



Diplomarbeit

In Begleitung des Damals

Die posttraumatische Belastungsstörung im Alter als
Spätfolge traumatischer Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg

Franziska Ricklin

Vertiefungsrichtung Diagnostik und Beratung

Dr. phil. Barbara Schmutge

Zürich, Oktober 2006

Diese Arbeit wurde im Rahmen der Ausbildung zur dipl. Psychologin FH bzw. zum dipl. Psychologen FH an der Hochschule für Angewandte Psychologie HAP verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch die HAP.

Hochschule für Angewandte Psychologie HAP, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

I Inhaltsverzeichnis

I	Inhaltsverzeichnis	1
II	Einleitung	4
III	Trauma	7
1	Was ist ein Trauma?	7
2	Definition <i>Trauma</i>	7
3	Klassifikation von Traumata.....	8
IV	Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	10
1	Ursprung der PTBS.....	10
2	Symptome der PTBS	10
3	Diagnose der PTBS.....	11
4	Komplexe PTBS.....	11
5	Komorbidität	13
6	Erklärungsansätze.....	13
7	Exkurs: Kohärenzsinn (<i>Sense of Coherence</i>)	16
V	Psychologische Besonderheiten des Alters	18
1	Junge Alte und Hochbetagte	18
2	Alterungsprozess und psychisches Wohlbefinden	19
3	Lebensspannenpsychologie.....	20
4	Entwicklungsaufgaben des Alterns.....	22
VI	Traumatische Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg	23
1	Kenntnis- und Forschungsstand	23
2	Holocaust.....	25
3	Reaktionen der betroffenen Kinder	31

4	Sexualisierte Kriegsgewalt	32
5	Auswirkungen auf die Zweite Generation.....	33
VII	Auswirkungen im Alter	34
1	Psychische Störungen	34
2	PTBS	36
3	Formen der PTBS im Alter.....	37
4	Diagnostik der PTBS im Alter	40
5	Auslösende Faktoren einer PTBS im Alter	41
6	Bewältigungsstrategien im Alter.....	46
7	Posttraumatisches Wachstum (<i>posttraumatic growth</i>).....	47
VIII	Therapeutische Massnahmen	49
1	Motivation für eine Psychotherapie.....	49
2	Therapienutzen.....	50
3	Therapiehindernisse	50
4	Allgemeine Therapieelemente	52
5	Stärkung der Ressourcen.....	54
6	Das Schweigen brechen.....	54
7	Notwendige Voraussetzungen bei der Therapeutin bzw. beim Therapeuten.....	55
8	Stationäre Therapie bzw. Pflege.....	57
9	Formen der Therapie	62
10	Erzähltechniken: Life-Review und Testimony.....	65
IX	Diskussion	69
1	Traumatische Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg.....	69
2	Auswirkungen im Alter.....	70
3	Auslösende Faktoren einer PTBS im Alter	73
4	Adäquate Massnahmen in Therapie und Pflege	75
5	Schwierigkeiten bei den Untersuchungen.....	77

6	Ausblick	79
X	Abstract	82
XI	Literaturverzeichnis	83
XII	Anhang	93

II Einleitung

In den letzten Jahrzehnten wurde allgemein anerkannt, dass traumatische Erlebnisse ernsthafte Gesundheitsschäden bewirken können. Beispiele von Traumatisierungen sind Naturkatastrophen oder Unfälle, aber auch menschlich verursachte Traumen wie Massenmord (Konzentrationslager), Terroranschläge, Folter und Vergewaltigung. Wenn es auch Menschen gibt, die auf solche traumatischen Erfahrungen nur wenige oder keine negativen Reaktionen zeigen, so bildet doch ein nicht zu vernachlässigender Teil traumatisierter Menschen psychische und psychosomatische Langzeitschäden aus, insbesondere in Form der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Der Verlauf einer PTBS kann über die Lebensspanne sehr unterschiedlich sein. Insbesondere ist es möglich, dass eine PTBS erst im Laufe des Alterungsprozesses verzögert und nachträglich noch ausbricht oder sich die Symptome einer bereits vorhandenen PTBS sich im Alter verschlimmern.

Insgesamt sind Traumata und die daraus resultierenden Erkrankungen (insbesondere PTBS) eine im gerontologischen Kontext bisher weitgehend *übersehene* Belastungskategorie. Die bis heute wenigen empirischen Forschungen über den erstmaligen Ausbruch bzw. die Verschlimmerung einer PTBS im höheren Lebensalter (kurz: im Alter) konzentrieren sich vor allem auf die heute über 65-jährigen Überlebenden des Holocaust sowie Menschen, welche während des Zweiten Weltkrieges und in der direkten Nachkriegszeit traumatischen Situationen ausgesetzt waren. Die meisten von ihnen waren damals noch Kinder oder Jugendliche: Der Geburtsjahrgang 1921 war 1939 bei Kriegsbeginn 18 Jahre und 1945 bei Kriegsende 24 Jahre alt – die nachfolgenden Jahrgänge entsprechend jünger. Bei den Betroffenen handelt es sich neben den Überlebenden von Holocaust und NS-Verfolgung beispielsweise um Kriegsveteranen oder Frauen, die damals von Soldaten vergewaltigt wurden.

Die mit einer PTBS verbundenen Symptome werden leider häufig als Teil des degenerativen Alterungsprozesses missdeutet und entsprechend inadäquate therapeutische Massnahmen eingeleitet. Eine PTBS im höheren Lebensalter erkennen und von anderen Störungsbildern unterscheiden zu können, stellt sich als ausserordentlich wichtig dar: Einerseits können dadurch Retraumatisierungen, beispielsweise bei Pflegemassnahmen, vermieden werden. Andererseits hat sich gezeigt, dass eine PTBS auch im hohen Alter gut und langfristig erfolgreich behandelt werden kann.

Die vorliegende Übersichtsarbeit bearbeitet die aktuellen Kenntnisse zur *Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im höheren Lebensalter als Auswirkung von lebensgeschichtlich viel früher erlittenen Traumatisierungen im Zweiten Weltkrieg, zu deren Diagnostik und zu adäquaten therapeutischen Massnahmen.*

Dazu interessieren insbesondere folgende Fragestellungen:

1. Welche traumatischen Erfahrungen wurden im Zweiten Weltkrieg erlitten?
2. Wie können sich diese Traumatisierungen bei den Betroffenen im Alter auswirken?
3. Was sind mögliche auslösende Faktoren einer PTBS im Alter?
4. Welches sind adäquate therapeutische Massnahmen?

Die Arbeit beschränkt sich auf traumatische Erlebnisse im Zweiten Weltkrieg und im Besonderen diejenigen des Holocaust, welche die heute über 65-jährigen Betroffenen damals als Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene erfahren mussten. Dies hat zur Folge, dass PTBS bei heute über 65-Jährigen aufgrund von Traumatisierungen, welche erst im höheren Alter erlebt wurden, wie z.B. Raubüberfälle und Verkehrsunfälle, keinen Eingang in die Arbeit finden, ebenso wenig wie PTBS aufgrund von Traumatisierungen, die zwar ebenfalls lebensgeschichtlich viel früher, jedoch nicht im Zusammenhang mit dem Zweiten Weltkrieg stattfanden, also z.B. im Vietnamkrieg oder aufgrund von Gewalt oder sexuellem Missbrauch in der Familie. Dies schlägt sich insbesondere in der Auswahl der verwendeten Literatur nieder.

Für die Themenbearbeitung wird die derzeit bestehende Literatur (Fachbücher und –zeitschriften) in deutscher (v.a. aus Deutschland) und englischer Sprache (v.a. aus Israel, Grossbritannien und den USA) herangezogen.

Der Einstieg in die Arbeit erfolgt mit einer Definition und Begriffsklärung von *Trauma* und einer anschliessenden Vorstellung einer möglichen Folge von Traumatisierungen, der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Weitere Grundlagen des zu behandelnden Themas bilden einerseits die psychologischen Besonderheiten des höheren Lebensalters und andererseits die traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg. Innerhalb des darauf aufbauenden Kernthemas, den Auswirkungen (der traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg) im Alter, werden die psychopathologischen Spätfolgen (insbesondere in Form einer PTBS), die Theorien zur PTBS im Alter sowie die Bewältigungsstrategien im Alter behandelt. Im letzten Teil werden die therapeutischen Massnahmen vorgestellt.

Zum Abschluss werden die Ergebnisse aus der theoretischen Themenbearbeitung zusammengetragen und diskutiert, mit dem Ziel, die eingangs gestellten Fragen zu beantworten.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird gelegentlich nur die männliche oder weibliche Wortform verwendet; damit sind jedoch dem Sinn nach ausdrücklich Männer *und* Frauen gemeint.

Im allgemeinen Sprachgebrauch in der Gerontologie beziehen sich die Ausdrücke „Ältere“, „ältere Menschen“ und „höheres Lebensalter“ auf Personen, die älter als 60 Jahre alt sind. Die heute 60-Jährigen, d.h. Geburtsjahrgang 1946, waren allerdings bei Kriegsende im Jahr 1945 noch nicht einmal geboren, so dass innerhalb dieser Arbeit erst diejenigen Personen gemeint sind, die über 65 Jahre alt sind. Ausserdem wird anstelle von „im höheren Lebensalter“ nur noch der kürzere Ausdruck „im Alter“ verwendet.

III Trauma

Die Auseinandersetzung mit Traumatisierungen im Zweiten Weltkrieg setzt das Wissen voraus, was unter einer Traumatisierung überhaupt verstanden wird. Dies beinhaltet die Bedeutung des Begriffs *Trauma* (Kapitel 1), die Definition nach den internationalen Diagnosekriterien DSM-IV und ICD-10 (Kapitel 2) sowie eine Klassifizierung von Traumata (Kapitel 3).

1 Was ist ein Trauma?

Der Begriff *Trauma* wird in auffallend unterschiedlicher Bedeutung benutzt. Bezogen wird er auf sexuellen Missbrauch, Geburts-, Belastungs- und Kriegstraumen sowie auf Traumen durch Entzug von Kontakt und sinnlicher Wahrnehmung (Deprivation). Generell ist „das Trauma ein Konzept, das ein äusseres Ereignis mit dessen spezifischen Folgen für die innere psychische Realität verknüpft“ (Fischer & Riedesser 1998, S. 79). Aus psychoanalytischer Perspektive stellt ein psychisches Trauma ein Ereignis dar, „das die Fähigkeit des Ichs, für ein minimales Gefühl der Sicherheit und integrativen Vollständigkeit zu sorgen, abrupt überwältigt und zu einer überwältigenden Angst oder Hilflosigkeit oder dazu führt, dass diese droht, und es bewirkt eine dauerhafte Veränderung der psychischen Organisation“ (Cooper 1986, S. 44). Die Reaktionen des Ichs kommen zu spät, sie erfolgen nicht als Antwort auf eine drohende Gefahr, sondern nachdem die schreckliche Realität eintrat und das Ich ihr passiv ausgeliefert war. Dabei ist der zentrale Faktor die *erlebte* Hilflosigkeit. Durch sie ist es für das Ich unmöglich, das traumatische Erleben seelisch zu integrieren (Überblick bei Bohleber 2000). Eine weitere zentrale anhaltende Wirkung besteht darin, dass das Urvertrauen zerstört wird und sich eine „dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses“ (Fischer & Riedesser 1998, S. 79) ergibt.

In den modernen klinischen Ansichten wird Trauma als ein akutes, überwältigendes und mit Lebensgefahr verbundenes Geschehen betrachtet. Eine solche Definition wurde auch von den internationalen Richtlinien zur Diagnose psychischer Störungen aufgenommen.

2 Definition *Trauma*

Die internationalen Richtlinien zur Diagnose psychischer Störungen definieren ein Trauma als

- „ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmasses (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (**ICD-10**; WHO 2000, S. 169) bzw. als
- „potenzielle oder reale Todesbedrohung, ernsthafte Verletzung oder Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen, auf die mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wird“ (**DSM-IV**; APA 1996, S. 487).

Solche existentiellen Grenzerfahrungen können lebensstragende Grundannahmen tiefgreifend erschüttern, die Bewältigungskraft kurz- oder auch langfristig überfordern und zur Ausbildung einer PTBS führen (Teegen & Meister 2000).

3 Klassifikation von Traumata

Die vielen unterschiedlichen traumatischen Ereignisse, auf die solche Definitionen zutreffen, lassen sich nach verschiedenen Gesichtspunkten zusammenstellen bzw. einteilen. Bewährt haben sich Einteilungen nach *menschlich* verursachten vs. *zufälligen* Traumata und nach *kurz-* vs. *langfristigen* Traumata (Maercker 2003).

Menschlich verursachte Traumata („man made disasters“)

- Sexuelle und körperliche Misshandlungen in der Kindheit
- kriminelle und familiäre Gewalt
- Vergewaltigungen
- Kriegserlebnisse
- zivile Gewalterlebnisse (z.B. Geiselnahme)
- Folter und politische Inhaftierung
- Massenvernichtung (KZ-, Vernichtungslagerhaft)

Katastrophen, berufsbedingte und Unfalltraumata

- Naturkatastrophen
- technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen)
- berufsbedingte (z.B. Militär, Polizei, Feuerwehr)
- Arbeitsunfälle (z.B. Grubenunglück)
- Verkehrsunfälle

Kurzdauernde traumatische Ereignisse („one single blow“; Typ-I-Traumen)

- Naturkatastrophen
- Unfälle
- technische Katastrophen
- kriminelle Gewalttaten wie Überfälle, Schusswechsel

Längerdauernde, wiederholte Traumen (Typ-II-Traumen)

- Geiselhaft
- mehrfache Folter
- Kriegsgefangenschaft
- KZ-Haft
- wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt in Form von Kindesmissbrauch, Kindesmisshandlung sowie wiederholten Vergewaltigungen

Für alle genannten Traumen sind die gleichen psychischen Folgesymptome beschrieben worden, wie sie in den Hauptkriterien der PTBS definiert wurden. Es hat sich allerdings gezeigt, dass einerseits die willentlich durch Menschen verursachten Traumen und andererseits die zeitlich länger andauernden Typ-II-Traumen in vielen Fällen zu stärker beeinträchtigenden chronischen psychischen Folgen führen können als die anderen Formen.

IV Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Nach Traumatisierungen folgt bei den betroffenen Menschen nach einer kurzen Zeit, in der sie ganz aus der Fassung sind, oft eine Phase spontaner Erholung, während der Phänomene von Wiederbeleben, Vermeiden und erhöhter Reizbarkeit ein klassisches Trio bilden (Lansen 2003). Diese Reaktionen können eigentlich als normale Reaktionen auf unnormale Geschehnisse sehen werden. Als pathologisch werden sie erst betrachtet, wenn sie über eine längere Zeit bestehen bleiben. Diese Störung heisst *Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)*. Deren Ursprung, Symptome und Diagnose werden in Kapitel 1-3 behandelt.

In den achtziger Jahren wurde bei der Benutzung des PTBS-Konzepts in amerikanischen Fachkreisen zunehmend deutlicher, dass die psychischen und körperlichen Folgen schwerer Traumatisierung komplexer sein und auch davon abweichen können. Nach verschiedenen Bezeichnungen wie Überlebenden-, KZ- und Holocaust-Syndrom einigte man sich im DSM-IV auf die Diagnose der *Komplexen PTBS* (Kapitel 4).

Psychische und körperliche Traumafolgen, die nicht einer PTBS zuzuordnen sind, betrachtet man als *Komorbiditäten* (Kapitel 5).

Für die Ausbildung einer PTBS finden sich in der Literatur theoretische *Erklärungsansätze* (Kapitel 6).

1 Ursprung der PTBS

Historisch gesehen wurde das PTBS-Konzept von dem elenden Befinden der Kriegsteilnehmer und Soldaten, vor allem nach Vietnam, inspiriert (Dasberg 2003). Obwohl umfangreichere Anwendungen für dieses Konzept gefunden wurden, beschreibt es im Wesentlichen das Schicksal junger Männer in Kriegsgefangenenlagern und von Mitgliedern des Widerstands in besetzten Ländern nach Inhaftierung in Konzentrationslagern sowie Spätschäden bei Seemännern in Gefahr, aber auch von Opfern von Naturkatastrophen, von Vergewaltigung und Kindesmisshandlung.

2 Symptome der PTBS

Eine PTBS ist durch ein typisches Muster von Symptomen gekennzeichnet, die infolge eines traumatischen Erlebnisses auftreten (Maercker & Müller 2004; Heuft 2004):

- Erlebnis eines Traumas
- Intrusionen
- Vermeidungsverhalten und allgemeiner emotionaler Taubheitszustand
- anhaltendes physiologisches Hyperarousal (= Übererregung)
- Alpträume

In einer Forschungsarbeit über 442 Kriegsgefangene des Zweiten Weltkrieges wurde festgestellt, dass PTBS-Symptome einen fließenden Charakter haben und im Laufe der Zeit abwechselnd zunehmen und abnehmen; sie sind kein konstanter Zustand (Zeiss & Dickman 1989). In seiner grossen Forschungsarbeit über niederländische Widerstandskämpfer stellte op den Velde (2001) dasselbe fest.

3 Diagnose der PTBS

3.1 Diagnose nach ICD-10 und DSM IV

Eine PTBS wird diagnostiziert, wenn einige der Einzelsymptome der oben genannten Symptomgruppen gemeinsam und über eine längere Dauer als einen Monat auftreten (Maercker 2003). Die beiden gebräuchlichen Klassifikationssysteme (ICD-10 und DSM-IV) erfordern unterschiedliche Symptomanzahl zur Festlegung der Diagnose. Das ICD-System ist dabei etwas weniger strikt als das amerikanische DSM-System; zu Letzterem liegen allerdings die meisten Forschungsbefunde vor. Eine Übersicht über die jeweiligen Diagnosedefinitionen im Detail findet sich in Maercker (2003, S. 7-8).

Das Diagnose-Manual ICD-10 unterscheidet die Folgen psychischer Traumata (Posttraumatische Belastungsstörungen: F43.1) im Erwachsenenalter von anderen schweren Belastungen im Lebenslauf wie z.B. Ehekrisen oder plötzlicher Verlust eines Elternteils im Erwachsenenalter (Akute Belastungsreaktionen mit einem Zeitfenster von 14 Tagen: F43.0; länger dauernd: Anpassungsstörungen: 43.2). Die Differenzierung nach DSM IV ist entsprechend.

4 Komplexe PTBS

Einige der Personen, die ein Trauma erlebt haben – insbesondere diejenigen, die ein länger andauerndes Trauma (Typ II) durchgemacht haben – zeigen eine Reihe zusätzlicher Veränderungen. Die Diagnosen der Klassifikationssysteme lauten *Komplexe PTBS* nach DSM-IV (APA

1996) und nach ICD-10 F 62.0: *Andauernde Persönlichkeitsänderung nicht in Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns* (WHO 2000).

Die Komplexe PTBS zeichnet sich aus durch (Maercker 2003)

- starke Affekte;
- starke Vereinsamungstendenzen;
- suchtartige Beschäftigung mit dem Trauma/Täter und
- Risikoverhalten.

Die komplexe PTBS leitet sich ab vom sog. *Überlebenden-Syndrom (survivor syndrome)*, auch unter den Synonymen *KZ-Syndrom* und *Holocaust-Syndrom* bekannt. Der Begriff wurde in den 1960er Jahren durch den deutsch-amerikanischen Psychiater und Psychoanalytiker William Niederland (Niederland 1961) geprägt. In der ursprünglichen, engen Verwendung handelt es sich bei den betroffenen Menschen um Überlebende des Holocaust. In einer weiter gefassten Verwendung des Begriffs werden darunter heute auch andere Personen bzw. Personengruppen als betroffen verstanden, die Formen von Genozid und Lagerhaft physisch überstanden haben, durch die Erlebnisse jedoch psychisch schwer traumatisiert wurden.

Die Symptome sind von einer Reihe von Autoren (Bastiaans 1957; Eitinger 1980; Niederland 1961; Venzlaff 1964) beschrieben worden. Die Hauptsymptome waren Ängstlichkeit, Betäubung der Affekte, Depressionen, Unruhe, kognitive Beeinträchtigungen und Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, somatoforme Beschwerden und Schlafstörungen (Aarts & op den Velde 2000).

Besonders Henry Krystal (1968, 1988) hat mit seiner umfassenden Forschung dieses klinische Bild weiter bearbeitet und ergänzt. Zusammenfassend beschreibt dieses Bild einen Überlebenden wie folgt (Lansen 2003): Ein Mensch, der seine Vitalität verloren hat und der an schwerer Ermüdung, an chronischer Angst und Depression sowie an Überlebensschuld leidet. Er ist misstrauisch und kann sein Leiden und seine Gefühle nicht in Worte fassen (*Alexithymie*). Ausserdem hat er zum Teil keine Gefühle mehr: er kann elementare Vergnügen nicht mehr spüren, nicht mehr geniessen (*Anhedonie*).

5 Komorbidität

Ein konsistentes Ergebnis der epidemiologischen Untersuchungen von Traumatisierten ist die hohe Komorbidität mit anderen Diagnosen. Folgende Störungen oder Krankheiten sind die häufigsten Folge und Begleitprobleme von PTBS (Maercker 2003):

- Angststörungen
- Depressionen
- Suizidalität
- Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder –sucht
- Somatisierungsstörungen
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Je nach Untersuchung wird angegeben, dass bei 50-100% der PTBS-Patienten komorbide Störungen vorliegen. Meist haben PTBS-Patienten mehr als eine weitere komorbide Störung (Deering, Glover, Ready, Eddleman & Alarcon 1996). Verschiedene Autoren haben darauf hingewiesen, dass die anderen Störungen selbst in einem pathogenetischen Zusammenhang mit dem Trauma stehen, also keine unabhängigen Störungen sind (Hirschfield 1977; Sutker, Uddo, Brailey, Vasterling & Errera 1994). „Findings show that aging Holocaust survivors ... tend to become more ill and more frequently so than comparable individuals without a traumatic past“ (Solomon & Ginzburg, S. 146).

6 Erklärungsansätze

Eine erste Ursache für die Entstehung einer PTBS ist natürlich durch das *erlebte Trauma* gegeben. Jedoch entwickelt nicht jeder traumatisierte Mensch eine PTBS. Das heisst, neben dem traumatischen Ereignis spielen auch psychologische, biologische und soziale Faktoren eine Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung. Bei Maercker (2003) sind die *lerntheoretischen, kognitiven* und *biologischen Erklärungsansätze* dargestellt. Nachfolgend ausführlicher behandelt werden davon das „*Furchtstrukturmodell*“ von Foa sowie ein *allgemeines multifaktorielles Rahmenmodell* der Entstehung einer PTBS.

6.1 Das „Furchtstrukturmodell“ von Foa

Das lerntheoretische Modell der „*Furchtstruktur*“ wurde von Foa und Kozak (1986) entwickelt. Als Furchtstrukturen werden spezifische, durch das Trauma veränderte Gedächtnisstrukturen aus Kognitionen, Emotionen und Körperreaktionen bezeichnet.

Eine posttraumatische Furchtstruktur bildet sich dann heraus, wenn im Moment des Traumas ein emotional extrem bedeutsamer Stimulus mit kognitiven Fakten (z.B. Messer), Emotionen (z.B. Vernichtungsangst) und wahrgenommenen Körperreaktionen (z.B. Gefühl des Herzstillstands) gekoppelt wird. Diese Kopplung geschieht in Form einer nachhaltigen Aktivierung einer umfassenden Gedächtnisstruktur. Diese Furchtstruktur ist von allen ihren Elementen aus leicht durch Schlüsselreize (Fakten, Gefühle, Körperreaktionen) zu aktivieren. Je mehr Elemente die Furchtstruktur beinhaltet, desto häufiger wird sie durch die verschiedensten Schlüsselreize aktiviert und desto stärker wird die posttraumatische Symptomatik ausgeprägt.

6.2 Ein multifaktorielles Rahmenmodell

Das multifaktorielle Rahmenmodell (Maercker 2003) bietet einen breiten psychosozialen Rahmen der PTBS-Entstehung. Es setzt an der Frage an, warum nur ein Teil der Traumatisierten psychische Beeinträchtigungen aufweisen und ein anderer Teil keine. Das Modell enthält fünf ätiologische Faktorengruppen:

- Risiko- bzw. Schutzfaktoren
- Ereignisfaktoren
- Aufrechterhaltungsfaktoren
- gesundheitliche Faktoren/Ressourcen
- posttraumatische Prozesse und Resultate

Risiko- bzw. Schutzfaktoren

In einer Metaanalyse wurden 77 Studien ausgewertet, wonach unter anderem ein *jüngeres Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung* als prädiktiver Faktor benannt wird (Brewin, Andrew & Valentine (2000):

Ereignisfaktoren

Von Bedeutung sind die *Traumatachwere* (z.B. Traumadauer, Schadensausmass, Verletzungsgrad, Anzahl der Toten) sowie verschiedene Formen initialer Reaktionen. Die Einschätzung (Interpretation), *sich* während des Traumas *aufzugeben* oder nicht, ist bei Vergewaltigungstraumen und ehemals politisch Inhaftierten untersucht worden (Ehlers, Maercker & Boos 2000). Es

zeigte sich, dass PTBS-Patienten, die sich während des Traumas ein Gefühl für die eigene Autonomie bewahren konnten – selbst wenn dieses Gefühl die Lage faktisch kaum oder nicht änderte – und sich nicht selbst aufgaben, bessere Ergebnisse in der psychotherapeutischen Reduktion der Symptome erzielten als eine Kontrollgruppe.

Aufrechterhaltungsfaktoren

Aufrechterhaltend sind ein vermeidender Bewältigungsstil sowie kognitive Veränderungen (negative Gedanken zum Selbst, negative Gedanken über die Welt, Selbstvorwürfe). Häufige direkte und indirekte Formen des vermeidenden Bewältigungsstils sind unter anderem *Gedankenunterdrückung und Gefühlsvermeidung* sowie *Nicht-darüber-reden-Wollen*.

Gesundheitsfördernde Faktoren oder Ressourcen

Als gesundheitsfördernde Faktoren oder Ressourcen werden diejenigen bezeichnet, die zu einer Gesundung der Betroffenen nach einer vorübergehend symptomatischen akuten Phase führen. Der Ressourcenbegriff impliziert, dass ein Teil dieser Faktoren als Selbstheilungskräfte angesehen werden kann. Insgesamt versetzen die nachfolgend genannten Faktoren die Betroffenen in die Lage, ihre traumatischen Erlebnisse besser zu integrieren.

Kohärenzsinn (Sense of Coherence)

Das psychologische Konstrukt des Kohärenzsinnes erfasst die Fähigkeit, das Geschehene geistig einzuordnen, verstehen und ihm einen Sinn geben zu können (Antonovsky 1987). Die biographischen Berichte einiger Überlebender aus Konzentrationslagern des Dritten Reiches weisen darauf hin, dass eine aktive Geisteshaltung für die Bewältigung hilfreich ist, so beschrieben im Report des Psychotherapeuten Viktor E. Frankl (1973).

Aufgrund der Wichtigkeit des Konzepts des Kohärenzsinnes wird dieses weiter unten in einem eigenen Kapitel nochmals aufgegriffen und ausführlicher behandelt (Kapitel 7).

Disclosure (Sprechen über das Trauma)

Es hat sich gezeigt, dass vor allem solche Bewältigungsstile einen gesundheitsfördernden Einfluss haben, die mit persönlicher Offenheit und Offenlegung der traumatischen Erinnerungen einhergehen. Mittels verschiedener Untersuchungsanordnungen konnte die Arbeitsgruppe um Pennebaker (Pennebaker 1985; Pennebaker, Barger & Tiebout 1989) zeigen, dass das Sprechen über das Trauma sowohl die subjektive Befindlichkeit verbessert als auch ganz allgemein die Häufigkeit von Arztbesuchen (gleich welchen Fachgebietes) vermindert. Sogar Parameter der Immunschutzfunktionen des Körpers (z.B. Anzahl der Killerzellen-Lymphozyten) zeigten

eine Besserung des Gesundheitszustandes nach Offenlegung traumatischer Erfahrungen (Müller, Beauducel, Raschka & Maercker 2000).

Soziale Anerkennung

Die soziale Anerkennung als Opfer bzw. Überlebender kann auf verschiedene Weise auf die psychische Befindlichkeit nach dem Trauma wirken und im günstigen Fall die psychischen Belastungen und Symptome vermindern.

Posttraumatische Prozesse und Resultate

Über die durch die Traumatisierung ausgelösten Prozesse der Gedächtnisorganisation und der neurobiologischen Veränderungen berichtet z.B. Maercker (2003). Das „Furchtstrukturmodell“ von Foa (Maercker 2002b) wurde bereits oben behandelt (s. Kapitel 6.1).

Klinisch relevante Ergebnisse einer Traumawirkung können psychische Störungen sein (z.B. PTBS). Sekundär kommt es in vielen Fällen zu erheblichen psychosozialen Konsequenzen (z.B. Scheidungen).

7 Exkurs: Kohärenzsinn (*Sense of Coherence*)

Der Verarbeitung von erlittenen Traumatisierungen kommt dem Kohärenzsinn als gesundheitsfördernder Faktor eine hohe Bedeutung zu (vgl. Kapitel 6.2). Das Konzept des Kohärenzsinnes wird daher hier nochmals aufgegriffen und vertiefter dargestellt.

Aaron Antonovsky (1987), ein israelischer Stressforscher, beobachtete, dass nicht alle seiner Landsleute nach ihren traumatischen Erfahrungen im Nationalsozialismus krank und gebrochen waren, sondern dass es im Gegenteil eine grosse Gruppe unter ihnen gab, die eine erstaunliche gute psychische und physische Konstitution aufwies. So ging er der Frage nach, wie Menschen trotz multipler Erschütterungen, Krankheiten und Krisen, sogar nach traumatischen Erlebnissen, gesund und stabil bleiben, wie sie weiterhin in der Lage sind, ihr Leben in die Hand zu nehmen und ihm gegebenenfalls wieder eine positive Wendung zu geben. Die zentrale Fähigkeit des Individuums, die dieses Bewältigungsvermögen ausmacht, nannte Antonovsky (1987) „*sense of coherence*“.

Ayala Yeheskel (1995), eine Schülerin Antonovskys, ordnete dem *sense of coherence* als Parameter für soziale und psychische Stabilität drei Konstituenten zu:

1. eine vertraute Umgebung („intimate environment“),
2. eine bedeutsame Tätigkeit („meaningful major activity“) und
3. wichtige Aufgaben im Rahmen der eigenen Entwicklung („developmental tasks“).

In Interviews mit Holocaust-Überlebenden identifizierte sie diese drei Qualitäten als massgeblich für das Gelingen der Existenz der Betroffenen nach all den furchtbaren Erfahrungen.

Ähnlich stellt auch Steinitz (1982) drei Faktoren vor, die sie als unterstützend für psychisches Wohlergehen und soziale Adaptation identifizierte „(daily coping requires): meaningful family roles, voluntary activities and/or continuous employment“ (zit. nach Leonhard 2005, S. 146).

