

Einfluss kriegsbedingter Belastungen in der Kindheit und Jugend auf die Gesundheit im Alter: Vergleich zwischen Älteren mit und ohne psychische Störung

NeuroGeriatric 2015; 12 (2): 69–73
© Hippocampus Verlag 2015

H. J. Koch¹, L. Clauß², F. Schönherr³

Zusammenfassung

Die psychosozialen Folgen einer von Krieg und Not geprägten Kindheit und Jugendzeit für die psychische und somatische Verfassung im Alter, d.h. die historische Dimension der Diagnose, haben in den letzten Jahren in der klinischen Praxis und der qualitativen Forschung an Bedeutung gewonnen. Ziel des vorliegenden Projekts war, diesen historischen Faktor vergleichend zu untersuchen. 154 Probanden aus klinischen und Pflegeeinrichtungen im Altkreis Aue-Schwarzenberg beantworteten einen Fragebogen mit 50 Items zur Jugend und Kindheit sowie der aktuellen gesundheitlichen Verfassung. 112 Probanden mit depressiv-ängstlichen Syndromen in der Anamnese oder leichter kognitiver Störung (Alter $81 \pm 8,1$ Jahre) dienten als Testgruppe, 42 bisher psychisch gesunde ältere TeilnehmerInnen (Alter $81,6 \pm 6,2$ Jahre) als Kontrollgruppe.

In der Regel wurden die psychischen Traumata der Kriegs- und Nachkriegszeit im Erwachsenenalter gut kompensiert, was sich in erfolgreichen familiären und beruflichen Entwicklungen widerspiegelt. Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf Angst und psychovegetative Symptome deuten diskret auf einen Zusammenhang zwischen einer durch den zweiten Weltkrieg geprägten Jugend und psychischer Verfassung im Alter hin, der für Diagnostik und Therapie, insbesondere psychotherapeutische Interventionen, klinisch bedeutsam werden kann.

Schlüsselwörter: Kindheit und Jugend, Krieg, Nachkriegszeit, posttraumatische Belastung, Gesundheit im Alter, Gruppenvergleich

1 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Heinrich-Braun-Klinikum, Zwickau

2 Zwickau

3 Schneeberg

Der Krieg wird niemals zu Ende sein, solange noch eine Wunde blutet, die er geschlagen hat (Heinrich Böll)

Einleitung

Der Einfluss von sozialen und emotionalen Entbehrungen auf die psychische und somatische Verfassung im Alter, d.h. die historische Dimension der psychopathologischen Diagnostik vor, während und nach dem Zweiten Weltkrieg, ist Gegenstand aktueller Forschungen [15]. Zweifelsohne können derartige Extrembelastungen auch beim Gesunden zu seelischer Not oder psychosomatischen Störungen führen, die durch psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung günstig zu beeinflussen sind [9, 11, 13, 16]. Die von Deutschland ausgehende Barbarei des 2. Weltkriegs in all ihren menschenverachtenden Facetten, gerade für die Zivilbevölkerung Europas, ist sicher als ätiologische Extrembelastung zu werten, die ihre tiefen Spuren von Betroffenen hinterlässt, auch wenn sich daraus keine spezifische Störung entwickelt hat. Wahrhaftig mit den Traumata vor, während und nach dem Zweiten Weltkrieg umzugehen, heißt das individuelle Leid der Menschen anzuerkennen und sich den historischen Fakten zu stellen, ohne die deutsche Verantwortung, auch wenn sie eine Last bleiben wird, zu verdrängen, sondern vielmehr nach Wegen der Verarbeitung zu suchen [8, 14].

