NS-Verfolgte in der Altenhilfe – Wo ist das Problem?
Informationsveranstaltung in Siegen am 24. Januar 2007

„' … Genau auf sechseinhalb blieb meine Lebensuhr da stehen' – Zu den Traumata der Verfolgten des NS-Regimes im Kontext des Zweiten Weltkriegs"
Prof. Dr. Insa Fooken, Universität Siegen

„' … Genau auf sechseinhalb blieb meine Lebensuhr da stehen' – Dieses Zitat des Liedermachers und Poeten Wolf Biermann drückt aus, welche Folgen ein im Kindesalter erfahrenes Trauma bis ins Alter hinein haben kann. Wolf Biermann gehörte mit seinen Eltern zur Gruppe der sowohl politisch als auch rassisch Verfolgten des NS-Regimes und sein Vater ist in schließlich Auschwitz ermordet worden. Zusammen mit seiner Mutter erlebte er in Hamburg zum einen die Situation, bedroht und verfolgt zu sein, quasi am Rande der damaligen Mehrheitsgesellschaft zu leben, zum anderen kam dann noch die grauenhafte Erfahrung des so genannten Hamburger Feuersturms im Juli 1943 hinzu als er sechs Jahre alt war. Nun gehört Biermann ja eigentlich zu den Menschen, die wahrgenommenes Unrecht und Widerstand dagegen zumeist sehr wort- und stimmgewaltig ausdrücken können und in diesem Sinne letztlich Bewältigungsmöglichkeiten für erfahrenes Leid und Belastungen haben. Aber traumatische Erfahrungen können eben in der Regel nicht innerpsychisch verarbeitet werden, sie bedeuten zumeist eine Überforderung der „Ich-Funktionen", eine Bedrohung der Selbstkohärenz, des inneren Selbstzusammenhangs und so bleiben sie oft isolierte, abgekapselte Erfahrungen. Die zugehörige Überlebensstrategie ist die der Dissoziation, des Aussteigens aus der Situation, indem alles wie von außen betrachtet wird. Nur in einem einzigen Interview hat Biermann einmal von dieser kumulierten Trauma-Erfahrung gesprochen: das erlebte Grauen führte bei ihm dazu, dass irgendetwas im Alter von sechseinhalb Jahren in ihm stehen geblieben ist, was er auch später nicht über Beschreiben oder Besingen integrieren konnte. Ein psychisches Trauma' ist eben nicht nur die Ursache einer besonders starken Belastungsreaktion oder einer Anpassungsstörung, sondern noch etwas anderes. Heuft, Kruse & Radebold (2006) definieren in ihrem Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie die Ursachen für psychische Traumen und das entsprechende klinische Bild folgendermaßen (S. 110/111):

(1) „Das **psychische Trauma** wird definiert als Folge eines kurzzeitigen oder länger dauernden belastenden Ereignisses, das *außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung* liegt, für *fast jeden belastend* wäre und üblicherweise mit Gefühlen von *intensiver Angst, Schrecken* und *Hilflosigkeit"* einher geht. Die Betonung der außergewöhnlichen und schwersten Belastungssituation ist wichtig, um den Begriff der Traumatisierung nicht „unerträglich zu verallgemeinern" im Sinne von „wir haben ja alle Schlimmes mitgemacht". Solch eine „Verwässerung" des Traumabegriffs führt dazu, dass traumatisierte Menschen mit ihrem besonderen Schicksal erneut „alleine" gelassen werden.

