



universität
wien

MASTER THESIS

Titel der Master Thesis / Title of the Master's Thesis

„Transgenerationale Weitergabe von Traumata Holocaust-Überlebender an ihre Nachkommen aus
personenzentrierter Sicht“

verfasst von / submitted by

Lea Gila Fischhof

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (Psychotherapie) (MA)

Wien, 2024 / Vienna 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
Postgraduate programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 992 810

Universitätslehrgang lt. Studienblatt /
Postgraduate programme as it appears on
the student record sheet:

Personenzentrierte Psychotherapie

Betreut von / Supervisor:

Dr. Gerhard Stumm

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	III
1 Einleitung.....	1
1.1 Problemstellung	2
1.2 Forschungsstand.....	3
1.3 Persönliches Interesse an der Thematik und Zielsetzung.....	3
1.4 Fragestellungen	4
1.5 Methode.....	4
1.6 Exkurs: Psychische Traumatisierung durch das Konzentrationslager	5
2 Forschungsstand zur transgenerationalen Weitergabe von Traumata Holocaust-Überlebender an ihre Nachkommen	8
2.1 Zum Schicksal der Holocaust-Überlebenden.....	9
2.2 Forschung vor 2000	10
2.2.1 Survivor Syndrom.....	10
2.2.2 Psychische Merkmale von Nachkommen Holocaust-Überlebender.....	11
2.2.3 Posttraumatische Belastungsstörung	13
2.2.4 Interpersonelle Merkmale	15
2.2.5 Familiendynamik	16
2.2.6 Wissen über den Holocaust.....	18
2.2.7 Weltbild	19
2.2.8 Kommunikation in der Familie	20
2.2.9 Genderaspekte der Kommunikation	21
2.2.10 Bindungsverhalten	23
2.3 Forschung nach 2000.....	25
2.3.1 Psychische Gesundheit der Nachkommen	25
2.3.2 Kommunikation in der Familie	29
2.3.3 Bindungsverhalten	30
2.3.4 Wahrnehmung der elterlichen Belastung durch die Kinder	31
2.3.5 Genexpression und PTBS	34
3 Transgenerationale Auswirkungen von Trauma aus personenzentrierter Sicht	37
3.1 Die entwicklungstheoretische Perspektive.....	38
3.1.1 Entwicklung des Selbst	38
3.1.2 Frühkindliche Interaktionsprozesse	40
3.1.3 Phasen der Selbstkonzeptentwicklung nach Biermann-Ratjen	41
3.1.4 Unbedingte positive Beachtung.....	44

3.1.5	Wahrnehmung und Wahrnehmungsabwehr	45
3.1.6	Kommunikation in der Familie	49
3.2	Die störungsspezifische Perspektive	53
3.2.1	Abwehrprozesse und Inkongruenz	53
3.2.2	Auswirkungen von Trauma und Traumafolgestörung.....	55
4	Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen.....	58
5	Ausblick	63
6	Abstract	66
	Literaturverzeichnis	68

Vorwort

Als ich mich für das Thema meiner Masterarbeit „Transgenerationale Weitergabe von Traumata von Holocaust-Überlebenden an ihre Nachkommen aus personenzentrierter Sicht“ entschied, ging ich aufgrund der autobiographischen Erzählung einer Klientin davon aus, dass schwere Traumatisierungen, wie sie Konzentrationslagererfahrungen darstellen, in der Regel an die Nachkommen weitergegeben werden. Die Literatur, die ich zunächst zu diesem Thema gelesen hatte, war überwiegend psychoanalytisch geprägt. Ich begann mich für das Thema aus einer personenzentrierten Perspektive zu interessieren und es war mir ein Anliegen, die Datenlage zu diesem Thema und deren Schlussfolgerungen allgemein, aber auch aus einer personenzentrierten Perspektive zu beleuchten.

Am Ende meines Schreibprozesses erhält diese Arbeit durch die Ermordung von mehr als 1200 Juden am 7. Oktober 2023 und die Geiselnahme von 240 Juden durch die Terrororganisation HAMAS leider eine neue Brisanz. Unter ihnen befinden sich eine Holocaust-Überlebende und Nachkommen von Holocaust-Überlebenden, die durch die aktuellen traumatischen Ereignisse gefährdet sind, eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln. Die spontane Solidarität, kollektive Unterstützung und Trauer der israelischen Gesellschaft könnten dies verhindern. In den israelischen Nachrichten wird die Widerstandskraft der jüdischen Gemeinschaft immer wieder beschworen.

Ich widme diese Arbeit meinem verstorbenen Mann, Peter Kurt Fischhof, der im Alter von elf Jahren dem Hitlerregime durch die Flucht nach Palästina entkam. Er verlor den größten Teil seiner Familie im Holocaust. Als Zwanzigjähriger kehrte er mit seinem Bruder ohne einen Pfennig in der Tasche nach Österreich zurück, wo er sein Studium der Psychologie und später der Medizin abschloss, sich habilitierte und zum Professor ernannt wurde.

Mein besonderer Dank gilt Dr. Gerhard Stumm, der mich während des gesamten Schreibprozesses mit viel Geduld ermutigt und mit seinem Fachwissen begleitet hat.

„Ein Teil unseres Seins wohnt in den Seelen der uns Nahestehenden: darum ist das Erleben dessen ein nicht-menschliches, der Tage gekannt hat, da der Mensch in den Augen des Menschen ein Ding ist.“ (Primo Levi, 1958/2021, S. 164)

1 Einleitung

Der Schatten der Ermordeten in den Konzentrationslagern des Zweiten Weltkrieges, der auf den Tätern und Mitläufern, aber auch auf den Überlebenden des Grauens lag, war ein langer Schatten. „Die Würde des Menschen ist unantastbar“, heißt es in Artikel 1 des Grundgesetzes in Deutschland aus 1949, unter anderem eine Antwort auf die menschenunwürdige und menschenverachtende Zeit der nationalsozialistischen Diktatur (vgl. Lutz & Gawarecki, 2005).

Nach dem 27. Januar 1945, dem Tag der Befreiung von Auschwitz – die Tötungsmaschinerie dieses Lagers steht für einen Zivilisationsbruch des 20. Jahrhunderts – dauerte es rund 50 Jahre, bis dieser Tag in Deutschland einer des Gedenkens an die Opfer des Nationalsozialismus wurde.¹ Zwei Jahre später führte Österreich den 5. Mai als Gedenktag ein, den Tag der Befreiung des Konzentrationslagers Mauthausen.² Auf Initiative der Vereinten Nationen wird seit 2005 weltweit am 27. Jänner der Opfer des Holocaust gedacht. Die UN forderte die Mitgliedsstaaten auf, Bildungsprogramme zu entwickeln, um jungen Menschen die Lehren aus dem Holocaust zu vermitteln und künftige Völkermorde zu verhindern (Radonic, 2010). Erinnern und nicht vergessen ist eine Voraussetzung, um „aus der Vergangenheit“ zu lernen, „die Gegenwart zu verstehen und die Zukunft berechenbar zu machen“ (Lutz, & Gawarecki, 2005, S. 15).

In Österreich wurde der Opfer des Nationalsozialismus in den ersten vier Jahrzehnten nach 1945 im öffentlichen Raum nur selten gedacht. Eine Abkehr von der „Opferthese“ (Uhl, 2001) und eine Hinwendung zu den "vergessenen Opfern" wurde erst viel später, nämlich nach dem Ende des Kalten Krieges, möglich (Pirker, 2018; Radonic, 2010).

¹<https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/27-januar-tag-des-gedenkens-an-die-opfer-des-nationalsozialismus-806632>

² https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2020/pk0076

Die Zwischenzeit war eine Zeit des wirtschaftlichen Aufschwungs, aber auch des Schweigens, sowohl in den Familien der Überlebenden als auch in ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld. Sie war geprägt von der Unfähigkeit der deutschsprachigen Gesellschaft, mit dem Unrecht verantwortungsvoll umzugehen bzw. sich als Täter oder Mitläufer zu bekennen, und vom Schweigen der Opfer, einerseits, weil sie nicht gehört wurden, andererseits, weil sie vergessen und ihrem Weiterleben einen Sinn geben wollten.

So ist es nicht verwunderlich, dass seit den 1960er Jahren vor allem in Amerika und Israel begonnen wurde, die Folgen der traumatischen Erfahrungen von Holocaust-Überlebenden zu erforschen und nicht im deutschsprachigen Raum. Dies lag wohl auch daran, dass der Großteil der Überlebenden des Holocaust Europa verließ.

Die Auswirkungen (vgl. Kap. 2) der unbeschreiblichen und unvorstellbaren traumatischen Erfahrungen der Überlebenden der Konzentrationslager des Zweiten Weltkrieges (vgl. Kap. 1.6) auf ihre Nachkommen, die sogenannten Nachkriegskinder, sind Gegenstand der vorliegenden Literaturarbeit.

1.1 Problemstellung

Die Auswirkungen der schweren KZ-Traumatisierungen auf die nächste Generation wurden bisher vor allem und fast ausschließlich mit Holocaust-Überlebenden in Verbindung gebracht. In Vorträgen (z.B. ein Online-Vortrag von Georg Alexander Wagner am Burgenländischen Volksbildungswerk am 25. Jänner 2023 zum Thema „Unterbrechung von Traumaweitergabe an die nächste Generation“), aber auch in manchen Buchtiteln, wie „Vererbte Wunden“ (Rauwald, 2020) oder „Erebtte Wunden heilen“ (Drexler, 2017), wird meines Erachtens die „Weitergabe traumatischer Erfahrungen von Eltern an ihre Kinder“ als gegebene Tatsache und als generelle pathologische Folge, die geheilt werden kann, dargestellt. Diesem Umstand möchte ich auf der Grundlage einer gründlichen Auswertung der Datenlage in der wissenschaftlichen Fachliteratur zum Thema „Transgenerationale Weitergabe von Traumata an die nächste Generation“ nachgehen und dabei neben der Forschung zu den psychosozialen Auswirkungen auch die Forschung zu den psychobiologischen Auswirkungen, die den Bereich der Epigenetik umfasst, einbeziehen (s. Kap. 2).

Während im Fachdiskurs die Auswirkungen der oben genannten Extremtraumatisierungen der Überlebenden auf die nachfolgende Generation, die zweite Generation, meist aus psychoanalytischer, teilweise auch aus systemtheoretischer Perspektive diskutiert werden, werde ich versuchen, dieses Phänomen aus personenzentrierter Sicht zu beleuchten, wobei ich mich auf Schlussfolgerungen aus bereits vorliegenden empirischen Daten zu diesem Thema stützen werde (s. Kap. 3).

1.2 Forschungsstand

Die systematische Aufarbeitung des Forschungsstandes zum behandelten Thema – gebündelt nach verschiedenen Aspekten und unterteilt in einen Abschnitt vor 2000 und einen nach 2000 – ist das umfangreiche Kernstück dieser Masterarbeit (Kap. 2). Daher werden darin empirische Arbeiten zur transgenerationalen Weitergabe von Traumata Holocaust-Überlebender an ihre Nachkommen ausführlich dargelegt. Darüber hinaus wird in Form einer ergänzenden theoretischen Reflexion abgehandelt, wie transgenerationale Prozesse aus personenzentrierter Sicht verstanden werden können (s. Kap. 3).

1.3 Persönliches Interesse an der Thematik und Zielsetzung

Mein Interesse an dem Phänomen, das in der Literatur und in psychosozialen Berufsgruppen als „transgenerationale Weitergabe von Traumata“ an nachfolgende Generationen bezeichnet wird, wurde durch die Lebensgeschichte einer Klientin geweckt, deren Vater die Internierung in einem Konzentrationslager überlebt hatte. Das Wissen über den Nationalsozialismus und die damit verbundenen Konzentrationslager ist heute fester Bestandteil des deutschsprachigen Schulunterrichts. Die Nachwirkungen der traumatischen Erlebnisse der Überlebenden des Holocaust auf die nachfolgende Generation werden jedoch nicht thematisiert, obwohl dieses Thema in den USA und Israel sehr umfassend, im deutschsprachigen Raum jedoch kaum erforscht ist (vgl. Kap. 2). Daher möchte ich im Folgenden aufzeigen, welche Ergebnisse erzielt wurden und wie sich diese aus personenzentrierter Sicht darstellen und theoretisch einordnen lassen (vgl. Kap.3).

1.4 Fragestellungen

Es stellt sich erstens folgende Frage:

- *Inwieweit ist es gerechtfertigt, im Zusammenhang mit den Extremerfahrungen von KZ-Überlebenden generell von einer „transgenerationalen Weitergabe“ von den als Traumata einzustufenden Erfahrungen, also von entsprechenden Auswirkungen auf deren Kinder, auszugehen?*

Sollte dies nicht der Fall sein, dann wäre zweitens noch Folgendes zu spezifizieren:

- *Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, dass es doch zu deutlichen Auffälligkeiten bei den Kindern kommt bzw. welche Faktoren tragen dazu bei, dass sich die Erfahrungen der Eltern bei ihren Kindern nicht signifikant negativ niederschlagen?*

Diese beiden Fragen sollen anhand einer Literaturanalyse zur Forschungslage in Kap. 2 beantwortet werden.

Im personenzentrierten theoretischen Teil (Kap. 3) geht es drittens darum, die aus der Literaturrecherche abgeleiteten Forschungsergebnisse, insbesondere zu den Folgen bei den Nachkommen, unter Berücksichtigung personenzentrierter Konzepte zu reflektieren:

- *Wie lassen sich allfällige Auswirkungen traumatisierender Konzentrationslagererfahrungen der Betroffenen auf ihre Kinder mit Hilfe entwicklungs- und störungspsychologischer Konzepte der personenzentrierten Theorie beschreiben und erklären?*

1.5 Methode

Die Literaturrecherche wurde nach dem Schneeballsystem mit Hilfe der Suchmasken der Universitätsbibliothek der Universität Wien durchgeführt. Die in diese Arbeit einbezogene Literatur umfasst für den ersten Teil (Kap. 2) ausgewählte wissenschaftliche Fachliteratur aus den Bereichen Psychotraumatologie, Psychologie, Neurowissenschaften und Epigenetik sowie autobiographische Literatur, die die traumatisierenden Erfahrungen vor und nach der Inhaftierung und des Lebens in einem Konzentrationslager aus der Sicht der Betroffenen eindrücklich schildern. Insbesondere wird auf

empirisch kontrollierte Studien bzw. Übersichtsarbeiten von Studien zu diesem Thema zurückgegriffen.

Für den zweiten Teil (Kap. 3) wurde von mir auf die personenzentrierte Fachliteratur Bezug genommen.

Da es in dieser Literaturarbeit um die Folgen der unfassbaren traumatischen Erlebnisse von Holocaust-Überlebenden geht, ist es unumgänglich, der Traumatisierung durch die Konzentrationslager kursorisch ein eigenes Kapitel (1.6) zu widmen und ich werde diese in Anlehnung an Fischer & Riedesser (2020) phänomenologisch beschreiben.

1.6 Exkurs: Psychische Traumatisierung durch das Konzentrationslager

In diesem Abschnitt beschränke ich mich zunächst auf die Traumatisierung der Opfer des Holocaust. Auf die Auswirkungen auf die nächste Generation gehe ich dann in den Kap. 2 und 3 ein.

Ein psychisches Trauma ist eine seelische Verletzung durch Gewalteinwirkung. Gewalt wurde in den Konzentrationslagern täglich erlebt und konnte nicht vorhergesehen werden. Es herrschte Willkür. Die elementaren Lebensbedürfnisse wurden tagtäglich unvorhersehbar bedroht und verletzt, die Menschenwürde und Freiheit missachtet (Fischer & Riedesser, 2020, S. 20).

Den traumatisierenden Erfahrungen im Konzentrationslager können folgende Merkmale zugeschrieben werden (vgl. Furshplan, 1986):

- 1) eine langwierige lebensbedrohliche Situation
- 2) anhaltende Hilflosigkeit
- 3) chronische Hungersnot und Krankheit
- 4) körperliche Misshandlung
- 5) Verlust der Familie
- 6) wiederkehrende Schreckensszenarien
- 7) Abschaffung der Kausalität
- 8) Angriffe auf das Selbstwertgefühl und das Selbstbild

In zahlreichen Autobiographien sind Erfahrungen von Überlebenden dokumentiert (Levi, 1958; Kielar, 1972; Weil, 1973; Wiesel, 1994; Kertesz, 1996; Klüger, 2008). Sie beschreiben die anhaltende und intensive Verfolgung, wie sie ohne Vorwarnung aus ihren Häusern und Arbeitsplätzen geholt wurden, gezwungen waren den Transport in Viehwaggons ohne Wasser und Nahrung und der Möglichkeit eines Rückzugs, für die Entleerung war nur ein Kübel vorgesehen, zu ertragen. Viele überlebten die Reise in die Todeslager nicht. Diejenigen, die starben, starben durch Ersticken, Verhungern und willkürliche Schläge (Levi, 1958). Erschöpft, hungrig, durstig am Zielort angekommen wurden die Kinder, Schwachen und Alten "ausgewählt", um entweder sofort hingerichtet oder zur Sklavenarbeit eingeteilt zu werden. Der Kopf wurde rasiert und die Arme wurden mit Nummern tätowiert. Die Menschen wurden zu zermürbenden, oft sinnlosen Arbeiten gezwungen³ und mit wenig mehr als einer Schüssel verdorbener Suppe, die manchmal menschliche Exkremente enthielt, am Leben erhalten.

In den Konzentrationslagern wurde das Recht auf Selbstbestimmung brutal außer Kraft gesetzt, die biologische Fähigkeit zur Selbstregulation durch Hunger, Infektionskrankheiten und die ständige Bedrohung durch Gewalt und Tod, die in der Verkörperung des „Muselmannes“ als „lebender Leichnam“ ihren Ausdruck fand, aufs Äußerste strapaziert. Das vor der Traumatisierung bestehende Selbst- und Weltverständnis wurde durch das Leben im Konzentrationslager völlig auf den Kopf gestellt und durch die ständige existentielle Bedrohung durch Hunger und körperliche Arbeit über das erträgliche Maß hinaus unter Androhung von Gewalt nachhaltig erschüttert. Ein tragisches Beispiel ist die radikale Erkenntnis von Primo Levi einige Tage vor der Befreiung:

Mensch ist, wer tötet, Mensch ist, wer Unrecht zufügt oder erleidet; kein Mensch ist, wer jede Zurückhaltung verloren hat und sein Bett mit einem Leichnam teilt. Und wer darauf gewartet hat, bis sein Nachbar mit Sterben zu Ende ist, damit er ihm ein Viertel Brot abnehmen kann, der ist, wenngleich ohne Schuld, vom Vorbild des denkenden Menschen weiter entfernt als der roheste Pygmäe und der grausamste Sadist (Levi, 1958/2021, S. 164).

³ <https://www.zwangsarbeit-archiv.de/zwangsarbeit/ereignisse/index.html>

Traumatisierungen mit und durch Menschen, wie sie in Konzentrationslagern während der nationalsozialistischen Diktatur stattgefunden haben, sind Erfahrungen „von existenziell bedrohlichen Handlungssituationen, die jedoch kein adäquates Verhalten zulassen; von Handlungsbemühungen, emotionalen und kognitiven Bewältigungsversuchen, die in sich zum Scheitern verurteilt sind; von Lebensentwürfen, die um den unbewältigten traumatischen Erfahrungskomplex herum organisiert sind“ (Fischer & Riedesser, 2020, S. 70).

Die traumatischen Erlebnisse der Holocaust-Überlebenden in den Konzentrationslagern setzten die bereits vor der Inhaftierung gemachten Bedrohungs-, Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen fort, wie sie in den Begriffen „Judenhetze“ und „Judenstern“, den zur Schau gestellten Demütigungen und dem Verlust des gesamten Besitzes durch „Arisierung“ zum Ausdruck kamen und fanden nach der Befreiung kein Ende. Sie waren konfrontiert mit dem Verlust ihrer Familienangehörigen, ihres gesamten Hab und Gutes, ihrer Heimat. Sie emigrierten und mussten sich im Aufnahmeland ein neues Leben unter erschwerten psychosozialen Bedingungen aufbauen, die an sich traumatisierend wirken, weil sie vorangegangene Traumatisierungen re-aktualisieren können. Dieses Verlaufskontinuum von traumatischen Erfahrungen nennt Keilson (1991) „sequentielle Traumatisierung“, die er bei jüdischen holländischen Kindern, die den Nationalsozialismus überlebt haben, beobachtete und beschrieb.