Für Leonhard (2005) untermauert Yeheskel (1995) damit die in der Literatur breit belegte, aber bezüglich ihres kausalen Hintergrundes selten geklärte Tatsache, dass viele Überlebende des Holocaust eine unerwartet grosse Fähigkeit zur Überwindung des Traumas und zur Führung eines relativ erfolgreichen, angepassten und „normalen“ Lebens zeigen (z.B. Lemberger 1995; Weiss & Durst 1994; Mazor, Gampel, Enright & Orenstein 1990; Robinson, Rapaport, Durst, Rapaport, Rosca, Metzger & Zilberman 1990; Dasberg 1987; Rosenbloom 1985). Ihre grosse emotionale und psychische Stärke wird immer wieder erwähnt und der überwältigenden Wucht des Traumas, das sie durchgemacht haben sowie dem breiten Spektrum an Nachwirkungen, das allgemein beobachtet wird, gegenübergestellt.

Auch nach Erfahrung der Pflegepersonen besass und besitzt ein grosser Teil der Überlebenden eine grosse Kapazität, trotz des Traumas wieder ein selbständiges, aktives und für sich wie für andere fruchtbares Leben zu führen (Leonhard 2005). Diese Bestandesaufnahme wird von vielen, vor allem jüngeren Publikationen geteilt und korrigiert das Bild, das vor allem zu Beginn der Auseinandersetzung mit dem Holocaust herrschte und in dem die Überlebenden der Shoa im Rahmen des „*survivor syndrome*“ (Kapitel 4) ausschliesslich als Opfer und Adressaten medizinischer Behandlung gesehen und analysiert wurden.

V Psychologische Besonderheiten des Alters

Für die Diskussion der *Spätfolgen im höheren Alter* von Traumatisierungen und deren altersgerechte therapeutische Behandlung sowie für die Erklärung möglicher Auslöser einer PTBS im Alter braucht es eine vorgängige Auseinandersetzung mit entwicklungspsychologischen Faktoren des höheren Lebensalters. Die Unterscheidung zwischen *jungen Alten* und *Hochbetagten* bildet eine erste Grundlage (Kapitel 1). Der *Alterungsprozess* hat Auswirkungen auf das Wohlbefinden (Kapitel 2). Ein modernes theoretisches Konzept bildet das Modell der *Lebensspannenpsychologie* (Kapitel 3). Das Alter hat seine eigenen *Entwicklungsaufgaben* (Kapitel 4).

1 Junge Alte und Hochbetagte

Hinsichtlich der Merkmale, worin sich alte Menschen von noch nicht alten Menschen unterscheiden, gilt als Grenze zwischen „alt“ und „noch nicht alt“ gewöhnlich das 65. Lebensjahr. Diese Altersgrenze wurde in erster Linie aus sozialpolitischen Gründen gesetzt. Inzwischen hat sich eine weitere Altersunterscheidung etabliert, die zwischen den „jungen Alten“ und den Hochbetagten oder „alten Alten“ differenziert. Für diese Unterscheidung haben sich auch die Begriffe *3. und 4. Lebensalter* eingebürgert. Die Angaben zur Altersgrenze variieren zwischen dem 75. und 85. Lebensjahr.

Krystal (1989) charakterisiert die Phase des dritten Lebensabschnitts wie folgt:

- Man hat mehr Vergangenheit und weniger Zukunft;
- man hat mehr Zeit für das Denken und braucht weniger Zeit für das Tun;
- es gibt mehr Rückblick und weniger Planen.

Das Bezugnehmen auf frühere Erfahrungen und das Zurückblicken auf das eigene Leben scheint im Alter eine wichtige Rolle zu spielen. In der Gerontopsychologie wurden daher Erinnerungs- und Lebensrückblicksprozesse in den letzten Jahren intensiv untersucht (Haight & Webster 1995; Maercker 2002b).

Eine solche – sicher nicht vollständige – Charakterisierung ist insofern irreführend, so als ob die Phase des dritten Lebensabschnitts hauptsächlich ein passives Erleiden wäre. Doch enthält gerade diese Lebensphase eine wichtige Herausforderung. Krystal (1989) nennt in dieser Hinsicht die Integration als eine wesentliche Aufgabe (s. Kapitel 4).

Der Fortschritt der Medizin hat es ermöglicht, dass in den entwickelten Ländern ein grosser Teil der Menschen das 3. Lebensalter ohne nichtkompensierbare gesundheitliche Einschränkungen verbringen kann. Baltes (1997) spricht von einer „Belle Epoque“ des 3. Lebensalters. Das 4. Lebensalter hingegen ist ein Zeitalter mit „Trauerflor“ (Baltes 1997). Es ist durch die zunehmende Verdichtung von biologisch-organischen Risiken gekennzeichnet, die mit zunehmendem Alter über die Hälfte der Hochbetagten erfasst.

Zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des 4. Lebensalters gehören nach Maercker (2002a)

- chronische körperliche Erkrankungen,
- Multimorbidität,
- Verluste wichtiger Bezugspersonen,
- sensorische und motorische Einschränkungen,
- hirnorganische Erkrankungen,
- Hilfsbedürftigkeit und
- Pflegebedürftigkeit.

Neuere Forschungsergebnisse wie die Berliner Altersstudie von Mayer und Baltes (1996) haben jedoch belegen können, dass die grosse interindividuelle Variabilität auch im hohen Alter, bei den 90- und 100-Jährigen, ebenfalls zutrifft. Zumindest die Menschen im 3. Lebensalter sind den jüngeren Erwachsenenaltersgruppen mit hohen Werten der Lebenszufriedenheit und des Wohlbefindens voraus, und auch die Mehrzahl der Hochbetagten steht diesem Trend nicht nach.

2 Alterungsprozess und psychisches Wohlbefinden

Der Alterungsprozess geht generell einher mit dem Verlust von Bezugspersonen und Status, der Einschränkung sozialer Interaktionen und einer Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen und Funktionseinbussen, die von älteren Menschen vielfach als aversiv und irreversibel erlebt werden. Teegen & Cizmic (2003) betonen jedoch, dass dennoch die meisten Menschen bis ins hohe Alter hinein ein relativ hohes Funktionsniveau in verschiedenen psychologischen Bereichen zeigen. Ausserdem verfügen sie über Kompetenzen, die es ihnen ermöglichen, den Belastungen dieser Lebensphase standzuhalten (Smith & Baltes 1989). Ausdruck dieser Kompetenzen ist vor allem eine weitgehende Stabilität von subjektivem Wohlbefinden und Zufriedenheit, die von altersabhängigen sozioökonomischen und körperlichen

Einbussen nur wenig berührt zu werden scheint (Brandstädter & Rothermund 1998; Hyer & Sohnle 2001; Kruse 1998).

Eine Zunahme der psychiatrischen Gesamtmorbidität im Alter ist überwiegend durch den Anstieg altersabhängiger *dementieller Erkrankungen* bedingt (Häffner 1993; Helmchen, Baltes, Geiselman, Kanowski, Linden, Reischies, Wagner & Wilms 1996; Staudinger, Freund, Lieden & Maas 1996; Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996). Obwohl Depressivität und Angst im Alter häufig mit Verlusterfahrungen, chronischen körperlichen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen assoziiert sind, fand die Mehrzahl der Untersuchungen keine altersspezifische Zunahme von *depressiven Erkrankungen* und *Angststörungen* (Adam 1998; Staudinger et al. 1996). Auch eine Langzeitstudie mit 55-85 Jährigen fand keine Assoziation zwischen Angsterkrankungen und Alterungsprozess – als signifikanter Vulnerabilitätsfaktor erwies sich jedoch die Belastung durch *traumatische Lebenserfahrungen während des Zweiten Weltkrieges* (Beckmann, Bremmer, Deeg, van Balken, Smit, de Beurs, van Dyck & van Tilburg 1998).

3 Lebensspannpsychologie

Die modernen gerontopsychologischen Theorien widersprechen auf der ganzen Linie dem früher vorherrschenden Defizit-Modell des Alterns als eines Prozesses vor allem des Abbaus der körperlichen und geistigen Kräfte (Schmid 1991). Die sog. *Lebensspannenspektive* des Alterns (Coleman 1986) wurde von Erik Eriksons Modell der Identitätsbildung (Erikson 1963) angeregt (Ich-Integrität vs. Verzweiflung als entsprechende Themen im höheren Alter).

Im folgenden Abschnitt gibt Maercker (2002a) hierzu einen Überblick über eine Reihe vergleichsweise neuer Ergebnisse der Gerontologie bzw. Gerontopsychologie. Dabei wurde ein Vorgehen gewählt, das sich auf die theoretische Systematisierung der *Besonderheiten älterer Menschen* stützt (Baltes 1990, 1997) und nicht auf eine eher traditionelle Darstellungsweise einzelner Funktionsbereiche (Intelligenz, Kognition, Emotionalität, Persönlichkeit, Sozialverhalten).

Bei einer **ersten theoretischen Systematisierung** unterteilt die Gerontologie in *normales Altern*, *pathologisches Altern* und *optimales (erfolgreiches) Altern* (Gerok & Brandstädter 1992).

Bei der **zweiten theoretischen Systematisierung** erfolgt die Unterscheidung von drei zentralen Regulationszielen des Psychischen über die gesamte Lebensspanne (Baltes & Carstensen 1996):

1. *Zuwachs* („growth“): Erreichen eines höheren Funktionsniveaus
2. *Aufrechterhaltung* („maintenance“): die Vermeidung negativer Einwirkungen
3. *Verlustregulation*: betrifft organismische Funktionsverluste und soziale Verluste

Während die Zuwachsfunktion im Alter in den Hintergrund tritt, verstärkt sich die Bedeutung von Aufrechterhaltung und Verlustregulation. Anders ausgedrückt besagt dies, dass die Entwicklungsdynamik im Alter durch eine *Maximierung von Gewinnen* und eine *Minimierung von Verlusten* gekennzeichnet ist (Baltes 1997). Nachfolgend erwähnt Maercker (2002b) die wichtigsten Verluste und deren Regulation sowie anschliessend die Veränderungen, welche das höhere Lebensalter u. a. aus psychologischer Sicht auf der Gewinnseite aufzuweisen hat.

Verlustbilanzierung

- Pensionierung
- Verluste nahe stehender Personen
- physiologische und kognitive Funktionseinbussen
- Kumulationseffekte von Belastungen

Zu Letzteren gehören z.B.

- körperliche und psychische Erkrankungen: vorher bestehend oder neu auftretend;
- finanzielle Probleme;
- traumatische Erlebnisse, z. T. aus früheren Lebensphasen und
- das Bewusstmachen des eigenen nahen Todes.

Gewinnbilanzierung

- kumulierte Bewältigungs- und Lebenserfahrungen
- motivationale und emotionale Veränderungen
- angepasste Wohlbefindensregulation

4 **Entwicklungsaufgaben des Alterns**

Die Phasen des höheren (3. Lebensalter) und des hohen Erwachsenenalters (4. Lebensalter) können als Phasen eines lebenslangen Entwicklungsprozesses aufgefasst werden. Die folgenden jeweils zu lösenden (psychischen und psychosozialen) Entwicklungsaufgaben erhalten dabei zentrale Bedeutung (Heuft, Kruse & Radebold 2000):

- Durchleben eines ständigen Trauer- und Befreiungsprozesses aufgrund der vielfältigen Verluste (an noch älteren, gleichaltrigen und schon jüngeren wichtigen Bezugspersonen; an sozialen, physischen und psychischen Funktionen);
- Akzeptanz (möglicherweise auch in Form einer Versöhnung) des bisherigen Lebens einschliesslich aller Erfahrungen aus der Kindheit und Jugendzeit und aus dem jüngeren und mittleren Erwachsenenalter für einen insgesamt doch befriedigenden Lebensrückblick;
- möglichst lange Erhaltung der eigenen (körperlichen, psychischen und sozialen) Autonomie;
- allmähliche und immer wieder neu vorzunehmende Anpassung an die eigene Alterssituation mit zunehmender eigener Akzeptanz möglicher Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit;
- Akzeptanz der nur noch begrenzt zur Verfügung stehenden Lebenszeit und des Lebensendes.

Erik Erikson (1982) führt das Bilden von Kohärenz, von Ganzheit als wesentlich für die letzte Lebensphase an. Anders ausgedrückt handelt es sich bei dieser Integration um das Erreichen einer Struktur und eines gewissen Masses an innerer Harmonie und dem Erleben von Ganzheit. Global gesagt: die Fähigkeit der Erfahrung und der Akzeptanz des eigenen Lebens als ein zusammenhängendes Ganzes. Für viele Menschen, und sicher für Menschen mit einer traumatischen Vergangenheit, kann dies eine schwere Aufgabe bedeuten.

VI Traumatische Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg

Welche traumatischen Erlebnisse haben die heute im höheren Lebensalter stehenden Überlebenden des Zweiten Weltkrieges damals erlitten? Einem einleitenden zeitgeschichtlichen Überblick (Kapitel 1) folgt die Auseinandersetzung der unvergleichbaren Schrecknisse des Holocaust. Die heute noch lebenden Opfer des Holocaust, von NS-Verfolgung und weiteren traumatischen Erfahrungen waren damals mehrheitlich noch Kinder oder Jugendliche (Kapitel 3). Der Stellenwert der sexualisierten Gewalt während und nach dem Krieg ist nicht zu unterschätzen (Kapitel 4); die Auswirkungen zeigen sich heutzutage insbesondere in der Pflege älterer Frauen. Nur kurz erwähnt werden die Folgen von Traumatisierungen auf die nachfolgende Generation (Kapitel 5).

1 Kenntnis- und Forschungsstand

Die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts, d.h. die Zeit von 1900 bis 1950, gilt inzwischen als die am intensivsten erforschte Phase deutscher und europäischer Geschichte. Trotzdem werden erst allmählich die Erfahrungen dieser Katastrophen und ihre Auswirkungen auf der individuellen psychischen Ebene erkannt und anerkannt.

Die heute älteren Erwachsenen erlebten den Zweiten Weltkrieg und die direkte Nachkriegszeit als Angehörige der Jahrgänge 1928/29 bis 1945/48 in unterschiedlichen Phasen ihrer Kindheit oder Jugendzeit. Etwa 13 Millionen ehemalige Kriegskinder leben heute in Deutschland. Das Leid vieler damaliger Kinder/Jugendlicher war alltäglich und unsere Kenntnisse darüber sind mangelhaft. Es bestehen insgesamt nur wenige statistische und dazu nur Teilbereiche erfassende Daten (Grundmann 1992; Dörr 1998; Overmans 2000; siehe auch Zusammenfassung Radebold 2000). Im Internet informieren inzwischen sowohl die Gruppe der betroffenen Kriegskinder unter www.kriegskinder.de und eine Forschungsgruppe unter www.weltkrieg2kindheiten.de über ihre Arbeiten, Literatur, Kongresse etc.

Als potentiell schädigende bis traumatisierende Einflüsse werden insbesondere angesehen (Brähler, Decker & Radebold 2005):

- Erleben ständiger Bombenangriffe (Verlust von Wohnung bzw. Haus);
- Evakuierung/Kinderlandverschickung mit häufig lang anhaltender Trennung von der Mutter und den vorhandenen Geschwistern;

- lang anhaltender (Krieg, Gefangenschaft) oder dauernder (gefallen, vermisst, später aufgrund von Verletzungen/Erkrankungen verstorben) Verlust des Vaters, somit Halbweise oder in geringerem Umfang Vollweise aufgrund des Verlustes beider Elternteile;
- lang anhaltende ungünstige Lebensumstände (Hunger und Unterernährung, Verarmung/Armut, nicht behandelbare Erkrankungen etc.) sowie
- Vertreibung (Flucht, Verlust der Lebensgrundlage und Existenz mit nachfolgendem Flüchtlingsstatus).

In der Untersuchung bei pflegebedürftigen Senioren in Hamburg von Teegen und Cizmic (2003) nennen 35 der 37 Befragten (95%) als traumatische Lebenserfahrungen Extrembelastungen während des Zweiten Weltkrieges. Mehr als drei Viertel waren damals durch Bombardierung oder Beschuss in Lebensgefahr geraten, hatten Angehörige durch plötzliche Trennung oder gewaltsamen Tod verloren und waren mit Schwerverletzten, Sterbenden, Toten oder Vergewaltigungen konfrontiert worden. Einen Überblick gibt die folgende, gekürzte Tabelle (Tab. 1).

Tabelle 1: Traumatische Lebenserfahrungen. Angaben von 37 pflegebedürftigen Senioren.

Extrembelastungen im Zweiten Weltkrieg	N	%
<i>Gesamt</i>	35	94.6
Bombardierung, Beschuss	33	89.2
Verlust v. Angehörigen durch plötzliche Trennung	29	78.4
gewaltsamen Tod	1	40.5
Konfrontation mit Sterbenden/Toten	14	37.8
Vergewaltigungen	28	75.7
Vertreibung/Flucht	7	18.9
Überfall/Plünderung	9	24.3
Gefechteinsatz	6	16.2
Gefangenschaft (Hunger)	6	16.2
	4	10.8
	(20)	(54.1)

Von den *kindlichen Erfahrungen* körperlicher oder seelischer Gewalt im Zweiten Weltkrieg mit möglichen Rückwirkungen auf die strukturelle Entwicklung des Kindes lassen sich folgende Traumata unterscheiden (Kruse & Schmitt 1995; Schmitt, Kruse & Re 1999):

- durch den Wehr- bzw. Kriegsdienst;
- durch politische Verfolgung (Folter);

- durch die spezifischen Erfahrungen der Holocaust-Opfer.

Die Verbrechen von Hitler und seinen Gefolgsleuten waren zwar aus der geschichtlichen Perspektive die Kriegsursache. Dies entsprach aber nicht der Wahrnehmung eines kleinen Kindes (Radebold 2005b). Ein kleines Kind kann nicht den geschichtlichen Kontext erfassen. Für das Kind zählten die Abwesenheit des Vaters, die Not, der Hunger, die Vertreibung, die Vergewaltigung und die namenlose Verlassenheit danach.

Die damaligen – sich teilweise sogar wiederholenden – Erfahrungen extremer Gewalt und plötzlicher Verluste stellten für viele dieser Kinder Ereignisse dar, die die Fähigkeit ihres Ichs, für ein minimales Gefühl der Sicherheit und integrativen Vollständigkeit zu sorgen, abrupt überwältigten und zu einer überwältigenden Angst oder Hilflosigkeit oder dazu führten, dass diese drohten (Cooper 1986). Infolgedessen werden Gefühle von Hilflosigkeit und damit Abhängigkeit anlässlich einer unveränderbaren Situation lebenslang gefürchtet und möglichst vermieden (Radebold 2005b).

2 Holocaust

2.1 Begriff „Holocaust“ bzw. „Shoa“

Die Begriffe **Holocaust** (auch *Holokaust*, griechisch: „vollständiges Brandopfer“) und **Shoa** (hebräisch: „Katastrophe“, „grosses Unglück“) bezeichnen im engeren Sinn den Völkermord an etwa sechs Millionen Juden zur Zeit des Nationalsozialismus (www.wikipedia.com). Im weiteren Sinn umfasst der Begriff *Holokaust* auch die systematische Ermordung von Sinti, Roma, Jenischen und weiteren als Zigeuner bezeichneten Gruppen, von Behinderten, Zeugen Jehovas, Homosexuellen sowie von polnischen Intellektuellen, russischen Kriegsgefangenen und Angehörigen anderer, überwiegend slawischer Volksgruppen.

Da in der Literatur vorwiegend die engere Begriffsdefinition zu finden ist, wird diese auch für die vorliegende Arbeit verwendet.

2.2 Jüdische Verfolgte im Vergleich zu andern Opfergruppen der NS-Verfolgung

Bei Forschungen über Holocaust-Überlebende treten im Allgemeinen keine wesentlichen Unterschiede zwischen nichtjüdischen Überlebenden und jüdischen Holocaust-Überlebenden zutage (Sigal & Weinfeld 1989; Leon 1990). Dennoch betont Dasberg (2003) den besonderen Status von Holocaust-Überlebenden. Im Gegensatz zu den nichtjüdischen, nicht-genoziden

traumatisierten Überlebenden der Ära des Zweiten Weltkrieges waren die Holocaust-Überlebenden Opfer eines massiven Völkermords, der an einer Zivilbevölkerung verübt wurde. Die Zeitspanne, in der sie einer Reihe vieler verschiedener und kumulativer Traumata ausgesetzt waren, war aussergewöhnlich lang. Die gesamte Mehr-Generationen-Familie war gefährdet und wurde oft vernichtet, einschliesslich der Kinder (im Gegensatz zu den Fällen der Kriegsteilnehmer etc.). Eigentum, häusliche Existenzen und Verbindungen zu ihrem Heimatland wurden unwiederbringlich zerstört. Holocaust-Überlebende waren wehrlose Zivilisten, die nicht im Dienst von Organisationen standen, weder militärischer noch anderer, und die nicht als Veteranen zurückkehrten.

2.3 Holocaust als kollektives Trauma

Beim Holocaust handelt es sich um ein kollektives Trauma (Vyssoki, Tauber, Strusievici & Schürmann-Emanuely 2004). Der Einzelne wurde nicht individuell, sondern aufgrund der Zugehörigkeit zu einem Kollektiv verfolgt, d.h. eine ganze Gruppe von Menschen wurde gemeinsam bedroht und traumatisiert. Der Terror dauerte länger an, wiederholte sich. Jeder Betroffenen wurde derart überwältigt, dass die extreme Machtlosigkeit nicht nur individuell erlebt wurde, sondern alle Schutzmechanismen des Umfelds zusammenbrachen, was zu einer totalen psychischen Zerrüttung führte. Alle hilfreichen Erfahrungen über Hilfe und Schutz, Gerechtigkeit und Ausgleich wurden zerstört. Die subjektive Traumatisierung trat in ihrer Auswirkung hinter das kollektive Trauma zurück. Jeder Überlebende fühlte sich jahrelang gleichermassen von der sicheren Vollstreckung seines - oft kaum nachvollziehbaren - Todesurteils bedroht. Die Folgen kollektiver Traumatisierungen sind noch komplexer und betreffen darüber hinaus auch die Nachkommen und die Umwelt des Betroffenen.

2.4 Holocaust-Erfahrungen der Kinder

Während des Krieges wurden jüdische Kinder ganz klar als Ziele des Naziregimes wahrgenommen (Krell 2003). Sie wurden in jedem besetzten Land gejagt und nach der Gefangennahme sofort ermordet. Die Mehrheit der Kinder, die überlebt haben, tat dies durch Verstecken (Marks 1993). Nach Dwork (1991) haben in Europa 11% der jüdischen Kinder überlebt. Krell (2003) nimmt an, dass die Kinder der Kindertransporte von 1938-1939 sowie der Umstand, dass die Nazis nicht die ganze Sowjetunion besetzen konnten, mit eingerechnet sind. Im Hauptland der Ermordungen müsse man sich jedoch enorm anstrengen, mehr als einige Tausend Kinder zu finden, die Konzentrationslager überlebt haben, und weniger als 50'000, die im Versteck überlebt haben.

In fast jedem bei Kriegsende bestehenden Konzentrationslager wurden einige Kinder gefunden, fast immer am Leben erhalten durch die aussergewöhnliche Anstrengung von wenigen Erwachsenen, die selbst zum Tode verdammt waren. Dorothy Macardle über die in den Konzentrationslagern ermordeten Kinder: „Nicht erklärbar durch Furcht oder Provokation oder unkontrollierbare Leidenschaft jeglicher Art, ragt das systematische Abschlachten von Unschuldigen in der Geschichte heraus als das kälteste, verwerflichste Vorgehen, welches je von einem menschlichen Hirn ausgebrütet wurde“ (zit. nach Krell 2003, S. 130).

2.5 Stellenwert der Anerkennung

Für viele Überlebende war die dritte Sequenz der Verfolgung in der direkten Nachkriegsperiode (s. oben) ein besonders intensives Thema (Vyssoki, Tauber, Strusievici & Schürmann-Emanuely 2004). In ihr ging es nicht mehr um Tod oder Leben, sondern um die Anerkennung des Erlittenen. Solange dies nicht geschah oder geschieht, solange zusätzlich Alltagsfaschismus und feinseliger Rechtspopulismus systemimmanent sind, ist die dritte Sequenz nach wie vor von laufender Aktualität. Wer in der Nachkriegszeit eine Fortsetzung der Stigmatisierung, von mangelnder Unterstützung und Ausgrenzung erfuhr, leidet in der Folge stärker unter allen Folgeerscheinungen der PTBS als jene (es gibt nur wenige), die in ein freundliches, annehmendes und stützendes Milieu zurückkamen (Religionsgemeinschaften, politische Vereine für politisch Verfolgte). Für viele war die Befreiung ein Schritt in eine Welt, in der sie nicht erwünscht waren. Schikanen bei Ansuchen um Opferanerkennung waren an der Tagesordnung. Die Opfer des Holocaust werden als „Rentenneurotiker“ stigmatisiert, die nur etwas aus der Bundesrepublik Deutschland herausholen wollen (Brainin & Teicher 1997). „Yet the truth is that for people who underwent severe trauma, there is a dual need, for psychotherapeutic help *and* compensation from the state“ (S. 80). Denn eine Kompensationsleistung führe zu grösserer sozialer und finanzieller Sicherheit, repräsentiere aber auch die öffentliche Anerkennung als Opfer.

2.6 Spätere Auswirkungen bei den Überlebenden des Holocaust

Es ist zu beobachten, dass die heute noch lebenden Opfer des Holocaust, die sog. „Child Survivors“, intensive Gefühle nicht zulassen (Vyssoki, Tauber, Strusievici & Schürmann-Emanuely 2004). Sie leben nach der Devise „Nur wer sich bedeckt hält, hat eine Überlebenschance“ sowie „Handeln und nicht Fühlen“, so wie als Kind im Terror. Anna Ornstein (1986), selbst Überlebende, schreibt über die deutschen Lager: „Man konnte entweder die totale Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit zulassen oder massiv alle Gefühle und mentale Aktivität blockieren, so dass man das Lager physisch auf Kosten eines psychischen Todes überleben

konnte“ (zit. in Groen-Prakken 2003, S. 162). Misstrauen, ein reduziertes Selbstvertrauen, Angstgefühle und der Eindruck der Nicht-Zugehörigkeit sind die Emotionen, die trotzdem und unfreiwillig existieren. Das steht im Zusammenhang damit, dass der gesamte Reifungsprozess zusammengebrochen ist bzw. verzögert und verhindert stattgefunden hat. Krell (2003), selber eines der überlebenden Kinder, berichtet, bei ihm seien sogar 55 Jahre später noch überwältigender Schmerz, eine zerbrechliche Identität und das Problem bruchstückhafter Erinnerungen vorhanden, und die bleibenden begleitenden Alpträume verstärkten sich mit dem Alter. „Jedem jüdischen Kind, welches überlebt hat, ist dieser unauslöschliche Fleck von Schmerz und schmerzlichem Verlust für die Dauer seines Lebens eingepägt. Und – vielleicht naiv – ich denke nicht mehr, dass es besser ist, diese Gefühle in sich zu vergraben, sondern ihnen eine Stimme zu geben.“ (S. 129). Hassan (1997) betont daher die Wichtigkeit für Überlebende des Holocaust, Zeugnis über das Geschehene abgeben zu können, denn: “If we forget or if we are forgotten, it is as though we never existed – to remember and to be remembered are perhaps the two most important elements to growing old” (S. 125).

Über die körperlichen und seelischen Folgen des Naziterrors gibt es eine ausführliche, jedoch ziemlich verstreute Literatur (Krell & Sherman 1997). Erste Publikationen und erste Auseinandersetzungen zu den traumatischen Auswirkungen des Holocaust und der Verfolgung durch das Nazi-Regime (kurz: NS-Verfolgung) fand erst eine Generation nach Ende des Krieges statt. Denn erst in den 60-70er-Jahren gab es umfassende und international geführte Diskussionen und Publikationen (vgl. von Baeyer, Häfner & Kisker 1964; Eitinger 1976; Keilson 1979; Niederland 1980) – wenngleich die ersten Fachpublikationen schon bald nach dem Krieg erschienen waren, meist von Ärzten, die selbst verfolgt worden waren. Einige dieser Ärzte, die aus den Lagern oder aus dem Versteck zurückgekehrt waren, haben schon früh vor den Spätfolgen gewarnt (Tas 1951). Warum ihre Stimme aber kaum gehört wurde, erklärt sich Lansén (2003) mit einer vermeidenden Haltung, die damals in der westeuropäischen Gesellschaft vorherrschte. Diese Länder waren sehr beschäftigt mit dem Wiederaufbau des Zerstörten und alle Energie und Aufmerksamkeit war darauf konzentriert und nicht auf die Überlebenden. Die Überlebenden sollten sich bitte möglichst bald von den schrecklichen Ereignissen erholen. Die Widerstandskämpfer wurden anfangs geehrt und alle sollten sich freuen, dass sie überlebt hätten. Alle sollten auch dankbar für die erste materielle Hilfe sein, die bei aller Knappheit gewährt worden ist. Und sie sollten die schreckliche Zeit schnell vergessen; so war es in ganz Westeuropa und auch in Israel. Eine aus psychologischer Sicht naive Haltung, deren Folgen wir alle jetzt zu spüren bekommen!

2.7 PTBS bei älteren Überlebenden des Holocaust

Der späte Ausbruch einer PTBS bei älteren Holocaust-Überlebenden wurde v.a. in Israel intensiv erforscht, wohin viele Überlebende nach Ende des Zweiten Weltkrieges ausgewandert sind (De Levita 1997). Die Befragung nicht-klinischer Gruppen von alternden Überlebenden des Holocaust in Israel und USA verdeutlicht überwiegend hohe Fähigkeiten der psychosozialen Anpassung und Integration, obwohl die meisten unter chronischen posttraumatischen Beschwerden litten (Cohen, Brom, Dasberg 1996; Kahana, Kahana, Hazel, Monaghan & Holland 1997; beide zit. nach Teegen & Meister 2000). Am häufigsten wurde die Beeinträchtigung durch bedrängende Erinnerungsbilder genannt (Robinson, Rapaport & Metzner 1996; zit. nach Teegen & Meister 2000).

Eine Zusammenstellung über posttraumatische Reaktionen bei älteren Holocaust-Überlebenden findet sich bei Dasberg (2003):

1. Erste Berichte über verzögerte posttraumatische Reaktionen über gealterte Holocaust-Überlebende erschienen vor 1969 in Norwegen, in den Vereinigten Staaten und in Israel.
2. In den Jahren nach 1969 erschienen klinische Berichte und Publikationen über verzögerte posttraumatische Reaktionen bei alternden Holocaust-Überlebenden mit erhöhter Häufigkeit.
3. Eine strikte, auf den Kriterien von PTBS basierende Diagnose wurde bei epidemiologischen Untersuchungen über Spätausbruch von PTBS, bei Veteranen des Zweiten Weltkrieges, erst im letzten Jahrzehnt erstellt.