Im Einzelfall ist es schwer, psychopathologische Zusammenhänge kausal zu belegen, zumal viele unserer

Patienten sich nach dem Krieg beruflich etabliert, familiär erfolgreich ihren Weg beschritten und nicht zuletzt dadurch die Grundlage für das Gelingen des Erfolgsmodells Bundesrepublik gelegt haben. Wir stehen dieser Generation gegenüber in der Pflicht, die Bedeutung der Weltkriege im Hinblick auf das Altern in Würde zu bewerten, genauso wie die historische Mitverantwortung dieser Generation Gegenstand wissenschaftlicher und politischer Diskussionen war. Die Frage nach Schuld und Mitverantwortung, in der sich viele Betroffene sehen, ist im ärztlichen Wirken eher sekundärer Natur, da es vermessen wäre, innerhalb eines kurzen Kontakts die komplexen Rahmenbedingungen einer Diktatur zu beurteilen und diagnostisch zu integrieren [1]. Sie kann aber durchaus Gegenstand einer langfristigen psychotherapeutischen Behandlung sein [18]. Es ist sinnvoll und wichtig, durch diese historisch-diagnostische Dimension zu lernen, wie aktuelle kriegerische Handlungen auf die Psyche nachfolgender Generationen zu extrapolieren sind, auch im Hinblick auf die Verantwortung der jungen Generation für Frieden und gegen Gewalt oder Unterdrückung. Manchmal ist es vielleicht nicht zu vermeiden, junge Menschen in den Krieg zu schicken, über die Wunden, körperlich oder psychisch, sollte sich jeder, der politische Verantwortung trägt, aber bewusst sein [7]. Weder Forschung noch Klinik profitieren allerdings von unscharfen, schwerlich belegbaren psychiatrischen Diagnosen. Insbesondere die Diagnose einer PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) sollte ob der langen

Influence of traumatic experiences during and after war as young adults on health status of elderly persons: Intergroup comparison in aged with and without psychological disorders

H. J. Koch, L. Clauß, F. Schönherr

Abstract

The psychosocial consequences of war or post war distress during childhood and youth with regard to psychological and somatic health status in old age have gained importance in both clinical practice and research. To investigate this historical dimension of diagnosis in a controlled study was the objective of this project. 154 subjects, either patients in hospitals or living in care retirement homes in the district of Aue-Schwarzenberg, agreed to answer a 50 item questionnaire about childhood or youth and current health condition. 112 with known psychiatric diagnosis (anxiety-depression, mild cognitive impairment) served as test group (age 81 ± 8.1 years), 42 without psychological problems (age 81.6 ± 6.2) as controls.

Generally, psychological traumata during and after war were well compensated in adulthood, i. e. most of the aged had fruitfully started a family or had well done in their career. However, slight differences with regard to anxiety and psycho-vegetative symptoms indicate an association between war events and psychic status in the aged, which may become relevant in diagnostics and treatment. Particularly, these psychological injuries may be important issues in psychotherapy.

Key words: childhood and youth, war, post war period, posttraumatic stress, health status in old age, intergroup comparison

NeuroGeriatric 2015; 12 (2): 69 – 73

© Hippocampus Verlag 2015

Latenz und letztlich nicht beweisbaren Kausalität mit Zurückhaltung gestellt werden [5, 10]. Ziel der Studie war es also nicht, neue psychopathologische Entitäten zu schaffen, sondern sachlich vergleichend und deskriptiv-symptomatisch zu untersuchen, ob bisher psychisch gesunde Ältere und ältere MitbürgerInnen, die psychiatrische oder psychologische Hilfe in Anspruch genommen haben, sich in Bezug auf ihre Erfahrungen in Kriegs- und Nachkriegszeit unterschieden. Wir haben einen Fragebogen entwickelt und älteren BürgerInnen vorgelegt, um empirische Zusammenhänge zwischen Lebensereignissen während des Zweiten Weltkrieges

und der aktuellen seelischen oder somatischen Verfassung herauszuarbeiten und diese im Kontext bisheriger Forschungsergebnisse zu diskutieren.

