



universität
wien

**Altersspezifische Folgeerscheinungen
von Shoah-Überlebenden eines jüdischen
Altersheims in Wien**

Diplomarbeit

zur Erlangung des Magistergrades der Philosophie
an der Fakultät für Psychologie

an der Universität Wien

eingereicht von
Filiz Somay

Wien, im Dezember 2008

Danksagung

Gewidmet den Personen, die den Verbrechen des Nationalsozialismus zum Opfer fielen und Denjenigen, die überlebt haben.

An erster Stelle gebührt den Bewohnern und Bewohnerinnen des Maimonides Zentrums Dank – ohne deren Bereitschaft und Offenheit diese Arbeit nicht hätte entstehen können. Sie sind Kern dieser Arbeit. Deren fesselnden Lebensgeschichten und Persönlichkeiten mich beeindruckt und inspiriert haben.

Besonderer Dank geht an den ärztlichen Leiter des Maimonides Zentrums, Herrn Primarius Dr. Schmid. Durch seine Professionalität und Wortgewandtheit, ist die erste Begegnung mit den Bewohnern und Bewohnerinnen des Hauses, besonders angenehm und humorvoll geworden.

Ebenfalls möchte ich mich für die Zusammenarbeit und Unterstützung bei der Rekrutierung bei Frau Dr. Grünberger und Frau Geredits, und ihrem beeindruckenden und überaus freundlichen multiprofessionellen Team, sowie bei Frau Dr. Ogris von der Tagesstätte, bedanken. Als auch bei allen PraktikantInnen des Hauses sei für die offene und freundliche Aufnahme Dank ausgesprochen.

Besonderen Dank geht an Herrn Prim. Dr. Vyssoki, für seine initiale Unterstützung und Kontaktaufnahme mit der Einrichtungsstätte.

Frau Dr. Lueger-Schuster, danke ich für das Teilen ihres umfassenden professionellen Wissens und Erfahrungsschatzes im Bereich Psychotraumatologie.

Ich danke auch meinem Vater, Dr. med. Canatay Somay, welcher an mich gedacht hat, und Kontakte hergestellt hat.

Für ihren kreativen und unkonventionellen Input bei der Konzepterstellung dieser Arbeit, danke ich meiner Mutter, Mag. phil. Irene Somay, sowie ihr stets offenes Ohr für meine Belange.

Abschließend möchte ich der Universität Wien danken, die es mir mit dem internationalen Austauschprojekt „Joint Studies“ ermöglichte, in Australien zu studieren, um mich für diese Diplomarbeit qualifizieren zu können.

„Es gibt etwas, das ihr mir nicht nehmen könnt:

meine Freiheit, wie ich auf das,

was ihr mir antut, reagiere.“

Viktor E. Frankl,

1944 im Konzentrationslager Auschwitz

INHALTSVERZEICHNIS

Danksagung.....	3
Einleitung	9
I THEORETISCHER TEIL	10
1. BEGRIFFSERLÄUTERUNGEN.....	10
1.1. Holocaust oder Shoah.....	10
1.2. Generationen an Shoah-Überlebenden.....	11
1.3. Statistische Zahlen der Shoah	13
2. DEMOGRAPHISCHER EINBLICK IN DIE JÜDISCHE POPULATION WIENS	13
2.1. Demographische Veränderungen der jüdischen Population Wiens 1934-1945....	13
2.2.1. child survivors unter 16 Jahre 1945.....	15
2.3. Jüdische Population Wiens aktuell (2001)	16
3. THEORETISCHE ANSÄTZE	16
3.1. Trauma versus Traumatisierung	16
3.1.1. Ätiologie, Epidemiologie und Komorbidität.....	17
3.2. Folgeerscheinungen von Traumatisierungen.....	18
3.2.1 PTSD – Die Posttraumatische Belastungsstörung.....	18
3.2.2. Komplexe PTSD.....	20
3.3. Überlebende - spezielles psychotraumatisches Syndrom.....	22
3.3.1. „Concentration Camp Syndrome“ & „Survivor Syndrome“ – frühe Beobachtungen	22
3.3.1.1. Psychologische Symptome	23
3.3.1.2. Psychophysische Symptome	27
3.3.1.3. Probleme im zwischenmenschlichen Bereich	33

3.4. Schutz- und Risikofaktoren der posttraumatischen Reaktionen auf die Shoah..	37
3.5. „Child Survivors“	41
3.6.1. Frühe Literatur und Forschung an CS	43
3.6.2. "Adult Child Survivor Syndrome" nach Dasberg	48
3.6.3. aktueller Forschungsstand	51
3.6. Entwicklungstheorien	52
3.6.1. Kognitive Entwicklung nach Jean Piaget	53
3.6.2. Bindungstheorien	55
3.6.3. Deprivation & Hospitalismus	58
3.6.4. Eriksons Theorie der Persönlichkeitsentwicklung	59
3.7. Der Prozess der Traumatisierung in Bezug auf das höhere Lebensalter	63
3.7.1. Der Effekt des Alterns auf Shoah-Überlebende	63
3.7.1.1. Inokulationstheorie	64
3.7.1.2. Vulnerabilitätstheorie	65
3.7.2. Lebensspannenbezogene Verläufe von PTSD	66
3.7.3. Reaktivierung des Traumas	67
II. EMPIRISCHER TEIL	69
4.1. Untersuchungsziel	69
4.2. Fragestellung	70
4.3. Hypothesen	71
4.4. Untersuchungsdesign	73
4.4.1. Versuchsgruppe	73
4.4.2. Variablenbeschreibung	74
4.4.2.1 Unabhängige Variable	74
4.4.2.2. Abhängige Variable	74
4.4.2.3. Moderatoren	75
4.5. Population & Stichprobe	76
4.5.1. Population	76
4.5.2. Stichprobe	76

4. 6. Methode	77
4.6.1.1. Informationsfragebogen zur Erfassung der soziodemografischen Informationen	77
4.6.1.2. PCL-C (PTSD-Checklist Civilian Version)	78
4.6.1.3. BSI-18 (Brief Symptom Inventory).....	79
4.6.1.3. S.D.Q.-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire).....	81
4.6.1.4. MMSE (Mini Mental Status Examination)	82
4.6.2. Durchführung der Untersuchung	82
4.7. Statistische Auswertungsverfahren	83
5 ERGEBNISSE	84
5.1. Deskriptive Darstellung	84
5.1.1. Stichprobenbeschreibung.....	84
5.1.2. Shoah-Expositionsskala.....	98
5.1.2.3. Posttraumatische Symptomatik	106
5.1.2.4. Somatisierungs-, Depressions- und Angstsymptomatik.....	109
5.1.2.5. Dissoziationssymptomatik.....	113
5.3. Hypothesenüberprüfung	116
5.3.1. Hypothese 1	116
5.3.2. Hypothese 2	116
5.3.3. Hypothese 3	117
5.3.4. Hypothese 4	118
5.3.5. Hypothese 5	118
5.3.6. Hypothese 6	119
5.3.7. Hypothese 7	120
5.4. Zusammenfassung der Ergebnisse	120
6. DISKUSSION	121
6.1. Diskussion, Interpretation & Schlussfolgerung	121
6.2. Limitationen & Ausblick für weiterführende Forschung	131

7. ZUSAMMENFASSUNG	134
8 LITERATUR	136
8.1. Abbildungsverzeichnis	143
8.2. Tabellenverzeichnis	144
8.3. Abkürzungsverzeichnis	145
9 ANHANG	146
9.1. Informed Consent	146
9.2. Testbatterie	147
9.3. Poster	166
9.4. Curriculum Vitae	167

Einleitung

Bei dieser Arbeit, geht es nicht nur darum, zu beweisen, dass es das unglaublichste man-made desaster der Menschheitsgeschichte, die Shoah, gegeben hat, sondern auch das Betroffene heute – mehr als 60 Jahre später – an den Folgen der Katastrophe leiden. Und somit stellt dies einen wichtigen Aspekt, sowohl in Bezug auf sogenannte „Holocaustleugner“, als auch in der Aufarbeitung der Shoah Österreichs, als ehemaliges „Täterland“, dar.

I THEORETISCHER TEIL

1. Begriffserläuterungen

1.1. Holocaust oder Shoah

Der Begriff "Holocaust" entstammt der griechischen Sprache und bedeutet übersetzt "vollständige Verbrennung". Dieser Begriff zur Bezeichnung des Antisemitismus, sowie des Genozids („Mord an nationalen, rassistischen oder religiösen Gruppen“ Duden Fremdwörterbuch, S 275) an der europäischen jüdischen Bevölkerung in der Zeit von 1933 bis 1945, und findet im angloamerikanischen Raum sprachliche Verwendung. Dieser hat sich jedoch inhaltlich als weniger treffend herausgestellt. Denn dem Terminus unterliegt eine religiöse Bedeutung. „Holocaust“ meint die „Verbrennung“ eines Opfers, das für Gott bereitet wurde. Im Hebräischen existiert der Begriff „Shoah“ oder auch „Schoah“. Dessen ursprüngliche Bedeutung „Katastrophe“ oder „Massenvernichtung“ ist (Uri, 2004; www.yadvashem.org, 13.01.2007), und seit dem Mittelalter in Verwendung findet, um „destruction“ – also die Unterwerfung - der europäischen JüdInnen (i. S. der Diaspora) zu bezeichnen. Seit den 1940er Jahren, fungiert jener, als übergeordneter Terminus für die Verbrechen an der jüdischen Bevölkerung durch den Nationalsozialismus.

Unter dem Begriff „Holocaust“, werden unterschiedliche Gesichtspunkte vereint, je nach Gruppierung. So gibt es Vertreter, die darunter die nationalsozialistischen Verbrechen an der europäischen jüdischen Bevölkerung in den Jahren 1933 bis 1945 meinen. Andere Gruppen zählen hierzu auch die Vernichtung weiterer Minderheiten, u.a. auch ethnische (www.yadvashem.org).

Unten angeführtes Zitat soll dies verdeutlichen:

"The Holocaust is commonly defined as the murder of more than 5,000,000 Jews by the Germans in World War II." There is a debate among scholars over whether the Holocaust only refers to Jewish victims, or to all groups targeted by the Nazis, or to some subset of those groups. All scholars agree that other groups were targeted by the Nazis, but not all believe that the victims are part of the Holocaust.

Donald L. Niewyk (2000). *The Columbia Guide to the Holocaust*, p.45.

Aufgrund des untreffenden Terminus „Holocaust“, soll auf jenen in der vorliegenden Arbeit verzichtet, und stattdessen der Begriff „Shoah“, verwendet werden.

1.2. Generationen an Shoah-Überlebenden

Eine Person, welche die grauenhaften Taten der Nationalsozialisten überlebt hat, gilt als Überlebende/r der Shoah.

Hass (1990) definiert folgendermaßen:

„Holocaust survivor refers to a person/ population that experienced the effects of the Holocaust first hand, either by means of concentration camp internment, or through hiding.“

(Hass, 1990, zit. in Wetter, 2000)

Eine zunächst von wissenschaftlicher Seite, aber auch im Hinblick auf Restitutionsanspruch, vernachlässigte Gruppe an Überlebenden stellen „child survivors“ dar. Dieser Gruppe an Überlebenden ist gemeinsam, dass sie abgesehen von den nationalsozialistischen Verfolgungserlebnissen, auch in den meisten Fällen den Verlust der Eltern erfahren haben. Grund für die Vernachlässigung dieser distinktiven Gruppe an Überlebenden, war zunächst die Annahme, dass Betroffene „zu jung gewesen seien, um sich an die Gräueltaten der Nazis erinnern bzw. daran „leiden“ zu können. Tatsächlich fand man später heraus (Beginn der 1980er Jahre; Dasberg, 2001), dass gerade ein junges Alter während der Traumatisierung sich schwerwiegender auf die posttraumatische Symptomatik auswirkt (Vyssoki et al., 2004). Diese Gruppe, auch wenn sie innerhalb homogener hinsichtlich der Anpassung an das Erlebte erscheint, (als im Vergleich zu älteren Überlebenden), teilen unterschiedliche traumatische Erfahrungen, die sie während der Shoah gemacht haben. Keilson (1977) führt jedoch an, dass sich v. a. zwei Ereignisse abgrenzen ließen. Diese waren das Überleben eines Konzentrationslagers bzw. eine andere Art von Lager (z.B. Arbeitslager, Vernichtungslager, etc.), oder das Überleben im Versteck. Dennoch sind hier die zahlreichen anderen möglichen Traumaerfahrungen nicht weiter angeführt (wie z.B. ständige Flucht, das Leben mit falschen Papieren, etc.) und sind dem empirischen Teil der Arbeit zu entnehmen.

Folgendes Zitat soll den Begriff „child survivor“ (CS) genauer abgrenzen:

„We defined a child survivor as any Jewish child who survived in Nazi-occupied Europe by whatever means, whether in hiding, or as a fighter, or in the camps. To be considered a child, the survivor should have been no older than 16 at the end of the war.“ (Krell, 1985; S 398)

Bezüglich der Altersgrenze um zu der Gruppe der „child survivors“ zu zählen, liegen unterschiedliche Ansichten vor. Wie aus dem oben angeführten Zitat hervorgehend, sieht Krell 16 Jahre als obere Altersgrenze von „child survivors“, bei Keilsons Stichprobe war jene 18 Jahre, bei Kellermann ebenfalls, sowie bei Lempp sogar 21 Jahre. In der vorliegenden Arbeit wird Bezug auf Keilson und Kellermann genommen.

Im Folgenden, sind nun weitere Generationen an Überlebenden angeführt, zum Zwecke des besseren Verständnisses des Lesers, sowie der Verwendung jener Termini in weiterer Folge. Sie stellen jedoch nicht, wie die beiden oben genannten Gruppen, den Gegenstand der Untersuchung dar.

Unter den direkten Nachkommen von Überlebenden der Shoah, der sog. „Zweiten Generation“ ist nach Wetter (1998) folgendes zu verstehen:

„Second generation survivor refers to the primary offspring of the Holocaust survivor population“.

(Wetter, 2000; p11)

Unter „Holocaust Survivor“ ist die Definition, welche eingangs dieses Kapitels angeführt ist gemeint.

Bei der „Dritten Generation“, also den Enkelkindern, sind die Überlebenden nicht mehr direkte Vorfahren. Wetter definiert dies folgender Weise:

Third generation survivor refers to the offspring of the second generation survivor population. ...a third generation survivor is an individual whose grandparent(s) experienced and survived the Holocaust, and whose parents were not directly exposed to the experience.“

(Wetter, 2000, p11)

„Displaced Person“ bedeutet übersetzt aus dem Englischen, „eine verschleppte bzw. vertriebene Person“, und meint die Überlebenden der NS-Verfolgung kurz nach Ende des Zweiten Weltkrieges, die in sog. „Displaced Person Camps“ nach Kriegsende angesiedelt wurden. Diese „DP Camps“ waren unmittelbar nach dem Krieg bis hin zu den 1950er Jahre in Verwendung (mit Ausnahme von Föhrenwald, welches bis 1957 existierte) (www.yadvashem.org, 17.11.2008).

1.3. Statistische Zahlen der Shoah

Ungefähr 6 Mio. Juden sind den Verbrechen des Nationalsozialismus zum Opfer gefallen (<http://www.humanitas-international.org/holocaust/jwlosses.htm>; 13.01.2007, Hilberg, 2003, S 283-293;

<http://www.historyplace.com/worldwar2/holocaust/hstatistics.htm>, 03.12.2006).

Vor der NS-Verfolgung war Europa Heimat von mehr als 9 Mio. Juden.

Alleine in Österreich wurden 35% der jüdischen Bevölkerung während der NS-Besatzung ermordet – von den ursprünglich über 200.000 österreichischen Juden wurden 130.000 aus Österreich vertrieben, der Rest fiel der Shoah zum Opfer. Das entspricht einer Opferzahl von mindestens 65.000 österreichischen Juden. Nur 5.500 jüdische Personen überlebten – sei es durch „Mischehen“ oder als „U-Boote“ – die Shoah in Österreich (Neugebauer, W., 1999, zit. in Moser, J, 1999).

2. Demographischer Einblick in die jüdische Population Wiens

2.1. Demographische Veränderungen der jüdischen Population Wiens 1934-1945

Für die demographischen Veränderungen in der jüdischen Bevölkerung Wiens, sind zwei Fixpunkte gegeben: einmal die Ergebnisse der Volkszählung vom 22. März 1934 (Bibliotheksarchiv des statistischen Zentralamtes Wien, 5. 11. 2007) sowie jene der Volks-, Berufs- und Betriebszählung vom 17. Mai 1939 (Moser, J., 1999).

Der Zensus von 1934, ergab eine Zählung der jüdischen Population Wiens von 176.034. Der Übersichtlichkeit wegen, werden die Ergebnisse unten nochmals tabellarisch dargestellt.

Eine deutliche demographische Veränderung lässt sich bereits am 13. März 1938 beobachten, wonach der Stand der jüdischen Bevölkerung Wiens auf 167.249 abfiel.

Das bedeutet, dass zum Zeitpunktes des Anschlusses Österreichs an das Deutsche Reich, fast 10.000 Wiener JüdInnen vor dem übergreifenden Antisemitismus geflüchtet sind.

Ein Jahr darauf - noch vor dem Ausbruch des Zweiten Weltkrieges - ergab die Volkszählung vom 17. Mai 1939 eine Zahl der jüdischen Bevölkerung Wiens, von 92.982. Dazu muss angemerkt werden, dass die Ergebnisse jenes Zensus von 1939, als historisch einmalig betrachtet werden müssen, da die Zählung nicht nur nach Religionszugehörigkeit, sondern auch im Sinne der „Nürnberger Gesetze“ erfolgte.

Am 1. Oktober 1940, wurden bereits nur noch 47.292 jüdische BewohnerInnen in Wien gezählt. 3006 davon waren unter 18 Jahre alt. Die Zahl sank weiter ab, wobei am 30.6.1941 Wien nur noch 44.374 jüdische BürgerInnen zählte. Im Jahr 1942 konnte ein drastischstes Gefälle, der zur Deportation oder Emigration gezwungenen jüdischen BewohnerInnen Wiens, verzeichnet werden - wonach Anfang des Jahres, am 1.1.1942 noch 35.013 Juden und Jüdinnen gezählt wurden, gegen Ende des Jahres, am 31.12.1942, hingegen nur noch 3.044. Fast 30.000 jüdische BewohnerInnen Wiens sind im Jahre 1942 deportiert worden. In gesamt Österreich, konnten am 31.12.1942 nur 8.053 österreichische JüdInnen gezählt werden. Für die beiden Folgejahre, liegen die Statistiken der jüdischen Bevölkerung, nur auf gesamt Österreich bezogen vor (vgl. Moser, J, 1999, S 51). So ergeben sich für die Jahre 1943 und 1944 eine Zählung der jüdischen Bevölkerung Österreichs von 6.237 am 31.12. 1943 und von 5.682 am 31.12.1944.

Zu Kriegsende, genauer kurz davor, am 15. April 1945, betrug der Stand der jüdischen Population Österreichs **5.512**.

Der Bericht der statistischen Berechnung der jüdischen Bevölkerung nach dem Krieg, vom 31.12.1945, welcher mit Hilfe der Israelischen Kultusgemeinde gelang, hatte Folgendes zum Inhalt:

„Im Gebiete der Republik Österreich befinden sich 3.955 Glaubensjuden, die hier ihren ständigen Wohnsitz haben. Eine genaue Aufgliederung nach Provinzen und Großstädten ist zur Zeit nicht möglich, jedoch kann mit großer Sicherheit angenommen werden, dass sich in den verschiedensten Provinzen nur ganz wenige versprengte, jüdische Familien aufhalten.“

„Am 13. März 1938, dem Tage der Annexion Österreichs durch das Deutsche Reich, befanden sich auf dem Gebiet 185.246 glaubensjüdische Seelen.“

Tabelle 1: Demografie der jüdischen Bevölkerung Wiens und Österreichs von 1934-1945

Datum	Jüdische Bevölkerung Wiens
22.3.1934	176.034
13.3.1938	167.249
17.5.1939	92.982
1.10.1940	47.292
30.6.1941	44.374
1.1.1942	35.013
31.12.1942	3.044
Datum	Jüdische Bevölkerung Österreichs
31.12.1943	6.237
31.12.1944	5.682
15.4.1945	5.512

(Quelle: Moser, J., 1999, Demographie der jüdischen Bevölkerung Österreichs 1938-1945; Volkszählung von 1934: Statistisches Zentralamt Wien)

Anhand der drastisch abfallenden Bevölkerungszahlen, kann abgelesen werden, wie die jüdische Bevölkerung systematisch aus dem öffentlichen, gesellschaftlichen und sozialen Leben, als auch dem Gesundheits- und Wohlfahrtswesen, ausgegrenzt wurde (Böhler, R. S 280; In Berger, E., 2007). Besonders am Beispiel Wiens wird die „radikale und schnelle Ausgrenzung hin zur vollständigen Isolierung“ der jüdischen Bevölkerung ersichtlich (Böhler, 2007).

2.2.1. child survivors unter 16 Jahre 1945

„Mehr als 50% der heute noch lebenden Opfer der Shoah waren am 30. April 1945 nicht älter als 14 Jahre alt.“ (Vyssoki et al., 2004)

2.3. Jüdische Population Wiens aktuell (2001)

Von den 130.000 aus Österreich vertriebenen Juden und Jüdinnen, die sich ins nicht besetzte Ausland retten konnten, waren noch bzw. sind wieder rund 2200 in Österreich (Talos, 2001).

Die Ergebnisse des Zensus vom 15. Mai 2001, ergaben eine Bevölkerungsanzahl der in Wien lebenden jüdischen Personen (nach Religionszugehörigkeit) von **6.988**.

Von jener Bevölkerungsanzahl, sind **471** Personen über 60 und unter 70 Jahre. In der Gruppe der über 70 bis 79-jährigen finden sich **616** Personen mit israelitischem Religionsbekenntnis.

Da in der vorliegenden Untersuchung jüdische Personen im Alter ab 63 Jahren, welche die Shoah als Kinder, Jugendliche bzw. junge Erwachsene erlebt haben, rekrutiert werden sollen, stellen die oben genannten Bevölkerungszahlen die Population der geplanten Untersuchung dar.

3. Theoretische Ansätze

3.1. Trauma versus Traumatisierung

Der Begriff „Trauma“ entstammt der griechischen Sprache und bedeutet übersetzt „eine Wunde die aufbricht“, wobei hier die organische Komponente, nach einem physischen Einwirken auf den Organismus, gemeint ist (Lueger-Schuster, 2004, S49; in Friedmann et al., 2004).

In der Psychologie bedeutet Trauma, das Erleben eines realen Ereignisses, in dem sich das Individuum schutz- und hilflos gefühlt hat, und gewohnte Coping- (das sind Verarbeitungsstrategien) oder Abwehrmechanismen scheiterten (Lueger-Schuster, 2004, S49).

Als Folge entsteht automatisch Angst, die als nicht kontrollierbar erlebt wird, und als weitere Konsequenz kurz- oder langfristige psychische Störungen.

Traumatisierung wird als Prozess verstanden, und setzt sich nach der Erfahrung des traumatischen Erlebnisses hinfort – während Trauma am Anfang steht und das Ergebnis der Traumatisierung darstellt (Lueger-Schuster, 2004).

3.1.1. Ätiologie, Epidemiologie und Komorbidität

Ursache bzw. auslösender Stressor können verschiedener Art sein, wie weiter unten ersichtlich wird. Charakteristisch ist, das plötzliche Auftreten eines Ereignisses, das von ungeheuerem Ausmaß auf die Person einwirkt, und ihre Anpassungsfähigkeiten überfordert. Es ist dies eine „*massive leidvolle seelische Erschütterung*“ (Friedmann, 2004, S 11), die auf das unvorbereitete Individuum einwirkt. Art und Schweregrad des Psychotraumas können von unterschiedlichem Ausmaß sein, als auch die Verursachung. Es geht um die Bedrohung der eigenen Existenz bzw. auch um das Beobachten der Androhung der Unversehrtheit von bekannten oder fremden Personen. Zusätzlich, lässt sich die Verursachung des Psychotraumas in von Menschen evozierte und akzidentielle, also von der Natur verursachte, unterteilen. Bei „**man-made disaster**“ ist v.a. ausschlaggebend, wie nahe Opfer und Täter im Verhältnis zu einander gestanden haben. Als auch wie massiv das Trauma war, und in welchem Ausmaß, die davor existierende Basisvertrauenslage zerstört wurde (Friedmann, 2004). Bei den „**nature-made disaster**“ spielt das Ausmaß (z. B. die Intensität eines Erdbebens) und die Unerwartetheit der Katastrophe bedeutende Rolle.

Studien zur Epidemiologie der posttraumatischen Belastungsstörung, sind nicht uneingeschränkt aufzufassen bzw. teilweise schwer erhältlich. Zum einen liegt dies, an den verschiedenen Ursachen von Traumata, zum anderen an der Abhängigkeit des kulturellen Kontextes.

So spiegelt sich, diese Kulturabhängigkeit, in der Untersuchung von Liebermann (2003) über die Prävalenz der PTSD wider: Höchste Prävalenzrate mit 37,4% weist Algerien auf, gefolgt von Kambodscha (28, 4%), danach Gaza und Äthiopien mit jeweils 15,8%, Kanada (11,3%), USA mit 7,8% und Deutschland mit 1,3% an PTSD leidenden Personen. Wie bereits angesprochen, ist hier der interkultureller Vergleich nicht sinnvoll, letztendlich, wegen der sozialpolitischen, rechtlichen und historischen Aspekte einer jeden Nation in Bezug auf das Trauma.

Im Grunde, kann „*jeder jederzeit von einem Psychotrauma betroffen sein.*“ (Friedmann, 2004, S 14). Studien über die Verbreitung von PTSD weisen eine Lebenszeitprävalenz – das heißt die Wahrscheinlichkeit irgendwann im Laufe des Lebens (einer zivilen Person) an einer PTSD zu erkranken – von 7.8% (Breslau et al., 1998; zit. in Friedmann, 2004). Und die Wahrscheinlichkeit an einer PTSD zu leiden, als Folge eines Psychotraumas, beträgt 9.2% (Friedmann, 2004). Dies ist jedoch abhängig, von der Art des Traumas. Z. B. zeigen nach sexuellem Missbrauch 57% der Betroffenen PTSD-

Symptomatik, nach Gewaltverbrechen ein Viertel (Mc Farlane et al., 1996; zit. in Friedmann, 2004) und bei Verkehrsunfällen nur noch 10% innerhalb eines Jahres (Kuch et al., 1996). Niederland führte an, dass ungefähr 85% ihrer Stichprobe an Überlebenden der Shoah PTSD-ähnliche Symptomatik aufwiesen.

Abschließend, sei noch folgende Statistik, zur Anregung angeführt, dass von 100 Trauma-Opfer, lediglich 9.2% an einer PTSD erkranken (Breslau, 1993, zit. in Friedmann, 2004). Folgende Statistik regte und regt v.a. Forschung im Bereich der Schutz- und Risikofaktoren bei traumatischen Erlebnissen, als auch die Resilienzforschung, an.

Bezüglich der Komorbidität zeigt sich ein Spektrum an möglichen einhergehenden Erkrankungen mit der PTSD.

Bei somatoformen, Ess- und Borderlinestörungen liegen Daten zu vorhergehender sexueller Gewalt vor (Friedmann, 2004). Auch in Zusammenhang mit der dissoziativen Identitätsstörung, wird in 95% der Fälle eine physische oder sexuelle Gewalteinwirkung angeführt. Vor allem aber wird, in Bezug auf die Komorbidität, über Angststörungen, Depressionen und Substanzmissbrauch berichtet (Friedmann, 2004). Depression und Dysphorie zeigen sich häufig bei Shoah-Überlebenden (Krystal, et al., 1991).

Aber nicht nur Depression, sondern auch - oft damit verbunden - suizidale Tendenzen, werden in Zusammenhang mit PTSD diskutiert.

Abschließend, sei noch auf sogenannte „Begleitpsychosomatosen“ (Friedmann, 2004) hingewiesen. Dies sind Resultate psychischer Traumatisierung, die lange Zeit unbehandelt sich in Form von Störungen v.a. des Herz-Kreislaufsystems, Magen-Darm-Traktes, etc. äußern können. Siehe Kapitel „psychophysische Symptome“.

3.2. Folgeerscheinungen von Traumatisierungen

3.2.1 PTSD – Die Posttraumatische Belastungsstörung

PTSD wird nun in der vorliegenden Arbeit synonym für die Posttraumatische Belastungsstörung verwendet. Die ursprüngliche Bedeutung kommt aus dem Englischen, und resultierte aus der vollständigen Bezeichnung „posttraumatic stress disorder“. Sie zählt zu den möglichen Reaktionen auf traumatische Erlebnisse.

Nach dem internationalen Klassifikationssystem der American Psychiatric Association, dem *DSM-IV* (der 4. korr. Auflage von 1994) wird folgendes Klassifikationsschema in Bezug auf PTSD vorgesehen:

A **Ereigniskriterium** – die Person hat ein traumatisches Ereignis erlebt, das beide der folgenden Kriterien erfüllt:

- (1) Die Person erlebte oder beobachtete ein oder mehrere Ereignisse, in der eine potentielle oder tatsächliche Todesandrohung, ernsthafte Verletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen geschah,
- (2) Die Person reagierte mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken.

B Symptomgruppe (mindestens ein oder mehrere Kriterien müssen zutreffen):
Erinnerungsdruck

- (1) Intrusion
- (2) Belastende, wiederkehrende Träume bzw. Alpträume
- (3) Nachhallerlebnisse (Illusionen, Flashbacks, d.i. das Wiedererleben früherer mit dem Trauma assoziierter Gefühlszustände, etc.)
- (4) Belastung bei Exposition durch Hinweisreize
- (5) Physiologische Reaktion bei Erinnerung

C Symptomgruppe: **Vermeidung und emotionale Taubheit** (mind. 3 Kriterien zutreffend)

- (1) Gedanken- und Gefühlsvermeidung
- (2) Aktivitäts- und Situationsvermeidung
- (3) (Teil-)Amnesien
- (4) Interessensminderung
- (5) Entfremdungsgefühl bzgl. Anderen
- (6) Eingeschränkter Affektspielraum
- (7) Eingeschränkte Zukunft

D Symptomgruppe: **chronische Übererregung** (mind. 2 Kriterien zutreffend)

- (1) Insomnien (sowohl Einschlaf- als auch Durchschlafschwierigkeiten)
 - (2) Erhöhte Reizbarkeit
-

-
- (3) Konzentrationsschwierigkeiten
 - (4) Hypervigilanz
 - (5) Übermäßige Schreckreaktion (startle response)

E Dauer der Symptome (B-D) mehr als ein Monat

F Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen.

3.2.2. Komplexe PTSD

V. a. bei schwerwiegenden traumatischen Erlebnissen, sog. Typ-II-Traumata (Kriegstraumata, Geiselhaft, KZ-Haft etc., siehe www.ncptsd.org) kann es zu langfristigen Veränderungen und Symptomen kommen.

Im ICD-10 (dem Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation) wird hier der Fachbegriff „andauernde posttraumatische Persönlichkeitsveränderung“ vorgesehen.

Judith Herman (1992) trifft die Unterteilung „komplexe PTSD“, sowie van der Kolk (1992) und Meichenbaum (1994) die Unterscheidung als Störung durch Extrembelastung (disorder of extreme stress) trafen.

Im Folgenden soll nun näher auf Hermans Kategorisierung der komplexen PTSD (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified, DESNOS) eingegangen werden, weil ihre Klassifizierung näher an das Trauma, das Child Survivors erlebt haben, herankommt (Kellermann, 2001). Valent (1994) verglich CS der Shoah mit anderen traumatisierten Kindern, und fand heraus, dass die Subgruppe an Überlebenden ein „in vielerlei übereinstimmendes klinisches Bild zeigten“ (Kellermann, 2001).

Im DSM-IV werden spezielle Formen des Traumas, wie z.B. Traumatisierung durch Unterwerfung unter ein totalitäres Regime (Folter), Geiselhaft, KZ-Haft etc. nicht explizit angeführt. Weiter haben Klinische Psychologen, Psychiater sowie andere Professionellen auf dem Gebiet der Psychotraumatologie, immer mehr den Eindruck, dass die aktuelle Klassifizierung der PTSD den Reaktionen bei länger andauernden, chronischen Traumaerfahrungen nicht gerecht wird. Jene Extrembelastungen führen, nach Herman, auch zu speziellen traumatische Reaktionen. Charakteristisch für jenes Trauma ist, dass das Opfer lange Zeit in Gefangenschaft bzw. Kontrolle des Täters war und keine Möglichkeit hatte zu fliehen (www.ncptsd.org, 29.05.2007).

Folgende Symptome sind nach Herman (2003) bei der komplexen PTSD ausschlaggebend:

1. Die Person war über einen längeren Zeitraum (Monate bis Jahre) totalitärer Herrschaft unterworfen, wie z.B. Kriegsgefangene, Überlebende von Konzentrationslagern, Geiseln, u.v.m.
2. Störungen der Affektregulation (anhaltende Dsyphorie, chronische Suizidgedanken, Selbstverstümmelungen, aufbrausende oder extrem unterdrückte Wut, zwanghafte oder extrem gehemmte Sexualität)
3. Veränderungen des Bewusstseins (Amnesie oder Hypermnesie, temporäre dissoziative Phasen, Depersonalisation bzw. Derealisation, Intrusionen oder ständige grüblerische Beschäftigung mit dem traumatischen Erlebnis)
4. Gestörte Selbstwahrnehmung (Gefühle der Ohnmacht bzw. Lähmung, Scham und Schuldgefühle, Gefühle der Stigmatisierung und Entfremdungsgefühle)
5. Veränderte Täterwahrnehmung (übermäßige Beschäftigung mit der Beziehung zum Täter, u.a. auch Rache, Zuschreibung einer Allmächtigkeit des Täters, Idealisierung, Gefühl einer besonderen oder übernatürlichen Beziehung, Übernahme des Überzeugungssystems des Täters)
6. Beziehungsprobleme (Isolation und Rückzug, gestörte Intimbeziehungen, Misstrauen, Unfähigkeit zum Selbstschutz und wiederholte Suche nach einem/r Retter/in)
7. Veränderungen des eigenen Wertesystems (Verlust von Glaubensinhalten oder das Gefühl der Hoffnungslosigkeit bzw. Verzweiflung)

Zusätzlich, wird auch oft beobachtet, dass Überlebende solcher Extrembelastungen, Gedanken oder das Kommunizieren über das Trauma, weil es zu unangenehmen Gefühlen führen würde, vermeiden. Weiter, besteht Alkohol- und Substanzmissbrauch, sowohl als Vermeidungsverhalten als auch als Coping, um Gefühle des Traumas zu betäuben. Zuletzt, wird auch über selbstverletzendes Verhalten berichtet (Whealin & Slone, www.ncptsd.org, 29.05.2007).

Diese Einteilung der komplexen PTSD, stellt nun den Übergang zum nächsten Kapitel, in dem es speziell um die psychosozialen und physischen Symptome bei Überlebenden der Shoah geht, dar.

3.3. Überlebende - spezielles psychotraumatisches Syndrom

3.3.1. „Concentration Camp Syndrome“ & „Survivor Syndrome“ – frühe Beobachtungen

Nicht nur, dass die Shoah als unglaublichstes man-made disaster, in die Geschichte eingegangen ist, hat auch deren Erforschung der Auswirkungen, ein Umdenken in der Betrachtungsweise psychischer Probleme innerhalb der wissenschaftlichen Psychologie und Psychiatrie, veranlasst. Weg von einem Denken, dass über die Zeit andauernde psychische Beeinträchtigungen, vorwiegend durch Entwicklungsprobleme oder physischen bzw. chemischen Hirnschädigungen determiniert sah, hin zu einer Sichtweise, dass traumatische Erfahrungen auch zu langfristigen Folgeerscheinungen führen können. Formulierungen, wie „Survivor Syndrome“, werden zum Vorläufer der Klassifizierung der Posttraumatischen Belastungsstörung, PTSD.

Niederland hat 1968 das „Überlebenden Syndrom“ („Survivor Syndrome“) beschrieben. Demnach zeigten Überlebende der Shoah seiner Stichprobe folgende Symptomatik.

- Angst
- Störungen des Gedächtnisses und kognitiver Funktionen
- Chronische depressive Zustände
- Tendenz zur Isolation
- Psychotische bzw. psychotisch anmutende Handlungen
- Identitätsstörungen
- Psychosomatische Beschwerden
- Erscheinungsbild einer „lebenden Leiche“

Eitinger (1962), benutzte den Begriff „Concentration Camp Syndrome“, um bei 85% ihrer Stichprobe an Shoah-Überlebenden, PTSD-ähnliche Symptomatik zu beschreiben (zit. in Baranowsky et al., 1998). Auch hat sich in den Untersuchungen oben genannter Autoren, sowie bei Kuch & Cox gezeigt, dass die Symptomatik proportional mit dem Schweregrad des Traumas einhergeht. So fanden Kuch und Cox, in einer Metaanalyse von Daten von 124 deutschen Akten von Holocaust-Überlebenden, dass jene, die in einem Konzentrationslager inhaftiert waren, stärkere Symptomatik zeigten, als NS-Opfer, die in der Zeit des Nationalsozialismus in Europa auf der Flucht gewesen waren.

Matussek (1961, 1975) untersuchte seine Stichprobe von Shoah-Überlebenden sowohl psychiatrische Interviews, als auch physisch. Anhand Matusseks Ergebnisse, zeigte sich, bereits eine Sichtweise, dass traumatische Erfahrungen sowohl zu psychischen als auch physischen Beschwerden führen können, wobei noch bei Niederland rein psychische Symptome beschrieben wurden (Friedmann, 2004, S8). Der Großteil Matusseks Stichprobe, zeigte auch einen Symptomkomplex, ähnlich dem der heute vorliegenden PTSD. Er konnte bereits festhalten, dass die Erfahrungen der Shoah, zu tiefgreifenden Persönlichkeitsverformungen führen können (Friedmann, 2004, S8).

Bower (1994), geht ebenso wie seine Vorgänger (Eitinger, 1962; Niederland, 1968; Matussek, 1961; Cohen, etc.) von einem übergreifenden Syndroms bei der Beschreibung seiner Stichprobe aus. Der Autor betitelte auch das gefundene Syndrom mit „Concentration Camp Syndrome“. Bower (1994), fand fünf Kernsymptome (welche sich zu jenem Syndrom vereinen lassen) bei seiner Stichprobe, die anhand von 200 Aktengutachten bzgl. Restitutionsforderungen, entstammten. Die Stichprobe, teilte sich in 100 unter 16-jährige (welchen der Begriff CS gerecht werden würde) und 100 TeilnehmerInnen über 20 Jahre. Im folgenden sind die fünf Kernsymptome mit der jeweiligen Auftretenshäufigkeit für die zwei Altersgruppen angeführt.

- *Depression* (bei 66% der <16-jährigen und 76% der >20-jährigen)
- *Angst* (bei 55% der <16-jährigen und 52% der >20-jährigen)
- *Somatisierung* (bei 77% der <16-jährigen und 76% der >20-jährigen)
- *Intellektuelle Störungen* (bei 40% der <16-jährigen und 48% der >20-jährigen)
- *Kontaktaufälligkeiten* (bei 29% der <16-jährigen und 10% der >20-jährigen)

Der Autor führt an, dass diese fünf Kernsymptome, in ihrer Intensität variieren können. Auf jene sei in den jeweiligen Kapiteln (psychologische, psychophysiologische Symptome und zwischenmenschliche Probleme) näher eingegangen.

3.3.1.1. Psychologische Symptome

Hier sind eine Reihe von beobachteten Symptomen, unter anderem auch zu einem Syndromkomplex vereint (z.B. Eitinger, 1961, Niederland, 1968), anzuführen. Die systematischen Beobachtungen und Versuche der Kategorisierung von Symptomen bei Shoah-Überlebenden, haben letztendlich dazu geführt, dass die heute existente Klassifizierung der Posttraumatischen Belastungsstörung, in den beiden großen internationalen Klassifikationssystemen (ICD-10 und DSM-IV) vorliegt.

Im Anschluss, sind häufige Folgeerscheinungen bei Shoah-Überlebenden angeführt, und empirische Ergebnisse dazu vorgestellt.

Immer wieder werden Erfahrungen und Berichte von Überlebenden vorgebracht, welche die **Intrusionen** von Shoah-Opfern hervorheben. Auch in der aktuellen DSM-IV-Einteilung, findet sich der Begriff „Intrusion“ als ein Symptom des zweiten Clusters wider. Welcher am besten, durch unangenehme sich aufdrängende Gedanken oder Erinnerungen an das traumatische Erlebnis beschrieben ist. Das Charakteristische ist, das Unwillkürliche und Wiederkehrende dieser Erinnerungen an die Shoah.

Yehuda und Mitarbeiter (1997) untersuchten 70 Überlebende aus Konzentrationslagern und 30 NS-Opfer, die im Versteck überlebt hatten. Sie fanden, dass das Alter positiv mit intrusiven Gedanken oder Erinnerungen korrelierte. D. h. je älter, die oder der Überlebende während der Traumaeinwirkung war, desto eher die Wahrscheinlichkeit, dass Intrusionen eine Rolle in der aktuellen Symptomatik (50 Jahre nach Ende des 2. Weltkrieg) spielten. Die Autoren, bieten Erklärungsansätze an, warum ein jüngeres Alter bei der Traumatisierung mit weniger intrusiven Gedanken assoziiert ist. Laut Yehuda et al. (1997), müsse ein gewisses kognitives Niveau erreicht sein, d.h. eine entwickelte Sprache und Begriffsbildung, um intrusive Gedanken oder auch Alpträume über die traumatischen Erlebnisse, ausbilden zu können.

Nun könnten die unterschiedlichen PTSD-Symptome, bei jüngeren Opfern, sich eher in Form von somatischen und nonverbalen Symptomen ausdrücken (wie z. B in der Studie gefunden wurde Hypervigilanz, (Teil-)Amnesien, Entfremdungsgefühle).

Weiter, wird in Zusammenhang mit Shoah-Opfern neben Intrusion, auch über Alpträume und schlechte Schlafqualität berichtet.

Rosen et al. (1991), untersuchten 42 Shoah-Überlebende, 37 depressive PatientInnen und 54 gesunde Studienteilnehmer (alle zwischen 51-82 Jahren) mit dem „Pittsburgh Sleep Quality Index“ (PSQI) - ein Instrument zur Erfassung der subjektiven Schlafqualität und Feststellung eines Verdachtes einer Schlafstörung zur späteren polysomnographischen Abklärung. Es wird retrospektiv nach der Schlafsymptomatik des vergangenen Monats gefragt. Rosen und Mitarbeiter fanden heraus, dass Überlebende, eine dramatischere Beeinträchtigung der Schlafqualität hatten, als gesunde TeilnehmerInnen, in jeder der Subskalen des PSQI, aber erwiesen sich, als weniger schlafbeeinträchtigt als die depressiven PatientInnen. Dennoch, zeigte sich bei Shoah-Überlebenden im Vergleich mit sowohl den Gesunden als auch Depressiven,

dass sie signifikant häufigeres nächtliches Erwachen, ausgelöst durch Alpträume, plagten. Zusätzlich, fand man, dass Schlafstörungen und Häufigkeit der Alpträume positiv mit der Länge der Inhaftierung in ein Konzentrationslager, korrelierten.

Neben der bereits oben angeführten Symptome der PTSD, können zusätzlich noch folgende Symptome das Bild der Folgeerscheinungen bei Shoah-Überlebenden beherrschen (nach Friedmann, 2004; Joeffe, 2003; Beck, 2006):

1. Gestörte Affekt- und Impulssteuerung

Dazu zählen v.a. *depressive Zustände*, die nicht immer vorherrschend sind, sondern sich mit symptomfreien Perioden abwechseln. Auch scheinen solche Zustände, teilweise durch dysphorische Elemente, wie erhöhte Reizbarkeit und Zorn bis hin zu aggressiven Ausbrüchen, abgelöst zu sein. Hier sind, sowohl selbstdestruktives als auch fremdaggressives und suizidales Verhalten möglich. Depressive Zustände könnten u.a. auch, durch Gefühle der „Überlebensschuld“ (Levi, 1947; in Friedmann, 2004, S28) und nicht bewältigtes Trauern, auftreten (Beck et al., 2005).

Auch *Angstzustände*, werden sehr häufig im Zusammenhang mit Überlebenden der Shoah, genannt. Dies betrifft besonders Ängste vor erneuter Verfolgung und um die Sicherheit von nahestehenden Personen.

Abschließend, sei noch ein eingeschränkter Affektspielraum genannt.

2. Allgemeiner Sinn-, Wert- und Orientierungsverlust

Das Erleben von Entwertung der eigenen Person, die Sinnlosigkeit des Lebens, sowie eingeschränkte Zukunftsperspektive sind auch nicht seltene Belastungsreaktionen (Vgl. dazu Herman, 2003).

3. Gestörtes Identitätsgefühl

Überlebende haben das Gefühl für immer zerstört zu sein, und beobachten sich, oft, wie von außen (Depersonalisation). Sie sind sozusagen auf der Suche sich selbst wieder zu erleben.

4. Dissoziative Störungen

Diese können von Aufmerksamkeitschwierigkeiten bis zu qualitativen Bewusstseinsstörungen wie Amnesien, Lähmungen, Dämmerzustände und Parästhesien reichen.

Laure (2004) führt drei verschiedene Formen der Dissoziation als Folge schwerster frühkindlicher Traumatisierungen an.

- Primäre Dissoziation

Diese entsteht, mit dem überwältigenden Gefühl der Hilflosigkeit, der Bedrohung, sowie das Unvermögen, das Geschehene vollständig ins Bewusstsein zu integrieren. Sensorische und emotionale Komponenten bleiben dabei vom Bewusstsein isoliert.

- Sekundäre Dissoziation

Diese wird auch als „peritraumatische Dissoziation“ bezeichnet, und meint die Abspaltung von Körper und Geist, während das Geschehen aus Entfernung beobachtet wird. Dies stellt eine Bewältigungsstrategie dar, um das Trauma aushalten zu können, im Sinne einer Distanzierung.

- Tertiäre Dissoziation

Darunter werden deutlich von einander unterscheidbare Ich-Zustände, welche die traumatischen Erlebnisse beinhalten, verstanden. Auftreten können diese z. B. als „multiple dissoziierte Identitätsbruchstücke“ (Laure, 2004, S 145; zit. in Friedmann et al, 2004).