Der Alterungsprozess von Überlebenden des Holocaust war der Inhalt vieler Studien. Einige davon behandelten die biosozialen Aspekte des Alterns. Assael and Givon (1984) untersuchten Holocaust-Überlebende, die nach Israel kamen. Diese waren sozial und beruflich relativ gut angepasst. "Often the breakdown is acute and progressive after a successful career, stable economic status and good integration in society" (zit. nach De Levita, 1997, S. 100). In dieser Studie mit 72 Patientinnen und Patienten, welche über 60 Jahre alt waren und in einer israelischen psychiatrischen Klinik hospitalisiert waren, unterschieden sich die Holocaust-Überlebenden von der Kontrollgruppe durch ihre geringeren Aussichten auf vollständige Genesung. In den Niederlanden wurde dies durch Kuilman und Suttorp (1989; zit. nach de Levita 1997) in einer Studie mit 100 Überlebenden des Zweiten Weltkrieges bestätigt. In den USA fand Honigman-Cooper (1979) ebenfalls eine erhöhte Vulnerabilität bei älteren Überlebenden.

2.8 Triumph und Überlebensschuld

Bei vielen Überlebenden der NS-Verfolgung liessen sich zwei antagonistisch vorhandene Gefühle wahrnehmen – subsumiert in der „Überlebensschuld“ – einerseits der Triumph, den Vernichtungsplan der Nazis durchkreuzt zu haben, andererseits das Gefühl überlebt zu haben, weil die anderen ermordet worden sind, womit man selbst wiederum kein Recht auf Triumph zu haben glaubt (Vyssoki, Tauber, Strusievici & Schürmann-Emanuely 2004). Dieser Antagonismus beeinflusste den Alltag der Opfer stark. Im Alter, mit dem Bewusstsein über den näher rückenden Tod, schwindet jedoch das Triumphgefühl. Im näher rückenden Tod tritt immer mehr eine Identifikation mit den Toten der Verfolgung in den Vordergrund. Neben Wut erwacht auch wieder verstärkt die Angst. Die Folgen sind Angst- und Erregungszustände (Grünberg 2000) und/oder eine vollständige Somatisierung.

Weiters ist es nach Vyssoki, Tauber, Strusievici und Schürmann-Emanuely (2004) häufig so, dass sich die Überlebenden in der Auseinandersetzung mit Tod und Alter auch wieder daran erinnern, dass es gerade die alten Menschen waren, die während der Verfolgung unausweichlich ihrer Hilflosigkeit und den Verfolgern ausgesetzt waren und keine Chance hatten zu überleben. Die Alten waren unter den Ersten, die vergast wurden, da sie in den Konzentrationslagern als Arbeiter nicht mehr eingesetzt werden konnten (Hassan 1997). „Consequently, retirement and redundancy may bring back memories of their dispensability“ (S. 124). „Old age in itself is traumatic for survivors. They may experience the sense of abandonment, isolation and loneliness common among ageing people in this country (USA) as a repetition of being shunned and dehumanised during and right after the Holocaust“ (Yael Danieli 1981, S. 197). Viele Überlebende haben somit, nebenbei erwähnt, auch kein Modell des Alterns, da ihre Eltern von den Nazis ermordet worden sind.

In diesem von David de Levita (2003) als Diachrom-Trauma bezeichneten Zustand setzen sich nun alte Menschen mit jenen alten Menschen von damals gleich, die ihrem Schicksal überlassen waren, die im Überlebenskampf für die jungen Menschen ein Hindernis dargestellt haben, im Kampf und auf der Flucht im Stich gelassen werden mussten. „Es ist nicht nur die Erinnerung an das Schicksal ihrer eigenen Eltern, das für so manche Verfolgungsopfer, die jetzt selbst alt sind, so schmerzhaft ist. Es ist auch die Einsicht, jetzt selbst zu der Gruppe zu gehören, die damals für das eigene Überleben nur eine Last war“ (S. 295).

3 Reaktionen der betroffenen Kinder

Das psychische Befinden der damaligen Kinder und Jugendlichen war angesichts der schrecklichen Erfahrungen der Erwachsenen und des Elends in der Endphase des Krieges und der unmittelbaren Nachkriegszeit eher unwichtig. Die Aufgabe für Betroffene hiess, akut zu überleben und langfristig am Leben zu bleiben. Die Situation und Entwicklung der betroffenen Geburtsjahrgänge fand daher in der direkten Nachkriegszeit kaum Beachtung (Brähler, Decker & Radebold 2005). Die wenigen familiensoziologischen Untersuchungen (Thurnwald 1948; Baumert 1954) befassten sich weitgehend mit der zerstörten Familienstruktur und weniger mit der Situation oder der Entwicklung dieser Kinder und Jugendlichen. Die erste und einzige umfassende Untersuchung 1952 von damaligen Schulanfängern und Schulentlassenen (Thomae, Coerper & Hagen 1954) wie auch einer Teilgruppe von Flüchtlingskindern (Brandt 1964) aus diesem Sample zeichnete ein Bild eher ungestörter psychischer, sozialer und körperlicher Entwicklung. Sie wurde als Ausdruck hoher Adaptionsfähigkeit und damit insgesamt kaum beeinträchtigte Entwicklung gewertet.

Rückwirkend lässt sich vermuten, dass diese Kinder/Jugendlichen aufgrund ihrer Erziehung (körperliches und psychisches Leit- und Idealbild), ihrer Parentifizierung, der familiär und sozial auferlegten Delegationen und angesichts des insgesamt erlebten Leides / der ablaufenden Veränderungen „funktionierten“, d.h. relativ wenige Verhaltensauffälligkeiten, Symptome oder Störungen zeigten und selbst gezeigte kaum auffielen (Brähler, Decker & Radebold 2005). Über ihre schrecklichen und leidvollen Erfahrungen und insbesondere über die damit zusammenhängenden Gefühle wurde in der Regel von den Erwachsenen nicht geredet (Radebold 2005a). Die vielen familiären Verluste an Eltern, Partnern, Geschwistern, Kindern und weiterer Verwandter durften (aufgrund der verordneten „stolzen“ Trauer) und konnten kaum betrauert werden. Die betroffenen Kinder erlebten so weder bewusst einen Abschied noch konnten sie bewusst einen Trauerprozess durchleben und mussten daher – in der Regel seelisch allein gelassen – mit ihrem schrecklichen Erfahrungen und dem damit verbundenen Gefühlen allein zurechtkommen.

Angesichts des hohen Ausmasses an erschreckenden – sich teilweise noch kumulierenden – Erlebnissen und beeinträchtigenden bzw. traumatisierenden Ereignissen wurde vermutlich von diesen Jahrgangsgruppen die damalige Lebenssituation als „Normalität“ eingestuft. Die Kinder und Jugendlichen erlebten ja, dass ihr persönliches Leid offenbar allgemein war: Viele ringsum hatten keinen Vater mehr oder warteten verzweifelt auf seine Rückkehr; viele waren ausgebombt, Flüchtlinge oder Heimatvertriebene; viele hungerten und kamen kaum zurecht.

In Wirklichkeit handelte es sich um eine „pathologische“ Normalität (Brähler, Decker & Radebold 2005a), die nur um den Preis eines hohen Masses an Verdrängungsleistung aufrechterhalten werden konnte. Das Unterdrücken der Gefühle und Erinnerungen fasst Kolbatz (2005) in einem Satz zusammen: „Ich habe verdrängt, um zu leben.“

Wie viele autobiografische Bericht und ebenso spätere Psychotherapien belegen, nutzte man dazu unbewusst in grossem Umfang bestimmte Abwehrmechanismen (Radebold 2005a), insbesondere Spaltung von Wahrnehmung, Gefühl und Denken; Verleugnung; Bagatellisierung und Verharmlosung; Ungeschehenmachen; Verkehrung ins Gegenteil bis hin zur völligen Verdrängung. Familien und Öffentlichkeit unterstützten diese individuellen Abwehr- und Bewältigungsprozesse. Von PTBS betroffene ältere Menschen berichten, dass sie Intrusions- und Übererregungssymptome lange Zeit durch eine Reihe von Bewältigungsstrategien unterdrücken konnten (Hankin 2003). Beispiele solcher Bewältigungsstrategien sind

- intensive Ablenkung durch geistige oder körperliche Aktivitäten, z.B. Arbeit oder Sport,
- der übermässige Gebrauch von psychoaktiven Substanzen, z.B. Alkohol oder Medikamente, sowie
- das Vermeiden von Situationen oder Menschen, die an das Trauma erinnern.

4 Sexualisierte Kriegsgewalt

In den letzten Kriegs- und ersten Nachkriegswochen des Zweiten Weltkrieges gab es Massengewaltungen in Deutschland. In jedem Krieg wurden und werden massenhaft Frauen vergewaltigt, Frauen des Feindes. „Frauen sind Kriegsbeute und Trophäe des Siegers, Vergewaltigung ist ein Vergeltungsakt.“ (Sander 1995, S. 21; zit. in Böhmer 2005, S. 43).

Helke Sander (1995) befragte in Berlin Hunderte von Frauen und recherchierte in NS-Dokumenten und Dokumenten des Statistischen Bundesamtes. Es waren nicht nur sowjetische Soldaten, die deutsche Frauen und Mädchen vergewaltigten, sondern auch Amerikaner, Engländer und Franzosen. Allein in Berlin waren es laut ihren Recherchen zwischen Frühsommer und Herbst 1945 mehr als 110'000 Frauen, die vergewaltigt wurden. Dass es zwischen 1945 und 1948 Zwangsprostitutionen von deutschen Frauen gab, ist wenig bekannt. Tatsache aber ist, dass ganze Familien davon lebten, dass die deutschen Frauen für die Amerikaner vor den Kasernen Schlange standen.

Nach einer Vergewaltigung war es damals für eine Frau klüger, über ihre „Schändung“ gegenüber ihren Ehemännern zu schweigen, da sich diese in ihrer Ehre beschmutzt fühlen würden – was die Sieger ja auch wollten (Sander 1995). „Viele litten unter den Vorwürfen und Drohungen ihrer eigenen Männer mehr als unter der Vergewaltigung. Es gab Männer, die ihre Frauen und sich selbst umbrachten. Ungeklärt sind nach wie vor die ca. 70'000 Todesfälle, die nach Beendigung der Kriegshandlungen bis zum Endes des Jahres 1945 allein in Berlin als gewaltsame Todesfälle statistisch erfasst sind.“ (S. 17).

Heute verhindern vor allem in patriarchal organisierten Gesellschaften soziale Regeln, dass Überlebende sexualisierter Gewalt Hilfe und Unterstützung bei ihren Angehörigen erhalten: Erlebt eine albanische Frau im Kosovo die Vergewaltigung durch serbische Milizionäre auf der Flucht, wird das Verbrechen verschwiegen; es unterliegt einem unausgesprochenen Tabu, einem familiären „Ehrenkodex“ in der Familie und im Heimatdorf. Dieser zwingt eine vergewaltigte Frau zum Schweigen – wenn sie nicht verstossen werden will, weil sie die Familie „entehrt“ hat. Aber auch in Deutschland hat das innere Bewusstsein einer „Schande“ viele Frauen Jahrzehnte lang schweigen lassen – bis heute. Ein prominentes Opfer war die Frau des früheren Bundeskanzlers, Frau Hannelore Kohl, die in ihrer Biografie selbst die Erfahrung der mehrfachen Vergewaltigung durch russische Soldaten nach dem Zweiten Weltkrieg bekannt hat. Auch sie hat Jahrzehnte geschwiegen, Millionen anderer Frauen mit ihr.

5 Auswirkungen auf die Zweite Generation

Zunehmend gibt es Untersuchungen über die Folgen der Weitergabe psychischer Inhalte von der traumatisierten Elterngeneration auf die nachfolgende Generation (Heuft 2004). Dieses Phänomen sei hier nur am Rande erwähnt. Diese sog. „transgenerationale Transmission“ (Kogan 1990; zit. nach Heuft 2004) kollektiver Extremtraumatisierung findet auch dann statt, wenn die erlebten Traumata bewusst verschwiegen wurden (Kruse & Schmitt 1995). Sie verursacht bei Menschen der so genannten Zweiten Generation nach dem Holocaust nicht selten einen erheblichen Leidensdruck, der sich oft nur mühsam aufklären und verstehen lässt (Eckstaedt 1989, zit. nach Heuft 2004).

VII **Auswirkungen im Alter**

Die Literatur und verschiedene Untersuchungen weisen auf verschiedene *psychische (inkl. somatoforme) Störungen* als mögliche Spätfolgen belastender bis traumatisierender zeitgeschichtlicher Erfahrungen hin (Kapitel 1). In fachlichen Diskussionen wie auch in solchen der interessierten allgemeinen Öffentlichkeit werden in erster Linie die *PTBS* genannt. In den Kapiteln 2-5 werden ihr Zusammenhang zum Zweiten Weltkrieg, ihre Erscheinungsformen und deren Auslöser im Alter betrachtet.

Die Auswirkungen im Alter müssen nicht nur negativ sein. *Bewältigungsstrategien*, die bereits im jüngeren Lebensalter erfolgreich waren, wirken teilweise bis ins höhere Alter (Kapitel 6). In diesem Zusammenhang ist die jüngste Forschung daran, ein salutogenetisches Modell zur persönlichen Reifung nach Traumatisierungen zu erarbeiten (*Posttraumatisches Wachstum*; Kapitel 7).

1 Psychische Störungen

Bei Radebold (2005a) findet sich eine Reihe von psychischen (inkl. somatoformen) Störungen, die als mögliche Spätfolgen von belastenden bis traumatisierenden zeitgeschichtlichen Erfahrungen diskutiert werden:

Angstzustände, Panikattacken sowie *phobisches Vermeidungsverhalten* (ICD-10 F40, F41) können zunächst als Symptome einer PTBS verstanden werden – sie werden ihr allerdings häufiger weder syndromatisch noch ätiologisch zugerechnet. Angstzustände und Panikattacken können auch monosymptomatisch bestehen und müssen bei einer entsprechenden Vorgeschichte als Folgen diskutiert werden. In der repräsentativen Querschnittsuntersuchung von Brähler, Decker und Radebold (2003) aus dem Jahr 2002 fanden sie sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern, die ausgebombt, Flüchtlinge oder Heimatvertriebene waren, statistisch signifikant deutlicher. Bei erstmaligem oder erneutem Auftreten nach dem 60. Lebensjahr muss an eine Trauma-Reaktivierung oder Re-Traumatisierung (s. Kapitel 3.3) gedacht werden.

Bei der auffallend hohen Rate *depressiver Symptomatik* (ICD-10 F43.21 und F32.0-3, F33.0-3) in der Altersgruppe von 60-85 Jahren (Mayer & Baltes 1996) wurde bisher die Frage eines Zusammenhangs mit zeitgeschichtlichen beschädigenden bis traumatisierenden Erfahrungen kaum diskutiert, geschweige denn systematisch untersucht. In den Niederlanden wurde von

Kraaij und Wilde (2001) eine Studie durchgeführt, die den Zusammenhang zwischen Kindheitsbelastungen im Zweiten Weltkrieg und gegenwärtiger *depressiver Symptomatik* bei älteren Personen untersucht. Hier zeigte sich jedoch sogar eine leicht negative Korrelation zwischen Kriegserlebnissen in der Kindheit und depressiven Symptomen.

Wie weit die belastenden zeitgeschichtlichen Erfahrungen nach dem 60. Lebensjahr die *Selbstmordneigung* bewirken oder verstärken, ist bisher unbekannt. Man kann sich allerdings vorstellen, dass ein unbefriedigender bis beschämender Lebensrückblick insbesondere für Männer eine tiefe narzisstische Kränkung bedeuten kann.

Ebenso wenig wurde der Einfluss der belastenden zeitgeschichtlichen Erfahrungen auf das *Suchtverhalten Älterer* systematisch untersucht (Heuft, Kruse & Radebold 2000, S. 302 ff.) – weder für das im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter einsetzende noch für das im höheren oder hohen Alter beginnende (Late-onset-)Suchtverhalten. Gut vorstellbar ist, dass die Betroffenen Alkohol, Tranquilizer sowie Schlaf- und auch Schmerzmittel lebenslang insbesondere bei einer anhaltenden oder sich verstärkenden PTBS gebrauchen, um ansteigende Ängste, Angstträume und die Erinnerungen an belastende Erlebnisse zu verringern bzw. „stillzulegen“. Wohl nicht zufällig fanden sich Schlafstörungen in der zitierten Untersuchung über die auffallend unterschiedlichen Raten von Depressionen bei über 65-Jährigen in Europa nur zu 15 Prozent in Dublin, aber zu 54 Prozent in München und zu 60 Prozent in Berlin (Copeland, Beekman, Braam, Dewey, Delespaul, Fuhrer, Hooljer, Lawlor, Kivela, Lobo, Magnusson, Mann, Meller, Prince, Reischies, Roelands, Skoog, Turrina, deVries & Wilson 2004).

Bei den vorliegenden Untersuchungen zum Gesundheitszustand bzw. zur Symptom- und Krankheitshäufigkeit der Gesamtbevölkerung in Deutschland fällt für die Altersgruppen von 60 Jahren und älter immer wieder eine hohe Rate *funktioneller bzw. somatoformer Symptome* auf (Heuft, Kruse & Radebold 2000). Sie liegt im Vergleich zu den bei unter 60-Jährigen um ein Vielfaches höher (Hessel, Geyer, Gunzelmann, Schumacher & Brähler 2003).

Eine weitere Untersuchung (Greb, Pilz & Lamparter 2003) verweist auf die Möglichkeit eines Einflusses beschädigender bis traumatisierender belastender zeitgeschichtlicher Erfahrungen – hier gesehen als Ausdruck von pathologischem Dauerstress – auf *koronare Herz-Krankheiten* (KHK). Sowohl in einer Gruppe von passiven (14 Jahre und jünger) als auch aktiven (15 Jahre und älter) Kriegsteilnehmern (vorwiegend männliche Patienten), die nach einem Herzinfarkt bypass-operiert waren, fanden sich bei praktisch allen deutschen Teilnehmern intensive und

ausgeprägte (sequenzielle und kumulative) beschädigende bis traumatisierende zeitgeschichtliche Erfahrungen aus dem Zweiten Weltkrieg.

Im Gegensatz zu den bisherigen Bestärkungen von positiven Zusammenhängen zwischen Kindheitsbelastungen und *psychischen Störungen* fanden Frey und Schmitt (2005) insgesamt eher geringe Zusammenhänge. Ihre Daten erhielten sie anhand einer Teilstichprobe der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Die stärksten Zusammenhänge zu psychischen Störungen zeigten sich jedoch nicht mit den häufig erlebten kriegsbedingten Ereignissen sondern beim Vorliegen einer psychischen Erkrankung eines Elternteils. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit jenen aus dem amerikanischen National Comorbidity Survey (NCS, Keller et al. 1997). Zwischen den direkten kriegsbedingten Kindheitsbelastungen wie Bombardierung, Flucht oder Überfall und psychischen Störungen konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden.

2 PTBS

Eine PTBS, die auf früheren Traumata beruht, kann durch alle bekannten Traumaarten ausgelöst werden. Aufgrund der biografischen Bedingungen der heute lebenden älteren Generation in Mitteleuropa können dies insbesondere Erlebnisse im Zweiten Weltkrieg sein, die bei älteren PTBS-Patienten das Erlebte dominieren. Dazu gehören Kriegs-, Vertreibungs- bzw. Verfolgungserlebnisse bis hin zu rassistisch motivierten Verfolgungserlebnissen überlebender KZ-Häftlinge.

Bis heute konzentrieren sich erst wenige empirische Forschungen spezifisch auf das Alter bei posttraumatischen Beschwerden. Einige neuere Studien bestätigen jedoch den klinischen Eindruck, dass die Überlebenden des Zweiten Weltkriegs in den späteren Phasen des Lebenszyklus, manchmal nach Jahrzehnten adäquater Bewältigung, hinsichtlich eines nachträglichen Ausbruchs (Kapitel 3.3) bzw. einer Verschlimmerung (Kapitel 3.2) der posttraumatischen Symptomatik gefährdet sind. Die Studien beziehen sich auf Überlebende der Verfolgungen durch das Naziregime, Kriegsveteranen, ehemalige Mitglieder des Widerstands und Angehörige der Kriegsmarine (Askevold 1980; Assael & Givon 1984; Hartvig 1977; Randall, Walker, Ross & Maltbie 1981; Steinitz 1982). Op den Velde, Hovens, Falger, De Groen, Van Duijn, Lasschuit & Schouten (1993) haben zum Beispiel ehemalige Mitglieder der während des Zweiten Weltkrieg aktiven holländischen Widerstandsbewegung (n = 147) untersucht, mit dem Ergebnis, dass die Zeitspanne vor Ausbruch der ersten PTBS-Symptome von sehr unterschiedlicher Länge war. Einige Widerstandsveteranen berichteten von symptomfreien Inter-

vallen von einer Dauer von mehreren Jahren. Bei 50% traten die Symptome erst mehr als 20 Jahre nach Ende des Krieges auf.

3 Formen der PTBS im Alter

Nach Maercker (2002b) kann man bei älteren Menschen zwischen drei PTBS-Arten unterscheiden:

- Aktuelle PTBS
- Chronische PTBS
- Verzögerte oder reaktivierte PTBS

3.1 Aktuelle PTBS

Bei älteren Menschen kann es zu neu erlebten traumatischen Ereignissen wie Überfällen, Verkehrsunfällen oder anderen Bedrohungserlebnissen kommen. Da die aktuellen Traumata in keinem Bezug zum Zweiten Weltkrieg stehen, werden sie innerhalb dieser Arbeit nicht weiter erörtert.

3.2 Chronische PTBS

Freudenberg (1991) gewann bei der Analyse von Entschädigungsgutachten für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung den Eindruck, dass die Beschwerden der ehemals Verfolgten auch nach 45 Jahren weitgehend dem Symptombild einer PTBS entsprachen, und dass sich im Alter häufig weitere (insbesondere depressive und somatische) Störungen entwickelt haben. Seine Auswertung ergab, dass frühes Lebensalter, Schwere der Traumatisierung und lange Dauer des Verfolgungsschicksals oft mit einem Scheitern der beruflichen und gesellschaftlichen Integration sowie massiver Symptombildung verbunden waren. Darüber hinaus stellen Friedman und Schnurr (1995) fest, dass chronische PTBS verheerende Langzeiteffekte auf die Gesundheit hat.

Schätzungen aus neueren nichtrepräsentativen Studien von Ende der 90er Jahre ergaben, dass bis zu 11% aller älteren Menschen in kriegsbetroffenen deutschen und englischen Regionen bis heute eine chronische PTBS ausgebildet haben, die sich auf die Erlebnisse im Zweiten Weltkrieg bezieht (Hunt & Robbins 2001; Maercker, Herrle & Grimm 1999; Teegen & Cizmiz 2003; Teegen & Meister 2000; s. unten). Bei etwa einem Drittel niederländischer und norwegischer Veteranen wurde 45 Jahre nach Ende des Zweiten Weltkrieges eine voll ausgeprägte bzw. partielle PTBS festgestellt (Aarts, op den Velde, Falger & Hovens 1997; Weisaeth, Kristi-

ansen, Vold & Oeygard 1999; zit. nach Teegen & Meister 2000). Bei Befragungen von Holocaust-Opfern und weiteren extrem Traumatisierten werden sogar bis zu 70% erwähnt (Conn, Clarke & Van Reekum 2000; Joffe, Brodaty, Luscombe & Ehrlich 2003; Landau & Litwin 2000; Macleod 1994; Merckelbach, Dekkers, Wessel & Roefs 2003; Yehuda, Steiner, Kahana, Binder-Brynes, Southwick, Zelman & Giller 1997).

Eine PTBS-Prävalenz von 4.3% fanden Maercker, Herrle und Grimm (1999) bei einer kleinen Gruppe ziviler Kriegsoffer, die die „Dresdner Bombennacht“ überlebten. Befragte, die der 50 Jahre zurückliegenden Bombardierung unmittelbar ausgesetzt waren, litten stärker unter bedrückenden Erinnerungsbildern, nahmen jedoch zugleich auch positivere Veränderungen von Selbstbild und Weltanschauung wahr als Personen, die weniger gefährdet waren (vgl. Kapitel 7).

An der Hamburger Untersuchung von Teegen und Meister (2000) beteiligten sich 269 Personen, die während einer im Durchschnitt 13-monatigen Flucht am Ende des Zweiten Weltkrieges 15 Jahre und zum Untersuchungszeitpunkt im Mittel 69 Jahre alt waren. 62% litten unter *intrusiven Symptomen*; bei 5% wurde eine *voll ausgeprägte PTBS* und bei weiteren 25% eine *partielle PTBS* festgestellt. Im Vergleich zu gering belasteten Personen berichteten Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit (voller oder partieller) PTBS signifikant häufiger über *Mehrfachtraumatisierung, komorbide Beschwerden, Defizite der emotionalen Kompetenz* und ein *geringeres Kohärenzgefühl*. Anhand ihrer Angaben zu PTBS-Symptomen und komorbiden Beschwerden entstand der Eindruck, dass 70% der Befragten kaum oder nur geringfügig belastet waren und die traumatischen Erfahrungen, mit denen sie im Kindes- und Jugendalter konfrontiert waren, gut bewältigt hatten. Bezüglich ihrer *emotionalen Kommunikationsfähigkeit* war jedoch auch diese Gruppe deutlich beeinträchtigt und neigte signifikant stärker als eine gleichaltrige Patientengruppe mit psychosomatischen Störungen dazu, Gefühle abzuwehren oder zu leugnen.

Teegen & Cizmic (2003) führten Interviews mit 37 Personen, die im Mittel 81 Jahre alt waren und im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen einen ambulanten Hamburger Pflegedienst in Anspruch nahmen. 65% litten unter *intrusiven Symptomen*, die häufig mit traumatischen Erfahrungen während des Zweiten Weltkrieges assoziiert waren. Bei 11% wurde eine *voll ausgeprägte PTBS* und bei weiteren 32% eine *partielle PTBS* festgestellt. Im Vergleich zu geringer belasteten Teilnehmerinnen und Teilnehmern berichteten Personen mit (voller oder partieller) PTBS signifikant häufiger über *komorbide Beschwerden* (vor allem Depressivität), *Defizite der emotionalen Kompetenz, Alexithymie* und ein *geringeres Kohärenzgefühl*. 60% der Befragten berichteten über traumatische Ereignisse, die sie auch heute noch sehr belasten. Besonders quä-

lend waren Erinnerungen an sexuelle Misshandlungen in der Kindheit (für alle Betroffenen) und an Kriegserfahrungen (für 46% der Betroffenen).

3.3 Verzögert auftretende oder reaktivierte PTBS (Trauma-Reaktivierung)

Eine PTBS kann Jahre nach dem belastenden Ereignis verzögert auftreten. Dies wurde insbesondere bei älteren Menschen beschrieben, die während des Zweiten Weltkriegs traumatischen und lebensbedrohlichen Situationen ausgesetzt waren. Ein vermutlich nicht unerheblicher Anteil hat nach den Traumaerfahrungen zunächst kein PTBS entwickelt. Das Trauma-Ereignis scheint zunächst „folgenlos“ zu sein. Es zeigt sich jedoch, dass im Abstand von 30 und mehr Jahren das Trauma in der zweiten Hälfte des Erwachsenenlebens wieder eine bedeutsame Aktualität bekommen kann (Heuft 2004). Der Symptomausbruch erfolgt häufig so spät, dass zunächst niemand mehr an diese Zusammenhänge denkt. Es gibt gemäss Heuft (2004) jedoch noch keine gesicherten empirischen Daten, welche die klinische Relevanz der Trauma-Reaktivierung im Alter beschreiben. Dies hängt damit zusammen, dass man die Betroffenen nicht einfach „per Fragebogen“ bitten kann, sich zu diesen sehr belastenden Lebensereignissen frei zu äussern. Es liegen jedoch Berichte einiger Patienten vor, die nahe legen, dass im Alter die belastenden Erinnerungen wiederkommen (Kruse & Schmitt 1998; Solomon & Ginzburg 1999).

Kruse und Schmitt (1998) führten halbstrukturierte Interviews mit 248 (ehemaligen) jüdischen Emigranten und Lagerhäftlingen in Deutschland und drei Zielländern der jüdischen Emigration. Diese zeigten, dass Erinnerungen an traumatische Erlebnisse im Nationalsozialismus in zahlreichen alltäglichen Kontexten auftreten und von zentraler Bedeutung für die Wahrnehmung der persönlichen Lebenssituation im Alter sind. Es wurden unterschiedliche Abschnitte der persönlichen Entwicklung nach dem Holocaust unterschieden. Selbsteinschätzungen der Untersuchungsteilnehmer zur Intensität von Erinnerungen an traumatische Erlebnisse in diesen Entwicklungsabschnitten unterstützten die Annahme, dass *belastende Erinnerungen im Alter deutlich zugenommen* haben. Die Untersuchungsteilnehmer unterschieden sich erheblich in den Formen der Auseinandersetzung mit solchen Erinnerungen. Einige Untersuchungsteilnehmer reagierten mit Depressionen, andere mit Angstzuständen, Gefühlen von Überlebensschuld (Kapitel VI.2.8) und Rückzug aus sozialen Beziehungen. Andere engagierten sich hingegen in hohem Masse in sozialen Beziehungen (Kapitel 6), vor allem zu Angehörigen der jüngeren Generation, um dadurch zur Vermeidung von Diskriminierung, Rassismus und Fremdenfeindlichkeit beizutragen.

4 Diagnostik der PTBS im Alter

Bei der diagnostischen Beurteilung einer PTBS im Alter sind grundsätzlich dieselben Kriterien anzuwenden, wie sie im Allgemeinen gelten und weiter oben beschrieben wurden (Kapitel IV3). Darüber hinaus sollten folgende Besonderheiten beachtet werden:

Leider wird die Erkrankung einer PTBS im Alter nicht immer als das erkannt, was sie ist. Die Beschwerden und Symptome können einfach als Zeichen von Depression, exzessivem Grübeln oder geistigem Abbau gedeutet werden, wie sie gewöhnlich mit höherem Alter in Verbindung gebracht werden (Aarts & op den Velde 2000). Deshalb und weil die PTBS selten als alleinige psychiatrische Diagnose auftritt (Hankin 2003), ist es wichtig, ein Spektrum weiterer möglicher Störungen zu untersuchen. Bei der Beurteilung der Psychopathologie im Allgemeinen und der PTBS im Besonderen bei älteren Menschen sieht Hankin (2003) einen grossen Nutzen in *strukturierten klinischen Interviews* (z.B. DIPS, M-CIDI, CAPS). Zusätzlich sollte das Diagnoseprotokoll eine Einschätzung des geistigen Status, des Suizidrisikos und eine Untersuchung der Stärken des Patienten beinhalten. Wenn weit reichende traumatische Erlebnisse vorliegen, kann eine gründlichere Untersuchung mit einem PTBS-spezifischen strukturierten Interview (CAPS; Nyberg & Frommberger 1996) vorgenommen werden.

