

Wachstum nach Trauma? »Eine schwarze Perle in der bunten Perlenkette«

Integration von traumatischen Erfahrungen in die eigene Lebensgeschichte

Revital Ludewig / Rebecca Wullschleger

In: Molter, H., Schindler, R. & von Schlippe, A. (Hrsg.). Vom Gegenwind zum Aufwind - Der Aufbruch des systemischen Gedankens. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2012.

Rund 60 % aller Männer und 51 % aller Frauen werden im Verlauf ihres Lebens mit einer traumatischen Situation konfrontiert bzw. mit einem »Ereignis, bei dem ein oder mehrere Menschen in ihrer körperlichen und/oder seelischen Integrität massiv gefährdet werden« (DSM-IV, Sass et al., 1998). Kessler et al. (1995) berichten dies in ihrer repräsentativen nationalen US-Studie. Die Zahlen decken sich in etwa mit denen aus Australien (Rosenman, 2002). Auch bei Jugendlichen kommen traumatische Erfahrungen nicht selten vor. Deutsche Jugendliche im Alter von 14 bis 24 Jahren gaben Traumata in 18 % (männlich) bzw. in 15 % (weiblich) der Fälle an (Perkonig et al., 2000). Es sind Naturkatastrophen, Unfälle, aber auch »man made disaster« wie Vergewaltigungen oder Krieg, die tiefe Wunden und folgeschwere Verunsicherung nach sich ziehen. Nun könnte angenommen werden, dass ein Erlebnis mit manchmal lebensgefährlichem Charakter zwangsläufig längerfristige psychische Folgen nach sich zieht. Tatsächlich reagieren laut Kessler et al. (1995) 20 % der weiblichen und 8 % der männlichen Opfer von traumatischen Erlebnissen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) und leiden demnach an ernsthaften psychischen Problemen.

Dieser Beitrag widmet sich den restlichen 80 bis 92 %, also der überragenden Mehrheit der Personen, die, abgesehen von den Reaktionen während und direkt nach der traumatischen Erfahrung, keine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln. Das verdanken sie ihren, mehr oder weniger erfolgreichen, Bewältigungsstrategien und nicht zuletzt dem Phänomen des *Posttraumatischen Wachstums*. Die theoretischen Aspekte des Posttraumatischen Wachstums und die Lebensgeschichten von Menschen mit traumatischen Erfahrungen

stehen hier im Mittelpunkt. Dazu wird immer wieder auf Geschichten und Erlebnisse von Holocaust-Überlebenden zurückgegriffen, deren Erfahrungen sich aber auf Traumata aller Art übertragen lassen, wie etwa das Beispiel des Bergsteigers Aron Ralston weiter unten zeigt.

Fallbeispiel Veronika Chanoch: Eine schwarze Perle

Als Arzttochter und Angehörige der Mittelschicht wuchs Veronika Chanoch¹ in Prag auf. Sie bezeichnet sich aus heutiger Sicht als »verwöhntes und teilweise neurotisches Einzelkind«, das von ihren Eltern abgöttisch geliebt wurde. Als sie 14 Jahre alt war, wurde ihre Familie nach Theresienstadt deportiert, wo sie erstmals ohne ihre Eltern auskommen musste. Sie erlebte die Trennung von Vater und Mutter, die immer sehr streng auf ihre Leistungen in der Schule geachtet hatten, als Befreiung. Bei der Arbeit im Gemüsegarten des Ghettos lernte sie viele Freundinnen kennen, mit denen sie auch noch nach der Befreiung Kontakt hielt. Zudem erlebte sie im Ghetto ihren ersten Kuss und viele andere kleine Abenteuer, die sie in ihrer jungen Persönlichkeit stärkten. Sie traf ihre Eltern zwar täglich, doch führte sie ein selbständiges Leben. Als ihre Eltern 1944 »nach Osten« deportiert werden sollten, bestand sie darauf, dass man sie auch auf die Liste für diesen Transport setzte. Das war ihr wichtig, weil sie sich während des Aufenthalts in Theresienstadt nicht immer als »unterstützende Tochter« erlebt hatte.

Kurz bevor der Zug abfuhr, erhielt Veronika Chanoch tatsächlich die Erlaubnis, noch zuzusteigen, da einige Leute auf der Liste nicht erschienen waren. Einem der letzten Wagen zugeteilt, war sie während der Fahrt von ihren Eltern getrennt. Die Reise »nach Osten« endete in Auschwitz, wo ihre Eltern noch am Tag der Ankunft ermordet wurden. Sie hat sie nie wiedergesehen. Für Veronika Chanoch begann damals der Alptraum ihrer Zeit in Auschwitz, Bergen-Belsen und einem weiteren Arbeitslager in Ostdeutschland. Nach ihrer Befreiung kehrte sie in das ebenfalls befreite Theresienstadt zurück.

Im Gespräch über ihre Lebensgeschichte schildert Veronika Chanoch nicht nur ihre Vergangenheit während des Holocaust. Ebenso

1 Die Namen der betroffenen Holocaust-Überlebenden wurden anonymisiert.

ausführlich berichtet sie von der Liebe zu ihrem Mann, der Gründung ihrer gemeinsamen Familie, ihrer beruflichen Tätigkeit als Sozialarbeiterin, der Schule, die sie gegründet hat, und von ihrer besten Freundin.