Folgestörungen der Traumatisierung Überlebender von Konzentrationslagern wurden von Eitinger (1961a) (s. Kap. 2.2.1) KZ-Syndrom und von Niederland (1968) (s. Kap. 2.2.1) Survivor- Syndrom genannt. 1980 wurde die Posttraumatische Belastungsstörung (s. Kap. 2.2.3) als psychiatrische Diagnose im Diagnostic Statistic Manual III (DSM III) eingetragen, womit ich auf das folgende umfangreiche Kapitel 2 überleiten möchte, in dem die Folgen der Traumatisierungen auf die nächste Generation aus empirischer Sicht im Mittelpunkt stehen.

2 Forschungsstand zur transgenerationalen Weitergabe von Traumata Holocaust-Überlebender an ihre Nachkommen

In diesem Kapitel wird die Forschung zu den Auswirkungen von Traumata von Überlebenden der Konzentrationslager im zweiten Weltkrieg auf die nächste Generation dargestellt. Die Forschungsarbeiten erstrecken sich über einen Zeitraum von mehr als 60 Jahren und werden untergliedert in „vor dem Jahr 2000“ und „nach 2000“. Sie umfassen die Überprüfung der Hypothese einer direkten Übertragung von Symptomen des Survivor-Syndroms von den Eltern auf ihre Kinder bzw. indirekter Übertragungsmechanismen, die sich aus interpersonellen Dynamiken wie familiäre Kohäsion, Kommunikation und Bindung erklären lassen, sowie deren Auswirkungen auf affektive, kognitive und interpersonelle Persönlichkeitsmerkmale der zweiten Generation. Die meisten Arbeiten dazu beruhen auf einer psychoanalytischen und systemischen Sicht, während ich bezüglich personenzentrierter Quellen – bis auf eine Ausnahme (Ortmayr, 2019) – nicht fündig wurde. Abschließend werden Forschungsergebnisse zu psychobiologischen bzw. epigenetischen Veränderungen nach traumatischen Erfahrungen vorgestellt.

Das umfangreiche Datenmaterial zur Forschung bezüglich einer transgenerationalen Weitergabe von Traumata von Holocaust-Überlebenden an ihre Kinder umfasst klinische Beobachtungen und Beschreibungen ab Mitte der 1960er Jahre. In den 1970er Jahren folgten weitere deskriptive Fallstudien sowie einige empirische Untersuchungen, deren Ergebnisse und Schlussfolgerungen von Solkoff (1981, 1992) wegen methodischer Mängel, wie z.B. die Auswahl der Stichproben (hauptsächlich klinische Probanden, die in Therapie waren), keine Berücksichtigung des Geschlechts bei der Analyse der Daten und die Verwendung nicht validierter Messinstrumente, kritisiert wurden. In den 1980er Jahren kam es dann zu einem Höhepunkt des Forschungsinteresses mit der Veröffentlichung methodisch anspruchsvoller vergleichender Studien, die auch nicht-klinische Stichproben einschlossen. Aufgrund der Diskrepanz zwischen klinischer Beobachtung und den Ergebnissen empirischer Studien wurden ab den 1990er Jahren einige Übersichtsartikel veröffentlicht, um aus den widersprüchlichen Ergebnissen hinsichtlich einiger Merkmale Schlussfolgerungen ableiten zu können. Diese betrafen den affektiven, kognitiven wie auch zwischenmenschlichen Bereich

(Felsen, 1998; Solomon, 1998; Bar-On et al., 1998; Baranowsky et al., 1998; Kellermann, 2001a, 2001b; van Ijzendorf et al., 2003; Dashorst et al., 2019).

In weiteren empirischen Studien wurden ab Ende der 1990er Jahre und ab 2000 im Hinblick auf die transgenerationale Weitergabe von Traumata (bzw. der sekundären Traumatisierung) die Diagnosekriterien des DSM IV für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als Sammelbegriff, der Begriffe wie Überlebenden-Syndrom, Konzentrationslager-Syndrom umfasst (vgl. Baranowsky et al., 1998), herangezogen und die zugrunde liegenden psychobiologischen Ursachen auf der Basis neurobiologischer Erkenntnisse berücksichtigt und untersucht. Aufgrund der Fülle an einschlägiger Literatur und auch der zunehmenden methodischen Verfeinerung erscheint es sinnvoll, die folgende Darstellung der Entwicklung von Forschungsaktivitäten zur transgenerationalen Weitergabe von Traumata von Holocaust-Überlebenden an die nächste Generation in einen Abschnitt vor 2000 (s. Kap. 2.2) und einen nach 2000 (s. Kap. 2.3) zu unterteilen.

2.1 Zum Schicksal der Holocaust-Überlebenden

Nach Epstein (1977) gab es zwischen 1945 und 1948 in Europa ca. 250.000 jüdische „displaced persons“. 70 Prozent der Holocaust-Überlebenden emigrierten nach 1945 in den 1948 neu gegründeten Staat Israel. Etwa 25.000 suchten eine neue Heimat in Kanada, andere wählten die USA, Kanada, Südamerika, Australien. Sie sahen sich mit den Herausforderungen des Alltags eines neuen Lebens in einem fremden Land oder in ihrer vom Krieg zerstörten Heimat konfrontiert und versuchten diese Herausforderungen trotz der ungelösten Trauer über den Verlust von Familienmitgliedern, der Entwurzelung und des Verlusts ihres sozioökonomischen Status zu bewältigen. Ihre Vergangenheit war geprägt von der Erfahrung „katastrophaler Menschenverachtung und des Bösen in seiner absoluten Form“ (Eitinger, 1961b). Sie wollten die schmerzliche Vergangenheit so schnell wie möglich hinter sich lassen, hatten Träume und Hoffnungen auf eine Zeit nach der Befreiung, "in der das Gute die Menschheit im Ganzen und jeden einzelnen Menschen im Besonderen beherrschen würde" (Eitinger, 1961b). Um ihrer Einsamkeit zu entfliehen und ihre verlorenen Familienmitglieder wieder aufleben zu lassen, gründeten sie oft hastig Familien (Barocas & Barocas, 1973). Ihre Kinder waren der Garant für das Fortbestehen der großteils verlorenen Familienmitglieder,

was in dem Satz "Ihr seid alles, was wir noch haben", seinen Ausdruck fand (Barocas & Barocas, 1980, S. 9; Wardi, 1992). Sie waren nicht nur der Ersatz für die schrecklichen Verluste (Bar-On, 1994; Wardi, 1992), sondern auch ein Zeichen des Triumphes über den Nationalsozialismus (vgl. Solomon, 1998). Aufgrund der zahlreichen Verluste von Familienmitgliedern war das Bedürfnis die neu gegründete Familie zusammenzuhalten groß, was auch die Kinder in die Pflicht nahm (Danieli, 1988; Bar-On, 1994, 1998; Wardi, 1992).

2.2 Forschung vor 2000

2.2.1 Survivor Syndrom

Holocaust-Überlebende waren nach der Befreiung psychisch und physisch erschöpft. Trotzdem arbeiteten sie zumeist hart. Von 100 norwegischen Überlebenden waren 45 sechs Monate und 87 ein Jahr nach ihrer Rückkehr voll erwerbstätig (Eitinger, 1964). Ihre Leistungsfähigkeit schien zunächst zuzunehmen, nahm aber nach einigen Jahren wieder ab. 85 litten unter chronischen Beschwerden wie erhöhter Müdigkeit, verminderter Konzentrationsfähigkeit, erhöhter Reizbarkeit und emotionaler Instabilität (Eitinger, 1964).

Holocaust-Überlebende wiesen eine Reihe von Symptomen auf, die Niederland (1968) aufgrund eines sich wiederholenden Musters an Symptomen zum „Survivor-Syndrom“ zusammenfasste. Im Vordergrund standen eine chronische ängstlich-depressive Grundhaltung, die sich hinter einer somatischen Maske verbarg, eine chronische Apathie, die sich mit plötzlichen Wutausbrüchen abwechselte, Angst vor dem Einschlafen aufgrund von Alpträumen, halluzinatorisches Wiedererleben der Vergangenheit, eingeschränktes Sozialverhalten mit Rückzugstendenzen und Affektverflachung.

Im Jahr 1966 wurde die Weitergabe von Traumata erstmals thematisiert, als Überlebende der Shoah und ihre Nachkommen aufgrund von Symptomen psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe suchten bzw. in Anspruch nahmen (Rakoff, Sigal & Epstein, 1966). Am Jewish General Hospital in Montreal dokumentierten Sigal et al. (1973) ihre Beobachtungen: Die Kinder fielen dadurch auf, dass sie sich nicht angemessen beteiligten, apathisch und depressiv oder unruhig und hyperaktiv waren,

unangemessene Bewältigungsstrategien anwandten und Schwierigkeiten hatten, ihre Impulse zu kontrollieren.

Die klinische Untersuchung der Eltern (Sigal et al., 1973) zeigte, dass sie durch die schmerzlichen Erinnerungen und die Trauer um den Verlust ihrer Familienangehörigen überfordert waren und nur geringe emotionale Ressourcen hatten, um den sich verändernden emotionalen Bedürfnissen ihrer Kinder nach Aufmerksamkeit und Zuneigung gerecht zu werden. Diese wurden entweder ignoriert oder als unangemessen zurückgewiesen. Von den Kindern wurde Hilfe bei der Bewältigung der Schwierigkeiten und Nöte erwartet. Sie sollten die verlorenen Familienmitglieder ersetzen und die von den Eltern idealisierten Eigenschaften der Verstorbenen verkörpern. Um dem Wunsch der Eltern zu entsprechen, wurden die Kinder entweder mit strenger Disziplin gezüchtigt oder auf ein Podest gehoben. Die Kinder mussten sich mit unbekannten, verstorbenen Familienmitgliedern identifizieren und fühlten sich schuldig, wenn sie versagten. Sie wurden in ihrer Individualität nicht wahrgenommen und angesprochen, so dass sie keine eigene Identität entwickeln konnten. Sie entwickelten Symptome, die denen des „Survivor-Syndroms“ ähnelten. Dies führte zu der Annahme, dass Kinder durch Imitation das depressive und ängstliche Verhalten sowie das Weltbild der Eltern im Sinne einer direkten Übertragung übernehmen.

2.2.2 Psychische Merkmale von Nachkommen Holocaust-Überlebender

In den USA wurden (vgl. Felsen, 1998) in der Folgezeit empirische Studien zur Bestätigung der direkten Übertragung des „Survivor-Syndroms“ (Niederland, 1968) bzw. des „KZ-Syndroms“ (Eitinger, 1961a) durchgeführt. Untersucht wurden Symptome wie Depression (Wanderman, 1980), Unsicherheit, Apathie, Rückzug und somatische Beschwerden (Sigal & Weinfeld, 1989), Angst- und Erregungszustände, Wahnsymptome (Lichtman, 1983), Schlaflosigkeit, innere Unruhe und auch Schuldgefühle (Gertz, 1986; Weiss, O`Connell & Siiter, 1986). Jurkowitz (1996) fand Hinweise darauf, dass Depression, Schuld und Scham über drei Generationen weitergegeben werden können. Keine Übertragung von Schuldgefühlen, aber Schwierigkeiten in der Aggressionsregulation fand Rustin (1971). Hingegen konnte Schleuderer (1990) keine Korrelation mit Angst, somatischen Beschwerden und Dysthymie nachweisen und auch von

Leon et al. (1981) bzw. Sigal & Weinfeld (1989) wurde keine Psychopathologie bei Kindern von Überlebenden bestätigt.

Die Ergebnisse wiesen trotz aller Widersprüchlichkeiten auf eine spezifische Konstellation von Persönlichkeitseigenschaften bei Kindern von Überlebenden hin, die Budick (1985) als „Child-Survivor Complex“ beschrieben hat. Dazu gehörte eine Neigung zu Depressionen, Schwierigkeiten beim Ausdruck von Gefühlen, insbesondere feindseligen Gefühlen, Schwierigkeiten bei der Regulierung von Aggressionen, Schuldgefühle und psychosomatische Beschwerden. Eine ausgeprägte Pathologie konnte jedoch aufgrund der Befunde ausgeschlossen werden (vgl. Felsen, 1998).

Die Ergebnisse der in Israel durchgeführten Studien zu psychischen Gesundheitsmerkmalen sind recht uneinheitlich (vgl. Solomon, 1998). Um eine Verzerrung der Ergebnisse durch die Einbeziehung von nur klinischen Probanden zu vermeiden, wurden eine Reihe von Studien auch mit nicht-klinischen Probanden durchgeführt. Dabei zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich Ängstlichkeit und Depressivität (Keinan et al., 1988), Neurotizismus (Goder, 1981) sowie Aspekten der Selbstwahrnehmung und stärkerer Selbstkritik (Felsen & Ehrlich, 1990), wohl aber hinsichtlich geringerer Ich-Stärke (Schellekes, 1986), größerer Schwierigkeiten im Umgang mit Ärger, mangelnder Impulskontrolle (Erel, 1989) sowie Schuldgefühle (Nadler et al., 1985).

Solomon (1998) wies darauf hin, dass die psychopathologische Perspektive früherer Studien den Blick auf die positiven und gesunden Auswirkungen verstellt habe, die die Anpassungsfähigkeit und Resilienz der Überlebenden auf die nächste Generation hatte - im Zusammenhang mit dem mühsamen Aufbau und der Integration in eine andere Gesellschaft. Bereits Berger (1988) hat die Anpassungsfähigkeit von jenen Menschen hervorgehoben, die sich in der psychischen Gesundheit vieler Überlebender manifestiert. Albeck (1994) wiederum plädiert dafür, das Verhalten der Kinder als eine angemessene psychologische Reaktion zu verstehen, die zu einer „empathischen Traumatisierung“ führen kann, wie sie von Danieli (1984) bei Psychotherapeuten beschrieben wurde und bei den Mitarbeitern des Holocaust Memorial Museums, die täglich sowohl mit dem Material als auch mit den Erzählungen konfrontiert sind, in Form von Stressreaktionen, begleitet von Wut und Trauer, Albträumen oder emotionaler Betäubung, beobachtet wurde (McCaroll, Blank & Hill, 1995) (vgl. dazu auch das nachfolgende Kapitel).

2.2.3 Posttraumatische Belastungsstörung

Nach dem Vietnamkrieg, der 1975 endete, entwickelten viele heimkehrende amerikanische Soldaten Symptome, die erstmals im DSM III als Posttraumatische Belastungsstörung beschrieben wurden. Rosenheck und Nathan (1985) beobachteten, dass einige von deren Kindern ebenfalls Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung zeigten. Vor 1980 wurde die Posttraumatische Belastungsstörung bei Holocaust-Überlebenden nicht untersucht, wohl aber die Symptome des Überlebenssyndroms, das als Vorläufer der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) angesehen werden kann (Baranowsky et al., 1998).

Das Risiko für die Entwicklung einer PTBS bei erwachsenen Nachkommen von Holocaust-Überlebenden wurde von Yehuda et al. (1998a) untersucht. Zum ersten Mal wurde die Traumaexposition sowohl der untersuchten Stichprobe als auch der Vergleichsgruppe umfassend klinisch beurteilt. Die Versuchsgruppe (n=100), die z.T. auch Personen einbezog, die Aufenthalte in klinischen Einrichtungen aufwiesen, hatte zumindest einen Elternteil, der den Holocaust überlebt hatte, und wurde mit einer Gruppe (n=44) mit ähnlichen demographischen Merkmalen verglichen, deren jüdische Eltern den Holocaust nicht erlebt hatten, aber möglicherweise mit anderen lebensbedrohenden Ereignissen konfrontiert waren. Nachkommen von Holocaust-Überlebenden und Vergleichspersonen berichteten von ähnlichen lebensbedrohlichen Ereignissen. Sie unterschieden sich nur in ihren Werten auf der Antonovsky-Skala für Lebenskrisen. Obwohl ein ähnlicher Anteil der Holocaust-Nachkommen und der Vergleichspersonen lebensbedrohliche Ereignisse erlebt hatte, gaben die Holocaust-Nachkommen häufiger als die Vergleichspersonen ein nicht lebensbedrohliches Ereignis als das am meisten belastende Ereignis an. Dabei handelte es sich bei den Nachkommen der Holocaust-Überlebenden in der Regel um den Verlust oder die Trennung von einer wichtigen Bezugsperson. Yehuda et al. (1998a) vermuteten eine höhere Sensibilität für diese Ereignisse bei Nachkommen von Holocaust-Überlebenden.

Sieben Prozent von 100 Befragten gaben an, dass die Erzählungen ihrer Eltern über den Holocaust für sie sehr belastend waren. Die anschaulichen Informationen über Mord, Folter und Vergewaltigung und die damit verbundenen emotionalen Reaktionen der Eltern bei der Schilderung konnten die Kinder in ihrem jungen Alter nicht verarbeiten, so dass sie sich entweder vorstellten, wie ihre Eltern diese Ereignisse noch einmal

durchlebten, oder sie übertrugen die Geschehnisse auf sich selbst. Mehr als die Hälfte der Kinder, die diese Art der Traumatisierung als besonders belastend einstufen, entwickelten als Reaktion darauf eine PTBS. Im Vergleich zur Kontrollgruppe war die Prävalenz von aktueller und lebenslanger PTBS und anderen psychiatrischen Diagnosen signifikant erhöht. Depressive Störungen bei Nachkommen korrelierten stärker mit der elterlichen Holocaust-Exposition als mit PTBS.

In einer Studie mit israelischen Soldaten, die während oder kurz nach einem Kampfeinsatz an „combat stress disorder“ litten (Solomon, Kotler & Mikulincer, 1988) zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Soldaten der zweiten Generation mit Eltern, die den Holocaust überlebt haben und einer Vergleichsgruppe deren Eltern den Holocaust nicht erlebt haben. Eine Langzeitbeobachtung von 2-3 Jahren zeigte jedoch, dass Soldaten der zweiten Generation von Holocaust-Überlebenden intensivere und länger anhaltende Folgen einer posttraumatischen Belastungsstörung aufwiesen. Erklärt wird dies mit Scham- und Schuldgefühlen, Kameraden im Stich gelassen zu haben und an den Wiedergutmachungserwartungen der Eltern gescheitert zu sein. Auch eine Reaktivierung eines durch die Eltern vermittelten Traumas wurde vermutet, (vgl. Solomon, 1998).

Aus Längsschnittdaten einer Studie mit Kriegsveteranen in Israel ging hervor, dass nach 20 Jahren trotz vorheriger Remission die posttraumatische Symptomatik, in der untersuchten Gruppe wieder zunahm (Solomon & Mikulincer, 2006).

Aus den klinischen Beobachtungen und empirischen Studien lässt sich ableiten, dass Nachkommen von Holocaust-Überlebenden, die Anzeichen einer Psychopathologie aufweisen und deren Eltern eine PTBS entwickelt haben, im Vergleich zu Nachkommen von Eltern ohne Holocaust-Erfahrung Schwierigkeiten bei der Stressbewältigung haben und anfälliger für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung sind (Yehuda et al., 1998a). Die elterliche PTBS ist nachweislich mit PTBS bei den Nachkommen assoziiert, wobei aber nicht alle Holocaust-Überlebenden eine PTBS entwickelt haben. Die Vermutung von Rosenheck & Nathan (1985) und Solomon (1988), dass nicht die Traumaexposition selbst, sondern posttraumatische Symptome der Eltern für die Übertragung verantwortlich sein könnten, wird von Yehuda et al. (1998b) bestätigt.

2.2.4 Interpersonelle Merkmale

Die vorhin erwähnten Befunde führten zu der Überlegung, dass Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung, die durch die Traumatisierung und eine dadurch veränderte Selbstwahrnehmung und Weltsicht der Eltern entstehen, für eine transgenerationale Weitergabe verantwortlich sind, was als „indirekte Übertragung“ bezeichnet wird (vgl. Felsen, 1998). Schwere Traumatisierungen durch die Internierungslager schlugen sich im Erziehungsstil, in den Erwartungen und Ängsten nieder und beeinflussten die Dynamik der Interaktionsprozesse dahingehend, dass die Bewältigungsstrategien der Eltern und der Kinder überfordert wurden.