Aber auch wenn man ein strukturiertes Interview verwendet, bleibt PTBS im Alter eine schwierig zu beurteilende Störung. Hankin (2003) nennt dafür mehrere Gründe:

- Ältere Menschen, die viel Not erlebt haben (z.B. in Kriegen und Wirtschaftskrisen), betrachten das Leiden vielleicht als etwas Normales. Deshalb zeigen diese Menschen ihre Belastungssymptome vielleicht nicht nach aussen.
- Ältere Menschen sind möglicherweise weniger mit dem derzeitigen psychologischen Wortschatz vertraut und haben deshalb keine Ausdrucksmöglichkeiten, mit denen sie ihr Leiden beschreiben können. Anstelle von Begriffen, die man auf die posttraumatische Belastungsstörung beziehen kann wie „Erinnerungsattacken“ (engl. „flashbacks“), „Panik“ oder „erhöhte Wachsamkeit“, verwenden die Älteren Begriffe wie „Nervenzusammenbruch“ oder „die Erschütterungen“. Deshalb ist es für den Therapeuten wichtig, für die spezifische Art von Ausdrücken aufmerksam zu sein, mit welchen ältere Patienten ihre traumabezogenen Symptome benennen.
- Viele Ältere sind besonders sensibel für das Stigma psychologischer Diagnosen. Deshalb sind sie besonders widerwillig, psychologisches Leiden zuzugeben.

- Es können körperliche Beschwerden im Vordergrund stehen, da es ein erhöhtes allgemeines Krankheitsrisiko mit fortschreitendem Alter gibt und chronische PTBS selbst verheerende Langzeiteffekte auf die Gesundheit hat (Friedman & Schnurr 1995). Dies kann dazu führen, dass eine PTBS-Diagnose übersehen wird.

5 Auslösende Faktoren einer PTBS im Alter

Welche Faktoren können einen plötzlichen Ausbruch einer PTBS oder eine Verschlechterung posttraumatischer Symptome im Alter herbeiführen? Die Konzepte dazu teilen Aarts und op den Velde (2000) auf in ältere und neuere Theorien (Kapitel 5.1). Als potentielle Auslöser („Trigger“) werden der Alterungsprozess sowie belastende Lebensereignisse diskutiert (Kapitel 5.2 und 5.3).

5.1 Vergleich zwischen älteren und neueren Theorien

In den meisten *älteren Studien* werden eine Abnahme der Bewältigungsfähigkeiten und eine Zunahme an negativen Lebenserfahrungen für den späten Ausbruch einer PTBS oder die plötzliche Verschlimmerung einer posttraumatischen Symptomatik bei älteren Trauma-Überlebenden für verantwortlich gehalten. Als Erklärung dafür wurde einerseits angenommen, dass die geistige und körperliche Beweglichkeit eines Menschen mit zunehmendem Alter allmählich zurückginge. Infolge dieses vermuteten allgemeinen Prozesses der „Schwächung“, so wurde argumentiert, unterliege die Fähigkeit der Traumaüberlebenden, traumabezogene Erinnerungen und damit verbundene Affekte abzuwehren oder zu beherrschen, im Laufe des Alterungsprozesses einer zwangsläufigen Abschwächung. Andererseits wurde angenommen, dass ältere Traumaüberlebende unfähig seien, Bewältigungsmechanismen, die ihnen einst zur Verfügung standen, weiterhin zu nutzen (z.B. anhaltende Konzentration auf äussere Angelegenheiten und berufliche Leistungen oder Abwehrmechanismen wie Verleugnung oder Verdrängung). Folglich wurde vermutet, dass eine Kombination aus allgemeinem Mangel an geistiger Beweglichkeit und belastenden Lebensereignissen, wie z.B. Pensionierung, Auszug der Kinder aus dem Haus, Trennung oder Scheidung, bei älteren Traumaüberlebenden eine Dekompensation zur Folge habe (Cath 1981; Danieli 1981; Hertz 1990, Krystal 1981; Randall et al. 1981). Zum Beispiel spekulieren Assael und Givon (1984), dass ältere Israelis allgemein und Holocaustüberlebende im Speziellen „nicht mehr die erforderliche Kraft aufbrachten, die mentalen und anderen Schwierigkeiten, die das Altern mit sich bringt, bewältigen zu können“ (S. 32). Des Weiteren erwähnen Aarts und op den Velde (2000) die Studie von Kuilman und Suttorp (1989), wonach dem späten Ausbruch bzw. der Verschlimmerung einer PTBS häufig belas-

tende Ereignisse vorausgegangen waren: Von 100 Patienten berichteten 43% über belastende Lebensereignisse im Jahr davor. Eine weitere Studie, von Lomranz, Shmotkin, Zechovoy und Rosenberg (1985), an älteren Holocaustüberlebenden deutete darauf hin, dass die Gruppe der Überlebenden mehr vergangenheitsorientiert und pessimistischer in ihrer Einstellung zu Lebensereignissen war als die Kontrollgruppe.

Neuere gerontologische Studien und Forschungen deuten darauf hin, dass zumindest einige der bisherigen Ansichten zum Alterungsprozess auf verzerrten Glaubensvorstellungen beruhen und nicht unbedingt die Realität widerspiegeln (Coleman 1986; Schmid 1991). Obwohl ältere Menschen tatsächlich eine Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses und einen Abbau der körperlichen und biologischen Funktionen zeigen, gibt es keine empirischen Beweise dafür, dass die Bewältigungsmechanismen, die kognitiven Fähigkeiten und die Affektregulierung sich in den späteren Stadien des Lebenszyklus zwangsläufig verschlechtern. Beispielsweise fanden Shanan und Shahr (1983) in einer kontrollierten Studie mit älteren Überlebenden der Nazi-verfolgung heraus, dass die Mitglieder der Zielgruppe, obwohl sie mehr kognitive und intellektuelle Beeinträchtigung und Amnesieneigung zeigten, besser abschnitten als die Kontrollgruppe, wenn sie mit gegenwärtigen Belastungen konfrontiert wurden.

5.2 Alterungsprozess

Der Alterungsprozess wird als *ein* möglicher Auslöser für eine PTBS im Alter diskutiert. Eine theoretische Grundlage bildet dafür die „Gefährdung der Balance im Alter“ von Lanser (2003, S. 179). Diese besagt, dass die Überlebenden zu einem Teil aus einem traumatisierten, in seiner Entwicklung gestörten inneren Kind bestehen, und zu einem anderen Teil aus einem Erwachsenen, der gesellschaftlich erfolgreich ist: eine „balanced compound personality“ (S. 181). Das Gleichgewicht zwischen diesen beiden Teilen ist sehr prekär; es wird besonders vom Alterungsprozess bedroht, wenn die dauerhafte Aktivität als eine Art Betäubung des inneren traumatisierten Kindes nicht mehr aufrechterhalten werden kann.

Archibald und Tuddenham (1965) gehörten zu den ersten Forschern, die spekulierten, dass die späte Manifestation posttraumatischer Symptome mit dem Alterungsprozess in Zusammenhang stehen könnte, und fanden einen zunehmenden Anteil von Veteranen des Zweiten Weltkriegs mit „Kriegsneurosen“.

Nach Hankin (2003) kann eine bisher erfolgreiche Bewältigung durch die mit dem Altern zusammenhängenden Belastungen eingeschränkt werden. Beispielsweise mag ein älterer Mensch, bei dem ein Verlust kognitiver Fähigkeiten stattfindet, da das *Kurzzeitgedächtnis* versagt, feststel-

len, dass die (Langzeit-)Erinnerungen an traumatische Erlebnisse in der Kindheit jetzt in den Vordergrund rücken.

Manche Menschen erleben den *körperlichen Alterungsprozess*, insbesondere wegen einer drohenden Abhängigkeit und Hilflosigkeit, als enorm beängstigend (Heuft 2004). Dieses emotionale Erleben kommt demjenigen in der traumatischen Situation, nämlich hilflos ausgeliefert zu sein, sehr nahe und kann so zu einer Reaktivierung des Traumas führen (Heuft, Kruse & Radebold 2000).

Nicht eigentlicher Alterungsprozess, aber zu den entwicklungspsychologischen Aufgaben des Alters gehörend ist der *Lebensrückblick* (vgl. Kapitel IV). Dieser führt bei den Überlebenden eines traumatischen Geschehens zur Konfrontation mit Ereignissen, gegen deren Erinnerung man sich gewehrt hat, um sie so weit wie möglich von sich weg zu halten. Ausserdem haben gemäss Barneveld (2003) viele ihr Leben nie mehr als ein Ganzes, als ein Kontinuum erlebt. Es ist sozusagen aufgespalten in eine Periode vor, während und nach der Verfolgung. „Das sind Welten, die strikt getrennt gehalten werden, so als ob sie nicht zueinander gehörten; es findet eine Abspaltung des traumatischen Geschehens statt“ (S. 184).

Weitere Faktoren, die mit dem entwicklungspsychologischen Alterungsprozess in Zusammenhang stehen wie die Pensionierung oder der Verlust nahestehender Personen finden im nächsten Kapitel Eingang.

5.3 Belastende Lebensereignisse

Normale Lebensereignisse können für traumatisierte NS-Verfolgte eine schwerere Belastung bedeuten (Barneveld 2003), denn eines der zentralen Probleme, das Menschen in und nach einer traumatischen Erfahrung erleben, ist das Gefühl des oft vollkommenen Kontrollverlustes (Adams Betts, Mann Steinberg, Prigal Weintraub, Fein, Souders & Sookmann Gerber 1994; Davidson 1979; zit. nach Leonhard 2005). Diese Empfindung des Kontrollverlusts kann bei Auftreten neuer Krisen oder grosser Veränderungen neu aufflammen und virulent werden (Edelstein 1982). Solche Lebensereignisse haben das gemeinsame Merkmal, dass sie dem ursprünglichen Trauma ähneln oder es symbolisieren und diese Ähnlichkeit zu einem intrusiven Wiedererleben der traumatischen Vergangenheit führt (Aarts & op den Velde 2000). Sie werden deshalb häufig auch als „retraumatisierende Ereignisse“ bezeichnet.

Aarts & op den Velde (2000) unterscheiden zwischen *Lebensereignissen, die mit persönlichen Veränderungen* einhergehen, und der *externen Konfrontation sowohl direkt als auch durch die Medien*.

Persönliche Krisen bzw. Stresssituationen können etwa sein:

- Berentung
- Tod oder Trennung von Verwandten oder Freunden
- körperliche Erkrankungen (z.B. Krebs, Herzchirurgie, Demenz)
- Einweisung in ein Pflegeheim oder Krankenhaus
- bevorstehende Untersuchung oder Operation

Zur zweiten Art herbeiführender Faktoren gehört die direkte oder durch die Medien vermittelte Konfrontation. Beispiele dafür sind:

- Antisemitismus
- Geltendmachung von Ansprüchen
- neue Kriegsgefahren
- Gefangenenlager
- Kriegsverbrecherprozesse

Aarts & op den Velde (2000) illustrieren dies anhand folgender Falldarstellung:

Herr K. kämpfte 1945 während drei Jahren in einem Guerillakrieg in Indonesien. Nach seiner Rückkehr entwickelte Herr K. auf Grund seiner Kriegserlebnisse eine PTBS, deren erste Episode fünf Jahre lang dauerte. Nach einer anscheinend symptomlosen Periode von 21 Jahren Dauer trat seine PTBS für einen Zeitraum von drei Jahren wieder auf, ausgelöst durch die Zeitungsberichte über Kriegsgreuel und durch den Wehrdienstantritt seines Sohnes. Nach einer zweiten symptomlosen Periode entwickelte sich nach seiner Operation – er erlitt bei einem Auffahrunfall einige komplizierte Knochenbrüche – und während der langen Immobilität im Krankenhaus ein voll entwickeltes PTBS-Krankheitsbild.

Aarts und op den Velde (2000) betonen, dass belastende Lebensereignisse zwar einen späten Ausbruch oder die Verschlimmerung einer PTBS bei Traumaüberlebenden auslösen können, aber mit Sicherheit für sich genommen keinen hinreichenden Grund darstellen.

Einige der oben aufgeführten „Trigger“ für eine PTBS im Alter werden nun näher besprochen.

Berentung

Mehrere Autoren erachten die Pensionierung als dasjenige Lebensereignis, welches am ehesten den Spätausbruch bzw. die Verschlimmerung einer PTBS zur Folge hat (z.B. Aarts & op den

Velde 2000; Dasberg 2003). Aarts und op den Velde (2000) erklären dies damit, dass Rentner unter den gegebenen Umständen ihrer erzwungenen Untätigkeit weniger in der Lage sind, ihre Emotionen durch aktive Konzentration auf äussere Angelegenheiten abzuwehren (Kahana 1981; Krystal 1981; Kuilman & Suttorp 1989; zit. nach Aarts & op den Velde 2000). Für Dasberg (2003) kommen einhergehend mit dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben der Statusverlust, der Verlust der täglichen Routine, die Angst vor Verlassenwerden und ein Überschuss an freier Zeit für Reminiszenz. Im Fall von Holocaust-Überlebenden bringt dies die abgewehrten Erinnerungen, die Überlebensschuld und das Misstrauen zurück.

Eine mögliche Ursache für das Phänomen verzögert auftretender PTBS im Alter sieht Maercker (2002b) in der Freisetzung aus sozialen Rollen und Verpflichtungen. Ältere Menschen hätten dadurch mehr Zeit, sich den Erinnerungen zu überlassen. Ein möglicher Hinweis hierauf sind die Angaben bei Kruse und Schmitt (1998), welche zeigen, dass die Häufigkeit der Erinnerungen an das Trauma mit dem Alter steigt (Kapitel 3.3) bzw. bei Solomon und Ginzburg (1999), welche ein „Wiedererwachen früherer Traumata“ im Alternsprozess in einer israelischen Population beschreiben. Der Zeitpunkt der Berentung mit der sich daraus ergebenden vermehrten Freizeit konnte bei ehemals politisch Inhaftierten als Bedingung des Anstieges der PTBS-Symptomatik nachgewiesen werden (Maercker 2002a).

Tod oder Trennung von Verwandten oder Freunden

Es ist normal, dass man im Alter zunehmend mit dem Verlust von Freunden, Verwandten, dem Partner oder der Partnerin und anderen konfrontiert wird (Barneveld 2003). Dazu gehört auch der Auszug der Kinder aus dem Elternhaus. Es ist jedoch so, dass jeder aktuelle Abschied frühere Verluste wieder aktiviert. Dabei geht es oft um Verluste, bei denen eine Trauerarbeit nicht stattfinden konnte (VI2). Dies wiederum hat Folgen für die Verarbeitung von späteren Verlusten.

Einweisung in ein Heim oder Krankenhaus

Bei Überlebenden des Holocaust kann der Umzug ins Altenheim oder auch ins Spital die Erinnerung an den Transport ins Lager auslösen (Radebold 2005a). Zufolge der klinischen Erfahrung von Aarts und op den Velde (2000) ist die Wiederkehr einer PTBS nach Krankheiten und Krankenhausaufenthalten nicht selten. Dennoch kommt dies nicht ausnahmslos vor. Einige schwer traumatisierte Individuen überstehen auch ernsthafte Krankheiten ohne eine Verschlimmerung der PTBS-Symptomatik (s. van Driel & op den Velde 1995).

Medienberichte

Medienberichte von Ereignissen, die dem zurückliegenden Trauma ähneln, z.B. aktuelle Kriege oder terroristische Anschläge, können im Sinne einer Traumareaktivierung (Heuft 1999) eine PTBS triggern bzw. mobilisieren (Heuft 1993; Hilton 1997; Livingston, Livingston & Fell 1994; Schreuder 1996; van Zelst, de Beurs & Smit 2003). Ältere Menschen können etwa durch politische Krisen (wie dem Golf-Krieg 1991) frühe Traumatisierungen mit akuter Symptombildung reaktivieren.

6 Bewältigungsstrategien im Alter

Über die Bewältigungsstrategien alternder Überlebender von Flucht und Vertreibung ist wenig bekannt. Die nachfolgend genannten Studien geben aber Hinweise darauf, dass grundsätzlich für eine gute Bewältigung die gleichen gesundheitsfördernden Faktoren und Ressourcen gelten wie während der Traumabewältigung in jüngerem Alter (Kapitel IV6.2), also der Kohärenzsinne, das Sprechen über das Trauma sowie die soziale Anerkennung als Opfer bzw. Überlebender. Dafür sprechen die folgenden Untersuchungen:

Die von Teegen und Meister (2000) genannten Untersuchungen von Maercker (1998) sowie Schunk, Schade und Schüffel (1998) weisen darauf hin, dass das *Kohärenzgefühl* mit dem Alter zunimmt (Antonovsky 1997) und in einem umgekehrten Verhältnis zur posttraumatischen Symptombildung steht.

Nach Beobachtungen von Kahana, Hazel und Kahana (1988) war eine geringere Ausprägung posttraumatischer Symptome bei Opfern des Holocaust verbunden mit der Fähigkeit, offen über ihre Erfahrungen zu sprechen und ihnen einen Sinn zu geben. *Alexithymie* dagegen steht in einem signifikanten positiven Zusammenhang zu PTBS-Symptomen (Yehuda, Steiner, Kahana, Binder-Brynes, Southwick, Zelman & Giller 1997).

Bezüglich der Wichtigkeit der Anerkennung wird auf Kapitel VI2.5 verwiesen.

Bei älteren Überlebenden kommt als wichtige Form der Bewältigung das soziale Engagement hinzu:

Kruse & Schmitt (1998; mehr zur Studie unter Kapitel 3.3) gingen der Frage nach, wie die Untersuchungsteilnehmer versuchen, angesichts ständig wiederkehrender Erinnerungen eine tragfähige Lebensperspektive (wieder)herzustellen und aufrechtzuerhalten und die ständig wiederkehrenden Erinnerungen seelisch zu verarbeiten. Die Studienergebnisse zeigten, dass mehr als 40% der befragten Personen sich intensiv mit dem Schicksal der nachfolgenden Generation beschäftigten oder Möglichkeiten des Engagements in den Beziehungen mit Angehörigen

rigen nachfolgender Generationen suchten. „Gerade aus der Charakterisierung der dritten Auseinandersetzungsform geht hervor, dass die Verarbeitung belastender Ereignisse auch in erlebte Mitverantwortung für die Zukunft einer Gesellschaft und Kultur münden kann. Angesichts der Tatsache, dass den Untersuchungsteilnehmern in ihrem Lebenslauf extreme Verletzungen zugefügt worden sind, ist das soziale Engagement eine bemerkenswerte Form persönlich-kreativer und sozial-konstruktiver Auseinandersetzung“ (S. 149).

Die folgende Falldarstellung hierzu von Aarts und op den Velde (2000) lässt sich auch auf Überlebende des Zweiten Weltkrieges übertragen:

Herr K. wurde über die Psychotherapie mit einer Gruppe von Kriegsveteranen des Indonensienkonflikts in Kontakt gebracht. Es war eine Erleichterung für ihn zu entdecken, dass viele der Veteranen seine Sichtweise der historischen Ereignisse teilten und vergleichbare gesundheitliche Probleme hatten. Später wurde er ehrenamtlicher Leiter von Selbsthilfegruppen für Veteranen. In der ehrenamtlichen Veteranenorganisation fand Herr K. Anerkennung und Sicherheit. Herrn K.s Selbstwertgefühl hat stark darunter gelitten, Veteran eines verlorenen und „schlechten“ Kriegs zu sein. Seine ehrenamtliche Arbeit mit anderen Veteranen hat anscheinend diesen Ich-Verletzungen Linderung verschafft und zur Wiederherstellung seines Selbstwertgefühls beigetragen.

7 Posttraumatisches Wachstum (*posttraumatic growth*)

Ein noch sehr junges Phänomen, das in der Literatur unter vielen verschiedenen Synonymen zu finden ist, ist das nach Tedeschi und Calhoun (1995) benannte *posttraumatische Wachstum* (*posttraumatic growth*). Es handelt sich um ein salutogenetisches Modell, wonach traumatisches Geschehen u.a. kognitive Prozesse der Sinnsuche in Gang setzt (Horowitz 1986). Diese können in eine subjektive Überzeugung münden, durch das Erlebte persönlich an Reifung gewonnen zu haben. Das Modell erfasst vier Ebenen:

- die unmittelbare Reaktion auf das Trauma (initial response to trauma),
- die sekundäre Verarbeitung (secondary response),
- erste Erfolge im Bewältigungsprozess und tiefere Wachstumserfahrungen (initial growth and coping success) sowie
- die Entwicklung von Weisheit (further growth and wisdom).

Die persönliche Reifung bezieht sich dabei auf verbesserte Bewältigungsstrategien und die erhöhte Wahrnehmung bzw. Nutzung sozialer sowie persönlicher Ressourcen (vgl. Maercker

1998). Maercker und Zoellner (2004) haben das Konzept von Tedeschi und Calhoun (1995) aufgenommen und erweitert.

Eine Bestätigung dieses Phänomens findet sich in der Studie von Maercker, Herrle und Grimm (1999) über die Dresdener Bombennachtsopfer von Februar 1945. Diese hatte zum Ziel, nebst dem heutigen Ausmass einer PTBS die *selbst wahrgenommene persönliche Reifung* nach einem Trauma zu untersuchen. Es zeigte sich, dass die stärker durch den Bombenabwurf Traumatisierten bei sich selbst auch stärkere positive Veränderungen ihrer Person und ihrer Wahrnehmung der Welt sehen, wie z.B. eine ausgeprägtere Unterscheidung von Wesentlichem und Unwesentlichem im eigenen Leben.

VIII Therapeutische Massnahmen

Die in der Literatur und im Folgenden erläuterten therapeutischen Massnahmen beziehen sich implizit vor allem auf die PTBS. Teilweise können die Aussagen aber auch auf andere psychische Erkrankungen, denen eine Traumatisierung zugrunde liegt, erweitert werden. Beschrieben werden grundsätzliche Aspekte wie die Motive für eine Psychotherapie oder der Sinn einer Therapie erst im höheren Lebensalter (Kapitel 1-7). Die stationäre Therapie und Pflege werden gesondert behandelt (Kapitel 8). Zum Schluss werden verschiedene Therapieformen genannt (Kapitel 9); bewährt haben sich für Traumatisierte im höheren Lebensalter insbesondere einige Erzähltechniken (Kapitel 10).

1 Motivation für eine Psychotherapie

Folgende (bewusste bis unbewusste) Motive von Überlebenden des Zweiten Weltkrieges für eine Psychotherapie sind Radebold (2005a) begegnet oder begegnen ihm immer wieder:

- Um sich von den quälenden, beunruhigenden und das eigene Leben, die Partnerschaft und die Beziehung zu den Kindern einengenden Erinnerungen zu trennen und um letztendlich ein eigenes befriedigendes Altern gestalten zu können;
- um sich von neu auftretenden oder von sich verstärkenden schon längerfristig bestehenden psychischen Symptomen (depressive Verstimmungen, Angstzustände, Panikattacken, Suchtverhalten) zu befreien;
- um aufgrund von sich wiederholenden Beziehungsstörungen die Chance einer neuen Beziehung für das eigene Altern nutzen zu können;
- um endlich oder überhaupt erstmals wirklich trauernd Abschied zu nehmen (von den damals verlorenen Vätern und Müttern wie auch von den lebenslang fördernden und unterstützenden kürzlich verstorbenen Müttern).

Voraussetzung dieser Reise „zurück in die Nebel“ ist es nach Radebold (2005a), dass der Patient selbst seine Symptomatik und seine Störungen mit den damaligen beschädigenden bis traumatisierenden Erfahrungen in Verbindung bringt oder dass diese von Seiten Professioneller hergestellt wird.

2 Therapienutzen

Der folgende, von Aarts & op den Velde (2000) geschilderte Fall einer Patientin demonstriert, dass fortgeschrittenes Alter durchaus keine Kontraindikation für eine Psychotherapie darstellt. Beschrieben wird eine Frau E., eine 83jährige niederländische Jüdin, bei welcher sich nach einer Latenzperiode von fast einem halben Jahrhundert eine Spät-PTBS manifestiert hat. Im Verlauf der Psychotherapie erkannte sie, dass sie nie um ihre Eltern, den Bruder und ihre drei Schwestern getrauert hatte, welche während des Krieges in Nazikonzentrationslagern ums Leben gekommen waren. Sie erkannte den Schmerz über den Verlust ihrer Familie als so tief, dass sie ihn nie zuvor fühlen konnte. Ihre Unfähigkeit, die unermesslichen Verluste, die sie erlitten hatte, zu betauern, hatte ihre Fähigkeit, ihre Traumatisierungen zu bewältigen, ernsthaft beeinträchtigt. Sie erkannte jetzt tiefe Schuldgefühle wegen ihres Überlebens. Der Verlust von Familienmitgliedern und Freunden scheinen bei einer plötzlichen Verschlimmerung oder einem Spätausbruch posttraumatischer Symptome häufig eine auslösende Rolle zu spielen (Kapitel VII.5.3).

Hankin (2003) hat in ihrer Tätigkeit im Gebiet der gerontologischen Psychotraumatologie erfahren, dass an PTBS leidende ältere Menschen in der Lage und gern bereit sind, beeinträchtigende Denk- und Verhaltensmuster zu verändern. Selbst kleine Veränderungen, die die Therapie auslöst, können zu grossen Verbesserungen der Lebensqualität führen. Ja mehr noch, die Würde und der Einfallsreichtum, die Ältere zeigen, ist oft ein beachtliches Zeugnis für die Widerstandskraft des menschlichen Geistes. Was könnte also aus ihrer Sicht ermutigender sein?

Trotzdem sollen nach Heuft (2004) die therapeutischen Bemühungen nicht verschleiern, dass Psychotherapie oftmals nicht das „heilen“ kann, was Menschen in den seelischen Strukturen anderer Menschen zerstört haben. Jedoch sei im Hinblick auf die psychotherapeutischen Möglichkeiten bei älteren Menschen mit Spätfolgen traumatischer Erfahrungen weder ein Nihilismus, der die Betroffenen alleine lassen würde, noch eine übertriebene Erwartungshaltung angebracht.

3 Therapiehindernisse

Die Phasen des höheren, insbesondere des hohen (ab dem 75. oder 80. Lebensjahr) Alters verlangen sowohl eine allmähliche Anpassung an eingeschränkte eigene körperliche und psychische Funktionen und Leistungsfähigkeiten als auch die Bereitschaft, in dieser Situation zunehmender Abhängigkeit bei anderen Menschen durch Hilfsmittel und unter Umständen auch

mit Hilfe von Institutionen entsprechende Hilfe für sich zu suchen und anzunehmen – letztendlich auch eine eigene Pflegebedürftigkeit zu akzeptieren. Gerade eine ausgeprägte Hilfs- und dazu noch Pflegebedürftigkeit kann bei entsprechender Vorgeschichte die lebenslang bestehende Angst vor hilflosem Ausgeliefertsein bei gleichzeitiger Befürchtung unzuverlässiger Unterstützung durch andere wieder wachrufen (Radebold 2005a). Bekannt sind die Beispiele aus der Pflege: notwendige und angebotene pflegerische und weitere Hilfe werden nicht angenommen, unverändert möchte man (insbesondere die Männer) selbständig bleiben und kämpft darum mit allen Mitteln; man erlebt sich in Pflegesituationen völlig hilflos, ausgeliefert und resigniert apathisch – wie schon einmal.

Insbesondere traumatisierte NS-Verfolgte sind Menschen, die sich existenziell bedroht und ausgeliefert fühlen, wenn sie schwach, abhängig und hilflos sind (Barneveld 2003). Wenn man sich jemandem gegenüber sieht, den man als stark wahrnimmt und der mit der Macht ausgestattet ist, über einen zu entscheiden, dann beschwört das erneut die Gefahr von Vernichtung und Entmenschlichung herauf. Die oft mit so viel Mühe erkämpfte Struktur und Balance der Persönlichkeit droht zusammenzubrechen. Durch diese kognitive Verzerrung kann jede noch so freundlich und gut gemeinte Hilfe als äusserst bedrohlich erlebt werden. Dies führt in der Behandlung zu gegenseitiger Enttäuschung und Hilflosigkeit. Tauber und Vyssoki (2004) betonen daher, dass es bei der Arbeit mit älteren Überlebenden ein grosser Fehler ist, sie als schwach und kränkelnd zu behandeln. Für Helfer bedeutet dies, dass Selbstbestimmung und Selbstbestätigung für diese alten Menschen höchste Priorität haben. Neben einem grossen Einfühlungsvermögen (Empathie) der Helfer und Helferinnen ist eine angemessene Distanzhaltung notwendig.

Hassan (1997) hat festgestellt, dass Überlebende des Holocaust, welche während des Krieges in Europa gewesen waren, später nie irgendwelche Hilfe aufsuchten. Er hat sich darüber gewundert, dass sie nach all dem Erlebten offenbar keine professionelle Hilfe nötig hatten. "There has been a naive assumption on the part of many professionals that survivors had overcome their trauma, and indeed the majority of survivors were leading very successful lives. They developed what became known as a conspiracy of silence" (S. 123). Heute sieht der Autor ein, dass dies eine naive Annahme seinerseits gewesen war, und begründet dies wie folgt: „First, many survivors felt an animosity towards the Anglo-Jewish community for not having done enough to help them when they needed it after they arrived in this country. Second, asking for help implies weakness and vulnerability, which in terms of a death camp experience meant extermination. Third, institutions and authority were equated with Nazis in

their experience, and hence it was preferable not to bring attention to oneself by turning to such an organisation” (S. 126).

Diejenigen Holocaust-Überlebenden, die dann doch professionelle Hilfe aufsuchen, fühlen sich oft weder gehört noch verstanden. Hassan (1997) kennt viele Überlebende, die von einem Therapeuten zum anderen gegangen sind, ohne dass die Holocaust-Erfahrung je zur Sprache gekommen wäre. Er kann sich dies so erklären, dass die Welt des Holocaust-Überlebenden eine Welt des Chaos ist. Die KZ-Erfahrung zum Beispiel war eine verrückte Welt, eine Welt, in der sich Unvorstellbares ereignete. Die Abnormalität und das extreme Ausmass dieser Erfahrung sind jenseits jeglicher Nachvollziehbarkeit durch jene, die nicht dort waren. Diese Erfahrung löste bei den Therapeuten Unbehagen aus, auf welches sie mit bewährten Therapiemethoden reagierten, die für den Überlebenden jedoch nicht sinnvoll waren, oder, noch schlimmer, die Holocaust-Erfahrung wurde gar vollständig ignoriert.