Ihre Lebensgeschichte fasst sie so zusammen: »Das Leben ist wie eine Perlenkette mit Perlen in verschiedenen Farben. Die Shoah (der Holocaust) ist wie eine große schwarze Perle in dieser Kette, die mein Leben veränderte. Aber es gibt noch mehrere Dutzend Perlen in der gleichen Kette. Und ich habe so viele schöne und interessante Sachen in meinem Leben erlebt. Mein Leben war so voll und reich«² (Veronika Chanoch).³

Obwohl sie ein schweres Trauma erlebt hat, ist Veronika Chanoch heute frei von körperlichen oder seelischen Beschwerden. Wie ist es möglich, dass Traumatisierte, wie z. B. Überlebende des Holocaust, körperlich und seelisch gesund bleiben, während andere nach einem ähnlichen Ereignis eine chronische Posttraumatische Störung entwickeln und in ein tiefes Loch stürzen?

Geschichte der Psychotraumatologie: drei Phasen

»Was mich nicht umbringt, macht mich stärker!« – Nietzsche stand mit dieser Einsicht (»Götzen-Dämmerung«, 1889, S. 8) nicht allein. Viele waren sich vor, neben und nach ihm bewusst, dass traumatische Ereignisse sowohl negative als auch positive Einflüsse in Form von Ich-Stärkung haben können. Dokumentiert wurde dies in der griechischen Antike und anderen Kulturen im Mittelmeerraum (Tedeschi u. Calhoun, 1995). Auch bestehende Urvölker pflegten Rituale, die Milderung in solchen Situationen verschaffen sollen (Wilson, 1989), und doch ist die Psychotraumatologie als eigenständiges Feld ein eher junges Fach der Psychologie.

Die Entwicklung der Psychotraumatologie kann sehr gut anhand der Behandlung und Beobachtung von Holocaust-Überlebenden

2 Ausführlichere Informationen zum Fall von Veronika Chanoch in Ludewig-Kedmi (2001).

3 Die Informationen stammen aus Interviews, Therapiesitzungen und Schulprojekten von Revital Ludewig.

beschrieben werden. Nach Ende des Zweiten Weltkriegs und der Befreiung aus zahlreichen Konzentrationslagern erhielten viele Überlebende intensive medizinische Betreuung, weil sowohl ihre körperliche Verfassung als auch ihr Ernährungsstatus größtenteils sehr schlecht waren und weil viele zudem an Krankheiten wie Typhus und Tuberkulose litten. Diese Reaktionen entsprachen nach der unmenschlichen Behandlung im KZ den Erwartungen der Ärzte.

In dieser *ersten Phase* der Psychotraumatologie wurden die psychischen Folgeschäden jedoch entweder gänzlich ignoriert oder gering geschätzt. Ließen sie sich nicht leugnen, was natürlich häufig der Fall war, dann wurden sie als erbliche Veranlagung oder, ganz nach dem psychoanalytischen Konzept, als Folgen einer schwierigen Kindheit eingeordnet (Fischer u. Riedesser, 2009).

In der *zweiten Phase* wurde die Psychopathologie in den Vordergrund gestellt, die psychischen Folgen nach Traumata wurden untersucht und die Psychotraumatologie als Forschungs- und Tätigkeitsfeld konnte sich etablieren. Maßgeblich war hier William Niderland (1980), der aufgrund seiner Beobachtungen davon ausging, dass dem Trauma, als »Knick im Lebenslauf«, dauerhafte Symptome entspringen. In dieser Phase etablierte sich die Diagnose »Posttraumatische Belastungsstörung«, nicht zuletzt durch ihre Aufnahme ins Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association im Jahre 1981.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTB)

Eine PTB liegt dann vor, wenn traumatisierte Personen 4 bis 6 Wochen nach dem Trauma weiterhin heftige Symptome zeigen. Unter anderem sind folgende Reaktionen bei PTB festzustellen:

- (1) Das traumatische Ereignis wird immer wieder noch mal erlebt; dies in Form von »sich aufdrängenden Erinnerungen an das Ereignis«, »wiederholten, stark belastenden Träumen« und »plötzlichem Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiedergekehrt« ist;
- (2) »anhaltende Vermeidung von Stimuli, die mit dem Trauma in Verbindung stehen«;
- (3) »anhaltende Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus« (waren vor dem Trauma nicht vorhanden) wie »Ein- oder Durchschlaf-

störungen; Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten«, übertriebene Schreckreaktionen (DSM-IV, Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen).

In den ersten Wochen sind Reaktionen wie ein erhöhter Erregungszustand, Alpträume und Flashbacks normal und gelten nicht als pathogen. Im Gegenteil wäre eine »Nicht-Reaktion« als abnormal/pathogen einzustufen. Hält der Zustand jedoch länger als ein Jahr an, spricht man von einer chronifizierten PTB (Perren-Klingler, 1995).