Methodik

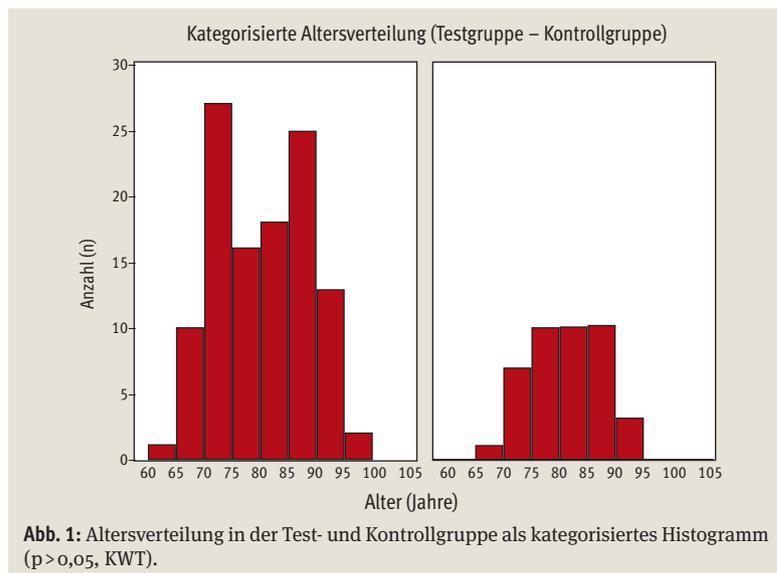
Wir danken 154 älteren MitbürgerInnen, die nach informiertem Einverständnis an der Befragung – zufällige Auswahl – teilnahmen. Wir suchten die Probanden zu Hause oder in den Pflegeeinrichtungen im Altkreis Aue-Schwarzenberg bzw. einer Psychiatrischen Klinik auf. In der Testgruppe befragten wir die 112 TeilnehmerInnen (Alter $81 \pm 8,1$ Jahre, Median 81 Jahre, Range 34 Jahre), die anamnestisch an einer leichten kognitiven Störung oder depressiv-ängstlichen Symptomatik litten. Als Kontrolle konnten wir 42 psychisch gesunde – bisher kein Anhalt für psychische Erkrankung in der Anamnese – Probanden (Alter $81,6 \pm 6,2$ Jahre, Median 81 Jahre, Range 24 Jahre) gewinnen.

Alle Patienten/Probanden waren in der Lage, den Fragebogen, ggf. mit einfachen neutralen Erläuterungen, schriftlich zu beantworten (Anamnestische Diagnosen: leichte kognitive Störung (ICD 10 F06.7, depressive Episode ICD 10 F32.0, F32.1, Angst und Depression gemischt ICD 10 F41.2). Im ersten Teil (Items 1–36) wurden Informationen zur Kindheit und den Lebensumständen vor, im und nach dem 2. Weltkrieg erfragt. Der zweite Abschnitt dokumentierte Informationen zur aktuellen Lebenssituation. Eingestreut waren Fragen zur subjektiven Einschätzung einer möglichen posttraumatischen Beeinträchtigung durch charakteristische psychopathologische Symptome. Um die Beantwortung der Fragen einfach zu gestalten, waren die meisten Items dichotomisch und trichotomisch vorgegeben. In einigen Fällen wurden bis zu maximal 5 nominale oder rangskalierte Fragen (nie, gelegentlich, häufig, regelmäßig; nein, wenig, deutlich, sehr stark) ausformuliert [12].

Alle Daten wurden deskriptiv ausgewertet und in geeigneter Form graphisch bzw. tabellarisch dargestellt. Kategoriale Daten der Test- und Kontrollgruppe wurden mittels Mehrfeldertafeln-Analysen [H_0 : Variablen sind unabhängig voneinander; χ^2 Test] verglichen, für rangskalierte Datenpaare wurde der nicht-parametrische Mann-Whitney-U-Test für unverbundene Stichproben bzw. die parameterfreie Kruskal-Wallis-ANOVA für Mehrfachvergleiche [20, 21] eingesetzt. Zur statistischen Analyse wurde kommerzielle Software (Statistica, Version 5.0, Tulsa, USA; NCSS 2004, NCSS, Kaysville, USA) verwendet.

Ergebnis

Die Altersverteilung der Kontrollgruppe (KG) bzw. Testgruppe (TG) ist in **Abb. 1** dargestellt. Die meisten TeilnehmerInnen waren zwischen 70 und 90 Jahre alt. Mit 75,6% in der Kontrollgruppe und 62,5% in der Testgruppe waren Frauen in beiden Gruppen deutlich in der Überzahl.