4 Allgemeine Therapieelemente

Als einen wichtigen Teil der Behandlung erachten Hyer und Sohnle (2001) die vom Tempo her angemessene Vorbereitung älterer Patienten auf trauma- bzw. PTBS-bezogene Interventionen. Dies wird ergänzt durch die Herausarbeitung gemeinsamer Therapieziele. Dazu gehören solche basalen Aufgaben wie:

- den Psychotrauma-Patienten in der Therapie halten,
- in schwierigen Behandlungsphasen unterstützend sein,
- Aufrechterhaltung eines angemessenen Erregungsniveaus sowie
- generelle Zentrierung der Therapieziele vor dem Hintergrund der vorliegenden körperlichen und psychischen Komorbidität.

Maercker (2002b) nennt als weitere allgemeine Therapieelemente den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, die Stabilisierung der allgemeinen Gesundheit sowie die Psychoedukation und Vermittlung eines therapeutischen Rationales, die nachfolgend erläutert werden. Zusammen mit dem Patienten sollte dann ein Veränderungsmodell erarbeitet werden, das Grundlage für das spätere therapeutische Vorgehen ist.

Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung

Alle therapeutischen Ansätze stimmen darin überein, dass zunächst für eine Trauma- bzw. PTBS-Therapie eine besonders tragfähige Patient-Therapeut-Beziehung vorhanden sein muss. Zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung gehört der offene und empathische Umgang

mit den Berichten von traumatischen Erlebnissen. Der Therapeut ist in einer Schlüsselposition: Entweder ermutigt er durch aktives, teilnehmendes Zuhören den Patienten, von seinen traumatischen Erlebnissen zu erzählen, oder er entmutigt durch das Übergehen und Ignorieren einen Patienten, von seinem Trauma zu erzählen.

Es ist wahrscheinlich bei kaum einer anderen Klientengruppe so schwierig für einen Psychotherapeuten, Vertrauen herzustellen, wie bei den Überlebenden der NS-Verfolgung. Im Vergleich zu anderen Traumatisierten geht es daher in der Therapie mit NS-Verfolgten längere Zeit darum, Vertrauen zu gewinnen und vor allem als Therapeutin oder Therapeut glaubwürdig zu sein (Vyssoki, Tauber, Strusievici & Schürmann-Emanuely 2004). Die erste sehr heikle Phase in der Therapiesituation ist auch, dass der Therapeut einer ständigen „Prüfung“ unterzogen wird. Ziel dieses Abtestens ist es herauszufinden, ob der Therapeut denn überhaupt so etwas verstehen, so etwas aushalten kann, und ob er ihnen wirklich glaubt. Anfangs wird aber auch der Therapeut geschont, wie auch die eigenen Nachkommen geschont wurden. Es sei ja eine „Zumutung“, diese schrecklichen Geschichten zu erzählen. Schweigen hat so viele Jahre als Schutz gegolten und in der Therapiesituation wird nun implizit auch die Sinnhaftigkeit des Schweigens angezweifelt. Manche Patienten äussern zunächst auch Befürchtungen, ein deutlich jüngerer Therapeut erlebe die Schilderung traumatischer Erfahrungen möglicherweise als tendenziös oder übertrieben (Heuft 2004). Der Therapeut muss durch den in der Gegenübertragung (Wilson & Lindy 1994) immer wieder spürbaren Widerspruch hindurch finden, den eine Patientin so formulierte: „Frag mich, aber frag mich nicht.“ Patienten wollen einerseits die wirkliche empathische Zuwendung des Therapeuten, sich andererseits jedoch vor „grenzverletzenden“ drängenden Fragen schützen.

Stabilisierung der allgemeinen Gesundheit

Bei älteren Patienten gehört in die Anfangsphase einer Behandlung die Berücksichtigung altersbezogener körperlicher und psychischer komorbider Erkrankungen, da sie für sich genommen wesentlich ist und weil eine anfängliche Symptomreduktion eine gute Voraussetzung für spätere Phasen einer PTBS-Therapie ist.

Relevant sind nach Maercker (2002b) das Vorliegen einer depressiven Störung, die Kenntnis über den kognitiven Status sowie die Kenntnis über den allgemeinen Gesundheitsstatus einschliesslich des Medikamentengebrauchs.

Psychoedukation und Vermittlung eines therapeutischen Rationales

Die Psychoedukation hat zum Ziel, die posttraumatische Belastungssymptomatik für den Patienten zu „normalisieren“, d.h. ihm die Botschaft zu vermitteln, dass die psychischen Beschwerden eine „normale Reaktion auf eine nichtnormale Situation“ sind.

Ein wesentlicher Bestandteil vieler therapeutischer Ansätze ist bereits in der Anfangsphase die Aufklärung darüber, was in der Therapie gemacht wird und warum es gemacht wird (therapeutisches Rational). Diese Symptome der PTBS werden in ein Erklärungsmodell einbezogen, das dem Patienten die Zusammenhänge seiner Beschwerden verdeutlichen soll. Viele Patienten reagieren auf ein Erklärungsmodell für die Symptome mit Erleichterung, da sie endlich einen subjektiven Zusammenhang zwischen den einzelnen Veränderungen herstellen können.

5 Stärkung der Ressourcen

Vyssoki, Tauber, Strusievici und Schürmann-Emanuely (2004) erachten es für Überlebende des Holocaust als einen hilfreichen Faktor der Therapie, die eigene Biographie zu ordnen. Dadurch findet der Klient oder die Klientin einen Faden, eine Kontinuität im eigenen Leben, dadurch kann manchmal besser eine Sinnhaftigkeit in einigen Abläufen entdeckt werden, auch werden die eigenen Bewältigungsstrategien auf diese Weise sichtbarer hervorgehoben, was den Betroffenen die Möglichkeit gibt, sich auch als aktiv und gestaltend in der Bewältigung zu erleben. Die zentrale Frage in der Therapie ist immer wieder jene nach den Lebensressourcen, von denen sich Überlebende bedienen, um weiterhin zu überleben. Denn diesen Funken an Heilung tragen ja alle in sich. Immer wieder wird das Wort „Trotz“ („trotzdem“, „trotz alledem“ ...) genannt, das den Willen zum Widerstand gegen die vernichtenden Instrumentarien des Naziregimes festigte. Widerstand (auch wenn er nicht bewusst als politischer Akt erlebt wird) ist immer die Möglichkeit, sich nicht nur leidend, erdulend und passiv zu erleben.

6 Das Schweigen brechen

Die heute 60- bis 100-jährigen kriegstraumatisierten Menschen sprechen nur selten über ihre Erfahrungen. Überlebende von schwerer Verfolgung und Genozid formulieren den Grund ihres Schweigens immer so: „Diejenigen, die es erlebt haben, wissen es schon; die anderen wollen es nicht wissen“ (Barneveld 2003, S. 186). Wer jedoch ein Ohr für ihre Botschaften und Ängste entwickelt, kann erahnen, was ihnen geschehen ist, Verständnis entwickeln und Schutzräume schaffen, in denen heute möglich ist. Etliche Publikationen weisen darauf hin,

dass es auch und gerade im fortgeschrittenen Alter Anlass und Chancen gibt, das Schweigen zu brechen und eine vorsichtige Annäherung an die eigene schmerzvolle Vergangenheit zu wagen (Leonhard 2005). Sie zeigen auf, dass das Artikulieren der Ereignisse dieser Zeit einen ersten und unabdingbaren Schritt zur Auseinandersetzung und damit auf lange Sicht zur Integration der traumatischen Erfahrungen bedeuten würde (Krystal 1997; Rosenthal 1997; Danieli 1988).

Vyssoki, Tauber, Strusievici & Schürmann-Emanuely (2004) erachten es als sehr wichtig, dass der Therapeut die wertvolle Absicht und die Schutzfunktion des Schweigens würdigt, denn nur so kann sich der Klient angenommen fühlen und auch bereit sein, einmal etwas anderes zu tun, nämlich das Schweigen zu brechen. Aber auch alte Menschen, die sich nicht mit einer Wand des Schweigens abgeschottet haben (sehr oft politische Häftlinge oder religiös Verfolgte) brauchen eine lange Zeit, um aus dem höflichen und distanzierten Gespräch mit dem Therapeuten herauszukommen und Vertrauen zu fassen. Wenn es gelingt, einfach da zu sein, die Bereitschaft zu zeigen, zuzuhören und anzunehmen, wenn sich der Klient gewürdigt fühlt (in seiner Einzigartigkeit, in seiner Einsamkeit, in seinem Schweigen, in seinem Schmerz), dann kann das Erlebte laut erinnert und rekapituliert werden.

Um eine traumatische Geschichte erzählen zu können, braucht es einige Vorbedingungen, wie sie anlässlich der Hilfestellung für Akut-Traumatisierte eingefordert werden (Radebold 2005a):

- Der Erzähler muss so ruhig sein, dass er erzählen kann.
- Der Erzähler muss sich so sicher fühlen, dass er erzählen kann.
- Der Zuhörer muss dem Erzähler die Sicherheit geben, dass er das Zuhören erträgt. Er muss, wenn er es eben als Professioneller tut, die Technik des Nachfragens und Zuhörens so gut beherrschen, dass er den Erzähler vor dem Abgleiten in und Überschwemmtwerden von traumatischen Gefühlen schützen kann.
- Gleichzeitig müssen aber die Gefühle anerkannt, als zutreffend und stimmig bestätigt werden.

7 Notwendige Voraussetzungen bei der Therapeutin bzw. beim Therapeuten

Überlegungen zu den Eigenschaften, über die ein Therapeut verfügen muss, um die extremen Probleme von Holocaust-Traumatisierten verstehen zu können, stellt Groen-Prakken (2003)

an. So fragt er sich, ob es für eine Therapeutin oder einen Therapeuten besser ist oder nicht, selbst extreme Verfolgungserfahrungen gemacht zu haben. Eine allgemeine Antwort ist darauf nicht zu geben. Bei der *Ersten Generation* ist das Wichtigste, dass man zuhören kann, auch bei den zumeist grausamen Details, und dass echte Empathie nur von denjenigen aufgebracht werden kann, die es auch selbst miterlebt haben. Diejenigen, die es nicht erlebt haben, werden realisieren müssen, dass Empathie für extreme Prüfungen nicht möglich ist, wohl aber Empathie für die Tatsache, dass fast niemand in dieser Gesellschaft wirklich verstehen kann, wie das war. Dem steht gegenüber, dass diejenigen, die es nicht mitgemacht haben, vielleicht besser in der Lage sind, die zu erwartende Übertragung von heftiger Angst und Hass zu ertragen, weil in der Gegenübertragung nicht das Ausmass von eigener Angst und Hass aktiviert wird, wie es bei den Selbstbetroffenen der Fall ist.

Speziell bei Menschen, die durch ein politisches Terrorregime geschädigt wurden, ist es von Bedeutung, dass der Therapeut Therapie auch als politisches Handeln versteht. Therapie soll ja helfen, in einem politischen System „gesund“ leben zu können. Es ist dasselbe System, in dem sich auch der Therapeut bewegt. Insofern ist es wichtig, dass der Therapeut sich seine eigene Stellung im System immer wieder vor Augen führt. Die politische Realität ausserhalb der Therapieräume ist immer wieder ein Punkt der Auseinandersetzung mit den eigenen Ängsten, der eigenen Wut und Ohnmacht. Für den Therapeuten ist es daher unbedingt notwendig, selbst die eigene politische Haltung laufend zu reflektieren (und immer wieder darauf Rücksicht zu nehmen, dass die persönlichen Ängste oder die persönliche Hilflosigkeit angesichts politischer Zustände den Therapeuten auch zum „Betroffenen“ machen).

Für die Therapie bei der Trauma-Reaktivierung sind aufgrund der langen Latenz historisch-politische Kenntnisse sowie zeitgeschichtliches Denken und Einfühlen notwendig. Dies verlangt nach Radebold (2005a) von der Therapeutin bzw. vom Therapeuten,

- sich ein umfassendes Bild von der Kindheit und Jugend einschliesslich möglicher damaliger beschädigender bis traumatisierender Erfahrungen (Verlust von zentralen Bezugspersonen, Gewalterfahrungen sowie Verluste von Heimat und Sicherheit) zu machen. Dazu gehört sowohl die *objektive* Sammlung und Sichtung von Fakten als auch die *subjektive* Wahrnehmung aus der Perspektive des damaligen Kindes oder Jugendlichen;
- über die damalige Familienkonstellation und –geschichte Bescheid zu wissen;
- sich über die weitere Entwicklung im Lebensablauf (einschliesslich fördernder und schädigender Einflüsse) zu informieren;

- die augenblickliche Lebenssituation (einschliesslich von Fähigkeiten und Ressourcen) und die anstehenden Veränderungen und Entwicklungsaufgaben kennen zu lernen;
- sich über frühere Behandlungsversuche und –erfahrungen zu informieren.

Drei weitere Fragen dürfen gemäss Radebold (2005a) keinesfalls vergessen werden:

- Warum will oder muss sie oder er jetzt diese Reise antreten?
- Will ich als Professionelle(r) selbst diese Reise und dazu zusammen mit diesem Klienten oder Patienten antreten? Wie gut fühle ich mich für diese Reise ausgestattet (Kompetenz, Erfahrung mit Älteren)?
- Wie lautet der aktuelle Arbeitsauftrag?

8 Stationäre Therapie bzw. Pflege

8.1 Gefahr von Retraumatisierungen

Stationäre Aufnahme im erweiterten Sinn kann bei NS-Verfolgten eine Reaktivierung von Ängsten und Trauer bedeuten. Darum erachtet es Chris Barneveld (2003) als wichtig, dass NS-Verfolgte bei einer Aufnahme, vor allem bei einem länger dauernden Verbleib, in einem sozialen Umfeld unterkommen, das sich dafür eignet. Das Umfeld muss schützend sein. Es muss dort ausreichendes Bewusstsein und genügend Kenntnis über das Schicksal dieser Menschen im Allgemeinen geben, über die historischen Ereignisse, über Langzeitfolgen und über die Bedeutung von Alltagsereignissen in diesem Umfeld für diese Menschen. Für das Personal heisst dies aus der Sicht von Barneveld (2003), dieses müsse am Bett wissen, welche Symptome bei Menschen mit dieser Problematik erwartet werden können. Flashbacks dürfe man nicht als Halluzinationen deuten, Ängste nicht automatisch als neurotisches Verhalten, Verhaltensschwierigkeiten nicht automatisch als etwas Psychopathisches. Und man müsse Dissoziationsphänomene erkennen. „Ärzte und Pflegepersonal müssen lernen, dass derartige und andere Symptome nicht automatisch anderen, aus der Ausbildung vertrauten Krankheitsbildern zugeordnet werden“ (S. 194).

Barneveld (2003) schildert hierzu folgende Begebenheit: Eine Krankenschwester bat einen alten Herrn, seinen Koffer für die Reise in die Sommerfrische zu packen. Am nächsten Morgen fand sie ihn verängstigt auf seinem Koffer sitzend, im Glauben, er würde wieder abgeholt und ins Konzentrationslager gebracht.

Dieses und andere Ereignisse muss man als empfindbare Reaktionen auf aktuelle Vorfälle sehen können, verstehbar aus der aktuell gewordenen traumatischen Vergangenheit. Auslöser für solche Retraumatisierungen können sehr kleine und alltägliche Ereignisse sein: Laute Schritte auf dem Gang, die Nachtwache, die auf ihrem Kontrollgang das Licht einschaltet, oder nur ein zu harscher Tonfall.

Vielen, die in der Pflege und im Krankenhaus mit alten Frauen arbeiten, ist nicht bewusst, welche Retraumatisierung mit einfachsten Pflegehandlungen und Pflegefehlern ausgelöst werden können. Der Pflege und Behandlung von durch sexuelle Gewalt traumatisierten Frauen ist daher ein eigenes Kapitel gewidmet.

8.2 Pflege und Behandlung von durch sexualisierte Gewalt traumatisierten Frauen

Die Altenpflegerin und Autorin Martina Böhmer hat ihre Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen in einem Buch verarbeitet, das informiert und sensibilisiert. Sie hat alte Frauen erlebt, die urplötzlich unter Angstzuständen litten, von fremden Männern halluzinierten, die nachts an ihr Bett kamen und ähnliche verrückte Verhaltensweisen zeigten. Das folgende Beispiel und viele andere Begebenheiten mit alten Frauen machten ihr deutlich, dass frühere sexualisierte männliche Gewalt, die Frauen erlitten haben, auch heute noch – so viele Jahre danach – erhebliche Folgen hat (Böhmer 2005, S. 15):

Bei einer alten Frau erlebte ich, wie sie eines Tages völlig panisch vor Angst über nächtliches Erscheinen von Tieren in ihrem Bett erzählte und sich ihre Angstzustände in den folgenden Tagen und Nächten wiederholten. Ihr wurde Haldol® verordnet, und sie selbst äusserte, dass sie sich nicht ernst genommen fühlte. Nach längeren Gesprächen stellte sich heraus, dass sie 1945 von amerikanischen Soldaten vergewaltigt wurde. Ich fand heraus, dass die Mitpatientin in ihrem Zimmer täglich Besuch von ihrem Ehemann erhielt, der Amerikaner war und mit ihr englisch sprach. Verständlich, dass dadurch bei der alten Frau Erinnerungen und alte Ängste aufkamen. Sie wurde auf ein anderes Zimmer verlegt, so dass sie keinen Kontakt mehr mit dem Amerikaner hatte, und nach ein paar Tagen und intensiven Gesprächen hatte sie keine Halluzinationen und Angstzustände mehr. Das (auch hier völlig unnötige) Psychopharmakon konnte wieder abgesetzt werden und es traten auch danach keine weiteren Symptome mehr auf. Dass ich die Gründe für das auffällige Verhalten zufällig erkannt hatte, bewahrte die alte Frau womöglich davor, als psychotisch stigmatisiert zu werden und lange oder gar lebenslange Psychopharmaka einnehmen zu müssen – mit allen ihren Nebenwirkungen.

Gerade in der stationären Altenpflege können viele Situationen auftreten, die eine alte Frau an ihre Vergewaltigung erinnern lassen (können) bzw. ebensolche darstellen (können). Geräusche, Gerüche und körperliche Pflegemassnahmen, insbesondere im Intimbereich, erinnern an erlebte schreckliche Situationen. Treten dann Abwehrreaktionen einhergehend mit Aggression, Depression oder Verweigerung auf, werden diese häufig nur als Symptome von Alterser-

krankungen wie z.B. einer Demenz oder einer Altersdepression interpretiert. Um dies zu vermeiden, ist es notwendig, die Geschichte der Frauen zu kennen. Allerdings haben die meisten der alten Frauen nie gelernt, über die scham- und schuldbesetzte Vergewaltigung zu sprechen. Aber viele Verhaltensweisen, Reaktionen und Botschaften lassen uns erahnen, was diesen Frauen geschehen sein mag. Wenn wir die individuelle Biographie einer alten Frau nicht erfahren, so macht doch die Erforschung von Frauengeschichten deutlich, dass die heute alten Frauen zusätzlich durch die Massenvergewaltigungen und Zwangsprostitutionen während und nach dem Zweiten Weltkrieg massiv sexualisierter Gewalt in ihrem Leben ausgesetzt waren: Sie erlebten Massenvergewaltigungen im und nach dem Zweiten Weltkrieg, Zwangsprostitution in den Lagerbordellen der Konzentrationslager und später bis 1948 durch amerikanische Soldaten.

Um den Umgang und die Pflege zu verbessern, ist es wichtig, dass vorhandene Symptome nicht per se und ausschliesslich nur als Zeichen einer Alterserkrankung gesehen und entsprechend behandelt werden. Von grundlegender Bedeutung ist vielmehr, dass traumatisierte alte Frauen bei der Pflege und Behandlung ein Gefühl der Sicherheit bekommen. Eine solche Sicherheit können sie nur erhalten, wenn sie dabei möglichst autonom bleiben und über sich und ihren Körper zumindest mitbestimmen können. Es liegt in der Natur der Pflege, dass es bei pflegebedürftigen Menschen zu (körperlichen) Grenzüberschreitungen kommt. Deshalb ist es wichtig, den Frauen dann hilfreich zur Seite zu stehen, wenn bei ihnen traumatische Erinnerungen wach geworden sind und sie mit den vielfältigsten Symptomen reagieren. Die auftretenden Verhaltensweisen und Symptome – seien sie nun körperlicher oder psychischer Art – sind immer erst einmal als mögliche Reaktionen auf die Gegebenheiten um sie herum, auf pflegerische Massnahmen oder auf Erinnerungen an traumatisierende Ereignisse zu sehen. Um solche Reaktionen verstehen zu können, ist es von Bedeutung, möglichst viel aus der Biographie der Frauen zu erfahren.

8.3 Indikation für eine stationäre Therapie

Eine Indikation für die (teil-)stationäre Therapie traumatisierter Patientinnen und Patienten besteht, wenn folgende Faktoren für eine Therapie günstig sind (Reddemann 2004):

- Entfernung aus einem – möglicherweise – belastenden Milieu;
- Intensivere Angebote, die den Patienten helfen, aus ihren inneren Tretmühlen herauszufinden;

- Kombinierte Behandlungsangebote und die Möglichkeit, gleichzeitig somatisch und psychotherapeutisch zu behandeln;
- Zusammensein mit Anderen, die Ähnliches erlitten haben;
- Schutz der Klinik

Eine Kontraindikation besteht, wenn zu viel Nähe zu vielen Menschen schlecht ertragen wird.

8.4 Besondere Aspekte für die stationäre Therapie oder Pflege

Aus ihrer klinischen Erfahrung heraus empfiehlt Luise Reddemann (2004), traumatisierten Menschen so wenig wie möglich zusätzlichen Stress durch die Hausordnung und Ähnliches zu machen. Ihren Patienten legen sie und ihre Kollegen darüber hinaus nahe, im Alltag nicht über ihre traumatischen Erfahrungen im Detail zu sprechen. Als hilfreich habe sich erwiesen, zu wissen, dass andere ähnliche Schicksale erlitten haben. Dies müsse aber nicht vertieft werden. Vielmehr sollten die Patienten und Patientinnen die Klinik als einen Ort nutzen, der es ermöglicht, mit anderen angenehme Erfahrungen zu machen. Für die stationäre Arbeit sei es darüber hinaus wichtig, die Autonomie- und Kontrollbedürfnisse der älteren Patientinnen sehr ernst zu nehmen und die Arbeitsbeziehung zu betonen. Regressive Prozesse sollten vorzugsweise auf der „inneren Bühne“ (Reddemann 2001) stattfinden und weniger in den Beziehungen zum therapeutischen Team.

Reddemann (2001) weist auf den wichtigen Umstand hin, dass in der Regel ein bedeutender Altersunterschied zwischen Patienten und Therapeuten besteht. Neben allen bekannten Übertragungs- und Gegenübertragungsmanifestationen ist daher die spezifische Beziehung der meist jüngeren Therapeutin (Tochterrolle) zur älteren Patientin (Mutterrolle) von Bedeutung. Bei solchen Übertragungskonstellationen sind Behandlungsteams mit jüngeren und älteren Mitgliedern eine Hilfe. Es geht darum, Nichtgewusstes bekannt zu machen und die jüngeren Therapeuten mit Erfahrungen zu konfrontieren, die die eigenen Eltern betreffen. So aktivieren Patientinnen und Patienten, die im Alter der Eltern der Therapeuten sind, zahlreiche Übertragungsaspekte und ein breites Spektrum des Abwehrverhaltens gegen zugrunde liegende Erfahrungen des Patienten im Therapeuten.

Bei Barneveld (2003) findet sich eine Aufstellung der stationären individuellen, Gruppen- und nonverbalen Therapieformen:

Individuelle Therapie

Wie bereits weiter oben aufgezeigt wurde (Kapitel 3), sollte zuerst eine Arbeitsbeziehung entstanden sein, in der sich der Klient psychisch sicher fühlt. Danach kann der Therapeut abwechselnd unterstützend auftreten bei einem Mangel an interner Kontrolle, z.B. während des Prozesses des Wiedererlebens, oder eher aufdeckend und mehr konfrontierend bei einem Übermass an interner Kontrolle, z.B. bei Vermeidungsphänomenen.

Gruppentherapie

Als erste Wahl bei der Behandlung wird oft Gruppentherapie in Betracht gezogen (van der Kolk 1987). Sie bietet nicht nur eine Möglichkeit, Gefühle und Erfahrungen innerhalb einer Gruppe von Menschen mit ähnlichem Schicksal zu teilen. Viele Traumatisierte sind fixiert in einer einseitigen Rolle, in der sie das Gefühl haben, keinen Einfluss auf ihre Situation zu haben („externe locus of control“). In der Gruppe aber können die Mitglieder einander psychologisch helfen und sich so als förderlich für andere erfahren. Dadurch können sie lernen, aus einer fixierten Rollenposition zu kommen. Ein Therapeut kann diesen Prozess begleiten und stimulieren; er macht dabei etwas wesentlich anderes als bei einer individuellen Therapie.

Nonverbale Therapien

Dazu gehören körperorientierte und kreative Therapien. Diese verschaffen oft schlagartig Zugang zu schmerzhaften Erinnerungen, die tief verdeckt sind und sich zuerst gar nicht in Worten ausdrücken lassen. Aber bevor Weiteres möglich ist, sollte sich eine Klientin oder ein Klient sicher fühlen.

8.5 Social Day Care Centre

Für ältere und einsame Überlebende des Holocaust wurden in den letzten Jahren weltweit verschiedene Rehabilitationszentren gegründet, so zum Beispiel die 1984 in Stockholm (Schweden) gegründete Tagesstätte Café 84 mit mehreren Ausläufern (offshoots) (Fried 1997). Das Angebot umfasst wiederkehrende Tagesprogramme sowie Gruppen für die ‚Child Survivors‘ und Gruppen für die Angehörigen der zweiten Generation. Offeriert wird ein Treffpunkt in einer warmen und akzeptierenden, nicht-klinischen und informellen Atmosphäre; ein Forum mit der Möglichkeit zur Eröffnung eines Dialogs. „The survivors would be allowed to go at their own pace: they could talk or not talk about their experiences, while the psychologist would take an existential approach, pursuing the here-and-now and adopting a wait-and-see policy” (S. 109). “The goal of the existential approach is to promote courage and to help

members accept life as it is. Traumas of this magnitude cannot be healed, they can only be learned to be lived with" (S. 111).

Während der täglich angebotenen dreistündigen Treffen unter Anwesenheit eines Therapeuten werden Kaffee, Tee und Kuchen serviert, und Zeitungen stehen zur Verfügung. Ausserdem gibt es ein Tagesprogramm mit Angeboten wie Gymnastik, Jiddischen Filmen, Gruppendiskussionsgruppen, angeleitetes Malen sowie jeden Freitag Kabbalath Shabbath. Unter dem Jahr stehen Aktivitäten an wie gemeinsames Begehen von Feiertagen, Kino- und Theaterbesuche, Ausflüge u.a.

Ein weiteres Holocaust Survivor Centre, gegründet im Januar 1993 durch das „Jewish Care and World Jewish Relief“, befindet sich in London. Unter der Website www.jewishcare.org/our_services/holocaust_survivors/ finden sich weitere derartige Angebote.

8.6 ESRA – Zentrum für Holocaust-Überlebende

In Deutschland bietet die Non-Profit-Organisation ESRA (hebräisch: Hilfe; www.hagalil.com/esra/index.htm) Opfern nationalsozialistischer Verfolgung und deren Angehörigen psychosoziale und therapeutische Hilfe im Sinne von "Care, Cure and Justice".

In Berlin gibt es ein Büro und einen zentral gelegenen Treffpunkt mit folgendem Angebot:

- Gruppentherapie für die Zweite Generation
- individuelle Therapie für Child Survivors und Zweite Generation
- themenzentrierte Gesprächskreise für Child Survivors
- Beratung und Unterstützung bei der Anerkennung als Verfolgte
- generationsübergreifende Treffen beim regelmäßigen Feiern von Schabbat und Feiertagen für alle Generationen: ältere Überlebende (bis 1928 geboren), Child Survivors (1928 - 1944), Zweite Generation und Dritte Generation.

9 Formen der Therapie

An dieser Stelle kann kein vollständiger Überblick über *alle* psychotherapeutischen Behandlungsansätze bei einer PTBS gegeben werden. Eingegangen wird zuerst kurz auf den Stellenwert der Psychoanalyse, gefolgt von einer ausführlicheren Vorstellung von weiteren Interventionsformen.

Nach der Überzeugung von Luise Reddemann (2004) bietet die *Psychoanalyse* eine Fülle an weiterhin gültigen Modellen zum Verständnis innerseelischer Vorgänge einerseits und des Beziehungsprozesses in der Therapie andererseits. Dennoch bedarf sie vor allem bei (schwer) traumatisierten Patientinnen einer Ergänzung durch ressourcenorientierte Modellvorstellungen. Eine defizitorientierte Arbeit führt zu vermehrtem Stress, der wiederum den traumatischen Stress verstärken kann. Eine Orientierung an systemischen Sichtweisen und den Prinzipien der Selbstregulation von Systemen erscheint erforderlich (Fürstenau 2001). Gerade bei älteren Menschen lässt sich die Fähigkeit zur Selbstregulation und sogar Selbstheilung häufig, aber leider nicht immer beobachten. Als eine Möglichkeit bietet sich die ressourcenorientierte imaginative Arbeit an (Reddemann 2001; Kapitel 9.3).

Zur PTBS-Therapie im Erwachsenenalter liegt inzwischen eine Reihe von zugänglichen Veröffentlichungen vor. Dabei werden *kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken* sowie *spezifische Modifikationen anderer Ansätze* beschrieben.

Die spezifischen Methoden der Therapie einer PTBS werden von Maercker und Müller (2004) *Therapieschulen übergreifend* eingeteilt in

- Traumakonfrontation;
- kognitive Umstrukturierung und
- Ressourcenarbeit.

9.1 Traumakonfrontation

Die Traumakonfrontation in der Vorstellung (in sensu bzw. imaginative Exposition) ist für den mittleren Erwachsenenbereich das am häufigsten beschriebene kognitiv-behaviorale Vorgehen. Im Mittelpunkt steht das bildliche (imaginative) Nacherleben des Traumas mit allen sinnlichen bzw. sensorischen Qualitäten. Diesem Vorgehen liegt üblicherweise das „Furchtstrukturmodell“ von Foa zugrunde. Als Furchtstrukturen werden spezifische, durch das Trauma veränderte Gedächtnisstrukturen aus Kognitionen, Emotionen und Körperreaktionen bezeichnet (s. Kapitel IV.6.1). Es wird angenommen, dass wiederholte und lang dauernde imaginative Konfrontationen mit dem Trauma zur Habituation, also zur Deaktivierung der Furchtstruktur, führen. Dadurch werde die Erinnerung an das Trauma immer weniger Angst und andere belastende Emotionen auslösen wird. Tatsächlich wurde im Rahmen verschiedener therapeutischer Vorgehensweisen die Erfahrung gemacht, dass die zielgerichtete kontraphobische Erinnerung an das Trauma – also das Nichtausweichen vor der Angst vor

dem Trauma (Exposition in sensu) –zu einer wesentlichen Besserung der Befindlichkeit führt (Maercker & Müller 2004).