5. Störungen der sozialen Wahrnehmung und Interpretation

Auf Persönlichkeitsveränderungen z. B. im Hinblick auf das Sozialverhalten, lassen die häufigen aggressiven Züge bei Überlebenden schließen. Oft ist auch, eine gleichberechtigte soziale Interaktion, nicht möglich. Teilweise, kann es sogar zu einer veränderten Täterwahrnehmung kommen, in dem dieser idealisiert bzw. kopiert wird. (Im Falle der Überlebenden der NS-Verbrechen wäre z.B. „jüdischer Selbsthass“ zu nennen; Vgl. hierzu auch Judith Hermann, 2003).

Probleme mit Vertrauen und Intimität sind ebenso häufige Symptome, die aus dem traumatischen Verlust von Angehörigen im frühen Leben, und der Angst vor weiteren Verlusten resultieren, können.

6. Revictimisierungstendenzen

Nicht nur, selbstgefährdendes Verhalten, sogar fahrlässiges Risikoverhalten und eine unbewusste Aussetzung in Situationen, die mit dem Trauma Gemeinsamkeiten haben, spielen hier eine Rolle.

3.3.1.2. Psychophysische Symptome

Im folgenden Kapitel werden die Beziehungen zwischen körperlichen Symptomen und traumatischer Belastung (PTSD) behandelt. Vorwiegend werden hier die konzeptionellen Vorschläge von Arieh Shalev, sowie das Modell von Schnurr & Jankovski vorgestellt.

V.a. Beobachtungen der letzten Dekaden haben erkennen lassen, dass bei traumatischen Lebenserfahrungen immer wieder von körperlicher Problematik berichtet wird (Shalev, 2001).

Die Auffassung, dass Körper und Geist als Ganzes zu betrachten sind, hat auch dazu beigetragen, die Folgeerscheinungen bei traumatischen Ereignissen mehr von einer holistischen Perspektive zu betrachten. Und dazu gehört unweigerlich, die Beschäftigung und Anerkennung der physischen Symptomatik.

Shalev, 2001, gliedert das Zustandekommen einer körperlichen Symptomatik als Folge von Traumata, in fünf mögliche Ursachen.

1. Als erstes, kann der *Körper als primärer Empfänger von äußeren Stimuli* verstanden werden. Sofortige physische Reaktionen auf traumatische Einwirkungen, können physische als auch psychische Langzeitreaktionen beeinflussen. Unter jenem Gesichtspunkt betrachtet, können abnorme körperliche Reaktionen, während des traumatischen Prozess, die Wahrscheinlichkeit der Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) erhöhen.
 2. Weiter, kann der Körper selbst Ort für verschiedene Vulnerabilitäten bei der traumatischen Reaktion darstellen.
 3. Der Körper, und auch das Gehirn, sind Speicherorte traumatischer Erinnerungen. Die Abrufbarkeit von gespeicherten Inhalten, ist von der Aktivierung von Netzwerken abhängig. Diese ist verändert, wenn Angst oder Vermeidung
-

vorliegen. Sog. aversives Lernen (Shalev, 2001, S 28), kann die Perzeption und Sensibilität eines Individuums für negative Körpersignale verstärken, und zu Phänomenen wie „Somatisierung“ führen.

4. Unter anderem kann der Körper bevorzugter Ort, für den Ausdruck von belastungsbezogenen Symptomen wie Kopfschmerzen, Muskelverspannungen, etc. sein.
5. Schließlich, kann das gesundheitsbezogene Verhalten einer traumatisierten Person, verändert sein, z. B. in jene Richtung, dass gesundheitsschädigendes Verhalten (wie Rauchen, Selbstvernachlässigung usw.) und mangelnde soziale Interaktion, die Beziehung von Traumaexposition, also einem Trauma ausgesetzt zu sein, und körperlichen Symptomen moderieren können.

Graphisch lässt sich dies folgender Maßen, nach dem Modell von Schnurr & Jankovski (1999), darstellen:

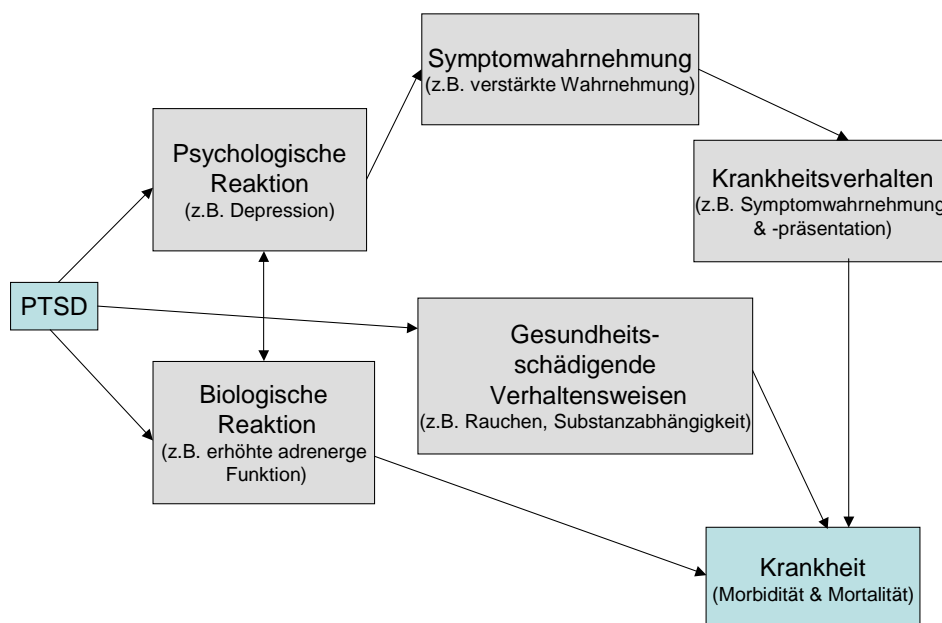


Abbildung 1: Mögliche Mechanismen, die PTSD mit körperlichen Krankheiten verbinden
(mod. nach Schnurr & Jankovski, 1999)

Im Anschluss sollen empirische Ergebnisse zu schlechter Gesundheit und körperlichen Symptomen bei Traumatisierung angeführt werden.

Hierzu gibt es eine Reihe, von groß angelegten Studien, wie z.B. bei Vietnamveteranen. Sowohl die National Vietnam Readjustment Study (Kulka et al., 1990; in Shalev, 2001), als auch die Vietnam Experience Study (The Centers for Disease Control, 1988; in Shalev, 2001) berichteten über schlechte Gesundheit bzw. Gesundheitsproblemen bei Vietnamveteranen im Vergleich zu Kriegsveteranen, die nicht in Vietnam gedient haben. Bei Zwillingspaaren (derselben Untersuchung), gab jener Zwilling mehr gesundheitliche Probleme an, welcher in Vietnam als Soldat gedient hatte.

Shalev und Mitarbeiter (1990), untersuchten 100 israelische Kriegsveteranen, drei Jahre nach dem Libanonkrieg. Veteranen mit PTSD-Symptomatik, hatten signifikant mehr gesundheitliche Probleme, wie (nach Häufigkeit geordnet) vorübergehende Blindheit, Schwindel/ Benommenheit, Tinnitus, Kopfschmerzen, Herzklopfen, usw. als im Vergleich zu ehemaligen Soldaten des Libanonkriegs ohne PTSD. Erfasst wurden, die körperlichen Symptome, anhand eines detaillierten Gesundheitsfragebogens, der selbst von der Testperson auszufüllen war. Eine, am gleichen Tag durchgeführte medizinische Untersuchung, der oben beschriebenen Stichprobe, ergab keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Morbidität. Mit Ausnahme an Über- und Untergewicht und starkem Rauchen. Alle drei Bereiche, waren deutlich erhöht in der Gruppe der Veteranen mit PTSD.

Zusammenfassend, lässt jene Studie von Shalev et al. (1990) erkennen, dass Kriegsveteranen mit PTSD drei Jahre nach dem Libanonkrieg mehr gesundheitsschädliche Verhaltensweisen und schlechtere körperliche Leistung, sowie gesteigerte Herzrate (bei einem körperlichen Leistungstest) aufwiesen.

Untersuchungen, die diagnostizierbare medizinische Krankheiten bei Trauma-Überlebenden belegen, sollen nun angeführt werden.

Subjektive Angaben von körperlichen Beschwerden bei Trauma-Überlebenden, zeigen sich oft inkonsistent mit medizinischen Befunden (Shalev, 2001, in Maercker et al., 2001).

Eine Studie von Shalev und Mitarbeitern, konnte keinen Zusammenhang von Traumatisierung und physischen Krankheiten aufzeigen. Der Autor führt als Kritik, das junge Alter der Stichprobe an, welches er, hauptverantwortlich, für die mangelnde Korrelation sieht. Untersuchungen bei älteren Trauma-Überlebenden (jene des 2. Weltkrieges), zeigten sehr wohl eine erhöhte Inzidenz, also dem Neuauftreten, von körperlichen Krankheiten (Beebe, 1975, Page, 1992, in Shalev, 2001).

Besonders betroffen, als komorbide körperliche Krankheiten bei PTSD, sind folgende Organ- und Gesundheitssysteme:

Störungen des Immun-, Hormon- und gastrointestinalen Systems, als auch neurologische Störungen, die Schilddrüsenfunktion betreffend, arteriosklerotische Herzerkrankungen, Infektionen und Hypertonie. Aber auch hier, konnte selbst bei Kriegsgefangenen, keine erhöhte Prävalenzrate in Zusammenhang gebracht werden (Shalev, 2001).

Bei Überlebenden von Konzentrationslagern, konnten spezifische medizinische Erkrankungen gefunden werden. Z. B. Eitinger (1973), fand bei ihrer Stichprobe, erhöhte Raten an Tuberkulose, sowie kardiovaskuläre, gastrointestinalen und respiratorische Störungen. Diese physischen Folgeerkrankungen bei KZ-Überlebenden, spiegeln auch die Umstände wider, in denen die Betroffenen zum Zeitpunkt der Traumatisierung, verharren mussten (z. B. Hunger und Infektionskrankheiten, mangelnde Hygienebedingungen). Diese resultierenden Gesundheitsprobleme, können sowohl als direkte Folge, der oben genannten Bedingungen, als auch als indirekte, durch zusätzliche belastende Bedingungen (während der Verfolgung), wie Isolation, Haft, Scheinexekution, entstanden sein (Shalev, 2001).

Zusammenfassend, lässt sich über den Anstieg der physischen Morbidität bei Traumatisierung, sagen, dass immer wieder über erhöhte Prävalenzraten berichtet wird, jedoch die zugrunde liegenden Mechanismen, bei der Entstehung unbekannt sind. Weiter, ist hier der Effekt der Resilienz oder Widerstandsfähigkeit einer Person zu beachten, welcher die Art und Weise, wie ein Trauma-Opfer auf das Trauma reagiert, moderieren kann.

An dieser Stelle seien physiologische PTSD-Symptome, sowie die Somatisierung bei Traumata, angeführt.

- Physiologische PTSD-Symptomatik

Nicht nur Eitinger (1961), Matussek (1961) und Chodoff (1975), beschrieben eine spezielle, u.a. auch körperliche Symptomatik, bei ihren Stichproben an Überlebenden der Shoah, schon Kardiner (1941), nannte traumatische Reaktionen verursacht durch Kriege „Physioneurosen“. Unter jenem Begriff, fasste er die beobachteten Angstzustände und erhöhte Schreckhaftigkeit, bei der von Kriegstraumata geprägten Stichprobe, zusammen (in Shalev, 2001; Hermann, 2003).

Heute existieren, in der vorliegenden Klassifikation der PTSD (sowohl in der Version des DSM-IV als auch des ICD-10) zwei relevante körperliche Symptome. Zum einen erhöhte physiologische Reagibilität bei Exposition zu Trauma-assoziierten Hinweismaterial, und zweitens eine übermäßige Orientierungsreaktion (verstärkter „Startle-Reflex“).

Weitere Forschung der physischen Reaktion bei PTSD, haben gezeigt, dass Traumatisierte, erhöhte körperliche Reaktivität bei chemischen, biologischen, physikalischen (z.B. Lärm), emotionalen und mentalen Stimuli zeigen, sowie verlangsamte Habituation (d.i. Gewöhnung) und höhere Lösungsresistenz einmal erworbener physiologischer Reaktionen (Shalev, 2001).

- Somatisierung

Bei jenem Konzept, geht es um den „*physischen Ausdruck des psychischen Leids*“ (Shalev, 2001, S40). Selten, kommt jedoch psychisches Unbehagen isoliert von körperlichem vor. Man veranschauliche sich die Symptomatik bzw. die subjektive Beschreibung der Symptome von PatientInnen mit Angststörungen. Es wird über Herzklopfen, Hitzewallungen, Mundtrockenheit, Erröten usw. berichtet - alles Reaktionen des autonomen Nervensystems.

So kann die Somatisierung als Kommunikation verstanden werden. Kommunikation des Opfers mit anderen, als auch mit sich selbst. Häufig werden bei traumatischen Erfahrungen, körperliche Erinnerungen gespeichert (z.B. der Aufprall bei einem Verkehrsunfall), diese physischen Erinnerungen, können auch unabhängig von der bewussten Erinnerung des Traumas vorkommen, und sich in einer körperlichen Symptomatik widerspiegeln.

Weiter sind traumatische Erinnerungen, und das hängt mit der Erscheinungsweise der PTSD-Symptomatik selbst zusammen, verdrängt bzw. sie werden aktiv und implizit verdrängt.

Der empirische Nachweis des Zusammenhang zwischen Somatisierungssymptomen und des Shoah-Traumas, ist bereits gut dokumentiert (Eitinger, 1962; Matussek, 1975; Amir et al., 2001). Im Anschluss sollen nun Studien, die sich mit der Somatisierungssymptomatik beschäftigt haben, angeführt werden.

Judith Hermann (2003), meint in diesem Zusammenhang: „*bei Untersuchungen von Überlebenden wurden praktisch immer psychosomatische Reaktionen diagnostiziert*“ (S 123).

Wie bereits eingangs des Kapitels erwähnt, stellt Somatisierung, das dritte von fünf Kernsymptomen des von Bower (1994) beschriebenen „Concentration Camp Syndrome“ dar. Hier sei angemerkt, dass Somatisierung, jenes Symptom war, welches am häufigsten in seiner Stichprobe repräsentiert war. 77% der unter 16-jährigen und etwas mehr als $\frac{3}{4}$ (76%) der über 20-jährigen litten unter Somatisierungssymptomen. Genauer: *„headaches, tiredness, weight loss or gain, appetite disturbance, sexual inadequacy, heart complaints, backache, abdominal pain“* (Bower, 1994, S 395).

Joeffe et al. (2003) und Brodaty et al. (2004) fanden bei ihren Stichproben an gealterten Shoah-Überlebenden aus Sydney u.a., dass jene im Vergleich zu den Kontrollgruppen (KG1: europäische Einwanderer, welche die Shoah nicht erlebten; KG2: parallelisierte KG, welche in AUS geboren wurde) signifikant mehr Kopf-, Bauch-, Rückenschmerzen, Schwindel, Muskelschwäche und Erschöpfung plagten.

Amir und Lev-Wiesel (2001) haben in ihrer Untersuchung bei CS bei denen die Identität bekannt war bzw. unbekannt war (z.B. jüdische Kinder bei denen die Identität während der Verfolgung zum Schutze gewechselt werden musste, wie z.B. bei der Adoption von christlichen Familien mit anschließender Taufe u.s.w.) gefunden, dass jene bei denen kein Identitätsbewusstsein vorlag, mehr somatische, aber auch psychologische, depressive und ängstliche Symptome zeigten. Die Autoren führen in der Diskussion an, ob vielleicht das Alter während der Traumatisierung ausschlaggebend, auf die spätere Folgesymptomatik sei? Diese Frage soll in der vorliegenden Untersuchung behandelt werden. Die Ergebnisse, der oben angeführten Studie, leiten bereits thematisch auf das nächste Kapitel über. Denn im Folgenden, werden interpersonelle Probleme als Folge der mangelnden Identitätsfindung thematisiert.

Weiter, können somatische Beschwerden den Alltag Trauma-Überlebender gestalten. Anhaltende physische Symptome wie, Kopf-, Rückenschmerzen, Müdigkeit und Muskelverspannungen, sind fortbestehende Begleiter posttraumatischer Reaktionen. Besonders jene, sind Ausdruck einer nervösen Überbelastung, das heißt adrenerger Erschöpfung, und chronischen Stress, in ursächlichem Zusammenhang mit der PTSD-Symptomatik eines erhöhten Arousal (Aktivierung).

In der vorliegenden Arbeit soll, Somatisierung als Form der Kommunikation über das Trauma, in Abhängigkeit vom Alter während des Traumas, untersucht werden. Somatisierung, welche möglicherweise als undifferenzierte bzw. wenig elaborierte Kommunikationsform aufgefasst werden kann, könnte somit Personen, die als Kinder das Trauma erlebt haben, vorbehalten.

3.3.1.3. Probleme im zwischenmenschlichen Bereich

„Lange Gefangenschaft zerstört alle zwischenmenschlichen Beziehungen und verschärft die Dialektik des Traumas. Der Traumatisierte schwankt zwischen intensiver Zuneigung und verängstigtem Rückzug“ (Hermann, 2003, S 131).

Überlebende haben große Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme, sowie bei der Erhaltung dieser. Diese Probleme basieren, wie zum Teil bereits aus dem einführenden Zitat ersichtlich, auf Misstrauen in andere Personen. Es ist nicht verwunderlich, dass nach dem Erleben extremer Traumata, wie das der Shoah, das Urvertrauen in die Welt und zu anderen Personen gestört ist (Chodoff, 1997). Eine Erklärung, für die Affektflachung in der Beziehungsgestaltung von Shoah-Opfern ist, deren Unterdrückung von aggressiven Impulsen, die während Extremsituationen und Erleben von großem Unrecht – wie der Internierung in ein Konzentrationslager – aufkamen (Chodoff, 1975).

Bowers (1994) Stichprobe an 200 Überlebenden, welche aus Akten von Restitutionsansprüchen hervorgingen, wurde in Überlebende geteilt, welche die Shoah als Erwachsene (über 20 Jahre) bzw. als Kinder (unter 16 Jahre) erlebt hatten. Es gab keine altersspezifischen Unterschiede, mit Ausnahme der letzten Dimension Kontaktschwierigkeiten, „contact abnormalities“. Hier zeigten Überlebende, die als Kinder die Verfolgung erfuhren, dreimal so häufig aggressives Verhalten, wie die Erwachsenengruppe. Als Erklärung für die stärkere Ausprägung an Aggressivität bei jüngeren Überlebenden, liefert Bower drei verschiedene Ansätze. Zum einen, wäre dies auf die starke Bindung zwischen Kindern und ihrer Bezugsperson zurückzuführen. Und somit eine stärkere emotionale Reaktion auf die Ungerechtigkeiten erklären würde. Zum anderen, könnte eine peritraumatische Bewältigungsmethode, welche sich über die Zeit hinweg als dysfunktional entwickelt hat, als Erklärungsansatz dienen. Ärger, gegenüber dem Wachpersonal im KZ, konnte fast nicht ausgelebt werden, und musste folglich unterdrückt werden. Dies stellte eine Überlebensstrategie dar, denn wer Unmut äußerte,

dem stand vielleicht der Tod bevor. Das lange Unterdrücken von aggressiven Impulsen, soll also zu einer fehlangepassten Expression des negativen Affektes geführt haben. Dieser Erklärungsansatz scheint sich auch mit Chodoffs (1975) Vorschlag zu decken. Als dritte Alternative zur Erklärung der hoch signifikanten Altersunterschiede des Aggressionsverhaltens bei Shoah-Überlebenden, führt Bower (1994) die unbewusste Identifizierung mit dem Aggressor (Wachpersonal) an. Dies stellt einen dynamischen Erklärungsansatz dar.

Die Ergebnisse sprechen nicht nur, für das altersspezifische Herangehen bei künftigen Untersuchungen, sondern auch, dass die frühe Traumatisierung einen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung nehmen kann. Personen, die früh erfahren haben, dass auf andere Menschen kein Verlass ist bzw. böse Absichten haben, werden in weiterer Folge auch wenig Vertrauen in andere haben (z.B. Hermann, 2003).

Auch Probleme bei der Identitätsfindung sowie Ablösung von den Eltern, werden in diesem Zusammenhang diskutiert. Die Beziehungsgestaltung innerhalb der Familie von Überlebenden, ist von dieser Erschütterung des Basisvertrauen, ebenso geprägt. So zeigen Eltern, welche die Shoah überlebt haben, gesteigertes Abhängigkeitsverhältnis (aber auch umgekehrt, d. h. auch ihre Nachkommen) und enormes Beschützungsbedürfnis (Beck, 2005; Van Ijzendoorn et al, 2003). Nachdem Shoah-Opfer tatsächlich Eltern, Geschwister, Verwandte, etc. verloren haben, ist einerseits deren übermäßige Sorge und Behütung der eigenen Kinder verständlich, andererseits hindert dies die Nachfolgeneration die eigene Identität zu finden, und sich von den Eltern abzulösen (Beck, 2005; Van Ijzendoorn et al, 2003; Wardi, 1994, Uri, 2004).

Dieser Ansatz ist auch interessant, von einer entwicklungspsychologischen Perspektive zu betrachten, besonders wäre hierzu Erikson (1950, 1992) hervorzuheben. Sein Ansatz zur Autonomieerlangung könnte hier Erklärungsmodell sein.

Zusätzlich, wird in diesem Zusammenhang, immer wieder von Beziehungsproblemen innerhalb der Ehe bzw. Partnerschaft gesprochen (Beck, 2005; Dasberg, 2002, etc.). Sehr anschaulich wird dies von Wardi (1994), in ihrem Buch über Überlebende und ihre Nachkommen, beschrieben. Sie führt an, dass Überlebende überstürzt neue Partnerschaften bzw. Ehen, als Kompensation der schmerzlichen Verluste von nahestehenden Angehörigen durch die Shoah, eingegangen sind (Wardi, 1994; Hass, 1995). Viele der Überlebenden kannten sich nicht besonders gut, als sie neue Bindungen eingingen (vgl. Wardi, 1994).

Bower (1994) beobachtete u. a., dass die gesamte Stichprobe seiner Untersuchung, Ehen mit Partnern/innen eingegangen waren, die ein „*ähnliches Verfolgungsschicksal erlebten*“ (Bower, 1994, S 394).

Aggression als biologisch determiniertes, aber auch sozial gelerntes Verhalten, ist hier in besonderem Maße als Problembereich der interpersonellen Kommunikation von Überlebenden hervorgestochen. So beschreibt Wardi (1994), die aufgestaute Wut von Shoah-Überlebenden, die sich als Problem im Alltagsleben erweist:

„Mit der eigenen Aggression und Wut zurechtzukommen, war für die Gruppe der Opfer während des Holocaust eines der schwierigsten Probleme. Jedes Äußern von Wut gegen die Nazis war so gut wie unmöglich, denn man setzte damit sein Leben aufs Spiel. Selbst das bloße Empfinden von Wut war für die Opfer zu bedrohlich, weil es Überreste ihres psychischen Gleichgewichts gefährdete. [...] Deshalb blieb den Opfern keine andere Wahl, als jeden Funken von Wut und Aggression in sich zu ersticken.“ (Wardi, 1994, S 176)

Aber auch nach dem Krieg, war es für Überlebende schwer, den inneren Zorn zu entladen, der sich über all die Jahre – sei es in der Gefangenschaft oder im Versteck etc. – angestaut hatte. So entstand, unweigerlich ein innerer psychischer Konflikt, der die „*Einstellung gegenüber der eigenen Aggressivität verzerrte*“ (Wardi, 1994, S 176). Dieser Konflikt äußerte sich einerseits, in einer unangemessenen Expression von Aggression im Alltag, andererseits in plötzlichen, unkontrollierten Wutausbrüchen. Auch Dasberg (2001) beschreibt in seinem Modell des „Adult Child Survivor Syndrome“, unangemessene Wutausbrüche und Schwierigkeiten bei der Kontrolle von aggressiven Impulsen.

Diese hier beschriebenen Probleme der Affektkontrolle, wurden von Wardi (1994) in besonderem Zusammenhang mit den Opferfamilien, wie sie Danieli (siehe weiter unten) zuvor beschrieben hat, bezogen.

Überlebende, die eine aktive oder auflehrende Rolle während der Verfolgungszeit einnahmen, hatten nicht das Problem der langfristigen Aggressionsunterdrückung. Durch das aktive, in die Hand nehmen des eigenen Schicksals, kommt es bei jener Überlebendengruppe, den Kämpfern, zu Erfolgsstreben. Diese Aktivität dient den

„Kämpfern“ als Abwehr gegen Depression. Häufig resultiert dieses Streben nach Perfektion, in einer Art Sucht (Wardi, 1994, S 180). Wardi führt diesbezüglich weiter an, dass bereits Niederland (1964) schwere körperliche Symptome dieser Arbeitssucht gefunden hatte. Aber auch Hazan (1977) spricht davon, dass zehn Prozent seiner Stichprobe mit dem Begriff „Workaholics“ zu vergleichen sind.

Die bereits schon erwähnten Ergebnisse von Yael Danieli (1981), betonen im Gegensatz zur Psychopathologie bei Shoah-Überlebenden (Chodoff, 1963, Eitinger, 1961, Niederland, 1968 etc.) die Adaptabilität (Anpassungsfähigkeit) und Variabilität der Symptome bei Überlebenden. Bezogen auf die interpersonelle Kommunikation, hat Danieli vier verschiedene Cluster an „Survivor Families“ beschrieben.

Jede der folgenden angeführten Kategorien, zeichnet sich durch einen bestimmten familiären Kommunikationsstil aus. D. h. wie innerhalb der Familie, mit den traumatischen Erfahrungen der Shoah umgegangen wird etc. Die Kategorisierung nach Danieli (1981), soll hier nun angeführt werden:

„The Victim Family“

Danieli zur Folge, ist das familiäre Klima geprägt durch Depressivität, Sorge, Misstrauen und Furcht. Als Folge dessen, tritt „Klammern“ innerhalb der Familie auf. Sorge um materielles und physisches Überleben sind vordergründig. Körperliche Symptome sind alltäglich, und werden auch dazu benutzt um chronischen Ärger auszudrücken, als auch um Familienmitglieder zu manipulieren und zusammenzuhalten. Generell, werden physische Krankheiten mehr akzeptiert als psychische. Das Erzeugen von Schuldgefühlen, ist wiederum eine Form um den Familienzusammenhalt aufrechtzuerhalten. Das Sicherheitsbedürfnis jener Familien, ist besonders groß, zumal auch die Eltern Misstrauen der Kinder gegenüber Außenstehende fördern.

„The Fighter Family“

„Fighter“ bezieht sich auf die Rollenausübung von Überlebenden, während der Shoah. Welche, obwohl sie Opfer waren, eine aktive Rolle, wie Widerstand und Überleben in Ghettos oder Konzentrationslagern, eingenommen haben. Die Atmosphäre der Nachkriegsfamilie, ist durch intensiven Drang produktiv zu sein oder Ziele zu erreichen, aber auch in Form von zwanghafter Aktivität, charakterisiert. Nach außen hin, wird das Bild „alles ist in Ordnung“ repräsentiert. Für jene Familien ist es wichtig, völlig über

die Kontrolle in allen Situationen zu verfügen. Krankheit - sei es physischer oder psychischer Natur – wird nur behandelt, wenn es sich zur Krise entwickelt.

„*The Numb Family*“

Durchdringendes Schweigen und Mangel an emotionalen Ausdruck, beschreiben diese Typisierung an Überlebenden-Familien. Die Eltern weisen ein minimales Niveau an Frustrationstoleranz auf, und sind bemüht sich gegenseitig zu schützen. Die Existenz der Kinder wird dazu angesehen, ebenfalls die Eltern zu schützen. Die Elternrolle, wird von Seiten der Eltern als vornehmlich finanzielle Unterstützung angesehen. Von den Kindern wird, im Gegenzug für die finanzielle Unterstützung, erwartet, dies als Zuneigung zu interpretieren. Kinder aus solchen Familien werden oft abgelehnt oder ausgeschlossen. Diese wiederum erleben ihre Eltern als distanziert, ablehnend oder „*alt*“.

„*Those who made it*“

Jene Familien zeichnen sich, besonders durch hohe Anforderungen und Bestrebungen in sozialer, politischer, höherer Bildung, Status, Ruhm und Wohlstand, aus. Es sind jene Familien, die als besonders assimiliert gelten.

3.4. Schutz- und Risikofaktoren der posttraumatischen Reaktionen auf die Shoah

Die im Folgenden angeführten Risikofaktoren, als auch protektive Faktoren, sind auf die Population der Shoah-Überlebenden bezogen. Dabei werden Faktoren angeführt, die sowohl *vor*, *während* oder *nach* dem Trauma eine protektive bzw. aggravierende Rolle übernehmen können. Aber auch auf altersspezifische Schutz- und Risikofaktoren, sei an dieser Stelle eingegangen.

Angemerkt sein noch, dass jene Risiko- bzw. Schutzfaktoren, sich nicht nur nach dem zeitlichen Aspekt gliedern lassen, sondern auch in Faktoren, welche die Person betreffen (subjektive) und in jene, die in Verbindung mit dem Trauma stehen (objektive).

Als erstes, ist hier der *Schweregrad* der Exposition *des Traumas* zu nennen. Je nachdem, welche *Art von Trauma* (Inhaftierung in ein Konzentrationslager, Arbeitslager, das Leben im Ghetto, im Versteck, unter falschen Papieren, ständiger

Flucht ausgesetzt sein, usw.) das Opfer überlebt hat, und wie lange es jenem ausgesetzt war, trägt zum Schweregrad des Traumas bei - und somit zu der Betroffenheit des Opfers.

Annahme hier ist, dass je schwerer das Trauma, desto schwerer die Traumafolgeerscheinungen. Bezogen auf die Shoah, wären Erfahrungen wie Vernichtungs-, Konzentrations-, Arbeitslager, gefolgt vom Leben im Ghetto oder Versteck, sowie dem der ständigen Flucht etc., zu nennen (Joeffe et al.).

Untersuchungen die dies empirisch belegen seien nun angeführt.

Eitinger (1961), die schon zuvor erwähnt wurde, hat bei ihrer Stichprobe an 100 Ex-Inhaftierten eines Konzentrationslagers, eine spezielle Symptomatik beobachtet, die auf 85% ihrer Stichprobe zutraf. Neben physischen und emotionalen Beschwerden, zeigten sich Affektprobleme und sog. „numbing“ (emotionaler abgeflachter Affekt und mangelndes emotionales Mitgefühl für andere), welche sie dann unter dem Begriff „Concentration Camp Syndrome“ vereinigte.

Ebenso, Matussek, 1975, der physische Untersuchungen und psychiatrische Interviews verwendete, um seine Stichprobe an Konzentrationslager-Überlebenden zu untersuchen, konnte zeigen, dass Überlebende PTSD-ähnliche Symptomatik aufwiesen. Es ist möglich, dass bis zu 52,5% Matusseks Stichprobe an einer PTSD litt (Baranowsky et al., 1998).

Erwähnenswert in Bezug auf den Schweregrad des Traumas ist, die Studie von Kuch und Cox (1992). Deren eindeutiges Ergebnis, das theoretische Konzept des Einflusses des Schweregrades des Traumas auf die posttraumatische Reaktion, nochmals hervorhebt.

Die Autoren haben 124 deutsche Akten an Holocaust-Überlebenden re-examiniert, und postuliert, dass wahrscheinlich 46% der Stichprobe eine PTSD aufgewiesen haben könnte (Baranowsky et al., 1998). Gleichzeitig fanden sie heraus, dass Überlebende des Vernichtungslagers Auschwitz dreimal eher eine PTSD entwickelten, als Überlebende, die nicht in einem Konzentrationslager inhaftiert waren.

Dies belegt sehr deutlich, dass die Art der Erfahrung und somit der Schweregrad, eine Rolle bei den posttraumatischen Reaktionen von Überlebenden spielen.

Die Sydney-Holocaust-Studie von Joeffe, Brodaty, Luscombe und Ehrlich (2003), untersuchte gealterte, zu Hause lebende Shoah-Überlebende aus Sydney, und verglichen jene auf verschiedenen Skalen der sozialen und alltäglichen Funktionsfähigkeit, selbstbeurteilten Gesundheitszustand (General Health Questionnaire), sowie Impact of

Events Scale (IES-R), etc., und fanden zusammenfassend, dass je höher der Schweregrad des Traumas, desto größer die psychische Beeinträchtigung.

Als weiteren Prädiktor der posttraumatischen Reaktion als Folge der Shoah, ist die *kumulative Traumatisierung* zu nennen. Wie bereits erwähnt, vollzieht sich der traumatische Prozess sequentiell, und mehrere traumatische Ereignisse können zu einer drastischeren Symptomatik führen. Es ist eben meist nicht ein singuläres Ereignis, dass die Traumafolgeerscheinungen auslöst, sondern das Zusammentreffen mehrerer traumatischer Erlebnisse. Hier ist als besonderen Vertreter und Wegbereiter dieser Anschauungsweise, Hans Keilson (1979), zu nennen. (Siehe Kapitel „Child Survivors“).

Bei „lifetime PTSD“, also die Wahrscheinlichkeit während der Lebensspanne an einer PTSD zu erkranken, spielt bei den Überlebenden vor allem *aktueller Stress* eine Rolle. Je größer, die aktuelle Belastung, desto eher wird sich eine PTSD entwickeln. Hier stellt sich nun auch die Frage, ob bei einer erhöhten Vulnerabilität, auch die Bewältigungsstrategien auf aktuellen Stress beeinträchtigt sind? Oder, ob sich aktueller Stress und Vulnerabilität gegenseitig beeinflussen?

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit betreffend, sei hier die Rolle des Alters in Zusammenhang mit der Reaktion auf das Trauma, zu nennen. Frühe bzw. früheste traumatische Erfahrungen, wirken sich nachteilig auf ein erfolgreiches, „symptomfreies“ Altern aus. Das bedeutet, dass je jünger das *Alter* bei der traumatischen Erfahrung, desto größer die Symptomatik bzw. die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer PTSD. Empirische Ergebnisse belegen dies.

So fanden Beck et al. (2006), dass selbst der Zeitpunkt der Kinderzeugung davon betroffen ist. Je früher, nach der Shoah mit der Kinderzeugung begonnen wurde, desto eher zeigen sich Anpassungsprobleme bei den Nachkommen.

Yehuda et al (1997) fanden, dass eine positive Korrelation zwischen Zeitpunkt (Alter) der Traumatisierung und Intrusion herrscht. D.h. je älter die Überlebenden waren, desto eher leiden sie aktuell an Intrusionen. Auf der anderen Seite, je jünger das Alter, desto mehr somatische und nonverbale Symptome (wie Amnesien, Hypervigilanz und Entfremdung) waren präsent.

Zuletzt sei noch erwähnt, dass bei Shoah-Überlebenden *Frauen*, stärker von den Folgeerscheinungen betroffen sind, und eher eine PTSD entwickeln als Männer. Zu überlegen bleibt, ob dies durch die soziokulturelle Erziehung und Repräsentation der

Rolle der Frau in Zusammenhang steht? Nachdem Muster, dass Frauen eher bereit sind Probleme einzugestehen und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Oder, ob tatsächlich Frauen von der Traumatisierung stärker eingenommen werden?

Die Untersuchung von Collins und Mitarbeitern (2004), untersuchte Gesundheitsstatus und Mortalität bei Überlebenden der Shoah aus Jerusalem. Ergebnisse dieser Studie waren, dass Frauen über höheres emotionales Leid und Männer über einen schlechteren (selbst eingeschätzten) Gesundheitsstatus berichteten, verglichen mit einer Kontrollgruppe, die nicht die Shoah miterlebte.

Jenes Ergebnis spricht dafür, dass Frauen ihr emotionales Leid bekunden, Männer jedoch dieses vielleicht über körperliche Symptome ausdrücken könnten?

Faktoren, die nach der Shoah, als relevant in Bezug auf die Anpassung an das Trauma sind, ist das „*post-war settlement*“, also die Umgebung, an jener man sich nach dem Krieg begeben hat. Soziale Anerkennung und Unterstützung in Bezug auf das Erlebte können sehr hilfreich in der Aufarbeitung des Traumas sein, und maßgeblich den Anpassungs- und Reintegrationsprozess von Shoah-Überlebenden beeinflussen (d.h. ob die NS-Verbrechen gesellschaftlich als Fehler anerkannt werden, und ob Maßnahmen zur Unterstützung, Aufarbeitung geleistet werden). Friedmann (2004) führte in diesem Zusammenhang, auch die Restitutionszahlungen einer Gesellschaft an die Opfer an. Hier ginge es, weniger um die materielle Wiedergutmachung, als eher das „offizielle“ und öffentliche Zugeständnis eines Unrechts.

Selbstverständlich, können auch ungünstige Persönlichkeitsfaktoren, die Reaktion auf das Trauma, moderieren. So z.B. ein hohes Ausmaß an „*Neurotizismus*“. Weitere subjektive Risikofaktoren sind, *niedriges Bildungsniveau, niedriger sozioökonomischer Status, das Angehören einer Minderheit, psychische Vorerkrankungen* (auch familiäre) (Friedmann, 2004). Diese letztgenannten Risikofaktoren können alle Personen betreffen, die ein Trauma erleben, und sind nicht typisch mit dem Trauma der Shoah assoziiert. Es sind auch jene, die schon *vor* der Traumaeinwirkung präsent waren.

Faktoren, deren protektive Rolle, bei der Anpassung an das Trauma, bestätigt ist, wären: *Kohärenzsinn*, d. h. sich zu einer Gruppe zugehörig fühlen, *Disclosure* (die Fähigkeit sich zu öffnen und über Probleme sprechen zu können), sowie *soziale Anerkennung*.

3.5. „Child Survivors“

Zweifelsohne, erleben Kinder und Erwachsene, Krieg bzw. Verfolgung auf unterschiedlicher Weise (Kellermann, 2001). Kinder sind verletzlicher als Erwachsene, und sind mit der Extrembelastung der Shoah unterschiedlich umgegangen – je nach Verfügbarkeit von kognitiven, sozialen, emotionalen, usw. Ressourcen. Da sie die Verfolgungserlebnisse in unterschiedlichen Stadien ihres kognitiven, emotionalen und persönlichen Wachstums erfahren mussten, durchlitten sie verschiedenartige Beeinträchtigungen und Formen von Entwicklungsstillstand.

Die Entdeckung und Anerkennung der „child survivors“ als eigene distinkte Gruppe der Shoah-Überlebenden, geht nicht weiter als zu den frühen 1980er Jahren zurück (Gordon, 2002; Dasberg, 2001). Grund dieser späten Anerkennung, der jüdischen Kinder als Überlebenden-Untergruppe, geht auf mehrere Ursachen zurück:

1) Kinder und Adoleszente, waren sehr bemüht in der Nachkriegszeit, der dritten traumatischen Sequenz Keilson zu Folge, einfach „normale“ Kinder sein zu dürfen. Ein hoher Anpassungsgrad war charakteristisch für überlebende Kinder bzw. Adoleszente, weil in neue Umgebungen gezogen wurde, oder sich an die Nachkriegszustände zu gewöhnen war etc. Diese hochgradige Adaptation, musste mit Einbußungen des inneren traumatisierten Seelenlebens dieser Kinder einhergehen. Sie versteckten und unterdrückten ihr Kindheitstrauma. Folgendes Zitat einer 19-jährigen-Überlebenden, die größtenteils während des Krieges in Lodz im Ghetto untergebracht war, soll das Bedürfnis schlichtweg Kind bzw. jugendlich sein zu wollen, verdeutlichen:

„Everybody knew tomorrow was not ours. Only with a miracle, maybe you would live. We made parties. We fell in love. I had those feelings too...It was exciting...But it was hard...You become so strong.“ (Hass 1992, S. 96)

2) CS haben eine Fähigkeit entwickelt, eine Trennung zwischen ihrer nach außen repräsentierten Belastbarkeit, und dem inneren verletzten Kind aufzubauen, und beizubehalten. Dies ermöglichte es jahrzehntelang, die Manifestationen ihres „Adult Child Survivor Syndrome“ zu missachten. Nur zu kurz, in den 1990er, wird den CS bewusst um ihre spezielle Situation; nämlich die Verfolgungstraumata in frühester

Kindheit erlebt zu haben. Und so forderten sie ihren Platz in der Geschichte, mit der „First International Convention of Hidden Child Survivors“ 1991.

3) Pflegeeltern oder im Falle des Überlebens der biologischen Eltern, waren diese während der Nachkriegszeit, ebenfalls sehr darauf bedacht „normale“ Kinder zu haben. Diese Erwartungen und der soziale Druck der (Pflege-)Eltern beeinflusste die Kinder, ihre eigenen Traumata zu vernachlässigen. Eltern betrachteten diese Kinder, als ihre einzige Hoffnung, nach den zahlreichen erlittenen Verlusten von Angehörigen.

4) In der medizinischen und psychiatrischen Versorgung, herrschte anfangs (nach 1945) nicht die Meinung, dass die Traumata der Shoah zu langfristigen Folgen führen könnten. V. a. auch Ärzte aus Deutschland (siehe Dasberg, 2001). Erst durch „die Psychiatrie der Verfolgten“ von Bayer et al. (1964), kam es zum Umschwung, in der Sichtweise der psychiatrischen Gesellschaften, dass die Verfolgungstraumata der Shoah sehr wohl zu zeitlich andauernden, sowie chronisch verlaufenden posttraumatischen Belastungsmuster, führen können.

Die Arbeiten von Nederland (1968) und Krystal (1968) sind an dieser Stelle erwähnt. Für die intensivere Auseinandersetzung mit den frühen Erkenntnissen des „Überlebendensyndroms“, sei an das Kapitel 3.3.1. verwiesen.

In Bezug auf child survivors, kann dieser Paradigmenwechsel in der Psychiatrie, in ähnlicher Weise verzeichnet werden. Nach 1980, begann die Änderung der Sichtweise, und erhielt sukzessive Akzeptanz innerhalb der Fachkreise (Dasberg, 2001).

- Jüdische Überlebende, die Kinder während des 2. Weltkrieges waren, sog. child survivors, haben erst kürzlich die Phase des Alterns erreicht. Reaktivierende Tendenzen, wie das von Dasberg vorgeschlagene „Adult Child Survivor Syndrome“, in Zusammenhang mit jenem Altersprozess, sind erst seit kurzer Zeit beobachtbar.

- Nicht zuletzt, blieben sie (CS) eine vernachlässigte Gruppe an Überlebenden, da sie sich selbst nicht als jene wahrnahmen. Einerseits, weil sie keine spezifischen Erinnerungen vorbringen konnten, und somit keine schrecklichen Gedanken an das Erlebte plagten. Andererseits, blieben sie vorerst unentdeckt, weil sie beim Vergleich mit anderen Überlebenden, die im KZ waren, sich als „gut davon gekommen zu sein“ beurteilten. Das Bewusstsein, dass gerade frühe traumatische Erfahrungen mit größerem

Ausmaß an Symptomatik einhergehen, war bei den Überlebenden selbst, nicht vorhanden.

3.6.1. Frühe Literatur und Forschung an CS

Literatur zum Thema CS, war zu Beginn der Forschung über die Shoah und deren Folgen, kaum vorhanden (Krell, 1993).

Erste Nachweise gehen auf Friedman (1949) zurück. Er konnte folgende Beobachtungen an Kindern, die sich 1946 in Zypern befanden, feststellen:

„Many of the children had this in common: they all displayed fatigue beyond anything which could be satisfactorily explained by their physical condition. But more striking characteristic was their emotional behaviour. Indeed, one could be astonished by the shallowness of their emotions, and this was true of all those who had been exposed to continuous danger, whether or not they had been in concentration camps. This shallowness came particularly to the fore when they recounted horrible experiences with a lack of expression and marked detachment, as if they were speaking of something very unimportant to them or of an experience that had been undergone not by themselves but by some stranger. This behaviour pattern, whether it be called numbness or “affective anaesthesia”, as the French psychiatrist E. Minkowski (1946) termed it, was undoubtedly the result of a powerful repression of fears and anxiety, a repression which had made it possible for them to withstand the repeated trauma of their daily lives.” (Friedman, 1949, S.84, zit. in Gordon, 2002)

Winnik (1968), veröffentlichte eine Fallstudie über eine über drei Jahre andauernde Analyse eines child survivors mit Geburtsjahr 1938. Winnik konnte psychosomatische, ängstliche und depressive Symptome beobachten, zusätzlich zeigte sich eine selektive Amnesie (und zwar in Bezug auf den Trennungsmoment vom Vater) und Probleme in intimen Beziehungen.

Anna Freud gemeinsam mit Dann, brachten in ihrem 1951 veröffentlichten Artikel „An Experiment in Group Upbringing“ ihre Eindrücke, der von ihnen studierten sechs CS zum Ausdruck. Hier handelte es sich, um sehr junge

Überlebende (durchschnittliches Alter von 3 Jahren), die ohne Mütter heranwuchsen und nach dem Krieg nach England verschifft wurden. Die Autoren beschrieben folgende Symptomatik:

...“hypersensitive, restless, aggressive and difficult to handle. They showed a heightened autoeroticism and some of them the beginning of neurotic symptoms. But they were neither deficient, delinquent, nor psychotic.”

(Freud, A. & Dann, 1951, S. 163, zit. in Gordon, 2002)

Die Ergebnisse Moskovitz Follow-Up-Studie (1983), an 24 CS, darunter auch jene die zuvor Freud und Dann (1951) behandelten, können folgender Maßen zusammengefasst werden:

Größtenteils seien jene zu liebevollen Erwachsenen herangewachsen, die nun selbst Familien gegründet und Kinder aufgezogen hatten. Trotzdem ließ sich aus den Interviews herauslesen, dass erwachsene CS noch immer die Verluste von Angehörigen, die der Shoah zum Opfer gefallen sind, sowie das Gefühl nicht zugehörig zu sein plagten. Diese Erinnerungen an früheste Trennungserfahrungen, schienen mehr ans Tageslicht zu gelangen, wenn das Umfeld (geografisch) gewechselt wurde (Gordon, 2002).