Obwohl der starre Blick auf die psychischen Schädigungen und negativen Einflüsse von Traumata einen Nachteil dieser zweiten Phase darstellt, war das bloße Erkennen eines Zusammenhangs zwischen Trauma und Symptom entscheidend für den Übergang in die heutige *dritte Phase*. In den letzten Jahren zeigt sich das Feld glücklicherweise offener gegenüber der Erforschung von Bewältigungsstrategien. In dieser Phase werden die Bewältigungsstrategien von Menschen mit traumatischen Erfahrungen untersucht und es wird darauf eingegangen, was einer Person helfen kann, mit dem Trauma umzugehen.

Einführung in die Bewältigungsstrategien

Als Bewältigungsstrategien werden psychische Muster bezeichnet, die dazu dienen, psychische Belastungen – welcher Art auch immer – zu reduzieren. Dabei lassen sie sich in Bewältigungsstrategien auf der Handlungsebene und Bewältigungsstrategien auf der emotional-kognitiven Ebene unterteilen (Folkman u. Lazarus, 1985). Strategien auf der Handlungsebene zeigen sich als aktive Planungen oder effektive Anpassung des Verhaltens an die neue Situation nach dem traumatischen Erlebnis, während auf der emotionalen Ebene die Gefühle reguliert werden sollen. Das kann entweder aktiv oder passiv (als Vermeidung) geschehen. Nicht jede Strategie ist bei jeder Person gleich erfolgreich und selbst das Vorhandensein von vielen verschiedenen Strategien kann eine PTB nicht mit Sicherheit verhindern oder kurieren. Vielmehr zeigt sich, dass die beiden Komponenten nebeneinander existieren können. Barel et al. (2010) konnten in ihrer Studie zeigen, dass speziell Holocaust-Überlebende neben den

schweren psychischen Folgen einer PTB auch über außergewöhnlich viele Bewältigungsstrategien verfügen.

Diese Bewältigungsstrategien sind genauso heterogen wie zahlreich und unterscheiden sich in ihrem Charakter und ihrer Effektivität von Fall zu Fall (Ludewig, 2009). Um möglichst viel von den Strategien profitieren zu können, ist es äußerst wichtig, dass die Person sich mit ihren Schwächen und Stärken im Allgemeinen bewusst auseinandersetzt, sich auf ihre eigenen Stärken zu verlassen lernt und die eigenen Schwächen akzeptiert. Das ist ein Inhalt jeder Therapie. Dazu kommt die bewusste Auseinandersetzung mit den traumatischen Erfahrungen. Bei Holocaust-Überlebenden ist besonders auffällig, dass negative Gefühle wie Angst und Trauer gleichzeitig mit positiven, wie etwa dem Stolz, überlebt zu haben, auftreten. Diese Ambivalenz auszuhalten – Stärke und Schwäche zugleich – stellt für die Betroffenen eine große Herausforderung dar.

Posttraumatisches Wachstum

Neben den Bewältigungsstrategien wird auch immer häufiger vom Phänomen des Posttraumatischen Wachstums gesprochen. Das Interesse an den positiven Folgen von Traumata im Allgemeinen wächst bestimmt auch durch Geschichten wie die von Aron Ralston, einem Bergsteiger aus den USA. Er verunglückte auf einer Klettertour, die er allein unternommen hatte: Ein Felsbrocken klemmte seine rechte Hand ein. Nachdem er fünf Tage lang vergebens versucht hatte, sich aus dieser Lage zu befreien, amputierte er selbst seinen Unterarm und rettete so sein Leben. Sein Überleben, das an ein Wunder grenzt, machte ihn innerpsychisch nicht schwächer. Im Gegenteil ist er stolz, dass er fähig war, sich selbst zu retten. Sein Selbstwert stieg seit dem Vorfall und er spricht über sich und seine Geschichte gern in der Öffentlichkeit.⁴ Der fehlende Arm hindert ihn zudem keineswegs, seiner Leidenschaft, dem Bergsteigen, nachzugehen. Vielmehr scheint diese »Behinderung« den Sportler zu neuen Höchstleistungen anzuspornen (Ralston, 2005).

4 Vgl. die verfilmte Biografie von Aron Ralston: »127 hours« (2010), Regie: Danny Boyle.

Aaron Antonovsky, ein israelisch-amerikanischer Medizinsoziologe, war einer der Ersten, der sich systematisch mit den Bewältigungsstrategien von Traumaopfern beschäftigte. Bei einer Untersuchung (zur Menopause bei Frauen in Israel) fand er zu seinem Erstaunen heraus, dass 29 % der Frauen mit KZ-Vergangenheit in hervorragender körperlicher und psychischer Verfassung waren. Der Wert der Vergleichsgruppe lag mit 51 % zwar beträchtlich höher, aber dennoch verwunderte Antonovsky (1997) die große Anzahl an nicht beeinträchtigten Holocaust-Überlebenden. Sein Interesse galt von diesem Zeitpunkt an den Faktoren, die einem Menschen helfen, nach einem Trauma die Gesundheit wiederherzustellen und zu erhalten.

Sein Ansatz, die Salutogenese, steht in einem starken Gegensatz zur gängigen Pathogenese, die die Ursache und Entstehung von Krankheit ins Zentrum der Wahrnehmung rückt. Nach der Salutogenese kann weder Krankheit noch Gesundheit als »Normalzustand« im Leben eines Menschen angesehen werden. Viel eher befindet sich das Individuum zu jedem Zeitpunkt an einer gewissen Stelle eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums.