Chronische Ängstlichkeit, geringe Stresstoleranz, Schwierigkeiten, Gefühle zu zeigen (Alexandrowicz, 1973), Bedürfnisse oder Fürsorge zu tolerieren und Aggressionen von Kindern zu ertragen (Barocas & Barocas, 1980; Danieli, 1981), wirken sich auf die Eltern-Kind-Interaktion aus. Diese sei geprägt von Überbehütung (Trossman, 1968; Barocas & Barocas, 1980), in der Hoffnung, das Kind besser beschützen zu können, und von Misstrauen gegenüber der nichtjüdischen Welt (Trossman, 1968; Berger, 1977), von schuldinduzierender Kommunikation, weil das Kind es besser habe, von der Erwartung, dass das Kind dem leeren Leben der Eltern einen Sinn geben würde (Alexandrowicz, 1973) sowie dass das Kind Erlösung und eine neue Welt versprechen würde (Trossman, 1968). Die hohen Erwartungen der Eltern hätten die Kinder unter Druck gesetzt und zu Depressionen und Schuldgefühlen geführt, wenn sie diese Erwartungen nicht erfüllten (Rustin & Lipsig, 1972). Um die Eltern zufrieden zu stellen, müssten die Kinder entweder erfolgreich sein oder ihr Leistungsstreben aufgeben (vgl. Wanderman, 1980; Barocas & Barocas, 1980; Kestenberg, 1982; Danieli, 1988). Grubrich-Simitis (1981) geht davon aus, dass die Erwartungshaltung der Eltern zu einer verfrühten Ich-Entwicklung führt. Dies reiche hin bis zum Gefühl, eine Mission erfüllen zu müssen oder verlorene idealisierte Liebesobjekte ersetzen zu müssen bzw. dazu, abgewehrten Hass auszuleben und den Verfolgern ihr Versagen zu beweisen (Trossmann, 1968), zu Ängsten, wenn es um Rivalität und den Umgang mit aggressiven Impulsen gehe (Sigal et al., 1973). Unklare Grenzen würden zu Loyalitätskonflikten führen (Boszormenyi-Nagy et al., 1973), zu Schwierigkeiten in der Aggressionsregulation (Karr, 1973) und im Gefühlsausdruck (Kestenberg, 1972), zu Schuldgefühlen (Jurkowitz, 1996), zum Gefühl der Entfremdung (Sigal et al., 1973), zu Ängsten, wenn es um Abgrenzung, Separation-Individuation (Wanderman, 1980; Barocas & Barocas,

1980; Rosenbloom, 1988) gehe. Die ungelöste Trauer und die Vermeidung, sich mit der Trauer auseinander zu setzen, würden zu dysfunktionalen Interaktionen innerhalb der Familien führen, in dem Sinne, dass der ungelöste Verlust wenig Beziehung zulasse und Unklarheit darüber bestehe, worüber gesprochen werden darf und worüber nicht (Kissane & Bloch, 1994). Dies wiederum erschwere die Identitätsbildung (Felsen & Ehrlich, 1990; Kestenberg, 1982; Danieli, 1988). Der emotionale Schmerz der Eltern und die mit der Traumatisierung einhergehenden Wut- und Trauerausbrüche der Eltern würden von den Kindern eher als Ausdruck des eigenen Versagens interpretiert, da sie nicht in der Lage waren, die Eltern zu entlasten (Trossman, 1968; Epstein, 1987; Barocas & Barocas, 1980).

2.2.5 Familiendynamik

Anhand seiner Arbeit mit heranwachsenden Kindern beschrieb Trossmann (1968), wie sich Ängste und Befürchtungen der traumatisierten Eltern in Überfürsorglichkeit niederschlugen. Ihre Unsicherheit und Angst vor der "Außenwelt", die Kinder manipulierte mehr elterliche Aufgaben und Verantwortung zu übernehmen, dass Kinder nicht als eigenständige Individuen, sondern als Garant für eine bessere Welt erlebt wurden. Alexandrowicz (1973) meinte, die Eltern würden die Autonomie der Kinder behindern, um den Familienzusammenhalt aufrechtzuerhalten und dass die Familien der Holocaust-Überlebenden unfähig wären Konflikte zu tolerieren. Sie würden aufgrund eines Bedürfnisses nach Sicherheit vor der Außenwelt in ihren Rollen und Erwartungen verharren. Sigal und Weinfeld (1989) beschrieben die Eltern als misstrauisch gegenüber der Welt um sie herum und würden ihre Sicht einer gefährlichen Welt den Kindern aufzwingen. Epstein (1987) berichtete, dass Kinder das Gefühl hätten sich für ein Elternteil entscheiden zu müssen, um den Ehekonflikt zu lösen. Diese Annahmen führten zu einer Reihe von Untersuchungen, wie die Kinder ihre Eltern im Familienverband wahrnehmen (Zlotogorski, 1983, 1985; Furshplan, 1986; Schleuderer, 1990).

Das Modell von Minuchin (1974) bzw. Minuchin et al. (1978) basiert auf der Hypothese, dass Individuen innerhalb verschiedener Systeme leben und diese betrachtet werden müssen, um Erfahrungen einer Person innerhalb dieses Kontextes verstehen zu können. Es geht davon aus, dass Veränderung in der Familienstruktur die Symptome von Familienmitgliedern abklingen lassen und bezeichnen das Mitglied mit Symptomen als

Symptomträger der Familie. Das Funktionieren der Familie hänge von der Fähigkeit der Familie ab, ihre Rollen, Erwartungen und zwischenmenschlichen Beziehungen immer wieder an interne und externe Anforderungen anzupassen. Die Familie bestünde aus Subsystemen, wie das Subsystem Ehepartner, Subsystem Eltern und das Subsystem Geschwister. Die Fähigkeit dieser Subsysteme angemessen miteinander zu kommunizieren und sich an innere und äußere Anforderungen anzupassen, bestimmt die funktionale Stärke der Familie. Reagiert die Familie bei Stress mit Starrheit, so entstehen dysfunktionale Interaktionsmuster. Die Rigidität von Transaktionen und eine geringe Anpassungsbereitschaft auf Veränderung erhöhen die Pathologie des Familiensystems (Minuchin, 1974; Minuchin et al., 1978). Das von Furshplan (1986) verwendete Messinstrument zu negativen Auswirkungen auf die Kinder aufgrund des Familienlebens ist das Circumplex-Modell von Olson, Russell & Sprenkle (1983). Es misst zwei Dimensionen: Kohäsion und Anpassungsfähigkeit. Kohäsion beschreibt das Ausmaß der Verbundenheit mit dem Familiensystem. Extreme dieser Dimension wie „verstrickt oder losgelöst“ weisen auf Probleme hin. Ein hohes Kohäsionsniveau (Verstrickung) bedeutet eine Überidentifikation in der Familie, was die Individuation der Familienmitglieder verhindert. Das andere Extrem (losgelöst) fördert die Autonomie zuungunsten der Bindung an die Familie. Die Anpassungsfähigkeit ist definiert als die Fähigkeit eines Familiensystems, seine Machtstrukturen, Rollenbeziehungen und Beziehungsregeln je nach Situation oder Entwicklungsphase bedingten Stress flexibel zu gestalten. Ein gesundes Familiensystem ist sowohl strukturiert als auch flexibel, im Gegensatz zu chaotisch und starr. Die Annahme, dass Familien von Überlebenden den Extremen der Dimension „losgelöst oder verstrickt“ zuzuordnen sind, ist nach Furshplan (1986) allerdings nicht haltbar. Die Untersuchung zur Freizügigkeit der Eltern aus der Sicht der Kinder (Weiss, 1988) und zum Niveau der Ich-Funktionen in Bezug auf Familienzusammenhalt und Anpassungsfähigkeit (Zlotogorski, 1983, 1985) bestätigte klinische Beobachtungen (aus psychoanalytischer Sicht) nicht.

Auch Schleuderer (1990) fand keine Korrelation zwischen Anpassungsfähigkeit und Familienzusammenhalt einerseits und Trennungs- und Individuationsproblemen bei Kindern von Überlebenden andererseits. Hanover (1981) fand keine Unterschiede zwischen Kindern von Holocaust-Überlebenden und Kontrollpersonen in Bezug auf Autonomie oder Individuationsakzeptanz, aber die Kinder der Holocaust-Überlebenden beschrieben ihre Eltern als besitzergreifend, übergriffig, feindselig kontrollierend und

inkonsequent disziplinierend. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Kinder von Holocaust-Überlebenden Schwierigkeiten haben, sich von ihren Eltern zu lösen, und der Individuationsprozess relativ spät einsetzt, wobei diese Schwierigkeiten noch im Normbereich liegen (vgl. Felsen, 1998).

2.2.6 Wissen über den Holocaust

In Europa als auch in den USA und ganz zu Beginn auch in Israel waren Holocaust-Überlebende mit einem Desinteresse für ihre Leidensgeschichte der sie umgebenden sozialen Umwelt konfrontiert. Die europäische Gesellschaft war allzu gerne bereit den Genozid an den Juden zu verleugnen und Gespräche darüber zu vermeiden (Bergmann, Jucovy & Kestenberg, 2016). Israelis waren mit dem Aufbau ihres Staates, der Stärke und Mut abverlangte, beschäftigt. Diese in der Literatur als „Verschwörung des Schweigens“ bezeichnete Haltung nahmen auch die Überlebenden ein, um zu vergessen und sich dem neuen sozialen Kontext anzupassen. In Israel waren sie anfänglich dem „Sabra-Mythos“⁴ ausgesetzt, der Stärke und Mut betonte (vgl. Bar-On et al., 1998). Viele Überlebende waren bemüht sich anzupassen, schwiegen und verleugneten ihre damit verbundenen emotionalen Schwierigkeiten. Ab 1960 veränderte sich die Haltung der Gesellschaft in Israel. Ihre Bereitschaft, den Opfern des Holocaust durch Gedenkmuseen, Gedenkstätten und den damit verbundenen nationalen und heroischen Charakter des Überlebens Anerkennung zu zollen, erleichterte möglicherweise die Anpassung der nach Israel emigrierten Überlebenden. Der Begriff der „zweiten Generation“ wird in der israelischen Fachliteratur erst seit 1980 erwähnt. In Folge haben Kinder der Holocaust-Überlebenden Selbsthilfegruppen gebildet und sich an zahlreichen Gedenkorganisationen beteiligt (vgl. Solomon, 1998). Dieser Informationsgewinn könnte für die geringen Auswirkungen der traumatisierenden Erfahrungen ihrer Eltern auf sie verantwortlich sein.

Es stellte sich die Frage, inwieweit sich die Bereitschaft der zweiten Generation, sich sowohl über historische als auch über persönliche Fakten in Bezug auf den Holocaust

⁴Das Wort "Sabra" stammt von einem gewöhnlichen Dornenstrauch, dessen Früchte außen stachelig und innen süß sind. Die Sabra hatte eine Aura des Ruhmes und wurde zum nationalen Ideal. Die Sabras waren von einem tiefen Glauben an die Überlegenheit ihrer Abstammung beseelt (Segev, 1992; nach Bar-On, 1998).

zu informieren, auf der kognitiven Ebene auswirkt. Klein & Last (1974) fanden bezüglich des Wissens über die historischen als auch persönlichen Fakten in Israel keinen Unterschied zwischen der Nachfolgeneration von Überlebenden und denjenigen, deren Eltern keine Holocaust-Erfahrung gemacht hatten. In Europa variierte das Wissen über den Holocaust je nach Land und Bildungsniveau und der Bereitschaft, sich mit der Geschichte des Holocaust auseinanderzusetzen (vgl. Solomon, 1998).

2.2.7 Weltbild

Aus den Erfahrungen mit der soziokulturellen Umwelt entwickeln sich früh Überzeugungen, die dem Menschen helfen, sich in der Welt zu orientieren, Zusammenhänge zu erkennen und zu deuten. Diese Erfahrungen prägen das Weltbild. Für Emmanuel Levinas (2003), der von der Phänomenologie Husserls und der Existenzphilosophie Martin Heideggers beeinflusst war, ist die Begegnung oder Beziehung mit dem anderen grundlegend für unser Selbst- und Weltverhältnis.

Die Erfahrungen in den Konzentrationslagern waren so ungeheuerlich, dass sie das vor der Shoah Erlebte völlig auf den Kopf stellten (vgl. Solomon, 1998). Um dem Tod zu entgehen, mussten sie ihre Sichtweise, ihr Verhalten und ihre Erwartungen völlig überdenken und anpassen. Eine radikale Veränderung ihres Weltbildes war notwendig (Janoff-Bulman & Frieze, 1983; Thompson & Janigian, 1988). Dieses neue Selbst- und Weltverständnis blieb auch nach der Befreiung erhalten. Nach einer Studie von Prager & Solomon (1995) erlebten Holocaust-Überlebende die Menschen als weniger gütig, aber auch als bedeutungsvoller. Sie waren jedoch optimistischer in Bezug auf die Zukunft (Carmil & Breznitz, 1991).

In Bezug darauf, inwieweit sich die Weltanschauung auf die nächste Generation auswirkt, fanden zwei Studien im Vergleich zur Kontrollgruppe keine Unterschiede bezüglich moralischer Vorstellungen, Vertrauen, Ansichten über die menschliche Natur, Kontrollfunktionen und Ethnozentrismus (vgl. Solomon, 1998), während Kinder von Partisanen im Vergleich zu Kindern von KZ-Überlebenden einen weiteren Holocaust für möglich hielten (Kav-Venaki et al., 1983).

2.2.8 Kommunikation in der Familie

Die zwischenmenschliche Dynamik wird durch den Kommunikationsstil, das Bindungsverhalten und das Selbst- und Weltverständnis der Betroffenen bestimmt. Das Mitteilen von zutiefst erschütternden und demütigenden Erfahrungen wird durch das Fehlen von Worten, die dem Erlebten gerecht werden könnten, eingeschränkt. Empirische Studien haben auf die möglichen schädlichen Auswirkungen von zu viel oder zu wenig Kommunikation über Holocaust-Erfahrungen hingewiesen (Bergmann & Jucovy, 1982; Lichtman, 1984; Trossman, 1968). Nadler et al., (1985) untersuchten, inwieweit die Art der Erfahrung der überlebenden Eltern die kommunikative Weitergabe beeinflusst. Die Studie ergab, dass die Nachkommen der Partisanen mehr über deren Kriegserlebnisse erfuhren als die Kinder der KZ-Überlebenden. Verbale und nonverbale Kommunikation über den Holocaust war in der Partisanengruppe häufiger als in den Familien der KZ-Überlebenden. Wenn gesprochen wurde, stand die Sorge und Trauer um vermisste Familienangehörige im Vordergrund der Gespräche. Krell (1979) war der Meinung, dass eine offene Kommunikation mit dem Kind viel besser sei als das Aufwachsen in einer schweigenden Familie, in der sich das Kind für rätselhafte Trauerausbrüche verantwortlich fühle.

Lichtman (1984) fand eine signifikante Korrelation zwischen den Kommunikationsstilen der am stärksten betroffenen Eltern und den Persönlichkeitsmerkmalen der Kinder. Nonverbale, indirekte und beschuldigende Kommunikation war signifikant mit Paranoia, Hypochondrie, Ängstlichkeit, Depression und geringer Ich-Stärke bei den Kindern verbunden.

In einer Studie mit 134 Nachkommen von Holocaust-Überlebenden (Keller, 1988) war schuldbeladene Kommunikation mit Störungen der familiären Anpassungsfähigkeit und Kohäsion verbunden und korrelierte negativ mit einem Maß der Familienzufriedenheit. Eine angemessene Kommunikation über elterliche Holocaust-Erfahrungen dagegen fördert adaptive Bewältigungsmechanismen und hilft Eltern und Kindern, die Erfahrung zu integrieren.

Sorscher & Cohen (1997) untersuchte, inwieweit die Qualität der elterlichen Kommunikation die ethnische Identitätsbildung beeinflusst. Herauskam, dass die emotionsgeladene Kommunikation die Bildung der ethnischen Identität verstärkte.

Studien, die sich nicht nur mit den Traumafolgen von Holocaust-Überlebenden, sondern auch mit den Traumafolgen von Überlebenden japanischer Internierungslager einerseits in Amerika (Nagata & Cheng, 2003) andererseits in ehemaligen niederländischen Kolonien wie Indonesien (Aarts, 1998), verwiesen darauf, dass die verbale oder nonverbale Kommunikation über die traumatischen Erlebnisse Auswirkungen auf das psychosoziale Leben der Nachkommen hatte. Es wurde angenommen, dass Kinder, die wenig oder keine Informationen über das Trauma ihrer Eltern erhielten, anfälliger für die transgenerationale Weitergabe waren, so dass das Wissen oder Nichtwissen darüber eine entscheidende Rolle für die Wahrnehmung sowie das zwischenmenschliche Verhalten der Kinder spielte (vgl. Solomon, 1998).

Major (1996) von der Abteilung für Katastrophenpsychiatrie der Universität Oslo (Gemeinsamer medizinischer Dienst der norwegischen Streitkräfte, Oslo, Norwegen) verglich in einer Studie Nachkommen von norwegischen KZ-Überlebenden mit Nachkommen von nach Schweden emigrierten Juden im Hinblick auf das „Child survivor complex“-Syndrom. Mangelnde Kommunikation der Eltern über das Trauma beeinflusste die Atmosphäre in den Familien und korrelierte signifikant mit einem weniger harmonischen Elternhaus, jedoch nicht mit Symptomen bei den Nachkommen.

2.2.9 Genderaspekte der Kommunikation

In klinischen und auch empirischen Studien (vgl. Felsen, 1998; Solomon, 1998) wurden geschlechtsspezifische Reaktionen der Kinder auf den geschlechtsspezifischen Kommunikationsstil der Eltern festgestellt.

Das Geschlecht des überlebenden Elternteils sowie das des Kindes scheinen wichtige Faktoren bei der Bestimmung der Auswirkungen der Holocaust-bezogenen Kommunikation zu sein (Lichtman, 1984). Lichtman (1983) entwickelte einen Fragebogen, der diese Kommunikation misst. In einer Pilot-Stichprobe von 22 Kindern von Holocaust-Überlebenden wurden aus 23 Fragen sechs Faktoren extrahiert. Vier der sechs Faktoren wurden zu zwei Variablen zusammengefasst: affektive und negative Kommunikation. Die affektive Kommunikation wurde als direkte emotionale Kommunikation über den Holocaust durch einen Elternteil definiert, die negative Kommunikation umfasste die schuldinduzierende Kommunikation durch einen Elternteil, die nonverbale

Kommunikation über die elterliche Erfahrung durch einen Elternteil und die indirekte Kommunikation (Diskussion über den Holocaust durch einen Elternteil ohne wesentliche Sachinformationen). In einer größeren Stichprobe von 52 Nachkommen von Holocaust-Überlebenden korrelierte schuldinduzierende und indirekte, aber auch häufige und bereitwillige und sachliche Kommunikation (nach Wahrnehmung ihrer Kinder) mit Werten für Hypochondrie, Paranoia, Angst und geringer Ich-Stärke, und zwar nur bei den Töchtern während bei Söhnen schuldinduzierende mütterliche Kommunikation nur mit höheren Schulleistungen zusammenhing (Lichtman, 1984). Indirekte Kommunikation beider Eltern korrelierte signifikant mit Depression, Hypochondrie, Paranoia, Angst und geringerer Ich-Stärke bei Töchtern, hingegen mit niedrigeren Depressionswerten und höherem Einkommen bei den Söhnen.

Mithilfe des Kommunikationsfragebogens von Lichtman (1983) stellte Keller (1988) fest, dass Väter aus der Sicht ihrer Töchter bereitwilliger und häufiger über den Holocaust sprachen während der Mütter sich an dem Gespräch nicht beteiligten. Der Kommunikationsstil der Väter wurde positiv bewertet, während der Kommunikationsstil der Mütter in Hinblick auf Zusammenhalt und Anpassungsfähigkeit der Familie und der Zufriedenheit mit der Familie schlechter abschnitten.

Die Einbeziehung der Kinder in ein Gespräch über den Holocaust war für die Identitätsentwicklung der männlichen Kinder von Überlebenden wichtiger als die Information selbst (Hammerman, 1980).

Gordon (1988) fand heraus, dass die mütterliche Fähigkeit, traumatische Erfahrung in Worte zu fassen, zum Gefühl der inneren Sicherheit der Kinder beiträgt. In der Studie von Sorscher (1991) korrelierte das Ausmaß der mütterlichen Traumatisierung signifikant sowohl mit affektiver Kommunikation als auch mit negativer Kommunikation. Das Ausmaß der väterlichen Traumatisierung korrelierte jedoch nicht mit einem der beiden Kommunikationsstile. Schwarz (1986) fand keine Korrelation zwischen dem Kommunikationsstil der Eltern und einer Symptomatik und Selbst-Differenzierung der Kinder von Überlebenden, jedoch einen Zusammenhang zwischen der mütterlichen Kommunikation über den Holocaust und Depression und Hochsensibilität bei den Kindern von Überlebenden.

Cahn (1987) untersuchte die Beziehung zwischen der mütterlichen Kommunikation und den Symbolisierungsprozessen der Kinder. Die Ergebnisse lassen darauf

schließen, dass Schwierigkeiten der Eltern, insbesondere der Mutter, über ihre Erfahrungen zu sprechen, von den Kindern der Holocaust-Überlebenden internalisiert werden und einen größeren Teil ihres Welt- und Selbstbildes formten als bei den Kindern der Kontrollgruppe (ohne Holocaust-Erfahrung). Die Fähigkeit, eigene Erfahrungen zu symbolisieren und zu kommunizieren, ist ein erlernter Prozess, so dass Beeinträchtigungen weitergegeben werden und diese mit einer Anfälligkeit für Depressionen zusammenhängen könnte.