Formen der Traumakonfrontation (Maercker & Müller 2004) sind

- die In-sensu-Exposition nach Foa (Foa, Rothbaum & Maercker 2000; Foa & Rothbaum 1998; Maercker 2003);
- die Eye-Movement-Desensitization-Reprocessing (EMDR) nach Shapiro (2001; s. auch Hofmann 1999);
- Teile der Imaginationsarbeit nach Reddemann (Reddemann 2001);
- Formen der narrativen Exposition (s. Kapitel 10).

Bei der Traumakonfrontation muss darauf geachtet werden, dass eine Traumareaktivierung nicht zu einer Retraumatisierung führt (Heuft 2004). Dies kann passieren durch forcierte Erinnerungsarbeit ohne vorangegangene Einübung intrapsychischer Absicherungsmechanismen. Gerade bei älteren Patienten können Konfrontationstechniken sogar kontraindiziert sein, da sie tief greifende physiologische Effekte, wie z.B. erhöhte Herz- und Atmungsfrequenzraten, erzeugen kann und weil die Gesundheit älterer Patientinnen und Patienten mit PTBS oft eingeschränkt ist (Hankin 2003).

9.2 Kognitive Umstrukturierung bzw. Schemaarbeit

Bereiche, in denen nach einer Traumatisierung kognitive und emotionale Veränderungen auftreten, sind nach Maercker und Müller (2004) z.B. das Sicherheitsgefühl, das Vertrauen können, übermässige Scham- und Schuldgefühle sowie Ärger, Wut und Rache. Ziel einer PTBS-Therapie ist aus diesem Grund auch immer die Bearbeitung dieser veränderten Einstellungen zum Selbst, zu den Anderen und zur Welt.

Es existiert eine Reihe von kognitiven Therapiemodellen der PTBS, die sich jeweils in wichtigen Bestimmungsstücken unterscheiden. Grob vereinfachend lassen sich diese Modelle gemäss Maercker (2002b) in Schematheorien (Horowitz 1997; Nisith & Resick 1997) und in Theorien dysfunktionaler kognitiver Prozesse (Ehlers 1999; Steil 1999) unterscheiden. In jedem der Ansätze wird üblicherweise ein Set von typischerweise durch das Trauma veränderten Kognitionen beschrieben. Horowitz (1997) beschrieb veränderte Selbst- und Weltschemata. Nisith und Resick (1997) beschrieben veränderte kognitive Schemata in den Bereichen Sicherheitserleben, Vertrauen, Kontrolle (Macht), Selbstachtung und Intimität. Mit älteren Patienten sind noch keine Therapiestudien in diesem Bereich bekannt (Maercker 2002b).

Im Zentrum des Ansatzes stehen drei kognitive Prozesse (Maercker 2002b):

1. die Interpretation des Traumas und/oder seiner Konsequenzen als fortdauernd gefährlich und beschädigend,
2. dysfunktionales Verhalten und kognitive Strategien (insbesondere Vermeidung) sowie
3. die Besonderheiten des Trauma-Gedächtnisses (Ehlers 1999).

Subjektiv stehen für die Patienten als unmittelbar erlebte psychische Konsequenzen des Traumas meist die Intrusionen im Vordergrund.

Das kognitive Modell erklärt die intrusiven Erinnerungen als Teil eines zunächst normalen Verarbeitungsprozesses, die im Fall einer PTBS insbesondere durch katastrophisierende Interpretationen („*Jetzt werde ich noch verrückt*“ oder „*Ich werde nie darüber hinwegkommen*“) im Sinne eines Teufelskreises verstärkt werden.

Aus den genannten Aspekten leiten sich die folgenden Ziele der Behandlung ab (Maercker 2002b):

- Verändert werden sollen die problematischen Interpretationen des Traumas und seiner Konsequenzen, die das Gefühl einer aktuellen Bedrohung hervorrufen.
- Weiterhin müssen die Patienten die dysfunktionalen kognitiven Strategien und Verhaltensweisen aufgeben, mit denen sie die wahrgenommene aktuelle Bedrohung und die PTBS-Symptome zu kontrollieren versuchen.
- Zuletzt soll erreicht werden, dass das Traumagedächtnis elaboriert und in seinen Kontext eingeordnet wird (Ehlers 1999).

9.3 Ressourcenarbeit

Bei Traumapatienten kann auf frühere, prätraumatische positive Erfahrungen und/oder auf eine subjektive, posttraumatische persönliche Reifung („*Meine Erlebnisse haben mich dazu gebracht, dass ich mein Leben später viel bewusster gestaltet habe*“; vgl. IV7) zurückgegriffen werden. Zur Ressourcenarbeit gehören verschiedene Stabilisierungstechniken, die mit Hilfe imaginativer Übungen durchgeführt werden können (Reddemann 2001).

10 Erzähltechniken: Life-Review und Testimony

Bei der Therapie älterer PTBS-Patienten entsteht die Frage, welche der oben dargestellten Therapieformen am besten geeignet ist. Maercker und Müller (2004) befürworten neben der kognitiven Umstrukturierung und Ressourcenarbeit insbesondere die Formen der narrativen

Exposition, und hier insbesondere die *Life-Review-Technik* (Kapitel 10.2) und die *Testimony-Methode*. (Kapitel 10.3).

Den Ausschlag für die Wahl der konkreten Methode mag nach den Autoren die Präferenz des Therapeuten, eine vermutete Bevorzugung durch den Patienten oder der Stellenwert des Traumas im öffentlichen Bewusstsein sein: Traumata, die ein stärkeres öffentliches Mitgefühl erzeugen, eignen sich möglicherweise besser für die Testimony-Methode. Ein Vorteil der beiden Verfahren ist, dass sie sich auch auf andere wichtige Lebensbereiche beziehen (z.B. generelle Bilanz, Sinngebung). Dies ermöglicht, die Erfahrungen zu integrieren und gleichzeitig zu relativieren.

10.1 Narrative Exposition bei älteren Patienten

Bei *narrativen* Expositionstechniken steht das Erzählen über das Trauma im Mittelpunkt. Die Beschränkung auf den *Erzählmodus* als zentrales therapeutisches Mittel bei älteren Patienten beruht auf der Annahme, dass sich die PTBS-Merkmale im Alter in drei Bereichen von denen im jüngeren oder mittleren Erwachsenenalter unterscheiden (vgl. ausführlich in Maercker 2002). Diese Bereiche betreffen

1. Lebensbilanzannahme:

Der sog. Zeigarnik-Effekt, ein gedächtnispsychologischer Effekt, wonach Unerledigtes besser behalten wird als Abgeschlossenes, begünstigt die Fixierung auf das Trauma und seine Folgen. So sind die traumatischen Erinnerungen leichter zu aktivieren als neutrale oder positive Erinnerungen, da sie eine hohe individuelle Bedeutsamkeit besitzen (Stiles, Honos-Webb & Lani 1999).

2. Traumagedächtnisannahme:

Bei der PTBS geht man davon aus, dass das Traumagedächtnis ungenügend elaboriert (d.h. ungenügend in seiner Bedeutung strukturiert) und mangelhaft in den Kontext anderer Erinnerungen integriert wurde (Brewin, Dalgleish & Joseph 1996). Die ungenügende Elaboration geht damit einher, dass die Erinnerungen fragmentiert sind und nicht in inhaltlich schlüssiger und zeitlich kohärenter Form wiedergegeben werden können (z.B. assoziatives Hin- und Her-Springen in Berichten von Psychotraumapatienten). Das Erzählverhalten der Psychotraumapatienten kann wegen ihrer ungeordneten Berichte zur weiteren Verschlechterung der Lage der Betroffenen beitragen. Sie müssen erleben, wie Familienmitglieder und Freunde ihre Berichte nicht mehr hören wollen. Sie selbst werden durch die eigenen Berichte so stark affektiv aufgewühlt, dass sie die Auswirkungen der eigenen Berichte auf sich selbst befürchten.

3. Sinnfindungsannahme:

Befunde der Lebensspannenpsychologie zeigen, dass die Tendenz zur persönlichen Bedeutungszuschreibung und Sinngebung ein allgemein verbreitetes Phänomen bei älteren Menschen ist. Diese Kompetenzen und Fähigkeiten können im therapeutischen Kontext weiter verstärkt werden.

Nachfolgend werden zwei Techniken der narrativen Exposition vorgestellt: die *Lebensrückblick-Technik (Life-Review)* und die *Zeugenschaft-Technik (Testimony)*.

10.2 Life-Review-Technik

Lebensrückblicksinterventionen sind eine Gruppe von psychotherapeutischen Verfahren, die seit Jahren in der klinischen Gerontologie angewandt werden (Butler 1963; Coleman 1986; Haight & Webster 1995). Die Lebensrückblickstherapie ist ein therapeutisch angeleiteter Prozess des Erinnerns, Organisierens und Bewertens der aufeinander folgenden Abschnitte des Lebenslaufs. Die Fragen und Erläuterungen des Therapeuten sollen dem Patienten ermöglichen, früheren Lebensabschnitten eine veränderte Bedeutung beizumessen und für das gegenwärtige Selbst ein erweitertes Verständnis zu erwerben.

Entwicklungspsychologisch kann man Lebensrückblick generell definieren als Vergegenwärtigung sowohl positiver als auch negativer Erinnerungen zusammen mit den Bewertungen früherer Lebensabschnitte, Fertigkeiten, Errungenschaften (Staudinger 2001).

Aus den drei weiter oben beschriebenen theoretischen Annahmen (10.1) ergeben sich die folgenden Ziele bei Psychotraumapatienten:

1. Die Bilanzierung von positiven und negativen Erinnerungen („Höhen und Tiefen des Lebens“). Ziel ist, dass die negativen (traumabezogenen) Erinnerungen nicht die positiven Erinnerungen (z.B. Erlebnisse, Bewältigungserfolge, Fähigkeiten) dominieren. Die Kontrollmöglichkeit über den bewussten Zugriff auf positive bzw. negative Erinnerungen soll verbessert werden.
2. Die mit negativen Emotionen besetzten traumatischen Erinnerungen werden elaboriert und zu einer erzählbaren Geschichte verarbeitet.
3. Dem Erlebten kann ein Sinn gegeben werden: Das Trauma selbst bleibt zwar negativer Fakt, die subjektive Erfahrung, durch das Trauma auch in positiver Hinsicht verändert worden zu sein, wird jedoch unterstützt als neue Sichtweise ermöglicht.

Die verschiedenen Lebensrückblicksformen variieren sehr stark voneinander. Ein spezifisches, für Psychotraumapatienten adaptiertes strukturiertes Vorgehen wird in Maercker (2002b, S. 257ff.) beschrieben.

Bezüglich der Wirksamkeit haben Schindler, Spiegel und Malachi (1992) eine gering strukturierte Lebensrückblicksintervention im Gruppenformat bei Holocaust-Überlebenden berichtet. Langner und Maercker (2005) publizierten eine erfolgreiche Wirksamkeitsstudie mit multiplen Baseline-Designs.

10.3 Testimony-Technik

Zentraler Bestandteil der Testimony-Methode ist die *Zeugenschaft* für andere. Bei der Testimony-Methode berichten Opfer – mit Unterstützung des Therapeuten – über das Erlebte zunächst mündlich. Dieser Bericht wird auf Tonband aufgenommen, später abgeschrieben und so zu einem Dokument, das neben der Lebensgeschichte des Patienten auch seine traumatischen Erfahrungen umfasst. Danach wird das fertige Dokument von Patient und Therapeut unterschrieben. Die Patienten entscheiden, wie sie diese Dokumente nutzen wollen. Sie können sie für sich selbst aufbewahren oder aber Kopien an Freunde oder eine Menschenrechtsorganisation geben.

Ein Beispiel für den möglichen Nutzen dieser Technik nennt Radebold (2005b): Der Schriftsteller Dieter Forte, geboren 1935, merkte in einem mit Volker Hage (Literaturredakteur des SPIEGEL) geführten Interview (Forte 2002, S. 52/53) auf die Frage, ob ihm das Schreiben geholfen habe, mit seinen Erinnerungen fertig zu werden, an:

Es ist einem bewusst geworden, man wird nicht befreit, man wird es auch nicht los, aber es wird einem bewusst. Es sitzt dann im Kopf. Man kann besser damit umgehen, aber es verlässt einen nicht. Es ist noch zu viel ungesagt, und man weiss von so vielen Dingen, die man mit ins Grab nehmen wird. Man kann bewusster damit umgehen und kann sich dazu stellen und sagen, es ist nun mal dein Leben.

IX Diskussion

In der Einleitung wurden zum Thema der *posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im höheren Lebensalter als Auswirkung von lebensgeschichtlich viel früher erlittenen Traumatisierungen im Zweiten Weltkrieg, zu deren Diagnostik und zu adäquaten therapeutischen Massnahmen* folgende Fragestellungen hervorgehoben:

1. Welche traumatischen Erfahrungen wurden im Zweiten Weltkrieg erlitten?
2. Wie können sich diese Traumatisierungen bei den Betroffenen im Alter auswirken?
3. Was sind mögliche auslösende Faktoren einer PTBS im Alter?
4. Welches sind adäquate therapeutische und pflegerische Massnahmen?

In der nun anschliessend geführten Diskussion werden innerhalb dieser vier Hauptthemen die wichtigsten Punkte der bearbeiteten Literatur zusammengefasst und diskutiert. Anschliessend folgen

5. Schwierigkeiten bei den Untersuchungen und
6. Ausblick.

1 Traumatische Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg

Eines der zeitgeschichtlich schwersten Verbrechen ist der Holocaust, der Massenmord an Juden durch das nationalsozialistische Regime im Zweiten Weltkrieg. Dieses von Menschen verursachte Trauma bedeutete Tod, enorme Verluste, unbeschreiblichen Horror, grösste Verletzung von Körper und Seele und einen Bruch in der Existenz und mit der Welt. Der Holocaust unterscheidet sich aufgrund seiner Ziele und Systematik wesentlich von der Verfolgung politischer Gegner des Nationalsozialismus: Alle vom Holocaust betroffenen Menschen, vom Kleinkind bis zum Greis, waren schon aufgrund ihrer blossen Existenz zur Ermordung vorgesehen. Nichts, was sie selbst hätten tun oder unterlassen können, nur Glück oder Zufall konnten ihr Leben retten, wenn sie in die Hände des nationalsozialistischen Machtapparats fielen. Neben den Juden wurden auch andere Menschen systematisch verfolgt und ermordet. Dazu gehören Sinti, Roma, Jenische und weitere als Zigeuner bezeichnete Gruppen, Behinderte, Zeugen Jehovas, Homosexuelle sowie politische Intellektuelle, russische Kriegsgefangene und Angehörige anderer, überwiegend slawischer Volksgruppen. Die übrige Bevölkerung in den Kriegsländern war Extrembelastungen während des Zweiten Weltkrieges ausgesetzt.

Die heute noch lebenden, älteren Erwachsenen waren damals noch Kinder, Jugendliche oder Erwachsene. Sie waren konfrontiert mit Sterbenden, Verlusten (z.B. des Vaters), Bombardierungen und Beschuss, waren Opfer oder Zeugen von Folter und Vergewaltigungen und erlebten Not, Hunger und Flucht. Diese Ereignisse können ein psychisches Trauma zur Folge haben, wenn sie ausserhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegen. Für fast jeden sind sie belastend und werden üblicherweise mit intensiver Angst, Schrecken und Hilflosigkeit erlebt. Im Vergleich zu Natur- oder technische Katastrophen handelt es sich im Krieg um längerdauernde und willentlich durch Menschen verursachte Traumata, welche in ihrer Wirkung schwerer einzustufen sind.

Das Leiden war allgegenwärtig und somit „normal“. Darüber hinaus hatte der Wiederaufbau nach dem Krieg oberste Priorität und sollte möglichst rasch erfolgen. Dies hatte zur Folge, dass das Schicksal Einzelner, z.B. das eines Kindes, nur von untergeordneter Bedeutung war und keine Zeit blieb für eine echte Trauerarbeit. Als „Verarbeitung“ blieb häufig nur die Möglichkeit der Verdrängung wie Flucht in die Arbeit, Alkoholkonsum oder die Unterdrückung der Gefühle und Erinnerungen. Vergewaltigung durch die Besatzer - aber auch durch die Befreier! - sowie Zwangsprostitution erlebten bereits auch Mädchen und junge Frauen. Aus Scham und zur Vermeidung von Schande über sich und die Familie wurde selten darüber geredet. Die erlittenen Traumatisierungen und deren inadäquate Verarbeitung können für die Betroffenen bis heute eine gravierende Belastung darstellen. Die bisher durchgeführten Forschungen belegen lang anhaltende psychische, psychosoziale und auch körperliche Folgen, welche im nächsten Abschnitt erläutert werden. Ausserdem zeigt sich eine transgenerationale Weitergabe der Traumata an die nächste Generation.

2 Auswirkungen im Alter

Eine der häufigsten psychischen Langzeitfolgen von Traumatisierungen ist die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Insbesondere schwer traumatisierte Personen (z.B. Überlebende des Holocaust) können auch eine komplexe PTBS entwickeln, früher auch als Überlebenden-, KZ- oder Holocaust-Syndrom beschrieben. Eine PTBS kann in jedem Lebensalter und sogar Jahre bis Jahrzehnte nach dem belastenden Ereignis verzögert auftreten. Dies wurde insbesondere bei älteren Menschen beschrieben und in verschiedenen Studien belegt, die während des Zweiten Weltkriegs traumatisierenden Situationen ausgesetzt waren. Wahrscheinlich waren die Betroffenen bis dahin in der Regel nicht symptomfrei, doch reichten die Beschwerden nicht aus, um die Diagnose einer PTBS nach DSM-IV oder ICD-10

zu stellen, oder die Betroffenen begaben sich erst gar nicht in klinische Institutionen wegen ihrer Beschwerden. Es ist demnach von einem subklinischen Verlauf einer PTBS auszugehen. Bei einer bereits früher ausgebrochenen, chronischen PTBS wurde von einigen Autoren eine Zunahme posttraumatischer Symptome in Häufigkeit und Belastung beschrieben; das ist aber noch nicht eindeutig nachgewiesen. Die potentiellen Auslöser („Trigger“) für den Ausbruch bzw. die Verstärkung der Symptomatik einer PTBS werden unter Kapitel 3 diskutiert.

Mit Traumatisierungen werden im klinischen Alltag wie auch in der Forschung überwiegend die PTBS und viel seltener andere psychische Störungen in Zusammenhang gebracht. Mit dieser eingeeengten Sichtweise geht verloren, dass die PTBS nicht die einzige mögliche Spätfolge einer Traumatisierung ist. Untersuchungen zeigen, dass sich Reaktionsweisen auf Traumatisierungen auch in Form von Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsveränderungen, Suizidalität, Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder –sucht, Somatisierungsstörungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausdrücken können. Diese werden derzeit als Komorbiditäten gesehen, d.h. als eigenständige Krankheiten und somit getrennt von einer PTBS. Zu diskutieren wäre deshalb, ob die Einschränkung der klinischen Traumafolgen auf die PTBS tatsächlich ausreicht. Es scheint nützlicher zu sein, die klinischen Traumafolgen in einem breiteren Rahmen zu betrachten. Hier besteht noch grosser Bedarf an wissenschaftlicher Klärung. Insbesondere müssten die Zusammenhänge zwischen früheren Traumatisierungen und im Alter auftretenden verschiedenen Störungsbildern wie Angststörungen, Depressionen, Substanzenmissbrauch, Suizidhandlungen sowie somatoforme und körperliche Erkrankungen noch weiter untersucht werden.

Nicht jeder traumatisierte Mensch entwickelt eine PTBS; d.h. neben den traumatischen Ereignissen spielen auch psychologische, biologische und soziale Faktoren bei der Entstehung der Störung und bei ihrem Ausbleiben eine Rolle. Erklärungsmodelle und Untersuchungen liefern die folgenden Faktoren, die dazu führen, dass jemand leidensfrei bleibt:

- Kohärenzgefühl, d.h. Erfahrungen geistig einordnen, verstehen und ihnen einen Sinn geben können;
- Sprechen über das Trauma, z.B. im Rahmen von „Erinnerungsgruppen“ oder in Form von schriftlichen Zeitzeugnissen auf Internetplattformen (z.B. die sich momentan noch im Aufbau befindende Website www.zeitzeugengeschichte.de);
- soziale Anerkennung, insbesondere durch Entschädigungsleistungen.

Gedankenunterdrückung, Gefühlsvermeidung und Schweigen sind dagegen eher kontraproduktiv. So scheinen Defizite der emotionalen Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit sowie Alexithymie in einem positiven Zusammenhang mit posttraumatischen Symptomen zu stehen.

Vielleicht kann später das Alter selbst Schutz- bzw. Resilienzfaktor sein: Die im Verlauf des Lebens erworbenen psychologischen Bewältigungsprozesse können einer Linderung der traumabedingten Beeinträchtigungen dienen. Eine erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im höheren Lebensalter bedeuten die Fähigkeit zum Trauern um Verluste, die Sinngebung der eigenen Erfahrungen und die Akzeptanz der Vergangenheit. Dies sind gleichzeitig wesentliche Faktoren der Genesung von einer PTBS. In einer Therapie gilt es, diese Ressourcen aufzudecken und zu stärken.

Eine nicht neue, aber erst in letzter Zeit näher beforschte Vorstellung ist die eines „posttraumatischen Wachstums“. Dahinter steht die Beobachtung einer persönlichen Reifung – bis hin zu Entwicklung von Weisheit - nach traumatischen Erlebnissen. Erfahrungen wie diejenigen im Holocaust erschüttern das bisherige Welt- und Menschenbild derart grundlegend, dass dies im positiven Fall die Suche nach dem Lebenssinn erst recht in Gang setzen und dem eigenen Leben eine ganz andere Bedeutung geben kann. Im negativen Fall – und nach so unvorstellbar unmenschlichen Erfahrungen wie dem Holocaust verständlich und nachvollziehbar - werden Gefühle und Erinnerungen möglichst verdrängt. Fragen nach dem Sinn und der eigenen Identität führen bei den Überlebenden häufig zu einer erlebten Verpflichtung gegenüber den Opfern des Nationalsozialismus sowie dem Bemühen, vor allem Angehörigen der jüngeren Generation zu helfen, aus der Geschichte zu lernen und damit zu einer „besseren Gesellschaft“ beizutragen.

Zusammengefasst lassen es die geschilderten Spätauswirkungen von Traumatisierungen im Zweiten Weltkrieg völlig ungerechtfertigt erscheinen anzunehmen, die Zeit habe „Wunden geheilt“. Dennoch zeigen Überlebende, die das höhere Lebensalter ohne ernsthafte Dekompensation erreicht haben und weiter bestehen, dass sie eine starke Persönlichkeit haben, belastbar und mit Problemlösefähigkeit ausgestattet sind. Sie sind also nicht nur verletzbar und verletzt, sie haben auch ihre schützenden Stärken. Dieser ressourcenorientierten Sicht entspricht es daher eher, von *Überlebenden* und nicht von *Opfern* des Zweiten Weltkrieges oder Holocaust zu sprechen. (Es ist natürlich eine Selbstverständlichkeit, dass Opferanerkennung in Form von Entschädigungszahlungen geleistet werden müssen.)

3 Auslösende Faktoren einer PTBS im Alter

Für den verzögerten erstmaligen Ausbruch bzw. die Verstärkung der Symptomatik einer PTBS findet sich eine Reihe von auslösenden Faktoren. Die meisten erschliessen sich aus Beobachtungen und theoretischen Erklärungen. Eine erste Unterteilung kann in *im Zusammenhang mit dem Alterungsprozess stehende Faktoren* und *belastende Lebensereignisse* vorgenommen werden.

Einem Verständnis des nachträglichen Ausbruchs oder der Verschlimmerung einer PTBS während des Alterungsprozesses können uns folgende Überlegungen näher bringen. Vorauszuschicken ist, dass bezüglich des *körperlichen* Alterungsprozesses Beeinträchtigungen des Kurzzeitgedächtnisses und der körperlichen und biologischen Funktionen heute empirisch bewiesen sind. Dies gilt jedoch *nicht* für die Bewältigungsmechanismen, die (meisten) kognitiven Funktionen und die Affektregulierung.

- Hilflosigkeit und Abhängigkeit wurden ein Leben lang gemieden, da die Überlebenden damals der traumatischen Situation hilflos ausgeliefert waren und einen oft vollkommenen Kontrollverlust erlebten. Der körperliche Alterungsprozess und die allenfalls damit verbundene Aussicht auf baldige Pflegebedürftigkeit bringt nun erneut die Gefahr mit sich, hilflos ausgeliefert zu sein, und kann damit ein Trauma reaktivieren. Vor allem Hochbetagte sind betroffen, denn das sog. vierte Lebensalter geht einher mit einer grösseren Anfälligkeit gegenüber Krankheiten und verminderten sensorischen Leistungen. Die Demenzerkrankungen, insbesondere Alzheimer, nehmen deutlich zu. Es droht der Verlust des freien Willens, intentionalen Handelns und des Identitätsgefühls - alles Faktoren, welche die für Traumatisierte doch so wichtige Autonomie ausmachen.
- Mit zunehmendem Alter verschiebt sich das Gleichgewicht zwischen Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis. Weiter zurückliegende Erlebnisse und Ereignisse gewinnen im Alter an Bedeutung. Das Wiederauftreten von Erinnerungen an traumatische Erlebnisse könnte eine Folge struktureller Veränderungen von Gehirnprozessen sein.
- Angesichts des näher rückenden Todes erfolgt eine erneute Todesbedrohung, wie sie in der traumatischen Situation (z.B. in den Konzentrationslagern, an der Front oder bei Bombardierungen) schon erlebt wurde. Es waren insbesondere die alten Menschen, die im Krieg bedroht waren. In den Konzentrationslagern wurden sie umgebracht, sobald sie für Zwangsarbeiten zu schwach wurden, und auf der Flucht waren sie ein Hindernis und mussten deswegen zurückgelassen werden.

- Im Alter nimmt das Bedürfnis zu, der eigenen Biographie Bedeutung und Sinn zu verleihen. Der Lebensrückblick gewinnt erheblich an Bedeutung, wenn Personen vermehrt mit ihrer eigenen Endlichkeit konfrontiert werden und feststellen, dass ihnen möglicherweise nicht mehr viel Zeit bleibt. Diskriminierung, Verfolgung und Deportation können im Lebensrückblick wahrscheinlich nicht ohne weiteres ignoriert oder geleugnet werden.

Bei den belastenden Lebensereignissen wird unterschieden zwischen

- Lebensereignissen, die mit *persönlichen Veränderungen (Stress- bzw. Krisensituationen)* einhergehen, wie Pensionierung, Verlust nahe stehender Personen, schwere körperliche Erkrankungen, Einweisung in ein Pflegeheim oder Spital oder eine bevorstehende Untersuchung oder Operation bzw. deren Durchführung, und
- *direkten oder durch die Medien vermittelten Konfrontationen*, z.B. mit Antisemitismus, Geltendmachung von Ansprüchen, neuen Kriegsgefahren, Gefangenenlagern oder Kriegsverbrecherprozessen.

Einiges davon wird nachfolgend näher betrachtet:

- Nach dem Zweiten Weltkrieg hatte der Wiederaufbau oberste Priorität. Die damit verbundene Arbeit hatte gleichzeitig eine nicht unwesentliche Bedeutung bei der Bewältigung der traumatischen Erfahrungen. Dies kann allerdings darüber hinwegtäuschen, dass es sich hier vorwiegend um eine Verdrängungsleistung handelt und weniger um eine tatsächliche Erholung oder gar Genesung von schwerer Traumatisierung. Fällt diese Ablenkung durch die Arbeit nach der Pensionierung weg, können die abgewehrten Erinnerungen wieder hochkommen, und es kann sich eine PTBS ausbilden. Nicht zu vergessen sind die mit der Berentung verbundenen finanziellen Einbussen, die wiederum eine drohende Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit bedeuten können.
- Neben dem Wiederaufbau wurde eine möglichst rasche Rückkehr zur Normalität angestrebt. Eine echte Trauerarbeit war weder erwünscht, noch war dafür Platz und Zeit. Während im Judentum mit der "Schiwa" eine gemeinschaftliche Trauerkultur besteht, fehlt diese im Vergleich dazu in der christlichen Religion doch weitgehend. Aber selbst bei Überlebenden des Holocaust können Verluste von Angehörigen oder anderen nahe stehenden Personen durch Todesfälle oder Trennungen massiv belastend sein, da während des Holocaust weitgehend die Möglichkeit fehlte, die Verluste zu verarbeiten. Um in Verstecken und in Konzentrationslagern zu überleben, mussten Gefühle weit-

gehend unterdrückt werden. Bei heutigen Verlusten kommen die damaligen Verluste wieder hoch.

- Besonderes Augenmerk ist darauf zu legen, dass selbst gut gemeinte pflegerische oder therapeutische Massnahmen retraumatisierend wirken können (mehr dazu unter Kapitel 4 der Diskussion).

Ob belastende Lebensereignisse in ausreichendem Masse das erstmalige Auftreten bzw. die Verschlimmerung einer PTBS im Alter erklären, ist umstritten. Wahrscheinlich braucht es in der Regel eine Kombination verschiedener Faktoren. Dennoch können auch einzelne Lebensereignisse, die dem ursprünglichen Trauma ähneln oder es symbolisieren, zu einem intrusiven Wiedererleben der traumatischen Situation führen.

Während einige Auslöser wie die Berentung und Medienberichte (z.B. über den Golfkrieg oder den Terroranschlag vom 11. September) bereits gut untersucht sind, existieren zu den potentiellen auslösenden bzw. verstärkenden Faktoren einer PTBS, die im Zusammenhang mit dem *Alterungsprozess* stehen, bisher keine systematischen Studien. Dies liegt wohl daran, dass Zusammenhänge zum Lebensrückblick oder zur Auseinandersetzung mit dem Näherücken des Lebensendes viel schwieriger nachzuweisen sind, denn es handelt sich dabei um Prozesse, die selber nicht ganz geklärt sind, und nicht um eher punktuelle und gut zuzuordnende Erfahrungen.

Neben dem Alterungsprozess sind einige Faktoren wie die Einweisung in ein Pflegeheim und die Berentung klar altersbezogen. Konfrontationen mit Medienberichten und schweren Krankheiten wie Krebs oder koronaren Herzerkrankungen können aber auch schon im jüngeren Alter auftreten. Inwiefern solche Faktoren für den Ausbruch einer PTBS bereits im jüngeren Alter verantwortlich sind, ist meines Wissens nicht untersucht. Falls sie vorwiegend erst im Alter wirksam werden, bräuchte es noch zusätzliche altersspezifische Faktoren.