Die Position, die das Individuum innerhalb dieses Kontinuums innehat, macht Antonovsky von drei Hauptfaktoren abhängig. Personen, die besonders gut im Umgang mit Stress oder Traumata sind, verdanken dies demnach der Tatsache, dass sie das Geschehene verstehen, mit ihm umgehen können und einen Sinn dahinter erkennen:

- *Verstehbarkeit*: Die Reize/Stimuli, die auf den Betroffenen einwirken oder eingewirkt haben, können strukturiert werden und machen zukünftige Einwirkungen vorhersehbar und erklärbar.
- *Handhabbarkeit*: die Anzahl und Wirksamkeit der Ressourcen, die dem Betroffenen zur Bewältigung des Traumas zur Verfügung stehen.
- *Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit*: Der Traumatisierte sieht im Durchstehen oder Überleben des Traumas einen Sinn (Antonovsky, 1997).

Diese Begriffe lassen sich zum sogenannten »sense of coherence« (SOC) zusammenfassen. In der deutschen Übersetzung wird der SOC als *Kohärenzgefühl* bezeichnet. Antonovsky ermittelte den Stand auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum durch seinen »Fra-

gebogen der Lebensorientierung« mit 29 Fragen zu den drei oben genannten Komponenten (Antonovsky, 1997).

Je höher die Werte in jedem der drei Bereiche sind, desto eher wird ein gesunder Verlauf nach einem Trauma vermutet. Eine Person, die traumatische Geschehnisse zu ordnen und zu erklären vermag, kann viel eher genesen als eine Person, die in ihrem Gefühlschaos steckenbleibt. Es ist die chaotische Gefühls- und Gedankenwelt, die zu Rückzug und Angst führt und mit der zukünftige Ereignisse weder vorhergesehen noch erklärt werden können.

Für die Anfänge des Posttraumatischen Wachstums ist Viktor Frankl von zentraler Bedeutung. Noch vor Antonovsky erkannte er, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ein Trauma einen pathogenen Verlauf nimmt, umso höher ist, je verborgener der betroffenen Person ihr Lebenssinn, der persönliche »Sinn von Leben und Sterben« bleibt (Frankl, 1977/2009, S. 119). Der österreichische Psychologe wurde 1942 in das Ghetto Theresienstadt deportiert und überlebte später die Konzentrationslager Auschwitz und Türkheim. Viktor Frankl erkannte während dieser Zeit die Sinnhaftigkeit als Grundvoraussetzung für das physische und psychische Überleben. Vor seiner Gefangenschaft hatte er begonnen ein Buch zu verfassen, das er um jeden Preis beenden und veröffentlichen wollte. Zudem war es ihm wichtig, dass sich die Nachwelt durch seine Niederschrift ein Bild der Gräueltaten machen konnte (Frankl, 1977).

Konkreter wurden die Untersuchungen des Posttraumatischen Wachstums in den 1980er und 1990er Jahren. 1991 wurde eine Studie über die Naturkatastrophe veröffentlicht, die sich im Jahre 1974 in den USA ereignete. 148 Tornados wüteten während zwei Tagen in 13 US-Bundesstaaten und töteten ca. 300 Menschen (über 5000 wurden verletzt). 1991 beschrieb Hodgkinson in seiner Studie die Folgen bei Personen, die dieses Trauma in Ohio miterlebt hatten. Er konnte feststellen, dass 84 % der Befragten nach eigener Angabe besser reagierten, als sie dies erwartet hätten. 35 % waren sich nach dem Vorfall ihrer Stärken bewusster als zuvor und 27 % erkannten, wie sie sagten, den wahren Wert von zwischenmenschlichen Beziehungen, die sie nach dem Trauma intensiver lebten.

Tedeschi und Calhoun arbeiteten ab dem Jahre 1996 mit dem Begriff »posttraumatic growth« (PTG). Eine positive Veränderung,

die sich nach der Auseinandersetzung mit einer schweren, herausfordernden Krise einstellt, wird heute als Posttraumatisches Wachstum bezeichnet (Tedeschi u. Calhoun, 2004). Dabei können die vorausgegangenen Traumata sehr unterschiedlich sein: Sowohl bei Krebspatienten (Cordova et al., 2001) als auch nach sexuellem Missbrauch oder sexueller Belästigung (Draucker, 1992) konnte Wachstum festgestellt werden.

»Das Individuum hat nicht nur überlebt, sondern auch Veränderungen erlebt, die es als wichtig wahrnimmt und die über den ursprünglichen Zustand (vor dem Trauma) hinausgehen. Posttraumatisches Wachstum ist also nicht bloß eine Rückkehr zur Startlinie, sondern vielmehr eine ›Verbesserung der Persönlichkeit‹, die von vielen Betroffenen als sehr tiefgreifend erlebt wird« (Tedeschi u. Calhoun, 2004, S. 4).