Tab. 1: Relative Häufigkeiten dichotomischer anamnestischer Items im Vergleich

Psychosoziale Bedingungen in der Kindheit	TG [%] n=112	KG [%] n=42
Einzelkind	20,7	17,1
Schulfreunde	94,6	97,6
Großeltern gekannt	83,4	80,5
Zeit mit Großeltern	66,3	63,6
Vater war aktiver Soldat*	52,3	70,1
Vater ist gefallen	29,3	17,2
Vater war Bezugsperson	70,6	68,3
Mutter erste Bezugsperson	90,1	78,6
Mutter war (nur) Hausfrau	68,3	72,5
Eigenes Haus	36,0	28,6
Aufgewachsen in der Stadt	45,5	47,6
Flucht als Folge des Krieges	15,3	19,0
Verlust der Heimat (Flucht)	16,2	21,4
Nie Hunger in der Kindheit	50,0	54,8
Aktiver Soldat/Flakhelfer	16,1	4,8
Gefangenschaft	5,4	4,8
Kampfhandlung als Zivilist	43,4	50,0
Bombennächte	64,8	61,9
Heirat im/nach dem Krieg	91,7	95,2
Eigene Wohnung nach Heirat	33,7	46,3
Kirchliche Bindung	48,6	42,9

Chi²-Test, * = p < 0,05; KG Kontrollgruppe, TG Testgruppe

In den **Tabellen 1** und **2** sind die Ergebnisse der dichotomischen Frage-Items zusammengefasst. Seltene Nennungen wurden nicht aufgeführt. Die anamnestischen Informationen zur Kindheit und Jugendzeit spiegeln die soziologischen Rahmenbedingungen der 20er und 30er Jahre wider. Die meisten Patienten verspürten als Kinder keine vitale soziale Not, wuchsen in Mehr-Generationen-Familien mit vielen Kindern auf und gründeten nach dem Krieg eine Familie. Auch wenn nur wenigen eine Berufsausbildung möglich war, wurde in der Regel nach dem Krieg ein hohes Maß an sozialer Sicherheit im Alter erzielt. Väter als aktive Soldaten erlebten vor allem die Befragten der KG (70,1 vs. 52,3%), während gefallene Väter in der TG (29,3 vs. 17,2%) etwas häufiger zu beklagen waren. In der TG haben wenig mehr Befragte (64,8%) Bombennächte erlebt, demgegenüber waren die Probanden der KG eher als Zivilisten in Kampfhandlungen verwickelt (50%). Eingezogen als Soldaten oder Flakhelfer waren in der TG 16,1% der Befragten, damit deutlich mehr als 4,8% der Senioren in der KG. Eine kirchliche Bindung gaben in der Testgruppe 48,6% der Probanden an, etwas mehr als die Personen in der Kontrollgruppe (42,9%). Psychisch vorerkrankte Senioren geben signifikant häufiger aktuelle soziale Sorgen, meist geringer Intensität, an.

Tab. 2: Nominale und rangskalierte Angaben zur Anamnese und aktuellen Lebenssituation

Frage-Item	Kategorien	TG [%]	KG [%]
Soziale Situation in der Kindheit	Not	15,2	14,3
	ausreichend	28,6	26,2
	zufrieden	30,4	26,2
	gut wohlhabend	25,0	33,3
Schulabschluss	keinen	7,1	2,4
	Volkschule	75,0	78,6
	Mittlere Reife	11,6	16,7
	Abitur	6,3	2,4
Beruf	kein Berufsausbildung	18,5	19,0
	Studium	74,1	73,8
		7,4	7,1
Familienstand	ledig	10,8	4,8
	verheiratet	40,5	38,8
	verwitwet	41,4	50,0
	geschieden	7,2	7,1
Kontakt zu Kindern	nie	3,1	2,1
	selten	8,2	0,0
	regelmäßig	88,7	97,1
Aktuelle soziale Sorgen *)	keine	81,1	97,1
	gering	13,5	2,4
	große	5,4	0,0
	existenzielle Not	0,0	0,0