(2) Die Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit einer traumatischen Erfahrung zeigen sich bei Erwachsenen in bestimmten Hauptmerkmalen einer **Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD)**. Dazu gehören das sich wiederholt aufdrängende Erinnern des Traumas (‚flashbacks'), Albträume, andauernde Gefühle des Betäubtseins und der emotionalen Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen und Vermeiden aller Situationen, die an das Trauma erinnern könnten. Möglich sind auch immer wieder einschießende Aggressionsanfälle mit Ängsten und vegetativer Übererregbarkeit, depressive Reaktionen, plötzliche Suizidhandlungen, wobei Alkohol- und Medikamentmissbrauch das Symptombild verkomplizieren können. Das Ausmaß der Beeinträchtigungen entspricht meist der Schwere des Traumas, wobei die durch Menschen verursachten Ereignisse wie Folter, KZ-Erfahrung, Vergewaltigung etc. in der Regel zusätzlich erschwerend sind. Typisch für die Entwicklung und Ausprägung des Krankheitsbildes ist eine fundamentale Desintegration psychischer Funktionen, ein Zerreißen grundlegender vertrauensvoller zwischenmensch-

licher Beziehungen, damit einhergehend das Erleben von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein und dauerhafte Erschütterungen des Selbst- und Werteverständnisses.

(3) Nun geht man aber in der Psychotraumatologie, der Traumalehre, davon aus, dass eine solche Posttraumatische Belastungsstörung bei traumatisierten Erwachsenen zu finden ist, bei denen bestimmte stabile psychische Strukturen bereits herausgebildet waren, während Traumata in der Kindheit eher dazu führen, dass die Ausbildung einer solchen psychischen Struktur schon beeinträchtigt wird. So weiß man inzwischen auch, dass sich bei jugendlichen Traumatisierten oft erst nach langen, scheinbar vollkommen symptomfreien Phasen gerade im Zusammenhang mit Alterungsprozessen eine solche traumabezogene Symptomatik erstmalig zeigt. Man spricht hier von der so genannten **Trauma-Reaktivierung** und dies ist natürlich gerade im Kontext der Erfahrung von Hinfälligkeit und Pflegbedürftigkeit ein ganz zentraler Aspekt. Dabei muss das Konzept der Trauma-Reaktivierung abgegrenzt werden von dem einer **Retraumatisierung.** Hier geht es darum, dass eine weitere Traumatisierung durch eine erneute traumatische Erfahrung (z.B. Handtaschen-Raubüberfall auf der Straße) oder durch eine forcierte, erzwungene ‚Erinnerungsarbeit', z.B. bei Zeugenaussagen, erfolgen kann. Letzteres kann im Übrigen auch in unzulänglichen Psychotherapien passieren, wenn ein Trauma wiederbelebt wird, ohne dass ein ausreichender intra-psychischer Schutz vorhanden ist. Neben diesen beiden Konzepten gibt es darüber hinaus die Beobachtung, dass manche Menschen eine **traumatische Erfahrung als Lebensthema** quasi in sich tragen und immer wiederholen. Entweder, indem sie „nie mehr über diese Zeit sprechen wollen" oder indem sie fortwährend über bestimmte Zeiten berichten („..damals auf der Flucht"). Wenn man Anamnesen, Krankheitsbiografien erhebt und auf deutliche „Lücken" stößt, sollte man sich die zeitgeschichtlichen Umstände der Lebensläufe der Betroffenen immer bewusst machen und dann entscheiden, ob und wie man die Lücken behutsam anspricht.