Robinson (1976), untersuchte Spätfolgen bei überlebenden Child Survivors, die sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in einem psychiatrischen Spital in Israel befanden. Robinson konnte anhand seiner Untersuchung demonstrieren, was zuvor fälschlicher Weise unbeachtet blieb, und seit knapp zwei Dekaden als Status quo auf dem Gebiet der psychiatrischen Sichtweise gilt (siehe Anfang des Kapitels). Er fand, dass je jünger das Kind während der Verfolgung gewesen ist, desto ausgeprägter waren die psychischen Beschwerden des Kindes im späteren Verlauf.

Keilson (1977), Pionier auf dem Gebiet der altersspezifischen Herangehensweise bei CS, untersuchte jüdische Kriegswaisen aus den Niederlanden. Er legte ein sowohl qualitatives als auch quantitatives Studiendesign an. Aus seinen Interviews und Beobachtungen an jenen 240 - inzwischen erwachsenen - Kriegswaisen, ließ sich eine spezielle Symptomatik in Abhängigkeit des Alters während der Traumatisierung vorhersagen. Das Alter, war nun Prädiktor der Folgesymptomatik. Wonach Kinder, die jünger während der Verfolgung waren,

eher charakterneurotische Züge zeigten. Waisen, die älter während der sequentiellen Traumatisierung waren, zeigten eher depressive Symptomatik. Die Prägung des Begriffes „sequentielle Traumatisierung“, geht ebenfalls auf Hans Keilson zurück. Darunter ist, nicht die Einwirkung von einem singulären Ereignis als traumatische Erfahrung gemeint, sondern das kumulative Einwirken von mehreren traumatischen Erlebnissen bzw. wiederholtes Trauma. Neben den Verfolgungserlebnissen, sieht Keilson v. a. die Trennung von den Eltern, insbesondere der Mutter, als gravierendsten traumatischen Einfluss auf das Kind.

Er teilte das traumatische Geschehen in drei sequentiell ablaufende Phasen.

1. Schockphase
2. Einwirkungsphase
3. Erholungsphase

In Zusammenhang mit dem Trauma der Shoah, würde die *erste Sequenz*, die *feindliche Besetzung* mit beginnendem Antisemitismus gegenüber der jüdischen Minderheit darstellen. Es handelt sich um Vorkriegs- bis Anfangsjahre des Krieges, in denen das Kind noch bei den Eltern war, jedoch sehr wohl mit Einbußungen der persönlichen Freiheit (z.B. Tragen des gelben Sterns, etc.) zu kämpfen hatte. Diese Phase kann mit dem „*Abbröckeln des Rechtsschutzes*“ (Keilson, 1977, S. 56) zusammenfasst werden.

In der *zweiten Sequenz* finden Ereignisse, die der *direkten Verfolgung* angerechnet werden können, statt. Bei Keilsons Stichprobe an jüdischen Kriegswaisen aus den Niederlanden, waren dies v. a. zwei Arten der Verfolgung, *das Leben im Versteck* oder *die Internierung in ein Konzentrationslager*. Sie beginnt nach der Trennung des Kindes von der Familie. Das Überleben des Kindes war nun von anderen Personen abhängig, Gleichzeitig mussten die Kinder die gleichen grausamen Erfahrungen machen wie Erwachsene.

Die *dritte Sequenz*, ist die wichtigste bei der Verarbeitung des Traumas (Keilson, 1979). Hier geht es um den Anpassungsprozess. Variablen der Nachkriegssituation sind ausschlaggebend. Im gegebenen Fall, fand eine Wiedervereinigung mit den Eltern statt, oder sie zu Kriegswaisen geworden, und kamen in weiterer Folge zu Pflegefamilien. Sowohl bei den biologischen als auch bei den Pflegeeltern, spiegelte sich eine emotionslose Interaktion, oft

auch vonseiten der Kinder wider. Kinder, deren leibliche Eltern überlebt hatten, erkannten jene bei der Wiedervereinigung nicht (Vyssoki et al, 2004, S. 204). Andererseits, wenn die Eltern nicht überlebt hatten, waren diese Kinder mit massiven Verlusten konfrontiert. Weiter, galt es, sich möglichst schnell an die chaotischen Nachkriegsgegebenheiten anzupassen, oder gar einer neuen kulturellen Umgebung, im Falle der Emigration (Gordon, 2002, Friedmann, 2004, Wardi, 1997).

Unter dem Gesichtspunkt der kumulativen Traumatisierung, ergibt sich die logische Folgerung, dass je mehr traumatische Erfahrungen, desto eher die Wahrscheinlichkeit der Ausbildung einer PTSD.

Reinhart Lempp (1979), veröffentlichte fast zeitgleich wie Keilson, seine Ergebnisse über die Untersuchung von 45 Aktengutachten jüdischer Kinder und junger Erwachsener (bis zum Alter von 21 Jahren), die sich entweder im Versteck oder im KZ während der Verfolgungsjahre aufhielten. Anhand seiner Ergebnisse, konnte nachgewiesen werden, dass je älter das Kind während der Verfolgung gewesen ist, desto wahrscheinlicher ist eine depressive Symptomatik im späteren Verlauf. Dies deckt sich mit der Untersuchung von Keilson (1971). Auch betonte Lempp in seiner Arbeit (1979), dass die Verfolgung nach der Befreiung nicht einfach endete. Und wies auf die Probleme bei der Wiedervereinigung mit den Eltern - wenn dies der Fall war – hin. Eine jüngere Untersuchung von ihm (Lempp, 1992, in Gordon, 2002) setzte bei der gleichen Stichprobe von 1979 an, und richtete den Fokus auf die Symptomatik im fortgeschrittenem Alter (50 bis 70 Jahre). Hier konnte Lempp aufzeigen, dass jene CS in ihrem späten Leben, psychische Beschwerden zeigten, die sie in der Vorstudie von 1979 nicht zeigten.

Mit dem Beitrag Lempps, kann nun auf den reaktivierenden Einfluss des Alterungsprozesses auf das Trauma der Shoah, hingewiesen werden.

Hogman (1983), die selbst als Kind im Versteck die Shoah überlebt hatte, fand - im Kontrast zu Lempp - dass sich all ihre Untersuchungsteilnehmer zu gut funktionierenden Erwachsenen entwickelt haben. Sie betont, dass die Copingmechanismen (Bewältigungsstrategien) der Kinder, sich der veränderten Umwelt anzupassen, auch während der Nachkriegsperiode sie unterstützte (Gordon, 2002). Später fügte sie dem hinzu, dass bei der Therapie von CS v. a.

auf die Integrierung von verdrängten Erinnerungen Fokus zu legen ist, da dies den Trauerprozess, sowie die Identitätsentwicklung erlaubt (Gordon, 2002). (Vergleiche dazu Kestenberg, 1987).

Vegh (1979) interviewte 28 CS, 30 Jahre nach ihrer Befreiung in Frankreich. Die meisten überlebten im Versteck, und waren Waisen bzw. Halbwaisen. Sie stellte eine monotone, an „Roboter erinnernde Sprache“, darüber hinaus eine ausdruckslose Mimik, bei den von ihr untersuchten Überlebenden fest. Sie betonte ebenfalls, den nicht abgeschlossenen Trauerprozess dieser Subgruppe an Überlebenden, sowie Loyalitätskonflikte zwischen verstorbenen biologischen Eltern und Pflegeeltern (Gordon, 2002).

Kestenberg (1987) leistete enormen Beitrag zum Verständnis der child survivors in der Wissenschaftswelt, indem sie unzählige Interviews sammelte, und sich mit dem therapeutischen Effekt auf Kinder, die ihre Erinnerungen wiedererlangten, beschäftigte. Sie war der Auffassung, dass im Falle einer Trennung von der Mutter, das Kind in der Entwicklung des Ichs und Über-Ichs Störungen aufweise. Sie führte auch an, dass Kinder während der Traumata der Shoah, nicht nur körperlich, sondern auch psychisch vorzeitig reiften.

Folgender Eindruck einer gealterten Überlebenden, die im Alter von 14 bis 16 Jahre in verschiedenen Lagern interniert war, darunter auch Auschwitz, soll dies verdeutlichen:

„ I became one hundred. I always had to be careful because if they find out I was fourteen, they kill me.....I had to lie and tell everybody I'm eighteen. The first thing they teach you how to lie and how to cheat and how to steal. But I was young...I was able to catch on to everything very quickly.”

(Hass, 1995, S. 94)

Mazor et al. (1990), beschäftigten sich mit den Copingstrategien von CS, die aus einer nicht-klinischen Stichprobe, zusammengetragen wurden. Ausgehend von 15 interviewten CS, konnte gefunden werden, dass mit Fortschreiten des Alters, Überlebende klarere Erinnerungen an ihr Verfolgungstrauma vorbrachten. Dadurch konnten die schmerzhaften Verluste von Eltern etc. besser akzeptiert werden, und es gestattete ihnen, als Erwachsene ihre traumatische Vergangenheit zu verstehen (Gordon, 2002).

3.6.2. "Adult Child Survivor Syndrome" nach Dasberg

Dasberg (2001), fasst die Hauptcharakteristika der traumatischen Erfahrungen auf die Entwicklung der Child Survivors, wie folgt zusammen:

1. Das Fehlen von funktionierenden Eltern bzw. Vormündern, die einem Heranwachsenden, in einer äußerlich brutalen Welt, Sicherheit schenken können. Die Eltern waren zunächst selbst betroffen, so dass sie mit Angst und Sorge erfüllt waren, und nur eine hinreichende emotionale Unterstützung für das Kind darstellten (Dasberg, 2001). Dies war aber noch immer vorteilhafter für das Schicksal des Kindes, als wenn die Eltern verschwanden, starben oder auf brutalste Weise von den Kindern getrennt wurden. Wenn so etwas, wie eine Wiedervereinigung mit den leiblichen Eltern eintraf, dann kamen diese (Eltern) auch als andere Menschen zurück. Die Extremtraumatisierung, hatte zu einem massiven Wert- und Sinnverlust geführt, so dass Persönlichkeitsveränderungen eintraten.

2. Kinder waren, an Fremde zur Zeit des Krieges und auch danach, ausgeliefert. Die Nachkriegsgesellschaften erwiesen sich oft als wenig unterstützend bei der Integration von Überlebenden. So z.B. beschrieb Friedmann (2004), dass russischen Juden, oft in eine noch immer antisemitische Gesellschaft zurückkehren mussten.

Dadurch, dass viele CS frühzeitig zur Selbstständigkeit gezwungen waren, haben sie eine „Vielzahl von unterschiedlichen, außergewöhnlichen Überlebensstrategien sich angeeignet“. „Es ist daher nicht verwunderlich, ein komplexes posttraumatisches klinisches Bild bei den Überlebenden der Shoah vorzufinden, die zum Ende des Krieges nicht älter als 16 Jahre alt waren“ (Kellermann, 2001; Krell, 1985).

Viele der frühen gelernten Strategien, die das Überleben solcher Child Survivors sicherte, blieben oder bleiben über das ganze Leben erhalten. Z. B. Unterdrückung von Emotionen (insbesondere Traurigkeit) – „denn Kinder, die weinten starben“ (Kellermann, 2001). Dadurch ist es nicht verwunderlich, dass über eine Affektflachung und Probleme bei der Expression und Rezeption von Emotionen bei erwachsenen CS berichtet wird (Keilson, 1979; Lempp, 1979, von Baeyer et al, 1979; u.v.m.).

Child Survivors sind heute zwischen 63 und 78 Jahre alt. Je nachdem, wie alt diese zu Kriegsende waren. Diese Subpopulation an Überlebenden teilt Kellermann (2001) in drei Untergruppen:

1. Kleinkinder oder Überlebende in der frühen Kindheit, die während der Verfolgung nicht älter als 6 Jahre alt waren.
2. Child Survivors zwischen 6 und 12 Jahre
3. Jugendliche, die zwischen 12 und 18 Jahre alt waren.

Deutlich ist jedoch: „Je jünger die Überlebenden, desto traumatischer die Umstände, und desto beeinträchtigender die Auswirkungen ihrer Verfolgungserlebnisse (Keilson 1979, Lempp 1979, Kellermann). Bezüglich der verschiedenen Entwicklungsstadien, in welchen sich CS zum Zeitpunkt der Traumatisierung befanden, deuten diese auch auf spezielle Problembereiche, mit denen CS ein Leben lang zu kämpfen haben, hin (Kellermann, 2001).

1) Gelernte Hilflosigkeit

Weil CS so früh in ihrem Leben gelernt haben, dass externe gewaltsame Kräfte auf sie einwirken, auf die sie keinerlei Einfluss haben, zeigen sie im Erwachsenenalter ein ausgeprägtes Denkschemata von gelernter Hilflosigkeit bzw. „Opfermentalität“ (Kellermann, 2001). Zusätzlich wurde dies verstärkt durch Fehlen von Sicherheit, beschützenden Eltern, Vorhersagbarkeit von Ereignissen und Vertrauen.

2) Verlassenwerden & Isolation

Kinder, die von ihren Eltern (notgedrungen) verlassen wurden, oder versteckt aufwachsen mussten, prägt ein intensives Gefühl der existenziellen Einsamkeit, sowie des „Nicht-Gewollt-Werdens“. Daher ist häufig bei erwachsenen CS, aber auch unmittelbar nach der Befreiung, ein unglaubliches Streben nach Akzeptanz und Selbstbehauptung zu beobachten (Dasberg, 2001).

3) Unterbrochene Trauer des Verlustes

Mehrfacher und früher Verlust von Eltern und Angehörigen, sind charakteristisch für diese Subpopulation. Viele Kinder wurden auf grausame Weise von ihren Eltern, Geschwistern usw. getrennt, an Pflegeeltern oder Klöster weitergereicht, und mit falschen Namen und anderer Religion aufgezogen. Oder sie wurden aus Zügen gestoßen, in Dachböden, Kellern oder im Wald versteckt gehalten. CS wurden in Konzentrationslager deportiert, und brutal von ihren Eltern getrennt. Nur selten war es möglich, sich zu verabschieden bzw. angemessen Abschied zu nehmen und zu trauern. Dies traf ebenso wenig auf die Nachkriegszeit zu – in der man um Anpassung gerade zu übermäßig bemüht war (Dasberg, 2001).

Unterbrochener Kummer mit lang anhaltender Tendenz, den überwältigenden Verlust zu leugnen, stellt für viele CS, einen lebenslangen Kampf dar. Infolgedessen, können Trennungen im späteren Leben sehr intensiv und aufreibend erlebt werden, so dass die Beziehungsgestaltung oft auch oberflächlich vollzogen wird, um neuerliche schmerzliche Trennungen nicht wieder erleben zu müssen.

4) *Identitätsprobleme*

Kinder, die gezwungen wurden ihre Identität zu leugnen oder eine falsche anzunehmen - wie dies bei Kindern, die von christlichen Familien adoptiert wurden oder in Klöstern untergebracht wurden, der Fall war – entwickelten häufig Identitätsprobleme (Kellermann, 2001; Bower, 1994). Es muss sich vergegenwärtigt werden, dass plötzlich diese Kinder einer ganz anderen Sozialisation ausgesetzt waren. Dies hatte „*mindestens eine Identitätsverwirrung, wenn nicht eine totale Repression des Ich-Gefühls zur Folge*“ (Kellermann, 2001)

5) *Amnesie*

Gedächtnisverlust über die gesamte bzw. Teilbereiche der Kindheit oder Shoah-bezogenen Vergangenheit, stellen eine tiefe Leere im Identitätsprofil von erwachsenen CS dar. CS, die keine oder fragmentarische Erinnerung an ihre Kindheit haben, suchen oft eifrig nach Spuren der Vergangenheit. Sie suchen höchstwahrscheinlich nach präverbale Inhalte über ihre Eltern, z.B. ein Bild, Gerüche, Geräusche oder andere Fragmente an Erinnerungen an ihre Eltern. Dies sind sensorisch gespeicherte Informationen, derer es keiner Sprache bedarf, um sie im Gedächtnis zu behalten. In der vorliegenden Arbeit, soll genau jener Einfluss, der präverbale Verarbeitung des Traumas auf die aktuelle Symptomatik, herausgearbeitet werden.

6) *Primitive Abwehr*

Überlebensstrategien, die durch aus adaptiv waren, weil sie es ermöglichten zu überleben, stellten sich im späteren Leben von CS als primitive Abwehrmechanismen heraus, die nicht mehr als situationsadäquat galten. So z.B. Gefühle nicht zu äußern. Das konnte durchaus eine sinnvolle Strategie gewesen sein, um im Lager zu überleben. Später sich jedoch in „emotionaler Abkapselung, psychischer Betäubung der Ansprechbarkeit und totaler Amnesie der Vergangenheit“ manifestiert haben (Kellermann, 2001). Oder v. a. was das Leben im Versteck betraf: „nicht gesehen

werden, nicht auffallen, still, gehorsam sein“. Dies könnte, dann in späterer Folge auf eine „Überangepasstheit“ hindeuten.

Dasberg formulierte 2001 sein Konzept zum „Adult Child Survivor Syndrome“. Es ist dies ein Konzept, wonach die posttraumatische Reaktion verspätet einsetzt. Vorteilhaft bei jener Konzeptualisierung, im Vergleich zu fehlerhaften Syndrombeschreibungen an Überlebenden, ist der Verzicht der Uniformität. Symptome können in Ausmaß, Zeitpunkt des Auftretens, Dauer und Verlauf variieren (Dasberg, 2001).

Wie bereits oben erwähnt durchlitten CS a) die Trennung von ihren Eltern und b) sind depriviert und traumatisiert nach dem Krieg aufgefunden worden. Ihr junges Alter und dadurch natürliche Lebensenergie, half ihnen, sich schnell an die Nachkriegsumgebung anzupassen.

Symptome bzw. Gefühle, die innerhalb des „Adult Child Survivor Syndrome“ beschrieben werden, lassen sich in 2 Cluster zusammenfassen. Cluster 1 beschreibt die Gefühle und Reaktionsweisen, die auf subjektiver Ebene berichtet werden. Cluster 2 beschreibt objektiv beobachtbare Reaktionsweisen.

1. Einsamkeit, Andersartigkeit, Unsicherheit, geringer Selbstwert, Anhedonie, Schuld, unterdrückte Trauer, Amnesie, Mangel bzw. Verlust an Intimität.
2. Angst, Depression, erhöhte Reizbarkeit, Probleme der Emotionskontrolle und Emotionsexpression, erhöhte Aggressivität, interpersonelle Probleme und Identitätsprobleme.

Im Gedächtnis zu behalten ist jedoch – wie bereits erwähnt – dass die Symptome von unterschiedlichem Ausmaß, Dauer, Verlauf und interindividuelle Unterschiede diesbezüglich auftreten können.

3.6.3. aktueller Forschungsstand

Empirische Forschung an CS wurde lange Zeit aus den eingangs erwähnten Gründen nicht durchgeführt. Eine Doppelblindstudie von Cohen, Brom & Dasberg (2001) untersuchte, Symptome und Bewältigungsstrategien von CS, 50 Jahre nach der Shoah. Die Ergebnisse deuteten auf ein erhöhtes Ausmaß an psychosozialer Symptomatik, sowie PTSD-Symptomen und höherer Versagensangst von CS – im Vergleich zur KG - hin.

Yehuda und Mitarbeiter (1997) fanden bei ihrer Untersuchung an 100 CS, die entweder im Versteck oder Konzentrationslager überlebt hatten, keine Unterschiede hinsichtlich der Art des Traumas (Versteck oder KZ) in Abhängigkeit von der PTSD-Symptomatik. Es zeigte sich jedoch, ein deutlicher altersspezifischer Unterschied, innerhalb der Stichprobe. Jüngere CS zeigten mehr Vermeidungs- und Arousalssymptome, während ältere CS vermehrt über Intrusionen berichteten. Hier lässt sich klar, die Notwendigkeit des altersspezifischen Ansatzes, bei der Forschung von CS ablesen. Die Ergebnisse Yehudas und Mitarbeitern (1997), sollen in der vorliegenden Arbeit ausgeweitet werden.

Die anhand einer Studie von Dasberg und Kollegen (2001) gewonnenen Ergebnisse über alternde Child Survivors, die an Gruppentherapien teilnahmen, zeigten, dass jene Überlebende eine *Doppelaufgabe* zu bewältigen haben: einerseits die Belastungen des natürlichen Alterungsprozesses mit seinen psychobiologischen Aufgaben zu meistern, andererseits das erneute Auftreten von verdrängten – vielleicht sogar dissoziierten – Erinnerungsinhalten der Shoah-Erfahrungen aufzuarbeiten.

3.6. Entwicklungstheorien

Entwicklungstheorien sind hier bewusst anschließend an das Kapitel „Child Survivors“ angeführt, obwohl sie inhaltlich nicht zu den Trauma-Theorien zu zählen sind. Dennoch sind jene für die vorliegende Untersuchung von höchster Relevanz, da generell der Mensch dem Prozess der kognitiven, sozialen, emotionalen, physischen etc. Reifung unterworfen ist. Es ist in Bezug auf die Fragestellung zu differenzieren, in welcher Entwicklungsphase (Säuglings-, Schulalter oder Adoleszenz) ein Kind mit den traumatischen Erlebnissen der Shoah konfrontiert wurde. Abhängig von jener, konnte es dem Ereignis mit unterschiedlichen kognitiven, sozialen, emotionalen, etc. Niveau der Umgehensweisen und Verarbeitungsmethoden begegnen.

In diesem Kapitel geht es um entwicklungsbedingte Reifungsprozesse, denen ein jedes Individuum ausgesetzt ist. Das bedeutet, es geht hier um entwicklungstheoretische Ansätze. Selbstverständlich, ist der Lebenslauf eines jeden Menschen individuell, und auch Reifungsprozesse vollziehen sich mit unterschiedlicher Geschwindigkeit. In manchen Fällen kann sogar die Entwicklung stagnieren. Auf diese Umstände wird im Folgenden explizit hingewiesen.

Im Anschluss sollen nun, jene für die Fragestellung relevanten Entwicklungstheorien, skizziert werden.

3.6.1. Kognitive Entwicklung nach Jean Piaget

Jean Piaget war der Überzeugung, dass gerade entwicklungspsychologische Forschung aufschlussreich sein würde. Der oder die Leser/in vermag vielleicht schon ahnen, dass es sich um eine Vielzahl von geistigen Prozessen handelt, die bei der erfolgreichen Bewältigung des Alltags und sozialen Umwelt eines Kindes erforderlich sind. Sie bedürfen einer gewissen Reifung bzw. Entwicklung.

Im Folgenden sind nun Jean Piagets Konzeptualisierungen zur geistigen Entwicklung bei Kinder und Jugendlichen vorgestellt.

Piaget teilt die kognitive Reifung bei Kindern in vier übergeordnete Stadien, welche er namentlich folgender Maßen definiert: Sensusmotorische Entwicklung, präoperationales anschauliches Denken, Stadium der konkreten Operationen und Phase der formalen Operationen. Jene vier seien hier kurz dargestellt. Für das ausführliche Studium der kognitiven Entwicklungsphasen nach Piaget sei auf den Autor (1958; 1969) oder das zusammenfassende Werk von Montada (1998) verwiesen.

▪ Die Sensusmotorische Intelligenz

Diese Entwicklungsphase symbolisiert die Reifungsprozesse, die bei Säuglingen zu beobachten sind, genauer von der Geburt bis zum Abschluss des zweiten Lebensjahres. Jenes Stadium wird abermals in sechs Substadien geteilt. Mit Voranschreiten des Stadiums ist auch das Älterwerden des Kindes zu verstehen.

- Übung angeborener Reflexmechanismen

In jener primären Phase der Entwicklung des Kindes werden angeborene Reflexe, mit denen der Säugling von Geburt an ausgestattet ist, trainiert. Jene Reflexmechanismen sind z.B. der Saug-, Greif- und Schluckreflex.

- Primäre Kreisreaktionen

Eine Handlung, die zu einem befriedigenden Ergebnis geführt hat wird wiederholt. Erste Gewohnheiten bilden sich aus.

- Sekundäre Kreisreaktionen
-

Die Differenzierung zwischen Mittel und Zweck einer Handlung kann nun verstanden werden.

- Koordinierung der erworbenen Handlungsschemata und deren Anwendung auf neue Situationen

Typisch für diese Stufe ist, die Anwendung mehrerer Handlungsschemata auf den gleichen Gegenstand – so als wolle der Säugling feststellen, wozu ein Gegenstand gut sei. Dadurch differenzieren sich Handlungsschemata, aber auch weiter, und können später schon an Gegenstände angepasst werden.

- Tertiäre Kreisreaktionen

Aktives Experimentieren zeichnet jene Phase aus. Durch Fortsetzung der Koordination der Handlungsschemata auf bestimmte Gegenstände, entwickelt das Kind mittlerweile originelle Mittel um den Zweck zu erreichen.

- Übergang der sensumotorischen Intelligenz zur Vorstellung

Spätestens in der Mitte des zweiten Lebensjahres, können Kinder Vorstellungen ausbilden, d. h. antizipieren. Dieser frühe unanschauliche Denkprozess kann über den Gesichtsausdruck des Kindes beobachtet werden. Dieses Entwicklungsstadium und das damit einhergehende Alter stellen einen wichtigen Punkt in der geistigen Entwicklung dar, und sind somit von Relevanz für die vorliegende Arbeit.

▪ **Stadium des präoperationalen anschaulichen Denkens**

Das Stadium des präoperationalen Denkens, setzt mit Abschluss der sensumotorischen Entwicklung fort. Es ist dies, die Stufe, die sich vom Kleinkindalter (2 Jahre) bis zum Schulalter (sieben Jahre) vollzieht.

Charakteristisch für jenes Stadium ist, dass sich das Klein- bzw. Vorschulkind, noch von der Anschaulichkeit von Gegenständen bei der Urteilsbildung und anderen Denkprozessen (ver)leiten lässt.

▪ **Stadium der konkreten Operationen**

Ansätze der konkret-operatorischen Strukturen lassen sich bereits zwischen dem fünften und sechsten Lebensjahr beobachten. Generell wird die Altersrange von sieben bis elf Jahren jenem Stadium zugeordnet (Montada, 1998). Es ist dies, die vorletzte

Phase, in der sich die kognitive Entwicklung vollzieht. Charakteristisch für jenes Stadium ist, der Eintritt in die Pubertät sowie die Ausbildung von Operationssystemen, welche wichtige Werkzeuge des Menschen darstellen. Deren Niveau in der anschließenden Phase der formalen Operationen ergänzt wird. Diese Operationssysteme sind im vorletzten Stadium jedoch auf bestimmte Operationen beschränkt. Das Kind oder bereits Jugendliche ist kognitiv eingeschränkt auf gegebene Informationen, welche konkret-anschaulich oder verbal sein können. Daher auch die Betitelung mit „Stadium der konkreten Operationen“.

Um uneingeschränkt, Operationen anwenden und abstrakt denken zu können, bedarf es der Abschließung des Stadiums der formalen Operationen. Diese ist Voraussetzung für das Verstehen höherer Mathematik und Grammatik (Logik).

▪ **Stadium der formalen Operationen**

Jugendliche - denn die Abschlussphase vollzieht sich vom elften bis zum dreizehnten Lebensjahr – beziehen bei der Urteilsbildung nicht nur aktuell gegebene Informationen mit ein, sondern erwägen auch weitere mögliche Information. Dies ist das Abschlussstadium der kognitiven Entwicklung nach Piaget.

3.6.2. Bindungstheorien

John Bowlby, kann hier als Begründer der Theorien über frühkindliche und in weiterer Folge Erwachsenenbindung, hervorgehoben werden.

Zuerst muss aber zwischen Bindung und Bindungsverhalten differenziert werden. Bindung ist - als Verhaltenssystem - ein Konstrukt. Die beobachtbaren Verhaltensweisen (Lächeln, sich Annähern, Schreien, etc.) können diesem System dienen, aber in anderen Situationen auch andere Funktionen haben. Konkretes Bindungsverhalten wird nur in Alarmsituationen aktiviert (z. B. wenn die Bezugsperson fortgeht, zurückkehrt oder die Situation unvertraut ist, usw.). Räumliche Nähe und/ oder Körperkontakt zur Bezugsperson beenden Bindungsverhalten (Montada, 1998).

Bindungsverhalten als Verhaltenssystem, stellt ein aus der Evolution hervorgegangenes Verhalten zur Sicherung des Überlebens dar. Also ein durchaus sinnvolles, angepasstes Verhalten, unter welchem Bowlby (1994) folgende Punkte subsummiert:

„Bindungsverhalten wird als jede Form von Verhalten aufgefasst, die darauf hinausläuft, dass eine Person zu einer anderen... Nähe erlangt und aufrecht erhält“

(Bowlby, 1994, S 57)

Solange die Bindungsfigur bestehen bleibt bzw. auf das Kind reagiert, besteht das Verhalten des Kindes aus gelegentlichen Schauen, wo die Bezugsperson ist, Begrüßen, Blickwechsel usw. Unter bestimmten Umständen (Alarmsituation), kann es zum Nachfolgen, Anklammern und Schreien kommen. Was mit hoher Wahrscheinlichkeit bewirkt, dass sich die Bezugsperson um das Kind kümmert.

- Als Ergebnis einer „gesunden“ Bindung, kommt es zur Bildung von gefühlsmäßigen Bindungen – ursprünglich zwischen der Bezugsperson und dem Kind, später zwischen Erwachsenen.
 - Viele der intensivsten Emotionen, entstehen bei der Bildung, Aufrechterhaltung und Lösung von Bindungsbeziehungen. So entspricht z. B. das Knüpfen einer Bindung dem Sich-Verlieben, das Aufrechterhalten einer solchen, als Liebe, und die Lösung als Trauer.
 - Pflegeverhalten steht komplementär zum Bindungsverhalten. Hier löst das bereits gebundene Individuum, in einer anderen Person, beschützendes bzw. pflegendes Verhalten aus. Diese Funktion wird v. a. von einem Elternteil oder einem anderen Erwachsenen gegenüber dem Kind, aber auch Erwachsenen (z. B. bei Krankheit, etc.) gezeigt.
 - *„Aktives Bindungsverhalten eines Erwachsenen, ist kein Anzeichen für Psychopathologie oder Regression“* (Bowlby, 1994, S 59).
 - Von psychopathologischen Bindungsverhalten, wird nicht in Zusammenhang mit der Fixierung oder Regression auf ein früheres Entwicklungsstadium gesprochen. Sondern es wird, eine auf Abwege geratene psychische Entwicklung, als Verursachung angesehen.
 - Gestörte Muster von Bindungsverhalten, können in jedem Alter, als Folge einer auf Abwege geratenen Entwicklung, auftreten. Sehr häufig ist, in diesem Zusammenhang, ein unsicheres Bindungsverhalten zu beobachten (z.B. ängstliche Bindung, vgl. Bowlby, 1994, S 60). Nun könnte eine Person, die eine sichere Bindung aufweist, nach bestimmten ungünstigen Erfahrungen, als Folge, eine unsichere Bindung entwickeln. Ein anderes gestörtes
-

Bindungsverhalten ist, ein partielles bis vollständiges Aufgeben von Bindungsverhalten.

- Erfahrungen, welche eine Person während der Entwicklung – also Säuglingszeit, Kindheit und Adoleszenz – gemacht hat, determinieren Bindungsverhalten.
- Genauso wie das Bindungsverhalten, in die Persönlichkeitsstruktur des Individuums eingebettet ist, so gestalten sich die gefühlsmäßigen Beziehungen, die im Laufe des Lebens zu anderen entwickelt werden.

Mary D. Ainsworth hat, ebenso großen Beitrag zur Konzeptualisierung der Bindungstheorien, auf empirische Weise, geleistet. Mit dem, von ihr weiterentwickelten Verfahren zur Feststellung der Bindungsqualität zwischen Bindungsfigur (hier Mutter) und Kind, dem Fremde-Situations-Test, gelang die Beobachtung des Bindungsverhaltens des Säuglings (ungefähr 18 Monate). Jüngere Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass noch mehr als das Bindungsverhalten des Säuglings, welches durch eine Alarmsituation ausgelöst wird, die Sensitivität der Mutter auf ihr Kind zu reagieren, die Bindungsqualität zwischen Mutter und Kind vorhersagt (Grossmann et al, 1985; Isabella, 1993; Rosen & Rothbaum, 1993; Fagot & Kavanagh, 1993 zit. in Montada, 1998).

Bezüglich der Bindungsqualität, unterscheiden Bowlby und Ainsworth zwischen sicherer und unsicherer Bindung. Bei Aktivierung des Bindungsverhaltens durch eine Alarmsituation, (z. B. Fremde-Situations-Test, die Mutter verlässt den Raum in dem sich ihr Kind befindet) sind sicher gebundene Kinder nicht aus der Ruhe zu bringen. Sie wirken, als würden sie der Mutter vertrauen, dass sie gleich wieder kommt. Wenn aber Zweifel auf kommt, dann äußert er sich intensiv und ist deutlich bemerkbar. Sicher gebundene Kinder begrüßen ihre Mutter mehr als nur beiläufig, wenn diese zurückkehrt. Sie wehren sich nicht gegen Körperkontakt, sondern genießen ihn.

Bei der unsicheren Bindung, wird zwischen unsicher-vermeidender und unsicher-ambivalenter Bindungsqualität unterschieden.

Unsicher-vermeidende Kinder, zeigen kaum Kummer über das Alleingelassenwerden. Bei der Rückkunft der Mutter, ignorieren sie bzw. meiden sie ihre Nähe, und behandeln Fremde und Mutter indifferent. Beim Aufheben des Kindes, durch die Mutter, wehren sie sich nicht, aber auch nicht beim Absetzen.

Bei unsicher-ambivalent gebundenen Kindern, äußert sich der Unmut über das Alleingelassenwerden deutlich und lautstark. Bei der Rückkehr der Mutter, ist die Reaktionsweise ambivalent. Einerseits, suchen sie den Kontakt zur Mutter, andererseits widersetzen sie sich auffallend bei der Kontaktaufnahme.

Bei der empirischen Nachgehensweise der Bindungsqualität, ist jedoch aufgefallen, dass bestimmte Kinder, sich nicht den drei genannten Bindungstypen unterordnen lassen. Daher wurde das Konzept um die Qualität „desorientiert/ desorganisiert“ erweitert. Kinder dieses Typus zeigen bizarres Verhalten (wie z. B. Grimassieren, Erstarren, etc. vgl. Montada, 1998, S 243). Es scheint als wären diese Kinder, in einem Konflikt, zu dem sie kein Verhaltensprogramm haben, oder es könnte auch auf eine besonders unsichere Beziehung hindeuten.

3.6.3. Deprivation & Hospitalismus

Hier soll, nicht nur die Frage nach den Folgeerscheinungen bei Deprivation behandelt werden, sondern auch, ob Kinder in den frühesten Lebensmonaten überhaupt fähig sind, um eine verlorene Bezugspersonen zu trauern. Dies impliziert ein gewisses kognitives Niveau, das auch schon Piaget beschrieb, welches als Personpermanenz beschrieben wird. Ähnlich wie im vorherigen Kapitel, in dem die Entwicklung einer Objektpermanenz innerhalb der sensumotorischen Phase beschrieben wurde, ist mit Personpermanenz, die Bewusstheit um die andauernde Existenz einer Person – auch wenn diese für den Säugling nicht sichtbar ist – gemeint. Damit der Säugling um verstorbene Eltern trauern kann, muss er ein gewisses Bild von den Bezugspersonen verinnerlicht haben. Dies geschieht, viel früher als bisher angenommen, und bedarf keiner sprachlichen Entwicklung (Bowlby, 1994). Robertson nahm an, dass Kinder in der Mitte des 2. Lebensjahr noch keine Fähigkeit zur Erinnerung besitzen. Durch Piagets Konzept der kognitiven Entwicklung, sollte dies falsch geprüft werden. Genauer gesagt, kann ab Mitte des ersten Lebensjahres, deutliche Trauer des Kindes bei Abwesenheit der Eltern, insbesondere der Mutter beobachtet werden (Bowlby, 1994). Die Beobachtungen dazu, stammen aus Studien über Kinder in Heimen oder auch Kindern, die nur temporär bei Pflegeeltern (z. B. 10 Tage) untergebracht waren. Die Ergebnisse sind eindrücklich. Kinder bedauern die Abwesenheit ihrer Mutter, und diese wird klar von der Pflegemutter unterscheiden (Bowlby, 1994, S 556 ff). Die Kinder zeigten Sehnsucht und das Bedürfnis nach Wiedervereinigung mit der Mutter.

D. h. sie müssen; ein gewisses Bild der Mutter; während der Abwesenheit im Gedächtnis abgerufen haben. Ohne dieses Abrufungsvermögen, kann auch keine Sehnsucht erlebt werden (Bowlby, 1994). Dieses Bild, kann nun auf sensorisch abgespeicherten Informationen beruhen, denn die Sprachausbildung ist zu dem Zeitpunkt (fünf Monate) nicht gegeben. Grob zusammengefasst, lässt sich anhand von Studien aus Kinderheimen und längeren Spitalsaufenthalten von Kindern, ein gewisses Syndrom, welches unter dem Begriff „Hospitalismus“ vereint wird, beobachten.

Kinder, die in Heimen untergebracht waren, oder sehr früh Spitalsaufenthalte hinter sich hatten, zeigten das Phänomen, dass sie indifferent auf Zuwendung verschiedener Personen reagierten. Die kritische Betrachtung nicht bekannter Personen, die umgangssprachlich sogar als „Fremdeln“ beschrieben wird, scheinen jene Kinder nicht zu zeigen. Es wirkt vielmehr, als würden sich diese Kinder eine Ablehnung von Körperkontakt nicht leisten können, da sie sonst noch mehr Mangel an Zuwendung erleben würden. Es erfolgt keine personenbezogene Bindung, wie dies bei schwerster Entwicklungsretardation oder eben schweren Hospitalismus der Fall ist (Bowlby, 1992). Außerdem lassen sich Untergewicht, welches bei konstant bleibender Nahrungszufuhr ansteigt, wenn das Kind vom Heim in eine Pflegefamilie kommt, feststellen. Zusammenfassend lassen sich Entwicklungsrückstände auf affektiven, sozialen und kognitiven Niveau beobachten (Bowlby, 1992; Montada, 1998).

3.6.4. Eriksons Theorie der Persönlichkeitsentwicklung

Erik Erikson geht von altersnormierten Entwicklungsaufgaben aus, die es gilt, in Abhängigkeit von spezifischen Perioden des Lebens, zu bewältigen (um eine ausgereifte Persönlichkeit zu besitzen). Erikson ist Vertreter des organismischen Entwicklungsmodells, wonach bestimmte Probleme oder Krisen – wie er sie nennt – aus universellen Reifungs- und Entwicklungsveränderungen resultieren, die wiederum neue Erfahrungsmöglichkeiten, Interaktionen, usw. darstellen, und somit neue Probleme erzeugen. Grundannahme ist, dass sowohl, die sich entwickelnden Individuen, als auch die jeweiligen Entwicklungskontexte, zur Entstehung und vielleicht Lösung von jenen Problemen/ Krisen beitragen können (Montada, 1998). Im Unterschied zu kritischen Lebensereignissen, die unvorhersehbar und zufällig sind, und auf Teile der Population zutreffen, werden normative Entwicklungskrisen, auf den Großteil der Population, in spezifischen Phasen des Lebens, zutreffend gesehen.

Erikson charakterisiert acht Stadien, die es gilt erfolgreich zu bewältigen, um auf die nächste in der Reifung gelegene Stufe fortzuschreiten. Gelingt die stadientypische Konfliktbewältigung nicht, so resultiert dies in einer bleibenden Persönlichkeitsstörung. In Bezug auf die Fragestellung, ist es relevant, jene acht Stadien hier näher zu bringen, da es zu überlegen gilt, in welchem Stadium der Persönlichkeitsreifung, das überlebende Kind bzw. Adoleszente sich während des Traumatisierungszeitraumes befunden hat. Die Phasen sind hier nun kurz angeführt:

1. *Misstrauen versus Vertrauen*

Jener Konflikt, und dessen Bewältigung, ist von Bedeutung im ersten Lebensjahr des Kindes. Hier geht es um die „*Entwicklung eines günstigen Verhältnisses von Vertrauen und Misstrauen*“ (Montada, 1998, S 64). Vertrauen in die Verlässlichkeit der Bezugsperson beseitigt Ängste. Im Wesentlichen kann dies, mit der „sicheren Bindung“ (Ainsworth et al. 1978, in Montada, 1998) verglichen werden. Ein gewisses Maß an Misstrauen, soll nützlich sein, um nicht vertrauenswürdigen Personen angemessen begegnen zu können.

Anmerkung:

Bezogen auf die Population der Shoah-Überlebenden, aber auch deren Nachkommen, bedeutet dies, dass oft bereits die erste Phase, in der Vertrauen gefasst werden sollte, nicht bewältigt werden konnte. Child Survivors, die in Verstecken gehalten wurden, die sich nicht auf die Pflegeperson verlassen konnten, scheinen im späteren Leben Probleme im Umgang mit Vertrauen zu haben (Wardi, 1994). Siehe Kapitel „Interpersonelle Probleme“.

2. *Autonomie vs. Scham und Zweifel* (3. Lebensjahr)

Autonomie bedeutet Verfolgung der eigenen Bedürfnisse (Montada, 1998). In jener spezifischen Reifungsphase, geht es um den Konflikt zwischen Autonomieerlangung und Abhängigkeit. Dabei unterstützt Vertrauen, welches bereits eine Stufe davor vom heranreifenden Individuum erlangt worden ist, die Selbstständigkeit. Erzwungene Gehorsamkeit hindert das Individuum am Autonomiestreben.

3. *Initiative vs. Schuldgefühle* (4. und 5. Lebensjahr)

In diesem Stadium besitzen Kinder bereits ein Ich-Bewusstsein. Es geht darum, welches Ich sie sein wollen. Erste Idealisierungen, natürlich von den Eltern, finden statt. Die Bildung des Gewissens durch Identifikation mit den Eltern, ist bedeutend. Bei nicht

erfolgreicher Bewältigung jenes Stadiums, ist mit der Entwicklung eines ängstlichen, rigiden und heteronomen Gewissens oder irrealistischen Ich-Ideals zu rechnen.

4. Wertsinn vs. Minderwertigkeit (mittlere Kindheit)

Jene Phase ist durch die Schule dominiert. Es geht um das systematische Einführen der Heranreifenden in das Wissen der Kultur, Zivilisation, durch Leistungsanforderungen und deren Bewertung. Hier äußert sich das kognitive Schema des Leistungsvertrauens vs. Misserfolgsängstlichkeit.

Anmerkung: Bezogen auf Child Survivors bedeutet das, dass ein Großteil gar nicht die Erfahrung einer solchen zivilisierenden Schulsituation gemacht haben. Gezwungener Schulabbruch ist nur zu häufig bei CS berichtet worden (Vyssoki & Tauber, 2004).

5. Identität vs. Rollendiffusion (Adoleszenz)

Typische Konfliktbewältigungsaufgabe während der Adoleszenz, ist das Finden der eigenen Identität. Selbstkonzepte über Geschlecht, Herkunft, Religion, ethische Werte, Berufaspirationen, eigene Fähigkeiten, etc. sind möglichst konsistent in das Selbstbild zu integrieren. Gelingt die Bewältigung nicht, kommt es Erikson zur Folge zur Rollendiffusion. Diese äußert sich in Unverträglichkeit von Werten, Unausgewogenheit zwischen Aspirationen und Möglichkeiten, Instabilität von Zielen, usw. – aber auch zu oberflächlichen und unstabilen Engagement und nicht selten zu abweichenden Verhalten wie Drogenkonsum und Delinquenz.

Anmerkung: Die Identitätsfindung bei Überlebenden wird häufig als gestört bezeichnet (Dasberg, 2002). Wenn man bedenkt, dass Kinder ihre Identität (jüdische Herkunft) leugnen mussten und u. U. sogar sich unter einer falschen (z.B. christliche) ausgeben mussten, sowie nach dem Krieg bei der Wiedervereinigung mit den Eltern (wenn es der Fall war) wieder den Überzeugungen des Judentums zu folgen hatten (Vyssoki et al., 2004), so ist die Konfusion über die eigene Identität nicht verwunderlich.

6. Intimität vs. Isolation (Beginn des Erwachsenenalters)

Intimität setzt eine integrierte Identität voraus. Also bedarf es der erfolgreichen Bewältigung der fünften Stufe. Es geht nicht nur um sexuelle Beziehungen, sondern auch um den Aufbau von Solidarität innerhalb einer Gruppe. Intime Beziehungen stabilisieren Identität. Isolation ist die Folge von Misslingen.

Anmerkung: Auch hier ist es nicht verwunderlich, wenn die Beziehungsgestaltung von Shoah-Überlebenden als weniger emotional beschrieben wird (Dasberg, 2001; Danieli). Haben die Betroffenen, nicht die eigene Identität gefunden, kann die Intimität mit anderen schwer gelingen. Trotzdem, obwohl Rollendiffusion unter den jungen

Überlebenden oft vorherrschte, sind viele relativ schnell nach dem Krieg, Beziehungen bzw. Ehen eingegangen. Viele der Nachkommen wurden noch in den Displaced Person Camps geboren (Wardi, 1994). Lempp (1979) argumentiert, dass früher fälschlicherweise eine Heirat im Sinne von Generativität – siehe Stadium sieben – als Reifungsmerkmal interpretiert wurde. Tatsächlich, ist dies genau umgekehrt zu verstehen: die fehlende Identität kann auch nicht mit Beziehungen oder Nachkommen i. S. von Generativität ersetzt werden (Lempp, 1979).

7. *Generativität vs. Stagnation* (mittleres Erwachsenenalter)

Die Förderung der Entwicklung der nächsten Generation, ist hier die typische Krise, die es zu bewältigen gilt. Außer Nachkommen in die Welt zu setzten, ist soziales, politisches und berufliches Engagement gemeint. Fehlt dies, kommt es zur Stagnation, Selbstabsorption oder Langeweile.

8. *Ich-Integrität vs. Verzweiflung* (späteres Erwachsenenalter)

Im Alter reflektiert der Mensch über sein Leben – so als würde er Resümee ziehen. Autobiografie, historische Reflexionen werden präsent, auf der anderen Seite, ist die Begrenztheit des eigenen Lebens, zu akzeptieren. Zufriedenheit mit dem eigenen Leben schafft Integrität. Die Erinnerungen können positiv in das Bild über das eigene Leben integriert werden. Gelingt das nicht oder besteht nicht Zufriedenheit damit, kommt es zur Verzweiflung, i. S. v. Trauer um das nicht Erlebte, Furcht vor dem Tod und Selbstvorwürfen.