4 Adäquate Massnahmen in Therapie und Pflege

Im Gegensatz zu früheren Auffassungen zum Therapienutzen bei älteren Menschen gibt es heute keinerlei Grund, der gegen eine Psychotherapie auch bei älteren Menschen sprechen würde. Eine erfolgreiche Behandlung einer PTBS setzt voraus, dass eine PTBS auch tatsächlich als solche erkannt wird. Wie oben gezeigt wurde (s. Kapitel 2 der Diskussion), äussert sich eine PTBS gerade im Alter oftmals in untypischer Form, beispielsweise als Depression, Angst-erkrankung, somatoforme Störung oder Suchterkrankung. Ebenfalls im Auge zu behalten ist,

dass sich viele ältere Betroffene davor scheuen, therapeutische Hilfe aufzusuchen. Schwäche und Verletzlichkeit bedeuteten insbesondere in den Konzentrationslagern, aber auch bei anderen Betroffenen wie den Soldaten, den sicheren Tod. Institutionen und Autoritäten werden von NS-Verfolgten aufgrund ihrer Erfahrungen mit Nazis verknüpft. Der Zugang zu einer Anlaufstelle wird daher wesentlich vereinfacht, wenn z.B. eine Tagesstätte möglichst informell und unklinisch erscheint und das Angebot ohne Zwang genutzt und frei ausgewählt werden kann. Ist der Einstieg in eine Therapie geglückt, sind folgende Faktoren zu bedenken:

Psychiatrie und Psychotherapie sind bei Menschen älterer Jahrgänge stigmatisiert; als diesbezüglicher „Stich-Jahrgang“ hat sich 1940 erwiesen. Angesichts des damaligen Stellenwertes dieser medizinischen Fachrichtung und des Umgangs mit psychisch Kranken ist dies auch nicht verwunderlich. Psychische Probleme, Überforderungen oder Ehekrisen wurden ausserdem höchstens im intimsten Kreis besprochen, oder es wurde ein Seelsorger aufgesucht. Eine ältere Patientin wird ihr Leiden somit kaum von selbst ansprechen oder nur angedeutet umschreiben. Es braucht hier die Unterstützung und Sensibilität der Therapeutin. Dabei ist nicht zu vergessen, dass ältere Menschen andere Ausdrücke verwenden als die gängigen psychologisch-medizinischen Fachbegriffe, wie sie sich eher schon bei den Jüngeren – wenn auch nicht immer in der korrekten Verwendung - eingebürgert haben. Viele Patienten „testen“ den Therapeuten, ob er die Schilderung all der Gräuel auch tatsächlich erträgt. Ihre bisherige Erfahrung hat sie oft eines anderen belehrt. Hinzu kommt, dass eine Therapie ein Stück weit auch ein sich Ausliefern bedeutet. Vertrauen in andere wurde damals aber aufs Übelste missbraucht, z.B. durch Verrat von Verstecken oder regimefeindlichen Äusserungen, und muss daher seitens des Therapeuten erst geschaffen werden. Interesse, Würdigung sowie zeitgeschichtliches Denken und Einfühlen sind dafür grundlegende Voraussetzungen. Trotz des unumgehbaren Machtgefälles zwischen Therapeutin und Patientin ist Selbstbestimmung und Selbstbestätigung oberste Priorität einzuräumen. Bereits Nebensächlichkeiten wie ein weisser Kittel, ein autoritäres und dominantes Auftreten oder ein ausfragender Gesprächsstil können belastend bis retraumatisierend sein.

Die zahlreichen psychotherapeutischen Konzepte, die inzwischen für traumatisierte Kinder, Jugendliche und Erwachsene im jüngeren und mittleren Alter zur Verfügung stehen, können auch bei über 65-Jährigen wirksam genutzt werden. Als besonders geeignet erwiesen sich die kognitive Umstrukturierung, Ressourcenarbeit und narrative Expositionstechniken. Die Begründung für die Anwendung letzterer beruht auf drei Annahmen: den Stellenwert der Lebensbilanz, die Bedeutung der Sinnfindung sowie ein verändertes Traumagedächtnis.

Trotz aller therapeutischer Bemühungen und adäquater Methoden ist eine vollständige Heilung nicht immer möglich. Manchmal sind die seelischen Strukturen zu stark zerstört worden. Die Auseinandersetzung kann jedoch zumindest eine Form akzeptierender Gelassenheit nach sich ziehen, so wie es der Schriftsteller Dieter Forte (2002, S. 53) treffend ausdrückt: „Es ist nun mal dein Leben“.

Traumatisierende Erlebnisse werden oft durch alltägliche Situationen auf einer Station oder in einem Pflegeheim mobilisiert, wie durch laute Schritte, Stimmen, Schreie und andere Geräusche, plötzliches Licht oder Dunkelheit (Bunker). Bei den Frauen ist zu bedenken, dass sie im Zweiten Weltkrieg sexualisierte männliche Gewalt erlebt haben könnten. So kann man sich beispielsweise in die „Schwierigkeiten bei der Körperpflege“, wie es dann im Kardex heisst, bei einer pflegebedürftigen Patientin besser einfühlen, wenn man weiss, dass diese Patientin vor vielen Jahren auf der Flucht vergewaltigt wurde. Sie konnte vielleicht Situationen eines „Wiedererlebens“ in ihrem bisherigen Leben - wenn auch vermutlich zu einem hohen seelischen Preis - dadurch verhindern, dass sie niemanden körperlich näher an sich „heran gelassen“ hatte.

Ziel ist es, mit traumatisierten alten Frauen so umzugehen und sie so zu unterstützen, dass sie die Pflege nicht als Retraumatisierung erleben. Traumatisierte Frauen – und das gilt für alle Formen von psychischen Traumata, die Frauen erlebt haben – brauchen (also) die Gewissheit und die Möglichkeit, über sich selbst bestimmen bzw. zumindest ein Mitspracherecht zu haben. Wichtig ist ebenso, dass sie auf pflegende Personen treffen, die Verständnis für ihre Reaktionen, Verhaltensweisen und Krankheitssymptome haben und ihnen eine vertrauensvolle Beziehung anbieten.

Grundsätzlich ist in der stationären Pflege darauf zu achten, dass das Personal über die möglichen Wirkungen seines Tuns Bescheid weiss. Bei „übertriebenen“ oder nicht erklär- und nachvollziehbaren Reaktionen der Patienten sollte ein möglicher Zusammenhang mit lebensgeschichtlich früher erlittenen Traumatisierungen erwägt werden.

5 Schwierigkeiten bei den Untersuchungen

Die Studien zu früheren Traumatisierungen bei heute älteren Personen basiert in der Regel auf freiwilligen Befragungen. Diese Art der Rekrutierung birgt die Gefahr verfälschter Resultate, wenn Betroffene mit einer höheren posttraumatischen Symptombelastung es möglicherweise vermieden haben, an der Untersuchung teilzunehmen, bzw. sich nach einer ursprünglichen Bereitschaft zu einem Interview wieder zurückgezogen haben. Dieser bekannte Selektionseffekt

fekt durch Rückzug kann nur durch grössere epidemiologische Untersuchungen neutralisiert werden (O'Brien 1988). Dieses Problem wird jedoch immer bestehen bleiben; zwingen kann man niemanden, an solchen Untersuchungen teilzunehmen.

Ebenfalls auf einen Selektionsmechanismus zurückgeführt werden kann gegebenenfalls der bei Frey und Schmitt (2005) insgesamt geringe Zusammenhang zwischen Kindheitsbelastungen in der Zeit des Zweiten Weltkrieges und psychischen Störungen im Erwachsenenalter: Einige Untersuchungen zeigen einen Einfluss von Kindheitsbelastungen nicht nur auf psychische sondern auch auf somatische Erkrankungen, wie koronare Herzerkrankung, Schlaganfall, Diabetes oder Lungenerkrankungen (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss & Marks 1998). Gerade bei älteren Personen ist es daher denkbar, dass die widerstandsfähigen Probanden überrepräsentiert sind, da die vulnerableren Personen durch Krankheit oder frühen Tod nicht an der Untersuchung teilnehmen konnten. Dies würde zu einer systematischen Unterschätzung des Zusammenhangs zwischen Kindheitsbelastungen und psychischen Störungen im höheren Erwachsenenalter führen.

Alle bisher vorliegenden Untersuchungen sind retrospektiv, sodass eine zuverlässige Abschätzung von Verlauf und Ausmass des Phänomens der verzögert auftretenden PTBS im Alter bisher nicht möglich ist. Notwendig wären daher Langzeituntersuchungen mit heute Traumatisierten.

Vorliegende repräsentative Daten stammen bisher grösstenteils aus Sekundäranalysen laufender Längsschnittstudien (z.B. ILSE), die primär andere Zielsetzungen hatten und haben. Weitere wichtige Fragestellungen wie z.B. die der psychischen Widerstandsfähigkeit (Resilienz) über den gesamten Lebensverlauf hinweg wurden für diese hier interessierenden Jahrgänge noch nicht untersucht.

Die Literatur bezeichnet bzw. definiert die Personengruppe, auf welche sich ihre Aussagen beziehen, oftmals ungenügend, so dass hier Missverständnisse auftreten und die Vergleichbarkeit der Daten von verschiedenen Studien erschwert ist. Bei den meisten Studien kann zwar davon ausgegangen werden, dass mit den ‚Überlebenden des Holocaust‘ ausschliesslich Juden und Jüdinnen gemeint sind. Die Begriffsdefinition umfasst in einem weiteren Sinn aber auch andere NS-Verfolgte wie Zigeuner, Homosexuelle oder Behinderte. Neben den Überlebenden des Holocaust ist auch bei anderen Bezeichnungen wie ‚NS-Verfolgte‘ oder ‚Kinder des Zweiten Weltkrieges‘ klar zu definieren, welche Personengruppen sie jeweils einschliessen.

6 **Ausblick**

6.1 **Die heutige Bedeutung des Holocaust**

Der Holocaust entwickelte sich aus einem Prozess der Diskriminierung, der Ausgrenzung, der Verfolgung und schließlich der Deportation und Ermordung einer Minderheit. Sich das vor Augen zu führen, tut in Deutschland und anderswo auch heute Not - denn Ressentiments gegen Minderheiten, Fremdenfeindlichkeit und Rassismus gibt es noch immer, und es gilt, sie zu bekämpfen.

Opfer von Gewalt, die von Menschen organisiert wurde, wie Überlebende des Holocaust, brauchen die Anerkennung ihres Leids seitens der Gesellschaft. Einmal abgesehen von der Bestrafung der Täter sollte eine Gesellschaft ihrer Verantwortung nachkommen, die eigene Schuld anerkennen und Formen der Kompensation liefern, eben alles tun, was zur Wiederherstellung der zerstörten zwischenmenschlichen und ethischen Beziehungen beiträgt. Wenn dies nicht geschieht, bleibt eine Kluft zwischen Opfer und Gesellschaft bestehen. Die Anerkennung des Unrechts durch die Gesellschaft und deren Übernahme von Verantwortung dafür ist darüber hinaus von grösster Bedeutung für die Überwindung der traumatischen Situation: Die Möglichkeit der Verarbeitung des erlittenen Traumas hängt nicht nur vom fachlich richtigen Umgang ab, sondern auch davon, inwieweit die zerstörten zwischenmenschlichen und ethischen Beziehungen wiederhergestellt werden können.

6.2 **Mögliche Forschungstätigkeiten**

Die bisherige Forschungstätigkeit zu den Auswirkungen von Traumatisierungen im Alter weist darauf hin, dass eine Symptomverstärkung einer PTBS im Alter möglich ist. Hierzu wären weitere Nachweise gefragt. Belegt ist hingegen, dass ein später Ausbruch einer PTBS auch nach weitgehender Symptomfreiheit über Jahre bis Jahrzehnte noch möglich ist. Die Auslöser für das erstmalige Auftreten bzw. die Verschlimmerung einer PTBS im Alter sind noch nicht vollständig geklärt. Vor allem diejenigen Faktoren, die mit dem *Alterungsprozess* im Zusammenhang stehen, müssten noch weiter untersucht werden.

Die Entwicklung einer PTBS ist nicht die einzige mögliche Spätfolge von Traumatisierungen, sondern es können sich auch andere psychische Störungen ausbilden. Die Forschung sollte sich daher nicht wie bisher fast ausschliesslich auf die PTBS konzentrieren, sondern es müssten auch die Zusammenhänge zwischen früheren Traumatisierungen und im Alter auftretenden verschiedenen Störungsbildern wie Angststörungen, Depressionen, Substanzenmiss-

brauch, Suizidhandlungen sowie somatoforme und körperliche Erkrankungen untersucht werden.

Interessant wären weitere Erkenntnisse zu salutogenetischen Faktoren. Hier interessiert, weshalb nicht alle, die schweren Traumatisierungen im viel jüngeren Alter ausgesetzt waren, jemals eine (volle oder partielle) PTBS oder andere psychische Störung entwickeln. Einerseits interessieren diejenigen Faktoren, die im hohen Alter Schutz bieten, wie z.B. eine sinnstiftende Tätigkeit nach der Pensionierung oder ein tragendes Umfeld (zuhause oder in einem Heim), aber andererseits auch schon früher wirksame Faktoren wie eine gute Trauerkultur oder Anerkennung(leistungen).

Das Wissen über das Ausmass und die Folgen der bei älteren Menschen anzutreffenden Traumatisierung kann uns möglicherweise dabei helfen, die unbewusste transgenerationale Weitergabe bestimmter psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten an die nächste Generation, also an die Kinder der Kriegskinder, zu verstehen. Ein vermuteter derartiger Zusammenhang muss allerdings sehr sorgfältig abgeklärt werden.

Im Gegensatz zu den bisherigen und aktuellen Forschungen bei den jüngeren Jahrgängen (etwa Jahrgang 1927 und jünger), d.h. den *passiven* Teilnehmern am Zweiten Weltkrieg, wird über die Folgen des Krieges für die älteren Jahrgänge, also für die möglichen *aktiv* Beteiligten und damit die möglichen (Mit)Täter, noch wenig geforscht.

6.3 Schulung für Professionelle in Therapie und Pflege

Die Spätfolgen von Traumatisierungen werden sowohl von Therapeutinnen und Therapeuten als auch von Professionellen im Pflegebereich nicht immer als solche erkannt. Nächtliche Angst und Panik, Verweigerung bei der Pflege, Depressionen usw. können nicht erklärt werden oder werden anderen Ursachen zugeschrieben und entsprechend „behandelt“. Der Schulung von Professionellen im Altersbereich ist daher ein hoher Stellenwert einzuräumen, und sie sollte auf den neusten Erkenntnissen aus der Forschung aufbauen.

6.4 Übertragbarkeit der Ergebnisse

Schwere Traumatisierungen und Menschen, die solche erlebt haben, sind auch und gerade in der Gegenwart anzutreffen. Neben Einzelschicksalen wie Kinder, die einem brutalen Erziehungsstil ausgesetzt sind, werden auch heute noch kollektive Traumatisierungen erlebt. Der Völkermord an Juden war einzigartig, doch gibt es leider weiterhin Verfolgung, Vertreibung, Konzentrationslager, Folter und sogar Genozid. Überall auf der Welt sind schon neue Gruppen Kriegs- und Verfolgungstraumatisierter angetreten, die den Weg zum normalen Leben

wieder finden müssen. In einer Welt, in der Mobilität und Migration zunehmen, werden auch Einrichtungen des Gesundheitswesens in relativ sicheren und ruhigen Regionen immer häufiger mit dem Erfordernis der Versorgung von Traumaopfern konfrontiert. Bombardierung und Beschuss, Folter oder Vergewaltigung sind nur einige Beispiele für Verbrechen und Grausamkeiten, unter denen Menschen gelitten haben und weiter leiden. Auch wenn die Ursachen, Hintergründe und Realitäten dessen, was die Menschen tatsächlich erlebt haben, sehr unterschiedlich sind: Die psychischen und gesamt menschlichen Spätfolgen und Belastungen, die daraus resultieren, sind weitgehend vergleichbar. So können Erkenntnisse aus Untersuchungen über die gesundheitlichen Spätfolgen und deren Behandlung von Holocaust- und anderen Überlebenden des Zweiten Weltkrieges auch bei anderen älteren Personengruppen heute und in Zukunft Anwendung finden.

Der Zweite Weltkrieg hinterliess weit reichende psychosoziale Folgen auch bei den davon betroffenen Kindern und Jugendlichen. Individuell erlebt und individuell wirksam können sie – bei fehlenden protektiven Einflüssen – Verhalten und Lebensqualität lebenslang beeinträchtigen. Überdies kommt dieser Feststellung anlässlich der jetzt geführten Kriege aktuelle Bedeutung zu. Die von Krieg und Vertreibung betroffenen Kinder und Jugendlichen bedürfen sowohl kurzfristig materieller und psychosozialer Unterstützung als auch im Bedarfsfall längerer begleitender Hilfestellung. Sonst lassen sich Jahrzehnte später wiederum derartige schwerwiegende Folgen beobachten – von ihrer Weitergabe an die nachfolgende Generation ganz zu schweigen.

X Abstract

Die vorliegende Übersichtsarbeit befasst sich mit den aktuellen Kenntnissen zur PTBS im höheren Lebensalter als Auswirkung von lebensgeschichtlich viel früher erlittenen Traumatisierungen im Zweiten Weltkrieg, deren Diagnostik und adäquaten therapeutischen Massnahmen. Dazu wird die derzeit bestehende Literatur (Fachbücher und –zeitschriften) in deutscher (Deutschland) und englischer Sprache (Israel, USA und Grossbritannien) herangezogen. Neben einer PTBS können als Spätfolgen auch andere psychische Störungsbilder allein oder als Komorbidität einer PTBS auftreten. Bei Extremtraumatisierungen (Holocaust) kann sich eine Komplexe PTBS ausbilden. Im Alter wird eine PTBS häufig nicht erkannt und ist nur schwierig zu diagnostizieren. Ein erstmaliger Ausbruch ist auch Jahre bis Jahrzehnte nach Traumatisierungen noch möglich. Ausserdem kann sich die Symptomatik einer chronischen PTBS im Alter verschlechtern. Als auslösende Faktoren für den Ausbruch bzw. die Verschlimmerung einer PTBS werden sowohl der Alterungsprozess als auch belastende Lebensereignisse diskutiert. Bewältigungsstrategien und salutogenetische Faktoren können späteres Leiden verhindern bzw. vermindern und dienen schliesslich in der Therapie als Ressourcen. In der stationären Behandlung (Spitäler und Heime) braucht es beim Personal ein Bewusstsein für die Möglichkeit von Trauma-Reaktivierungen (z.B. bei Pflegehandlungen). In der Therapie bewähren sich neben Ressourcenarbeit und kognitiver Umstrukturierung narrative Expositionstechniken.

XI Literaturverzeichnis

- Aarts, D. G., op den Velde, W., Falger, P. J. & Hovens, J. E. (1997). *Mental health of world war II Dutch resistance veterans*. Paper presented at the 5th European Conference on Traumatic Stress. Maastrich, The Netherlands.
- Adams Betts, K., Mann Steinberg, E., Prigal Weintraub, R., Fein, A., Souders, T. L. & Sookmann Gerber, B. (1994). Holocaust survivors in a Jewish nursing home: Building trust and enhancing personal control. *Clinical Gerontologist*, 14 (3), 99-117.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, London: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- APA (American Psychiatric Association) (1996). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) (4th ed.) (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Archibald, H. & Tuddenham, R. (1965). Persistent stress reaction after combat. A twenty year follow up. *Archives of General Psychiatry*, 12, 475-481.
- Assael, M. & Givon, M. (1984). The aging process in Holocaust survivors in Israel. *American Journal of Social Psychiatry*, 1, 32-37.
- Baltes, P. B. (1990). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze. *Psychologische Rundschau*, 41, 1-24.
- Baltes, P. B. (1997). Die unvollendete Architektur der menschlichen Ontogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters. *Psychologische Rundschau*, 48, 191-210.
- Baltes, M. M. & Carstensen, L. L. (1996). Gutes Leben im Alter: Überlegungen zu einem prozessorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. *Psychologische Rundschau*, 47, 199-215.
- Barneveld, C. (2003). Zur Behandlung und Versorgung von Verfolgten im Seniorenalter. In A. Rossberg & J. Lansen (Hrsg.), *Das Schweigen brechen. Berliner Lektionen zu Spätfolgen der Schoa* (S. 183-196). Frankfurt a/M: Peter Lang.
- Baumert, G. (1954). *Deutsche Familien nach dem Krieg*. Darmstadt: [k.A.].
- Bohleber, W. (2000). Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche*, 54, 797-839.
- Böhmer, M. (2005). *Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen*. Frankfurt: Mabuse.
- Brähler, E., Decker, O. & Radebold, H. (2003). Beeinträchtigte Kindheit und Jugendzeit im II. Weltkrieg. *Psychosozial*, 26, 51-60.
- Brähler, E., Decker, O. & Radebold, H. (2005). Ausgebombt, vertrieben, vaterlos - Langzeitfolgen bei den Geburtsjahrgängen 1930-1945 in Deutschland. In H. Radebold (Hrsg.), *Kindheiten im II. Weltkrieg und ihre Folgen* (S. 111-136). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Brainin, E. & Teicher, S. (1997). Time Heals No Wounds. Psychoanalytical Considerations of the Consequences of Persecution. In L. Hunt, M. Marshall & C. Rowlings (Eds.), *Past Trauma in Late Life. European Perspectives on Therapeutic Work with Older People* (pp. 77-94). London: Jessica Kingsley Publishers.

- Brandstädter, J. & Rothermund, K. (1998). Bewältigungspotenziale im höheren Alter: Adaptive und protektive Prozesse. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* (S. 205-222). Göttingen: Hogrefe.
- Brandt, U. (1964). *Flüchtlingskinder*. München: Ambrosius Barth.
- Brewin, C. R., Andrew, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 748-766.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- Cath, S. H. (1981). The effects of the Holocaust on life cycle experiences. The creation and recreation of families. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (2), 155-163.
- Cohen, M., Brom, D. & Dasberg, H. (1996). *Child survivors of the Holocaust. Syndroms and coping after fifty years*. Paper presented at the 2nd World Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies. Jerusalem, Israel.
- Coleman, P. G. (1986). *Aging and reminiscence processes. Social and clinical implications*. Chichester/New York: Wiley.
- Conn, D. K., Clarke, D. & Van Reekum, R. (2000). Depression in holocaust survivors: profile and treatment outcome in a geriatric day hospital program. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 331-337.
- Cooper, A. (1986). Toward a limited definition of psychic trauma. In Arnold Rothstein (Ed.), *The Reconstruction of Trauma. Its Significance in Clinical Work* (pp. 41-56). Madison: IUP.
- Cooper, R. H. (1979). Concentration camp survivors: A challenge for geriatric nursing. *Nursing Clinics of North America*, 14 (4), 621-628.
- Copeland, J. R. M., Beekman, A. T. F., Braam, A. W., Dewey, M. E., Delespaul, P., Fuhrer, R., Hooijer, C., Lawlor, B. A., Kivela, S.-L., Lobo, A., Magnusson, H., Mann, A. H., Meller, I., Prince, M. J., Reischies, F., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C., de Vries, M. W., Wilson, K. C. M. (2004). Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry*, 3, 45-49.
- Danieli, Y. (1981). Discussion. On the achievement of integration in aging survivors of the Nazi Holocaust. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (2), 191-210.
- Danieli, Y. (1988). Confronting the unimaginable: Psychotherapists' reactions to victims of the Nazi Holocaust. In J. P. Wilson, Z. Harel & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extreme stress. From the Holocaust to Vietnam* (pp. 219-238). New York, London: Plenum Press.
- Dasberg, H. (1987). Psychological distress of Holocaust survivors and offspring in Israel, forty years later: a review. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 24 (4), 243-256.
- Dasberg, H. (2003). Psychiatrische Expertise. In A. Rossberg & J. Lansén (Hrsg.), *Das Schweigen brechen. Berliner Lektionen zu Spätfolgen der Schoa* (S. 311-346). Frankfurt a/M: Peter Lang.
- Davidson, S. (1979). Massive psychic traumatization and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 395-402.
- Deering, C. G., Glover, S. G., Ready, D., Eddleman, H. C. & Alarcon, R. D. (1996). Unique patterns of comorbidity in posttraumatic stress disorder from different sources of trauma. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 336-346.

- De Levita, D. J. (1997). Late Onset of Symptoms in Holocaust Survivors. In L. Hunt, M. Marshall & C. Rowlings (Eds.), *Past Trauma in Late Life. European Perspectives on Therapeutic Work with Older People* (pp. 95-107). London: Jessica Kingsley Publishers.
- De Levita, D. (2003). Erinnern und Gedenken. In A. Rossberg & J. Lansen (Hrsg.), *Das Schweigen brechen. Berliner Lektionen zu Spätfolgen der Schoa* (S. 59-70). Frankfurt a/M: Peter Lang.
- Dörr, M. (1998). „Wer die Zeit nicht miterlebt hat ...“. *Frauenerfahrungen im Zweiten Weltkrieg und in den Jahren danach*. Frankfurt: Campus.
- Dwork, D. (1991). *Children with a star: Jewish youth in Nazi Europe*. New Haven: Yale University Press.
- Eckstaedt, A. (1989). *Nationalsozialismus in der "zweiten Generation". Psychoanalyse von Hörigkeitsverhältnissen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Edelstein, E. L. (1982). Reactivation of concentration camp experiences as a result of hospitalization. In C. D. Spielberger & I. G. Sarason (Eds.; guest editor: N. A. Milgram), *Stress and anxiety. The series in clinical and community psychology*, Vol. 8, (pp. 401-404). Washington, New York, London: Hemisphere Publishing Corp.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A., Maercker, A. & Boos, A. (2000). Predictors of chronic PTSD following political imprisonment: The role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 45-55.
- Eitinger, L. (1976). Stress and Personality. VI. Internationaler medizinischer Kongress der FIR (Internationale Förderung der Widerstandskämpfer. Prag.
- Eitinger, L. (1980). The concentration camp syndrome and its late sequelae. In J. E. Dimsdale (Ed.), *Survivors, victims, and perpetrators. Essays on the Nazi Holocaust* (pp. 127-162). Washington DC, New York, London: Hemisphere Publishing Corp.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.
- Erikson, E. (1982). *The Life Cycle Completed*. New York: Norton.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Das Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1998). Treating the trauma of rape. cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 675-690.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O. & Maercker, A. (2000). Posttraumatische Belastungsstörungen. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 107-122). Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Forte, D. (2002). *Schweigen oder Sprechen*. Frankfurt a/M: S. Fischer.
- Frankl, V. E. (1973). *Der Mensch auf der Suche nach Sinn*. Freiburg: Herder.

- Freudenberg, N. (1991). Alterswandel psychischer Verfolgungsschäden. Eine Studie an Entschädigungsgutachten. In H. Stoffels (Hrsg.), *Schicksale der Verfolgten. Psychische und somatische Auswirkungen von Terrorherrschaft* (S. 44-61). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Frey, C. & Schmitt, M. (2005). Kindheitsbelastungen und psychische Störungen im Erwachsenenalter – Ergebnisse der *Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters* (ILSE). In H. Radebold (Hrsg.), *Kindheiten im II. Weltkrieg und ihre Folgen*. (S. 57-63). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Fried, H. (1997). Café 84. A Social Day Care Centre for Survivors and their Children. In L. Hunt, M. Marshall & C. Rowlings (Eds.), *Past Trauma in Late Life. European Perspectives on Therapeutic Work with Older People* (pp. 108-121). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Friedman, M. J. & Schnurr, P. P. (1995). The relationship between trauma, posttraumatic stress disorder, and physical health. In M. J. Friedman, D. S. Charney & A. Y. Deutch (Eds.), *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to PTSD* (pp. 507-524). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Fürstenau, P. (2001). *Psychoanalytisch verstehen, systemisch denken, suggestiv intervenieren*. Stuttgart: Pfeiffer / Klett-Cotta.
- Gerok, W. & Brandstädter, J. (1992). Normales, krankhaftes und optimales Altern: Variations- und Modifikationsspielräume. In P. B. Baltes & J. Mittelstrass (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 356-385). Berlin, New York: De Gruyter.
- Greb, T., Pilz, U. & Lamparter, U. (2003). Das Erleben von Krieg, Heimatverlust und Flucht in Kindheit und Jugend bei einem Kollektiv bypass-operierter Herzinfarktpatienten. *Psychosozial*, 26, 39-44.
- Groen-Prakken, H. (2003). Trauma und Entwicklungsinterferenz. In A. Rossberg & J. Lansens (Hrsg.), *Das Schweigen brechen. Berliner Lektionen zu Spätfolgen der Schoa* (S. 151-168). Frankfurt a/M: Peter Lang.
- Grünberg, K. (2000). *Liebe nach Auschwitz. Die Zweite Generation*. Tübingen: Edition Diskord.
- Grundmann, M. (1992). *Familienstruktur und Lebensverlauf. Historische und gesellschaftliche Bedingungen individueller Entwicklung*. Frankfurt: Campus.
- Haight, B. K. & Webster, J. D. (1995). *The art and science of reminiscence: Theory, research, methods and application*. Washington DC: Taylor & Francis.
- Hankin, C. S. (2003). Chronische posttraumatische Belastungsstörung im Alter. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 309-325). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hassan, J. (1997). From Victim to Survivor. The Possibility of Healing in Ageing Survivors of the Nazi Holocaust. In L. Hunt, M. Marshall & C. Rowlings (Eds.), *Past Trauma in Late Life. European Perspectives on Therapeutic Work with Older People* (pp. 122-135). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hertz, D. G. (1990). Trauma and nostalgia. New aspects on the coping of ageing Holocaust survivors. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 27 (4), 189-198.
- Hessel, A., Geyer, M., Gunzelmann, Th., Schumacher, J. & Brähler, E. (2003). Somatoforme Beschwerden bei über 60-Jährigen in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 287-296.