Sorscher (1991) fand heraus, dass die bewusste Wahrnehmung der nonverbalen Kommunikation der Eltern über den Holocaust bei den Töchtern der Überlebenden mehr Holocaust-Bilder auslöste als bei den Söhnen, so dass sie von einer geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Traumareaktion ausgehen. Frauen scheinen anfälliger für Traumata zu sein und berichten eher über Symptome, während Männer dies als Schwäche interpretieren.

2.2.10 Bindungsverhalten

Interaktionen mit bedeutsamen Personen prägen das Bindungsverhalten und das Selbst- und Weltverständnis des Individuums (Bowlby, 1982).

Die Bindungstheorie von John Bowlby (1969) geht von einem biologisch angelegten Bindungssystem im Menschen aus, das bei äußeren und inneren Bedrohungen aktiviert wird. Bindung ist demnach ein emotionales Band, das sich in der Kindheit entwickelt, sich über alle Lebensphasen erstreckt und durch neue emotionale Erfahrungen verändert werden kann. Das Bedürfnis nach einer sicheren Bindungsperson bleibt ein Leben lang bestehen. Auch bei Erwachsenen wird in Gefahrensituationen das in der frühen Kindheit entwickelte Bindungssystem aktiviert. Kann eine Gefahr nicht selbstständig bewältigt werden, wird das Bindungsverhalten ausgelöst. Der Bindungsstil als mentale Repräsentation des Selbst in Bezug auf andere (Bowlby, 1982) gilt als wichtiger Faktor für das Verständnis der Auswirkungen traumatischer Lebensereignisse. Traumatische Ereignisse haben erhebliche Auswirkungen auf das Gefühl der Bindungssicherheit und damit auf die psychische Verfassung eines Menschen.

Van Ijzendoorn et al. (1995) konnten in einer Metaanalyse von 18 Studien zeigen, dass in 75% der Fälle das Bindungsverhalten (sicher oder unsicher) des Kindes zu seinen

Eltern auf der Grundlage der Sicherheit oder Unsicherheit der mentalen Repräsentationen der Bindungserfahrung der Eltern in der Kindheit vorhergesagt werden konnte. Ward & Carlson (1995) bestätigen die Weitergabe des Bindungsstils an die nächste Generation.

In Bezug auf Trauma hat Main (1996) eine eigene Bindungsklassifikation vorgeschlagen. Ungelöste Trauer/unverarbeitete Traumatisierung führt zu Desorientierung in Bezug auf die Bindungserfahrungen mit der Bindungsperson, d.h. das Bindungsverhalten ist nicht kohärent und organisiert und entspricht der Kategorie für desorganisierte Mutter-Kind-Beziehungen (Ainsworth & Eichberg, 1991; Van Ijzendoorn et al., 1995). Ein unbewältigtes Trauma führt in der Beziehung zu den Eltern zu einer mangelnden Bindungsstrategie, um mit der Trennung und Wiedervereinigung der Eltern unter belastenden Umständen umzugehen. Main & Hesse (1990) gehen davon aus, dass Angst als zentrales Motiv die Ursache für desorientiertes Verhalten ist. Nach der Bindungstheorie sind traumatisierte Eltern mit ihrem Schmerz beschäftigt und übertragen ihre ungelösten und verleugneten Gefühle auf ihr Kind (Fonagy, 1999). Holocaust-Überlebende verloren ihre Angehörigen, ohne zu wissen, wie und wann sie gestorben waren, was den Trauerprozess verzögerte. Kinder, die den Holocaust überlebt hatten, erlebten, dass ihre Eltern nicht in der Lage waren, für ihre Sicherheit zu sorgen, und waren auf sich allein gestellt (Kestenberg, 1972). Nach der Befreiung behandelten sie ihre eigenen Kinder als „Gedenkkerzen“, als Brücke zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft im Sinne einer verlängerten Bindung an ihre verstorbenen Bezugspersonen (Wardi, 1992). Durch diese Verzerrung der Realität konnte die Trauer nicht aufgelöst und bewältigt werden. Das unverarbeitete Trauma und die damit verbundene Angst und erlebte Hilflosigkeit prägten das Bindungsverhalten.

Die Ergebnisse dreier Studien, der Utrecht-Studie, der Vancouver-Studie und der Beer-Sheva-Studie, wurden von Bar-On et al. (1998) im Hinblick auf die Relevanz des Bindungsverhaltens analysiert und interpretiert. Das Bindungsverhalten von Holocaust-Überlebenden, insbesondere dasjenige, das zu unsicher-besorgten Bindungsrepräsentationen beitrug, und die Schwierigkeiten der Traumabewältigung bei Holocaust-Überlebenden stehen demnach in Zusammenhang mit desorientierten/ambivalenten Bindungsrepräsentationen der Nachkommen.

2.3 Forschung nach 2000

Umfang und Qualität der Studien vor 2000 sind sehr unterschiedlich. Da die zudem sehr divergierenden Ergebnisse nur schwer miteinander in Einklang zu bringen waren, wurden dazu eine Metaanalyse von van Ijzendoorn et al. (2003) und ein Review von Dashorst et al. (2019) sowie eine Studie des israelischen Gesundheitsministeriums zur psychischen Gesundheit der Nachkommen von Holocaust-Überlebenden (Levav et al., 2007) durchgeführt.

2.3.1 Psychische Gesundheit der Nachkommen

Die Metaanalyse von van Ijzendoorn et al. (2003) umfasste Indikatoren wie posttraumatischen Stress, d.h. Wiedererleben des Traumas, verminderte Reaktionsfähigkeit und vermindertes Engagement in der Außenwelt, sowie allgemeine psychische Gesundheitsmerkmale wie allgemeine soziale Anpassung oder Persönlichkeitsentwicklung, positive Selbsteinschätzung (z.B. in Felsen & Erlich, 1990) und psychopathologische Symptome wie Dysfunktion und Fehlanpassung, Angst oder Depression. Letztere wurden mit standardisierten und validen Messinstrumenten erfasst, die üblicherweise zur Erfassung von psychischer Gesundheit, posttraumatischem Stress und Fehlanpassungen verwendet werden. Die Ergebnisse aller Studien wurden mit dem Meta-Analyse-Programm Advanced BASIC (Mullen, 1989) neu berechnet und in die standardisierte Differenz der Mittelwerte zwischen Kindern von Holocaust-Überlebenden und Vergleichskindern (Eltern keine Holocaust-Überlebenden) umgerechnet. Es wurden 32 Stichproben mit den Daten von 4.418 Teilnehmern (Kinder von Holocaust-Überlebenden und Kinder von Vergleichspersonen ohne Holocaust-Erfahrung) einbezogen. Die Stichprobengrößen lagen zwischen 23 (Yehuda et al., 1998c) und 823 Proband:innen (Rieck, 1994). Bei 38% der Studien handelte es sich um zufällig ausgewählte Stichproben (Teilnehmer wurden zufällig ausgewählt), bei 22% um klinische Stichproben. 47% der Probanden lebten in Israel.

Es wurde ein signifikanter Unterschied im psychischen Wohlbefinden und in der Anpassung zwischen Holocaust-Überlebenden der zweiten Generation und ihren Vergleichsfamilien festgestellt. Die getrennte Betrachtung einer Untergruppe von Stichproben, 20 Studien mit ausgewählten Stichproben (d.h. Rekrutierung der Probanden

über Anzeigen oder über Organisationen oder Treffen von Holocaust-Überlebenden) und 12 Studien mit Zufallsstichproben, führte jedoch zu divergierenden Ergebnissen.

Nur die Stichproben mit den ausgewählten Teilnehmern (s.o) zeigten den Effekt der sekundären Traumatisierung, während sich die Untergruppe der Zufallsstichproben nicht von den Vergleichsgruppen unterschied. Diese Ergebnisse waren auch bei der Erfassung von Gesundheitsmerkmalen und PTBS-Symptomen reproduzierbar.

Unterschiede zeigten sich auch bei der Betrachtung der 32 Studien mit klinischen Stichproben im Vergleich zu nicht-klinischen Stichproben. Nachkommen von Holocaust-Überlebende waren nur in klinischen Gruppen, d.h. in Gruppen, die zusätzlich durch das Auftreten schwerer psychischer oder physischer Erkrankungen wie Kampfstörungen oder Brustkrebs belastet waren, signifikant schlechter angepasst als die Vergleichsgruppe. Für die Untergruppe der Studien mit Zufallsstichproben war das Ergebnis identisch.

Es wurde der Frage nachgegangen, ob die sekundäre Traumatisierung stärker ist, wenn beide Eltern Holocaust-Überlebende sind. In 13 Studien hatten 75% der Teilnehmer zwei überlebende Elternteile. Es zeigte sich, dass zwei überlebende Elternteile die Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung der Nachkommen erhöhen.

Obwohl die empirische Forschung zeigt, dass die Traumatisierung durch den Verlust naher Familienangehöriger, die von den Müttern nicht verarbeitet wurde, an ihre Kinder nonverbal weitergegeben wird (Schuengel et al., 1999), interpretieren van Ijzendoorn et al. (2003) diese Ergebnisse der Metaanalyse als Zeichen der Resilienz der Überlebenden, denen es als Eltern offenbar gelungen ist, ihre Kinder vor den Auswirkungen des Holocaust zu schützen. Das bereits vor der Traumatisierung durch den Holocaust entwickelte Grundvertrauen der Überlebenden in ihre Bezugspersonen sei nicht erschüttert worden und bereits fest verankerte Vorstellungen hätten die eigene Elternrolle geprägt. Die meisten Überlebenden hatten in den Vorkriegsjahren ein ruhiges und zufriedenes Familienleben geführt und erinnerten sich gerne an diese Zeit, während sie die grausame, entwürdigende und schmerzhaft Erfahrung der Verfolgung ausblendeten.

Die vom israelischen Gesundheitsministerium in Auftrag gegebene epidemiologische Studie von Levav et al. (2007) ergab keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Symptome wie Demoralisierung, Enervation, falsche Überzeugungen und

Wahrnehmungen, z.B. Selbstmordgedanken, antisoziales Verhalten, Alkoholprobleme und schizoide Persönlichkeitsmerkmale, z.B. Einzelgängertum, oder aktuelle psychiatrische Störungen bei Kindern von Holocaust-Überlebenden, auch nicht in Bezug auf die Jahresprävalenz. Ein Unterschied zeigte sich in der Lebenszeitprävalenz. Auffällig war jedoch, dass die untersuchte Gruppe höhere Raten an früheren Störungen aufwies. Die Autoren führen dies darauf zurück, dass die emotionale Belastung durch die traumatisierten Eltern die Kinder zwar belastete und sie Anpassungsleistungen zeigten, dies aber nicht zu einer dauerhaften Vulnerabilität oder zu generellen Defiziten führte. Auch geschlechtsspezifische Unterschiede konnten nicht festgestellt werden.

Dashorst et al. (2019) untersuchten systematisch die Mechanismen, die zur Weitergabe von Traumata führen können. Einbezogen wurden Studien, die zwischen 2000 und 2018 veröffentlicht wurden und sich mit der Weitergabe von Traumata bei Holocaust-Überlebenden beschäftigen. Sie stellten 4 Hypothesen auf:

- 1) Lebenslange psychische Probleme und psychiatrische Diagnosen bei Holocaust-Überlebenden sind mit einer höheren Inzidenz von psychischen Problemen bei ihren Nachkommen verbunden.
- 2) Das Aufwachsen in einer Familie mit zwei Überlebenden ist im Vergleich zu dem Aufwachsen in einer Familie mit einer überlebenden Person mit mehr psychischen Problemen bei den Nachkommen verbunden.
- 3) Aufgrund kumulativer traumatischer Lebensereignisse im Leben der Nachkommen von Überlebenden leiden diese vermehrt unter mehr psychischen Problemen als Nachkommen von Nicht-Überlebenden.
- 4) Nachkommen weisen einen erhöhten basalen Cortisolspiegel, eine geringere Cortisolreaktivität und eine erhöhte FKBP5 Methylierung auf.

Es wurden Studien eingeschlossen, die in englischer Sprache verfasst waren, Überlebende des II Weltkriegs und deren Nachkommen untersuchten und quantitative Daten enthielten. Narrative und qualitative Studien ohne quantitative Daten sowie Fallberichte, Dissertationen, Buchbesprechungen, Konferenzberichte und theoretische Abhandlungen und Studien, die bereits in frühere Übersichten eingeflossen waren, wurden ausgeschlossen. Von 1372 Studien wurden letzten Endes 23 Artikel ausgewertet, was zu folgenden Schlussfolgerungen führte:

Die Prävalenz psychiatrischer Symptome ist bei Nachkommen erhöht, wenn ihre Eltern an einer Traumafolgestörung leiden. Die elterliche PTBS ist ein signifikanter Prädiktor für das Auftreten einer PTBS bei den Nachkommen (Yehuda et al., 2001a). Es besteht ein Zusammenhang zwischen mütterlicher PTBS (oder beider Eltern) und PTBS, Stimmungsstörungen oder anderen psychiatrischen Störungen bei den Nachkommen (Yehuda et al., 2008). Dissoziative Symptome bei Nachkommen korrelierten signifikant mit einer aktuellen PTBS und elterlichen PTBS (Halligan & Yehuda, 2002), während bei Nachkommen mit einer früheren PTBS, mit nur elterlicher PTBS oder nur Holocaust-Exposition diese Signifikanz nicht bestätigt werden konnte. Depressive Störungen bei den Nachkommen waren signifikant mit mütterlicher/oder väterlicher PTBS assoziiert, wobei der Effekt stärker war, wenn beide Eltern erkrankt waren (Yehuda et al., 2008). Die elterliche PTBS wirkte sich auf Söhne und Töchter unterschiedlich aus, wobei Töchter eines Vaters mit PTBS mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine PTBS entwickeln als Söhne, deren Vater an PTBS erkrankt war. Haben beide Eltern überlebt, wirkt sich das in Hinblick auf intrusive Erinnerungen und posttraumatischen Symptomen signifikant auf die Nachkommen aus (Letzter-Pouw & Werner., 2013; Letzter-Pouw et al., 2014).

Sowohl eine mütterliche als auch väterliche PTBS gehen signifikant mit emotionalem Missbrauch einher und eine väterliche PTBS wirkt sich signifikant auf Familienkonflikte aus (Lehrner et al., 2014). Das Auftreten von Kindesmisshandlung (emotionaler Missbrauch, körperlicher Vernachlässigung und sexueller Missbrauch) korrelierte mit psychischen Symptomen bei den Nachkommen (Yehuda et al., 2001b).

Im Gegensatz dazu fand die Studie von Shrira et al. (2011), die Teilnehmer mit einem oder zwei überlebenden Eltern mit Teilnehmern verglich, deren Eltern den Holocaust nicht erlebt hatten, keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf selbstberichtete Gesundheit, Lebenszufriedenheit sowie Hoffnung und Optimismus.

Die Anfälligkeit der Nachkommen für eine posttraumatische Belastungsstörung ist nicht nur auf Schwierigkeiten der Eltern bei der Betreuung ihrer Kinder zurückzuführen, sondern wird auch durch kumulative belastende Lebensereignisse und eine erworbene biologisch begründete Vulnerabilität begünstigt (Yehuda et al., 1998a). Diese sei dann für die Entwicklung einer psychischen Belastungsstörung besonders relevant, wenn die Betroffenen zusätzlich schwerwiegende physische oder psychische Stressoren

erleben, wie z.B. die Diagnose Brustkrebs (Baider et al., 2006, 2008) oder Kampferfahrungen (Solomon et al., 1988). Baider et al. (2006, 2008) berichten, dass die Bewältigung einer Brustkrebsdiagnose bei Nachkommen von Holocaust-Überlebenden im Vergleich zu Nachkommen ohne Holocaust-Erfahrungen signifikant stärker mit Gefühlen der Hilf- und Hoffnungslosigkeit verbunden war. Sie hatten auch höhere Werte bei der Messung posttraumatischer Symptome (Intrusionen und Vermeidung). Die psychische Belastung durch Krebs war bei den Töchtern von Holocaust-Überlebenden größer als für Töchter mit nicht traumatisierten Müttern, was die Hypothese einer höheren Vulnerabilität (nur für Depression und Psychotizismus) bei Nachkommen von Überlebenden unterstützt. Die bloße Bedrohung durch eine Katastrophe (z.B. iranischer Atomangriff) geht hingegen nicht mit einem erhöhten Stressniveau (höhere Angstwerte, größere psychische Beschwerden) bei Nachkommen von Überlebenden einher (Shrira, 2015).

2.3.2 Kommunikation in der Familie

Der Wechsel zwischen „traumatisiertem und konventionellem Selbst“ (Lishner Freud & Berant, 2022) erschwert die Vermittlung der traumatischen Vergangenheit. Die Sorge um ihre Kinder und deren Entwicklung ließ viele Eltern schweigen (Gradwohl-Pisano, 2019). Viele fühlten sich auch schuldig, überlebt zu haben und schämten sich dafür (Arad, 2003). Wiseman et al. (2002) untersuchten die Auswirkungen des Kommunikationsstils bzw. des Wissens oder Nichtwissens über das Trauma der Eltern. Probanden aus der Gruppe mit wenig verbaler Kommunikation berichteten über mehr zwischenmenschlichen Stress und ein geringeres Zugehörigkeitsgefühl. Sie fühlten sich in engen Beziehungen eher distanziert. Sie wünschten sich eine Auseinandersetzung mit den Eltern, die aufgrund der stillen Präsenz des Holocaust nicht möglich war. Der traumatisierte Elternteil wurde als kontrollierend, unkontrollierbar und ängstlich wahrgenommen, was eine offene Auseinandersetzung mit den Eltern erschwerte, was wiederum dazu führte, dass sie sich in der Begegnung mit anderen distanziert und ängstlich fühlten. In der Studie von Silbert (2010) berichteten Töchter australischer Mütter, die den Holocaust überlebt hatten, dass diese Informationen über ihre Holocaust-Erfahrungen nur bruchstückhaft und vage weitergaben und es ihnen überließen, die "Fragmente" zu einer Art Gesamtbild zusammenzufügen. Für viele der Frauen in

dieser Studie ist die persönliche Geschichte ihrer Mutter bis heute nie vollständig erzählt worden. Die offenen und versteckten Botschaften über ihre traumatischen Erlebnisse haben ihnen gezeigt, dass die Welt kein sicherer Ort ist, dass man Menschen nicht trauen kann und dass Essen Überleben bedeutet.

Untersuchungen des sozialen Klimas, insbesondere hinsichtlich des Nicht-Ausdrückens von Emotionen in den Familien, ergaben, dass Nachkommen von Holocaust-Überlebenden, die dies ungünstig beurteilten, sich signifikant von Nachkommen jüdischer Eltern ohne Holocaust-Erfahrung unterschieden. Die Familien der Nachkommen von Holocaust-Überlebenden legten mehr Wert auf die Planung und Organisation von Familienaktivitäten und -aufgaben und die Einhaltung von Familienregeln. Die Familienziele waren stark wettbewerbsorientiert und auf die Annahme von Herausforderungen ausgerichtet. Kinder hielten sich für weniger durchsetzungsfähig und hatten Schwierigkeiten, eigene Entscheidungen zu treffen. Bezüglich Familienzusammenhalt, Konflikte, Leistungsorientierung, intellektuell-kulturelle Orientierung, Freizeit-Orientierung und Stellenwert von moralisch-religiösen Werten unterschieden sich Nachkommen von Holocaust-Überlebenden jedoch nicht von jenen aus Familien ohne Holocaust-Erfahrung (Gangi et al., 2009).

Informative und sinnstiftende Kommunikation zum richtigen Zeitpunkt, die auf die kognitiven und emotionalen Bedürfnisse der Kinder abgestimmt ist, korreliert positiv mit ihrer psychischen Gesundheit. (Dalgaard & Montgomery, 2015, S. 582). Sie hilft dem Kind zu verstehen, was es in der Familie wahrnimmt und erlebt. Wenn traumatische Erfahrungen auf sinnvolle, positive und informative Weise geteilt werden, fühlen sich Kinder sicher und bleiben handlungsfähig. Die Erfahrungen der Kinder werden durch die Erklärungen der Eltern für ihr eigenes Trauma validiert, was sich positiv auf kriegsbetroffene Kinder und Familien auswirkt (Almqvist & Broberg, 1997). Laut Alkalay et al. (2019) reagierten Töchter, die gut über das Trauma ihrer Mutter informiert waren, empathischer.