Anmerkung: In der vorliegenden Arbeit werden Shoah-Überlebende in ihrem späten Leben befragt, und nach einem Zusammenhang zwischen dem Prozess des Alterns und der frühen Traumatisierung geforscht. Dazu liegen eine Fülle von empirischen Untersuchungen (Van Ijzendoorn et al., 2003; Brodaty et al., 2004; Joeffe et al. 2003 etc.) vor, die sich der Erforschung des späten Lebensabschnitt in Zusammenhang mit den Erlebnissen der Shoah, widmeten. Es zeigt sich, dass Überlebende im hohen Alter mehr über früher traumatische Erlebnisse nachdenken. Siehe nächstes Kapitel zu Traumatisierungsansätzen im Alter.

Erikson hat hier ausgewählte Entwicklungsaufgaben beschrieben, die aber bis dato nicht durch empirische Überprüfung nachweisbar sind.

Nun sei auf den nächsten Abschnitt, welcher sozusagen im Lebenslauf gegenüber der Jugend steht, dem Alter, übergeleitet. Viele Professionelle auf dem Gebiet der Gerontologie, sehen den menschlichen Lebenslauf in Form eines Halbkreis-Modells (Heuft, 2000). Wonach der Scheitelpunkt des Lebens in der Lebensmitte (40.-50. Lebensjahr) angesiedelt wird, und von da an, der Abbauprozess beginnt. Dies legt den Alterungsprozess, auf den abfallenden Schenkel des Halbkreises fest, und stünde auf der Ebene des Entwicklungsprozesses, der in diesem Kapitel beschrieben wurde. Diese Anschauungsweise, suggeriert ein Defizit-Modell des Alterns (z.B. Regression). Dem gegenüber stehen Theorien zum erfolgreichen Altern, wie z.B. das SOK-Modell (Selektion-Optimierung-Kompensation) von Baltes & Baltes (1989). In der vorliegenden Arbeit soll von einem positiv geprägten Bild des Alterns ausgegangen werden. Wie auch zuvor im Stufenmodell von Erikson, welches den Halbkreis ablöst, und das lebenslange Schicksal von Kernthemen (wie Vertrauen, Liebe, etc.) betont, ersichtlich wurde.

Auf die verschiedenen Modelle des Alterns, wird hier nicht näher eingegangen, da dies den Rahmen der Arbeit sprengen würde.

Im Anschluss sind nun Traumatisierungsaspekte in Bezug auf das höhere Lebensalter angeführt. Welche, ebenso wie die Entwicklungsaspekte, einen notwendigen theoretischen Ansatz dieser Arbeit bilden.

3.7. Der Prozess der Traumatisierung in Bezug auf das höhere Lebensalter

3.7.1. Der Effekt des Alterns auf Shoah-Überlebende

Die späte Lebensspanne bei Überlebenden der Shoah, kann von zwei sehr widersprüchlichen Gefühlen geprägt sein. Einerseits ein gewisser Triumph, die NS-Verbrechen überlebt zu haben und Nachkommen gezeugt zu haben. Sog. „Posttraumatic Growth“, also das persönliche Wachsen aus den Erfahrungen und dem Bewältigen des Traumas. Lomranz (2005) gab hierzu Überlegungen an, dass eine „Aintegration“ von Erlebnissen, ein gewisses Wohlbefinden bei Trauma-Opfern auslösen kann. Weil Erinnerungen (auch traumatische) nicht als ganzer einheitlicher Gedächtnisinhalt gespeichert werden, sondern desintegriert werden. Nach der Vorstellung „ja, ich habe schlechte Erfahrungen gemacht, aber auch Positives ist mir während dieser Zeit

widerfahren“. Und gerade diese Inkonsistenz an gespeicherter Information, und sozusagen deren Zulassen, ermöglicht nach Lomranz (2005) ein positives Altern.

Auf der anderen Seite, plagen Überlebende mit zunehmenden Alter, die Häufigkeit an Morbiditäten, sowie ein gewisse „Überlebensschuld“ (Levi, 1947; in Friedmann, 2004, S19). Schuldgefühle überlebt zu haben, während andere die NS-Verbrechen nicht überlebt haben. Mit zunehmendem Alter, schwindet jedoch das Triumphgefühl, und die Identifikation mit den Toten der Verfolgung tritt nun in den Vordergrund. Gefühle der Wut, Angst und Erregungszustände und/ oder eine Somatisierungsstörung werden präsent (Vyssoki et al., 2004, S205). Die mit dem Alter zusammenhängende Angewiesenheit auf andere, wird mit der Hilflosigkeit alter Personen während der Shoah gleichgesetzt. De Levita beschreibt in diesem Zusammenhang das „Diachrom-Trauma“, welches eine Identifikation mit alten Menschen, die während der NS-Zeit, aufgrund ihrer Hinderlichkeit zurückgelassen werden mussten, bedeutet (Vyssoki et al, 2004, S 205).

Weiter, scheinen die Ansichten bezüglich des Prozess des Alterns auf die Befindlichkeit von Shoah-Überlebende dichotom zu sein.

Im Diskurs, über die Langzeitfolgen der Traumatisierung durch die NS-Verfolgung auf gealterte Überlebende, sind zwei gegensätzliche Theorien bekannt. Beide Annahmen, konzentrieren sich auf die Anpassung(-sfähigkeit) von Shoah-Überlebenden und ihrer Symptomatik im hohen Alter. Was sind die Effekte des Alterns auf Überlebende? Diese Frage wird je nach Theorie, unterschiedlich behandelt. Im Anschluss, soll nun jede der beiden konträren Theorien vorgestellt werden.

3.7.1.1. Inokulationstheorie

Hier wird angenommen, dass Überlebende durch die Erfahrungen während der Shoah, „besonders gelernt“ haben auf die Wechselhaftigkeiten des Lebens zu reagieren. Überlebende zeichnen sich als gut angepasste Individuen aus, die mit einer gewissen Widerstandskraft auf neuerliche Umschwünge des Lebens zu reagieren vermögen. D.h. aufgrund früherer traumatischer Erfahrung, können Shoah-Überlebende, resistenter bei neuerlichen Lebensereignissen, reagieren.

Eine Reihe an Studien (Krell, 1993; Leon et al., 1981; Suedfeld, 2000; in van Ijzendoorn et al., 2003), deuten darauf hin, dass Überlebende es geschafft haben, eine produktive und erfolgreiche Existenz, als auch ein gesundes Familienleben aufzubauen.

3.7.1.2. Vulnerabilitätstheorie

Im Unterschied dazu, sehen Vertreter der Vulnerabilitätstheorie, Überlebende als empfindlicher gegenüber neuerlichen Stress. Durch die massive Traumatisierung zu einem früheren Zeitpunkt im Leben, könnte nun die Anpassungsfähigkeit auf neuerliche Belastung z.B. durch das Altern (Verluste) eingeschränkt sein. Schlechter Gesundheitszustand, soziale Verluste und ökonomisch ungünstigere Lage wären die Folge (Rosenbloom, 1988; Steinitz, 1982, in Joeffe et al., 2003).

Aarts et al., 1996, (in Joeffe et al., 2003) berichteten, dass Überlebende, die zuvor in der Lage waren die traumatischen Erfahrungen zu verarbeiten, in den späteren Phasen ihres Lebens mit einer aggravierenden posttraumatischen Symptomatik zu kämpfen, oder mit einem verzögerten Beginn jener zu rechnen haben. Dies deckt sich auch mit den Berichten von Maercker (2001). (Siehe Kapitel „Lebensspannenbezogene Verläufe von PTSD“).

Auch zeigte sich bei der Untersuchung von Hantman, Solomon und Prager (1994), dass Shoah-Überlebende stärker durch den Stress des Golfkrieges belastet waren. Sie zeigten sich gegenüber neuerlicher Kriegserfahrung vulnerabler als Individuen, der Kontrollgruppe, die nicht die Shoah erlebt hatten.

Dazu eine Studie, welche die widersprüchlichen Annahmen zu vereinen scheint. Kahana et al. (1988, 1989, 1992) haben gefunden, dass Personen ihrer Stichproben, sowohl mit psychischen als auch physischen Beschwerden zu kämpfen hatten. Gleichzeitig gaben 46% ihrer Stichproben an, dass die Erfahrungen der Shoah sich zum Nachteil auf die aktuelle Stressbewältigung ausgewirkt haben. Auf der anderen Seite, gaben 26% an, dass die Shoah-Erfahrungen sie „stärker“ gemacht habe, und die Stressbewältigung leichter gelinge.

Nun ergibt sich die Frage, ob bei besonders traumatischen Erfahrungen (z. B. Inhaftierung in ein Konzentrationslager) die Vulnerabilität der Überlebender gegenüber neuerlichem Stress erhöht ist? Und ob, bei Individuen, die weniger traumatische Erfahrungen gemacht haben (z. B. emigriert sind, oder adoptiert worden sind etc.), dadurch resistenter gegenüber den Belastungen im Alter geworden sein können. D.h. ob der Schweregrad des Traumas die Bewältigungsweise (also höhere Vulnerabilität vs. Inokulation) moderiert?

3.7.2. Lebensspannenbezogene Verläufe von PTSD

Im höheren Alter zeigen sich verschiedene mögliche Verlaufsformen von posttraumatischen Belastungsreaktionen.

Maercker (2002) unterscheidet hierzu drei verschiedene PTSD-Typen:

1. Chronische PTSD – Sie beruht auf früheren Traumata. Menschen entwickeln nach dem Erleben eines Traumas eine PTSD, welche sie im Zeitraum ihres Lebens nicht bewältigen können.
2. Aktuelle Traumata im höheren Lebensalter. PTSD als mögliche Folge aktueller Traumata im höheren Alter
3. Verzögert auftretende PTSD (late-onset PTSD) – Sie tritt im höheren Lebensalter auf und beruht auf früheren Traumata.

ES kann hinsichtlich der Symptomausprägung zu einer Aggravation der PTSD im hohen Alter kommen. Eine PTSD ist bereits als Folge eines Traumas in frühen Lebensjahren entstanden, deren Symptome aber weniger stark ausgeprägt waren bzw. der Verlauf rezidiv war. Gemeinsam mit dem Alterungsprozess, tritt eine Aggravation der Symptome der PTSD auf.

Kriegsüberlebende werden oft beispielhaft für das Auftreten einer verzögert auftretenden und aggravierenden PTSD in Zusammenhang gebracht. Hinzutretende aktuelle belastende Erlebnisse („daily hassles“) des Alterns, werden als Moderatorrolle bei der Aggravation der Symptome diskutiert. Diese altersbedingten belastenden Erlebnisse können unterschieden werden in

a. Lebensereignisse, die eine persönliche Veränderung implizieren (Verlust von Angehörigen, Freunden, etc., körperliche Krankheiten, Einweisung ins Krankenhaus, Umzug in eine Pflegeheim, etc.)

und

b. Direkte und indirekte Konfrontationen mit den auslösenden Faktoren des Traumas (z. B. durch Medien, Gedenktage, Jahresfeiern, Berichterstattung über Kriege, Gefangenenlager, etc.).

Wie bereits im Kapitel „Risiko- und Schutzfaktoren“ beschrieben, gibt es lebensspannenbezogene Vulnerabilitäten für Traumata. So ist der Vulnerabilitätsfaktor bei frühkindlichen Traumaerfahrungen deutlich erhöht, und empirisch gut belegt

(Maercker, 2002). Auch ältere Personen zeigen eine erhöhte Anfälligkeit für PTSD im Vergleich zu jungen oder jenen des mittleren Erwachsenenalters (Maercker, 2002).

Folgende aufgelistete Faktoren, spielen bei älteren Menschen, eine Rolle im Umgang mit dem Trauma:

- Vermeidungsverhalten wird als weniger stark beeinträchtigend erlebt, auf Grund von altersbedingten Einschränkungen bei Aktivitäten im Alltag.
- Die mit dem Altern in Zusammenhang stehenden häufigeren Anlässe des Trauerns, stabilisieren und verstärken bestimmte Bewältigungsmechanismen
- Traumaverursachte Entfremdungsgefühle werden durch die Erfahrung von Einsamkeit im Alter relativiert.
- Traumabedingte Ein- und Durchschlafstörungen werden eher auf allgemeine altersbedingte Veränderungen der Schlafphysiologie zurückgeführt.

Auch muss diesbezüglich angemerkt werden, dass ältere Personen sehr sensibel gegenüber der Stigmatisierung durch psychologische bzw. psychiatrische Diagnosen sind. Psychotherapeutische Maßnahmen könnten auf Grund dieser Haltung abgelehnt werden.

3.7.3 Reaktivierung des Traumas

Zuerst muss der Begriff „Trauma-Reaktivierung“ von „Retraumatisierung“ abgegrenzt werden. Ersterer, fällt in den Prozess der Traumatisierung (welches eben die Prozesshaftigkeit der Reaktionen auf Traumata betont), und beschreibt posttraumatische Reaktionen nach möglicherweise langen symptomfreien Intervallen. Trauma-Reaktivierung stellt somit einen zentralen Aspekt der vorliegenden Untersuchung dar.

Im Vergleich dazu, ist Retraumatisierung durch eine erneute traumatische Erfahrung oder durch forciertes Erinnern (Zeugenaussagen, Gedenktage, etc.) verursacht.

Personen höheren Lebensalters, sind eher gefährdet eine Reaktivierung eines früheren Traumas auf Grund altersbedingter, abgeschwächter Abwehr- und Bewältigungsmechanismen, zu erfahren. Hinzutritt, eine Zunahme der körperlichen Morbiditäten (Multimorbidität), sowie der Anstieg der chronisch-degenerativen Krankheiten. Dieser Zustand wird von älteren Menschen als aversiv und irreversibel betrachtet. Zusammenfassend, kann nun festgehalten werden – wie bereits ein Kapitel zuvor angeführt-, dass die Vulnerabilität im Alter stark erhöht ist.

Weiter, ist das Leben älterer Personen, von Verlusten nahestehender Menschen als auch von körperlich Funktionen, gekennzeichnet. V.a. der Tod des/r Ehepartners/in wird in Zusammenhang mit einem Ansteigen der traumatischen Erinnerungen diskutiert (Maercker, 2002).

Auf der anderen Seite, weist jenes hochbetagte Alter einen Vorteil auf: die persönliche „Reife“, mit der verschiedenen Lebensumständen begegnet werden kann.

Heuft, Kruse & Radebold (2000) sehen folgende altersspezifische Entwicklungsaufgaben für betagte Personen als relevant:

- Ältere Personen durchleben einen ständigen Wechsel von Trauer- und Befreiungsprozess in Bezug auf ihre Verluste.
 - Akzeptanz des bisherigen Lebens (Integration von Teilaspekten des Lebens; z.B. auch der traumatischen Erfahrungen während der Shoah, oder der frühe Verlust von Bezugspersonen).
 - Möglichst lange psychische, körperliche und soziale Autonomie zu erhalten.
 - Wissen um die begrenzte verbleibende Lebenszeit und Akzeptanz jener
 - Neuanpassung an die eigene Alltagssituation (z.B. Wechsel des Wohnortes von selbständigen Haushalt in betreutes Wohnklima)
-

II. EMPIRISCHER TEIL

4.1. Untersuchungsziel

Ziel, dieser Arbeit ist, in empirischer Weise zu untersuchen, ob das Alter von „child survivors“ und Shoah-Überlebenden, während der Traumatisierungsphase einen Einfluss auf die aktuelle PTSD-Symptomausformung nimmt? Genauer, ob der kognitive Entwicklungsstand, der während der Traumaeinwirkung präsent war, dazu geführt hat, dass auch unterschiedliche Verarbeitungsweisen genützt wurden, und aktuell in unterschiedlichen Symptomen resultieren. Bei manchen Symptomen (z.B. Intrusionen) könnte es einer differenzierten kognitiven Entwicklung (v.a. sprachlichen) bedürfen, bei anderen nicht (z.B. Arousalssymptome). Das heißt, das Shoah-Überlebende, die jünger (also über eine weniger ausgereifte Sprachentwicklung verfügten) während des Traumaeinflusses waren, könnten aktuell eher somatische Symptomen zeigen. Bei der Ausbildung von somatischen Symptomen, ist nicht zwangsläufig eine entwickelte Sprache bzw. ein elaborierter kognitiver Entwicklungsstand von Nöten. Dies könnte sich in markanten Unterschieden im PTSD-Symptomprofilmuster in Abhängigkeit vom Traumatisierungsalter äußern. Außerdem, ob eine frühe Traumatisierung (d.h. jüngerer Alter während des traumatischen Erlebnisses) mit einer höheren Ausprägung an Dissoziation einhergeht. Maercker (2002) und Laure (2004) berichteten darüber.

Es liegen bereits Studien, die sich mit dem Einflusses des Alters während des Traumatisierungszeitraumes beschäftigen, vor, jedoch wurde dies noch nicht explizit in Zusammenhang mit der zur Verfügung stehenden kognitiven Verarbeitungsweisen und mit Unterschieden im aktuellen PTSD-Symptomprofil gebracht. Dazu sollen StudienteilnehmerInnen untereinander in Bezug auf ihr Alter und der Ausformung der PTSD-Symptomatik, Ängstlichkeit, Depressivität, Somatisierung und Dissoziation verglichen werden. Es wird hier Bezug auf die Untersuchung von Yehuda und Mitarbeiter (1997) genommen, die einen Zusammenhang zwischen Alter von Shoah-Überlebenden und Symptomen der PTSD-Symptomatik gefunden haben.

Nutzen, der durch diese Studie gewonnen Ergebnisse, könnten sich für die Interventionsplanung bei posttraumatischen Belastungsreaktionen ergeben. Denn, wenn das Alter bzw. die kognitive Entwicklung ausschlaggebend, bei der Ausbildung bestimmter posttraumatischer Symptome, ist, so kann das Therapiekonzept maßgeschneidert auf eine bestimmte (Alters-)Gruppe angeboten werden. Wonach z.B. auf intrusive Symptome bei jüngeren CS weniger Schwerpunkt in der Therapie zu legen sein wird, als auf die Konzentrierung der somatischen Komponenten.

Nicht zuletzt, ist es ein Anliegen mit der vorliegenden Arbeit nicht nur zu beweisen, dass es die Shoah gegeben hat, sondern auch, dass Betroffene heute noch – mehr als 60 Jahre später – an den Folgen leiden! Die vorliegende Untersuchung erhebt nicht den Anspruch auf die Ereignisse während des NS-Regimes oder auf das Erlebte im Detail einzugehen. Es geht hier in erster Linie, um eine Momentaufnahme von gealterten Shoah-Überlebenden, unter dem Aspekt, mit welchem Alter die traumatischen Erfahrungen gemacht wurden.

4.2. Fragestellung

Aus den angeführten Erkenntnissen des theoretischen Teils der vorliegenden Arbeit, ergeben sich folgende Fragestellungen, die empirisch überprüft werden sollen:

- I. Hat das Alter während der Traumatisierungsphase von Shoah-Überlebenden (SÜ) einen Einfluss auf das aktuelle PTSD-Symptomprofil?
 - II. Hat das Alter während der Traumatisierungsphase von Shoah-Überlebenden (SÜ) einen Einfluss auf das aktuelle Somatisierungssymptomprofil?
 - III. Hat das Alter während der Traumatisierungsphase von Shoah-Überlebenden (SÜ) einen Einfluss auf die aktuelle Depressionssymptomatik?
 - IV. Hat das Alter während der Traumatisierungsphase von Shoah-Überlebenden (SÜ) einen Einfluss auf die aktuelle Angstsymptomatik?
 - V. Hat das Alter während der Traumatisierungsphase von Shoah-Überlebenden (SÜ) einen Einfluss auf die aktuelle Dissoziationssymptomatik?
-

4.3. Hypothesen

Aus der **Hauptfragestellung I** leiten sich folgende Hypothesen ab:

Die erste Fragestellung lautet wie folgt: Hat das Alter während der Traumatisierungsphase von Shoah-Überlebenden (SÜ) einen Einfluss auf das aktuelle PTSD-Symptomprofil?

Hypothese 1

H1: Ältere Shoah-Überlebende (d.h. die älter während der Traumatisierung waren) weisen einen höheren Ausprägungsgrad an Intrusionen auf als jüngere.

H0: Ältere Shoah-Überlebende (d.h. die älter während der Traumatisierung waren) weisen keinen höheren Ausprägungsgrad an Intrusionen auf als jüngere

Hypothese 2

H1: Jüngere Shoah-Überlebende (d.h. die jünger während der Traumatisierung waren) weisen einen höheren Ausprägungsgrad an Vermeidung auf als ältere.

H0: Jüngere Shoah-Überlebende (die jünger während der Traumatisierung waren) weisen keinen höheren Ausprägungsgrad an Vermeidung auf als ältere.

Hypothese 3

H1: Jüngere Shoah-Überlebende (d.h. die jünger während der Traumatisierung waren) weisen einen höheren Ausprägungsgrad an chronischer Übererregung auf als ältere.

H0: Jüngere Shoah-Überlebende (d.h. die jünger während der Traumatisierung waren) weisen keinen höheren Ausprägungsgrad an chronischer Übererregung auf als ältere.

Aus der **Hauptfragestellung II** ergeben sich folgende Hypothesen:

Die zweite Fragestellung lautet wie folgt: Hat das Alter während der Traumatisierungsphase einen Einfluss auf das aktuelle Somatisierungssymptomprofil bei den 3 Alterskohorten?

Hypothese 4

H1: Jüngere Shoah-Überlebende weisen einen höheren Ausprägungsgrad an Somatisierungssymptomen auf als ältere.

H0: Jüngere Shoah-Überlebende weisen keinen höheren Ausprägungsgrad an Somatisierungssymptomen auf als ältere.

Aus der **Hauptfragestellung III** ergeben sich folgende Hypothesen:

Die dritte Fragestellung lautet wie folgt: Hat das Alter während der Traumatisierungsphase einen Einfluss auf die aktuelle Depressionssymptomatik?

Hypothese 5

H1: Ältere Shoah-Überlebende sind depressiver als jüngere.

H0: Ältere Shoah-Überlebende sind nicht depressiver als jüngere.

Aus der **Hauptfragestellung IV** ergeben sich folgende Hypothesen:

Die vierte Fragestellung lautet wie folgt: Hat das Alter während der Traumatisierungsphase einen Einfluss auf die aktuelle Angstsymptomatik?

Hypothese 6

H1: Jüngere Shoah-Überlebende sind ängstlicher als ältere.

H0: Jüngere Shoah-Überlebende sind nicht ängstlicher als ältere.

Aus der **Hauptfragestellung V** ergeben sich folgende Hypothesen:

Die fünfte Fragestellung lautet wie folgt: Hat das Alter während der Traumatisierungsphase einen Einfluss auf die aktuelle Dissoziationssymptomatik?

Hypothese 7

H1: Jüngere Shoah-Überlebende (d.h. jüngeres Alter während der Traumatisierung) weisen einen höheren Ausprägungsgrad an dissoziativen Symptomen auf als ältere.

H0: Jüngere Shoah-Überlebende (d.h. jüngeres Alter während der Traumatisierung) weisen einen höheren Ausprägungsgrad dissoziativen Symptomen auf als ältere.

4.4. Untersuchungsdesign

4.4.1. Versuchsgruppe

Gealterte Überlebende der Shoah, welche jene sowohl als Kinder als auch junge Erwachsene erfahren haben, und aktuell in einem jüdischen Altersheim in Wien leben, stellen den Gegenstand der Untersuchung dar.

Gemeinsam ist der ausgewählten Versuchsgruppe, dass die Verfolgungserlebnisse in frühester Kindheit, bis hin zum frühen Erwachsenenalter (also v.a. in der Jugend) passierten, und häufig der schmerzliche Verlust der Bezugspersonen erfahren werden musste.

In der vorliegenden Untersuchung, soll sich auf CS und Shoah-Überlebende konzentriert werden, die sich in einem durch das NS-Regime besetzten europäischen Land während der Dauer des Krieges befanden. Sowie zum Zeitpunkt der Erhebung, seit mindestens fünf Jahren in Wien leben.

Zusammenfassend:

- Die während des Krieges, eines oder mehrere der folgenden Erlebnisse der NS-Verfolgung, erfahren haben:
 - Vernichtungslager
 - Konzentrationslager
 - Arbeitslager
 - Überleben im Versteck
 - Unter falschen Papieren
 - Ghetto
 - Adoption/ Pflegeeltern
 - Heim
 - Ständige Flucht
 - Sowie *Angehörige verloren* haben bzw. wenn zutreffend *von den Eltern getrennt* wurden.
 - Während 1938 – 1945 in einem vom Nationalsozialismus besetzten europäischen Land sich aufhielten.
 - Sowie seit mindestens 5 Jahren in Österreich leben.
-

In der vorliegenden Arbeit, handelt es sich um eine Versuchsgruppe, die nach dem Alter bei der Traumatisierung gestaffelt wird. Da die TeilnehmerInnen untereinander verglichen werden, erübrigt sich die Anlegung einer Kontrollgruppe, da diese nicht zu mehr (statistischen) Aussagen führen würde.

Die Gruppe der Shoah-Überlebenden stellt eine höchst heterogene Gruppe dar. Man kann eben nicht von einem allgemein übergreifenden Syndrom sprechen, sondern *„vielmehr wirkten verschiedene Elemente auf verschiedene Persönlichkeiten in verschiedener Weise“* (Matussek, 1971, S11; zit. in: Keilson, 1979, S50). Keilson (1979), sieht diese Heterogenität als ausschlaggebend für das altersspezifische Herangehen bei der Planung von empirischen Untersuchungen am genannten Gegenstand (S. 50). Was hier bereits angesprochen wird, sind moderierende Variablen, welche die Reaktion auf das Trauma eines Individuums beeinflussen können. Diese sind dem Kapitel „Risiko- und Schutzfaktoren der Reaktionen auf das Trauma der Shoah“ oder dem folgenden Abschnitt „Moderatorvariablen“ zu entnehmen.

4.4.2. Variablenbeschreibung

4.4.2.1 Unabhängige Variable

Als unabhängige Variable (UV) der vorliegenden Studie, dient die kognitive Entwicklung der SÜ und CS während der Traumaeinwirkung. Diese, kann nicht retrospektiv festgestellt werden, aber über entwicklungspsychologische Erkenntnisse, v. a. die Entwicklungsphasen nach Piagets, des jeweiligen Alters, erschlossen werden. Hierzu wird das Alter der Shoah-Überlebenden während der Traumatisierung erfragt. Das Alter kann als intervallskalierte Variable angenommen werden.

4.4.2.2. Abhängige Variable

Abhängige Variable (AV) dieser Untersuchung ist das Profil der PTSD-Symptomatik, also die einzelnen Ausprägungen der drei Subskalen des PCL-C. Der PCL-C, ist ein standardisierter und validierter Fragebogen (siehe Kapitel „Instrumente“). Da es sich auch um eine graduelle Ausprägung der Symptomstärke (von 1=gar nicht bis 4=äußerst) handelt, kann auch hier Intervallskalenniveau angenommen werden. Außerdem, stellen für die Fragestellungen zwei bis fünf folgende Gesamt- bzw. Subscores die jeweilige

AV dar: für die Somatisierungs-, Depressions- und Angstsymptomatik der BSI-18, , für die Dissoziationssymptomatik der S.D.Q. Es handelt sich auch bei den beiden letzt genannten Instrumenten um intervallskaliertes Niveau der zu erhebenden Daten, und sind im Detail dem Kapitel „Methode“ zu entnehmen.

4.4.2.3. Moderatoren

Welche im Falle einer Konfundierung mit der AV und UV, zu kontrollieren (d.h. herauszupartialisieren) sind:

Nach Hass, 1995, (S. 101) sind folgende Moderatorvariablen zu nennen:

- Art des Traumas
- Schweregrad des Traumas
- Verlust von (Familien-)Angehörigen
- Persönlichkeit vor der Verfolgung
- Nachkriegsumgebung
- PTSD-growth (Zuschreibung einer persönlichen Bedeutung des eigenen Überlebens und Wachstumschance)
- Fähigkeit Traurigkeit abzuwehren

Ergänzend sind nach Beck et al. (2005) folgende Variablen anzuführen:

- a. Alter während der Traumata (ist die UV dieser Untersuchung)
- b. Geschlecht
- c. Gründe der Verfolgung
- d. Ursprungsland
- e. Niederlassungsort nach dem Krieg

Weiter, nach reiflicher Überlegung sind die folgenden Variablen ausschlaggebend bei der aktuellen Traumareaktion von gealterten Shoah-Überlebenden:

- Derzeitige Medikation bzw. Konsumation von Substanzen
 - Andere psychiatrische Erkrankungen außer PTSD
 - Momentane belastende Lebensereignisse
 - Zusätzliche traumatische Erfahrungen außer die der Shoah
 - Eingebundenheit in soziales, kulturelles, etc. Leben
-

- Momentaner Verlust von Angehörigen (Dauer und Anzahl)
- Inanspruchnahme von Psychotherapie und/ oder Beratung
- Derzeitige körperliche Verfassung
- Krankengeschichte schwerer körperlicher Erkrankungen
- Ehe- und Familienstand
- Beruf (vor der Pensionierung)
- Alter bei der Trennung von der Mutter
- Vorhandensein bzw. Vorliegen einer dementiellen Erkrankung

Viele – sofern dies möglich – der Variablen sind unter Kontrolle zu halten, um einen beeinflussenden Effekt jener auf das Verhältnis zwischen UV und AV, zu verhindern. Daher muss gezielt nach soziodemografischen Informationen der Shoah-Überlebenden gefragt werden, die ggf. bei der Auswertung unter Kontrolle zu halten sind.

4.5. Population & Stichprobe

4.5.1. Population

In der vorliegenden Arbeit wird eine spezielle, dem 20. Jahrhundert spezifische Population, untersucht. Es sind dies Überlebende der Shoah, welche die traumatischen Erlebnisse in frühester Kindheit bzw. in der Adoleszenz und jungen Erwachsenenalter gemacht haben. Dies ist aber auch eine Population, die als Zeitzeugen die Gräueltaten miterlebt hat, und nun im fortgeschrittenen Alter ist. Viele von ihnen - nicht nur durch die NS-Verfolgung, sondern auch durch den natürlichen Alterungsprozess bedingt – sind bereits dahingeschieden. Daher kann nur von einer, in der Anzahl, begrenzten Population gesprochen werden. (Siehe Kapitel Demografischer Einblick in die jüdische Population Wiens).

4.5.2. Stichprobe

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden Personen, die aktuell in einem jüdischen Altersheim in Wien leben, dem „Maimonides Zentrum“, und welche die Shoah als Kinder bzw. Adoleszente und junge Erwachsene erfahren haben, befragt.

Zur Stichprobengröße sei angemerkt, dass hier auch ethische Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind. Es wäre unangebracht, von einer bestimmten Anzahl an gewünschten Vpn für die Teilnahme an der Studie zu sprechen - auf Grund der individuellen Geschichte und Problematik der Population. Um jedoch aber auch

statistisch ausreichend Aussagen treffen zu können, sollten eine Vielzahl an potentiellen Vpn kontaktiert, und nach der freiwilligen Einwilligung zur Teilnahme, überprüft werden, wie groß die Stichprobe ist.

4. 6. Methode

4.6.1.Darstellung der Untersuchungsinstrumente

4.6.1.1. Informationsfragebogen zur Erfassung der soziodemografischen Informationen

Neben den herkömmlichen soziodemografischen Informationen wie, Alter, Religionszugehörigkeit, Ehestand, Einkommen, etc., sollen auch Shoah-relevante Informationen erfragt werden (Geburtsland, Art des Traumas, etc.). Unter anderem soll dieses Instrument, auch als Ein- bzw. Ausschlusskriterium zur Teilnahme an der Studie dienen. Um der VG zugewiesen zu werden, muss die Vp von 1938 (Beginn ist der Anschluss Österreichs) bis 1945 in einem nazi-besetzten europäischen Land, sich aufgehalten haben. Dies impliziert, dass die Tp eine oder mehrere der folgenden Erfahrungen erlitten hat: Internierung in ein Vernichtungs-, Konzentrations- oder Arbeitslager, das (Über-)Leben im Versteck, im Ghetto, unter falschen Papieren, Adoption durch nicht jüdischen Personen, war Partisan oder anderes.

Dies stellt eine eigene Skala innerhalb des Informationsfragebogens dar, und ist mit „Shoah Expositions Skala“ benannt. Nicht nur die unterschiedlichen, oben angeführten Erfahrungen, mit möglichen Mehrfachnennungen, sollen gesammelt werden, sondern auch eine subjektive Einschätzung des Einflusses des Ereignisses auf die eigene Person. Dies hat den Vorteil, dass eine Kategorisierung nach Schweregrad des Traumas, nicht nur nach objektiven Kriterien vollzogen werden kann, sondern subjektive Kriterien bei der Kategorienbildung berücksichtigt werden können. Es ist hier ohnedies anzumerken, ob eine objektive Kategorisierung nach „leichte“, „mittlere“ und „schwere“ Verfolgungserfahrung, wie sie Joeffe et al. (2003) in ihrer „Sydney Holocaust Study“ treffen, valide ist? Und ob ein subjektiver Zugang wohl eher eine valide Einteilung in Schweregrad des Traumas zulässt? Die Kategorisierung in Schweregrad des Traumas ist aber sinnvoll, wenn man den Einfluss der Verfolgungserfahrung in Abhängigkeit von anderen Variablen (z.B. AV, also die PTSD-Symptomatik etc, oder die körperliche und seelische Gesundheit, usw.) untersuchen möchte.

Weiter wird in diesem Instrument gefragt, ob Angehörige während der Shoah verloren wurden und, ob und wann die Trennung von der Mutter stattgefunden hat. Hier wird absichtlich die Mutter als Hauptbezugsperson gewählt, weil sie unmittelbar mit dem Aufwachsen des Individuums in Verbindung steht. Als Vorlage dazu dient Keilson (1979), der auch das Alter während der Trennung von der Mutter als Variable in seine Untersuchung einfließen ließ. Mit Hilfe dieses Fragebogens kann auch herausgefunden werden, ob neuerlich Angehörige verloren wurden, also nach der Shoah, ob belastende Lebensumstände vorliegen, ob Beratung/ (Psycho-)Therapie in Anspruch genommen wurde, und wie lange dies her ist, sowie der derzeitige Medikamenten- und Substanzenkonsum. Zusätzlich, wird nach anderen psychiatrische Erkrankungen außer PTSD, gefragt. Und kann als Ausschlusskriterium, im Falle des positiven Beantwortens der Frage, dienen. Zuletzt, wird nach den körperlichen Beschwerden gefragt. Hierzu schätzt die Vpn subjektiv ihre körperliche Verfassung auf einer 5-Punkt-Likert-Skala ein. Dies stellt eine globale Selbsteinschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes durch die Tp dar. Auf spezifische somatische Beschwerden (wie z.B. Das Auftreten von Übelkeit oder Magenverstimmung innerhalb der letzten Woche), wird konkret im BSI-18 mit seinem Subscore „Somatisierung“ eingegangen.

4.6.1.2. PCL-C (PTSD-Checklist Civilian Version)

Von Weathers, Litz, Huska, Herman & Keane, 1993; deutsche Version: Pöll, 2006.

Das Verfahren dient zur Feststellung der Ausprägung der aktuellen PTSD-Symptome. Anhand von 17 Aussagen (Items) wird die Tp gebeten, diese auf einer 4-stufigen Skala einzuschätzen (1 bedeutet gar nicht zutreffend, 4 bedeutet äußerst zutreffend). Erfasst werden die drei Cluster Intrusionen, Vermeidung und Arousal der PTSD nach DSM-IV. (D. h. anlehnend an das internationale Klassifikationssystem der American Psychiatric Association). PCL-C gilt als anerkanntes Messinstrument im klinischen Bereich auf dem Gebiet der posttraumatischen Belastungsreaktionen. Das Messinstrument zeichnet sich durch hohe interne Konsistenz mit Cronbachs $\alpha=.94$, als auch Re-test Reliabilität (sofort) $r=.92$ aus. Zufriedenstellend sind auch die Ergebnisse bezüglich der Validität des Messinstruments. Empirische Untersuchungen sowohl zur konvergenten Validität (hohe Korrelationen mit anderen Messinstrumenten, die das gleich Konstrukt zu erfassen trachten; hier IES-R, der Impact of Events Scale-Revised), als auch zur diskriminanten Validität (geringeren Korrelationen zu Instrumenten, die ein anderes

Konstrukt erfassen; hier Depression, CES-D) ergaben sehr befriedigende Ergebnisse. Das Verfahren wird aber nicht nur, wegen seiner sehr zufrieden stellenden klassischen Testgütekriterien eingesetzt, sondern auch aus Gründen der Ökonomie. Hinsichtlich der Bearbeitungsdauer (17 Items die in ca. 5-10min. zu beantworten sind), spricht dies für die Zumutbarkeit der Tp, da die ältere Testperson in zeitlicher Hinsicht geschont wird. Das vorgestellte Messinstrument zur Erfassung der Vermeidungs-, Intrusions- und Aktivierungssymptomatik bei traumatischen Lebenserfahrungen wird also vor allem wegen seiner Ökonomie und hervorragenden psychometrischen Qualität eingesetzt. Da es sich bei der Stichprobe um eine im Alter vorangeschrittene handelt, ist die kurze Bearbeitungszeit von nur 17 Items und deren unkomplizierte Beantwortung anhand einer vier-stufigen Skala für die geplante Untersuchung sehr geeignet. Vergleichbare Messinstrumente im Bereich der PTSD-Symptomatik (z.B. CAPS, IES-R, IK-PTBS, etc.) weisen eine weitaus größere Anzahl an Items auf, die mit gleicher oder weniger zufriedenstellender psychometrischer Qualität einhergehen.

4.6.1.3. BSI-18 (Brief Symptom Inventory)

Von Derogatis, L.R. 2000; dt. Version: Franke, 2000.

Einen wichtigen Teil der Symptomatik bei Shoah-Überlebenden machen die Auswirkungen auf den affektiven Bereich aus. Ganz besonders sollen, in der vorliegenden Arbeit, Angst- sowie Depressionssymptomatik herausgearbeitet werden. Hierzu gibt es eine Reihe von Messinstrumenten, welche die Ausprägung der Angst- bzw. Depressionssymptomatik erfassen, und einige davon haben auch Einzug in die Praxis gefunden. Wie z. B. die Inventare von Beck (BDI & BAI), aber auch die Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) oder Depression Scale (HAM-D), usw. Auf jene wird in dieser Arbeit bewusst verzichtet. Erstens, aus Gründen der zeitlichen Zumutbarkeit für die im Alter vorangeschrittene Tp. Sind nämlich die Inventare einzeln vorgelegt (d.h. jeweils in Instrument zur Messung der Angst, Depressivität und Somatisierung), erhöht das die Bearbeitungsdauer. Außerdem, hat sich nach Überprüfung der Fragen bzw. Aussagen der Inventare auf Authentizität und Augenscheinlichkeit herausgestellt, dass bei BSI-18 die Fragen bzw. Aussagen in Bezug auf die vorhandene Stichprobe passend sind. Auf die von Zung und Mitarbeitern entwickelte Verfahren SAS (Self-rating Anxiety Scale) und SDS (Self-rating Depression Scale), wird ebenfalls bewusst verzichtet. Da Fragen, wie z.B. „Ich kann frei

ein und ausatmen“ von älteren Tpn sehr leicht missverstanden werden könnten. Man bedenke nur die Multimorbidität (asthmatische Erkrankungen die das freie Ein- und Ausatmen erschweren, oder andere Atemwegserkrankungen) im erhöhten Alter! Die Frage könnte, missverständlicher Weise, nicht auf die Angstsymptomatik bezogen, aufgefasst werden.

Der Brief Symptom Inventory ist eine Kurzversion der Symptom Checklist, SCL-90-R, von Derogatis, und der Brief Symptom Inventory – 18 ist wiederum die Kurzversion des BSI. Das Verfahren wurde entwickelt, um bei klinischen aber auch allgemeinen Fragestellungen schnell einen Überblick über den psychischen Distress der Tp oder des/r PatientIn zu erlangen. Reliabilität und Effektivität des Entscheiden von weiteren Maßnahmen, wurden speziell im Auge behalten, bei der Konstruktion des Inventars. Hier zu zählen die Skalen „Somatisierung“, „Depressivität“ und „Ängstlichkeit“, sowie ein Gesamtscore, der den globalen vorliegenden Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung angibt (GSI = Global Severity Index). Erfasst werden körperliche und psychische Beschwerden, innerhalb der vergangenen Woche. Anhand einer 5-stufigen Likert Skala (von 0=überhaupt nicht bis 4=sehr stark) soll die Vp ihre aktuelle Befindlichkeit in Bezug auf körperliche und psychische Symptome einschätzen. Auf die soziale Erwünschtheit bei der Beantwortung der Fragen wird explizit in der Instruktion hingewiesen und vermindert somit, das Risiko eines in Richtung sozialer Erwünschtheit verzerrten Antwortstils. Sowohl die SCL-90-R, als auch die Kurzversion, BSI, sind in der Praxis häufig eingesetzte Instrumente, die über zufriedenstellende psychometrische Qualitäten verfügen. Die Korrelation der Kurzversion BSI-18 mit der Erstversion der SCL-90-R mit 90 Items ist mit $r > 0.9$ sehr hoch. Die Zuverlässigkeit der drei Subskalen ist durch die jeweilige interne Konsistenz, welche sich für die Subskalen „Somatisierung“ auf $\alpha = 0.74$, „Depressivität“ auf $\alpha = 0.84$ und „Ängstlichkeit“ auf $\alpha = 0.79$ belaufen, charakterisiert. Die Re-Test-Reliabilität – gemessen im Abstand von einer Woche - bewegt sich zwischen 0.73 resp. 0.92 in Abhängigkeit von der jeweiligen Subskala. Die kriteriumsbezogenen Gültigkeit konnte bei einzelnen Skalen nachgewiesen werde. Das Verfahren ist standardisiert und normiert.

Für die vorliegende Fragestellung sind die drei Subskalen „Somatisierung“, „Depressivität“ und „Ängstlichkeit“ ausgewählt worden, weil genau jene von Interesse sind. Somit stellt der BSI-18 ein optimales Instrument zur Operationalisierung der Fragestellung dar. Es handelt sich um eine vollständige Testbatterie, inklusive Globalwert, d. h. Interpretationen sind aufgrund der Vollständigkeit – sofern keine

statistischen Ausreißer vorliegen – möglich. Einerseits, weil die Information resultierend aus den drei Subskalen zur Beantwortung der Fragestellung ausreichend ist, vielmehr aber noch wegen des Gütekriteriums der Zumutbarkeit, ist die Reduktion auf drei Subskalen zu begrüßen. Die übrigen sechs Subskalen der Langversionen der SCL-90-R und dem BSI sind für die vorliegende Fragestellung nicht relevant, und würden höchstens die Tp im ihrem zeitlichen und motivationalen Aufwand überbeanspruchen. Auch bei Vorläuferstudien des gleichnamigen Instituts, mit ähnlicher Fragestellung, z.B. die Arbeit von Uri Dar, kamen verwandte Messinstrumente, nämlich die SCL-90-R, zum Einsatz. Das Instrument, wird größten Teils wegen seiner inhaltlichen Deckung mit der Fragestellung, als auch wegen seiner hohen praktischen Anwendung, sowie zufriedenstellenden psychometrischen Qualitäten herangezogen.

4.6.1.3. S.D.Q.-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire)

Von Nijenhuis et al., 1996.

Der Fragebogen dient zur Erfassung der somatoformen Dissoziationsbeschwerden, die innerhalb des vergangenen Monats auftraten. Diese sind von der Tp selbst auf einer 5-Punkt-Likert Skala einzuschätzen. Das Instrument zeichnet sich durch sehr hohe interne Konsistenz mit Cronbachs $\alpha=.95$ (Nijenhuis et al. 1996), und zufriedenstellender konvergenter Validität aus.

Das Messinstrument, kommt in der vorliegenden Arbeit zum Einsatz, wegen seiner ausgezeichneten psychometrischen Qualität als auch wegen der optimalen Erfassung der durch die Extremtraumatisierung der Shoah entstandenen Symptomatik der Dissoziationsbeschwerden. So sind mit dem S.D.Q.-20, die dissoziativen Beschwerden optimal anhand von relativ wenigen Items (Nijenhuis et al, 1996), erfasst. Hier wird wieder aus Gründen der Zumutbarkeit als auch Ökonomie, auf die Anzahl der Items geachtet. Vorab, sind auch drei Fragen aus dem Instrument zu nehmen, weil sie in den Intimbereich der älteren Tp eingreifen würden und für die vorliegende Fragestellung von sekundärer Relevanz sind. Außerdem, zeichnet sich der Fragenbogen durch den Vorteil aus, dass die Tp gefragt wird, ob für die dissoziativen Beschwerden eine medizinische Diagnose vorliegt. Somit kann eine körperliche Ursache der Symptomatik ausgeschlossen werden, und die Ausprägung der somatoformen Dissoziationssymptomatik erfasst werden (insofern, dass ein höherer Rohsummenscore eine stärker ausgeprägte Symptomatik indiziert; Rohsumme rangiert von 20 bis

maximal 100 Punkten). Vergleichbare Messinstrumente, welche die oben genannte Symptomatik mit ebensolcher psychometrischer Qualität beschreiben, liegen bis dato nicht vor. Es gibt deutschsprachige Messinstrumente zur Dissoziationssymptomatik, wie den Fragebogen zur dissoziativen Symptomatik von Spitzer et al., 2005, (FDS), und der Dissociative Experiences Scale von Bernstein & Putnam, 1986, (DES).

4.6.1.4. MMSE (Mini Mental Status Examination)

Von Folstein et al., 1990.