- Heuft, G. (1993). Psychoanalytische Gerontopsychosomatik – Zur Genese und differentiellen Therapieindikation akuter funktioneller Somatisierung im Alter. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 43, 46-54.
- Heuft, G. (1999). Die Bedeutung der Trauma-Reaktivierung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 225-230.
- Heuft, G. (2004). Traumatisierung im Lebenslauf und Trauma-Reaktivierung im Alter. *Psychotherapie im Alter*, 3, 23-35.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2000). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. UTB-Lehrbuch. München: Reinhardt.
- Hilton, C. (1997). Media triggers of post-traumatic stress disorder 50 years after the Second World War. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 862-867.
- Hirschfield, M. J. (1977). Care of the aging Holocaust survivors. *American Journal of Nursing*, 77, 1187-1189.
- Hofmann, A. (1999). *EMDR in der Therapie posttraumatischer Belastungssyndrome*. Stuttgart: Thieme.
- Honigman-Cooper, R. (1979). Concentration camp survivors, a challenge for geriatric nursing. *Nursing Clinics of North America*, 14 (4), 621-628.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). Northvale/NY: Aronson.
- Horowitz, M. J. (1997). *Stress response syndromes. PTSD, grief, and adjustment disorders*. Northvale: Aronson.
- Hunt, N. & Robbins, I. (2001). The long-term consequences of war: the experience of World War II. *Aging and Mental Health*, 5, 183-190.
- Hyer, L. A. & Sohnle, S. J. (2001). *Trauma among older people: Issues and treatment*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Joffe, C., Brodaty, H., Luscombe, G. & Ehrlich, F. (2003). The Sydney Holocaust study: post-traumatic stress disorder and other psychosocial morbidity in an aged community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 39-47.
- Kahana, R. J. (1981). Discussion. Reconciliation between the generations. A last chance. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (2), 225-289.
- Kahana, B., Hazel, Z. & Kahana, E. (1988). Predictors of psychological well-being among survivors of the Holocaust. In J. P. Wilson, Z. Hazel & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extrem stress. From the Holocaust to Vietnam* (pp. 171-192). New York: Plenum Press.
- Kahana, B., Kahana, E., Hazel, Z., Monaghan, P. & Holland, L. (1997). *Social achievements in the shadow of psychological distress among survivors of the Nazi Holocaust living in the USA and Israel*. Paper presented on the 5th European Conference on Traumatic Stress. Maastrich, The Netherlands.
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische Follow-up-Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Kolbatz, K.-P. (2005). *Kriegskinder – mit Burn-out bezahlt*. Norderstedt: BoD GmbH (Books on Demand). ISBN 3833420901.
- Kraaij, V. & de Wilde, E. J. (2001). Negative life events and depressive symptoms in the elderly: a life span perspective. *Aging & Mental Health*, 5, 84-91.

- Krell, R. (2003). Die nicht anerkannten und verborgenen Überlebenden der Schoa: Kinder des Holocaust. In A. Rossberg & J. Lansen (Hrsg.), *Das Schweigen brechen. Berliner Lektionen zu Spätfolgen der Schoa* (S. 129-136). Frankfurt a/M: Peter Lang.
- Krell, R. & Sherman, M. J. (1997). *Medical and psychological effects of concentration camps on Holocaust survivors*. New Brunswick: Transaction Publisher.
- Kruse, E. & Schmitt, E. (1995). Wurden die in Lagerhaft erlittenen Traumatisierungen wirklich verarbeitet? Ergebnisse aus einem Forschungsprojekt zu psychischen Nachwirkungen des Holocaust. In G. Heuft, A. Kruse, H. G. Nehen & H. Radebold (Hrsg.), *Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik* (S. 31-42). München: MMV Medizin Verlag.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (1998). Erinnerungen an traumatische Erlebnisse in der Zeit des Nationalsozialismus bei (ehemaligen) jüdischen Emigranten und Lagerhäftlingen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 138-150.
- Krystal, H. (1968) (Ed.). *Massive Psychic Trauma*. New York: International Universities Press.
- Krystal, H. (1981). Integration and self-healing in posttraumatic states. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (2), 165-189.
- Krystal, H. (1988). *Integration and Self-healing. Affect Trauma Alexithymia*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Krystal, H. (1989). The aging survivor of the Holocaust. Integration and self healing in post-traumatic states. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 165-189.
- Krystal, H. (1997). Late life effects of trauma: Adult catastrophic and infantile type. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 30 (1), 61-82.
- Kuilman, M. & Suttorp, O. (1989). *Late onset post-traumatic spectrum disorders in survivors of Nazi terror. A retrospective study of 100 patients (1973-1988)*. Paper presented at the Psychische Schäden alternder Überlebender des Nazi-Terrors und ihrer Nachkommen conference. Hannover, Germany.
- Landau, R. & Litwin, H. (2000). The effects of extreme early stress in very old age. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 473-487.
- Langner, R. & Maercker, A. (2005). Complicated grief as a stress response disorder. Evaluating diagnostic criteria in a German sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 235-242.
- Lansen, J. (2003). Spätfolgen bei Überlebenden des Naziterrors und anderen Verfolgten der Jahre 1933-1945. In A. Rossberg & J. Lansen (Hrsg.), *Das Schweigen brechen. Berliner Lektionen zu Spätfolgen der Schoa* (S. 169-182). Frankfurt a/M: Peter Lang.
- Lemberger, J. (1995). Israel's aging Holocaust survivors. In J. Lemberger (Ed.), *A global perspective on working with Holocaust survivors and the second generation. In cooperation with the World Council of Jewish Communal Service* (pp. 157-162). Jerusalem: JDC-Brookdale Institute – AMCHA – JDC-Israel.
- Leon, G. R. (1990). Post-traumatic stress disorder in a concentration camp survivor. In G. R. Leon (Ed.), *Case histories of psychopathology* (pp. 109-124). Boston: Allyn and Bacon.
- Leonhard, B. (2005). *Die Pflege von Holocaust-Überlebenden im Alter. Die Erfahrungen israelischer Pfleger in der Betreuung von Opfern der Shoah*. Frankfurt a/M: Mabuse.
- Livingston, H. M., Livingston, M. G. & Fell, S. (1994). The Lockerbie disaster. A 3-year follow-up of elderly victims. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 989-994.

- Lomranz, J., Shmotkin, D., Zechovoy, A. & Rosenberg, E. (1985). Time orientation in Nazi concentration camp survivors. Forty years after. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55 (2), 230-236.
- Macleod, A. D. (1994). The reactivation of post-traumatic stress disorder in later life. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 625-634.
- Maercker, A. (1998). *Posttraumatische Belastungsstörungen. Psychologie der Extrembelastungsfolgen bei Opfern politischer Gewalt*. Lengerich: Pabst.
- Maercker, A. (2002a). Psychologie des höheren Lebensalters. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 1-58). Heidelberg: Springer.
- Maercker, A. (2002b). Posttraumatische Belastungsstörungen und komplizierte Trauer. Lebensrückblicks- und andere Interventionen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 245-282). Heidelberg: Springer.
- Maercker, A. (2003). Erscheinungsbild, Erklärungsansätze und Therapieforchung. Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 3-35). Heidelberg: Springer.
- Maercker, A., Herrle, J. & Grimm, I. (1999). Dresdner Bombennacht 50 Jahre danach: Eine Untersuchung patho- und salutogenetischer Variablen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 12, 157-167.
- Maercker, A. & Müller, J. (2004). Erzähltechniken bei der Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen bei älteren Menschen: Life-Review und Testimony. *Psychotherapie im Alter*, 3, 37-48.
- Maercker, A. & Zoellner, T. (2004). The Janus Face of Self-Perceived Growth: Toward a Two-Component Model of Posttraumatic Growth. *Psychological Inquiry*, 15, 41-48.
- Marks, J. (1993). *The hidden children. The secret of survivors of the Holocaust*. New York: Haworth Press.
- Mayer, K. & Baltes, P. (Hrsg.) (1996). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie-Verlag.
- Mazor, A., Gampel, Y., Enright, R. D. & Orenstein, R. (1990). Holocaust survivors: Coping with post-traumatic memories in childhood and 40 years later. *Journal of Traumatic Stress*, 3 (1), 1-14.
- Merckelbach, H., Dekkers, T., Wessel, I. & Roefs, A. (2003). Amnesia, flashbacks, nightmares, and dissociation in aging concentration camp survivors. *Behaviour Research And Therapy*, 41, 351-360.
- Müller, J., Beauducel, A., Raschka, J. & Maercker, A. (2000). Kommunikationsverhalten nach politischer Haft in der DDR – Entwicklung eines Fragebogens zum Offenlegen der Traumaerfahrungen. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 8, 413-427.
- Niederland, W. G. (1961). The problem of the survivor: the psychiatric evaluation of emotional disorder in the survivors of Nazi persecution. *Journal of the Hillside Hospital*, 10, 233-247.
- Niederland, W. G. (1980). *Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom, Seelenmord*. Frankfurt a/M.: Suhrkamp-Verlag.
- Nisith, P. & Resick, P. A. (1997). Kognitive Verarbeitungstherapie für Opfer sexuellen Missbrauchs. In: A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 141-167). Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.

- Op den Velde, W. (2001). Posttraumatic stress and the ageing process. In W. Op den Velde (Ed.), *Post traumatic stress disorder in life-span perspective: The Dutch Resistance Veterans Adjustment Study* (pp. 187-200). Aalsmeer: PrePress.
- Op den Velde, W., Hovens, J. E., Falger, P. R. J., De Groen, J. H. M., Van Duijn, H., Lasschuit, L. J. & Schouten, E. G. W. (1993). PTSD in Dutch resistance veterans from World War II. In J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 219-230). New York: Plenum Press.
- Ornstein, A. (1986). The Holocaust reconstruction and the establishment of psychic continuity. In A. Rothstein (Ed.), *The reconstruction of trauma: Its significance in clinical work* (pp. [k.A.]). New York: International Universities Press.
- Overmans, R. (2000). *Deutsche militärische Verluste im Zweiten Weltkrieg*. München: Oldenbourg.
- Pennebaker, J. W. (1985). Traumatic experiences and psychosomatic disease: Exploring the roles of behavioural inhibition, obsession, and confiding. *Canadian Psychology*, 26, 82-95.
- Pennebaker, J. W., Barger, S. D. & Tiebout, J. (1989). Disclosure of traumas and health among Holocaust survivors. *Psychosomatic Medicine*, 51, 577-589.
- Radebold, H. (2000). *Abwesende Väter – Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen* (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Radebold, H. (Hrsg.) (2003). Kindheit im II. Weltkrieg und ihre Folgen. *Psychosozial*, 26, 1-101.
- Radebold, H. (2005a). *Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Ältere Menschen in Beratung, Psychotherapie, Seelsorge und Pflege*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Radebold, H. (2005b). Resümee und Perspektiven. In H. Radebold (Hrsg.), *Kindheiten im II. Weltkrieg und ihre Folgen*. (S. 227-231). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Randall, M. C., Walker, J. I., Ross, D. R., & Maltbie, A. A. (1981). Reactivation of traumatic conflicts. *American Journal of Psychiatry*, 138 (7), 984-985.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Reddemann, L. (2004). Spätfolgen von Traumatisierungen – Möglichkeiten und Erfordernisse stationärer Therapie. *Psychotherapie im Alter*, 3, 49-58.
- Robinson, S., Rapaport, J., Durst, R., Rapaport, M., Rosca, P., Metzner, S. & Zilberman, L. (1990). The late effects of Nazi persecution among elderly Holocaust survivors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82 (4), 311-315.
- Robinson, S., Rapaport, S. & Metzner, S. (1996). *Child survivors in Israel. Their present mental state and adjustment*. Paper presented at the 2nd World Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies. Jerusalem, Israel.
- Rosenbloom, M. (1985). The Holocaust survivor in late life. *Journal of Gerontological Social Work*, 8 (3/4), 181-191.
- Rosenthal, G. (Hrsg.) (1997). *Der Holocaust im Leben von drei Generationen. Familien von Überlebenden der Shoah und von Nazi-Tätern*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Sander, H. (1995). *BeFreier und Befreite*. Frankfurt a/M: Fischer TB Verlag.
- Schindler, R., Spiegel, C. & Malachi, E. (1992). Silences: Helping elderly Holocaust victims deal with the past. *International Journal of Aging and Human Development*, 35 (4), 243-252.
- Schmid, A. H. (1991). The deficiency model. An exploration of current approaches to late-life disorders. *Psychiatry*, 54, 358-367.

- Schmitt, E., Kruse, A. & Re, S. (1999). Formen und Einflussfaktoren der Auseinandersetzung mit belastenden Erinnerungen bei Überlebenden des Holocaust. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 45, 279-297.
- Schreuder, J. N. (1996). Posttraumatic re-experiencing in older people: Working through of covering up? *American Journal of Psychotherapy*, 50, 231-242.
- Schunk, T., Schade, B. & Schüffel, W. (1998). *PTSD after War in Bosnia*. Paper presented at the 6th European Conference on Traumatic Stress. Istanbul, Turkey.
- Shanan, J. & Shahar, O. (1983). Cognitive and personality functioning of Jewish Holocaust survivors during the midlife transition (45-65) in Israel. *Archiv für Psychologie*, 135 (49), 275-294.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford.
- Sigal, J. & Weinfeld, M. (1989). *Trauma and rebirth. Intergenerational effects of the Holocaust*. New York: Praeger.
- Smith, J. & Baltes, P. B. (1998). Altern aus psychologischer Perspektive. Trends und Profile im hohen Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 221-250). Berlin: Akademie-Verlag.
- Solomon, Z. & Ginzburg, K. (1999). Aging in the shadow of war. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A lifespan development perspective* (pp. 137-153). Göttingen: Hogrefe.
- Staudinger, U. M. (2001). Life reflection: A social-cognitive analysis of life review. *Review of General Psychology*, 5, 148-160.
- Steil, R. (1999). Psychologische Modelle zur Ätiologie und Aufrechterhaltung der posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychomed*, 11, 10-20.
- Steinitz, L. Y. (1982). Psycho-social effects of the Holocaust on aging survivors and their families. *Journal of Gerontological Social Work*, 4 (3/4), 145-152.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, I. & Lani, J. A. (1999). Some functions of narrative in the assimilation of problematic experiences. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1213-1226.
- Sutker, P. B., Uddo, M., Brailey, K., Vasterling, J. J. & Errera, P. (1994). Psychopathology in war-zone deployed and non-deployed Operation Desert Storm troops assigned graves registration duties. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 383-390.
- Tas, L. (1951). Psychological disturbances among inmates of concentration camps and repatriates. *Psychiatry Quarterly*, 5, 679-690.
- Tauber, T. & Vyssoki, D. (2004). Alt gewordene Überlebende des Holocaust. *Psychotherapie im Alter*, 3, 79-88.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Teegen, F. & Meister, V. (2000). Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des II. Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 13, 112-124.
- Teegen, F. & Cizmic, L.-D. (2003). Traumatische Lebenserfahrungen und heutige Belastungsstörungen pflegebedürftiger alter Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 16, 77-91.

- Thomae, H., Coerper, C. & Hagen, W. (Hrsg.) (1954). *Deutsche Nachkriegskinder. Methoden und erste Ergebnisse der deutschen Längsschnittuntersuchung an Kindern*. Stuttgart: Thieme.
- Thurnwald, H. (1948). *Gegenwärtige Probleme Berliner Familien*. Berlin: [k.A.].
- Van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological trauma*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Van Zelst, W., de Beurs, E. & Smit, J. H. (2003). Effects of the September 11th attacks on symptoms of PTSD on community-dwelling older persons in the Netherlands. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 190.
- Von Baeyer, W., Häfner, H. & Kisker, K. P. (1964). *Psychiatrie der Verfolgten. Psychopathologische und gutachterliche Erfahrungen an Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und vergleichbarer Exrembelastungen*. Berlin: Springer.
- Vyssoki, D., Tauber, T., Strusievici, S. & Schürmann-Emanuely, A. (2004). Trauma bei den Opfern der NS-Verfolgung. In A. Friedmann, P. Hofmann, B. Lueger-Schuster, M. Steinbauer & D. Vyssoki (Hrsg.), *Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung*. (S. 197-211). Wien: Springer.
- Weisaeth, L., Kristiansen, H., Vold, O. & Oeygard, K. (1999). *58 years follow-up of world war II veterans*. Paper presented at the 6th European Conference on Traumatic Stress. Istanbul, Turkey.
- Weiss, S. & Durst, N. (1994). Treatment of elderly Holocaust survivors: How do therapists cope? *Clinical Gerontologist*, 14 (3), 81-98.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation) (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Hans Huber.
- Yeheskel, A. (1995). The intimate environment and the sense of coherence among Holocaust survivors. *Social Work in Health Care*, 20 (3), 25-35.
- Yehuda, R., Steiner, A., Kahana, B., Binder-Brynes, K., Southwick, S. M., Zelman, S. & Giller, E. L. (1997). Alexithymia in Holocaust survivors with and without PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 10 (1), 93-100.
- Zeiss, R. & Dickman, H. (1989). PTSD 40 years later: Incidence and person-situation correlates in former POWs. *Journal of clinical Psychology*, 45, 80-87.

XII Anhang

1 Glossar

2 Weiterführende Literatur

Glossar

- Alexithymie** Unvermögen, Gefühle hinreichend wahrzunehmen und zu beschreiben; wichtig für das Verständnis psychosomatischer Störungen. Eine spezifische psychische Funktionsstörung, bei der Affekte schwer oder gar nicht verbalisiert werden können. Es gibt keine oder wenig Phantasien, die nicht präzisiert werden können. Der Kommunikationsstil zeigt erheblich reduziertes oder abwesendes symbolisches Denken, so dass innere Haltungen, Gefühle, Wünsche und Triebe nicht enthüllt werden. Wenig Träume. Das Denken ist praktisch, nüchtern und bezieht sich auf Details von externen Begebenheiten.
- Anhedonie** Spezifische Variante der Alexithymie, bei der "nur" die positiven Gefühle und Stimmungen nicht mehr erlebt werden. Totales Unvermögen, etwas im Leben zu genießen oder sogar die übliche Befriedigung oder Freude zu erlangen bei alltäglichen Begebenheiten wie Atemholen, einen Spaziergang machen, die Gesellschaft eines Freundes zu genießen usw.; die Motivation ist verschwunden, um ehemaligen Hobbies und anderen Vergnügen im Leben nachzugehen.
- Child Survivors** Überlebende, welche die NS-Verfolgung als Kinder oder Jugendliche erlebten.
- Coping** Wörtlich: mit einer Sache fertig werden. Im Bereich von Trauma benutzt man diesen Begriff, um automatische, reaktive und gelernte Anpassungsweisen des Individuums an traumatischen Stress zu charakterisieren. Man spricht von ‚coping strategies‘, ‚coping responses‘ und ‚coping styles‘.
- Dekompensation** Das Offenbarwerden einer latenten Organstörung (med.) bzw. latenten psychischen Störung durch Wegfall einer Ausgleichsfunktion.
- Dissoziation** Krankhafte Entwicklung, in deren Verlauf zusammenhängende Denk-, Handlungs- oder Verhaltensabläufe in Einzelheiten zerfallen, wobei deren Auftreten weitgehend der Kontrolle des Einzelnen entzogen bleibt (z.B. Gedächtnisstörungen, Halluzinationen).
- EMDR** Eye Movement Desensitization Reprocessing. Eine unlängst entwickelte Behandlungsmethode, die nach einem genauen Protokoll traumatische Erinnerungen dosiert zurückholt, abwechselnd mit Perioden, in denen die Augen einer sich rhythmisch bewegenden Hand folgen. Danach erfährt der Patient / die Patientin die emotionale Ladung dieser Erinnerungen nicht mehr als überwältigend. Die Grundlage hierbei ist die theoretische Annahme einer „blockierten“ Informationsverarbeitung des traumatischen Ereignisses und der fehlenden Speicherung in entsprechende Gedächtnisareale (Shapiro 2001).
- Flashback** Eine der Formen von Intrusion der traumatischen Erinnerung, ein blitzartiger Überfall des Rückblicks des traumatischen Geschehens. Es ist ein durch Konditionierung bedingter Rauschzustand wie nach Einnahme von Drogen, ohne dass eine Einnahme von Drogen erfolgt wäre.
- Holocaust** (auch *Holocaust*, griechisch: „vollständiges Brandopfer“) und **Shoa** (hebräisch: „Katastrophe“, „großes Unglück“) bezeichnet im engeren Sinn den Völkermord an etwa sechs Millionen Juden zur Zeit des Nationalsozialismus. Im weiteren Sinn umfasst der Begriff *Holocaust* auch die systematische Ermordung von Sinti, Roma, Jenischen und weiteren als Zigeuner bezeichneten Gruppen, von Behinderten, Zeugen Jehovas, Homosexuellen sowie von polnischen Intellektuellen, russischen Kriegsgefangenen und Angehörigen anderer, überwiegend slawischer Volksgruppen. Der Holocaust unterscheidet sich aufgrund seiner Ziele und seiner Systematik wesentlich von der Verfolgung politischer Gegner des Nationalsozialismus: Während diese nicht zwangsläufig ermordet wurden, waren vom Kleinkind bis zum Greis alle Menschen, die zu einer der genannten Gruppen gehörten, schon aufgrund ihrer bloßen Existenz zur Ermordung vorgesehen. Nichts, was sie selbst hätten tun oder unterlassen können, nur Glück oder Zufall, konnte ihr Leben retten, wenn sie in die Hände des nationalsozialistischen Machtapparats fielen.

Intrusionen (intrusiv = hereinbrechend) Unwillkürliche und belastende Erinnerungen an das Trauma mit flashback-artiger Aktualität („als ob man in der Situation genauso noch einmal drin steht“).

Komorbidität Eine mit-bestehende Erkrankung. Ein Begriff, der notwendig ist, wenn man die klassifikatorische Diagnostik der amerikanischen DSM benutzt. Die Diagnose PTBS reicht oft nicht aus, um alle psychischen Störungen zu erfassen, die nach traumatischem Geschehen auftreten, wie Depressionen, Angststörungen, Somatisierungsstörungen, aber auch sekundäre Krankheiten wie Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch.

Konzentrationslager Bezeichnung für verschiedene Formen von Gefangenenlagern. Im deutschen Sprachraum und auch darüber hinaus wird der Begriff jedoch seit der Zeit des Nationalsozialismus mit den Arbeits- und Vernichtungslagern des NS-Regimes assoziiert, in Verbindung mit der hierfür üblichen Abkürzung **KZ**.

Prävalenz Überlegenheit, Vorherrschen für Anzahl der Fälle einer bestimmten Erkrankung bzw. Häufigkeit eines bestimmten Merkmals; epidemiologisches Mass zur Charakterisierung des Krankheitsgeschehens in einer bestimmten Population.

Trigger Auslöser eines Vorgangs; auslösende Faktoren

Überlebenden-Syndrom (survivor syndrome)

Begriff formuliert vom amerikanischen Psychiater William Niederland (1961) in einer Untersuchung von annähernd tausend Opfern. Dieses Syndrom ist gekennzeichnet durch Angst, chronisch aggressive Zustände, Störungen des Denkvermögens und der Erinnerung, Neigung zu Rückzug und Isolation und Unvermögen des Trauerns um die umgekommenen Familienmitglieder.

Vulnerabilität Verwundbarkeit, Verletzbarkeit; Bezeichnung für die durch genetische, organische, biochemische, psychische und soziale Faktoren bedingte individuelle Disposition, auf Belastungen überdurchschnittlich stark mit Spannung, Angst, Verwirrung bis hin zu psychischen Dekompensationen zu reagieren. Wesentlich für die Vulnerabilität scheint eine reduzierte affektiv-kognitive Belastbarkeit im Sinne einer Störung der Fähigkeit zu adäquater Informationsverarbeitung zu sein.

Weiterführende Literatur

- Aarts, P. G. H. & op den Velde, W. (2000). Eine früher erfolgte Traumatisierung und der Prozess des Alterns. Theorie und klinische Implikationen. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze* (S. 289-306). Paderborn: Junfermann.
- Aarts, P., op den Velde, W., Falger, P., Hovens, J. E., De Groen, J. H. & Van Duijn, H. (1996). Late onset of posttraumatic stress disorder in aging Resistance Veterans in the Netherlands. In P. E. Ruskin & J. A. Talbott (Eds.), *Aging and PTSD* (pp. 53-77). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Barocas, H. & Barocas, C. (1979). Wounds of the fathers: The next generation of Holocaust victims. *International Review of Psychoanalysis*, 32, 331-341.
- Bramsen, I. (1999). *Psychological adjustment of World War II survivors*. Delft: Eburon Press.
- Burgner, M. & Heuft, G. (2004). Behandlung einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei einer 71-jährigen Patientin nach einem Verkehrsunfall. *Psychotherapie im Alter*, 3, 59-66.
- Butollo, W. (1997). *Traumatherapie – Die Bewältigung schwerer posttraumatischer Störungen*. München: CIP-Medien.
- Christenson, R. M., Walker, J. I., Ross, D. R. & Maltbie, A. A. (1981). Reactivation of traumatic conflicts. *American Journal of Psychiatry*, 138, 984-985.
- Davidson, S. (1987). Trauma in the life cycle of the individual and the collective consciousness in relation to war and persecution. In H. Dasberg, S. Davidson, G. L. Durlacher, B. C. Filet & E. de Wind (Eds.), *Society and trauma of war* (pp. 14-32). Sinai Series no. 4. Assen: Van Gorcum.
- De Levita, D. J. (2003). Einige Erfahrungen mit der Begutachtung im Rahmen der Entschädigung von Verfolgten in den Niederlanden. In A. Rossberg & J. Lanser (Hrsg.), *Das Schweigen brechen. Berliner Lektionen zu Spätfolgen der Schoa* (S. 291-296). Frankfurt a/M: Peter Lang.
- De Vries, B., Blando, J. A., Walker L. J. (1995). An exploratory analysis of the content and structure of the life review. In B. Haight & J. D. Webster (Eds.), *The art and science of reminiscing* (pp. 123-137). Washington DC: Taylor & Francis.
- Eckstaedt, A. (2001). Vergewaltigung und Flucht während des Zweiten Weltkrieges und die Wiederkehr des Verdrängten bei einer deutschen Frau in der dritten Generation. In K. Grünberg & J. Straub (Hrsg.), *Unverlierbare Zeit* (S. 57-81). Tübingen: edition discord.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 38, 319-345.
- Faltermaier, T., Mayring, P., Saup, W. & Strehmel, P. (2002). *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T. & Petzold, E. (2001). *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer.
- Franz, M., Lieberz, K. & Schepank, H. (2005). Das Fehlen der Väter und die spätere seelische Entwicklung der Kriegskinder in einer deutschen Bevölkerungsstichprobe. In H. Radebold (Hrsg.), *Kindheiten im II. Weltkrieg und ihre Folgen*. (S. 45-55). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Friedrich, J. (2002). *Der Brand – Deutschland im Bombenkrieg 1940-1945*. München: Propyläen.

- Gahleitner, S.-B. (2004). ‚Ich wusste, das ist hier verschlossen – und das musste dort bleiben? Sexuelle Gewalterfahrung – (k)ein Thema im Alter. *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 1, 55-69.
- Hankin C. S., Abueg, F. R., Gallagher-Thompson, D. & Laws, A. (1997). Dimensions of PTSD among older male veterans seeking outpatient medical care: A pilot study. *Journal of Clinical Geropsychology*.
- Heimannsberg, B. & Schmidt, C. J. (Hrsg.) (1988). *Das kollektive Schweigen. Nazivergangenheit und gebrochene Identität in der Psychotherapie*. Heidelberg: Asanger.
- Hermann, J. (1992). Complex PTB: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Hoppe, K. (1984). Severed ties. In S. A. Luel & P. Marcus (Eds.), *Psychoanalytic reflections on the Holocaust: Selected Essays* (pp. 95-111). New York: Ktav Publishing House.
- Hunt, I., Marshall, M. & Rowlings, C. (1997). *Past trauma in late life. European perspectives of therapeutic work with older people*. London: Kingsley.
- Hurrelmann, K. (1994). *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf*. Weinheim, München: Juventa.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Koch-Wagner, G. (2001). *Gefühlserbschaften aus Kriegs- und Nazizeit. Mutter-Tochter-Beziehungen unter dem Einfluss von Kriegstraumen und nationalsozialistischen Ideologiefragmenten*. Aachen: Shaker.
- Lyons, J. A. & McClendon, O. B. (1990). Changes in PTSD symptomatology as a function of aging. *Nova Psi Newsletter*, 8 (1), 13-18.
- Maercker, A. & Zöllner, T. (2002). Life-Review-Therapie als spezifische Form der Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörung im Alter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 2, 213-226.
- Nichols, B. L. & Czirr, R. (1986). Post-traumatic Stress Disorder: Hidden syndrome in elders. In T. L. Brink (Ed.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 417-433). New York: Haworth.
- Ornstein, A. (1981). The effects of the Holocaust on life-cycle experiences. The creation and recreation of families. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (2), 135-154.
- Radebold, H. (2004). Die Vergangenheit ist unbewusst zeitlos – psychoanalytische Fokalthherapie einer 80-Jährigen mit Angstzuständen und Panikattacken. *PiA*, 3, 31-38.
- Rakoff, V., Sigal, J. & Epstein, N. (1966). Children and families of Concentration Camp survivors. *Canada's Mental Health*, 14, 24-26.
- Reulecke, J. (2004). Vom historischen Umgang mit den grossen Katastrophen des 20. Jahrhunderts. *Psychotherapie im Alter*, 3, 11-21.
- Richmond, J. S. & Beck, J. C. (1986). Post-traumatic stress disorder in a World War II veteran. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1485-1486.
- Roberts, U. (2003). *Starke Mütter – ferne Väter. Über Kriegs- und Nachkriegszeit einer Töchtergeneration*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Schmitt, M. & Martin, P. (2003). Die Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Über Bedingungen gesunden und zufriedenen Älterwerdens. In F. Karl (Hrsg.),

- Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie. Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema* (S. 205-224). Weinheim: Juventa.
- Schulz, H., Radebold, H. & Reulecke, J. (2004). *Söhne ohne Väter. Erfahrungen der Kriegsgeneration*. Berlin: Christoph Links Verlag.
- Soerensen-Cassier, D. (2005). Transgenerationelle Prozesse von NS-Traumatisierungen. Ein Fallbericht. In H. Radebold (Hrsg.), *Kindheiten im II. Weltkrieg und ihre Folgen* (S. 137-146). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Waysman, M. (1991). Delayed and immediate onset post-traumatic stress disorder: The role of life events and social resources. *Journal of Community Psychology*, 19, 231-236.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D. & Mandel, F. (1993). *Complex PTSD: Results of the field trials for DSM-IV*. Washington: American Psychiatric Association.
- Wickert, C. (2002). Tabu Lagerbordell. In I. Eschebach, S. Jacobeit & S. Wenk (Hrsg.), *Gedächtnis und Geschlecht. Deutungsmuster in Darstellungen des Nationalsozialistischen Genozids* (S. 41-58). Frankfurt/New York: Campus.
- Winnik, H. Z. (1967). Further comments concerning problems of late psychological effects of Nazi persecution and their therapy. *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 5, 1-16.
- Yehuda, R. (1994). Comments on the lack of integration between the holocaust and PTSD literatures. *PTSD Research Quarterly*, 5, 5-7.
- Zilberfein, F. & Eskin, V. (1992). Helping Holocaust survivors with the impact of illness and hospitalization: Social work role. *Social Work in Health Care*, 18 (1), 59-70.
- Zöllner, T., Karl, A. & Maercker, A. (Hrsg.) (2003). *Behandlungsmニュアル kognitiver Verhaltenstherapie von Verkehrsunfallopfern – von E. J. Hickling & E. B. Blanchard*. Lengerich: Pabst.