Dieses Posttraumatische Wachstum, diese innere Entwicklung darf keinesfalls als eine Verleugnung des traumatischen Geschehens gesehen werden. Ein Mensch, der an einem Trauma zu wachsen vermag, »leugnet nicht die Wunde und die Zerstörung, sondern sieht die Destruktion als einen Aspekt des Werdens« (Wirtz, 2002). Außerdem schließt der Eintritt von Posttraumatischem Wachstum keinesfalls große Trauer oder seelischen Schmerz über einen bitteren Verlust aus. Die psychischen Folgen und das Wachstum können nebeneinander existieren und das Traumaopfer soll die beiden unterschiedlichen Reaktionstypen auch als solche erkennen. Beispielsweise kann es vorkommen, dass Eltern, die ein Kind verloren haben, sich ihrer Stärken im Umgang mit schwierigen Situationen bewusst werden und sie bei Bedarf auf diese Stärke bauen, dass sie aber ebenfalls um ihr Kind trauern (Tedeschi et al., 2007). Nun sollte aber nicht der Eindruck entstehen, dass auf jedes traumatische Erlebnis auch ein Wachstum folgt. »Wachstum ist nicht das direkte Ergebnis des Traumas, sondern die individuelle Auseinandersetzung der Person mit der neuen Realität« (Tedeschi u. Calhoun, 2004, S. 5). Dabei ist zu beachten, dass Posttraumatisches Wachstum nicht nur als kognitiver Prozess zu verstehen ist.

Tritt Wachstum ein, können fünf Dimensionen unterschieden werden:

- höhere Wertschätzung des Lebens und Änderung der Prioritäten,
- engere/intimere Beziehungen zu anderen Menschen,

- erhöhtes Bewusstsein der eigene Stärken,
- Erkennen von neuen Lebenswegen und Möglichkeiten,
- Veränderung der Lebensphilosophie/der spirituellen Überzeugungen (Tedeschi u. Calhoun, 1996).

Die *Veränderungen in der Selbstwahrnehmung* konnte Hodgkinson (1991) bereits bei den Überlebenden der Tornado-Katastrophe in Ohio erkennen. Die Tatsache, dass sie diese Situation besser gemeistert haben, als sie es sich je hätten vorstellen können, führte zu einer differenzierteren Selbstwahrnehmung. Auch das Beispiel des Bergsteigers Aaron Ralston deutet auf ein neues, gefestigtes Selbstbild hin. Die *Veränderung der Beziehungen* kann ebenfalls anhand der Tornado-Überlebenden gezeigt werden. Als anschauliches Beispiel für die *Veränderung der Lebensphilosophie* eignet sich die Geschichte von Ran Chanoch. Er wurde in Auschwitz als sogenannter Funktionshäftling in der Kinderbaracke eingesetzt und war dadurch verantwortlich für 300 Kinder. Da der ehemalige Architekturstudent trotz seiner privilegierten Situation im Konzentrationslager »seine Kinder« nicht retten konnte, legte er einen Eid ab, dass er seinem Leben nach dem Krieg als Sozialarbeiter Sinn verleihen wolle (Ludewig-Kedmi, 2001).⁵

Integration der traumatischen Erfahrung in die eigene Lebensgeschichte

Der Traumatisierte, dem eine Integration in die eigene Lebensgeschichte gelingt, unterscheidet sich in seiner Selbstwahrnehmung vom Betroffenen, der das Erlebnis als »unheilsamen Knick« in seiner Biografie wahrnimmt.

Insbesondere im Fall von Holocaust-Überlebenden mag es zynisch erscheinen, die »guten Seiten« des schlimmen Traumas ansprechen zu wollen. Doch ist es nach schrecklichen Ereignissen wie Krieg und Massenmord tatsächlich sinnvoll, *allein* die negativen psychischen Folgen zu betonen und über mögliche positive Veränderungen der Persönlichkeit zu schweigen, weil es von der Gesell-

5 Ausführlicher zur Biografie von Ran und Veronika Chanoch in Ludewig-Kedmi (2001).

schaft vermeintlich so verlangt wird? Ben Furman plädiert in seinem Buch »Es ist nie zu spät, eine glückliche Kindheit zu haben« (1999) generell gegen die Ansichten der Psychoanalyse, dass »schlechte Kindheit« immer »schlechte Zukunft« impliziert, und gegen den Kern der zweiten Phase der Psychotraumatologie, dass traumatische Erfahrungen unweigerlich Psychopathologien produzieren. Dieses lineare Denken führt bei Personen, die eine schwere Kindheit hatten und als Erwachsene ein zufriedenes Leben genießen, später dazu, dass sie es vermeiden, über ihre Kindheit zu sprechen: Sie befürchten, dass ihre Stärken übersehen und sie allein als Opfer wahrgenommen werden.

Zum Teil haben Holocaust-Überlebende (und auch Opfer von anderen schweren Traumata) das Gefühl, dass sie, aufgrund der (falschen) Erwartungen in der Öffentlichkeit, lieber nicht sagen sollten: »Ich habe es geschafft ... Mir geht es gut, sehr gut.« Die Meinung, dass sich das »nicht gehört«, mag verbreitet sein, und doch gibt es zahlreiche Menschen, die die traumatische Erfahrung erfolgreich in ihr Leben integriert haben und darauf zu Recht auch stolz sind. Gelingt dem Traumatisierten eine Neuorientierung im Leben nach dem Trauma, so kann er aus dem Erlebten lernen und gestärkt daraus hervorgehen (Wirtz, 2002).