Da die Tpn innerhalb einer Institution rekrutiert werden, und vorab Untersuchungsziel mit der ärztlichen, therapeutischen und organisatorischen Seite abgeklärt wurde, ist die Anwendung des MMSE nur im Falle einer Dringlichkeit vorzulegen. Im Großen und Ganzen, sind bereits Vpn ausgewählt, die keine Demenz oder im Falle eines Vorhandenseins, so dass jener mittels MMSE-Score dokumentiert ist. Aber auch im letztgenannten Fall, waren die Ausprägungen minimal (d.h. der MMSE-Score unterschritt nicht 24 Punkte). Das Verfahren wird vorgelegt, zur Abklärung, ob die kognitive Leistungsfähigkeit für die Partizipation an der Studie vorhanden bzw. ausreichend ist. Geriatriisch auffällige und dementiöse Personen, sollen durch das Screeningverfahren erkannt, und bei Unterschreitung der kognitiven Grundanforderungen (d. i. ein Rohscore von unter 24 Punkten) anhand von alltagsnahen Aufgaben bzw. Fragen (z.B. Rückwärts Zählen, um das Datum bescheid wissen, etc) aus der Studie ausgeschlossen werden. Das Verfahren zeichnet sich durch langjährige und regelmäßige Anwendung zur Demenzdiagnostik im praktischen Bereich aus.

4.6.2. Durchführung der Untersuchung

Die Untersuchung hat in der Wiener psychosozialen Einrichtungsstätte „Maimonides Zentrum“ stattgefunden. Dieser Einrichtungsstätte ist das sog. „Pflegeheim“ untergestellt, dem der Großteil der Befragten (n=25) entspricht. Personen, die im Pflegeheim des Maimonides Zentrums leben, verfügen größtenteils über Selbständigkeit in alltäglichen, sozialen, emotionalen, mobilen Aufgaben. Drei weitere Personen konnten durch Mundpropaganda zur Studienteilnahme motiviert werden. Zwei davon nutzen die Tagesstätte des „Maimonides Zentrums“, welche ebenfalls eine psychosoziale Einrichtung mit gemeinschaftlichen Aktivitätsangebot ist. Die

TeilnehmerInnen haben sich freiwillig zur Zusammenarbeit bereit erklärt. Dies wurde auch vorab mittels Einverständniserklärung schriftlich festgehalten. Nach Abklärung des Einverständnisses zur Teilnahme der Testperson, sowie Aufklärung der geplanten Untersuchung, wurde zuerst der Informationsfragebogen vorgelegt. Dies diente der Überprüfung zur Teilnahmeberechtigung an der Studie (d. i. wenn die Tp die Shoah im nazibesetzten Europa zw. 1938 und 1945 erlebt hat). Mit Hilfe des Informationsfragebogens, konnte neben der soziodemografischen Information der Tp (Alter, Geschlecht, Bildung, Religionszugehörigkeit, Beruf, etc.), auch einige Variablen zur sozialen Integration und Aktivitätsniveau der Tp (z.B. wie häufig die Tp mit bestimmten Personen interagiert.) erfasst werden. Im Anschluss, kam es zur Bearbeitung der Shoah Expositionsskala. Diese Skala diente der Erfassung der traumatischen Erlebnisse während der Shoah. Danach wurde der PCL-C (zur Erfassung der aktuell vorliegenden posttraumatischen Belastungssymptome), BSI-18 (zur Erfassung der momentanen Somatisierungs-, Depressivitäts- und Ängstlichkeitssymptome), sowie S.D.Q.-20 (zur Erfassung der aktuellen Dissoziationssymptome) vorgelegt. Auf Ökonomie und Zumutbarkeit für die Tp bei der Generierung der Testbatterie wurde spezielles Augenmerk gelegt. Mit dieser Methode, musste nicht auf die sehr zufriedenstellenden Gütekriterien der Verfahren verzichten werden, und trotzdem hielt sich die Interviewdauer so gering wie möglich. Um nicht die kognitiven Kapazitäten (wie Konzentration) der älteren Testperson zu überfordern. In manchen Fällen, zeigte sich das Einhalten einer Pause, während der Erhebung als hilfreich. Die kognitiven Grundanforderungen der Tp, um an der Studie teilzunehmen, wurden mittels MMSE festgestellt. Der Testwert des MMSE, war auch in der Patientenakte festgehalten. Ansonsten, wurden im ersten Auswahlverfahren, nur Personen mit keiner oder minimaler Demenz (MMSE-Wert bis 28) ausgesucht. In der zweiten Rekrutierungswelle (nach dem ersten Anlauf einige potentielle Tpn ausscheiden mussten oder sie die Teilnahme verweigerten) konnte es vorkommen, dass dieser Wert von 28 unterschritten wurde, die geistige Anwesenheit der Person wurde jedoch vom betreuenden Personal (Psychologin, PflegerInnen, Sozialarbeiterin) zugesichert.

4.7. Statistische Auswertungsverfahren

Zum Einsatz kamen auf Grund der Unterschreitung der Stichprobengröße (N=28) von 30 hauptsächlich deskriptive Auswertungsmethoden. Bei der Hypothesenüberprüfung

sind nicht-parametrische korrelative Verfahren, Spearman-Korrelationen, berechnet worden.

Weitere Auswertungsmethoden, die zur Anwendung kamen, waren die Faktorenanalyse zur Kategorisierung der Aktivität, χ^2 -Test, bei Vergleichen von kategoriellen Variablen, U-Tests, Kruskal-Wallis-Test und bezüglich der Altersverteilung im Hinblick auf das Geschlecht, die Varianzanalyse.

5 Ergebnisse

5.1. Deskriptive Darstellung

5.1.1. Stichprobenbeschreibung

Der Erhebungszeitraum, erstreckte sich vom 12. Juni bis zum 4. August 2008, in der Wiener psychosozialen Einrichtungsstätte, Maimonides Zentrum. Ein Teilnehmer konnte durch Mundpropaganda zur Studienteilnahme motiviert werden. Die TeilnehmerInnen haben sich freiwillig zur Zusammenarbeit bereit erklärt. Diese wurde auch mittels Einverständniserklärung schriftlich festgehalten.

Die Stichprobe setzt sich aus insgesamt (N=28) 28 TeilnehmerInnen zusammen, wobei 13 (46%) Männer und 15 (54%) Frauen sind. Das durchschnittliche Alter in der gesamten Stichprobe (N=28) liegt bei 86,07 (SD=8,01). Wobei die älteste befragte Person 97 Jahre alt ist und die jüngste 66,33.

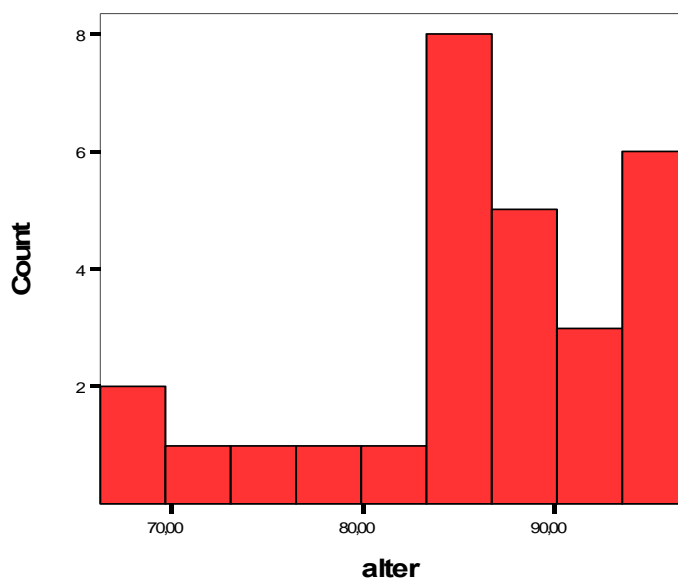


Abbildung 2: Altersverteilung der gesamten Stichprobe (Histogramm)

Für Frauen ergibt sich ein Mittelwert hinsichtlich des Alters von 84,07 (SD=9,22), für Männer 88,3. Der Altersunterschied ist nicht signifikant ($F(1,26)=2,093$; $p=0,160$). Diese Ergebnisse seien an dieser Stelle tabellarisch angeführt.

Tabelle 2: Alter der Befragten, (Mittelwert, Standardabweichung, Minimum und Maximum der Altersverteilung, Median)

	Männlich	Weiblich	Gesamt
M	88,37	84,07	86,07
SD	5,87	9,22	8,01
Min	73,25	66,33	66,33
Max	97,00	96,25	97,00
Md	87,75	86,50	86,92

Der Großteil der befragten Personen (46%) wurde in Österreich geboren. Die Verteilung der übrigen Geburtsländer der Befragten, ist der unten angeführten Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 3: Geburtsland der Befragten, (Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent)

	n	Prozent %
AUT	13	46
CZ	2	7
FR	1	4
GB	1	4
HUN	3	11
Lettland	1	4
POL	3	11
Slowakei	1	4
Russland	1	4
Ukraine	1	4
Uruguay	1	4
Gesamt	28	100

Überprüft man, ob die Geschlechterverteilung in Österreich und den anderen Geburtsländern gleich ist, so zeigt sich kein signifikantes Ergebnis ($\chi^2(1)=0,619$; $p=0,431$). 53% der weiblichen Befragten wurden in Österreich geboren. Dies trifft auch bei 38% der männlichen Studienteilnehmer zu. Weibliche und männliche ProbandInnen unterscheiden sich hier nicht signifikant hinsichtlich ihres Geburtslandes.

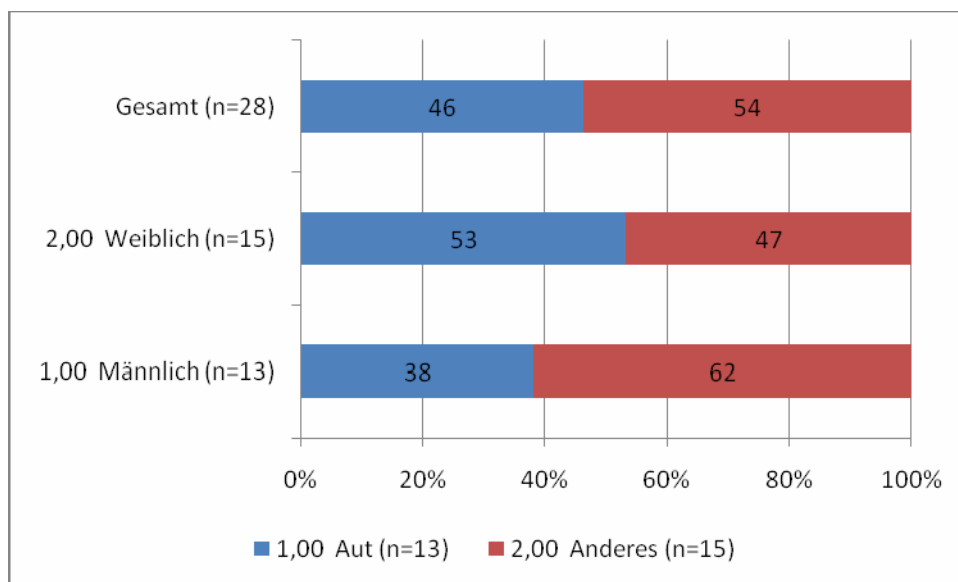


Abbildung 3: Geschlechtsverteilung nach Geburtsländern (zusammengefasst), (Angaben in Prozent)

Die TeilnehmerInnen leben in Österreich seit durchschnittlich 41 Jahren (1957) und kamen im Zeitraum von Kriegsende 1945 bis 2002 nach Österreich. Frauen kamen durchschnittlich 1952, Männer 1967 nach Österreich. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant ($z=-1,448$; $p=0,148$). Wenn die Befragten auch in Österreich geboren wurden, so zogen sie durchschnittlich 1955 nach Österreich zurück. Sind sie in einem anderen europäischen Land geboren worden, so war der Zuzug nach Österreich etwas später - durchschnittlich 1960. Dieser Unterschied ist nicht signifikant ($z=-0,835$; $p=0,404$). Betrachtet man die heutige körperliche Verfassung unter dem Aspekt wann die Person nach Österreich gekommen ist, so zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang ($r=0,170$; $p=0,396$).

Auch die momentane psychische Verfassung, zeigt sich nicht beeinflusst von der Aufenthaltsdauer in Österreich ($z=-0,909$; $p=0,363$). Ebenso, die Inanspruchnahme von Beratung und/ oder Psychotherapie ($z=-0,106$; $p=0,915$).

Blickt man auf die Verteilung der Stichprobe im Hinblick auf die Schulbildung, so zeigt sich, dass fast die Hälfte (47%) der ProbandInnen Maturaabschluss besitzen. Primäre Bildungsabschlüsse, wie Pflichtschule und Berufsbildende Schule, sind jeweils mit 21% in der vorliegenden Stichprobe repräsentiert. Am wenigsten häufig (drei Tpn; 11%) waren StudienteilnehmerInnen mit Universitätsabschluss vertreten. Die übrigen Bildungsabschlüsse, und deren absolute Häufigkeiten und Prozentwerte, sind hier grafisch verdeutlicht.

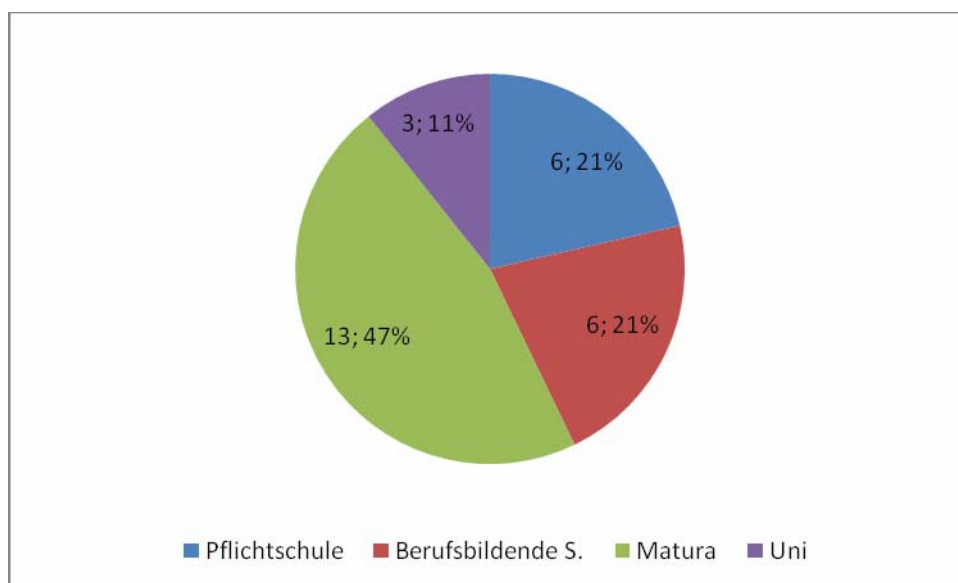


Abbildung 4: Bildungsverteilung der Befragten (Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent)

Der Ehestand der befragten Stichprobe lässt sich folgendermaßen beschreiben: die meisten der Befragten, das sind 16 Personen (57,1%), sind verwitwet. Von jenen 16 Personen, waren 9 (32,1%) mit einem Shoah-Überlebenden verheiratet. Acht Studienteilnehmer sind geschieden. Zwei (7,1%) der acht geschiedenen ProbandInnen waren mit einem/r Shoah-Überlebenden verheiratet. Vier Personen haben wieder geheiratet, drei davon (10,7%) eine/n Shoah-Überlebende/n. Drei Personen (10,7%) sind verheiratet, zwei davon mit einem/r Shoah-Überlebenden. Eine Person ist ledig (3,6%). Folgende Grafik soll dies verdeutlichen.

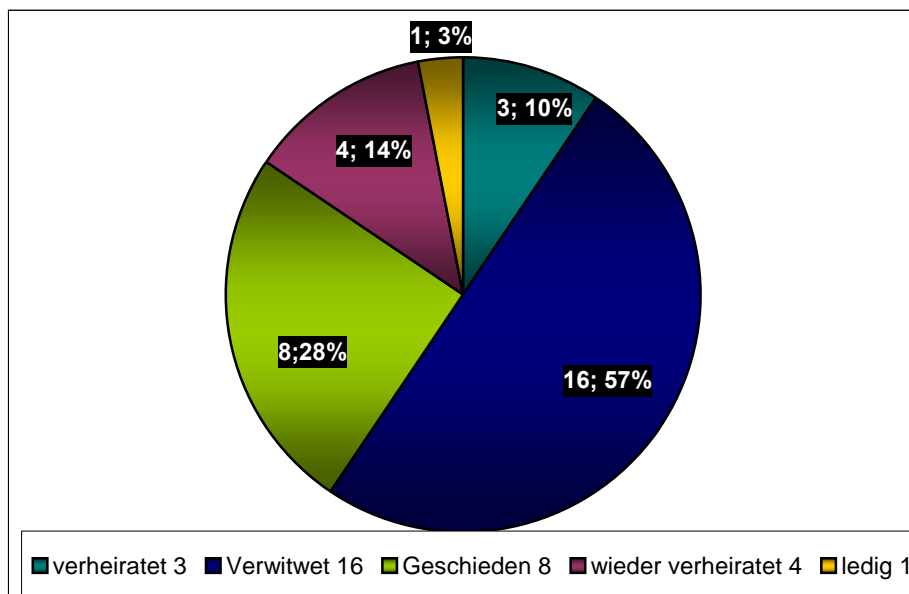


Abbildung 5: Ehestand der Stichprobe, (Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent)

24 Befragte (86,7%) führen derzeit keine partnerschaftliche Beziehung.

Exakt ein Viertel der StudienteilnehmerInnen haben keine Kinder, 9 (32%) haben ein Kind, 9 der befragten Personen (32%) haben zwei Kinder und drei (11%) der interviewten Personen haben drei Kinder.

Tabelle 4: Anzahl der Kinder, (Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent)

Kinderanzahl	Häufigkeit	Prozent
0	7	25
1	9	32
2	9	32
3	3	11
Total	28	100

Betrachtet man nun, die Anzahl der Kinder nach der Partnerschaft mit Überlebenden, so unterscheidet sich die Kinderanzahl in Abhängigkeit davon, ob mit Shoah-Überlebenden eine Partnerschaft eingegangen wurde oder nicht, nicht signifikant ($z=-0,288$; $p=0,774$). Überprüft wurde dies mittels U-Test für unabhängige Stichproben.

Statistik für Test^b

	Anzahl Kinder
Mann-Whitney-U	92,000
Wilcoxon-W	197,000
Z	-,288
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,774
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,804 ^a

a. Nicht für Bindungen korrigiert.

b. Gruppenvariable: Überlebenden Partner

Abbildung 6: U-Test, Anzahl der Kinder nach Partnerschaft mit Shoah-Überlebenden

Sechs StudienteilnehmerInnen (21,4%) haben keine Geschwister. Die Mehrheit, 10 Personen (35,7%), haben eine Schwester bzw. Bruder, vier Personen (14,3%) haben drei Geschwister, etc. Die übrigen Häufigkeiten der Geschwisteranzahlen, sind der unten angeführten Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 5: Anzahl der Geschwister (Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent)

	n	Prozent
,00	6	21,4
1,00	10	35,7
2,00	4	14,3
3,00	3	10,7
4,00	1	3,6
6,00	2	7,1
7,00	1	3,6
8,00	1	3,6
Total	28	100,0

Genau die Hälfte der interviewten Personen sind erstgeborenes Kind, ein Viertel sind Zweitgeborene, zwei (7,1%) sind an dritter Stelle geboren, zwei weitere an vierter Stelle, ebenfalls zwei weitere Personen wurden an siebenter Stelle geboren und eine Person (3,6%) an neunter Stelle. Folgendes Diagramm soll dies verbildlichen.

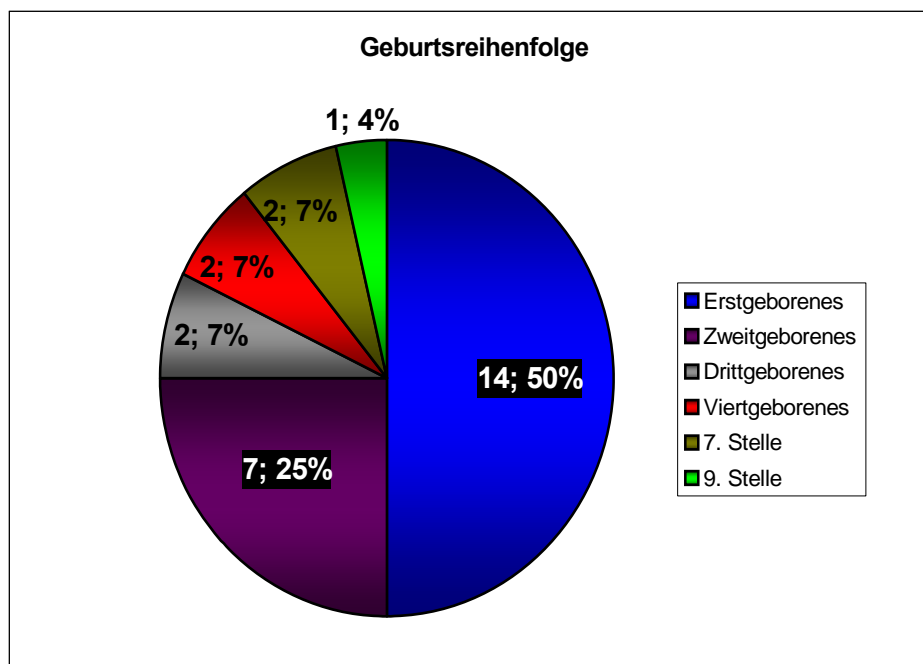


Abbildung 7: Geburtsreihenfolge; (Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent)

Die häufigste Verteilung der Religionszugehörigkeit der Stichprobe ist „kein Bekenntnis“ (36%), gefolgt von fast einem Drittel der TeilnehmerInnen, die sich als „liberal einstufen, 14% (4 Personen) welche „konservativ“ sind, 7%, die sich als „orthodox“ einstufen und 11% die ein anderes Religionsbekenntnis als das israelitische aufwiesen. Die Ergebnisse zum Religionsbekenntnis sind hier in Form eines Kreisdiagramms dargestellt.

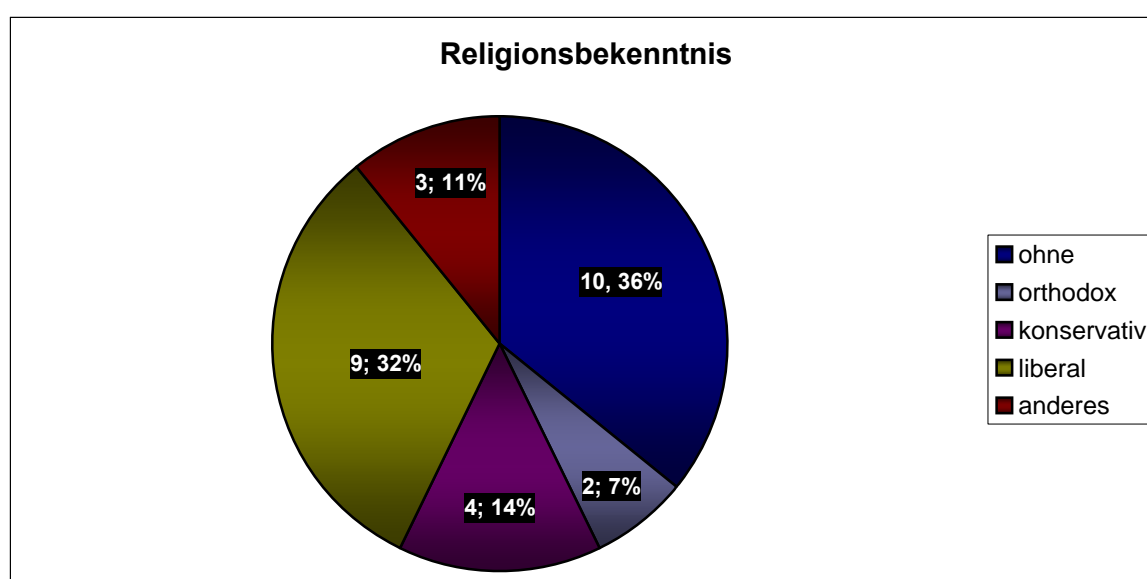


Abbildung 8: Religiöses Bekenntnis; (Angaben in Absoluten Häufigkeiten und in Prozent)

Der Alkoholkonsum ist bei den meisten der Befragten (78,6%) auf „keinen“ beschränkt, bei 6 Interviewees (21,4%) kommt es zum regelmäßigen Verzehr.

Sonstige Substanzen werden bis auf eine Person (3,6%) nicht konsumiert. In jenem Fall, ist es der Nikotinkonsum.

10 Personen (35,7%) gaben an, aktuell unter psychischen Beschwerden zu leiden. Diese waren v.a. Dysphorie und Ängstlichkeit.

Tabelle 6: Momentane psychische Beschwerden, (Angaben in abs. Häufigkeiten und in Prozent)

	N	Prozent
Dysphorie	7	25
Ängstlichkeit	1	3,57
„Nervenzusammenbruch“	1	3,57
„Schizotypische Phase“	1	3,57

24 der befragten Personen hatten schon mindestens einen Spitalsaufenthalt hinter sich. Das sind 86,7% der Interviewten. Die Aufnahmegründe reichten von Hüftoperationen nach Stürzen, bis zu schwerwiegenden Operationen, auch Infarkte. Nur 4 Personen (14,3%) hatten bis dato noch keine Spitalseinweisung.

Tabelle 7: Spitalsaufenthaltsgründe, (Angaben in abs. Häufigkeiten und in Prozent)

	N	Prozent
10 Bein-Operationen, 1 Herz-OP>Bypass	1	3,57
5 Dialyse-OP's + psychiatrischer Aufenthalt	1	3,57
Angina, Knochen, Bein-OP	1	3,57
Augen-OP, Abszess, Zähne extrahiert	1	3,57
Brustkrebsverdacht	1	3,57
Gallensteine, Oberschenkelhalsbruch	1	3,57
Gelbsucht, Mandel-OP, Appendix, Geschwüre	1	3,57
Grauer Starr, Schilddrüse	1	3,57
Hals	1	3,57
Herzinfarkt 1 Woche zuvor, Lungenentzündung, Fuß-OP	1	3,57
Herzschriltmacher	1	3,57
Hüft-OP	3	10,71
Hüft-OP, Bandscheiben	1	3,57
Infarkt, Prostata-OP, Wasser i. d. Lunge	1	3,57
Ischias	1	3,57
Leberriss	1	3,57
Lunge, Herz, Magen-Galle	1	3,57
Parkinson	1	3,57
Schädel-OP wg. Tumorverdacht	1	3,57
Schwindel	1	3,57
Tumor 2x OP, 30 Bestrahlungen	1	3,57

11 Interviewte (39,3%) haben in den letzten 15 Jahren eine/n Angehörige/n verloren. Dabei haben fünf Tpn (17,9%) den oder die Ehepartner/in, ebenfalls fünf weitere Pbn haben jemanden aus der Kernfamilie (d.i. Vater, Mutter, Geschwister) und eine Person hat einen sonstigen Angehörigen verloren.

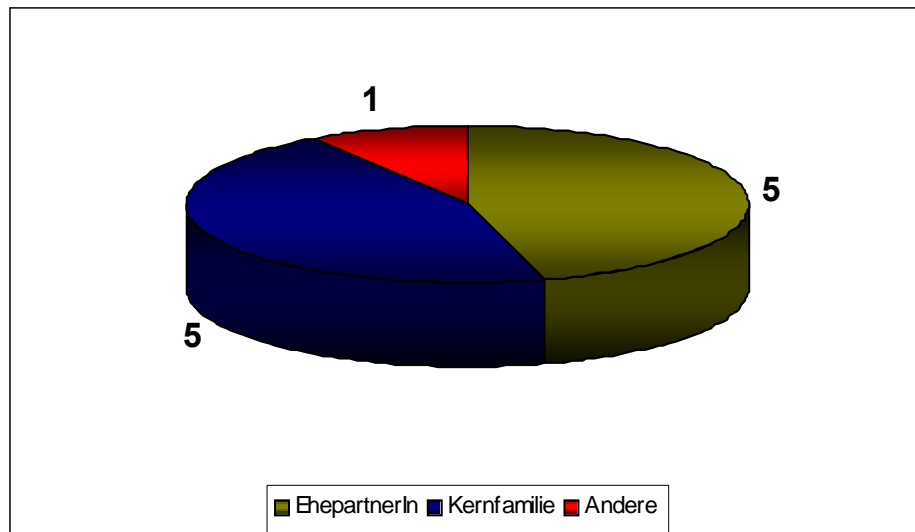


Abbildung 9: Erneuter Verlust von Angehörigen, (Angaben in absoluten Häufigkeiten)

Etwas mehr als 60% der Befragten, haben momentan belastende Umstände in ihrem Leben erwähnt. Dabei variieren, die Ursachen beträchtlich, und sind daher der unten angeführte Tabelle zu entnehmen. Sechs Personen bejahten die Frage, machten aber dazu keine Aussage.

Tabelle 8: Momentane belastende Lebensumstände

Momentane belastende Lebensumstände	Häufigkeit	Prozent
Depression	1	3,571
Einsamkeit im Alter	1	3,571
finanzieller Engpass	1	3,571
Neo-Antisemitismus	1	3,571
Präsident Bush	1	3,571
Regierung	1	3,571
Schizophrenie, Suizidversuch mit 25 Jahren	1	3,571
schlechte Träume	1	3,571
schlechtes Essen im Heim	1	3,571
Schwindel	1	3,571
Total	17	60,71

Gefragt nach den zusätzlichen traumatischen Erlebnissen, haben 10 Personen (35,7%) unterschiedliche Arten von zusätzlichen Traumata angegeben. Diese sind in der nachfolgenden Tabelle aufgelistet. Zwei Personen (7,1%) haben ein nature-made disaster in Form eines Erdbebens erlebt.

Tabelle 9: Zusätzliche traumatische Erlebnisse

Anderes Trauma	N	Prozent
Antisemitische verbale Anfeindung	1	3,57
Eheprobleme	1	3,57
Einreiseverweigerung in AUT trotz Staatsbürgerschaft	1	3,57
Erdbeben Santiago de Chile	1	3,57
Fußamputation durch Bergwerkseinsturz	1	3,57
Kriegsgefangenenlager als Deserteur	1	3,57
San Francisco Erdbeben	1	3,57
Schwester durch Blitzeinschlag verloren	1	3,57
Sexuelle Belästigung	1	3,57
Suizidversuch> Gitterbett, Steißgeburt	1	3,57

Anmerkung: „Eheprobleme“, wie sie bezüglich der zusätzlichen Traumata genannt wurden, wären per se bzw. nach objektiven Kriterien der Psychotraumatologie, nicht zu den traumatischen Erlebnissen zu zählen. Es wurden aber diese, explizit von einer Tp in Bezug auf zusätzliche Traumatisierung erwähnt; und sind daher (nach subjektiven Kriterien) hinzu zu zählen.

Hinsichtlich der momentanen körperlichen Verfassung, betrachten sich die meisten Personen, fast 40% als „mittelmäßig“ oder in „guter“ physischer Kondition (32%). Zusammen gezählt, macht das fast ein Dreiviertel der gesamten Stichprobe aus. Lediglich zwei Personen, d.s. 7%, sehen sich in „sehr gutem“ Zustand. Und sechs Interviewte (21%), meinen sie befänden sich in schlechtem physischen Zustand. Keine Tp sagte von sich selbst aus, dass sie in „sehr schlechter“ körperlicher Verfassung sei. Dies soll hier mit Hilfe eines Balkendiagramms besser veranschaulicht werden.

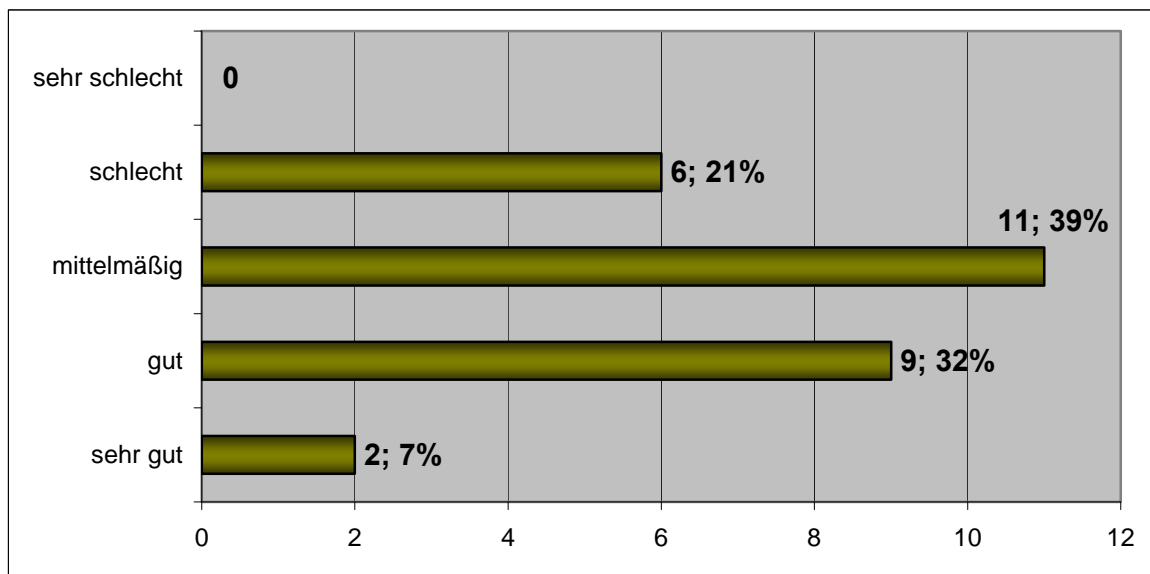


Abbildung 10: derzeitige körperliche Verfassung, (Angaben in abs. Häufigkeiten und in Prozent)

Wenn die TeilnehmerInnen nach ihrem körperlichen Zustand im Vergleich zu vor 5 Jahren gefragt werden, so ergeben sich folgende Ergebnisse:

Fast die Hälfte (46%) sieht sich in schlechterer gesundheitlicher Beschaffenheit, jeweils 21% sehen sich in „gleicher“ oder „besserer“ physischer Kondition. Nur zwei Personen meinen sich in einem „viel schlechterem“ gesundheitlichen Zustand zu befinden. Der Übersichtlichkeit wegen sind hier die Ergebnisse nochmals grafisch dargestellt.

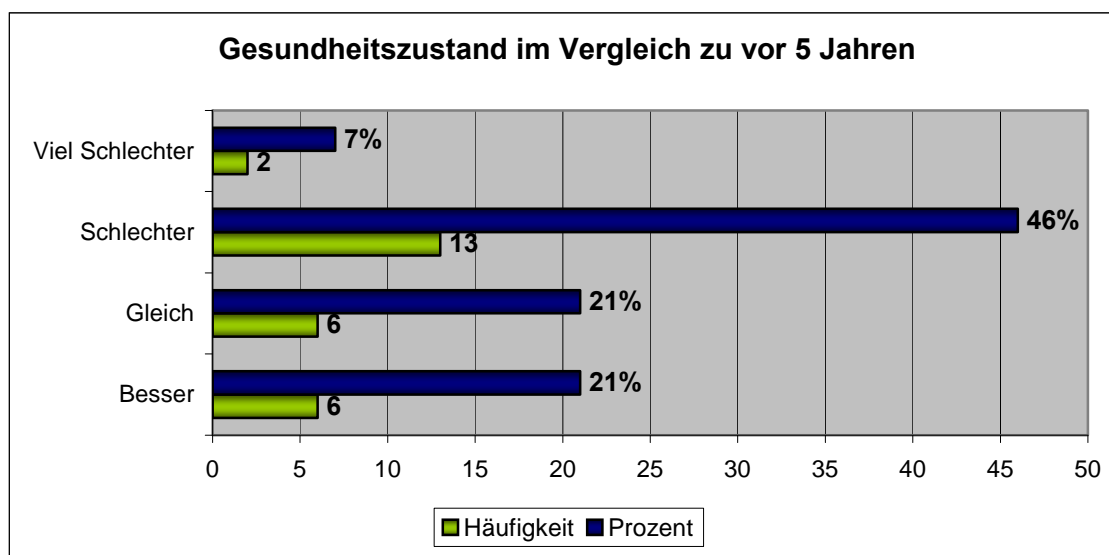


Abbildung 11: Gesundheitszustand im Vergleich zu vor 5 Jahren;
(Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent)

Betrachtet man nun den derzeitigen körperlichen Zustand in Abhängigkeit vom Geschlecht, so lassen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen ($z=-0.802$; $p=0.422$). Dies gilt auch für das Geburtsland der Befragten. Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Geburtsland und momentaner physischer Verfassung der Befragten ($z=-1,751$; $p=0.08$). Zwischen Alter und der momentanen körperlichen Verfassung zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang ($r=-0,237$; $p=0,224$).

Korrelationen

			körperliche Verfassung heute
Spearman-Rho	alter	Korrelationskoeffizient	-,237
		Sig. (2-seitig)	,224
		N	28

Abbildung 12: Korrelation von Alter und körperlicher Verfassung

Die psychische Verfassung, hat bei der vorliegenden Studie keinen Einfluss, auf die physische ($z=-1,665$; $p=0.096$). Auch, ob Beratung/ Psychotherapie in Anspruch genommen wurde, beeinflusst das physische Befinden nicht ($z=-0.607$; $p=0.544$).

Für die gesundheitliche Verfassung im Vergleich zu vor 5 Jahren, konnten ebenfalls in Bezug auf die Variablen Geburtsland, Geschlecht, Alter, psychische Verfassung und Inanspruchnahme von Beratung/ Psychotherapie, keine signifikant abweichenden Ergebnisse gefunden werden.

3 Personen (10.7%) haben Diabetes Mellitus Typ II.

Beratungs- und/ oder Psychotherapie-Erfahrung haben mehr als die Hälfte der Befragten in Anspruch genommen (64%). 15 Personen haben bereits ein- oder mehrmals Beratung und/ oder Psychotherapie in Anspruch genommen. Davon nehmen oder nahmen sechs Vpn (21%) im Maimonides Zentrum Hilfe in Anspruch. Die Dauer der Inanspruchnahme variiert von aktueller bis zu vor 50 Jahren.

Die meisten TeilnehmerInnen (60%) gaben an, eine Vertrauensperson zu haben. Für immerhin 8 Personen (fast ein Drittel) trifft dies „nicht zu“ bzw. für eine Person (3,6%) „eher nicht zu“. Zwei Personen meinten, dass sie „teilweise“ eine vertraute Person haben. Die Ergebnisse sind an dieser Stelle mit Hilfe eines Diagramms veranschaulicht.

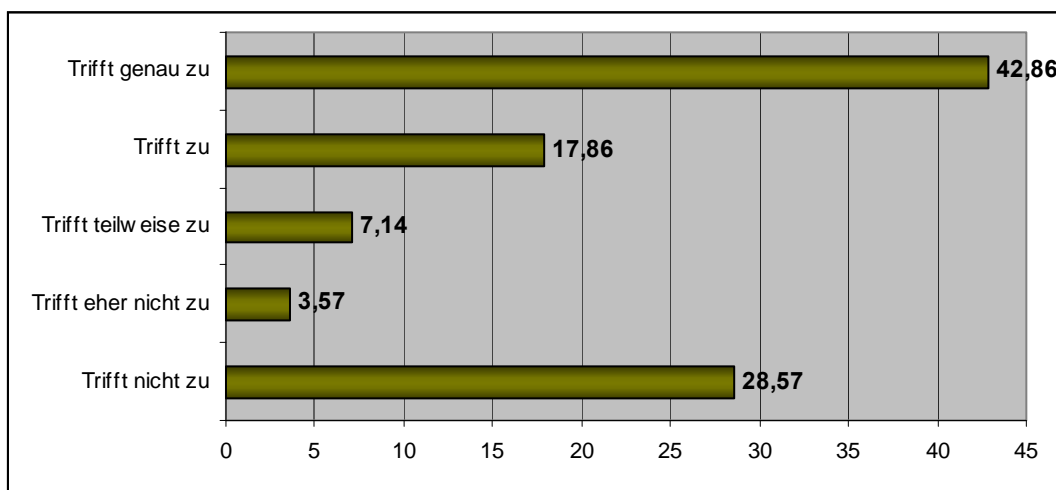


Abbildung 13: Vertrauensperson; (Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent)

Die Tatsache, ob die befragte Person eine Vertrauensperson besitzt, hat hier keinen Einfluss auf ihren derzeitigen körperlichen Zustand ($r=0.050$; $p=0.801$) oder ihre momentane psychische Verfassung ($z=-0.267$; $p=0.789$).

In Bezug auf das Aktivitätsengagement der Tpn – also wie häufig sie bestimmte alltagsrelevante, soziale, kulturelle Aktivitäten ausführen - wird mittels Faktorenanalyse geprüft, ob sich gewisse Aktivitätsbereiche abzeichnen.

Faktorenanalyse zur Aktivität

Bei der Faktorenanalyse der Aktivität konnten zwei Faktoren gewonnen werden, die zusammen 50% an Varianz der zu Grunde liegenden Korrelationsmatrix erklären. Der erste Faktor beinhaltet Items, welcher soziale Aktivitäten im Haus beinhaltet. Dieser Faktor erklärt 29% an Varianz. Die Items „Informelle Gruppe“ und „Religiöse Veranstaltungen“ weisen Ladungen unter 0,2 auf und werden in die Skala nicht aufgenommen. Die verbleibenden Items haben Ladungen zwischen 0,57 (Kaffee trinken) und 0,93 (Veranstaltungen im Haus). Die Trennschärfen der verbleibenden Items liegen zwischen 0,31 und 0,78. Cronbachs Alpha (CA) weist einen Wert von 0,74 auf.

Der zweite Faktor, umfasst Items zum Kultur und Medienkonsum, wobei Kulturkonsum eine negative Ladung aufweist und bei der Scorebildung umgepolt wird. Die Ladungen liegen zwischen 0,72 und 0,82, die Trennschärfen weisen Werte von 0,51 bis 0,59 auf. Der Reliabilitätskoeffizient liegt bei 0,72.

Tabelle 10: Faktoren der Faktorenanalyse mit Ladungen, Trennschärfen und Reliabilitätskoeffizienten.

Faktor 1 (29%)	Ladung	Trennschärfe	CA
f29.3 Veranstaltungen im Heim	0,93	0,78	0,74
f29.4 gemeinschaftliche Aktivitäten im Haus	0,90	0,76	
f29.10 gesellschaftliche Aktivitäten	0,69	0,45	
f29.5 Kaffee trinken	0,57	0,31	
f29.9 informelle Gruppe	0,15	-	
f29.12 Religiöse Veranstaltungen	-0,14	-	
Faktor 2 (21%)			
f29.7 Zeitungen/Bücher	0,82	0,51	0,72
f29.8 kulturelle Aktivitäten	-0,82	0,59	
f29.2 TV/ Radio	0,72	0,52	

Zusammenfassend, lassen sich zwei Faktoren, d.h. zwei Aktivitätsformen, herausfiltern: soziale Aktivität innerhalb des Hauses und mobilitätsunabhängige Beschäftigung.

5.1.2. Shoah-Expositionsskala

Die Erfahrungen, welche die befragten Personen während der Shoah gemacht haben, sind unterschiedlich und weitreichend. Sie sind hier vorerst umkommentiert, in Bezug auf Häufigkeit, persönlicher Betroffenheit des Ereignisses (maximal und Minimalausprägung des Erlebnisses) tabellarisch angeführt. Erwähnt sei noch, dass die Betroffenen mehr als eine Erfahrung während dieser Zeit erleben konnten.

Tabelle 11: Shoah-Erfahrungen (Angaben in absoluten Häufigkeiten) und Mittelwert und Standardabweichung des subjektiven Einfluss der Erfahrung

Shoah-Erfahrung	N	Subj. Einfluss Min.	Subj. Einfluss Max.	MW	SD
Vernichtungslager	2	1	5	3	2,83
KZ	4	1	5	4	2
Arbeitslager	2	1	2	1,5	0,71
Internierungslager	1	1	1	1	
Versteck	7	1	5	3,86	1,95
Flucht	2	5	5	5	0
Ghetto	3	5	5	5	0
Adoption	0				
Heim	0				
Falsche Identität	3	4	5	4,66	0,58
Widerstand	2	1	5	3	2,83
Anderes	8	1	5	3	2,14
Nahrungsmangel	9	1	5	3,22	2,111
Med. Krankheiten ohne Versorgung	4	1	4	2,5	1,29
Schwere körperliche Verletzung	6	5	5	5	0
Kopfverletzung	1	5	5	5	0,2623
Schläge auf den Kopf	2	1	5	3	2,83
erzwungene Isolation	2	5	5	5	0
Trennung von Familienmitgliedern	10	1	5	4,5	1,27
Tod an Fremden beobachten	4	1	5	4	2

Wenn man nun die verschiedenen Erfahrungen, die während der Shoah gemacht wurden, zu Kategorien, welche nach Ähnlichkeit – sofern dies überhaupt möglich ist – zusammenfasst, so ergebn sich vier Kategorien. Nachstehende Tabelle soll dies hervorheben. Der Median der subjektiven Bedeutsamkeit der „Lagererfahrung“ liegt bei 3,8, bei „Flucht“ bei 3,9 und bei „Anderes“ 4,2. Der subjektive Einfluss des Ereignisses konnte Werte von 1 bis 5 annehmen.

Tabelle 12: Shoah-Erfahrungen in Kategorien, (Angaben in abs. Häufigkeiten und in Prozent)

Shoah-Erfahrung	n	Prozent	Subj. Einfluss (Md)
Lager (KZ etc.)	8	28	3,8333
Flucht, Versteck, U-Boot	9	32	3,9
Anderes	11	39	4,2
Sonstiges	10	36	--
Gar nichts	4	14	

Sonstige Traumata während der Shoah, konnten spezifische Ereignisse sein, welche in das Trauma der NS-Verfolgung eingebettet waren (z.B. Nahrungsmangel als zusätzliche traumatische Belastung während der Internierung in ein Lager). Diese zusätzlichen traumatischen Erlebnisse während der Shoah-Zeit, sind hier grafisch in Bezug auf ihre Häufigkeit angeführt.