(4) Noch zwei Aspekte möchte ich erwähnen, die verdeutlichen, dass gerade im Zusammenhang mit Verfolgungserfahrungen in der Zeit der Nationalsozialismus das Terrain zwischen Traumatisierten und nicht-traumatisierter sozialer Umwelt fast immer hoch sensibel ist. Dies gilt einmal für den Aspekt einer möglicherweise bereits vor der Traumatisierung vorhandenen psychischen Beeinträchtigung. Gerade die lange Zeit unsägliche Begut-achtungspraxis bei den Extremtraumatisierten der NS-Verfolgten suggerierte, dass schwere psychische Beeinträchtigungen in Folge von Verfolgung und Lagerhaft nur bei ohnehin vorliegender, **prämorbider Persönlichkeitsstörung** zu beobachten wären, so dass Entschädigungsansprüche zumeist abgelehnt wurden. Dies brachte den Psychoanalytiker Kurt Eissler 1963 dazu polemisch zu fragen: „Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben?" Der andere Aspekt verweist darauf, dass es auch selbst unter PsychotherapeutInnen immer schwierig zu entscheiden ist, ob und wie man das Thema einer möglichen Traumatisierung anspricht oder nicht. Hier gibt es das Beispiel des Psychoanalytikers Ernst Federn, der als Jugendlicher KZ-Häftling war, und im fortgeschrittenen hohen Alter konstatierte: „Was mich angeht, so hätte ich sehr gerne von meinen Erlebnissen erzählen wollen, aber es waren die Analytiker, die ausnahmslos einem Gespräch über meine Lagererlebnisse aus dem Weg gegangen sind … Unter dem Vorwand, meine Gefühle schonen zu wollen, verbarg sich die Angst vor eigenen Konflikten, die durch die Berichte über die Schrecken des Lagerlebens ausgelöst werden konnten".

Einige Anmerkungen zu möglichen Behandlungsansätzen

(1) Es gibt **keinen Generalansatz** für die Behandlung traumatisierter Menschen. Immerhin stellt man auch bei grundsätzlich unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen und Behandlungsformen fest, dass eine starke gefühlsmäßige Beteiligung der Behandler in der

Regel mit dazu gehört – es wird zugestanden, dass die Erfahrungen der Traumatisierten auch auf der Seite des Gegenübers starke Gefühle auslösen. Weiterhin versucht man, dass zu Therapiebeginn, die Fähigkeit des Patienten zur Selbstberuhigung gestärkt wird, wie fast auch immer Entspannungsverfahren eingesetzt werden. Auch die vergleichsweise neue Behandlungstechnik der „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ (EMDR) erscheint vielversprechend.

(2) Dabei muss zwischen einer **Frühtherapie** und einer **Spätbehandlung** unterschieden werden. Gerade wenn es eine lange symptomfreie Phase gegeben hat bzw. die traumatische Erfahrung schon lange zurück liegt, ist es zum einen wichtig, dass Behandelnde und Pflegende hinreichende historisch-politische Kenntnisse haben. Über bestimmte Signale „testen“ Patienten aus, ob ihnen geglaubt wird, sie äußern bestimmte Erinnerungsfragmente, die plötzlich abbrechen. Hier ist es wichtig, empathisch zu bestätigen, dass die Betroffenen selber die Erinnerungsarbeit regulieren können. Dabei ist es auch wichtig, dass kein unkritischer Optimismus an den Tag gelegt wird. Auch therapeutische Interventionen sollten nicht vorgeben, dass das, was Menschen in den Seelen anderer Menschen angerichtet haben, vollständig „geheilt“ werden kann. Hier geht es manchmal nur darum, die Betroffenen nicht allein zu lassen und sie solidarisch in ihrem jeweiligen Verhalten zu begleiten.

Zur Frage der Anpassung der Versorgungssysteme der Altenhilfe an die Erfordernisse älterer NS-Verfolgter

Eine Reihe von diesbezüglichen Erfahrungen sind in jüdischen Altersheimen in Deutschland gesammelt worden, die in Anbetracht des Zusammenhangs von Trauma und Demenz die Notwendigkeit einer transkulturellen Pflege, einen grundsätzlich komplexen Pflegebedarf und die Herausarbeitung entsprechender Pflegeprofile dokumentieren (Weitzel-Polzer 2002). Grundlage der Beratung und Betreuung von betroffenen Überlebenden ist, dass Kernannahmen, die das seelische Gleichgewicht von Menschen bestimmen, zerstört wurden. Dazu gehören Annahmen wie die, dass die Welt als ein grundsätzlich guter, sinnvoller, geordneter, verstehbarer und vorhersagbarer Ort gedeutet werden kann, in der die persönliche Sicherheit gewährleistet ist, Menschen gut, gerecht, moralisch und hilfreich sind, Individuen Entscheidungsmöglichkeiten haben und es in bedrohlichen Situationen Auswege gibt. „Ein Ast bei Nacht kein Ast“ – so lautet der Titel eines kleinen Buchs, in dem die verstörenden Erfahrungen von Verfolgung und Vernichtung für die Verfolgten und ihre Kinder und Enkel zur Sprache kommen (Wiesse & Olbrich 1994). Eine Überlebende erinnert sich in einem Interview an unvorstellbare Greueltaten und antwortete auf die Frage „Was dachten Sie über den Tod?“ „Tod war eine einfache Sache. Es war ein deutscher Soldat“ und auf die Frage „Wovor hatten Sie Angst?“ „Dass ein Ast bei Nacht kein Ast sei, sondern die Hand eines Deutschen, davor hatte ich Angst“.