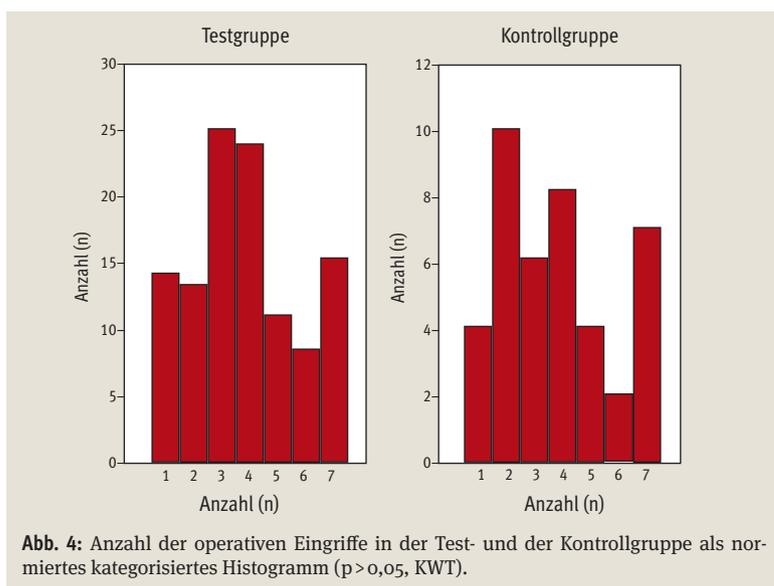
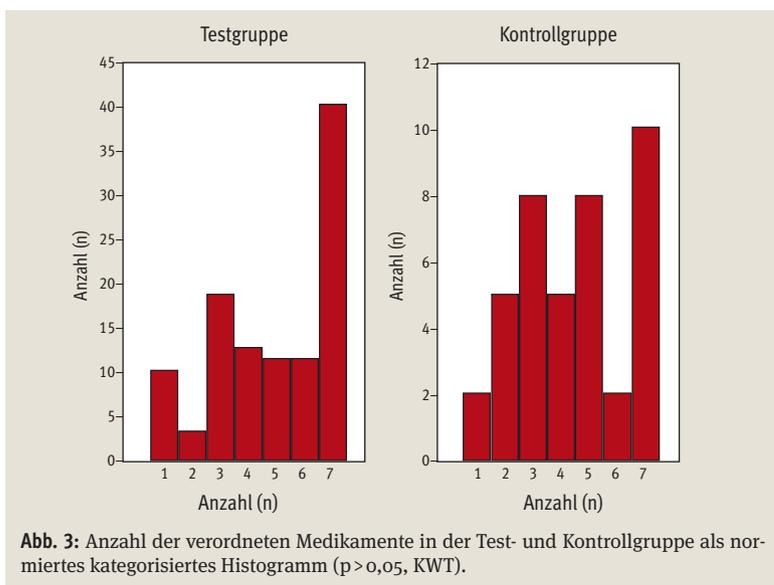
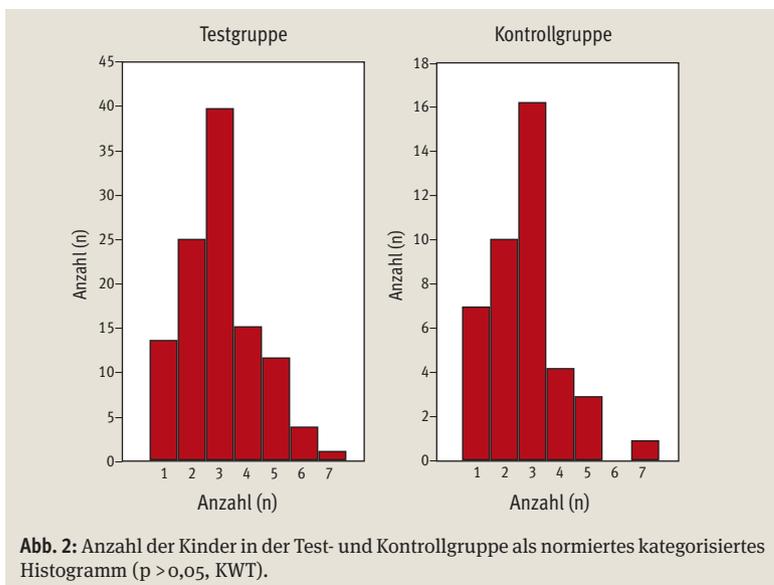
Chi²-Test, * = p < 0,05

