „Eltern“ der Eltern herhalten mussten, zuständig für deren Glück und Halt. Mitmenschlicher Trost oder Psychotherapie für das Erlittene waren selten. Belastende Erfahrungen wurden kaum thematisiert und betrauert, sondern eher tabuisiert und verschwiegen und genau dadurch auf sehr indirekte Weise auch an die Nachkommen weiter

4 Finze S. (2012): Das Trauma der Kriegskinder, S. 88

5 Bode S. (2009): Kriegsenkel. Die Erben der vergessenen Generation. S. 29

6 Ermann M., Vortrag (2006), zit. nach Bode, S. (2009): Kriegsenkel. Die Erben der vergessenen Generation. S. 27

gegeben. Nicht nur die Opfer rassistischer Verfolgung reagierten oft mit hartnäckigem Schweigen über existentiell bedrohliche Erlebnisse. Auch Menschen, die durch Bombenangriffe, Fluchterfahrungen, die aktive oder passive Teilnahme an Krieg oder kollektiven Verbrechen traumatisiert wurden, kultivierten familiäre Tabus, u. a. in Form dominierender Sichtweisen bezüglich des Erlittenen: Sie, die Mitglieder der Kriegsgenerationen, hatten Schmerzliches erlitten, Kinder und Enkel jedoch sollten einfach nur froh sein zu leben und nach vorne schauen.

Abzusehende Herausforderungen

Der Zweite Weltkrieg war nicht der letzte Krieg, dessen Auswirkungen bis heute gesellschaftlich wirksam sind. In den 1990er Jahren flohen viele Menschen aus Ex-Jugoslawien nach Österreich, Deutschland und in die Schweiz, wo sich in den Familien ähnliche Dynamiken entwickelten. Auch die jüngste große Fluchtbewegung vor Krieg und Terror wirft ihre transgenerationalen Schatten. Zuletzt daher eine sehr aktuelle Geschichte:

*Die 23-jährige Aisha hat die Flucht aus Afghanistan mit ihrem kleinen Sohn Farid nach Österreich geschafft. Da das Baby einen positiven Asylbescheid erhalten hat, darf auch sie bleiben und lebt in einer kleinen Mietwohnung in einem Dorf in Niederösterreich – getrennt vom Ehemann und zwei weiteren Kindern. Den Haushalt schafft sie mit Hilfe von Nachbar*innen. Wie mechanisch kocht und wäscht sie und versorgt das Kind. Oft wird ihr aber auch einfach alles zu viel, vor allem, wenn es gilt, etwas zu tun, das ihren Aufenthalt sichert: Amtstermine wahrnehmen, Deutsch lernen oder einen sogenannten Wertekurs besuchen. Dann sitzt sie im Anschluss daran stundenlang auf dem Boden, den Rücken eng an einen Heizkörper gepresst, und weint fassungslos oder starr ausdruckslos auf das Display ihres Mobiltelefons. Manchmal liegt sie auch im Bett, reglos und flach atmend. Generell klagt sie über hartnäckige nicht objektivierbare Körpersymptome, die vor allem auf Angstzustände hinweisen. Die Psychiatrie ist für sie ein Tabu, weshalb für Aisha abschließend körperliche Ursachen infrage kommen. Ärztliche Befunde werden daher*

7 Pseudonym

8 Pseudonym

angezweifelt, psychiatrische Berichte zerrissen und weggeworfen. Der kleine Farid, der gerade erst gehen gelernt hat, läuft in solchen Situationen auf sie zu, um sie zu trösten und aufzuheitern. Wenn er mit seinen Bemühungen aber nichts erreichen kann, dann steht er da, ballt die Fäustchen und schreit gellend.

Die Traumatherapeutin Michaela Huber drückt es so aus: „Eine Wunde oder Verletzung, die durch andere Menschen herrührt, Gewalt, Krieg, Vertreibung, Vernachlässigung, existenzielles Verlassen, auch Entwürdigung und seelische Grausamkeiten werden von Erlittenen transgenerational ‚vererbt‘. Kinder erleben dann dasselbe oder ‚fühlen sich so‘.“⁹

Hier beginnt also bereits die Zukunft einer traumatisierten Mutter und ihres zunehmend sekundär traumatisierten Sohns, der später als Angehöriger seiner alten Mutter gefordert und in ganz besonderer Weise auf hospizliche Begegnungen angewiesen sein wird – empathisch und konditionslos.

Die Symptome aus den Kriegserfahrungen lassen sich bei den hochaltrigen Betroffenen kaum mehr auflösen. Jüngere Traumatisierte haben in unserer Kultur jedenfalls mehr Chancen durch moderne Therapien. Hospizarbeit kann keine Therapie leisten, aber sie kann das Interesse an den Lebensgeschichten kultivieren – die der Sterbenden wie ihrer Angehörigen. Es empfiehlt sich, die möglichen Verstrickungen von Angehörigen in Gewalterfahrungen ihrer Vorfahren verstehen zu lernen, ihnen einführend zuzuhören und offen zu sein für existentielle Themen. Dies setzt die Reflexion der eigenen Lebensgeschichte mit Bezug auf Zeitgeschichte voraus. Mit heilenden Effekten darf – mit aller Vorsicht – gerechnet werden.

Zusammenfassung

Angehörige der Kriegsgenerationen sind angewiesen auf das Verständnis dafür, dass ihre Familiengeschichten transgenerational durch erlittene Traumata im Zusammenhang mit Krieg, Verfolgung und Flucht belastet sein können. Wird das hospizliche Prinzip der Einheit einer sterbenden Person mit ihren Angehörigen ernst genommen, dann erhält auch die Geschichte dieser Bezugspersonen spezielle Aufmerksamkeit. Dies setzt voraus, dass Behandelnde und Pflegenden ihre eigene Familiengeschichte reflektieren.

Literatur

- Bode S. (2009): Kriegsenkel. Die Erben der vergessenen Generation. Klett-Cotta, Stuttgart
- Finze S. (2012): Das Trauma der Kriegskinder. Seelische Verwundungen und Spätfolgen im Alter. Klotz, Magdeburg
- Huber M.: Vortrag am 27.01.2017: „Mein Kind gehört mir!“ Transgenerationale Traumatisierung und Umgang: <https://www.michaela-huber.com/files/vortraege2017/mein-kind-gehört-mir-2017-01.pdf>
- Keller M. (2018): Emotionales Erbe. Wie die deutsche Geschichte, wie Weltereignisse und Katastrophen unsere Familiengeschichten prägen. In: Der Spiegel 51: 106-114
- Thimm K.; Lakotta B. (2005): „Dir ist was Schreckliches passiert“, Interview mit Radebold H., in: Der Spiegel 17:172-175
- Radebold H. (Hrsg., 2005): Kindheiten im II. Weltkrieg und ihre Folgen. Psychosozial, Gießen
- Specht-Toman M. (2009): Biografiearbeit in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege. Springer, Graz
- Ustorff A-E. (2016): Wir Kriegskinder der Kriegskinder. Die Generation im Schatten des Zweiten Weltkriegs. Herder, Freiburg i.B.

9 Huber M.: (Vortrag 2017): „Mein Kind gehört mir!“



Dr. phil. Elisabeth Wappelshammer
Hufelandgasse 1a/17
A-1120 Wien
wappelshammer@yahoo.de



Dr. med. Christine Weissenberg
Bürgerstraße 8
A-3900 Schwarzenau
cweissenberg@aon.at