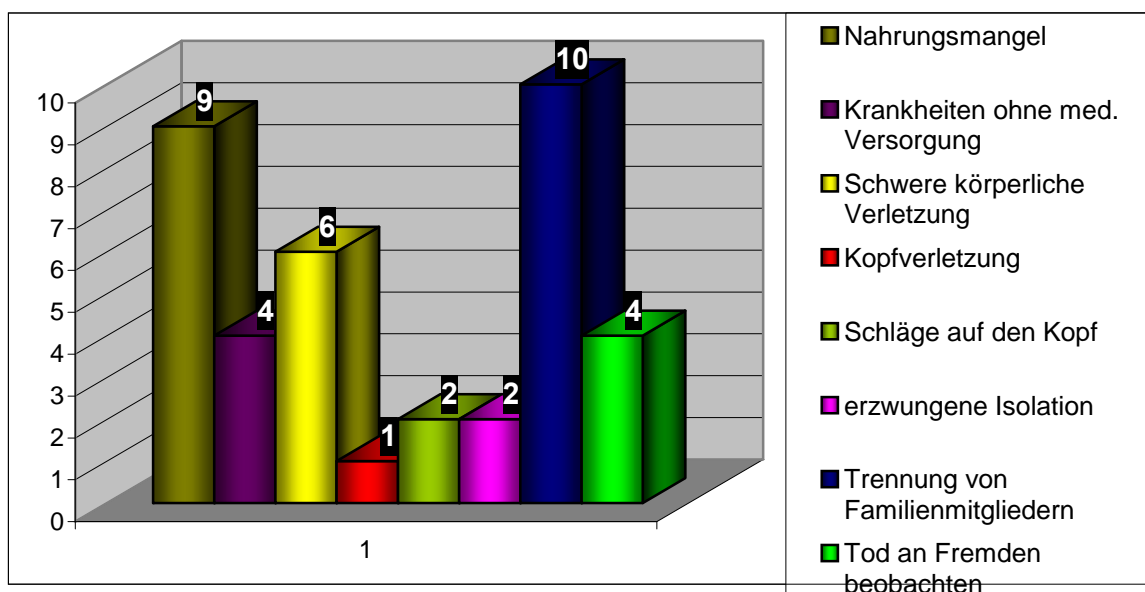


Abbildung 14: Sonstige Traumata während der Shoah, (Angaben in absoluten Häufigkeiten)

Aus der weiteren Kategorienbildung, in Bezug auf die Traumata während der Shoah, sind sie exkludiert. Denn diesbezüglich, ergibt sich eine drei Kategorienlösung. Alle drei Kategorien sind annähernd gleich verteilt in ihrer Häufigkeit des Auftretens.

8 Personen der Stichprobe (28%) haben die Erfahrung gemacht, in ein Lager (dazu zählen Vernichtungs-, Konzentrations-, Internierungs- oder Arbeitslager) interniert worden zu sein. Dies ist bei der unten angeführten Grafik mit „Lager +“ beschriftet. Neun Personen waren während der Shoah auf der Flucht. Unter „Flucht +“ wurden

folgende Erfahrungen zusammengefasst: Flucht, falsche Identität angeben zu haben, im Versteck gelebt zu haben. Etwas mehr als ein Drittel (32%) der Stichprobe teilt diese Erfahrung(en). 11 Personen (39%) haben „andere“ Erfahrungen während dieser Zeit gemacht. Unter „Anderes“ wurden die restlichen Erfahrungen (Widerstand, leben im Ghetto) sowie individuelle Angaben, die sich nicht mit „Lager +“ oder „Flucht +“ nicht zusammenbringen ließen, vereint. Dies sei hier noch mal in der Form eines Diagramms verdeutlicht.

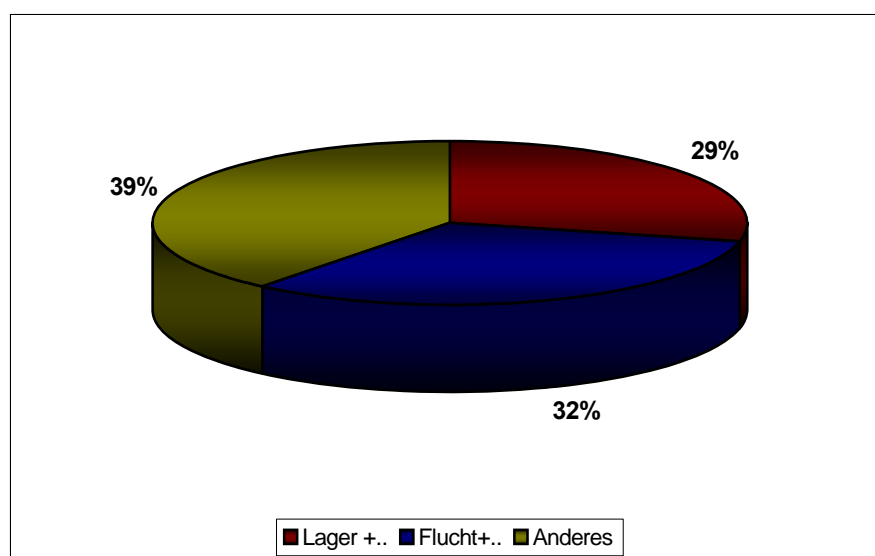


Abbildung 15: Schweregrad des Traumas, (Angaben in Prozent und absoluten Häufigkeiten)

Der Schweregrad des Traumas hat jedoch keinen Einfluss auf die PTSD-, Somatisierungs-, Depressivitäts-, Angst- oder Dissoziationssymptomatik. Dies wird mittels Kruskal-Wallis-Test überprüft, wie unten angeführte Grafik verdeutlicht.

Tabelle 13: Kruskal-Wallis-Test, Schweregrad des Traumas mit PCL-, BSI-Subscores und S.D.Q.

	PCL-C Intrusion	PCL-C Vermeidung	PCL-C Arousal	BSI- SOM	BSI- DEP	BSI- ANX	BSI- Gesamt	S.D.Q.
X ²	,023	1,863	,000	,021	,061	,612	,009	,114
df	1	1	1	1	1	1	1	1
Asy mp. Sig.	,879	,172	1,000	,884	,806	,434	,923	,735

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Schweregrad des Traumas

Verlust von Angehörigen

22 Personen (78,6%) haben Angehörige durch die Shoah verloren. Die restlichen sechs Befragten konnten dies verneinen (21,4%).

Fast die Hälfte der Interviewten (42,9%) haben die Mutter während der Shoah verloren. Ebenfalls 12 Personen (42,9%) haben den Vater verloren. Ein Viertel der Befragten haben Bruder oder Schwester verloren. Die übrigen Verluste von Angehörigen, sind der nachstehenden Grafik, zu entnehmen.

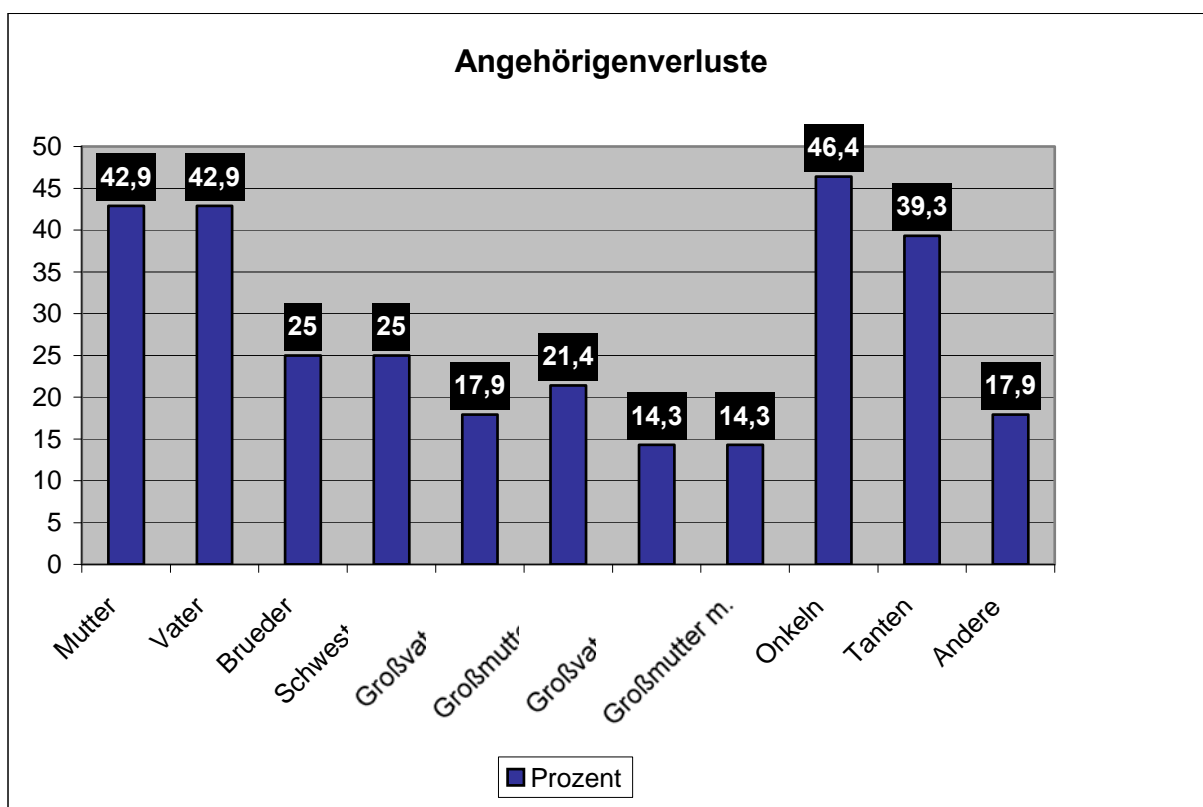


Abbildung 16: Angehörigenverluste während der Shoah, (Angaben in Prozent)

Tabelle 14: Angehörigenverluste aufgelistet nach TeilnehmerInnen

	Geschlecht, Alter	Angehörigenverluste
1	M, 86	1 Onkel, 1Tante, 1 andere
2	W, 95	1 Großmutter mütterlicherseits
3	W, 87	-
4	W, 88	-
5	M, 86	Mutter, Vater, Onkel
6	W, 85	-
7	W, 79	-
8	M, 91	Mutter, Vater, Bruder, Schwester, Großmutter, 2 andere Personen
9	M, 95	Mutter, Vater, Schwester, Onkel, Schwester
10	W, 84	Großmutter mütterlicherseits
11	M, 94	Mutter, Vater, 1 Bruder, 3 Onkeln, 1 Tante
12	W, 81	1 Onkel, 1 Tante
13	W, 88	-
14	W, 91	1 Bruder
15	W, 68	4 andere Personen
16	W, 94	Mutter, Vater
17	M, 73	Mutter, Vater, 1 Onkel
18	W, 72	Vater, Großvater & Großmutter mütterlicherseits & väterlicherseits, 1 Onkel
19	M, 88	Mutter, Vater, 1 Bruder, 1 Schwester, Großmutter mütterlicherseits, 1 Onkel, 1 Tanten
20	W, 64	Großvater mütterlicherseits & väterlicherseits, Großmutter väterlicherseits, 1 Onkel, 1 Tante
21	M, 91	3 Brüder, 3 Schwester
22	W, 96	Mutter, Vater
23	M, 85	1 Schwester
24	M, 86	Mutter, Vater, 2 Brüder, Großvater, 1 Tante
25	M, 97	-
26	W, 86	Mutter, Vater, 3 Brüder, 4 Schwestern, Großmutter & Großvater mütterlicherseits & väterlicherseits, 1 Onkel, 1 Tante
27	M, 84	Mutter, Großmutter mütterlicherseits, Großvater & Großmutter väterlicherseits, 2 Onkeln, 4 Tanten, 5 andere Personen
28	M, 85	Vater, 1 Schwester, 2 Onkeln, 2 Tanten

Trennung von der Mutter

18 Personen (64,3%) wurden im Zuge der Shoah von ihrer Mutter getrennt, 9 (32,1%) mussten dies nicht erfahren, und eine Person hat keine Angabe darüber gemacht.

Von den 18 Personen, die diese Trennung erleben mussten, haben 17 Personen eine Angabe bezüglich ihres Alters während des Trennungszeitpunktes gemacht. Folgende Grafik soll die Häufigkeitsverteilung des Trennungsalters der TeilnehmerInnen verdeutlichen. Die Streuung des Trennungsalters von der Mutter rangiert von 6 Jahren, als frühestes, bis 26 Jahre, als ältestes Trennungsalter. Am häufigsten lag bei dieser Stichprobe, das Trennungsalter bei 18 Jahren - also Adoleszenz. 18 Jahre stellt den Mittelwert des Trennungsalters dar und um jenes streuen auch die anderen Altersangaben ($SD=5,45$). Unten angeführtes Histogramm, soll dies verbildlichen.

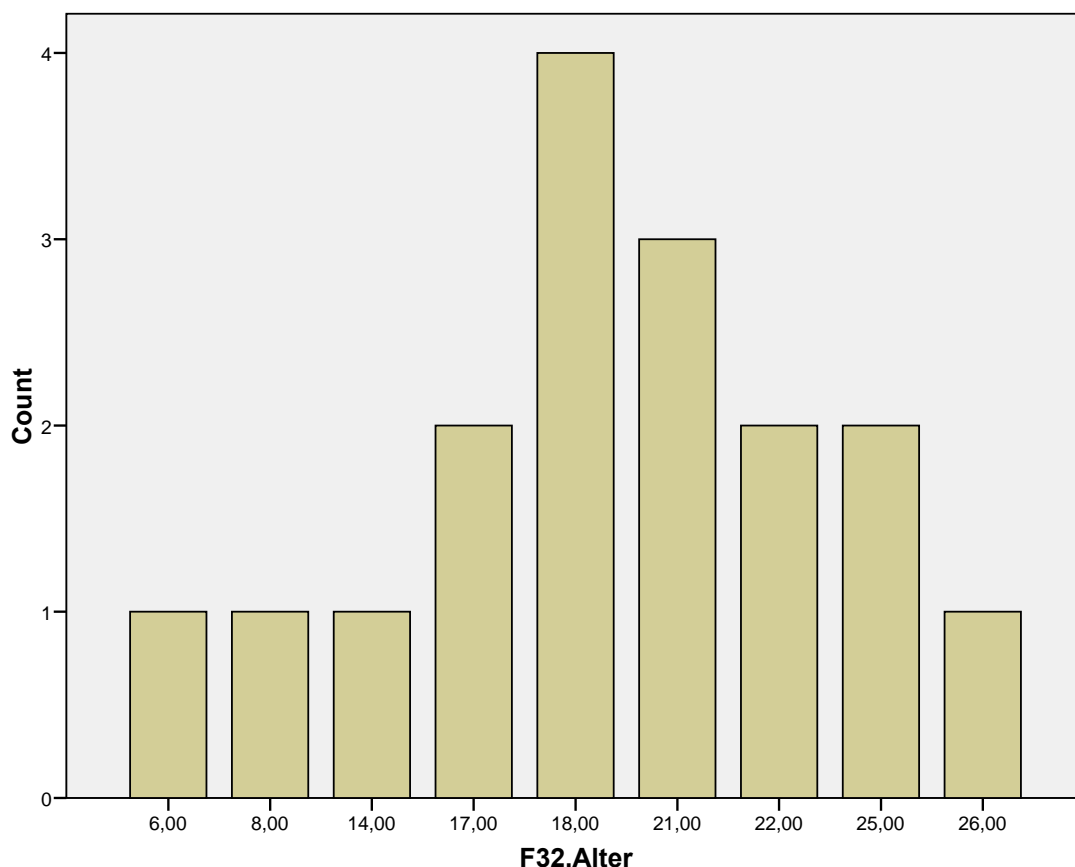


Abbildung 17: Trennungsalter von der Mutter, (n=17)

Die Orte, an denen die Betroffenen, die Shoah erlebten, sind weit gestreut. Nachstehende Tabelle soll jene Länder auflisten, dabei konnten Personen in mehr als einem Land, die NS-Verfolgung erfahren.

Tabelle 15: Aufenthaltsländer während der Shoah, (Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent)

Aufenthalt	n	Prozent
AUT	3	10,71
Belgien	1	3,57
China	1	3,57
CZ	2	7,14
Dänemark	1	3,57
Deutschland	3	10,71
FR	3	10,71
GB	1	3,57
HUN	4	14,29
Kasachstan	1	3,57
NL	1	3,57
PL	3	10,71
Russland	2	7,14
Schottland	1	3,57
Sibirien	1	3,57
Slowakei	2	7,14
Ukraine	1	3,57
URU	1	3,57
USA	1	3,57

Nach dem 2. Weltkrieg verteilten sich die Länder des Aufenthaltes bei dieser Stichprobe folgender Maßen:

Tabelle 16: Aufenthaltsländer nach der Shoah, (Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent)

Aufenthalt	n	Prozent
Australien	1	3,57
AUT	3	10,71
Belgien	1	3,57
Deutschland	3	10,71
GB	2	7,14
HUN	4	14,29
ISR	1	3,57
Italien	1	3,57
Kasachstan	1	3,57
Lettland	1	3,57
NL	1	3,57
PL	2	7,14
Russland	1	3,57
Schottland	1	3,57
Slowakei	1	3,57
Ukraine	1	3,57
URU	1	3,57
USA	2	7,14

5.1.2.3. Posttraumatische Symptomatik

Der Mittelwert für den PCL-C Gesamtwert beträgt 27,25 (SD=8,32). Die Spannweite des Rohsummenscores reicht von 17 bis 52 Punkte. Die Reliabilität ergibt für den Gesamtwert Cronbachs α von 0,805.

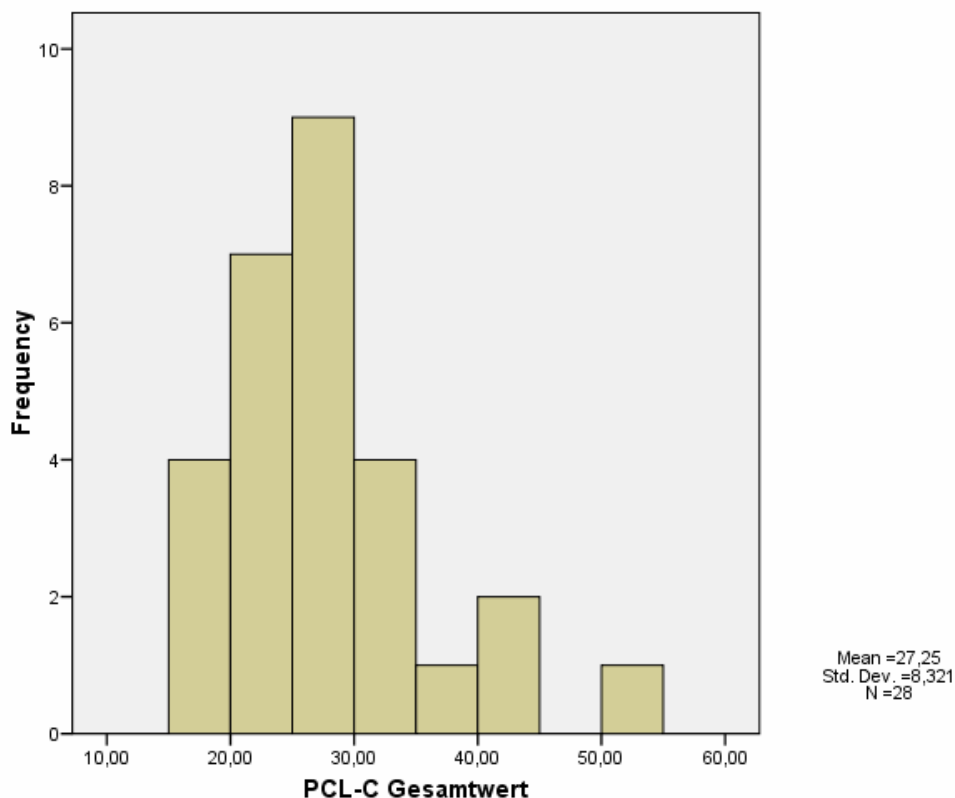


Abbildung 18: Häufigkeitsverteilung des PCL-C Gesamtwertes, gesamte Stichprobe

Für die Subskala Intrusion des PCL-C, ergibt sich ein Mittelwert von 7,86 (SD=3,22). Maximalwert, dieser Subskala, liegt bei 15, der niedrigste bei 5 Punkten. Für die Subskala Vermeidung wird ein Mittelwert von 11,25 (SD=4,44) berechnet. Das Minimum der Verteilung des Summscores der Subskala Vermeidung liegt bei 7, das Maximum bei 25 Punkten. Die Dimension Arousal des PCL-C hat einen Mittelwert von 8,14 (SD=3,01). Die maximale Ausprägung des Summscores beträgt hier 16, die minimale 5 Punkte.

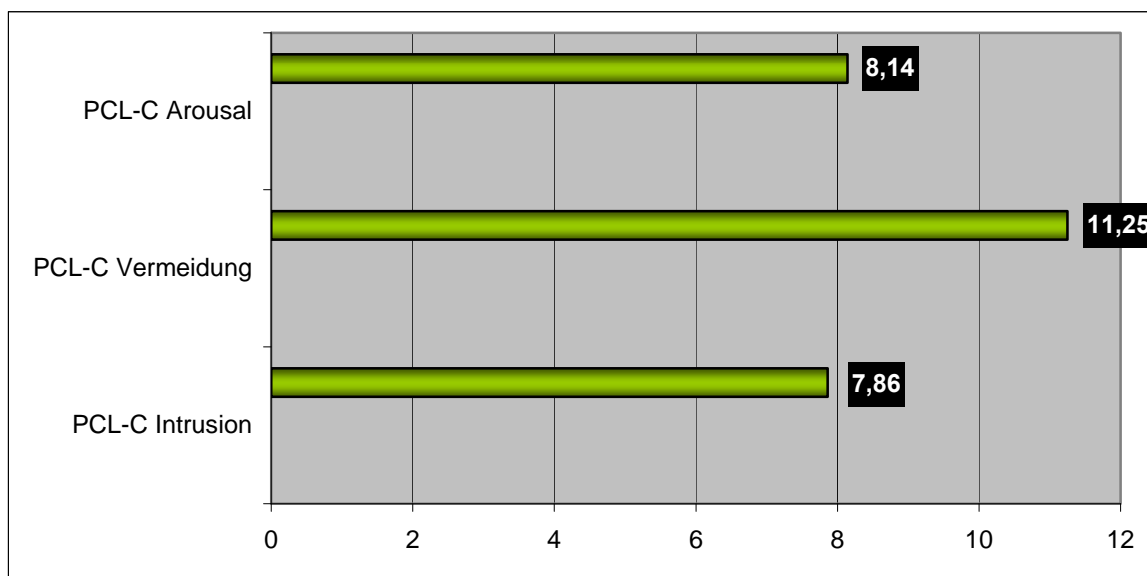


Abbildung 19: Mittelwert für die PCL-C-Subskalen, gesamte Stichprobe

Männer und Frauen unterscheiden sich weder beim Gesamtscore, noch bei den Subscores des PCL-C. Die Ergebnisse sind in der unten angeführten Tabelle dargestellt.

Tabelle 17: Mittelwert und Standardabweichung PCL-C Gesamt- & Subscores, getrennt nach Geschlecht

	Männlich		Weiblich		χ^2 (1)	p
	MW	SD	MW	SD		
PCL-C Gesamtwert	26,54	7,1	27,87	9,46	0,002	0,96
PCL-C Intrusion	8,38	3,45	7,4	3,04	1,1	0,29
PCL-C Vermeidung	10,46	3,97	11,93	4,83	1,09	0,3
PCL-C Arousal	7,69	3,04	8,53	3,20	0,78	0,38

In Abhängigkeit vom Schweregrad des Traumas zeigen sich weder beim Gesamtwert noch bei den Subskalen des PCL-C signifikante Unterschiede. Folgende Tabelle soll dies veranschaulichen.

Tabelle 18: Kruskal-Wallis-Test: Schweregrad des Traumas mit PCL-C-Gesamtwert und Subscores

	PCL-C Intrusion	PCL-C Vermeidung	PCL-C Arousal	PCL-C - Gesamtwert
χ^2	,023	1,863	,000	1,127
df	1	1	1	1
p	,879	,172	1,000	,288

Bezüglich Alter und PCL-C-Gesamtscore liegt ein tendenzieller Zusammenhang ($r=-0,361$; $p=0.059$) vor. Jüngere Tpn zeigen tendenziell höhere Ausprägungen im PCL-C-Gesamtscore.

Cut-Off Kriterium

Beim PCL-C, zur Erfassung der posttraumatischen Symptomatik, gibt es nicht nur die Möglichkeit, die Ausprägung der Symptome zu Erfassen, sondern auch, ob ein gewisser Schwellenwert überschritten wird (Cut-Off Score) bei dem die Diagnose einer PTSD zutreffend ist. Dieser Cut-Off Score, beträgt laut Autoren 44 Punkte. Ab diesem Wert spricht man von einer vorliegenden PTSD. Nach dieser Einteilung, findet sich eine Person in der Stichprobe wieder. Die restlichen 27 Interviewees haben einen Wert von unter 43 Punkten (siehe Verteilung des Gesamtscores).

Tabelle 19: Verteilung der Stichprobe nach PCL-C Cut-Off-Kriterium

Cut-Off Kriterium	N	Prozent
nein (≤ 43)	27	96,4
ja (>44)	1	3,6
Total	28	100,0

5.1.2.4. Somatisierungs-, Depressions- und Angstsymptomatik

Der Mittelwert für den BSI-18 Gesamtwert liegt bei 31,02 ($SD=12,535$), der Median nimmt einen Wert von 26,5 an. Die Spannweite des Rohscores reicht von mindestens 18 Punkten bis zu maximal 61,41 Punkten. Reliabilität der Gesamtskala beträgt Cronbachs $\alpha=0,833$. Diese Ergebnisse sind hier in Form einer Häufigkeitstabelle angeführt.

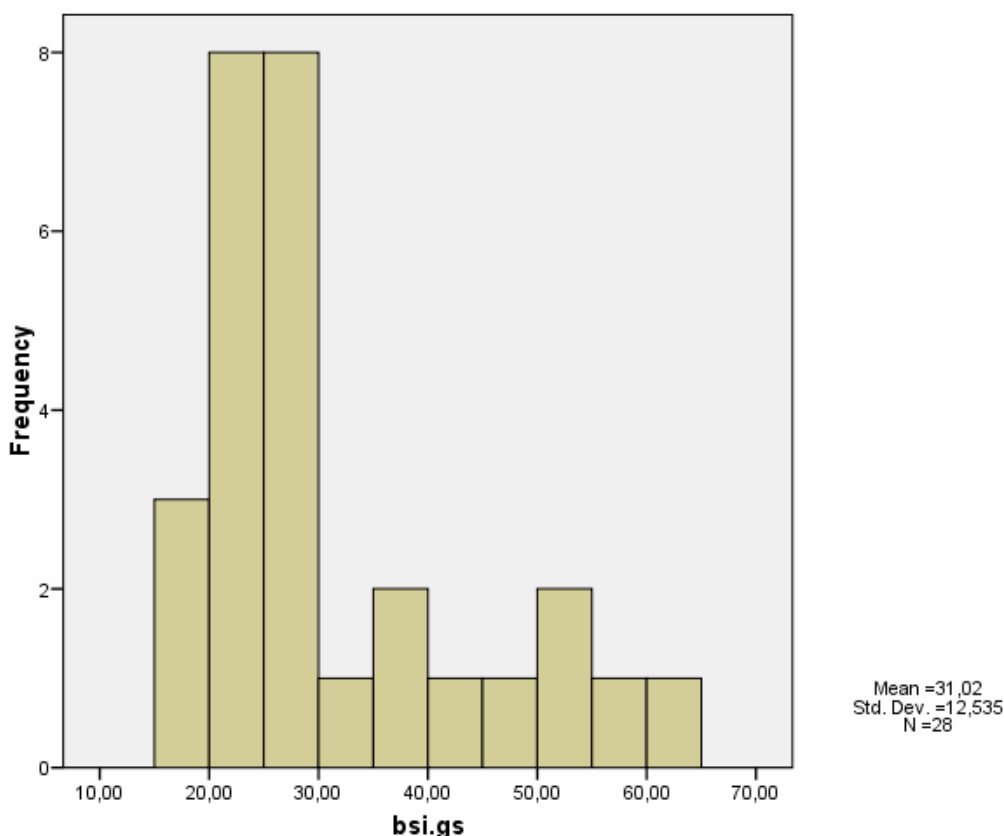


Abbildung 20: Verteilung des BSI-18 Gesamtwertes, Gesamtstichprobe

Für die BSI-18 Subskala Somatisierung, ergibt sich ein Mittelwert von 10,707 (SD=4,188). Der Maximalwert, der in dieser Subskala erreicht wird, liegt bei 22, der Minimalwert bei 6 Punkten. Die Reliabilitätsanalyse der vorliegenden Stichprobe für die Subskala Somatisierung ergibt einen Wert von Cronbachs $\alpha=0,488$. Für die Subskala Depressivität wird ein Mittelwert von 10,1 (SD=4,98) berechnet. Der Minimalwert jener Subskala liegt bei 6, der Maximalwert bei 24 Punkten. Der Reliabilitätskoeffizient beträgt 0,815 (CA). Für die Subskala Ängstlichkeit bildet sich ein Mittelwert von 10,179 (SD=5,677) ab. Der höchste Wert der Subskala Ängstlichkeit erreicht 24, der niedrigste Wert 6 Punkte. Die Reliabilität dieser Subskala beläuft sich auf Cronbachs $\alpha=0,828$.

Tabelle 20: Mittelwert und Standardabweichung der BSI-18 Subskalen und dem Gesamtwert

	Somatisierung	Depressivität	Ängstlichkeit	BSI-18 gesamt
MW	1,96	1,43	2,11	31,02
N	28	28	28	28
SD	1,35	0,84	1,47	12,54

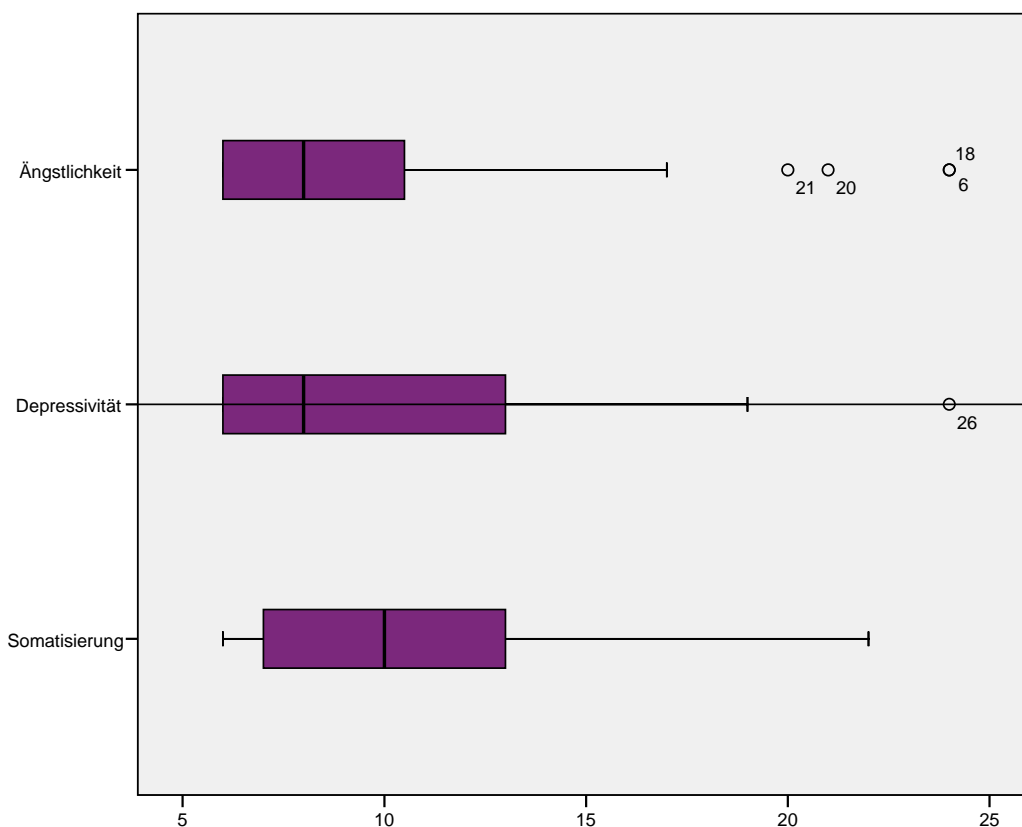


Abbildung 21: Minimal- und Maximalwert, Median für die BSI-18 Subskalen, gesamte Stichprobe

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Gesamtwertes. Bei den Subskalen, unterscheiden sie sich in der Dimension Ängstlichkeit signifikant von einander. Die Ergebnisse, sind in unten angeführter Tabelle aufgelistet. Frauen haben einen signifikant höheren Summenscore in der Subskala Ängstlichkeit.

Tabelle 21: Mittelwert und Standardabweichung BSI-18 Gesamt- sowie Subskalen, getrennt nach Geschlecht

	Männer		Frauen		χ^2 (1)	p
	MW	SD	MW	SD		
Somatisierung	9,68	3,14	11,6	4,85	0,7	0,403
Depressivität	8,69	3,73	11,32	5,70	1,43	0,231
Ängstlichkeit	7,92	3,82	12,133	6,39	5,64	0,018
BSI Gesamtwert	26,31	7,87	35,10	14,54	3,24	0,072

Wenn man nun die BSI-Subscores und den Gesamtscore im Hinblick auf den Schweregrad des Traumas betrachtet, so zeigt sich kein signifikantes Ergebnis.

Die Ergebnisse seien hier tabellarisch und zur Veranschaulichung auch grafisch dargestellt.

Tabelle 22: Kruskal-Wallis-Test der BSI-Subscores & Gesamtscore nach Schweregrad des Traumas

	bsi1	bsi2	bsi3	bsi.gs
χ^2	0,129	0,057	0,68	0,024
df	2	2	2	2
p	0,94	0,97	0,71	0,99

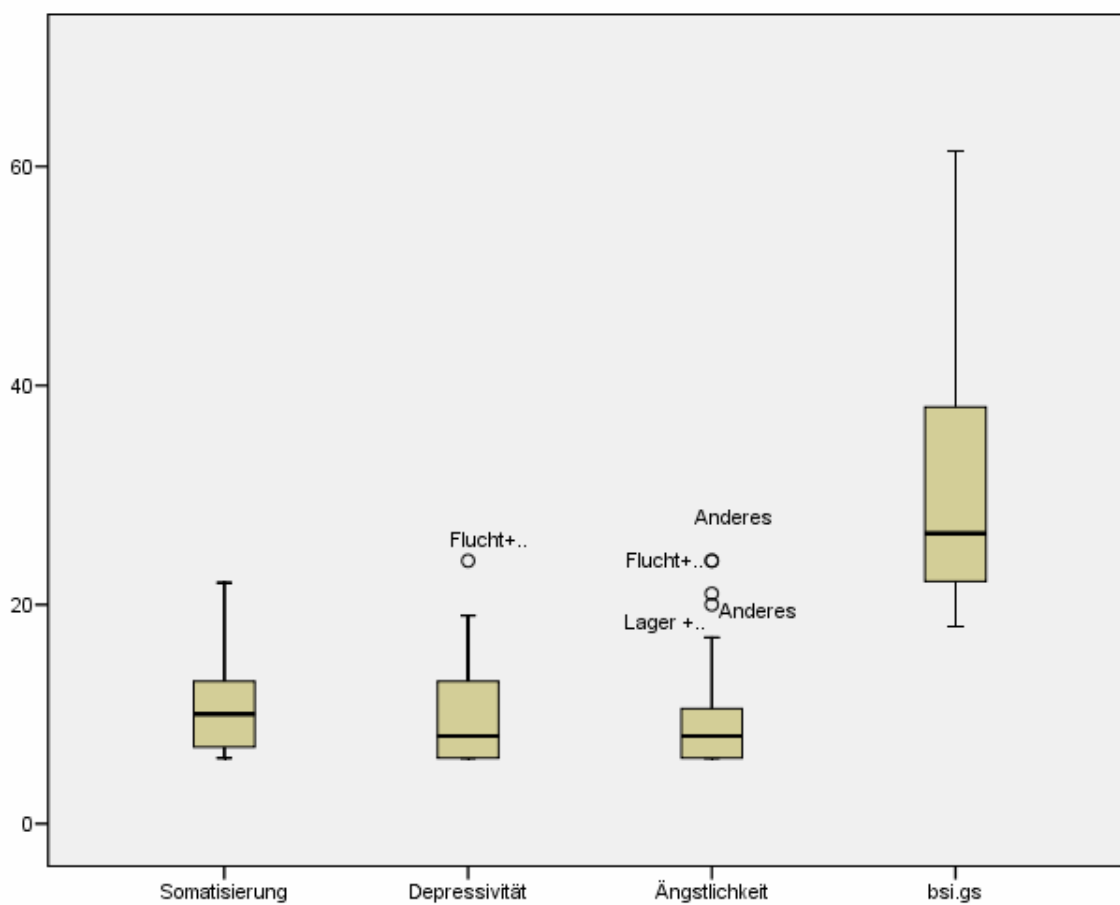


Abbildung 22: BSI-18 Sub- und Gesamtscore nach Schweregrad des Traumas

5.1.2.5. Dissoziationssymptomatik

Bei der Reliabilitätsanalyse der ursprünglichen Anzahl an Items (3 wurden von Beginn an entfernt, weil sie Fragen über den Intimbereich der älteren Tp beinhalteten), ergab eine Messgenauigkeit von Cronbachs $\alpha=0,474$.

Wurden nun die Items, die negativ miteinander korrelierten (das ist bei den Items 1, 4, 9 und 10 der Fall), sowie diejenigen, deren Varianz gleich Null ist, was bedeutet, dass hier keine Information (aus den Items) hervorgeht (das sind die Items 2, 5, 8 und 14), aus der Berechnung ausgeschlossen, so zeigt sich eine Reliabilität von Cronbachs $\alpha=0,744$. Die Itemanzahl beträgt nun 9. Von jenen, beträgt der Mittelwert 1,22 (SD=0,404). Kleinste Ausprägung ist 1 bzw. größte ist 2,67. Unten angeführt Tabelle, soll einen Überblick über die verbleibenden Items und ihren Reliabilitätskoeffizienten geben.

Tabelle 23: Skalenmittelwert, Skalenstandardabweichung, Itemkorrelation (Trennschärfe), Reliabilität (Cronbachs α)

	Scale Mean	Scale Variance	Corrected Item-Total Correlation*	CA [°]
Sdq 3	9,6428571	8,238095238	0,74138366	0,64923387
Sdq 6	9,821428571	10,52248677	0,40736107	0,72436024
Sdq 7	9,964285714	12,92460317	0,05646075	0,76003333
Sdq 11	9,964285714	13,1468254	0,002782	0,76006497
Sdq 12	9,857142857	10,34920635	0,63440173	0,69033012
Sdq 13	9,785714286	12,24867725	0,05957876	0,78518976
Sdq 15	9,892857143	12,69179894	0,102678	0,75825207
Sdq 16	9,678571429	8,078042328	0,88709994	0,61718403
Sdq 17	9,678571429	8,818783069	0,70564452	0,66133836

[°]CA=Cronbach's alpha

* if item deleted

Für die gesamte Stichprobe ergibt sich nun ein Mittelwert von 1,226 (SD=0,404).

Noch einmal dargestellt in Form eines Box-Plots.

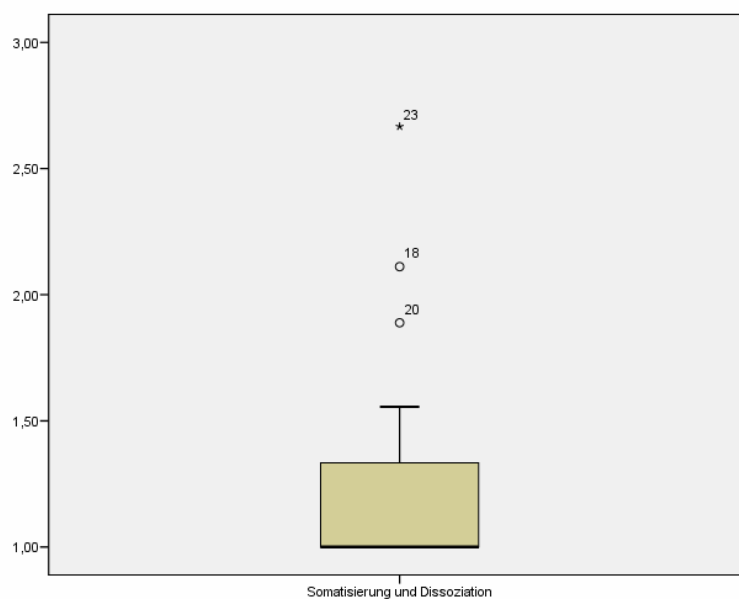


Abbildung 23: S.D.Q.-Mittelwert

Betrachtet man nun den Schweregrad des Traumas und den S.D.Q.-Score so zeigt sich kein signifikantes Ergebnis ($\chi^2(2)=0,862$; $p=0,65$).

Tabelle 24: S.D.Q. Mittelwerte & Standardabweichungen nach Schweregrad des Traumas

Schweregrad des Traumas	N	MW	SD
Lager+	8	1,18	0,25
Flucht+	9	1,16	0,36
Anderes	11	1,31	0,53
Total	28	1,22	0,4

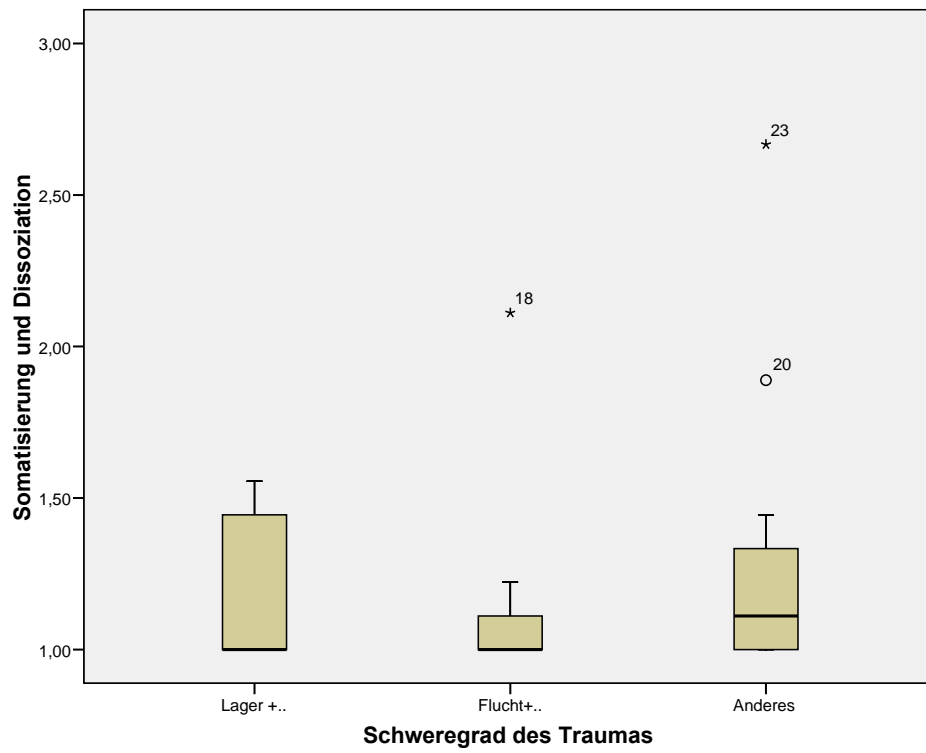


Abbildung 24: S.D.Q.-Mittelwert nach Schweregrad des Traumas

5.3. Hypothesenüberprüfung

Auf Grund der Stichprobengröße (N=28) sind im folgenden Abschnitt nur deskriptive Auswertungsmethoden angeführt. Jegliche Tests, die eine Signifikanzprüfung beinhalten sind bei dieser Untersuchung mit Vorbehalt zu interpretieren. Da, die hier untersuchte Stichprobe jedoch eine natürlich gewachsene ist, und es galt sich an die Gegebenheiten des Forschungsgegenstandes anzupassen, ist es zu der kleinen Stichprobengröße (N=28) gekommen. Inferenz-statistische Auswertungsmethoden sind bei einer Stichprobengröße von $n < 30$ nicht angezeigt. In jenen Fällen, bei denen Signifikanztests angewandt werden, wird noch einmal explizit auf die eingeschränkte Generalisierbarkeit der Ergebnisse sowie deren Nutzung unter Vorbehalt hingewiesen. Auswertungsmethode ist bei den in Folge angeführten Hypothesen nicht-parametrische Korrelationen.

5.3.1. Hypothese 1

H1: Ältere Shoah-Überlebende weisen einen höheren Ausprägungsgrad an Intrusionen auf als jüngere.

UV: Alter

AV: PCL-C Subscore Intrusionen

N = gesamte Stichprobe

Die Auswertung erfolgt auf Grund der Unterschreitung der Stichprobengröße von $n=30$ und wegen abweichender Testwerte (Ausreißer) mittels Spearman-Korrelation.

Zwischen dem Alter und dem Ausprägungsgrad der Intrusion, konnte kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden ($r=-0,51; p=0,796$). Die Nullhypothese muss beibehalten werden.

5.3.2. Hypothese 2

H1: Jüngere Shoah-Überlebende (d.h. die jünger während der Traumatisierung waren) weisen einen höheren Ausprägungsgrad an Vermeidung auf als ältere.

UV: Alter

AV: PCL-C Subscore Vermeidung

N= gesamte Stichprobe

Die Auswertung erfolgt mittels parameterfreier Korrelation. Was, wie bereits eingangs erwähnt, auf die Stichprobengröße zurückzuführen ist. Das Ergebnis ist nicht signifikant

($r=-0,297$; $p=0,125$). Hier gilt die Nullhypothese. Und zwar, sich jüngere und ältere Shoah-Überlebende im Hinblick auf den Ausprägungsgrad der Vermeidung nicht signifikant von einander unterscheiden.

5.3.3. Hypothese 3

H1: Jüngere Shoah-Überlebende (d.h. die jünger während der Traumatisierung waren) weisen einen höheren Ausprägungsgrad an chronischer Übererregung auf als ältere.

UV: Alter

AV: PCL-C Subscore Arousal

N= gesamte Stichprobe

Gemäß der erwarteten Richtung, zeigt sich hier eine negative Korrelation

($r=-0,347$; $p=0,07$) zwischen dem Alter und dem Ausprägungsgrad der chronischen Übererregung (Arousal). Das bedeutet, dass je jünger die Person bei der Einwirkung des Traumas war, desto stärker sind die Arousal-Symptome aktuell. Das Ergebnis ist jedoch nicht signifikant und die H_0 muss geltend bleiben.