Tab. 3: Aktuelle Beschwerden und Lebensgewohnheiten

Kategorie	nie [%]		gelegentlich [%]		häufig [%]		regelmäßig [%]	
	TG	KG	TG	KG	TG	KG	TG	KG
Beschwerden								
Schmerzen	20,7	36,6	37,8	34,1	12,6	12,2	28,8	17,1
Schlafstörungen *)	22,0	61,0	38,5	22,0	17,4	12,2	22,0	4,9
Nächtl. Aufschrecken*)	58,7	92,7	34,9	7,3	4,6	0,0	1,8	0,0
Alpträume*)	32,1	90,2	49,1	9,8	16,1	0,0	2,7	0,0
Nachtschweiß *)	58,7	85,4	30,3	14,6	8,3	0,0	2,8	0,0
Appetitstörung *)	62,2	85,4	30,6	12,2	5,4	0,0	1,8	2,4
Ängste *)	46,8	97,6	35,1	2,4	9,9	0,0	8,1	0,0
Konzentrationsstör.*)	43,2	82,9	47,7	17,1	6,3	0,0	2,7	0,0
Reizbarkeit*)	41,1	63,4	45,5	36,6	10,7	0,0	2,7	0,0
Aktivitäten / Hilfe								
Hilfe im Alltag *)	32,2	48,8	41,1	22,2	9,8	0,0	17,0	29,3
Arztbesuche	0,9	2,4	15,6	19,5	7,3	4,9	76,1	73,2
Auto fahren	72,1	82,9	6,3	0,0	3,6	4,9	18,0	12,2
Sport / Bewegung	54,5	65,9	21,8	14,9	9,1	4,9	14,5	14,6
Kontakt zu Freunden	19,1	9,8	39,1	31,7	12,7	9,8	29,1	48,8
Aktive Freizeit	22,0	17,1	25,7	24,4	18,8	17,1	33,9	41,5

Rangskalierte Merkmale; * = p < 0,05, Chi²-Test

Die aktuellen Beschwerden und Lebensgewohnheiten finden sich in der **Tabelle 3**. Es fällt auf, dass in der TG signifikant mehr Befragte über Beschwerden wie



Tab. 4: Aktuelle Beschwerden, Verhalten und Einstellungen in TG und KG

Aktuelle Beschwerden / Situation	TG [%] n=112	KG [%] n=42
Chronische Krankheit	40,4	52,4
Gedrückte Stimmung *)	29,1	4,9
Wunsch nach mehr Aktivitäten	52,1	42,2
Erinnerungen an Krieg	64,3	78,0
Erinnerung an schwere Kindheit	22,0	24,4
Erinnerung an Nachkriegszeit	35,8	43,9
Kann Kriegsberichte ansehen	56,1	68,3
Keine Angst beim Ansehen *)	30,9	39,0
Kann über Kindheit sprechen	82,1	90,2
Positive Perspektiven *)	45,8	31,7
Psychotherapeutische Hilfe *)	40,4	-

Nominale Daten; * = $p < 0,05$, χ^2 -Test

Schlafstörungen mit nächtlichem Erwachen oder Alpträumen, aber auch Ängste, Konzentrationsstörungen oder Reizbarkeit klagten. In Bezug auf Alltagsaktivitäten sind die Unterschiede nicht so offensichtlich. Einerseits benötigen erkennbar mehr Personen der KG im Alltag Hilfe bei geringer Mobilität, andererseits gestalten die Senioren der KG ihre Freizeit aktiver und pflegen intensiver Kontakte im Freundeskreis. Ärztliche Hilfe wird in beiden Gruppen vergleichbar häufig in Anspruch genommen.

In der **Tabelle 4** sind aktuelle Beschwerden und Aspekte der Vergangenheitsbewältigung zusammengestellt. Auch hier zeichnet sich kein homogenes Schema der Erinnerungsverarbeitung in den Gruppen bzw. zwischen den Gruppen ab. Stimmungstiefs und Ängste vor Berichten über Kriegshandlungen finden sich signifikant häufiger in der TG. Allerdings schauen die Befragten trotzdem signifikant zuversichtlicher in die Zukunft als das Kollektiv der KG. Letztere bisher psychisch stabile Senioren plagten auch häufiger Erinnerungen an den Krieg und an eine schwere Nachkriegszeit.