2.3.3 Bindungsverhalten

Traumatische Ereignisse, wie sie im Holocaust erlebt wurden, stellten alles bisher Erlebte auf den Kopf, erschütterten das Vertrauen in das Wohlwollen der Menschen bzw.

das eigene Selbst- und Menschenbild zutiefst und verstärkten damit die Bindungsunsicherheit (Mikulincer & Shaver, 2010). Anhaltende unbewältigte Trauer und unverarbeitete traumatische Erfahrungen vieler Überlebender würden demnach die Wahrscheinlichkeit einer desorientierten/ambivalenten Bindungsbeziehung erhöhen.

Lyons-Ruth & Spielmann (2004) unterscheiden zwei Subtypen von desorientierten Bindungen, nämlich die feindselig-selbstbezogene Bindung und die hilflos-ängstliche Bindung. Der erste Subtyp geht mit einer widersprüchlichen Mischung aus ablehnendem und Zuwendung suchendem Verhalten einher. Die hilflos-ängstliche Bindung ist durch eine ängstliche, zurückhaltende und gehemmte Haltung gekennzeichnet. Die Bitte um engen Kontakt wird zurückgewiesen und es besteht eine geringe Bereitschaft, auf die Kinder zuzugehen. Eltern, die mit ihrer Trauer beschäftigt sind, tendieren eher zum ersten Subtyp, während der zweite Subtyp Eltern beschreibt, die sich einerseits engen Kontakt zu ihren Kindern wünschen, gleichzeitig aber Angst haben, diesen Wunsch zu erfüllen. In beiden Fällen gelingt es den Kindern nicht, ihre Gefühle von denen der Eltern zu unterscheiden und den notwendigen reflexiven Bezug zu ihren eigenen Bedürfnissen herzustellen. Dies macht sie anfälliger für emotionale Probleme und die Entwicklung von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (Ein-Dor et al., 2010).

Nach Sagi-Schwartz et al. (2003) zeigten Holocaust-Überlebende mehr unbewältigte Verluste, Ängste und traumatischen Stress als die Kontrollgruppe, die den Holocaust nicht erlebt hatte. Ihre jeweiligen Töchter unterschieden sich jedoch nicht in ihren Bindungsrepräsentationen, Ängsten, traumatischen Stressreaktionen und im mütterlichen Verhalten gegenüber ihren Kindern (d.h. Enkelkindern). Die Autoren schließen daraus, dass es den Holocaust-Überlebenden gelungen ist, ihre Kinder vor ihren Erfahrungen zu schützen und führen dies darauf zurück, dass die Überlebenden nicht durch nahe Bezugspersonen traumatisiert wurden, sondern Opfer einer anonymen Vernichtungsmaschinerie der NS-Diktatur wurden.

2.3.4 Wahrnehmung der elterlichen Belastung durch die Kinder

Wahrnehmung ist eine der wichtigsten Voraussetzungen, um sich in unserer Welt zurechtzufinden, die Vielfalt ihrer Erscheinungen zu erkennen, zu identifizieren und ihr

einen Sinn zu geben. Es wurde vermutet, dass die unterschiedliche Belastung der Nachkommen von Holocaust-Überlebenden mit ihrer Wahrnehmung der elterlichen Belastung zusammenhängt (Yehuda et al., 2001b; Letzter-Pouw & Werner, 2013; Letzter-Pouw et al., 2014).

Das Ausmaß, wie die elterliche Belastung und ihre inneren Schmerzen von ihren Kindern wahrgenommen wurde, war signifikant ausgeprägter, wenn die Mutter eine Holocaust-Überlebende war (Letzter-Pouw & Werner, 2013). Die Kinder berichteten über das Überengagement von Seiten der Mutter und von mehr „Übertragung des Holocaust“ (Letzter-Pouw & Werner, 2013).

Eine Untersuchung von australischen Nachkommen Holocaust-Überlebender ergab Folgendes:

... that the dehumanization experienced by their mothers together with the pervasive threat of death had impacted their mother's behaviour irrespective of pre-war personality factors ... Through observing their mother's affect, attitude, behaviour and visual appearance which in many cases included a prominent tattoo, second generation women inferred messages of pain and trauma associated with the Holocaust (Silbert, 2010, p. 147).

Die Mütter wurden als sehr ängstlich beschrieben. Sie waren sehr auf Sicherheit bedacht und kontrollierten ständig Türen und Eingänge. Sie wurden als deutlich überfürsorglich, kontrollierend sowie weniger fürsorglich und zärtlich wahrgenommen als die in Australien geborenen jüdischen Mütter der Kontrollgruppe. Die Auswirkungen auf Individuation und Intimität der Töchter waren auffällig. „They also showed a greater need for autonomous achievement as indicated by higher levels of perfectionism and self-criticism than the daughters of Australian-born women“ (Silbert, 2010, p. iv)

Letzter-Pouw et al. (2014) untersuchten, wie Kinder die elterliche Traumabelastung wahrnehmen, wie sie diese in Bezug auf ihre eigenen emotionalen Belastungen einschätzen und ob sie glauben, dass sie an sie weitergegeben wurde. In einer repräsentativen Stichprobe von 172 Nachkommen von Holocaust-Überlebenden fanden sie heraus, dass die emotionale Belastung, die als von beiden Elternteilen vererbt wahrgenommen wurde, mit mehr posttraumatischen Symptomen im Zusammenhang mit dem Holocaust verbunden war. Die Symptome der Kinder hingen sowohl mit der mütterlichen als auch mit der väterlichen Belastung zusammen, unabhängig davon, ob der

andere Elternteil ein Holocaust-Überlebender war oder nicht. In einer 2. Stichprobe von 285 Eltern-Kind-Dyaden (161 „Offspring of Holocaust Survivors“ und „Grandchildren of Holocaust Survivors“ und 124 Vergleichsdyaden) korrelierte die wahrgenommene Stressübertragung beider Eltern positiv mit dem Ausmaß, in dem der Holocaust in den Gefühlen und im Alltagsverhalten der Eltern präsent war. Dazu gehörte die Wahrnehmung von Gegenständen und Orten als Erinnerung an den Holocaust, ausgeprägte Emotionen an Holocaust-Gedenktagen und Vorlieben für Materialien, die mit dem Holocaust in Verbindung stehen. Die von den Nachkommen, d.h. der zweiten Generation wahrgenommene Belastung durch die Eltern korrelierte mit der Holocaust-Belastung der Kinder dieser Eltern, d.h. der dritten Generation. Die Autoren gehen von der Möglichkeit aus, dass die Belastung durch den Holocaust von den Eltern auf ihre Kinder und Enkelkinder übertragen werden kann, und führen dies auf eine grenzüberschreitende Familiendynamik zwischen den Generationen zurück, die sich in einer Umkehrung der Eltern-Kind-Rollen manifestieren kann. Dieser Zusammenhang lässt sich auch dadurch erklären, dass die Nachkommen von Holocaust-Überlebenden umso stärker unter den alltäglichen Belastungen ihrer Eltern durch den Holocaust litten, je mehr sie diese spürten und das Bedürfnis hatten ihre Eltern zu schützen.

Blickt man auf die Forschung vor 2000 zurück, so zeigt sich, dass bereits in den klinischen Berichten von Barocas & Barocas (1980) oder Wanderman (1980) darauf hingewiesen wurde, dass traumatisierte Eltern aufgrund ihrer eigenen Notlage Schwierigkeiten hatten, auf die emotionalen Bedürfnisse ihrer Kinder einzugehen, ihnen zu wenig oder zu viel Aufmerksamkeit schenkten und Kinder sich gezwungen fühlten mehr Rücksicht auf ihre Eltern zu nehmen, um sich vor deren feindseligen Emotionen zu schützen, was die für den Individuationsprozess notwendige Aggressionsregulation erschwerte (Alexandrowicz, 1973; Epstein, 1987; Kestenberg, 1982). Letzter-Pouw & Werner (2013) bestätigen frühere Befunde, dass die Traumatisierung von Holocaust-Überlebenden eine physische und psychische Belastung für ihre Nachkommen darstellt und ihre persönliche Entwicklung in vielerlei Hinsicht behindern und sie anfälliger für Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung machen kann.

Neben den beschriebenen psychosozialen Ursachen bzw. Auslösern werden in einer zunehmenden Zahl von Studien auch biologische bzw. epigenetische Mechanismen verantwortlich gemacht, die im folgenden Kapitel ausführlich dargelegt werden.

2.3.5 Genexpression und PTBS

Umwelt und Gene interagieren miteinander, so dass nicht das eine oder das andere beeinflusst wird, sondern beide in Wechselwirkung stehen (Kegel, 2015). Auch wenn sich unser genetischer Code selbst nicht verändert, so ändert sich doch seine relative Expression. Implizite Informationen, die die Struktur und Funktion von Proteinen beeinflussen, werden unter anderem durch die DNA-Methylierung gesteuert. Niedrige Methylierung verstärkt, eine hohe Methylierung reduziert die Genexpression. Diese Steuerungsprozesse und ihre Auswirkungen auf die Genexpression fallen in den Bereich der Epigenetik (Kegel, 2015).

Bei einer Stressreaktion steht Cortisol im Vordergrund. Durch die Bindung von Cortisol an einen Glukokortikoid-Rezeptor wird über eine negative Rückkopplung die Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse gesteuert. Im Tierversuch konnte gezeigt werden, dass die frühe Erfahrung mütterlicher Zuwendung das Epigenom von Genen verändert, die an der Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA) beteiligt sind (Meaney & Szyf, 2005). Experimente mit Mäusen zeigten, dass normale Welpen, die von traumatisierten Müttern aufgezogen wurden, ähnliche Verhaltensdefizite aufwiesen wie Welpen, die biologisch von traumatisierten Müttern abstammten. Diese Verhaltensdefizite waren verbunden mit „(..) signifikanten Erhöhungen des mitochondrialen Hypoxie-Markers und des epigenetischen Modifikators 2-Hydroxyglutarsäure in den Gehirnen von Neugeborenen und Erwachsenen, die pränatal traumatisiert wurden (...)“ (Alhassen et al., 2021, S. 1), was auf eine mitochondriale Dysfunktion und epigenetische Mechanismen hinweist. Die Intensität der mütterlichen Zuwendung verändert das epigenetische Programm im Gehirn (Lehnert et al., 2018). Stressreaktionsmerkmale wurden bei Ratten nachgewiesen und beeinflussen sowohl das Verhalten als auch die neuroendokrine Reaktion (Caldji et al., 1998).

Yehuda et al. (2000) untersuchten den Zusammenhang zwischen Cortisol und vermuteten Risikofaktoren für eine posttraumatische Belastungsstörung. Bei Nachkommen von Holocaust-Überlebenden mit PTBS wurde eine signifikant niedrigere durchschnittliche 24-Stunden Cortisolausscheidung im Urin beobachtet. Elterliche posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), nicht aber die Holocaust-Exposition, werden mit Veränderungen der Funktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-

Achse (HPA) in Verbindung gebracht, einschließlich einer verstärkten Cortisol-Suppression nach Dexamethason-Verabreichung (Yehuda et al., 2000). Niedrigere Cortisolwerte in der akuten Phase nach einem Vergewaltigungstrauma wurden auch mit früherer Traumatisierung in Verbindung gebracht (Resnick et al., 1995), ein weiterer Risikofaktor für PTBS. Es könnte aber auch sein, dass belastende Lebensereignisse bei erwachsenen Nachkommen von Holocaust-Überlebenden einen Einfluss auf deren Cortisolspiegel haben und ein niedriger Cortisolspiegel diese Erfahrungen widerspiegelt (Yehuda et al., 2001b). Es ist nicht das Trauma selbst, sondern die posttraumatische Belastungsstörung, die für die HPA-Veränderungen verantwortlich gemacht wird, die also zu einer Cortisol-Suppression und niedrigeren Cortisolspiegeln bei den Nachkommen führen (Yehuda et al., 2007a, 2007b). Untersuchungen an Müttern, die während der Anschläge auf das World Trade Center am 11. September 2001 schwanger wurden, unterstreichen die Bedeutung von Faktoren, die im Mutterleib das biologische Risiko für eine PTBS erhöhen. Säuglinge von Müttern, die nach dem Anschlag auf das World Trade Center eine PTBS entwickelt hatten, wiesen niedrigere Cortisolspiegel auf als Säuglinge von Müttern ohne PTBS (Yehuda et al., 2005).

Holocaust-Nachkommen mit elterlicher PTBS, insbesondere von Müttern, die selbst nicht lebenslang an PTBS erkrankt waren, zeigten im Vergleich zu Nachkommen von Eltern ohne PTBS niedrigere Urin- und Plasmacortisolspiegel (Yehuda et al., 2000, 2001b, 2007b) sowie eine erhöhte Glukokortikoid-Reaktivität, gemessen an den Plasmacortisolspiegeln als Reaktion auf die Gabe einer niedrigen Dexamethason-Dosis (Yehuda et al., 2007a).

Yehuda et al. (2014) untersuchten den Einfluss von mütterlicher und väterlicher PTBS auf die DNA-Methylierung des Exon-1p-Promotors des Glukokortikoid Rezeptors NR3C1 und dessen Beziehung zur Glukokortikoid-Rezeptor-Sensitivität in peripheren mononukleären Blutzellen von 80 Nachkommen von Holocaust-Überlebenden und 15 demographisch gematchten Kontrollpersonen. Methylierung hemmt die Genexpression, eine höhere Methylierung des Promotors reduziert die Transkription des Glukokortikoid-Rezeptor-Gens, was zu weniger Rezeptoren und Glukokortikoid-Resistenz führt. Dieser HPA-Biomarker für PTBS wird von der mütterlichen, nicht aber von der väterlichen PTBS vererbt. Die Methylierung von FKBP5 beeinflusst die Empfindlichkeit gegenüber Glukokortikoiden (Bierer, 2020). Sie untersuchte den Zusammenhang zwischen der mütterlichen Holocaust-Exposition und deren Auswirkung auf die

Nachkommen. Dieser zeigte sich besonders deutlich bei den Nachkommen von Müttern, die als Kinder exponiert waren. Die Expression des FKBP5-Gens war bei Holocaust-Nachkommen erhöht (Yehuda et al., 2016). Eine erhöhte Methylierung wurde bei Vätern mit PTBS gefunden, nicht jedoch bei Müttern. Hatten beide Elternteile eine PTBS, war die Methylierung niedriger, was mit einer höheren Empfindlichkeit der Glukokortikoid-Rezeptoren verbunden war. Lehrner et al. (2014) wiesen dies für mütterliche PTBS nach. Bei Kriegsveteranen konnte gezeigt werden, dass eine PTBS-Diagnose ebenfalls mit einer geringeren Methylierung des NR3C1-Ip-Promotors und wiederum mit einer höheren Empfindlichkeit gegenüber einer Cortisol-Suppression mit 0,5 mg Dexamethason verbunden war.

Ein sensibilisiertes System reagiert auf die gleiche oder eine ähnliche Herausforderung mit einer stärkeren Reaktion (Post, 1992). Im Falle der PTBS bedeutet dies, dass das negative Rückkoppelungssystem stärker bzw. sensibler reagiert, was sich auch in einer stärkeren zirkadianen Rhythmik des Cortisolspiegels widerspiegelt (Yehuda et al., 2005). Symptome wie Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit, erhöhter psychischer Stress und physiologische Erregung bei Erinnerungen an das Trauma verweisen auf eine übersteigerte Reaktionsfähigkeit (Yehuda et al., 1996).

Das Ursache-Wirkungs-Prinzip im Bereich der komplexen HPA-Regulation bei Stress ist noch nicht vollständig geklärt. Es gibt Hinweise darauf, dass ein niedriger Cortisolspiegel bereits vor der Trauma-Exposition bestanden haben könnte, was auf einen transgener Transfer in Verbindung mit einer frühen Glukokortikoid-Programmierung hindeutet (Yehuda et al., 2006). Die Glukokortikoid-Programmierung findet sowohl prä- als auch postnatal statt (Seckl, 2004), sodass epigenetische Veränderungen mit HPA-Veränderungen bei PTBS in Verbindung gebracht werden können. DNA-Methylierung verändert die Aktivität von Genen, die die HPA-Regulation beeinflussen und bereits durch frühe Lebensereignisse (unterschiedliche mütterliche Fürsorge) programmiert werden. Im Tierversuch mit Rattenwelpen konnte eine dauerhafte Veränderung der Expression des Glukokortikoid Rezeptors im Hippocampus und der HPA-Funktion nachgewiesen werden (Francis et al., 1999). Beobachtungen sowohl bei Säuglingen als auch bei erwachsenen Nachkommen von Eltern mit PTBS weisen auf einen ähnlichen Prozess hin, der für die Entwicklung einer PTBS verantwortlich sein könnte und zwischen den Generationen weitergegeben wird (Champagne et al., 2001), was auch

mit neueren Beobachtungen von Veränderungen der HPA-Achse sowohl bei Säuglingen als auch bei erwachsenen Nachkommen von Eltern mit PTBS übereinstimmt.

Die mögliche Rolle epigenetischer Mechanismen bei der Weitergabe oder Übertragung von Traumafolgen wird derzeit untersucht. Yehuda & Lehrner (2018) unterscheiden zwei epigenetisch vermittelte Effekte. Den Einfluss früher Umwelteinflüsse auf die peri- und postnatale Entwicklung der Nachkommen und die Möglichkeit epigenetischer Veränderungen, die bereits vor der Empfängnis bei den Eltern auftreten und über die Keimbahn und fetoplazentare Interaktionen weitergegeben werden. Nachdem geschlechtsspezifische epigenetische Effekte gefunden wurden, vermuten Yehuda et al. (2018), dass das Geschlecht und das elterliche Entwicklungsstadium zum Zeitpunkt der Traumatisierung diese Unterschiede erklären. Eindeutige Aussagen über die Übertragbarkeit von Stress aus Tiermodellen (Alhassen et al., 2021) auf Studien am Menschen sind derzeit aufgrund der geringen Anzahl von Studien und methodischer Schwierigkeiten bei der Durchführung dieser Studien nicht möglich.

Nur prospektive Mehrgenerationenstudien können aufklären und zu einem besseren Verständnis beitragen, wie individuelle, kulturelle und soziale Erfahrungen über epigenetische Mechanismen unsere Biologie prägen (Yehuda & Lehrner, 2018).

3 Transgenerationale Auswirkungen von Trauma aus personenzentrierter Sicht

Betrachtet man die Ergebnisse der empirischen Forschung zum Phänomen der „transgenerationalen Weitergabe“ von Traumata, so zeigt sich, dass die auf klinischer Beobachtung beruhenden Annahmen einer generellen Weitergabe traumatisierender Erfahrungen, die sich bei den Nachkommen psychopathologisch niederschlagen würden, empirisch nicht haltbar sind (s. Kap. 2).

Voraussetzung für eine „Transmission“ ist nämlich nicht nur eine lebenslange Traumafolgestörung eines Elternteils, insbesondere der Mutter, oder beider Eltern, sondern eine von den Kindern mehr oder weniger unterschwellig wahrgenommene Inkongruenz der Bezugspersonen, insbesondere der Mutter, oder beider Eltern (vgl. dazu Silbert, 2010; Letzter-Pouw & Werner, 2013; Letzter-Pouw et al., 2014).

Entscheidend scheint darüber hinaus zu sein, wie sich die traumatischen Erfahrungen der Eltern in ihrer Kommunikation mit den Kindern bemerkbar machen.

Bei der Entwicklung des Kindes spielt grundsätzlich die Interaktion mit den wichtigen Bezugspersonen eine wesentliche Rolle. Im speziellen Fall, nämlich der Auswirkungen des Traumas der Eltern auf ihre Kinder, heißt dies auf vermittelnde Faktoren, wie die Kommunikation in der Familie und die Wahrnehmung der Kinder einzugehen.

Um die Frage zu beantworten, wie sich die Auswirkungen traumatisierender Konzentrationslagererfahrungen der Betroffenen auf ihre Kinder aus der Sicht der personenzentrierten Theorie beschreiben und erklären lassen, werden nachfolgend relevante entwicklungstheoretische und störungstheoretische Konzepte der personenzentrierten Theoriebildung umrissen, u.a. Bedürfnis nach positiver Beachtung, Wahrnehmung, Interaktion, Abwehr und Inkongruenz, die dann jeweils auf die Frage der transgenerationalen Auswirkungen von Traumata angewendet werden.

3.1 Die entwicklungstheoretische Perspektive

3.1.1 Entwicklung des Selbst

Im Zentrum der personenzentrierten Entwicklungstheorie steht die Entwicklung des Selbstkonzeptes. Dieses entwickelt sich in Beziehung zu anderen innerhalb einer kulturell geprägten Gemeinschaft und beinhaltet die Wahrnehmung der eigenen Person und ihrer Beziehung zu anderen wichtigen Personen und zur Außenwelt, einschließlich der damit verbundenen Werte (Rogers, 1951/2009, These VIII). Im alltäglichen Sprachgebrauch sind damit die Fragen „Wer bin ich?“, „Wie bin ich?“ und „Welche Bedeutung haben die Menschen und Dinge um mich herum für mich?“ gemeint (vgl. Biermann-Ratjen, 2006, S. 69).