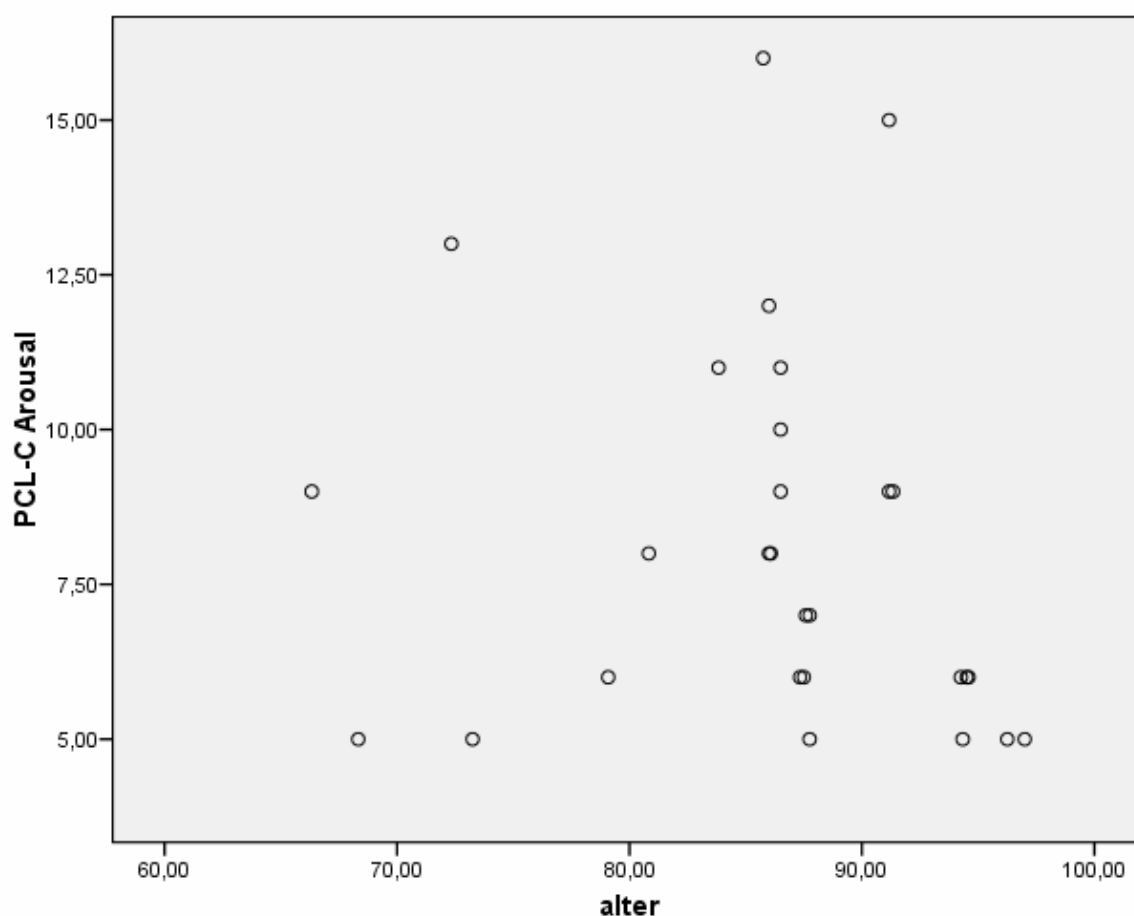


Abbildung 25: Korrelation von Alter und PCL-C Subskala Arousal

5.3.4. Hypothese 4

H1: Jüngere Shoah-Überlebende weisen einen höheren Ausprägungsgrad an Somatisierungssymptomen auf als ältere.

UV: Alter

AV: BSI-18 Subscore Somatisierung

N = gesamte Stichprobe

Hier zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang ($r=-0,209$; $p=0,285$). Die H_0 bleibt aufrecht.

5.3.5. Hypothese 5

H1: Ältere Shoah-Überlebende sind depressiver als jüngere

UV: Alter

AV: BSI-18 Subscore Depressivität

N = gesamte Stichprobe

Es liegt ein negativer Zusammenhang ($r=-0,559$; $p=0,002$) vor, wenn man den Ausprägungsgrad der Depressivität in Abhängigkeit vom Alter der Tp bringt. In der vorliegenden Untersuchung können Tp, die älter während der Traumatisierung waren, als weniger depressiv aktuell angesehen werden. Die Richtung der Korrelation ist entgegen der erwarteten, jedoch signifikant. Es gilt nun die Nullhypothese als vorherrschend.

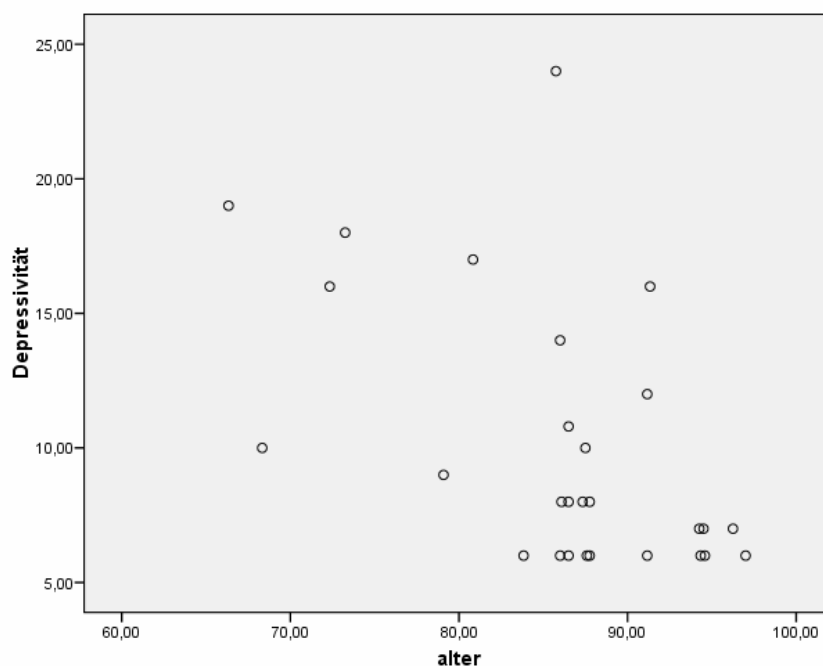


Abbildung 26: Korrelation von Alter und BSI-18 Subskala Depressivität

5.3.6. Hypothese 6

H1: Jüngere Shoah-Überlebende sind ängstlicher als ältere.

UV: Alter

AV: BSI-18 Subscore Ängstlichkeit

N = gesamte Stichprobe

Die Auswertung findet – wie auch die übrigen Hypothesenüberprüfungen - mittels parameterfreier Korrelation nach Spearman statt.

Gemäß der erwarteten Richtung des Zusammenhangs der Hypothese 6, weisen jüngere Tpn eine stärkere Ausprägung an Ängstlichkeit auf als ältere. Die H0, der Hypothese 6 kann hier also verworfen werden.

Ausmaß der aktuellen Angst in Abhängigkeit vom Alter der Tp während der Traumatisierung, ergibt einen negativen Zusammenhang, gemäß der postulierten Richtung der Korrelation ($r=-0,495$; $p=0,007$). Jüngere Personen zeigen aktuell mehr Ängstlichkeit.

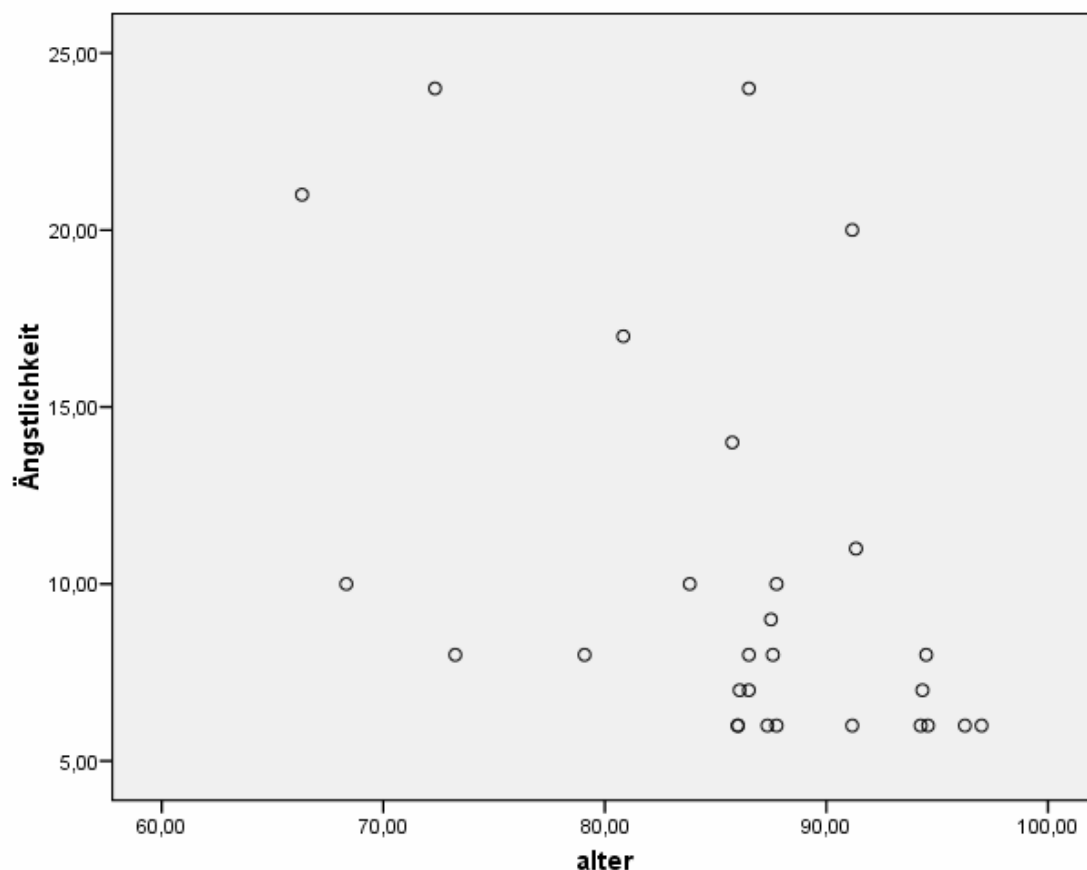


Abbildung 27: Korrelation Alter mit BSI-18 Subskala Ängstlichkeit

5.3.7. Hypothese 7

H1: Jüngere Shoah-Überlebende weisen einen höheren Ausprägungsgrad an Dissoziation auf als ältere.

UV: Alter

AV: S.D.Q.-Score

N= Gesamte Stichprobe

Die Überprüfung auf Zusammenhang ergibt kein signifikantes Ergebnis ($r=-0,192$; $p=0,328$). Die Nullhypothese muss aufrecht bleiben. Es zeigt sich kein Unterschied, zwischen älteren und jüngeren Shoah-Überlebenden im Hinblick auf ihren Dissoziationsgrad.

5.4. Zusammenfassung der Ergebnisse

Obwohl, in dieser Arbeit der Nachweis eines altersabhängigen PTSD-Symptomprofils nicht gelungen ist, konnte dennoch eine Tendenz zwischen jüngerem Alter während der Shoah und Arousal-Symptomen aufgezeigt werden. Es kann hier jedoch nicht, von einem übergreifenden PTSD-Symptomprofil in Abhängigkeit vom Alter, gesprochen werden.

Zusammenfassend, lassen sich folgende Ergebnisse der Untersuchung hervorheben:

- Jüngere Shoah-Überlebende (SÜ) zeigen stärkere Arousal-Symptome ($r=-0,347$; $p=0,07$).
 - Jüngere SÜ sind depressiver ($r=-0,559$; $p=0,002$).
 - Jüngere SÜ sind ängstlicher ($r=-0,0495$; $p=0,007$)
 - Weibliche TeilnehmerInnen sind ängstlicher als männliche ($\chi^2(1)=5,64$; $p=0,018$).
 - Schweregrad des Traumas hat keinen Einfluss auf die Symptomausprägungen (siehe Tabelle 13).
-

6. Diskussion

6.1. Diskussion, Interpretation & Schlussfolgerung

Ziel, der vorliegenden Arbeit war es, zu untersuchen, ob sich das Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung auf das aktuelle PTSD-Symptomprofil, sowie auf die Somatisierungs-, Depressions-, Angst- und Dissoziationssymptomatik von gealterten Shoah-Überlebenden auswirkt. Dabei war geplant die Stichprobe in Alterskohorten einzuteilen, und diese unter einander zu vergleichen. Auf Grund der vorliegenden Gegebenheiten und dem natürlichen Wachstum der Stichprobe (siehe Kapitel demografische Aspekte der jüdischen Population Wiens) konnte eine TeilnehmerInnenanzahl von über 30 Personen nicht erreicht werden. Dies hat zur Folge gehabt, dass deskriptive Auswertungsmethoden zur Anwendung kamen, und eine Kohorteneinteilung sich als nicht sinnvoll erwies. Da die Anzahl der Pbn pro Kohorte sehr abweichend von einander und zu wenig Tpn vorhanden waren, um eine sinnvolle Einteilung hätte treffen zu können. Die Tpn wurden bezüglich ihres Alters in Bezug auf PTSD-Symptomprofil, sowie auf die Somatisierungs-, Depressions-, Angst- und Dissoziationssymptome, unter einander verglichen. Bevor nun jedoch auf die Hypothesen eingegangen wird, seien Auffälligkeiten, die im Zuge der deskriptiv-statistischen Auswertung und Stichprobenbeschreibung bemerkbar wurden, angeführt.

Soziodemografische Variablen

Beginnend beim Alter der Stichprobe, welches auch die UV der Untersuchung darstellt: Die Altersrange erstreckt sich von 66 bis 97 Jahren. Das bedeutet, dass die StudienteilnehmerInnen zum Zeitpunkt des Endes des Zweiten Weltkrieges, zwischen 3 und 34 Jahren alt gewesen sind. Wenn man den Altersmittelwert betrachtet, 86,07 (SD=8,01), so ergibt dies ein durchschnittliches Alter während der Shoah von 23 Jahren. (Anm.: Es wird hier als Alter während der Shoah, immer das Alter bei Kriegsende genommen. Dies hat sich im Zuge der Forschung an jener Thematik so ergeben, wie auch bei den Vorgängerstudien, die Fundament dieser Arbeit bilden, z.B. Kellermann, 2001; Keilson, 1971; Lempp, 1979; Dasberg, 2001; etc.

Jenes Alter ist bereits zum jungen Erwachsenenalter zu zählen ist. Um jenes Alter, streuen auch die meisten anderen Alterswerte der übrigen TeilnehmerInnen. In der vorliegenden Stichprobe waren verhältnismäßig wenig Personen vertreten, die sehr jung

(0-6 Jahre) während der Shoah-Ereignisse, waren. Dies wäre wünschenswert gewesen. Denn um die Auswirkungen in Bezug auf das Alter genau erforschen zu können, hätten auch TeilnehmerInnen partizipieren sollen, die sehr jung (Säuglinge bzw. Kleinkinder, 0-2 Jahre) während der traumatischen Ereignisse waren.

Es stellt sich hier nun die Frage, ob sich dieser etwas höher angesetzte Altersmittelwert, auch hinsichtlich der Ergebnisse bemerkbar machte? Vielleicht verursachte der hohe Anteil an jungen Erwachsenen dazu, dass Hypothesen, welche die Somatisierung, Dissoziation, Intrusion und Vermeidung beinhalteten, falsifiziert werden mussten. Da die Vergleiche nicht bezüglich verschiedener Altersgruppen mit einer größeren Anzahl an VersuchsteilnehmerInnen stattfinden konnten, sondern sich unter wenigen, relativ um das gleiche Alter streuende Personen, ereignete. Zu überlegen bleibt, ob es tatsächlich keinen Zusammenhang zwischen den oben genannten Dimensionen und dem Alter gibt, oder, ob dies auf eine Schwäche des Designs zurück zu führen ist.

Ebenso erwähnenswert in Bezug auf die Variable Alter, ist der tendenzielle Zusammenhang mit dem PCL-C-Gesamtscores. Dies bestätigt, bereits gut dokumentiertes, nämlich dass ein jüngeres Alter (während des Traumas) mit verstärkter posttraumatischer Reaktion einhergeht. Jüngeres Alter während des Traumas, wird als Prädiktor von PTSD angesehen (Joeffe et al, 2003).

Beim Geschlecht ist hervor zu heben, dass, obwohl die untersuchte Population in Bezug auf ihre Existenz Angriffe erlitten hat, und auch dem natürlichen Alterungsprozess ausgesetzt ist, also kurz gesagt, stark dezimiert in ihrer Anzahl ist, dennoch das Verhältnis zwischen Männern und Frauen (13:15) ausgeglichen ist. Dazu muss aber auch die kleine Stichprobengröße von $N=28$ bedacht werden.

Dass, die häufigste Verteilung des Ehestandes „verwitwet“ ist, liegt u. a. am höheren Lebensalter der Tpn der Stichprobe. Auffallend ist auch, dass der/die Ehepartner/in bevorzugter Weise auch die Shoah überlebt hat, und somit ein ähnliches Schicksal teilt. Wardi (1994) berichtete, dass viele Ehen relativ rasch nach dem Krieg eingegangen wurden. Ihrer Meinung nach, waren beim Eingehen von Bindungen, Partner, die ein ähnliches Schicksal teilten, und den Schmerz des Verlustes der Angehörigen mit eigener Generativität lösen wollten, vordergründig. Beck und Mitarbeiter (2005), wiesen nach, dass je kürzer der Abstand des Kindergebähren nach Kriegsende war,

desto disharmonischer war die Eltern-Kind-Beziehung, und desto schlechter die Anpassung der Eltern an das erlebte Trauma.

Auch, die Ergebnisse von Bower (1994) zeigen sich konform mit den obigen. Er führte an, dass neben den fünf Kernsymptomen als Folge der NS-Verbrechen, sich bei allen Pbn u.a. „*marriage to a partner who has had a similar persecutory experience*“ (Bower, 1994, S 394), beobachten ließ.

Bei der Stichprobe der vorliegenden Arbeit zeigt sich, dass von den 16 Verwitweten 9 (56,25%) ebenfalls eine/n Shoah-Überlebenden geheiratet haben.

Dies gilt bei $\frac{1}{4}$ von den geschiedenen Tpn und $\frac{3}{4}$ von den Wieder-Verheirateten. Bei den aktuell verheirateten Personen, sind $\frac{2}{3}$ ebenfalls mit einer/m Shoah-Überlebenden verheiratet.

Bei der Geburtsreihenfolge fällt auf, dass die Hälfte Erstgeborene, $\frac{1}{4}$ Zweitgeborenen sind - zusammen ist dies $\frac{3}{4}$ der Stichprobe. Wardi (1994), aber auch Wetter (1998), beschreiben, dass eine frühe Geburtsfolge mit besonderer Durchsetzungsstärke einhergeht. Was bei 75% der Stichprobe der Fall ist, die nicht nur im frühen Alter ihr (Über-)Leben meistern mussten, sondern immer wieder im Laufe ihres betagten Lebens dies bewiesen. Vielleicht ist es daher kein Zufall, dass jene Personen an dieser Studie teilnahmen? Beck et al. (2005) führen an, dass Erstgeborene auch stärker exponiert sind, da sie vieles schon mitbekommen, und jüngere Geschwister schützen. Dies könnte u. a. eine Erklärung für deren Zähigkeit bzw. Widerstandskraft sein.

Bei der Angabe der Religionszugehörigkeit fällt auf, dass mehr als ein Drittel, 10 Personen (36%), sich „ohne Bekenntnis“ bezeichneten. In dem Zusammenhang wird auch der Begriff atheistische Juden verwendet. Den Worten der TeilnehmerInnen zu Folge, meinten sie „zwar jüdisch geboren worden zu sein, aber der Glaube bzw. Religion stelle für sie aktuell kein Thema dar“. Dies scheint nicht verwunderlich im Hinblick auf das Erlebte. Studien zur Folge (z.B. Maercker, 2002) gehen Religiosität, einen Sinn im Leben sehen, Kohärenzgefühl mit einer besseren Anpassung an das Trauma einher (Friedmann, 2004, Maercker, 2001).

In Bezug auf die Erfahrungen, die während der Shoah gemacht wurden, so ist dies – wie bei den meisten empirischen Untersuchungen an jenem Forschungsgegenstand – eine heterogene Stichprobe. Wenn man dennoch eine Einteilung trifft, so zeigt sich doch,

dass annähernd ein Drittel in einem Lager waren, wiederum circa ein Drittel geflohen oder sich versteckt hielt bzw. unter Angabe einer falschen Identität lebte, sowie und das restliche Drittel entweder im Ghetto oder Widerstand bzw. anderes erlebt hatte. Von der Art der traumatischen Erfahrung sehr heterogen, jedoch in der Häufigkeit annähernd gleich verteilt, sind jene Kategorien der Shoah-Erfahrungen. Auffallend war, dass keine der befragten Personen im Kinderheim war, oder adoptiert wurde. Dies ist auf die relativ geringe Anzahl an „child survivors“, also jene die wirklich noch Kinder während der Shoah gewesen sind, zurückzuführen. Der Altersmittelwert während der Shoah liegt bei 23 Jahren. Das heißt, dass hier v.a. andere Erfahrungen wie Internierung in ein Lager, Flucht etc. eine Rolle spielten. Wie bereits eingangs des Absatzes berichtet, hat jene Stichprobe sehr unterschiedliche Erfahrungen auch in Bezug auf den Schweregrad der Erlebnisse gemacht. So muss auf eine Teilnehmerin hingewiesen werden, die in Uruguay geboren wurde, und somit die Erfahrungen innerhalb des vom Nationalsozialismus betroffenen Europas, nicht mit den anderen TeilnehmerInnen teilte. Streng genommen, hätte die Vp aus der Studie ausgeschlossen werden müssen, da aber die Teilnehmerzahl ohnehin schon so gering war, wurde sie in die Studie eingeschlossen.

Der subjektive Einfluss der Erfahrung sollte als Maß für den Schweregrad des Traumas dienen. Die Einteilung nach dem Schweregrad des Traumas, sollte nicht nur nach formalen (vom Forscher ausgehenden) Kriterien erfolgen – wie es bisher in Untersuchungen praktiziert wurde (z.B. Joffe et al, 2003, Brodaty et al. 2004), sondern nach persönlicher Bedeutung der betroffenen Person selbst. Dies hätte eine validere Einschätzung des Traumaschweregrades ergeben. Auch Beck, 2005, betont in ihrem Resümee über den Schweregrad des Traumas den maßgebenderen Einfluss der eigenen Interpretation des Traumas, anstatt der Art des Traumas an sich. Tatsächlich, hatten aber die meisten Tpn Schwierigkeiten, dies selbst einzuschätzen und in Relation zu anderen Erlebnissen zu setzen. Deswegen haben viele Tpn die Einschätzung des eigenen Einflusses des Erlebnisses ausgelassen. Durch die relativ zahlreichen missings konnte eine sinnvolle Einteilung nur nach der persönlichen Einschätzung der Betroffenen in Schweregrad des Traumas nicht stattfinden. Sondern es wurde auf Grund des Erlebten in drei Kategorien, „Lagererfahrung“, „Fluchterfahrung“ und „Anderes“ (worunter Ghetto, Widerstand und andere Erfahrungen außer Flucht und Lager zu zählen sind), eingeteilt. Dies ermöglichte zu untersuchen, ob gewisse Variablen, wie PCL-C-Score,

Ängstlichkeit, Depressivität, Somatisierung und Dissoziation, körperliches Befinden u.v.m. vom Schweregrad des Erlebten beeinflusst sind. Diesbezüglich konnte jedoch kein Einfluss des Schweregrades des Traumas, weder bei PCL-C-Gesamt- und Subscores, BSI-18-Gesamt- und Subscores, S.D.Q.-Score, momentanes körperliches Befinden, körperliches Befinden im Vergleich zu vor 5 Jahren, noch seelisches Befinden gefunden werden. Der Einfluss des Schweregrades des Traumas ist in der vorliegenden Arbeit sekundär.

Auch Yehuda et al. (1994) fanden, dass ehemalige KZ-Inhaftierte und jene, die auf der Flucht waren, sich nicht in Bezug auf den Schweregrad der posttraumatischen Symptomatik unterschieden, jedoch hinsichtlich des Alters.

Erwähnenswert ist hier, ob die Erfahrung eines zusätzlichen, sog. kumulativen, Traumas (vgl. Keilson, 1971) stattgefunden hat? Die Trennung von der Mutter ist als zusätzliches traumatisches Erlebnis zu betrachten, welches zu den Verfolgungstraumata hinzukam. Jüngstes Alter bei der Trennung von der Mutter ist 6 Jahre, ältestes 26 Jahre. Hierzu muss angemerkt werden, dass nicht alle Tpn diese schmerzhafteste Erfahrung machen mussten. Die Mehrheit, d.s. 18 Personen (64,3%) erlitten die Trennung von der Mutter. Diese Heterogenität in der Erfahrung, ob die Tp von der Mutter getrennt wurde oder nicht, könnte sich intermittierend auf die Ergebnisse ausgewirkt haben. So erklärt dies vielleicht – gemeint ist die Heterogenität der traumatischen Erfahrungen - warum gewisse Hypothesen, wie z.B. Somatisierung, Dissoziation, Intrusion, Vermeidung nicht bestätigt werden konnten. Auf der anderen Seite, konnte der Einfluss der Art des Traumas bzw. der Schweregrad in Bezug auf die Haupthypothesen etc. nicht nachgewiesen werden.

In der Literatur finden sich bezüglich des Verlustes von Angehörigen verschiedene Ansätze. Von Baeyer und Kollegen (1964) konnten nachweisen, dass die Depressions-, Angst- und Paranoiewerte höher waren, je weniger die Verluste waren. Eine Studie konnte das Gegenteil, nämlich die Zunahme am Schweregrad der Symptomatik mit der Anzahl an Verlusten bestätigen, und eine weitere Studie konnte keinen Zusammenhang nachweisen. Dies entspricht auch den vorliegenden Ergebnissen. Die Anzahl an Verlusten von Angehörigen während der Shoah hat hier keinen Einfluss auf die PTSD-

Symptomatik, noch Somatisierungs-, Depressions-, Angst oder Dissoziationssymptomatik.

Bei der Analyse bezüglich der Aktivität, konnten mittels Faktorenanalyse, zwei übergeordnete Faktoren, die mehr als die Hälfte an Varianz erklären, gewonnen werden. Offenbar sind bei dieser Stichprobe, Aktivitäten bevorzugt, die auf gemeinschaftliche Aspekte, innerhalb des Hauses abzielen, sowie gesellschafts- und mobilitätsunabhängige Aktivitäten, sehr oft kulturelle, bevorzugt. Hier sei angemerkt, dass fast 90% der Stichprobe alleine lebt (in keiner Partnerschaft), größtenteils Ehepartner verloren hat, sehr betagt ist und an sozialem Austausch interessiert ist. Gleichzeitig, ist aber auch „disengagement“ aufgefallen. Das Bedürfnis sich anderen anzuschließen, initiativ zu sein – wurde immer wieder berichtet sei gesunken. Viele Personen haben sich auch spontan geäußert, und gemeint „allein zu sein“. Hier sind daher Aktivitäten, die unabhängig von einer anderen Person durchgeführt werden können (wie z.B. Fernsehen, Radio hören, Zeitung lesen, etc.) von Vorteil.

Interessant scheint auch, dass Frauen einen signifikant höheren Summenscore der BSI-18-Subskala Ängstlichkeit zeigen. Aus unzähligen Studien ging bisher hervor, dass Frauen eher bereit sind Symptome der Ängstlichkeit anzugeben. Zu überlegen gilt es, ob dies wie auch bei anderen Studien beobachtet, Einfluss der Sozialisierung ist? Rollentypische Erziehung und gesellschaftliche Haltung gehen noch immer oder damals vor mehr als 60 Jahren, von Rollenstereotypen aus. Dass Frauen eher Schmerz, Leid empfinden, wobei dies den Männern nicht vorbehalten ist. Diese „sollen Stärke repräsentieren“. Auch kann dieses Ergebnis als Folge eines Testleitereffekts angesehen werden, da die Person, welche die Interviews durchführte, weiblich war. Hier geht es dann, um den Faktor Antworten im Sinne sozialer Erwünschtheit. Auf Grund des in Kongruenz mit den Haupthypothesen stehenden niedrigeren Alters der Frauen, und folglich höheren Ausprägung der Ängstlichkeit, kann nicht gesprochen werden, da der Altersunterschied von Männern und Frauen in dieser Studie nicht signifikant ist ((F(1,26)=2,093; p=0,160. Zu überlegen bleibt, ob dieser Unterschied in der Ängstlichkeit, tatsächlich auf Sozialisierungsfaktoren oder auf die Erfahrungen während der Shoah zurück geführt werden kann. Übereinstimmend mit Becks Untersuchung ist, dass Frauen stärkeres Ausmaß an Ängstlichkeit vorweisen. Schließlich ist nicht

umsonst, dass Geschlecht als Risikofaktor bei der Reaktion auf das Trauma der Shoah angeführt (vgl. Joeffe et al., 2003, siehe Kapitel Risiko- und Schutzfaktoren“).

Hauptthesen

Die PTSD-Profilunterschiede, gemessen mit dem Messinstrument, PCL-C, zeigten nur in Bezug auf die Subskala Arousal einen tendenziellen signifikanten Zusammenhang. Die Richtung des Zusammenhangs geht mit der Alternativhypothese konform, jedoch kann hier nur von einem tendenziellen Zusammenhang ($r=-0,347$; $p=0,07$) gesprochen werden. Fragestellung eins kann hier nicht als eindeutig bestätigt angesehen werden. Dazu fehlt mindestens ein signifikanter Unterschied, zwischen Alter und dem Ausmaß an Intrusionen bzw. Vermeidung. Wenn sozusagen ältere Personen auch eher zu Intrusionen neigen, und jüngere zu Arousal-Symptomen, könnte von einem signifikanten PTSD-Symptomprofilunterschied gesprochen werden, und dies bei der künftigen Interventions- und Therapieplanung berücksichtigt werden. Die Frage stellt sich, ob die posttraumatischen Symptome auch als solche bei der befragten Stichprobe wahrgenommen wurden, oder ob der Alterungsprozess für aktuelle Probleme verantwortlich gemacht wurde.

Oder ist jene sehr betagte Stichprobe von einer solchen Symptomatik nicht mehr betroffen? Hierzu wäre ein Vergleich mit TeilnehmerInnen, deren Altersmittelwert weiter untenangesiedelt ist, notwendig.

Vielleicht, ist auch das Konstrukt Intrusionen, gar nicht so stark an sprachliche Reifung gebunden, wie dies in der Vorläuferstudie von Yehuda und Mitarbeitern argumentiert wurde? Wissenschaftlich damit auseinandergesetzt haben sich bis dato diese und Yehudas Arbeit.

Oder es könnte, wie bereits zuvor, auf den Mangel an CS bei der Partizipation zurückzuführen sein.

In Bezug auf die Ängstlichkeit sind die Ergebnisse eindeutig und hypothesenkonform. Shoah-Überlebende, die jünger während des Traumas waren, zeigen aktuell mehr Ängstlichkeit als Ältere.

Anhand von der dritten Fragestellung, ob Das Alter einen Einfluss auf die aktuelle Depressionssymptomatik nimmt, konnte ein Zusammenhang zwar bewiesen werden, jedoch zeigte sich jener entgegen der postulierten Richtung. Erwartet wurde eine signifikante negative Korrelation zwischen Alter und Depressionssymptomatik. Den

Ergebnissen dieser Untersuchung zur Folge, zeigt sich ein signifikanter positiver Zusammenhang. Jüngere Shoah-Überlebende sind depressiver als Ältere. Vorläuferstudien, die theoretisches Fundament der vorliegenden Arbeit bildeten, konnten nachweisen, dass ältere Shoah-Überlebende – die also bereits ein höheres Alter im Sinne von Adoleszenz (Keilson, 1971) bzw. junges Erwachsenenalter (vgl. Lempps Untersuchung, 1979) erreicht hatten- eher depressive Symptome zeigen als jüngere. Als Erklärung führen beide Autoren (Keilson, 1971, Lempp, 1979) den Fortschritt des rationalen Denkens, so dass dem Individuum sehr wohl klar war, was für grausame Taten im Zuge der nationalsozialistischen Verfolgung vor sich gingen, an - kurz gesagt das Begriffsvermögen. Mit der Bewusstheit um die Tragik der Situation, sehen die Autoren den Grad der Depression steigen. In der vorliegenden Arbeit wurde versucht aufzuzeigen, dass verschiedenen Altersklassen verschieden ausgereifte soziale, kognitive, emotionale etc. Bewältigungsmechanismen zur Verfügung stehen. So wurde angenommen, dass ein besonders junges Individuum (Kindesalter), wo geringe ausgereifte Bewältigungsmethoden und niedrige Begriffsbildung vorherrschen, eher mit Angst auf das Trauma reagieren wird. Bei älteren Individuen (Adoleszenz, junges Erwachsenenalter) kann auch Angst entstehen, aber auch Depression, im Sinne vom Begreifen der Katastrophe und in Assoziation mit dem Niveau der Bewältigungsmechanismen. Dies konnte anhand der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Hier sind jüngere Betroffene depressiver im späteren Alter zu sein. Dies deckt sich jedoch mit den Ergebnissen der Meta-Analyse von Beck und Mitarbeitern (2005). Bei jener Untersuchung konnte auch eine stärkere Depressionssymptomatik in Assoziation mit jüngerem Alter nachgewiesen werden. Vielleicht ist dies aber auch auf eine Interaktion mit dem generellen Prozess des Alterns zurückzuführen? Z.B. könnte die depressive Symptomatik erst mit Zunahme des Alters und der damit zusammenhängenden Bewältigungsmechanismen, hinzugekommen sein? Dazu müssten aber auch die TeilnehmerInnen, die älter während des Traumas waren, gleichermaßen depressive Symptome zeigen. Dies ist aber nicht der Fall, diese zeigen auffallend weniger Depression. Vielleicht, ist auch eine solche Differenzierung zwischen Angst- und Depressionssymptomatik unzulässig und es gilt lange bestätigte Theorie, dass frühes Traumatisierungsalter einen Risikofaktor darstellt und die Symptomatik umso ausgeprägter ist, je früher das Trauma stattgefunden hat. Dies wäre in Kongruenz mit den vorliegenden Ergebnissen. Ziel, der vorliegenden Arbeit war es jedoch, diese bestätigte Tatsache weiter zu führen, und zu untersuchen, ob gewisse Alterszeitpunkte

bei der Traumatisierung eine Rolle bei der Reaktion auf das Trauma spielen. Zusammengefasst, ob gewisse Altersperioden mit der Ausbildung gewisser posttraumatischer Symptome stärker assoziiert sind?

Ebenfalls, konnte nicht aufgezeigt werden, dass das Traumatisierungsalter einen Einfluss auf die Somatisierungssymptomatik nimmt. Ein Grund des Fehlschlagens, könnte das hohe Alter der Tpn, welches mit Multimorbidität charakterisiert ist, sein. Es könnte zu einer Diffusion der Somatisierungssymptome gekommen sein, und diese könnten als Symptome des natürlichen Alterungsprozess interpretiert werden. Wieder gilt es an dieser Stelle zu überlegen, ob eine solche betagte Stichprobe an Somatisierung leidet, oder ob der Körper generell Schauplatz für eine Reihe von altersbedingten Problemen ist?

Dissoziation

Grund, der Erfassung der Dissoziationsausprägung neben den Konstrukten PTSD-Symptome, Somatisierungs-, Depressions- und Angstsymptome, ist die Erkenntnis, dass die Gefahr eine komplexe Dissoziation zu entwickeln, also die vielleicht anfangs (während der Traumaeinwirkung) eine nützliche Bewältigungsmethode darstellte, jedoch nach längerer Anwendung dysfunktional, im Sinne einer vollständigen Desintegration, wirken kann, höher ist, je früher im Leben eine traumatische Erfahrung gemacht wird. Gemäß der formulierten Hypothesen, würde die Ausprägung der Dissoziation stärker sein, je jünger die Person während des Traumas war. Dies hängt mit der sprachlichen Verarbeitungsmöglichkeiten, das Trauma zu benennen, einzuordnen, zusammen (Maercker, 2002). D.h. sehr frühe traumatische Erfahrungen, bei denen dem Individuum noch keine sprachlichen Kommunikationsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, haben eher eine komplexe Dissoziation zur Folge. Demnach hätte die Ausprägung der Dissoziation, mittels S.D.Q gemessen, bei den jüngeren Tpn höher sein müssen. Dies konnte jedoch hier nicht nachgewiesen werden. Es stellt sich die Frage, ob jene TeilnehmerInnen überhaupt Dissoziation als Bewältigungsmechanismus, um die Situation zu ertragen angewendet haben. Und, ob sie jene wiederholt anwenden mussten. Wie sie z. B. in Fällen der Kindesmisshandlung berichtet wird (Laure, 2004, in Friedmann et al. 2004). Ein anderer Grund, wäre auch die geringe Anzahl an

TeilnehmerInnen, die ein sehr junges Alter während der Shoah-Erlebnisse, aufwiesen. Laure (2004) führt als Risikofaktor einer sekundären Dissoziation, also jene die als Distanzierungsmethode um das Trauma auszuhalten im Feld angewendet wird, jüngeres Alter während des Traumas an. Im Grunde genommen, schien die Stichprobe nicht dissoziativ zu sein, sondern eher multimorbid mit multiplen sensorischen Schmerzen. Es stellt sich die Frage, ob überhaupt Dissoziation, also die Abspaltung von körperlichen Empfindungen von geistigen, für Traumata, die vor langer Zeit stattgefunden haben, überhaupt relevant sind. Wie bereits im Kapitel über lebensspannenbezogene Verlaufsformen von PTSD beschrieben, kann also nicht nur ein lange zurückliegendes Trauma, welches dann im späteren Leben gemeinsam mit Alterungsprozessen ausbricht berichtet werden, sondern es kann eben auch zu einer Aggravation der Symptome kommen. Personen, die auf das Trauma der Shoah nie mit der Ausbildung an dissoziativen Symptomen reagiert haben, tun dies im Alter ebenso wenig? Anders wäre dies bei Personen, die um die Situation auszuharren Dissoziation anwenden mussten, um zu Überleben, also als Copingstrategie. Bei jenen könnte sich der Grad der Dissoziation vielleicht im Alter erhöhen. Die Frage stellt sich hier, ob die Gruppe an gealterten Shoah-Überlebenden überhaupt jene ist, bei denen dissoziative Symptome beobachtet werden können. Einige Forscher führen dies an (z.B. Dasberg, 2001, Friedmann, 2004, etc.). Oder, ob individuell von der Art des Traumas ausgegangen werden muss. Also, wie lange es dauert, ob es kumulativ war, etc. Zuletzt, muss auch der Auswahl des Testinstruments, der S.D.Q.-20, kritisch entgegen geblickt werden. Auf Grund der Verletzung der Intimsphäre der älteren Tp, mussten vorab 3 Items aus dem Inventar genommen werden. Ebenfalls, schienen die Fragen schwer verständlich für die Tpn und wurden vorwiegend verneint. Der Mittelwert ist 1,22 (SD=0,404). Nachträglich mussten jene Items, welche keine Varianz aufwiesen, also keine Information enthielten, und jene die negative Korrelationen aufwiesen, also geringe Itemtrennschärfen, auf Grund wenig zufriedenstellender Reliabilität, eliminiert werden. So verblieb eine Itemanzahl von 9 mit einer zufriedenstellenden Reliabilität mit Cronbachs $\alpha=0,744$. Aus der spontanen Verhaltensbeobachtung der Stichprobe ging hervor, dass sie nicht abgespalten von ihren sensorischen Empfindungen schien, sondern im Gegenteil, multiple sensorische Stimuli wahrnehmen, zu meist Schmerzreize. Die Frage ist hier, ob der S.D.Q., das geeignete Instrument ist, um die dissoziativen Teile der komplexen PTSD zu erfassen. Hier zu gibt es auch relativ wenig alternative Testinstrumente (FDS von Spitzer et al., 2005; DES von Bernstein &

Putnam, 1986.). Ausgewählt wurde der S.D.Q. schließlich doch, auf Grund der beeindruckenden psychometrischen Qualität (Nijenhuis, 1996).

Spontane Verhaltensbeobachtung

Im Zuge der spontanen Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung, ist die Sprachwahl der TeilnehmerInnen aufgefallen. Es schien, als könnte eine Distanzierung durch die Auswahl der Sprache geschaffen werden, da es mehrheitlich sicherlich nicht leicht war über jene vergangenen Erlebnisse zu sprechen. Deutsch könnte noch immer als „Tätersprache“ assoziiert sein, und so stellte sich Englisch bei einigen Befragten, als bevorzugte Sprache heraus. Dazu sei angemerkt, dass einige Befragte auch an der Fortbildung in Fremdsprachen, selbst im hohen Alter, interessiert war. Die vorliegende Stichprobe besitzt überdurchschnittliches Bildungsniveau, dazu sei der Anteil an Akademikern von 11%, was gemeinsam mit den Personen mit Maturaabschluss 58% der Stichprobe ausmacht, betrachtet. Rosenthal (1997), berichtete in ihrem Werk über drei Generationen von Opfern und Tätern des Nationalsozialismus, über die emotionale Distanzierung bei der Sprachwahl. So verstanden Kinder von Shoah-Überlebenden, also die 2. Generation, die u.a. in einem anderen Kulturkreis aufwuchs (z.B. USA, CAN, AUS, ISR, etc.) nicht, warum ihre Eltern bei gewissen Anlässen Deutsch sprechen – sei es doch die Sprache der Täter gewesen. Auch bei Wardi (1994) finden sich hierzu einige Ansätze.

6.2. Limitationen & Ausblick für weiterführende Forschung

Kritisch betrachtet werden muss in jedem Fall, die Stichprobengröße. Diese ist bei der vorliegenden Studie $N=28$, also unter dem kritischen Wert von 30, wo eine inferenzstatistische Auswertung nicht sinnvoll ist. Verallgemeinernde Schlüsse, wären nicht sinngemäß bzw. nur unter Vorbehalt aufzufassen. Auch was die Alterszusammensetzung der Stichprobe betrifft, ist zu bemängeln, dass relativ wenige Tpn sehr jung (0-6 Jahre) während der Shoah gewesen sind. Auf dies wäre bei Folgestudien zu achten. Hier sei aber auch angemerkt, dass es sich um eine Population handelt, die nicht nur historisch betrachtet existenzielle Bedrohung erfahren hat, sondern auch jene, welche die Shoah überlebt haben, nicht vor dem natürlichen Alterungsprozess gefeit sind. Es gibt nicht mehr viele Personen, die der Population

angehören (siehe Kapitel „Demografische Aspekte“). Da ist es relativ verständlich, dass gewisse Abstriche hinsichtlich des Designs gemacht werden mussten, weil die Anpassung an die Gegebenheiten der Realität vorrangig waren. Künftige Forschung auf jenem Gebiet, müsse sich zum Ziel setzen, explizit zu überlegen, welche Altersgruppen, wo zu rekrutieren sind. Es ist auch verständlich, dass sehr junge Überlebende noch im eigenständigen Haushalt leben und schwer auffindbar sind. Sie scheinen z.B. über zentrale Meldestellen (wie z.B. die Israelische Kultusgemeinde) erreichbar zu sein.

Als Anleitung für weiterführende Forschung, sei die Notwendigkeit einer Langzeitstudie erwähnt. Hier können die psychologischen Mechanismen, welche die Reaktion des Individuums moderieren, systematisch erforscht werden. Auf die in Frage stehende ethische Vertretbarkeit von Longitudinalstudien bei Trauma, sei auch hingewiesen.

Weitere Querschnittsstudien, sollten außer der Überlegungen zur Rekrutierung, auch eine größere Stichprobengröße, sowie die Integration einer größeren Anzahl an child survivors in das Studiendesign berücksichtigen. Nicht-klinische Studien würden einen Gewinn an Generalisierbarkeit und Unabhängigkeit darstellen.

Auf die Heterogenität der Stichprobe, in Bezug auf die Shoah-Erfahrungen, sei noch einmal explizit hingewiesen. Diese Tatsache, erschwert Generalisierungen, welche aber ohnehin auf Grund der kleinen Stichprobengröße, nicht zulässig sind.

Auch kritisch zu hinterfragen ist, ob das Alter selbst, als konfundierende Variable angesehen werden muss? Das erhöhte Lebensalter geht mit Multimorbidität einher. Dies könnte die Ergebnisse der Haupthypothesen verzerren. D.h. die Multimorbidität könnte sozusagen im Vordergrund der Symptomatik stehen, und Somatisierungs-, Dissoziations- oder Vermeidungssymptome könnten fälschlicher Weise nicht als Folge einer frühen Traumatisierung, angesehen werden. Auf diesen Problembereich weisen Heuft (200) und Maercker (2002) hin.

Abschließend, sind noch kritische Überlegungen zur Methode angeführt. Bei der Erhebung ist bemerkbar geworden, dass qualitative Erhebungsmethoden in Zusammenhang mit dem Forschungsgegenstand interessant sein könnten, weil Teile des Traumas nicht verbal benannt/ erfasst werden können, sondern sich eventuell körperlich ins Gedächtnis eingebrannt haben. In Bezug auf die Fragestellung der vorliegenden

Untersuchung, würde sich die qualitative Methodik daher als erweiternd erweisen. Folgestudien könnten, nachdem die PTSD-Profilunterschiede anhand von breit angelegterer Studien (mit größerer Anzahl an TeilnehmerInnen) dokumentiert sind, sich auf qualitative Erhebungsmethoden (nonverbalen) konzentrieren. Denn im Sinne der Fragestellung, wäre ja die rein kognitiv-sachliche, verbale, Beschreibung des Erlebten bei besonders jungen Überlebenden erschwert. Ergebnisse, hierzu könnten sich als interessant herausstellen.

Zuletzt, auch wegen der Augenscheinlichkeit der Fragen und dem Antwortstils der sozialen Erwünschtheit, könnte die qualitative Methodik einen Zuwachs an ökologischer Validität bringen.

7. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich damit, in empirischer Weise zu untersuchen, ob das Alter während der Traumatisierung von Shoah-Überlebenden, und der damit in Verbindung stehenden emotionalen, sozialen, konativen, kognitiven, psychischen und physischen Verarbeitungsstrategien, einen Einfluss auf das aktuelle PTSD-Symptomprofil, sowie auf die Somatisierungs-, Depressions-, Angst- und Dissoziationssymptomatik nimmt?

28 Personen eines jüdischen Altersheims in Wien nahmen an der Untersuchung teil. Die Stichprobe gliedert sich in 54% Frauen (n=15) und 46% Männern (n=13).