Benjamin Bergman ist einer von ihnen. Zu Beginn des Zweiten Weltkriegs war er ein Junge von 13 Jahren, dem anschließend wenig erspart blieb. Er erlebte die Deportation aus seiner polnischen Heimatstadt ins Ghetto von Lodz und die spätere Internierung in verschiedene Konzentrationslager genauso wie die Ermordung seiner Familie und die Zwangsarbeit. Als er sich auf dem Todesmarsch Erfrierungen am linken Fuß zuzog, wurde er zudem noch Opfer von Mengeles Schergen: Ärzte in Buchenwald führten mit seinen Zehen Experimente durch und amputierten sie zuletzt.

All diese Erlebnisse machten Bergmann nicht zu einem gebrochenen Mann. »Ich habe die Nazis besiegt! Mit meinen 80 Jahren gehe ich noch Ski fahren!«, erzählte er anlässlich eines Interviews. Das kann er trotz seines verstümmelten Fußes und mit Hilfe einer von ihm selbst entworfenen Prothese. Er studierte nach der Befreiung Medizin, hat eine warme und liebevolle familiäre Umgebung und konnte durch seinen Beruf vielen anderen Menschen helfen.

Ein weiteres gutes Beispiel für eine erfolgreiche Integration des Traumas ist die am Anfang erwähnte Geschichte von Veronika Chanoch. Trotz der vielen erlebten Widrigkeiten blieb sie psychisch und physisch gesund. Sie brauchte nie eine Therapie, um ihre Erlebnisse zu verarbeiten und in ihre Lebensgeschichte zu integrieren. Dies lässt sich auch damit erklären, dass bei ihr beispielsweise durch ihre Loyalität zu den Eltern (die sie freiwillig nach Auschwitz begleitete) keine Überlebensschuld entstand. Heute lebt sie mit der Vergangenheit in der Gegenwart, in die sie das Trauma integriert hat.

Nach dem psychoanalytischen Ansatz von Horowitz (1976) zeichnet sich eine erfolgreiche Bewältigung dadurch aus, dass willentliches Erinnern des Traumas ebenso möglich ist wie die Konzentration auf traumaunabhängige Gedanken und Tätigkeiten. Veronika Chanoch ist das gelungen: Sie kann die Türen in die Vergangenheit bewusst öffnen und über ihre Erlebnisse sprechen. Jedoch kann sie diese Tür jederzeit auch wieder schließen und sich anderen Gedanken zuwenden, ohne dabei einen bedeutenden Teil ihres Lebens verdrängen zu müssen. Für sie ist »das Traumatische nur eine Dimension des Lebens, eine bedrückende, die aber nicht den Blick auf das Ganze überschatten darf« (Petzold, 2001, S. 341). In ihren eigenen Worten: *eine schwarze Perle in einer bunten Perlenkette.*

Nicht jeder Überlebende braucht eine Therapie

Die Frage, was die gesunden Überlebenden, die keine Therapie in Anspruch nehmen, gemeinsam haben bzw. was sie von jenen unterscheidet, die an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, lässt sich mit einem Blick auf ihre Bewältigungsstrategien und das Posttraumatische Wachstum beantworten. Jene Holocaust-Überlebenden, welche sich ihr Leben lang selbst zu helfen wussten und keine Therapie benötigten, verfügen über besonders ausgearbeitete, sinn- und wirkungsvolle Strategien.

Fallbeispiel Michael Davidson: Leid, Liebe, Solidarität und Integration

Michael Davidson, ein weiterer Überlebender des Holocaust, gehört wie Veronika Chanoch zu jenen, die nie in Therapie waren. Er wurde 1929 in einem kleinen Dorf in der Tschechoslowakei geboren und verbrachte seine Kindheit mit fünf Geschwistern und seinen Eltern in Bratislava, bis 1942 die Deportationen begannen. Auf Wunsch der Eltern flohen Michael und sein 15-jähriger Bruder nach Ungarn. Dort lebten sie in der Illegalität. Als auch in Ungarn die Zeit der Deportationen gekommen war, wollte er mit seiner Jugendfreundin, seiner ersten Liebe, nach Budapest fliehen. Das Mädchen wollte aber seine Familie nicht verlassen. So blieben Michael und Rahel zusammen und wurden beide deportiert. Michael ist heute glücklich verheiratet und hat Kinder und Enkel. Trotzdem erzählt er gleichzeitig wehmütig von der Ermordung seiner Freundin und ihrer Familie durch die Nazis. Die verpasste Chance zur Rettung seiner Freundin begleitet ihn bis heute. Er kann diese Gedanken auch mit seiner Familie thematisieren und trauert nach wie vor offen über den Verlust von Rahel. Das Geschehene, die Liebe zu Rahel und ihren Verlust hat er in seine Lebensgeschichte integriert.