Die Anzahl der Kinder (**Abb. 2**) unterscheidet sich nicht substantiell zwischen Personen mit und ohne psychische Vorerkrankungen. In beiden Gruppen sind Familien mit drei Kindern am häufigsten vertreten. In beiden Kollektiven werden bis zu sieben Medikamente verordnet (**Abb. 3**). Die Zahl der Teilnehmer mit sieben Medikamenten in Kontrollgruppe sticht hervor, ohne dass sich die Verteilungen signifikant unterscheiden ($p=0,059$, KWT). Es fällt auf, dass in der TG fast 40 Befragte sieben Präparate erhalten, während in der KG relativ gesehen häufiger drei bis fünf Medikamente verordnet werden. Aus der **Abbildung 4** geht hervor, dass sich in der TG die meisten Teilnehmer drei bis vier operativen Eingriffen unterziehen mussten, über 17 Befragte auch bis zu sieben Eingriffen. Dieser Trend zeigt sich in leicht abgeschwächter Form auch in der KG.

Diskussion

Die explorative Befragung bestätigt, dass die sozialen Umstände der Vorkriegszeit, während der Krieges und der Nachkriegszeit dem Probanden durchaus bewusst sind. Die große Mehrzahl der Befragten in der Test- und Kontrollgruppe hat allerdings diese Traumata – zumindest nach außen – gut kompensieren können, hat eine Familie gegründet und hat durch bemerkenswertes berufliches Engagement ein Stadium hoher sozialer Sicherheit im Alter erreicht. Subjektiv spielen die Kriegsergebnisse oder die Nachkriegszeit bei den meisten Befragten sowohl in der Test- als auch Kontrollgruppe eine eher untergeordnete Rolle für das aktuelle Befinden. Einige Targetvariablen, hier sind besonders psychovegetative Symptome wie Angst, Alpträume, Schlafstörungen oder Reizbarkeit zu nennen, sind offenbar mit den Kriegserinnerungen assoziiert. Die Unterschiede zwischen beiden Gruppen bezogen auf regelmäßige bzw. häufige Beschwerden liegen dabei in einer Größenordnung von 10%. Vorsichtig ausgedrückt könnte man vermuten, dass die Befragten traumatisierende Kriegserlebnissen im Alltag gut (sowohl psychisch als auch somatisch) kompensiert haben und nur indirekte Hinweise auf eine Assoziation im Sinne einer (verzögerten) posttraumatischen Symptomatik nachzuweisen sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Probanden im Rahmen der Studie erstmals mit dieser Thematik konfrontiert wurden und diese putative posttraumatische Genese weder Gegenstand der Beschwerden noch der Therapie war.

Offensichtlich haben weder organisch-biochemische zerebrale Prozesse, wie sie im bei extremer Psychotraumatisierung zu finden sind, noch ein Mangel an Coping-Strategien zu einer prozesshaften individuellen klinisch relevanten Traumatisierung geführt [4, 6]. Zwischen den Gruppen ließ sich in Bezug auf Targetvariablen wie z.B. »Verlust des Vaters«, »Beziehung zur Mutter« oder »Zahl der Bombennächte« kein eindeutiger systematischer Unterschied verifizieren. Teegen und Meister [19] weisen darauf hin, dass sich posttraumatische Belastungsstörungen auch als partielle Syndrome mit relativ isolierter Symptomatik wie Angst und psychovegetativen Symptomen, die in der Testgruppe stärker ausgeprägt waren, auftreten können. Für eine allgemeine klinisch evidente Reaktivierung von etwaigen Kriegstraumata im Sinne einer therapiebedürftigen Störung in dem befragten Kollektiv, wie sie autobiographisch gelegentlich diskutiert wird, sprechen unsere vergleichenden Ergebnisse eher nicht [17].