Folgende Fragestellungen wurden untersucht:

- I. Hat das Alter während der Traumatisierungsphase von Shoah-Überlebenden (SÜ) einen Einfluss auf das aktuelle PTSD-Symptomprofil?
- II. Hat das Alter während der Traumatisierungsphase von Shoah-Überlebenden (SÜ) einen Einfluss auf das aktuelle Somatisierungssymptomprofil?
- III. Hat das Alter während der Traumatisierungsphase von Shoah-Überlebenden (SÜ) einen Einfluss auf die aktuelle Depressionssymptomatik?
- IV. Hat das Alter während der Traumatisierungsphase von Shoah-Überlebenden (SÜ) einen Einfluss auf die aktuelle Angstsymptomatik?
- V. Hat das Alter während der Traumatisierungsphase von Shoah-Überlebenden (SÜ) einen Einfluss auf die aktuelle Dissoziationssymptomatik?

Dazu wurde folgendes Testinstrumentarium verwendet:

- PTSD-Checklist-Civilian Version (PCL-C, 1993) von Weathers, Litz, Huska, Herman & Keane
- Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18, 2000) von Derogatis, deutsche Version von Franke (2000)
- Somatization and Dissociation Questionnaire-20 (S.D.Q-20, 1996) von Nijenhuis et al., deutsche Version
- Informationsfragebogen

In Bezug auf die erste Fragestellung, konnte nur in Bezug auf Arousal-Symptome und Alter, ein tendenziell signifikanter Zusammenhang gefunden werden. Anhand der

Überprüfung der dritten Fragestellung, konnte ein signifikanter Zusammenhang gefunden werden, welcher sich jedoch entgegen der postulierten Richtung der Hypothese erwies. Übereinstimmend mit der vierten Fragestellung, konnte gezeigt werden, dass jüngere Shoah-Überlebende, aktuell ängstlicher sind als ältere. Bezüglich der zweiten und fünften Fragestellung konnte kein Zusammenhang zwischen Alter und aktueller Somatisierung bzw. Dissoziation gefunden werden.

Man kann also davon ausgehen, dass das Alter und die damit in Verbindung stehenden Kapazitäten eines Shoah-Überlebenden, auf die aktuelle Ängstlichkeit und Depressivität einen Einfluss nehmen. Von altersbedingten PTSD-Symptomprofilunterschieden, sowie Somatisierungs- und Dissoziationsunterschieden kann hier nicht gesprochen werden.

8 Literatur

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental diseases. 4th ed. (DSM-IV). Washington, D. C.
- Amir, M. & Lev-Wiesel, R. (2001). Does Everyone Have a Name? Psychological Distress and Quality of Life Among Child Holocaust Survivors with Lost Identity. *J Traumatic Stress* 14, 859-869.
- Amir, M. & Lev-Wiesel, R. (2003). Time Does Not Heal All Wounds: Quality of Life and Psychological Distress of People Who Survived the Holocaust as children 55 Years Later. *J Traumatic Stress* 16, 295-299.
- Antonovsky, A., Maoz, B., Dowty, N. & Wijssenbeek, H. (1971). Twenty-Five Years Later. A Limited study of sequelae of concentration camp experience. *Social Psychiatry* 6, 186-193.
- Baeyer, W. von, Häfner, H. & Kisker, K. (1964). *Die Psychiatrie der Verfolgten*. Springer: Berlin.
- Baider, L., Goldzweig, G., Ever-Hadani, P. & Peretz, T. (2006). Psychological Distress and Coping in Breast Cancer Patients and Healthy Women Whose Parents survived the Holocaust. *Psycho-Oncology* 15, 635–646.
- Baider, L., Peretz, T. & Kaplan-De Nour, A. (1993). Holocaust cancer patients: A comparative study. *Psychiatry* 56: 349-355.
- Beck, J., Gow, K. & Liopsis, P. (2005). Holocaust survivors' delay in child rearing and the psychological health of their children. *Journal of Loss and Trauma* 10, p205-219.
- Beck, J. (.05.2006). "The differential impact of the Holocaust across Three Generations". Holocaust Talk at the Jewish Holocaust Museum, Melbourne.
-

-
- Berger, E. (Hrsg.). (2007). *Verfolgte Kindheit. Kinder und Jugendliche als Opfer der NS-Sozialverwaltung*. Böhlau: Wien.
- Bettelheim, B. (1943). Individual and Mass Behavior in Extreme Situations. *J of Abnormal and Social Psychology* 38:417-452.
- Bower, H. (1994). The concentration camp syndrome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 28, 391-397.
- Bowlby, J. (1994). *Verlust, Trauer und Depression*. Fischer: Frankfurt
- Bowlby, J. (2001). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung*. Reinhardt: München.
- Brodaty, H., Joeffe, C., Luscumb, G. & Thompson, C. (2004). Vulnerability to post-traumatic stress disorder and psychological morbidity in aged holocaust survivors. *Int'l. J. Geriatric Psychiatry* 19: 968-979.
- Chodoff, P. (1997). The Holocaust and Its Effect on Survivors: An Overview. *Political Psychology* 18 (1).
- Chodoff, P. (1975). Psychiatric aspects of the nazi-persecution. In Arieli (Hrsg.). *American Handbook of Psychiatry* 6: 932-946. Basic: New York.
- Collins, C., Burazeri, G., Gofin, J. & Kark, J. (2004). Health Status and Mortality in Holocaust Survivors Living in Jerusalem 40-50 Years Later. *J Traum Stress* 17, p403-411.
- Danieli, Y. (1982). Families of survivors of the Nazi Holocaust. *Stress and Anxiety* 8, S 405-421.
- Dasberg, H. (2001). Adult child survivor syndrome on deprived childhoods of aging Holocaust Survivors. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 13-26.
-

-
- Durst, N. (2003). Child-survivors of the Holocaust: Age-specific traumatization and the consequences for therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 57(4), 499-518.
- Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes. (2001). Die österreichischen Opfer des Holocausts. Daten-CD-Rom.
- Eitinger, L. (1962). Concentration Camp Survivors in the Postwar World. *Am J Orthopsychiatry* 32, p367-375.
- Erikson, E. (1950/ 1992). *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Friedmann, A., Hofmann, P., Lueger-Schuster, B., Steinbauer, M. & Vyssoki, D. (2004). *Psychotrauma*. Wien: Springer Verlag
- Frankl, V. (1977). ...und trotzdem ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das KZ. Dtv: München.
- Gordon, V. (2002). The experience of being a hidden child survivor of the holocaust. Dissertation. Melbourne.
- Grossman, A., Levin, B., Katzen, H. & Lechner, S. (2004). PTSD Symptoms and Onset of Neurologic Disease in Elderly Trauma Survivors. *J. Clin and Experimental Neuropsychology* 26(5), 698-705.
- Hantman, S., Solomon, Z. & Prager, E. (1994). How the Gulf War affected aged holocaust survivors. *Clinical Gerontologist* 14 (3), 27-37.
- Herman, J. (2003). *Narben der Gewalt: traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Jungfermann: Paderborn
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2000). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alerpsychotherapie*. Reinhardt: München.
- Joeffe, C., Brodaty, H., Luscombe, G. & Ehrlich, F. (2003). *The Sydney Holocaust*
-

Study: Posttraumatic Stress Disorder and Other Psychosocial Morbidity in an Aged Community Sample. *J Traumatic Stress* 16, 39-47.

Kahana, B., Harel, Z. & Kahana, E. (2005). Holocaust survivors and immigrants: Late life adaptations. *The Plenum Series on Stress and Coping*. New York, NY, US: Springer Science.

Keilson, H. (1971). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptiv-klinische und quantitativ-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden. Enke: Stuttgart.

Kellermann, N. P. F. (2001). The Long term Psychological Effects and Treatment of Holocaust Trauma. *Journal of Loss and Trauma* 6, 197-218.

Kobasa, S. (1979). Stressful Life Events, Personality and Health: An Inquiry into Hardiness. *J Personality and Social Psychology* 37, 1-11.

Krell, R. (1985). Therapeutic Value of documenting child survivors. *J of the Am Academy of Child Psychiatry* 24, 397-400.

Krystal, H., Giller, E. L. & Cicchetti, D. V. (1986). Assessment of Alexithymia in Posttraumatic Stress Disorder and Somatic Illness: Introduction of a Reliable Measure. *Psychosomatic Medicine* 48: 84-94.

Kuch, K. & Cox, B. (1992). Symptoms of PTSD in 124 survivors of the Holocaust. *Am J Psychiatry* 149, p337-340. APA.

Lempp, R. (1979). Extrembelastung im Kindes- und Jugendalter: über psychosoziale Spätfolgen nach nationalsozialistischer Verfolgung im Kindes- und Jugendalter anhand von Aktengutachten. Huber: Bern.

Landau, R. & Latwin, H. (2000). The Effects of Extreme Early Stress in very old age. *Journal of Traumatic Stress* 13, 473-487.

-
- Laure, S. (2004). Dissoziative Identitätsstörungen als Folge schwerster frühkindlicher Traumatisierungen. In Friedmann et al. (2004). *Psychotrauma*. Wien: Springer Verlag.
- Lomranz, J. (2005). Amplified Comment: The Triangular Relationship between the Holocaust, Aging, and Narrative Gerontology. *Int'l. J. Aging and Human Development* 60(3), 255-267.
- Madill, P. V. (1999). Comments on the 'science of symptoms' and the experience of stress. *Advances in Mind and Body Medicine* 15: 68-73.
- Maercker, A. (Hrsg.). (2002). *Alterspsychotherapie und Klinische Gerontopsychologie*. Berlin: Springer Verlag.
- Maercker, A. & Ehlert, U. (2001). *Psychotraumatologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Matussek, P. (1975). *Internment in concentration camps and its consequences*. New York: Springer Verlag
- Niederland, W. (1968). Clinical observations on the "survivor syndrome". *Int J Psycho-Analysis* 49, 313-315.
- Oerter, R. (Hrsg.) (1998). *Entwicklungspsychologie*. Beltz: Wien.
- Paul, H. & Herberg, H. J. (Hrsg.). (1963). *Psychische Spätschäden nach politischer Verfolgung*. S. Karger: Basel.
- Piaget, J. (1969). *Das erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Klett: Stuttgart.
- Rosen, J., Reynolds, C., Yeager, A., Houck, P. et al. (1991). Sleep disturbances in survivors of the Nazi Holocaust. *American Journal of Psychiatry* 148, 62-66.
- Rosenthal, G. (1997). *Holocaust im Leben von drei Generationen. Familien von Überlebenden der Shoah und von Nazi-Tätern*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
-

-
- Shalev, A., Yehuda, R. & McFarlane, A. (Hrsg.). (2000). International Handbook of Human Response to trauma. Kluwer Academic/ Plenum Publishers: New York.
- Shalev, A. (2001). Traumatischer Stress, Körperreaktionen und psychische Störungen. In Maercker, A. & Ehlert, U. (Hrsg.). (2001). Psychotraumatologie. S27-47. Goettingen: Hogrefe Verlag.
- Shuval, J. (1957). Some persistent effects of trauma: Five years after the Nazi concentration camps. *Social Problems* 5, p230-243.
- Shmotkin, D., Blumstein, T. & Modan, B. (2003). Tracing Long-term effects of Early Trauma: A broad scope view of Holocaust survivors in late life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71: 223-234.
- Shmotkin, D. & Barilan, M. (2002). Expressions of Holocaust Experience and Their Relationship to Mental Symptoms and Physical Morbidity Among Holocaust Survivor Patients. *Journal of Behavioural Medicine* 25, 115-132.
- Uri, S. (2004). Enkelkinder von Shoah-Überlebenden. Diplomarbeit. Wien.
- Van der Hart, O. & Brom, D. (2000). When the victim forgets. Trauma induced Amnesia and Its Assessment in Holocaust Survivors. In: Shalev, A., Yehuda, R. & McFarlane, A. (Hrsg.). (2000). International Handbook of Human Response to trauma. Kluwer Academic/ Plenum Publishers: New York.
- Vyssoki, D. & Strusievici, S. (2004). Trauma und Körper. In Friedmann et al. (2004). *Psychotrauma*. Wien: Springer Verlag.
- Vyssoki, D., Tauber, T., Strusievici, S. & Schürmann-Emanuel, A. (2004). Trauma bei den Opfern der NS-Verfolgung. In Friedmann et al. (2004). *Psychotrauma*. Wien: Springer Verlag.
- Wardi, D. (1997). Siegel der Erinnerung. Das Trauma des Holocaust – Psychotherapie mit Kindern von Überlebenden. Klett-Cotta: Stuttgart.
-

- Wetter, M. (1998). The Intergenerational Transmission of Increased Anxiety Traits in Third Generation Holocaust Survivors. Dissertation. Pepperdine, CA.
- Wilson, J. P. & Raphael, B. (Hrsg.). (1993). International handbook of Traumatic Stress Syndromes. Plenum Press: New York.
- World Health Organisation. (2). International Classification of Diseases. 10th ed. Genf: WHO.
- Yehuda, R., Schmeidler J., Siever L., Binder-Brynes, K. & Elkin, A. (1997). Individual Differences in Posttraumatic Stress Disorder Symptom Profiles in Holocaust Survivors in Concentration Camps or in Hiding. J Traumatic Stress 10 (3), p453-463.
- 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. J Traum Stress 10: 97-100.
- www.ncptsd.org (29.05.2007)
- www.statistik.at (11.06.2007)
- www.uk-essen.de (26.05.2007)
- www.yad-vashem.org (14.01.2007 & 17.11.2008)
- www.who.org (22.05.2007)
- www.wfjcs.org (18.10.2007)
-

8.1. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Mögliche Mechanismen, die PTSD mit körperlichen Krankheiten verbinden.....	28
(mod. nach Schnurr & Jankovski, 1999).....	28
Abbildung 2: Altersverteilung der gesamten Stichprobe (Histogramm).....	84
Abbildung 3: Geschlechtsverteilung nach Geburtsländern (zusammengefasst), (Angaben in Prozent)	86
Abbildung 4: Bildungsverteilung der Befragten (Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent)	87
Abbildung 5: Ehestand der Stichprobe, (Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent).....	88
Abbildung 6: U-Test, Anzahl der Kinder nach Partnerschaft mit Shoah-Überlebenden	89
Abbildung 7: Geburtsreihenfolge; (Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent).....	90
Abbildung 8: Religiöses Bekenntnis; (Angaben in Absoluten Häufigkeiten und in Prozent).....	90
Abbildung 9: Erneuter Verlust von Angehörigen, (Angaben in absoluten Häufigkeiten).....	93
Abbildung 10: derzeitige körperliche Verfassung, (Angaben in abs. Häufigkeiten und in Prozent).....	95
Abbildung 11: Gesundheitszustand im Vergleich zu vor 5 Jahren;.....	95
(Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent)	95
Abbildung 12: Korrelation von Alter und körperlicher Verfassung	96
Abbildung 13: Vertrauensperson; (Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent).....	97
Abbildung 14: Sonstige Traumata während der Shoah, (Angaben in absoluten Häufigkeiten)	100
Abbildung 15: Schweregrad des Traumas, (Angaben in Prozent und absoluten Häufigkeiten).....	101
Abbildung 17: Trennungsalter von der Mutter, (n=17).....	104
Abbildung 18: Häufigkeitsverteilung des PCL-C Gesamtwertes, gesamte Stichprobe.....	107
Abbildung 19: Mittelwert für die PCL-C-Subskalen, gesamte Stichprobe	108
Abbildung 20: Verteilung des BSI-18 Gesamtwertes, Gesamtstichprobe	110
Abbildung 21: Minimal- und Maximalwert, Median für die BSI-18 Subskalen, gesamte Stichprobe	111
Abbildung 22: BSI-18 Sub- und Gesamtscore nach Schweregrad des Traumas	112
Abbildung 23: S.D.Q.-Mittelwert.....	114
Abbildung 24: S.D.Q.-Mittelwert nach Schweregrad des Traumas.....	115
Abbildung 25: Korrelation von Alter und PCL-C Subskala Arousal.....	117
Abbildung 26: Korrelation von Alter und BSI-18 Subskala Depressivität	118
Abbildung 27: Korrelation Alter mit BSI-18 Subskala Ängstlichkeit	119

8.2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Demografie der jüdischen Bevölkerung Wiens und Österreichs von 1934-1945	15
Tabelle 2: Alter der Befragten, (Mittelwert, Standardabweichung, Minimum und Maximum der Altersverteilung, Median)	85
Tabelle 3: Geburtsland der Befragten, (Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent)	85
Tabelle 4: Anzahl der Kinder, (Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent)	88
Tabelle 5: Anzahl der Geschwister (Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent).....	89
Tabelle 6: Momentane psychische Beschwerden, (Angaben in abs. Häufigkeiten und in Prozent)	91
Tabelle 7: Spitalsaufenthaltsgründe, (Angaben in abs. Häufigkeiten und in Prozent)	92
Tabelle 8: Momentane belastende Lebensumstände	93
Tabelle 9: Zusätzliche traumatische Erlebnisse.....	94
Tabelle 10: Faktoren der Faktorenanalyse mit Ladungen, Trennschärfen und Reliabilitätskoeffizienten.....	98
Tabelle 11: Shoah-Erfahrungen (Angaben in absoluten Häufigkeiten) und Mittelwert und Standardabweichung des subjektiven Einfluss der Erfahrung.....	99
Tabelle 12: Shoah-Erfahrungen in Kategorien, (Angaben in abs. Häufigkeiten und in Prozent).....	100
Tabelle 13: Kruskal-Wallis-Test, Schweregrad des Traumas mit PCL-, BSI-Subscores und S.D.Q...	101
Tabelle 14: Angehörigenverluste aufgelistet nach TeilnehmerInnen.....	103
Tabelle 15: Aufenthaltsländer während der Shoah, (Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent).....	105
Tabelle 16: Aufenthaltsländer nach der Shoah, (Angaben in absoluten Häufigkeiten und in Prozent)	106
Tabelle 17: Mittelwert und Standardabweichung PCL-C Gesamt- & Subscores, getrennt nach Geschlecht.....	108
Tabelle 18: Kruskal-Wallis-Test: Schweregrad des Traumas mit PCL-C-Gesamtwert und Subscores	108
Tabelle 19: Verteilung der Stichprobe nach PCL-C Cut-Off-Kriterium	109
Tabelle 20: Mittelwert und Standardabweichung der BSI-18 Subskalen und dem Gesamtwert.....	110
Tabelle 21: Mittelwert und Standardabweichung BSI-18 Gesamt- sowie Subskalen, getrennt nach Geschlecht.....	111
Tabelle 22: Kruskal-Wallis-Test der BSI-Subscores & Gesamtscore nach Schweregrad des Traumas	112
Tabelle 23: Skalenmittelwert, Skalenstandardabweichung, Itemkorrelation (Trennschärfe), Reliabilität (Cronbachs α).....	113
Tabelle 24: S.D.Q. Mittelwerte & Standardabweichungen nach Schweregrad des Traumas	114

8.3. Abkürzungsverzeichnis

AV = Abhängige Variable

UV = Unabhängige Variable

KG = Kontrollgruppe

VG = Versuchsgruppe

SÜ = Shoah-Überlebende/r

CS = Child Survivor

Pb = Proband; Plural: Pbn

Tp = Testperson; Plural: Tpn

Vp = Versuchsperson; Plural = Vpn

PTSD = Posttraumatic Stress Disorder

PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

CA = Cronbachs Alpha

9 Anhang

9.1. Informed Consent

Einleitung & Einverständnis

Menschen höheren Lebensalters besitzen einen großen Schatz an verschiedensten Erfahrungen was ihr bisheriges Leben betrifft.

Ziel der hier durchgeführten Erhebung ist es, die momentane Verfassung unter dem Blickpunkt der vergangenen Lebensereignisse zu ermitteln. Ergebnisse, die aus dieser wissenschaftlichen Arbeit gewonnen werden, könnten zukünftig bei der Planung von psychosozialen Maßnahmen bei Extrembelastungen helfen.

Durch Ihre Teilnahme an der Studie leisten Sie einen wertvollen Beitrag zur Erforschung von Folgeerscheinungen bei Verfolgung, und ich bedanke mich für Ihre Teilnahmebereitschaft.

Im Folgenden bitte ich Sie, eine Reihe von Fragen schriftlich zu beantworten. Ich werde selbstverständlich anwesend sein und bei Erklärungsbedarf zur Seite stehen. Es wäre wichtig alle Fragen zu beantworten. Falls Sie die eine oder andere Frage nicht beantworten möchten, so können Sie dies mir jederzeit mitteilen. Sie werden auch gebeten eingangs einige Fragen zu Ihrer Person und Ihren frühen Erfahrungen im Leben zu beantworten. Das Interview wird ungefähr eine Stunde in Anspruch nehmen.

Ihre Teilnahme ist freiwillig und anonym, und kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden. Ihre Anonymität wird gewahrt und Ihr Name wird nirgendwo aufscheinen. Angaben, die Sie mir gegenüber tätigen, unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ich bedanke mich für Ihre Teilnahmebereitschaft, durch die Sie nicht nur die Umsetzung einer Diplomarbeit ermöglichen, sondern einen essentiellen Beitrag zur Forschung der lebensspannenbezogenen Erfahrungsaufarbeitung leisten.

Mit der Signatur dieses Dokuments, gebe ich mein Einverständnis zur Teilnahme an der Studie bekannt, sowie dass ich über die Untersuchung aufgeklärt wurde.

Name & Unterschrift (StudienteilnehmerIn)

Wien, am _____

Filiz Somay Unterschrift (Diplomandin)_____

9.2. Testbatterie

Informationsfragebogen

1 Name/ Probandencode: _____

2 Geschlecht: männlich weiblich

3 Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

4 Geburtsort & -land:

5 Seit wann leben Sie in Österreich? _____

6 Höchster Bildungsabschluss:

Pflichtschule/ Hauptschulabschluss

Berufsbildende Schule

Matura

Universität/ Hochschulabschluss

7 Zuletzt ausgeübter Beruf? _____

8 Geschwister: JA \Rightarrow Anzahl & Geschlecht: _____

NEIN

9 Das wievielte Kind (Reihenfolge) waren Sie? _____

10 Ehestand:

verheiratet → Ehepartner ist Überlebende/r **JA** **NEIN**

verwitwet → Ehepartner war Überlebende/r **JA** **NEIN**
Todesdatum: _____

geschieden → Ehepartner war Überlebende/r **JA** **NEIN**

ledig

wieder verheiratet → Ehepartner ist Überlebende/r **JA** **NEIN**

11 Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem/r Partner/in beschreiben?

Bitte einen vertikalen Strich durch die Linie machen, wo Sie meinen sich einzuordnen.

Harmonisch |—————| Disharmonisch

Ich führe derzeit keine partnerschaftliche Beziehung

Keine Angabe

12 Kinder: **JA** → **Anzahl & Geschlecht:** _____

NEIN

13 Religiöses Bekenntnis: **ohne**

orthodox

konservativ

liberal

anderes WELCHES? _____

14 Haben Sie kürzlich Angehörige verloren?

JA → Todesdatum: ____ . ____ . ____ WEN? _____

NEIN

15 Gibt es momentan irgendwelche zusätzlichen belastenden Umstände in Ihrem Leben?

16 Haben Sie bereits ein- oder mehrmals Beratung/ Psychotherapie in Anspruch genommen?

JA → WAS (Institution) & WANN? _____

NEIN

17 Haben Sie andere traumatische Erfahrungen außer der Shoah gemacht?

JA NEIN

↓

Welche? _____

18 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

JA

NEIN

↓

WELCHE & WIE LANGE _____

19 Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?

JA → WIE OFT? _____

NEIN

20 Konsumieren Sie regelmäßig andere Substanzen außer Alkohol?

JA → **WIE OFT?** _____

NEIN

21 Leiden Sie unter ...

... anderen seelischen Beschwerden? JA NEIN

WELCHE? _____

22 ...chronischen Krankheit(en)? JA NEIN



WELCHE? _____

23 Spitalsaufenthalte?

JA → **Weshalb?** _____

NEIN

24 Wie würden Sie ihre körperliche Verfassung einschätzen?

sehr gut gut mittelmäßig schlecht sehr schlecht

25 Verglichen mit Ihrem Gesundheitszustand vor 5 Jahren, ist ihr jetziger Zustand?

viel besser besser gleich schlechter viel schlechter

26 Leiden Sie an Diabetes Mellitus Typ II? JA NEIN



Seit wann? _____

27 Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich sehr wohl fühle.

- trifft nicht zu
- trifft eher nicht zu
- trifft teilweise zu
- trifft zu
- trifft genau zu

28 Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle.

- trifft nicht zu
- trifft eher nicht zu
- trifft teilweise zu
- trifft zu
- trifft genau zu

29 Welchen Aktivitäten wohnen Sie hier im Haus bei?

Kreuzen Sie nun bitte bei den Aktivitäten/ Vereinen o. ä., bei denen Sie aktiv sind, die ungefähre Häufigkeit Ihrer Teilnahme an.

1=nicht aktiv

2=seltener

3=monatlich

4=wöchentlich

5=mehrmals in der Woche

- | | |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> keine Aktivität | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| <input type="checkbox"/> Fernsehen/ Radio hören | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| <input type="checkbox"/> Veranstaltungen im Heim besuchen | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |

-
- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> an gemeinschaftlichen Aktivitäten
im Haus teilnehmen | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| <input type="checkbox"/> Kaffee trinken gehen | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| <input type="checkbox"/> in den Park gehen | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| <input type="checkbox"/> Handarbeiten/ -werken | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| <input type="checkbox"/> Zeitungen und Bücher lesen | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| <input type="checkbox"/> kulturelle Aktivitäten
(Theater, Chor, Basteln, künstler.
Aktivitäten, Konzerte, Musik, Lesungen etc.) | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| <input type="checkbox"/> informelle Gruppe
(Karten spielen, Kaffeeklatsch, Domino,..) | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| <input type="checkbox"/> Veranstaltungen außerhalb des Heims | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| <input type="checkbox"/> Religiöse Vereinigung/ Veranstaltungen | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| <input type="checkbox"/> Sport- und Freizeitverein | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfe-, Gesundheits-,
Selbstverwirklichungsgruppe | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| <input type="checkbox"/> Gedächtnistraining, Rätsel | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben) | |
| | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
-

30 Bitte geben Sie an, wie häufig Sie in Ihrem Alltag durchschnittlich Kontakte mit anderen Personen haben (es zählen auch telefonische Kontakte)

1=keine Kontakte

2=seltener

3=monatlich

4=wöchentlich

5=mehrmals in der Woche

6=täglich

7=mehrmals täglich

(1) Familienangehörige*	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
(2) Bekannte/ Freunde*	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
(3) HausbewohnerInnen/ NachbarInnen	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
(4) Personal (ÄrztInnen, PflegerInnen, Ergo-, PhysiotherapeutInnen, PsychologInnen, Diplomierte SozialarbeiterInnen, etc.)	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
(5) Sonstige (bitte angeben)	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7

*** Ich habe keine Familienangehörige mehr.**

*** Ich habe keine Freunde/ Bekannte mehr.**

Menschen können im Laufe ihres Lebens eine ganze Bandbreite von traumatischen Erfahrungen erleben. Ich möchte Sie über fünf Bereiche, die die Shoah betreffen, befragen:

- 1) ob Sie jemals Erfahrungen, wie die folgenden 20 aufgelisteten Ereignisse, gemacht haben,
- 2) ob das Ereignis wiederholt vorkam (also die Anzahl)
- 3) wie alt Sie waren als Sie eine solche Erfahrung machten,
- 4) wie lang dieses Ereignis andauerte und
- 5) wie viel Einfluss diese Erfahrungen auf Sie persönlich genommen hat.

A) In der ersten Spalte (d.h., „Haben Sie das erlebt?“), geben Sie bitte an, ob Sie die jeweilige Erfahrung schon gemacht haben, indem Sie das Kästchen ankreuzen. Wenn Sie jenes Ereignis nicht erlebt haben, dann kreuzen Sie das Kästchen nicht an und gehen über zur nächsten Zeile.

B) Falls Sie diese Erfahrung gemacht haben, geben Sie bitte in der zweiten Spalte (d.h. „Häufigkeit“) an, wie oft Sie dieses erlebt hatten.

C) In der dritten Spalte tragen Sie bitte Ihr Alter an, bei dem das Ereignis geschah. Wenn es häufiger als einmal war, geben Sie bitte mehrere Altersangaben an (z.B.: 7,8 und 10).

Falls Sie dies über eine Reihe von Jahren erlebt haben, geben Sie bitte diesen Zeitraum (z.B. von 7 – 12) an.

D) Bitte geben Sie in der vierten Spalte an wie lange die Verweildauer jenes Ereignisses betrug.

E) In der letzten Spalte (d.h., „Wie viel Einfluss hatte diese Erfahrung auf Sie?“), geben Sie bitte den Einfluss der Erfahrung an, indem Sie die Entsprechende Zahl: 1, 2, 3, 4 oder 5 einkreisen. Gemeint ist hier der

Einfluss im Ausmaß des Ereignisses und in seiner zeitlichen Dauer.

1 = Keinen Einfluss

2 = Wenig Einfluss

3 = Gemäßigten Einfluss

4 = Viel Einfluss

5 = Extrem viel Einfluss

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wenn zutreffend, dann in der ersten Spalte ankreuzen! Mehrfachnennungen möglich!

	<i>Haben Sie das erlebt?</i>	<i>Häu- fig- keit</i>	<i>Alt- er</i>	<i>Da- uer</i>	<i>Wie viel Einfluss hatte diese Erfahrung auf Sie?</i>	<i>Möchte ich nicht be- antwor- ten</i>
<input type="checkbox"/>	Internierung in ein Vernichtungslager				1 2 3 4 5	
<input type="checkbox"/>	Internierung in ein Konzentrationslager				1 2 3 4 5	
<input type="checkbox"/>	Internierung in ein Arbeitslager				1 2 3 4 5	
<input type="checkbox"/>	Inhaftierung in einem Internierungslager				1 2 3 4 5	
<input type="checkbox"/>	Im Versteck überlebt zu haben/ Untergetaucht zu sein				1 2 3 4 5	
<input type="checkbox"/>	Auf der ständigen Flucht gewesen zu sein				1 2 3 4 5	
<input type="checkbox"/>	Im Ghetto gelebt zu haben				1 2 3 4 5	
<input type="checkbox"/>	Adoptiert bzw. bei Pflegefamilie untergebracht worden zu sein				1 2 3 4 5	
<input type="checkbox"/>	Im Heim gelebt zu haben				1 2 3 4 5	
<input type="checkbox"/>	Sich unter einer anderen Identität ausgegeben zu haben/ mit „falschen Papieren“ gelebt zu haben				1 2 3 4 5	
<input type="checkbox"/>	Im Widerstand gewesen zu sein (z.B.: Partisan, Résistance, Maquis etc.)				1 2 3 4 5	
<input type="checkbox"/>	Anderes:				1 2 3 4 5	

Wenn zutreffend, dann in der ersten Spalte ankreuzen! Mehrfachnennungen möglich!

	<i>Haben Sie das erlebt?</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Alter</i>	<i>Dauer</i>	<i>Wie viel Einfluss hatte diese Erfahrung auf Sie?</i>	<i>Möchte ich nicht beantworten</i>
<input type="checkbox"/>	An Nahrungs- und Flüssigkeitsmangel gelitten zu haben				1 2 3 4 5	
<input type="checkbox"/>	Krankheiten ohne medizinische Versorgung gehabt zu haben				1 2 3 4 5	
<input type="checkbox"/>	Eine ernsthafte Verletzung während dieser Zeit erlitten zu haben				1 2 3 4 5	
<input type="checkbox"/>	Eine Kopfverletzungen während dieser Zeit erlitten zu haben				1 2 3 4 5	
<input type="checkbox"/>	Schläge auf den Kopf erlitten zu haben				1 2 3 4 5	
<input type="checkbox"/>	Erzwungene Isolation				1 2 3 4 5	
<input type="checkbox"/>	Erzwungene Trennung von Familienmitgliedern				1 2 3 4 5	
<input type="checkbox"/>	Den Tod an Fremden beobachten haben zu müssen				1 2 3 4 5	

Bitte beschreiben Sie das intensivste Erlebnis, das Sie während dieser Zeit gemacht haben:

Alter während Erlebnis

Dauer:

Einfluss des Erlebnisses auf Sie (Bitte Ziffer einkreisen): 1 2 3 4 5

31 Haben Sie Angehörige während der Shoah verloren?JANEINMutterVaterGeschwister

→ Brüder(Anzahl): _____

→ Schwestern(Anzahl): _____

Großvater mütterlicherseitsGroßmutter mütterlicherseitsGroßvater väterlicherseitsGroßmutter väterlicherseitsOnkel (Anzahl): _____Tanten (Anzahl): _____Andere: _____**32 Wurden Sie von Ihrer Mutter während der Verfolgungserlebnisse getrennt?**JA → Mit welchem Alter & Datum: _____NEIN

33 In welchen Ländern hielten Sie sich während der Shoah auf (1938-1945)?

_____ von _____ bis _____

_____ von _____ bis _____

_____ von _____ bis _____

_____ von _____ bis _____

34 In welchen Ländern hielten Sie sich nach dem 2. Weltkrieg auf?

_____ von _____ bis _____

_____ von _____ bis _____

_____ von _____ bis _____

PCL-C

Name:

Datum:

Nachstehend finden Sie eine Aufzählung von Problemen und Beschwerden, die Menschen manchmal als Antwort auf belastende Lebenserfahrungen aufweisen. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch. Kreuzen Sie dann einen Wert auf der rechten Seite an. Damit geben Sie an, wie sehr Sie dieses Problem **im vergangenen Monat** als störend empfunden haben.

Die Rating-Skala ist wie folgt:

- 1 gar nicht
- 2 ein wenig
- 3 mittelmäßig
- 4 äußerst

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Wiederholende, beunruhigende Erinnerungen, Gedanken oder Bilder einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Wiederholte beunruhigende Träume von einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Plötzliches Handeln oder Fühlen als ob die belastende Erfahrung noch einmal geschehen würde (als ob Sie sie wieder erleben würden)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Sich sehr aufgebracht fühlen, wenn Sie durch irgendetwas an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert wurden? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Auftreten von körperlichen Reaktionen (z. B. Herzklopfen, Atembeschwerden, Schwitzen), wenn Sie durch irgendetwas an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert wurden? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Vermeiden über eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit nachzudenken oder zu sprechen, oder vermeiden Gefühle zu haben, die damit | 1 | 2 | 3 | 4 |

zusammenhängen?					
7	Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, weil Sie diese an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert haben?	1	2	3	4
8	Mühe sich an wichtige Teile einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit zu erinnern?	1	2	3	4
9	Verlust von Interesse an Aktivitäten, die Ihnen gewöhnlich Freude gemacht haben?	1	2	3	4
10	Sich distanziert oder losgelöst von anderen Menschen zu fühlen?	1	2	3	4
11	Sich emotional taub fühlen oder unfähig zu sein, liebevolle Gefühle für diejenigen zu empfinden, die Ihnen nahe stehen?	1	2	3	4
12	Das Gefühl zu haben, als ob Ihre Zukunft irgendwie vorzeitig beendet sein wird?	1	2	3	4
13	Mühe ein- oder durchzuschlafen?	1	2	3	4
14	Sich reizbar fühlen oder Wutausbrüche haben?	1	2	3	4
15	Schwierigkeiten haben sich zu konzentrieren?	1	2	3	4
16	„Über-aufmerksam“ oder wachsam oder auf der Hut zu sein?	1	2	3	4
17	Sich nervös oder leicht erschreckbar fühlen?	1	2	3	4

BSI-18

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln und sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar **während der vergangenen sieben tage bis heute**. Überlegen bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

überhaupt nicht		ein wenig		ziemlich		Stark		sehr stark	
	0		1		2		3		4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...					
1. Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	0	1	2	3	4
2. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
3. Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
4. Herz- oder Brustschmerzen	0	1	2	3	4
5. Einsamkeitsgefühle	0	1	2	3	4
6. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
7. Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
8. Schwermut	0	1	2	3	4

9. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
10. Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
11. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
12. Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3	4
13. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
14. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
15. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
16. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
17. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
18. Furchtsamkeit	0	1	2	3	4

S.D.Q. – 20

Dieser Fragebogen fragt nach verschiedenen körperlichen Symptomen oder Körperempfindungen, die Sie entweder nur für kurze Zeit oder aber auch über einen Längeren Zeitraum gehabt haben könnten.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie derartige körperliche Empfindungen im letzten Jahr erlebt haben. Kreisen Sie dafür bei jeder Frage die Zahl (in der ersten Spalte) ein, die Ihrer Erfahrung am meisten/ am besten entspricht. Die Zahlen stehen für folgende Zuordnungen:

1 = dies habe ich **überhaupt nicht** erlebt

2 = dies habe ich **manchmal** erlebt

3 = dies habe ich **öfter** erlebt

4 = dies habe ich **ziemlich häufig** erlebt

5 = dies habe ich **sehr häufig** erlebt

Wenn Sie ein körperliches Symptom erlebt haben, geben Sie bitte nach Einschätzung der Häufigkeit in einem zweiten Schritt an, ob ein Arzt/ eine Ärztin dieses Gefühl/ Erleben auf eine körperliche Erkrankung zurückgeführt hat. Kreuzen Sie dafür entweder „JA“ oder „NEIN“ in der Spalte „Liegt eine körperliche Ursache vor?“ an. Wenn Sie „JA“ angekreuzt haben, schreiben Sie bitte hinter „nämlich“ auch die körperliche Erkrankung auf (soweit sie Ihnen bekannt ist).

Bitte beantworten Sie alle 20 Fragen und lassen Sie keine aus.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

<i>Manchmal...</i>	<i>Ausmaß, in dem Sie das Symptom erleben</i>	<i>Ist eine körperliche Ursache dafür bekannt?</i>
1. schmecken mir die Sachen nicht, die ich eigentlich gerne mag. (Bei Frauen: außerhalb von Schwangerschaft oder Periode)	1 2 3 4 5	Nein Ja, nämlich
2. höre ich nahe Geräusche, als ob sie von weit weg kämen	1 2 3 4 5	Nein Ja, nämlich
3. fühlt sich mein ganzer Körper oder ein Körperteil wie taub an	1 2 3 4 5	Nein Ja, nämlich
4. kommen mir Dinge oder Personen größer vor als normalerweise	1 2 3 4 5	Nein Ja, nämlich
5. bekomme ich Anfälle, die Aussehen wie ein epileptischer Anfall	1 2 3 4 5	Nein Ja, nämlich
6. ist mein ganzer Körper oder ein Körperteil schmerzunempfindlich	1 2 3 4 5	Nein Ja, nämlich
7. mag ich Gerüche nicht, die ich normalerweise durchaus mag	1 2 3 4 5	Nein Ja, nämlich
8. höre ich eine Zeit lang nichts (als wäre ich vorübergehend taub)	1 2 3 4 5	Nein Ja, nämlich
9. sehe ich eine Zeit lang nichts (als wäre ich vorübergehend blind)	1 2 3 4 5	Nein Ja, nämlich
10. sehen die Dinge in meiner Umgebung anders aus als sonst (z.B. so, als würde ich sie durch einen Tunnel sehen oder nur einen Teil davon sehen können)	1 2 3 4 5	Nein Ja, nämlich

<i>Manchmal...</i>	<i>Ausmaß, in dem Sie das Symptom erleben</i>	<i>Ist eine körperliche Ursache dafür bekannt?</i>	
11. kann ich viel besser oder viel schlechter riechen als normalerweise	1 2 3 4 5	Nein	Ja, nämlich
12. fühlt es sich so an, als wäre mein Körper oder ein Körperteil gar nicht da	1 2 3 4 5	Nein	Ja, nämlich
13. kann ich nicht (oder nur mit großer Anstrengung) schlucken	1 2 3 4 5	Nein	Ja, nämlich
14. kann ich nächtelang nicht schlafen, bin aber tagsüber fit und aktiv	1 2 3 4 5	Nein	Ja, nämlich
15. kann ich nicht (oder nur mit großer Anstrengung) sprechen, oder kann nur flüstern	1 2 3 4 5	Nein	Ja, nämlich
16. bin ich eine Zeit lang wie gelähmt	1 2 3 4 5	Nein	Ja, nämlich
17. wird mein ganzer Körper eine Zeit lang ganz steif	1 2 3 4 5	Nein	Ja, nämlich

1 = dies habe ich **überhaupt nicht** erlebt

2 = dies habe ich **manchmal** erlebt

3 = dies habe ich **öfter** erlebt

4 = dies habe ich **ziemlich häufig** erlebt

5 = dies habe ich **sehr häufig** erlebt

9.3. Poster

Age-specific sequelae in aged shoah survivors of a Jewish residential home in Vienna

Filiz Somay

Institute for Clinical and Health Psychology, Vienna.

Introduction

More than sixty years after the end of WWII psychological and social functioning in aged shoah survivors of a Jewish residential home in Vienna were examined. The emphasis of the study was to assess today's functioning in order of the experiences during the shoah. Measures included Informationquestionnaire to gather information regarding Sociodemographics and social integration, Shoah-Exposure-Scale, Posttraumatic Stress Disorder assesment, Brief Symptom Inventory-18, Somatoform Dissociation Questionnaire. Survivors were compared among themselves regarding their age – showing that younger shoah survivors displaying greater arousal symptoms, more anxiety and depression than older survivors.

Method

Participants

A total of 28 persons of a Jewish residential home completed the survey. Of those were 15 (54%) female and 13 (46%) male and between the age 66 and 97 years. The mean of the age is 86 (SD=8,01). 46% were born in Austria, the rest mainly in other European countries.

Procedure

Participation was voluntary and anonymous. Therefore informed consents were sent out prior the study.

Measures

- Informationquestionnaire for Sociodemographics
- Shoah-Exposure-Scale
- PCL-C
- BSI-18
- S.D.Q.

Statistical Analysis

• focus on descriptive's > non parametric correlation, Kruskal-Wallis-Test, U-Test, χ^2 -Test, factoranalysis.

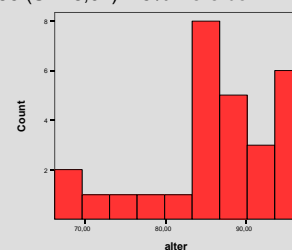


Fig. 1: distribution of age, total sample

Results

- younger survivors displaying greater arousal symptoms ($r=-0,347$; $p=0,07$)
- younger survivors showing more depression ($r=-0,559$; $p=0,002$) (fig. 2)
- younger survivors are more anxious ($r=-0,495$; $p=0,007$). (fig. 3)
- severity of trauma has no influence on symptom severity
- Female survivors more anxious ($\chi^2(1)=5,64$; $p=0,018$)

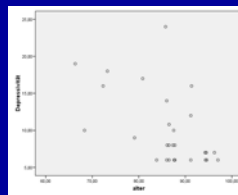


Fig. 2: correlation of age and depression

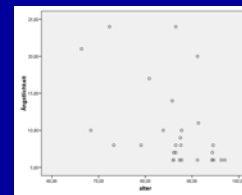


Fig. 3: correlation of age and anxiety

Discussion

Although this study failed to demonstrate the effect of age at the time of trauma onto patterns of PTSD-symptoms, it could prove that there is a tendency between younger age and a subscale of PTSD-symptoms (i.e. arousal symptoms). Younger survivors showing more arousal symptoms may be due to their poorer verbal and representational capacity, that earlier trauma is more likely to result in nonverbal (somatic) symptoms. This is in line with Yehuda et al. (1997) findings. The data clearly showed that younger age at the time of trauma is associated with greater anxiety and depression scores. Beck and colleagues also reported that younger survivors are more depressive but is contrary to expected direction of correlation. An explanation for it could be the lack of integration of child survivors of very young age (0-6 years) into the study's design. The mean of the age of this sample is 86, meaning that most subjects were adolescents or young adults during the time of the trauma. Further research needs to incorporate a greater number of very young survivors. Also consistent with Keilson's or Lemp's study is the fact that younger survivors display more anxiety. There is neither correlation between age at the time of trauma and somatization nor dissociation. This might be due to the fact that the heightened age of the sample is associated with multimorbidity and somatization or dissociative symptoms could have been misinterpreted as being part of the normal course of ageing. The data showed that among Shoah survivors, the type of experience sustained (camps vs. hiding vs. different) is not associated with different patterns or severity of PTSD symptoms.

References

- Joeffe, C., Brodaty, H., Luscombe, G. & Ehrlich, F. (2003). *The Sydney Holocaust Study*. J Traum. Stress, Vol. 16: 39-47.
- Keilson, H. (1971). *Sequential Traumatization in children*. Stuttgart: Enke.
- Yehuda, R. et al. (1997). *Individual Differences in Posttraumatic Stress Disorder Symptom Profiles in Holocaust Survivors in Concentration Camps or in Hiding*. J Traum. Stress. Vol. 10: 453-463.

Contact

Filiz Somay
Institute for Clinical and Health
Psychology University of Vienna

9.4. Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Filiz Somay

Geboren am 27. August 1981 in Wien

Ausbildung

1988-1992	Besuch der Volksschule Mannagettgasse, 1a, 1190 Wien
1992-2000	Besuch des BRG XIX, Krottenbachstraße 11, 1190 Wien
9.10.2000	Ablegung der Reifprüfung
WS 2000	Diplomstudium der Psychologie an der Universität Wien
1.12.2003	Ablegung der 1. Diplomprüfung
SS 2006	Beginn der Diplomarbeit

Berufserfahrung

Sept. 2006 bis heute	Assistentin im Schlaflabor, AKH & Rudolfinerhaus, Wien
----------------------	--

Praktika

15.08. bis 4. Nov. 2005	Praktikum an der MUARU – Macquarie University Anxiety Research Unit, Sydney, AUS
1996	Praktikum auf der Gynäkologischen Abteilung, AKH, Wien

Sonstige Aus- und Weiterbildungen

Juli bis Dez. 2005	Auslandsstudium an der Macquarie University, Sydney, AUS
Dez. 2005	„Nature, Nurture and Practicing Anxiety Conference, Sydney
17.10.2007	Besuch der Tagung “Trauma & Soma”, Austria Center, Wien
Sept. 2008-11-07	Besuch der EMDR Tagung, AKH, Wien
Sept. 2006 bis heute	Mitarbeit bei wissenschaftlichen Studien zur Insomnie: Actelion, Agomelatin, Abiogen & Restoral