Michael Davidson erzählt heute, dass er, als er nach der Reise im Viehwaggon in Auschwitz ankam, überzeugt war, sofort erschossen zu werden. Aus dem Wagen beobachtete er, mit welcher Brutalität die SS-Leute die Deportierten behandelten, und er begriff, in welcher Situation er sich befand. Jung und gesund, wie Michael bei der Ankunft war, blieb ihm, im Gegensatz zu seinen Verwandten, die Gaskammer erspart. Er überlebte weitere Konzentrationslager und konnte sogar der Selektion durch Mengele persönlich entgehen. Er berichtet von der Hilfe und Unterstützung, die sich die Häftlinge gegenseitig boten, und von der Solidarität, die ihm in einem Fall sogar von einem SS-Mann zuteil wurde. Auf dem zermürbenden, unendlich scheinenden Todesmarsch wollten ihn seine Kollegen stützen, obwohl sie selbst kaum mehr Kraft hatten.

Als direkt nach der Befreiung zahlreiche Menschen in den befreiten Lagern an starkem, blutigem Durchfall litten, weil die Amerikaner den überforderten Mägen »Bohnen und Speck« zumuteten, blieb

auch Michael davon nicht verschont. »Ich habe das KZ überlebt. Jetzt sterbe ich nicht an dem!«, sagte er sich und behielt damit Recht, während viele andere den Tod fanden.

Michael wog nach der Befreiung nur noch 29 Kilogramm und litt an Tuberkulose, weshalb er sieben Jahre in Sanatorien, die beiden letzten davon in Davos, verbrachte. Als er nach dieser Zeit den Bescheid bekam, dass er die Schweiz zu verlassen habe und daher keine Lehre anfangen konnte, kämpfte er mit eisernem Willen für seine Rechte. Um seine Ausweisung abzuwenden, wollte er den damaligen Chef der Eidgenössischen Fremdenpolizei in Bern, Heinrich Rothmund,⁶ persönlich in dessen Büro sprechen. Als die Vorzimmerdame das als unmöglich bezeichnete, blieb er hartnäckig und erhielt zum Schluss einen Termin bei Rothmunds Stellvertreter. Dieser hatte die Unterlagen für Davidsons Aufenthaltsbewilligung tatsächlich schon vorbereitet und stimmte nach anfänglichen Zweifeln auch der gewünschten Lehre zu. Danach, so sagt Michael Davidson, habe er nie wieder Schwierigkeiten gehabt. Heute lebt der dreifache Vater und siebenfache Großvater mit seiner Frau in der Schweiz und spricht regelmäßig vor Schülern über seine Vergangenheit.

Dieses »Zeugnis ablegen« durch Vorträge oder Niederschreiben der Geschichte erkannten auch viele andere Holocaust-Überlebende als wichtigen Teil ihres Lebenssinns. Sie möchten heutigen Jugendlichen ihre Lebensgeschichte weitergeben, damit der Nachwelt in Zukunft ähnliches Leid erspart bleibt. Dabei dient das »Zeugnis ablegen« nicht nur als Beitrag zur Aufklärung, sondern ist zudem eine wichtige Bewältigungsstrategie für ihr eigenes Leben.

Durch das wiederholte Erzählen und Reflektieren des Geschehenen wird die Integration in die Lebensgeschichte weiter etabliert. Der Holocaust-Überlebende erkennt sein Leben als Einheit, das sowohl aus schönen Anteilen der Kindheit und des Lebens nach der Shoah als auch aus der schwierigen Zeit des Traumas besteht. Michael Davidson berichtet in seiner Lebensgeschichte sowohl von

6 Rothmund, der seine Position von 1919 bis 1955 innehatte, war als Vorstehender der Fremdenpolizei zuständig für die Ablehnung oder Annahme von Flüchtlingen. Zudem ist er heute bekannt als Mitverantwortlicher bei der Einführung des »Judenstempels«.

Verlusten, Trauer und Ängsten als auch von stärkenden Aspekten wie Solidarität und Selbstwertsteigerung durch den erfolgreichen Umgang mit Extremsituationen und von Momenten, in denen er als KZ-Häftling trotz der aussichtslosen Situation eine »gewisse Kontrolle« behalten konnte. Letzteres – das Gefühl einer Kontrolle während der traumatischen Situation – betonte bereits Antonovsky als einen wichtigen Indikator für eine gute Bewältigung traumatischer Erfahrungen.

Traumatherapie und Posttraumatisches Wachstum

Traumaopfer, deren Bewältigungsstrategien nicht oder nicht ausreichend Wirkung bei der Linderung des Leidens zeigen, wenden sich an Therapeuten. Doch auch Personen, die lange Zeit genügend Unterstützung in ihren Strategien gefunden haben oder bei denen sich gar Posttraumatisches Wachstum eingestellt hat, geraten zuweilen in Krisen, in denen sie die Hilfe eines Therapeuten in Anspruch nehmen.

Ein wichtiger Fokus in der Traumatherapie ist die Stärkung von vorhandenen Bewältigungsstrategien wie auch die Anregung neuer Strategien. Ebenso soll Posttraumatisches Wachstum als positive Folge unterstützt werden. Schrittweise sollen die Betroffenen mit und an ihren Erfahrungen wachsen und langsam an eine Integration in die Lebensgeschichte herangeführt werden. Die Therapie ist somit ein Prozess der Ressourcenaktivierung und -optimierung.