Die inhomogenen Unterschiede zwischen den Gruppen deuten auf einen Einfluss von Kriegs- und Nachkriegsergebnissen auf die aktuelle Befindlichkeit hin. Sie erweisen sich als diskret und waren für die meisten Patienten im Alltag und Beruf in der Nachkriegszeit nicht relevant. Insofern besteht nicht die Gefahr, dass der Krankheitsbegriff auf Gruppen, die ihre Erlebnisse mittels normaler Coping-Strategien verarbeitet haben, ausgeweitet wird [10]. »Hausbesuche bei Gesunden« oder die Psychologisierung älterer Mitbürger, die nach einer objektiv

schweren Kinder- und Jugendzeit durch ihre Lebensleistung die Grundlage auch für unseren Wohlstand gelegt haben, ist aus dieser empirischen Untersuchungen nicht abzuleiten und ist auch nicht Ziel der Untersuchung [2]. Vielmehr deutet die Untersuchung darauf hin, dass im Falle von Anzeichen eines posttraumatischen Syndroms diese Hinweise auf Assoziationen diagnostisch und ggf. therapeutisch aufgegriffen werden können und sollten.

Literatur

1. Bahnkamp G. Korrekturen (Kriegskinder im Alter). DÄB 2004; 101: B2372.
2. Blechschmidt B. Die Krankheitserfinder: Wie wir zu Patienten gemacht werden. Frankfurt: S. Fischer Verlag 2005, pp. 11-31.
3. Brähler E, Decker D, Radebold H. Beeinträchtigte Kindheit und Jugendzeit im Zweiten Weltkrieg. In: Radebold H (Hrsg.). Kindheit im II Weltkrieg und ihre Folgen. Psychosozial 2000; 26: 51-60.
4. Deneke FW. Psychische Struktur und Gehirn, die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten. Stuttgart: Schattauer 1999.
5. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hg). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber 2000.
6. Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart: UTB 1999.
7. Gabriel RA: The painful field: The psychiatric dimension of modern war. Greenwood Press, New York 1988.
8. Giordano R. Von der zweiten Schuld oder von der Last Deutscher zu sein. Erstausgabe: Hamburg, Zürich: Rasch und Röhring 1987. Köln: Kiepenheuer & Witsch 2000.
9. Glaesmer H. Die Schatten des Zweiten Weltkrieges: Folgen der traumatischen Erfahrungen in der älteren deutschen Bevölkerung. Wissenschaft und Frieden 2013; 2: 35-38.
10. Höhnke H. Keine beliebige Ausweitung des Krankheitsbegriffes. DÄB 2014; 101: B2377.
11. Jachertz N, Jachertz A: Kriegskinder. Erst im Alter wird oft das Ausmaß der Traumatisierung sichtbar. Deutsches Ärzteblatt
12. Koschorrek B. Befragungsmethoden. In: Blohmke M (Hg). Ökologischer Kurs – Teil Sozialmedizin. Stuttgart: Enke 1979, pp. 19-30.
13. Lange P. Es ist wichtig, dass sich Ärzte diesem Thema stellen. DÄB 2004; 101: B2376.
14. Mitscherlich A, Mitscherlich M. Die Unfähigkeit zu trauern. Grundlagen kollektiven Verhaltens. Erstausgabe: Deutscher Bücherverlag 1967. München: Piper Verlag 1977.
15. Radebold H. Kriegskinder im Alter: Bei Diagnose historisch denken. DÄB 2004; 101: B1637-B1639.
16. Schaaf H: Kriegskinder im Alter – Bei der Diagnose historisch denken: Auf Somatisierungserkrankungen achten. DÄB 2004; 101: A2801.
17. Schulz H, Radebold H, Reulecke J. Söhne ohne Väter: Erfahrungen der Kriegsgeneration. Berlin: Ch Links Verlag 2004.
18. Spranger H. Retraumatisierung der Eltern- und Kindergeneration des 2. Weltkrieges. Psychotraumatologie 2002; 48 DOI: 10.1055/s-2002-35084.
19. Teegen F, Meister V. Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des II Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. ZfGP 2000; 13: 112-124.
20. Werner J. Medizinische Statistik. Eine praktische Anleitung für Studierende, Doktoranden, Ärzte und Biologen. München: Urban Schwarzenberg 1984.
21. Zar JH. Biostatistical Analysis. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall International 1984.
22. 2013; 110, 14: B577-B579.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Dr. rer. nat. Horst J. Koch
Heinrich-Braun-Klinikum
Klinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie
D-08060 Zwickau
horst.koch@hbk-zwickau.de