Das leitende entwicklungstheoretische Prinzip ist für Rogers die Aktualisierungstendenz des Organismus im Allgemeinen und des Selbst im Besonderen. Rogers (1959/2007, S. 56) geht davon aus, dass sich bereits im Kind eine „Tendenz zur Aktualisierung des Organismus“ bemerkbar macht. Dessen „Verhalten ist der zielgerichtete Versuch des Organismus, seine erlebten Bedürfnisse nach *Aktualisierung* in der so *wahrgenommenen* Realität zu befriedigen“ (Rogers, 1959/2007, S. 56). Die

Aktualisierungstendenz äußert sich in der individuellen Ausprägung der jeweiligen Person einzigartig.

Die Selbstaktualisierungstendenz ist Teil der allgemeinen Aktualisierungstendenz, und zwar in Bezug auf das Selbst. „Die allgemeine Tendenz zur Aktualisierung drückt sich auch in der Aktualisierung des Teils der organismischen Erfahrung aus, in dem sich das symbolisiert, was wir Selbst nennen“ (Rogers, 1959/2007, S. 24).

So wie die Aktualisierungstendenz des gesamten Organismus sowohl auf die Erhaltung als auch auf die Entfaltung des Organismus ausgerichtet ist, gibt es auch bei der Selbstaktualisierungstendenz ein Kontinuum von der Erhaltung des Selbst (Selbstbehauptungstendenz bei Biermann-Ratjen, 2006, S. 96) zur Entfaltung des Selbst (Selbstentfaltungstendenz).

Die Erfahrungen des Kindes unterliegen im günstigen Fall einem organismischen Bewertungsprozess. Erfahrungen, die der Organismus als erhaltend oder fördernd wahrnimmt, werden positiv bewertet, im umgekehrten Fall wendet es sich ab und bewertet sie negativ. Die Selbsterfahrungen des Kindes, d.h. die Art und Weise, wie es sich seiner selbst bewusst wird und wie es handelt, entwickeln sich in der Interaktion mit den unmittelbaren Bezugspersonen und der Umwelt (Rogers, 1959/2007, S. 57). Dieser interaktionelle Prozess beruht einerseits auf der „integrativen Kompetenz“ des Kindes und andererseits auf der „intuitiven Mütterlichkeit“ einer wichtigen Bezugsperson (Biermann-Ratjen, 2006, S. 77).

Nach Biermann-Ratjen (1996, S.19) werden Erfahrungen nur dann zu Selbsterfahrungen, wenn das Kind wahrnehmen kann, dass es in diesen Erfahrungen von wichtigen Bezugspersonen, die kongruent sind, empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt wird. Seine Gefühle und Wahrnehmungen, seine Wünsche und Bedürfnisse, aber auch seine Ängste und Befürchtungen können, wenn sie von wichtigen Bezugspersonen anerkannt und wertgeschätzt werden, entsprechend in das Selbstbild integriert werden. (ebd. S. 20)

Die Selbstentwicklung hängt also davon ab, ob die Erfahrungen des Kindes von kongruenten Bezugspersonen einfühlsam und unbedingt positiv begleitet werden. Erfahrungen, in denen sich das Kind nicht unbedingt wertgeschätzt fühlt, werden nicht in das Selbstbild integriert (Biermann-Ratjen, 1996, S. 20) und stellen aufgrund der „Verdrängung der organismischen Bewertung“ ein „Hindernis für die Integration der

Selbsterfahrung in das Selbstbild“ dar (Biermann-Ratjen, 1996, S. 20). Sobald sich ein erstes Selbstkonzept herausgebildet hat und die Selbstwahrnehmung zum Gegenstand der Wahrnehmung wird, entsteht das Bedürfnis nach positiver Selbstachtung (Biermann-Ratjen, 1996, S. 25) (vgl. Kap. 3.1.4).

Aus der personenzentrierten Theorie der Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie, die eine Veränderung des Verhältnisses zum eigenen Erleben und zunehmende Kongruenz unter den Bedingungen empathischen Verstehens bei unbedingter Wertschätzung und Kongruenz einer therapeutischen Person beschreibt, leitet Biermann-Ratjen (2008, S. 159) ab, dass dies auch für die Entwicklung eines Kindes maßgebend ist. Dieser Grundgedanke wurde von Biermann-Ratjen (1996) weiterentwickelt und die kindliche Selbstentwicklung in Anlehnung an die Forschungsergebnisse von Daniel Stern (1985/1992) in drei Phasen beschrieben (s. Kap. 3.1.3).

3.1.2 Frühkindliche Interaktionsprozesse

Das Wissen um basale Interaktionsprozesse ist insofern wichtig, als sie lebenslang einen Einfluss auf die Entwicklung einer Person haben. Die "Säuglingsforschung" als ein Spezialgebiet der Entwicklungspsychologie hat Gesetzmäßigkeiten der Wahrnehmungs- und Gefühlswelt des Säuglings erkannt. Insbesondere wurde die Annahme widerlegt, dass der Säugling in den ersten Lebensmonaten ein passives, undifferenziertes und triebgesteuertes Wesen sei. Der "neue Blick" auf den Säugling zeichnete vielmehr das Bild eines "kompetenten Säuglings", der trotz seiner Abhängigkeit von Bezugspersonen und seiner weitgehenden Hilflosigkeit über eine Fülle von Fähigkeiten und Gefühlen verfügt, die es ihm ermöglichen, seine Welt und sich selbst als geordnet und nicht als Chaos wahrzunehmen. Schon sehr früh ist der Säugling in der Lage, unterschiedliche sensorische Wahrnehmungen zu koordinieren und ein kohärentes Konzept von Objekten zu bilden (Dornes, 2013, S. 60).

Durch die Bindung und den affektiven Austausch mit einer verlässlichen Bezugsperson bildet sich aus einer Flut von Erfahrungen ein leibliches Kernselbst heraus, das Gefühl, „eine zusammenhängende, abgegrenzte körperliche Einheit zu sein, mit einem Gefühl, selbst zu handeln und selbst zu fühlen und von Kontinuität in der Zeit und damit eine eigene Geschichte“ zu haben (Biermann-Ratjen, 2006, S. 79).

Im Folgenden wird dieser dynamische Prozess der individuellen Interaktionserfahrungen des sich entwickelnden Kindes mit seiner Bezugsperson und seiner subjektiven Wahrnehmung, die zu seinem Selbstverständnis führen, aus der Sicht von Biermann-Ratjen beschrieben.

3.1.3 Phasen der Selbstkonzeptentwicklung nach Biermann-Ratjen

Die nachfolgend skizzierten Phasen sind als ein Kontinuum zu verstehen.

Die erste Phase ist vom 1. – 9. Monat ist durch ein wechselseitiges „Aufeinanderbezogensein“ gekennzeichnet. Dieses geht mit der Fähigkeit der Bezugsperson, häufig der Mutter, einher, die Affekte des Säuglings empathisch zu verstehen und angemessen im Sinne einer Beruhigung der Grundbedürfnisse wie Schlaf- und Wachrhythmus, Still- und Hungerperioden zu beantworten. In der Bindung an die Mutter oder eine andere wichtige Bezugsperson macht der Säugling die für sein Überleben entscheidende Erfahrung des „körperlich und psychisch Am Leben-Gehaltenwerdens“ (Biermann-Ratjen et al., 2016, S. 209).

In dieser Phase ist das Gefühl des grundsätzlichen Angenommenseins von großer Bedeutung. Der Säugling erlebt sich und seine Umwelt zunächst präsymbolisch, d.h. er ist noch nicht in der Lage, seine Körperempfindungen, Gefühle und Absichten zu reflektieren. Säuglinge „(...) verfügen über ein subtiles Repertoire von mimischen, lautlichen und gestischen Verhaltensweisen, mit denen sie den Eltern ihre Befindlichkeit signalisieren und deren Interaktionsangebote beeinflussen“ (Dornes, 2014, S. 21).

Diese differenzierte Wahrnehmungs-, Gefühls- und Interaktionsfähigkeit des Säuglings ist mit bloßem Auge nicht sichtbar. Dornes vergleicht die gegenseitige Beziehungsregulation mit einem Tanz, bei dem sich beide Partner aufeinander abstimmen und jede Unstimmigkeit neu reguliert wird. Der gegenseitige Blickkontakt im frühen Säuglingsalter dient der Feinabstimmung der Interaktion (Biermann-Ratjen, 2006).

In den ersten Lebensmonaten bis etwa zum dritten Monat geht es vor allem um diese Abstimmung und Beziehungsregulierung zwischen der Bezugsperson und Kind. Etwa ab dem dritten Lebensmonat ist das Kind in der Lage, zurückzulächeln und sich aktiv durch Mimik und Gestik mit der Bezugsperson auszutauschen und den Kontakt zu ihr zu suchen. Ab dem siebten bis neunten Monat zeigt das Kind Initiative und reagiert,

wenn es blockiert wird. Entscheidend ist in dieser Phase, wie die Bezugsperson auf die Initiative des Kindes reagiert. Diese Erfahrungen prägen das Initiativverhalten des Kindes im späteren Leben. Wenn die Bezugsperson empathisch ist und die Initiative des Kindes positiv aufnimmt und kongruent bleibt, wird das Kind später keine Probleme haben, die Initiative zu ergreifen (Biermann-Ratjen, 2006, S. 89).

Bereits in der *ersten Phase* der kindlichen Entwicklung können affektive Erfahrungen, die aufgrund von Inkongruenz der Bezugspersonen nicht empathisch verstanden und gewürdigt werden, ungünstige Konsequenzen haben. Dies betrifft vor allem das Bindungsbedürfnis. Störungen durch eine emotional abwesende und nicht affizierbare Bezugsperson führen zu dem Verlust an persönlicher Sicherheit und (Ur-)Vertrauen. Tiefsitzende existenzielle Angst und innere Leere können die Folge sein.

In der teilweisen noch präsymbolischen Phase entsteht im Anschluss an die erste Phase das subjektive Selbstgefühl. In dieser zweiten Phase begreift das Kind, dass sein Erleben zu ihm gehört und dass andere es anders erleben können. Es erkennt, dass hinter äußeren Handlungen innere Motive stehen. Es ist in der Lage, sein Erleben mit dem anderer zu vergleichen und zu teilen. Es beginnt, sich für sich selbst zu interessieren. Gefühle und Affekte, die die Bezugsperson wahrnimmt und einstimmig spiegelt, erleichtern es dem Kind, sie als zu sich gehörig anzunehmen. Es macht die Erfahrung, dass es seine Gefühle der Bezugsperson mitteilen kann und von ihr gesehen wird. Die Erlebnisswelt des Kindes wird mit der Bezugsperson nicht nur geteilt, sondern auch bewertet. Bezugsperson und Kind können sich darüber verständigen, wie sie die Befindlichkeit des Kindes einschätzen und welche Bedeutung sie hat. Für das Kind ist es sehr wichtig, dass es in seinen affektiven Erlebniszuständen wahrgenommen und verstanden wird und dass die Bedeutung, die es ihnen zuschreibt, auch von der Bezugsperson geteilt wird (Biermann-Ratjen, 2006; Stern, 1985/1992). Es sucht nach Selbstbestätigung und es geht dem Kind nun auch darum, seine Ziele unabhängig von der positiven Spiegelung durch die Bezugsperson zu erreichen. In dieser Entwicklungsphase ist das Verstandenwerden besonders bedeutsam (Biermann-Ratjen, 2006, S. 89).

Werden in dieser *zweiten Phase* die emotionalen Reaktionen des Kindes von der Bezugsperson weder empathisch verstanden noch unbedingt positiv beachtet, so werden diese im Falle des Wiederauftauchens als gefährlich und damit bedrohlich

wahrgenommen. Menschen, deren Entwicklung in dieser Phase stagniert, erleben „Angst, absolut böse und wertlos zu sein (und deshalb verlassen zu werden bzw. mutterseelenallein zu sein)“ (Biermann-Ratjen, 2006, S. 109).

Die letzte und dritte Phase der Selbstkonzeptentwicklung ist nach Biermann-Ratjen (2006, S. 90) ein „Prozess der Herstellung von Kongruenz zwischen den realen Selbsterfahrungen (...) und dem Selbstkonzept, (..) in der Interaktion mit empathischen und unbedingt wertschätzenden Bezugspersonen“. Durch den Spracherwerb wird es möglich, innere Erfahrungen mitzuteilen, wodurch sie auch „wahr werden“ und über ein empathisches und unbedingt positiv wertschätzendes kongruentes Gegenüber als Selbsterfahrungen in das Selbstkonzept integriert werden und den Erwerb des Gefühls der Selbstkonstanz ermöglichen. Damit einher geht das Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung (vgl. Kap. 3.1.4) und dem Bedürfnis, in seinem Erleben verstanden zu werden. Die intrapsychische und interpersonelle Entwicklung und ihre Organisation im Selbsterleben des Kindes formen sein Selbstverständnis und beeinflussen in der Folge die Interpretation seiner Wahrnehmungen aufgrund seines Bedürfnisses nach positiver Beachtung. In der dritten Phase der Selbstkonzeptentwicklung wirkt sich im besonderen Maße die Kongruenz der wichtigen Bezugsperson aus und ermöglicht es seinerseits dem Kind kongruent zu sein (Biermann-Ratjen, 2006, S. 90).

Bei Entwicklungsstörungen in dieser *dritten Entwicklungsphase* zweifeln Menschen an sich selbst, wenn sie Erfahrungen machen, die nicht mit dem Selbstkonzept übereinstimmen. Dies löst Ängste, nicht richtig zu sein, und Schuldgefühle aus, vor allem wenn sie nur bedingte Anerkennung erfahren und sich in ihrem „So-Sein“ nicht geliebt fühlen. Erfahrungen bedingter Anerkennung werden dann entweder verleugnet oder so verzerrt, dass sie mit dem Selbstkonzept vereinbar sind. Dies führt häufig zur Parentifizierung, d.h. Kinder bemühen sich, den Eltern gute Gefühle zu vermitteln. Autonomie- und Selbstverwirklichungsbedürfnisse bedrohen nämlich das Selbstkonzept und werden als unangemessen erlebt, was zu unverständlicher Irritation und auch zu Vermeidungsverhalten führt (Biermann-Ratjen, 2002).

3.1.4 Unbedingte positive Beachtung

Zu den drei zentralen Voraussetzungen einer personenzentrierten Grundhaltung gehört die unbedingte positive Beachtung, mitunter auch als unbedingte Wertschätzung oder bedingungslose Anerkennung bzw. Akzeptanz bezeichnet (Rogers, 1961/2004).

Akzeptieren heißt hier ein warmherziges Anerkennen dieses Individuums als Person von bedingungslosem Selbstwert – wertvoll, was auch immer seine Lage, sein Verhalten oder seine Gefühle sind. Das bedeutet Respekt und Zuneigung, eine Bereitschaft, ihn seine Gefühle auf seine Art haben zu lassen. Es bedeutet ein Annehmen seiner Gefühle, Rücksicht auf seine momentanen Einstellungen, gleichgültig wie negativ oder positiv sie sind, wie sehr sie Einstellungen, die er in der Vergangenheit gehabt hat, widersprechen. Das Akzeptieren jedes schillernden Aspekts dieses anderen Menschen läßt die Beziehung für ihn zu einer Beziehung der Wärme und Sicherheit werden; die Sicherheit als Mensch gemocht und geschätzt zu werden, ist anscheinend ein höchst wichtiges Element einer hilfreichen Beziehung (Rogers, 1961/2004, S. 47).

Rogers betont die Bedeutung der frühen Erfahrungen des Kindes für seine psychische Entwicklung: „Einer der ersten und wichtigsten Aspekte der Selbsterfahrung des durchschnittlichen Kindes ist, dass es von seinen Eltern geliebt wird.“ (Rogers, 1951/2009, S. 431). Es nimmt sich im günstigen Fall „als der Liebe wert wahr“ (Rogers, 1951/2009, S. 431).

Nun ist es eher unwahrscheinlich, dass eine Bezugsperson diese optimale Haltung der bedingungslosen Wertschätzung konsequent einnehmen kann. Sie wird aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen in einem kulturellen Kontext auch Bewertungen von außen unterworfen gewesen sein, deren Beachtung ihr eine erfolgreiche Sozialisation ermöglicht hat und die sie sich auch für ihre Nachkommen wünscht. Insbesondere Im Rahmen einer langanhaltenden Traumafolgestörung, die durch einen Wechsel von Intrusionen (physischer und psychischer Überflutung) und Konstriktion (Vermeidung aller Reize, die mit dem Trauma in Verbindung stehen) gekennzeichnet ist (vgl. Biermann-Ratjen, 2003), ist eine Haltung unbedingter positiver Wertschätzung der eigenen Kinder erschwert. Die damit einhergehende rigide und widersprüchliche Kommunikation aufgrund der chronischen Inkongruenz der traumatisierten Bezugsperson führt bei den Kindern trotz grundsätzlicher Zuneigung der Eltern zu der Erfahrung von bedingter

Wertschätzung. Das Kind erfährt, dass sein Verhalten, das es selbst als befriedigend erlebt, möglicherweise zu Affektausbrüchen oder Rückzugstendenzen der Bezugsperson führt. So mag z.B. sein Bedürfnis nach mehr Autonomie von den Eltern als Bedrohung erlebt werden. Um aber die Bedrohung seines Selbsterlebens als geliebte und liebenswerte Person nicht zu gefährden, wird das Kind die Befriedigung seines Bedürfnisses nach mehr Autonomie verleugnen oder verzerrt symbolisieren, und zwar dahingehend, dass es die Bewertung seines für ihn befriedigenden Verhaltens durch die Bezugsperson übernimmt und sich in weiterer Folge aufgrund des Bedürfnisses nach positiver Selbstbeachtung nicht an den eigenen organismischen Bedürfnissen, sondern an den internalisierten Bewertungen von den wichtigen Bezugspersonen orientiert.

Bedingte, d.h. selektive positive Zuwendung wird in der personenzentrierten Störungstheorie als Ursache psychischer Fehlanpassung angesehen, da dadurch aufgrund des Bedürfnisses nach positiver Beachtung Abwehrprozesse wie Verleugnung und Verzerrung angestoßen werden, die wiederum Inkongruenz auslösen, d.h. eine Diskrepanz zwischen dem erfahrenden Organismus und dem Selbstkonzept.

3.1.5 Wahrnehmung und Wahrnehmungsabwehr

Wie bereits erwähnt, werden Erfahrungen nur dann zu Selbsterfahrungen, wenn es den Eltern gelingt, ihre unbedingte Wertschätzung für die Erfahrungen des Kindes zu vermitteln und das Kind diese auch wahrnimmt (Biermann-Ratjen, 2006). Das vorliegende Kapitel widmet sich daher der Wahrnehmung bzw. Prozessen der Wahrnehmungsabwehr, sowohl aufseiten der Holocaust-Opfer als auch aufseiten deren Nachkommen, die wiederum eng mit der fragmentierten Kommunikation der Beteiligten zusammenhängt (s. Kap. 3.1.6). Zur Veranschaulichung des Phänomens werden Auszüge aus Interviews von Epstein (1987) mit Nachkommen von Holocaust-Überlebenden herangezogen.

Die Entwicklung eines Menschen bzw. seines Selbstkonzeptes ist geprägt von seiner Wahrnehmung, darunter auch der Wahrnehmung der Interaktionsprozesse mit anderen, noch enger gefasst der verbalen und nicht-verbalen Kommunikation.

Die Wahrnehmung umfasst die Verarbeitung von Reizen bzw. Sinnesempfindungen, deren mentale Repräsentation, die damit verbundene Interpretation auf der Grundlage früherer Erfahrungen und deren Verarbeitung und Handlung, die wiederum die Reize aus der Umwelt verändern (Goldstein, 2007). Dazu gehören „(...) die Wahrnehmungsvorgänge beim Sprechen und Zuhören, einschließlich dem Erfassen der nichtverbalen Kommunikation durch Mimik, Gestik und Bewegungen“ und alle „Leistungen der Wahrnehmung, die am Verstehen, dem emotionalen Erleben und der Regulation von sozialen Interaktionen beteiligt sind“ (Goldstein, 2002, S. 5).

Wahrnehmung ist so etwas, wie ein „dynamisches Suchen nach der besten Deutung der erhaltenen Daten“ (Martin & Wawrinowsky, 1993, S. 13). In diesem Zusammenhang ist die unterschwellige Wahrnehmung von besonderer Bedeutung. „Der Organismus kann (...) Reize und deren Bedeutung für den Organismus unterscheiden (...). Diese Fähigkeit erlaubt dem Individuum, eine Erfahrung als bedrohlich zu erkennen, ohne dass die Bedrohung im Gewahrsein symbolisiert wurde“ (Rogers, 1959/2007, S. 28).