Zur Traumatherapie liegt umfangreiche Literatur vor. Hier soll lediglich darauf hingewiesen werden, dass eine Integration von verschiedenen therapeutischen Ansätzen besonders sinnvoll ist. So z. B. Überlegungen der humanistischen Psychologie, Aspekte aus der kognitiven Verhaltenstherapie oder Methoden der systemischen Einzeltherapie (vgl. dazu Schindler, 2002). Zentral für die »Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen« bei jeder Gruppe von Traumatisierten ist »dabei eine Orientierung an den Ressourcen statt an den Defiziten« (Schindler, 1996, S. 11). Hilfreich zeigt sich auch insbesondere die »integrative Traumatherapie«, wie sie von Wilson (1989) beschrieben wird.

Glücklicherweise ist der Mensch ein »Traumaüberwinder« (Pet-

zold, 2001, S. 340), der grundsätzlich jedes noch so schlimme Ereignis zu bewältigen vermag. Je nach Art und Qualität der Bewältigungsstrategien, die ihm dazu zur Verfügung stehen, gelingt dies besser oder weniger gut. Die weitere Erforschung von Bewältigungsstrategien und Posttraumatischem Wachstum sollte vermehrt ins Zentrum der Psychotraumatologie gerückt werden, damit es noch mehr Traumatisierten gelingt, ihre schwarzen Perlen in eine bunte Kette zu integrieren.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Barel, E., et al. (2010). Surviving the Holocaust: A meta-analysis of long-term sequelae of a genocide. *Psychological Bulletin*, 136, 5, 677–698.
- Cordova, M. J., et al. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176–185.
- Draucker, C. (1992). Construing benefit from a negative experience of incest. *Western Journal of Nursing Research*, 14, 343–357.
- Fischer, G., Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Folkman, S., Lazarus, R. (1985). If fit changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150–170.
- Frankl, V. E. (1977/2009). *Trotzdem Ja zum Leben sagen*. München: Kösel.
- Furman, B. (1999). *Es ist nie zu spät, eine glückliche Kindheit zu haben*. Dortmund: Borgmann.
- Hodgkinson, P. E. (1991). *Coping with catastrophe: A handbook of disaster management*. London, New York: Routledge.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndrome*. New York: Aronson.
- Kessler, R. C., et al. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- Ludewig-Kedmi, R. (2001). *Opfer und Täter zugleich? Moraldilemmata jüdischer Funktionshäftlinge in der Shoah*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Ludewig, R. (2009). Opferhilfepsychologie – Psychische Reaktionen auf Traumata und Bedürfnisse von Traumatisierten. In B. Ehrenzeller, et al. (Hrsg.), *Das revidierte Opferhilfegesetz (S. 147–166)*. St. Gallen: Dike.
- Niederland, W. (1980). *Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom Seelenmord*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Nietzsche, F. (1889). *Götzen-Dämmerung. Oder wie man mit dem Hammer philosophirt*. Leipzig: Verlag C. G. Neumann.

- Petzold, H. (2001). Zur Einführung. Traumatherapie braucht integrative Modelle. In H. Petzold, H.-U. Wolf, B. Landgrebe, Z. Josic, Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Zeitschrift Integrative Therapie, Sonderausgabe, 27, 329–334.
- Perren-Klingler, G. (1995). Menschliche Reaktion auf traumatische Erlebnisse. Von der Therapie am Problem zur Mobilisierung von Ressourcen. In G. Perren-Klingler (Hrsg.), Trauma. Bern: Haupt.
- Perrkonigg, A., Kessler, R. C., Storz, S., Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events, and posttraumatic stress disorder in the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 1, 46–59.
- Ralston, A. (2005). Der Tod riecht nach Tequilla. *NZZ* am Sonntag, 77–79.
- Rosenman, S. (2002). Trauma and posttraumatic stress disorder in Australia: Findings in the population sample of the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 4, 515–520.
- Sass, H., et al. (1998). Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV). Deutsche Überarbeitung (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schindler, H. (1996). Familientherapeutisch orientierte Arbeit im Heim. In H. Schindler (Hrsg.), Un-heimliches Heim. Von der Familie ins Heim und zurück!?! Familientherapeutische und systemische Ideen für die Heimerziehung. Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- Schindler, H. (2002). Erlebnisintensive Methoden in der systemischen Einzeltherapie, Familiendynamik. *Interdisziplinäre Zeitschrift für systemorientierte Praxis und Forschung*, 27, 4, 468–487.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (1995). Trauma and transformation: Growing on the aftermath of suffering. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 1–18.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., Cann, A. (2007). Evaluating resource gain: Understanding and misunderstanding posttraumatic growth. *Applied Psychology – An International Review*, 56 (3), 396–406.
- Wilson, J. P. (1989). Trauma, transformation and healing: An integrated approach to theory, research and post-traumatic theory. New York: Brunner/Mazel.
- Wirtz, U. (2002). Weiser werden nach dem Trauma? Weltkongress für Psychotherapie, Wien. Unveröffentlichtes Manuskript.