Für diese besondere Gruppe von Menschen, die das Leben unter totalitärer Herrschaft, als Geisel, Kriegsgefangene oder Überlebende von Konzentrationslagern erlebt haben, gilt es, die Merkmale einer Posttraumatischen Belastungsstörung noch in besonderer Weise zu spezifizieren. Gerade die Störungen der Affektregulation (Depressivität mit chronischen Suizidgedanken; aufbrausende oder versteckte Wut; zwanghafte oder extrem gehemmte Sexualität) sind hier typisch, Bewusstseinsveränderungen, eine gestörte Selbstwahrnehmung wie auch eine gestörte Wahrnehmung der Täter und ein ständiges Nachdenken über die Beziehung zum Täter, Beziehungsprobleme mit Isolation und Rückzug; ein wiederholtes Suchen nach einem Retter und ein anhaltendes Misstrauen. In dem von Esther Weitzel-Polzer untersuchten Altenzentrum der Jüdischen Gemeinde in Frankfurt/Main fanden sich unter den Shoa-Überlebenden bei den Heimbewohnern neben diesen Symptomen insbesondere auch Scham- und Schuldgefühle wegen des eigenen Überlebens, Gefühle des Verlassenseins, niemanden trauen zu können und Angst, die vor allem in der Nacht als

übermächtig erlebt wird. Viele der Überlebenden haben mit massivem Medikamentenmissbrauch versucht, ihre Probleme zu bewältigen. Auch das Schweigen über die Erfahrungen war typisch, so lange in Arbeit und neuer Lebensaufbau in den Vordergrund gestellt werden konnte. Mit zunehmenden Altersbeeinträchtigungen steigen aber die Risiken von Retraumatisierung und Trauma-Reaktivierung, die Erinnerungen wachen auf und das ganz starke Erleben von Einsamkeit bestimmt ihre Lebenssituation, unabhängig von den Orten, die sie nach der Verfolgung als Wohnort gewählt haben.

Die **Pflege der Überlebenden** verlangt eine hohe Sensibilität bei den Pflegenden. Einige Bewohner können nicht in geschlossenen Zimmern wohnen, sie brauchen immer einen offenen Raum. Sie glauben, Gas zu riechen und zu spüren, das aus der Wasserleitung kommt oder aus den Wänden tritt. Die Durchführung der Körperhygiene muss ihre Erfahrungen berücksichtigen: Sie haben Angst vor der Dusche. Auch Wechsel der Bezugspersonen lösen große Ängste aus, sie haben Angst vor erneuten Verlusten. Bei massiver Symptomatik ist eine Überweisung in eine gerontopsychiatrische Station zumeist nicht empfehlenswert, weil speziell diese neue Umgebung wieder Ängste verstärkt. Typisch ist auch, dass viele Heimbewohner keine Familienangehörigen mehr haben oder wenn doch, diese meist weit entfernt im Ausland leben. Schwierig ist für manche auch, die Ablehnung dessen, was als „deutsch“ repräsentiert ist bei gleichzeitiger Identifikation mit der deutschen Kultur. Gerade bei zurückkehrenden Überlebenden kann das zu einem tiefen Identitätskonflikt werden.