Dies heißt, dass die Person organismisch mit etwas beschäftigt ist, das sie aber noch nicht vollständig symbolisiert hat, m.a.W. liegt ein noch unvollständiger Wahrnehmungsprozess vor. Für Rogers sind Wahrnehmung und Gewahrwerdung Synonyme, wobei Gewahrwerdung die Bedeutung des wahrgenommenen Reizes und die Symbolisierung abdeckt (Rogers, 1959/2007, S. 28). Unsere Wahrnehmung vermittelt nicht die objektive Realität, sondern eine subjektive, die von verschiedenen Faktoren wie Erfahrungen, Erwartungen, Bewertungen und Bedürfnissen beeinflusst wird. Das Wahrgenommene wird auf ein Bezugssystem hin strukturiert (vgl. Lahmer, 2007, S. 54), das in der Folge als Filter wirkt und demzufolge zur Wahrnehmungsabwehr, d.h. zu Verleugnung oder Verzerrungen des Wahrgenommenen, führen kann (Rogers, 1959/2007) (vgl. Kap. 3.2.1).

In Bezug auf die vorliegende Thematik heißt das: Auch wenn Eltern ihre aktuellen Erfahrungen von Überforderung und Angst aufgrund der Ereignisse vor und während der KZ-Haft vor ihren Kindern verbergen, nehmen Kinder das Unausgesprochene unterschwellig wahr, wie Auszüge aus Interviews zeigen, die Helene Epstein, Tochter von Überlebenden der Konzentrationslager Bergen-Belsen und Auschwitz, auf der Suche nach der Bedeutung ihrer eigenen Wahrnehmungen mit anderen

Nachkommen von Überlebenden, geführt hatte: „Ich (...) brauchte Stimmen, die mir sagten, all das, was ich da mit mir trage, sei Wirklichkeit, nicht grausige Phantasie“ (Epstein, 1987, S. 13).

Ihre eigenen Wahrnehmungen beschrieb sie als

„schwer zu erfassende Dinge“, die ich „mit mir herumtrug“. „Lange Jahre war es in einer Art Kasten tief in mir vergraben. Ich wusste, dass ich – verborgen in diesem Kasten – schwer zu erfassende Dinge in mir herumtrug. (...). Was aber dieser Kasten in mir barg, hatte weder Gestalt noch ließ es sich benennen. Im Gegenteil: Es besaß eine Macht von so düsterer, furchtbarer Gewalt, daß die Worte, die sie hätten benennen können, vor ihr zergingen. (...) Waren die Eltern abends ausgegangen (...), erschien mir das Zimmer, ja, unser ganzes Leben, schutzlos, unbehütet. Jeden Augenblick konnten Einbrecher oder Mörder bei uns eindringen und über uns Wehrlose herfallen (Epstein, 1987, S. 9).

Dass Kinder das Ungesagte unterschwellig wahrnehmen, verdeutlicht auch die folgende Aussage aus einem der Interviews:

„Ich habe immer gespürt, daß bei uns zu Hause irgend etwas anders war“, (..) aber es blieb ungreifbar. Ich spürte, dass sich ein Geheimnis, irgend etwas Eigenartiges mit der Vergangenheit, mit dem Ort verband, wo ich auf die Welt gekommen bin (Epstein, 1987, S. 22).

Diese Beispiele zeigen die Verunsicherung durch das unterschwellig Wahrgenommene und den Versuch, diese scheinbare Ungereimtheit des Wahrgenommenen in Worte zu fassen oder, wie im gleich folgenden Fall, bildhaft darzustellen. Kinder empfinden die Last der Eltern als ihre eigene, es tauchen Bilder auf, die erschreckend sind, aber nicht mit den Eltern geteilt werden können, um sie nicht zu belasten. Sie lesen Gestik und Mimik und können die Bedeutung hinter den Worten oft nicht erfassen, es fehlt der gemeinsame Erfahrungs- und Wissenshintergrund. Es bleibt das Eigentliche verborgen oder wird, wie im Beispiel weiter oben, verzerrt symbolisiert als etwas (nämlich als Kasten), das Unheilvolles in sich birgt und von dem eine Bedrohung ausgeht, die real als Angst vor dem „Überwältigtwerden“ erlebt wird.

In einem anderen Beispiel wird eine körperlich spürbare Belastung bildhaft symbolisiert:

Ich spürte etwas wie einen schweren, schwarzen Gegenstand, der mich nach unten zog. Manchmal ist er in meinem Bauch, dann wieder lastet er so schwer auf dem Gehirn, daß ich nicht klar denken kann. (...). Ich fing also an zu zeichnen, was ich fühlte. Es packte mich richtig. Ich wußte nicht, was ich tat. Ich wurde ganz hineingezogen. Als ich damit fertig war und es an die Wand hängte, war ich tief bewegt (...), auch ein bißchen geängstigt. Zum ersten Mal in meinem Leben sind meine häßlichen Gefühle herausgekommen. Meine unschönen, scheußlichen Gefühle. Die Zeichnung war ein einziges großes Symbol. (...) und in der Hauptsache schwarz und rot. Blut und Stacheldraht. Sie zeigte einen einzigen Stern, einen kleinen gelben Davidstern. Geisterhafte Gestalten (Epstein, 1987, S. 40f.).

Der folgende Auszug aus einem der Interviews ist ein Beispiel für die Interpretation des Wahrgenommenen und der damit verbundenen Verantwortung, die auf der interviewten Person als Nachkommin von Holocaust-Überlebenden lastet. Er veranschaulicht die Umkehrung der Eltern-Kind-Rolle, nämlich sich verpflichtet zu fühlen, den Eltern gute Gefühle zu vermitteln, um sie zu entlasten (Kap. 3.2.2):

Aber ich erinnere mich, dass ich Dinge hörte, die in der Luft lagen. Spannungen. Ich habe immer darauf gewartet, dass irgendetwas explodiert. Ich glaube, ich hatte irgendwie die sonderbare Idee, daran sei ich schuld, weil ich nicht brav war (Epstein, 1987, S. 35).

Ich glaube nicht, daß meine Eltern mir gegenüber jemals erwähnt haben, daß sie geschlagen oder gefoltert wurden. Vermittelt wurde einem vor allem, daß sie gelitten hatten und dass sie schonungsbedürftig waren. Sie wirkten nach außen hin sehr stark, doch wir mussten behutsam mit ihnen umgehen, da sie überaus zerbrechlich waren. Ich hatte kein Recht, zornig auf sie zu werden (...). Ich fühlte mich von ihnen mit einer Bürde belastet, (...). Ich mußte glücklich sein, um einen Ausgleich für all das zu schaffen, was geschehen war (...). Es war eine ungeheure Verantwortung. (...). Es war, als ob jeder von uns einen verlorenen Menschen ersetzen sollte (Epstein, 1987, S. 38f.).

Die befragte Nachkommin nimmt demnach wahr, dass die Eltern trotz deren starkem Auftreten schonungsbedürftig sind und dass eine Selbstbehauptung ihrerseits die Eltern belasten können. Sie hatte das Gefühl, eine andere Identität leben zu müssen,

um die Eltern für ihre Verluste zu entschädigen. Sie fühlte sich verantwortlich und meinte sie glücklich machen zu müssen.

Detaillierte Schilderungen von Gewalterfahrungen können von Kindern nicht verarbeitet werden. Das folgende Beispiel zeigt, dass die Beobachtung des Verhaltens (z.B. Affektausbrüche) oder das Sehen der Folgen der Gewalteinwirkung (körperliche Schäden) ausreichen, um eine Vorstellung von den traumatisierenden Erfahrungen zu bekommen:

Ich wollte nicht hören, daß mein Vater im Gefängnis war, dass andere Männer ihn bespuckt, getreten, geprügelt hatten. Er erwähnte diese Dinge nicht, aber wir wußten sie trotzdem. Das Aussehen seiner Füße, die gelblichen Zehen, die deformierten Nägel, seine Art zu essen, auf Forderungen an ihn zu reagieren – all das sagte mehr als Worte (Epstein, 1987, S. 58).

Wenn traumatische Erfahrungen in einer bedeutungsvollen, positiven und informativen Weise geteilt werden, fühlen sich Kinder sicher und bleiben handlungsfähig. Wahrnehmungen der Kinder werden durch eine sinnstiftende Erklärung der Eltern bzgl. ihrer Symptome und dem damit verbundenen aktuellen Erleben im Kontakt mit ihnen validiert (Wiseman et al., 2002). Worte allein reichen nicht. „Wer mitfühlen, mitdenken will, braucht Deutungen des Geschehens. Das Geschehen allein genügt nicht.“ (Klüger, 2008, S. 127).

Traumatisierte Eltern jedoch haben aufgrund ihrer eigenen emotionalen Belastung Schwierigkeiten, sich auf die Bedürfnisse ihrer Kinder einzustellen und deren emotionale Befindlichkeit einfühlsam und wertschätzend zu begleiten. Dies wirkt sich auch auf die innerfamiliäre Kommunikation aus, die im Folgenden anhand von autobiographischen Auszügen von Nachkommen von KZ-Überlebenden thematisiert wird.

3.1.6 Kommunikation in der Familie

Rogers (1957/1991) stellte Regeln für eine gelingende Kommunikation im Rahmen psychotherapeutischer Arbeit auf, deren wichtigste Merkmale einführendes Verstehen, unbedingt positive Wertschätzung und Kongruenz sind. Zudem kommt es aber noch darauf an, dass diese, vor allem die unbedingte positive Beachtung und das empathische Verstehen, derart der Klient:in gegenüber kommunikativ zum Ausdruck gebracht

werden, dass sie als solche Qualitäten von der Klient:in auch wahrgenommen werden. Diese drei Grundhaltungen spielen gemäß der Theorie der zwischenmenschlichen Beziehung (vgl. Rogers, 1959/2007, Kap. IV), wie bereits erwähnt, eine wesentliche Rolle bei der Selbstkonzeptentwicklung und führen in einer entwicklungsadäquaten authentischen Kommunikation dazu, dass Erfahrungen des Kindes, die von den wichtigen Bezugspersonen empathisch verstanden und unbedingt positiv wertgeschätzt werden, als organismisch bewertete Erfahrungen in Form von Selbsterfahrungen integriert werden können, zumal dann die Wahrnehmung organismischer Erfahrungen keine Bedrohung darstellt (vgl. auch Biermann-Ratjen, 2006, S. 77).

Eine kongruente Kommunikation des Erlebens in der zwischenmenschlichen Kommunikation würde bedeuten, dass alle „drei Ebenen, also das Erleben, das Selbst und die explizite und implizite Kommunikation des Erlebens, ineinandergreifen“ (Stumm & Keil, 2014, S. 21), was aber bei einem Elternteil mit einer Traumafolgestörung nicht zu erwarten ist. Hier käme es eher zu einer Kommunikation von nicht-authentischem Erleben. Das explizit Kommunizierte stimmt zwar mit dem Selbstkonzept überein, aufgrund der Diskrepanz zum Erleben auf organismischer Ebene wird die Kommunikation jedoch von unwillkürlichen körperlichen Signalen begleitet sein, die im Widerspruch zum Gesagten stehen.

Voraussetzung für eine gelungene Kommunikation ist die Fähigkeit der Bezugspersonen ihre eigenen Selbsterfahrungen zu verstehen und unbedingt positiv zu beachten, um diese falls nötig, zu benennen und mitzuteilen. Dazu zählt auch sich der verleugneten und verzerrten Erfahrungen bewusst zu werden, was bei einer Traumafolgestörung nicht erwartet werden kann.

Eine jahrelange Traumafolgestörung führt zur Chronifizierung der Inkongruenz (Biermann-Ratjen, 2003), was sich in einer rigiden und widersprüchlichen Kommunikation bemerkbar macht. Das löst Verwirrung im Gegenüber aus und bedingt ebenfalls widersprüchliche Botschaften (vgl. van Kessel & Keil, 2002, S. 110), wie der folgende autobiografische Ausschnitt einer Nachfahrin von Holocaust-Überlebenden deutlich macht:

Bei uns zu Hause flogen Wörter zwischen verschiedenen Welten hin und her, und ihr Sinn war ungewiß. Meine Eltern erzählten, doch was sie erzählten, machte nie etwas klar. Sie sprachen über Menschen, aber diese Menschen waren alle nicht

mehr da. Ganz einfache Fakten verlangten lange Erklärungen. Nur wenig konnte als selbstverständlich genommen werden, beginnend damit, daß wir, wir alle, überhaupt am Leben waren (Epstein, 1987, S. 59).

Die Art und Weise der Kommunikation über die traumatischen Erfahrungen der Holocaust-Überlebenden korrelierte in den einschlägigen Studien (Alkalay et al., 2019; Almqvist & Broberg, 1997; Dalgaard & Montgomery, 2015; Wiseman et al., 2002) mit der von den Kindern berichteten Belastung, die sich z.B. in zwischenmenschlichem Stress und einem geringen Zugehörigkeitsgefühl äußerte. Der traumatisierte Elternteil wurde als kontrollierend, unbeherrscht und ängstlich empfunden, was eine offene Konfrontation mit den Eltern schwierig machte (Kap. 2.3.2). Da bei Traumafolgestörungen nach Extrembelastung davon auszugehen ist, dass die traumatischen Erfahrungen oder Teile davon verleugnet oder verzerrt symbolisiert werden, sind sie der Bewusstwerdung nur unvollständig oder gar nicht zugänglich und daher schwer zu vermitteln. Über Schlüsselreize taktiler, olfaktorischer, akustischer, optischer und chemischer Art können dann aber Intrusionen erlebt werden, d.h. die Abwehr gelingt nicht mehr und die belastende Situation wird in überschwemmender Weise erinnert – oft nur diffus und als massiv überwältigend wahrgenommen. In solchen Zuständen der Inkongruenz herrscht ein hohes Maß an körperlicher Anspannung, die nach Entladung drängt:

Mein Vater äußert sich bis auf den heutigen Tag nur selten über diese Zeit, (...). Er wird unruhig, sehr nervös, wenn Mutter darauf zu sprechen kommt. Er versucht, sie vom Thema abzubringen oder rückt auf seinem Stuhl hin und her oder benützt einen Vorwand, um aus dem Zimmer zu gehen. Hin und wieder platzt er mit etwas heraus, was er dahinter bereut. Was er alles durchgemacht hat, habe ich hauptsächlich von Mutter erfahren (Epstein, 1987, S. 24).

Gewalt-, Demütigungs- und Ohnmachtserfahrungen führen aufgrund der Verleugnung als Überlebensstrategie häufig zu einem strukturgebundenen Erleben, das oft mit Rigidität einhergeht. Rigidität liegt vor, wenn ein Umgangsstil vorherrscht, der auch in Situationen angewendet wird, in denen er unangemessen ist (van Kessel & Keil, 2002). Die Bewältigung des Alltags kann bei einer Traumafolgestörung durch strukturelle Stressreaktionen (neurobiologische Veränderungen), die durch Schlüsselreize ausgelöst werden, zu einer ständigen Herausforderung werden und die Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen. Bei Stressreaktionen kommt es zu einer Überflutung mit

Affekten. Verbalisierte Botschaften sind in diesem Zustand verwirrend und inkonsistent, sodass nonverbale und paraverbale Signale insbesondere bei inkongruenten Botschaften wichtiger sind als verbale (Röhner et al., 2016, S. 171).

Dies sei an einem Fallbeispiel verdeutlicht:

Der Vater einer Klientin, Frau P., der das Konzentrationslager überlebt hatte, zeigte bei Tisch wiederholt ein für die Klientin nicht nachvollziehbares aggressives Verhalten, das sich nur in einem verächtlichen Gesichtsausdruck und einer Körperspannung ausdrückte. Er hatte nicht nur in seiner Kindheit bis zum Alter von elf Jahren Hunger erlebt, sondern auch im Konzentrationslager. Sobald es der Klientin schmeckte und sie herzhaft zugriff, erntete sie einen bösen Blick. Sie hatte das Gefühl, dass er ihr das Essen missgönnt und dass es ihn ärgerte, dass es ihr schmeckt. Als sie im Alter von etwa 16 Jahren in einer sich bereits oft zugetragenen Szene bei Tisch, in einem Versuch der Selbstbehauptung provozierend lächelte, zitterte ihr Vater am ganzen Körper. Er griff zum Messer. Sie versuchte, ruhig zu bleiben, ohne es natürlich zu sein, und sagte ihm voller Verachtung, er solle sie umbringen, worauf er aufsprang, und sie ohrfeigte, bis sie weinte, was sie unbedingt vermeiden wollte. Dann nahm sie ihren vollen Teller, warf ihn auf den Tisch, so dass sich das Essen in alle Richtungen verteilte, stand auf und ging in ihr Zimmer. Als sie sich nach einer Weile aus der Deckung wagte, schien ihr Vater sich beruhigt zu haben und sagte: „Ich muss mir um dich keine Sorgen machen.“ Obwohl dieser Satz sie erleichterte, weil sie mit dem Schlimmsten rechnete, machte er sie traurig. Er zeigte keine Reue. Mit diesem Satz rechtfertigte er sein Handeln. Das Gefühl nur dann anerkannt zu werden, wenn sie in einer irrationalen und für sie verletzenden Situation wehrhaft blieb, machte sie traurig.

Da der Vater nie über seine Not und seine grausamen Erlebnisse sprach, gab es keinen gemeinsamen Erfahrungs- und Wissenshintergrund. Über das Ziel des Vaters kann nur spekuliert werden. Möglicherweise konnte er es nicht ertragen, dass seine Tochter ohne Strafe genießen durfte, vielleicht neidete er ihre besseren Zeiten. Oder er wiederholte eine Szene, die er mit sadistischer Grausamkeit erlebt hatte, um seine Tochter (unbewusst) einem Härtetest zu unterziehen.

Es ist auch zu vermuten, dass dem Vater gar nicht bewusst war, was ihn so erregte. Die Kommunikation der beiden lief weitgehend über Mimik und Gestik ab. Eine

vollständige Symbolisierung des Erlebten fand nicht statt. Offensichtlich fehlte dem Vater in dieser Situation die Fähigkeit zur Selbstregulation und Selbstkontrolle und er konnte nicht sagen, was ihn störte und warum es ihn störte (in dieser Auseinandersetzung hielt die 16-Jährige die Gabel nicht richtig).

Bereits eine Nichtigkeit kann als Trigger wirken. Der „Gefühls-Erinnerungsraum“ zwischen implizitem und explizitem Gedächtnis und die damit verbundene Erfahrung von Verstörung, Irritation und Disharmonie ist unter dem Mantel des Schweigens verborgen. Sie wird derart unerträglich, dass eine angemessene Kommunikation nicht mehr möglich ist und sich damit einhergehend Handlungen entwickeln, die auf Entladung des Spannungszustandes abstellen.

Rigide widersprüchliche Kommunikation und Gewalterfahrung führten zu einer massiven Verunsicherung und Ängstlichkeit bei Frau P. Der Wunsch sich zu behaupten, war begleitet von der Angst attackiert zu werden. Das führte zu einer Aggressionshemmung sowie einem verminderten Selbstwert und Zugehörigkeitsgefühl, was immer wieder in depressive Zustände mündete.

3.2 Die störungsspezifische Perspektive

3.2.1 Abwehrprozesse und Inkongruenz

Das zentrale Konstrukt des ätiologischen Modells von Rogers ist die Inkongruenz. Diese beschreibt den Widerspruch zwischen Selbst und dem aktuellen, leibnahen (organismischen) Erleben (Rogers, 1959/2007). Sie ist in vielen Fällen darauf zurückzuführen, dass die exakte Symbolisierung der organismischen Erfahrung durch Bewertungsbedingungen erschwert wird, die wiederum durch das Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung entstehen (s. Kap. 3.1.4). Die Tendenz zur Selbstaktualisierung stimmt dann nicht mit der allgemeinen Aktualisierungstendenz überein. Dieser Widerspruch führt zu Verwirrung und einem Spannungszustand, „weil hinsichtlich einiger Aspekte das individuelle Verhalten durch die Aktualisierungstendenz, bezüglich anderer Aspekte jedoch durch die Selbstaktualisierungstendenz geregelt wird“ (Rogers, 1959/2007, S. 33). Das daraus resultierende Verhalten bleibt für das Individuum unverständlich. Das, was es will, stimmt nicht mit der Erfahrung überein (ebd., S. 33) und führt zu einem Zustand der Verletzlichkeit bzw. Gefühl der Bedrohung. Von außen

betrachtet ist eine Person, die ihre Inkongruenz nicht wahrnimmt, verletzlich. Nimmt sie sie wahr, erlebt sie sie als Bedrohung ihres Selbstkonzepts, was mit Ängsten und Spannung verbunden ist.