In einem Beitrag über „**transkulturelle Pflege**“ schreibt Habermann (in Wetzel-Polzer 2002, S. 197): „Jeder Mensch hat Anteil an unterschiedlichen Welten … Nicht das Fremde und seine Zuschreibung im Einzelnen sind von Interesse, sondern die Frage, wie das Fremde in der Begegnung konstruiert wird“.

Die Generation, die jetzt in zunehmendem Maße in die Versorgungssysteme der Altenhilfe und in die Pflegeeinrichtungen hinein kommt, ist eine Generation, die die Schrecken des Zweiten Weltkriegs als Kinder und Jugendliche erfahren hat. Dabei gibt es sicherlich auch bei denjenigen, die nicht zu den Verfolgten des NS-Regimes gehörten, viele Menschen, bei den frühe Traumatisierungen vorliegen in Folge von Bombenangriffen, Fluchterfahrungen und sozialen Verlusten, die erstmals im Alter ganz unvermittelt sichtbar werden. Wenngleich spät, so wird dennoch allmählich in diesen betroffene Altersgruppen der hohe Stellenwert und die psychische Hypothek einer Kriegskindheit für den weiteren Lebensverlauf und die Auseinandersetzung mit dem Alter erkannt und zur Sprache gebracht. Komplizierter und „verdeckter“ erscheint hingegen aber die Situation derjenigen, die zu den damals Ausgegrenzten und Verfolgten gehörten und die dennoch jetzt als alte Menschen im Land der Täter leben, da mit ihnen gar nicht mehr gerechnet wird. Oft scheint man davon auszugehen, dass es sie gar nicht (mehr) gibt oder dass sie ausgewandert sind. Dabei handelt es sich hie auch nicht um eine homogene Gruppe, sondern eine Vielzahl unterschiedlicher Schicksale. So gehören hierzu insbesondere jüdische Menschen, aber auch Sinti und Roma, Homosexuelle, behinderte Menschen, religiös und politisch Verfolgte.

Gibt es **Empfehlungen** für die in den Versorgungssystemen der Altenhilfe Tätigen in Bezug auf diese Personengruppen? Ich denke, das Lesen authentischer Berichte und Literatur von Betroffenen ist sicherlich hilfreich. Dabei geht es sowohl darum, die Traumatisierungen und Beschädigungen auch emotional auf sich wirken zu lassen, als auch Ansätze für Handlungsfähigkeit wahrzunehmen. Für mich sind in diesem Zusammenhang die frühen, das heiß, die bereits unmittelbar nach der Befreiung aus den Konzentrationslagern geschriebenen Veröffentlichungen von Viktor Frankl (1946) „… trotzdem Ja zum Leben sagen“ und von Primo Levi (1947) „Ist das ein Mensch“, wie auch der 1975 geschriebene Roman des Literaturnobelpreisträgers Imre Kértesz „Roman eines Schicksallosen“ sehr empfehlenswert. Was manche Menschen im Konzentrationslager am Leben erhielt, war die

Hoffnung, das, was dort geschah, weiter zu erzählen. Wir sollten nicht nur das, sondern auch die Menschen, die noch berichten können, zur Kenntnis nehmen.

Ausgewählte Literatur

Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2006_). Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München/Basel: Reingardt/UTB.

Kruse, A. & Schmitt, E. (2000). Wir haben uns als Deutsche gefühlt. Lebensrückblick und Lebenssituatrion jüdischen Emigranten und Lagerhäftlinge, Darmstadt: Steinkopff.

Weitzel-Polzer, E. (2002). Demenz, Trauma und transkulturelle Pflege. Der komplexe Pflegebedarf in der jüdischen Altenpflege in Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35 (3), 190-198.

Wiesse, J. & Olbrich, E. (Hrsg.) (1994). Ein Ast bei Nacht kein Ast. Seelische Folgen der Menschenvernichtung für Kinder und Kindeskinder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.