Wenn bei einem Individuum ein hohes Maß an *Inkongruenz* von *Selbst* und *Erfahrung* vorliegt, und wenn eine bestimmte Erfahrung, die diese *Inkongruenz* beinhaltet, plötzlich oder sehr deutlich in Erscheinung tritt, dann ist der *Abwehrprozess* des Organismus nicht in der Lage, erfolgreich zu operieren (Rogers, 1959/2007, S. 63).

und es kommt zum Durchbruch der abgewehrten Erfahrung. Eine Traumafolgestörung weist auf Schwierigkeiten hin, das aktuelle Erleben zuzulassen und unbedingt positiv zu beachten. Folglich ist die Symbolisierung der damit einhergehenden Affekte erschwert bis gar nicht möglich. Die entstehende Diskrepanz zwischen dem erfahrenden Organismus und dem Konzept des Selbst führt zu einer psychischen Spannung. Bewusste Kontrolle wird schwieriger, was sich auch in der Kommunikation niederschlägt. (siehe auch das Fallbeispiel Frau P. in Kap. 3.1.6).

Eine psychische Fehlanpassung, die mit einer Reihe von diagnostischen Kategorien einhergehen kann, entwickelt sich, wenn die Wahrnehmung der beschriebenen Diskrepanz verweigert wird oder die „bewußte Wahrnehmung so stört, daß diese nicht exakt symbolisiert in die Gestalt der Selbststruktur integriert“ wird (Rogers, 1959/2007, S. 34). Somit ist Inkongruenz der Ausgangspunkt für eine psychische Fehlanpassung und zugleich „eine zentrale, diagnostisch relevante Kategorie der personzentrierten Störungslehre.“ (Stumm & Keil, 2014, S. 18).

Das Abwehrkonzept wird in der personzentrierten Theorie über zwei Formen der Abwehr definiert: einerseits durch Verzerrung, andererseits durch Verleugnung der Wahrnehmung einer Erfahrung. „Wenn eine Erfahrung vage oder unterschwellig als mit der Selbststruktur inkongruent wahrgenommen wird, scheint der Organismus mit einer Verzerrung der Bedeutung dieser Erfahrung zu reagieren (...) oder mit einer Wahrnehmungsverweigerung, um so die Selbststruktur vor Bedrohung zu bewahren“ (Rogers, 1959/2007, S. 35).

Die Wahrnehmung der Erfahrung absoluter Wertlosigkeit und Aussichtslosigkeit sowie die damit verbundene zutiefst beschämende Notwendigkeit der Unterwerfung (z.B. Entblößung, Diebstahl des Brotes vom ebenfalls hungrigen Nachbarn etc.) an einem

"Ort, der den Selbsterhaltungstrieb bis zur Kriminalität gefördert hat" (Klüger, 2008, S. 132), muss, um überhaupt weiterleben zu können, verweigert werden.

„Der *Abwehrprozeß* ... besteht aus der selektiven *Wahrnehmung* oder der *Entstellung* von *Erfahrung* und/oder der *Verleugnung von Erfahrung* vor dem *Gewahrsein*, so daß die totale *Wahrnehmung* der *Erfahrung* in Übereinstimmung mit der *Selbststruktur* und den *Bewertungsbedingungen* der Person bleibt“ (Rogers, 1959/2007, S. 62). „Verzerrung oder Unterdrückung von Information und *Intensionalität*“, d.h. das Dominieren von Konzepten und Überzeugungen, bedingen eine „*Wahrnehmungsrigidität* ... und ungenaue *Realitätswahrnehmung*“ (Rogers, 1959/2007, S. 62). Im Falle einer langanhaltenden Traumafolgestörung führt dies aufgrund des strukturgebundenen Erlebens zur chronischen Inkongruenz, die sich natürlich auch in der innerfamiliären Interaktion auswirkt.

3.2.2 Auswirkungen von Trauma und Traumafolgestörung

Menschen in den Konzentrationslagern waren dem Schrecken totaler Hilf- und Machtlosigkeit ausgesetzt. Nichts ausrichten zu können, stand mit einem Mal in einem unauflösbaren Widerspruch zu in das Selbstkonzept integrierten Erfahrungen von Wirkmächtigkeit, nämlich beim Gegenüber ein Mindestmaß an einfühlendem Verständnis und unbedingter Wertschätzung auslösen zu können. Um nicht nur physisch, sondern auch psychisch überleben zu können, musste die Wahrnehmung dieser extremen, das Selbst bedrohenden Inkongruenz radikal abgewehrt werden (Biermann-Ratjen, 2003). Dabei spielt das Phänomen der Dissoziation als Coping-Mechanismus bzw. als Folge einer Überforderung des Bewusstseins während und nach der traumatischen Erfahrung eine wesentliche Rolle (Fischer & Riedesser, 2020, S. 38). Dazu zählen die Derealisation und Depersonalisation, d.h. die Fähigkeit aus dem Körpererleben auszusteigen, neben sich zu stehen und so wenig wie möglich zu erleben. Dissoziation und Veränderungen in der Affektregulation können sich in anhaltenden dysphorischen Stimmungen, explosiver oder unterdrückter Wut und anhaltenden Selbstüberzeugungen äußern. Diese Veränderungen führen zu anhaltenden Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten und Nähe zu erleben (Herman, 1992). Affektive Erfahrungen müssen abgewehrt werden und werden nicht oder nur teilweise symbolisiert. Generalisiert führt der Verlust des selbstbestimmten Zugangs und der Affektregulation zu einer

Persönlichkeitsstörung, die als chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung anzusehen ist (Biermann-Ratjen, 2003, S.131).

Bei einer chronifizierten PTBS kommt es zu wiederholten Phasen von Verleugnung und Intrusion. Trotz einer gewissen Anpassungs- und Überlebensfähigkeit (Resilienz) der Holocaust-Überlebenden kann die Erinnerung an die traumatische Zeit das psychosoziale und biologische Gleichgewicht der Betroffenen stören und die Wahrnehmung und Bewertung der gegenwärtigen Erfahrungen überschatten und beeinträchtigen (van der Kolk, 1998).

Es ist nicht schwer sich vorzustellen, dass die Geburt eines Kindes eine Mutter oder auch einen Vater, die ihre traumatischen Erlebnisse nicht verarbeitet und den Verlust geliebter Menschen nicht (ausreichend) betrauert haben, emotional überfordern kann. Die Geburt kann Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auslösen, wie z.B. Depressionen, Ängste, Schlafstörungen, Alpträume, impulsiv auftretende Trauerreaktionen bis hin zu dissoziativen Zuständen wegen der getöteten Kinder oder anderer geliebter Familienmitglieder sowie der erlittenen psychischen und physischen Grausamkeiten. Aufgrund der fehlenden Unterstützung durch andere Familienmitglieder können Mütter und Väter von Schlaflosigkeit geplagt und durch die Betreuung eines Kindes völlig erschöpft sein. Das Bestreben, gute Eltern zu sein, verbunden mit dem sehnlichen Wunsch nach einem Kind, können durch die Traumafolgestörung und dem damit verbundenen organismischen Erleben in Konflikt geraten. Das gegenüber dem eigenen Anspruch diskrepante Erleben von Müdigkeit, Angst das Kind zu verlieren, Aggressivität aufgrund der Forderungen des Kindes nach emotionalem Kontakt und Anerkennung, eigene Versagensgefühle, Trauer, Überforderung unterliegt dann aufgrund der Unvereinbarkeit einer Abwehr. Dies hat zur Folge, dass diese Erfahrungen nicht vollständig bzw. nicht korrekt symbolisiert werden und sich im Kontakt mit dem Kind dahingehend auswirken, dass die mit dem unterschweligen Erleben der Eltern verbundenen Erfahrungen des Kindes ebenso nicht vollständig und korrekt symbolisiert werden (Biermann-Ratjen & Reisel, 2006).

Kurzum: Die Inkongruenz der Eltern bedingt eine Inkongruenz der Kinder. Im Zustand der Inkongruenz kann auch keine kongruente Kommunikation stattfinden, weil nur Fragmente bewusst sind und wesentliche Erlebnisinhalte abgewehrt werden. Dies

schlägt sich in der Kommunikation dergestalt nieder, dass sie von völliger Verleugnung, Unvollständigkeit oder Verzerrung von emotionalen Inhalten gekennzeichnet ist.

Das gesunde innere Gleichgewicht, das in den ersten Lebensmonaten für die affektregulierende Feinabstimmung notwendig ist, kann somit durch die Symptome einer Traumafolgestörung massiv gestört werden. Elterlicher Stress kann sich auf das Kind übertragen und Folgen auf die emotionale Regulationsfähigkeit des Kindes haben. Die Bereitschaft der wichtigen Bezugspersonen auf die Kontaktsuche des Kindes angemessen zu reagieren, kann durch die psychosoziale Belastung und die dysfunktionalen Bewältigungsversuche in Bezug auf die gemachten Erfahrungen im Konzentrationslager und die damit einhergehenden, nicht ausreichend symbolisierten Angst- und Trauerzustände, eingeschränkt sein.

Eine inkongruente Bezugsperson, die sich in aller Regel in einer inneren Unruhe befindet und diffuse Angst hat, erlebt die Signale des Säuglings oder auch älteren Kindes möglicherweise als sehr fordernd und feindselig und kann daher das Bedürfnis des Kindes nach Regulation nicht befriedigen. Gelingt das sich Einstimmen auf das Kind aber nicht, so erlebt das Kind eine grundlegende psychische Isolation und Einsamkeit, die ebenso mit Angst einhergehen. Ist die Bezugsperson nicht in der Lage, ihre „Containment“-Funktion konsequent auszuüben, können die affektiven Erfahrungen und die haltgebende Funktion der Bezugsperson nicht internalisiert werden. Später im Erwachsenenleben müssen dann Bindungsbedürfnisse abgewehrt werden. Gelingt dies nicht, führt dies zu innerem Chaos und Vernichtungsängsten (vgl. Biermann-Ratjen, 2006).

Eine sich wiederholende „sozial-kommunikative Inkongruenz“ (Speierer, 1994, S. 58) seitens der Bezugspersonen führt zu mangelnder Empathie und Wertschätzung, Unverständnis, Kritik, psychischer Gewalt, Manipulation, Fremdbestimmung und Kränkung sowie zu einer verzweifelter Suche der Kinder nach persönlicher Anerkennung und Wertschätzung, die in der Folge zur Vernachlässigung der Kinder führt. (vgl. Speierer, 1994, S. 223) sowie die „sozial-kommunikative Kongruenzfähigkeit“ (Speierer, 1994, S. 58) der Nachkommen einschränkt.

4 Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Arbeit habe ich mir zum Ziel gesetzt, zu drei Fragen Antworten zu geben (s. Kap. 1.4). Nachfolgend werde ich diesbezügliche Forschungsergebnisse und meine Schlussfolgerungen dazu präsentieren:

Fragestellung 1: Inwieweit ist es gerechtfertigt, im Zusammenhang mit den Extremerfahrungen von KZ-Überlebenden generell von einer „transgenerationalen Weitergabe“ von den als Traumata einzustufenden Erfahrungen, also von entsprechenden Auswirkungen auf deren Kinder, auszugehen?

Die in Kap. 2 dargestellten Studien reichen von der Untersuchung der Traumafolgen im affektiven, kognitiven und interpersonellen Bereich bei Nachkommen von Holocaust-Überlebenden in Form von klinischen Beobachtungen, deskriptiven Fallstudien aus vorwiegend psychoanalytischer Perspektive über empirische Studien, Übersichtsarbeiten und einer Metaanalyse bis hin zur Untersuchung der Posttraumatischen Belastungsstörung und in weiterer Folge der diesbezüglichen psychobiologischen Ursachen aus dem Bereich der Epigenetik.

In integrativen Übersichtsarbeiten (z.B. Felsen, 1998; Solomon, 1998; Dashorst, 2019) wird anerkannt, dass es eine Gruppe von Nachkommen von Holocaust-Überlebenden gibt, die Symptome aufweisen, die sowohl direkt als auch indirekt mit den Kriegserfahrungen, der kriegsbedingten Psychopathologie der Holocaust-Überlebenden und/oder den damit verbundenen Schwierigkeiten bei der Betreuung der Kinder zusammenhängen, aber größtenteils keine Psychopathologie aufweisen. Das Konzept der transgenerationalen Weitergabe von Traumata kann aufgrund des Forschungsstandes nur auf eine bestimmte Population klinisch auffälliger Nachkommen von Holocaust-Überlebenden angewendet werden. Yehuda et al. (2001a) wiesen darauf hin, dass eine elterliche PTBS ein signifikanter Prädiktor für das Auftreten einer PTBS bei Nachkommen ist. Streng genommen müsste man von der „transgenerationalen Weitergabe einer Traumafolgestörung“ sprechen oder sich auf die Vererbung epigenetischer Veränderungen in der Glukokortikoidprogrammierung beschränken, die durch eine PTBS ausgelöst werden und zu einer verminderten Stresstoleranz führen (Seckl, 2004). Es

erscheint plausibel, dass bei einer entwickelten und vererbten geringen Stresstoleranz ein traumatisches Lebensereignis die Anfälligkeit für eine posttraumatische Belastungsstörung bei den Nachkommen erhöht. Nicht jeder, der ein Trauma erlebt, entwickelt eine Traumafolgestörung, und diese muss nicht notwendigerweise zu einer Psychopathologie bei den Nachkommen führen. Daher ist der Begriff der transgenerationalen Weitergabe von Traumata, wie er verwendet wird, undifferenziert und irreführend.

Fragestellung 2: Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, dass es doch zu deutlichen Auffälligkeiten bei den Kindern von KZ-Opfern kommt bzw. welche Faktoren tragen dazu bei, dass sich die Erfahrungen der traumatisierten Eltern bei ihren Kindern nicht signifikant niederschlagen?

Schwierigkeiten im affektiven, kognitiven und zwischenmenschlichen Bereich können durch eine Traumafolgestörung der Bezugspersonen bedingt sein. Wie bereits in Kap. 3.1.5 und 3.1.6 beschrieben, entstehen diese durch eine entwicklungsunangemessene Kommunikation von Seiten der Bezugspersonen und der bewussten bzw. unterschwelligen Wahrnehmung der elterlichen Belastung durch die Kinder, wobei diese signifikant ausgeprägter war, wenn die Mutter eine Holocaust-Überlebende war. Eine mütterliche PTBS führt zu einer höheren Prävalenz einer lebenslangen PTBS bei den Nachkommen (vgl. Dashorst et al., 2019); hat der Vater auch eine PTBS, so ist der Effekt noch stärker (Yehuda et al., 2007a). D.h. die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an einer PTBS zu erkranken, ist erhöht, wenn beide Elternteile den Holocaust überlebt haben. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass sowohl mütterliche als auch väterliche PTBS signifikant mit emotionalem Missbrauch assoziiert waren und dass väterliche PTBS einen signifikanten Einfluss auf Familienkonflikte hatte (Lehrner et al., 2014). Die Ergebnisse von sieben Studien (Yehuda et al., 2001b; Halligan & Yehuda, 2002; Kellermann, 2008; Yehuda et al., 2008; Lehrner et al., 2014; Letzter-Pouw & Werner, 2013; Letzter-Pouw et al., 2014) bestätigen den Zusammenhang zwischen elterlichen psychischen Problemen, vor allem PTBS, und psychischen Problemen der Nachkommen, insbesondere in Hinblick auf Stimmungs-, Angststörungen und Substanzmissbrauch. Psychobiologische Studien vermuten eine Vererbung auf biologischer Ebene, wobei nicht das Trauma selbst, sondern die posttraumatische Belastungsstörung für epigenetische Veränderungen in der Hypothalamus-Hypophysen-

Nebennieren-Achse verantwortlich gemacht wird, was insbesondere mütterlicherseits vererbt werden kann (Yehuda, 2007a).

Obwohl die empirische Forschung zeigt, dass die Traumatisierung durch den Verlust naher Familienangehöriger, die von den Müttern nicht verarbeitet wurde, nonverbal an die Kinder weitergegeben wird (Schuengel et al., 1999), interpretieren van Ijzendoorn et al. (2003) die Ergebnisse ihrer Metaanalyse als Zeichen der Resilienz der Überlebenden, denen es als Eltern offenbar gelungen ist, ihre Kinder vor den Auswirkungen des Holocaust zu schützen. Sie führen dies auf das bereits vor der Traumatisierung durch den Holocaust entwickelte Grundvertrauen der Überlebenden in ihre Bezugspersonen zurück. Dieses sei nicht erschüttert worden und habe bereits feste Vorstellungen von der eigenen Elternrolle geprägt. Die meisten erinnerten sich gerne an das ruhige und glückliche Familienleben vor Beginn der grausamen, entwürdigenden und schmerzhaften Verfolgungserfahrungen, die sie aus Selbstschutz ausblendeten.

Dalgaard & Montgomery (2015) weisen darauf hin, dass der Zeitpunkt der Enthüllung eines Familiengeheimnisses (z.B. traumatische Erlebnisse) und die Art und Weise der Kommunikation unter Berücksichtigung der kognitiven und emotionalen Bedürfnisse des Kindes positiv mit der psychischen Gesundheit des Kindes korrelieren. Es hilft dem Kind zu verstehen, was es in der Familie wahrnimmt und erlebt. Wenn traumatische Erfahrungen auf sinnvolle, positive und informative Weise geteilt werden, fühlen sich Kinder sicher und bleiben handlungsfähig. Die Erfahrungen der Kinder werden durch die Erklärungen der Eltern für ihr eigenes Trauma validiert, was sich positiv auf kriegsbetroffene Kinder und Familien auswirkt (Almqvist & Broberg, 1997). Laut Alkalay et al. (2019) reagierten Töchter, die gut über das Trauma ihrer Mutter informiert waren, empathischer. Eine gelungene Selbstdifferenzierung und ein differenzierter innerfamiliärer Kommunikationsstil sind Schutzfaktoren gegen sekundären traumatischen Stress (Giladi & Bell, 2013).

Fragestellung 3: Wie lassen sich die aus der Literaturrecherche gewonnenen Forschungsergebnisse aus personenzentrierter Sicht interpretieren?

Die Ergebnisse der Literaturrecherche können anhand der entwicklungs- und störungstheoretischen Perspektive der personenzentrierten Theorie dahingehend interpretiert werden, dass das (unterschwellige) Wahrnehmen der elterlichen Belastung und

die damit verbundene Auslegung durch die Kinder bei gleichzeitiger unauthentischer Kommunikation oder gar keiner Kommunikation von Seiten der belasteten Eltern zu Inkongruenz und daraus resultierenden psychischen Fehlanpassungen führen können (siehe Kap. 3.1.5, 3.1.6). Nicht authentische Kommunikation, wozu auch das Schweigen über die erlittenen Traumata und die damit einhergehenden Erfahrungen zählt, führt zu zwischenmenschlichem Stress und einem geringeren Zugehörigkeitsgefühl. Gerade auch das Verschweigen von traumatischen Erfahrungen bedingt Verstörung und Konfusion, da das Kind über nonverbale und paraverbale Signale implizit Botschaften wahrnimmt und diese zu enträtseln sucht. Wenn diese aber nicht durch eine sinnstiftende, informative und entwicklungsangepasste authentische Kommunikation validiert werden, ist das Kind seinen Fantasien ausgesetzt, die auch Alpträume und Ängste auslösen können (Almqvist & Broberg, 1997; Dalgaard & Montgomery, 2015; Wisemann et al., 2002). Gerade eben das war den Eltern mit einer chronischen PTBS nicht möglich.

Phänomenologisch lässt sich die interaktionelle Dynamik, die zu Schwierigkeiten im affektiven, kognitiven und zwischenmenschlichen Bereich führte, wie folgt beschreiben:

Aufgrund der stillen Präsenz des Holocaust vermieden Kinder die Auseinandersetzung mit den Eltern, obwohl sie sich diese wünschten. Der traumatisierte Elternteil wurde als kontrollierend, unkontrollierbar und ängstlich wahrgenommen, was eine offene Auseinandersetzung mit den Eltern erschwerte, was wiederum dazu führte, dass sie sich in der Begegnung mit anderen distanziert und ängstlich fühlten. Dem Wunsch der Eltern, ihre Erfahrungen weiterzugeben, stand die Angst gegenüber, ihren Kindern zu schaden. Die Kinder wiederum waren einerseits neugierig, hatten aber gleichzeitig das Bedürfnis, ihre Eltern zu schonen. Diese wiederum wollten den Kindern ein normales und sicheres Leben bieten, was durch den täglichen Umgang mit den traumatischen Erlebnissen erschwert wurde und oft zu einer Überfürsorglichkeit führte, die in der Wahrnehmung der Kinder die Welt als unsicheren Ort erscheinen ließ. Kinder, die sich von ihren Eltern trennen wollten, wurden mit den Verlustängsten ihrer Eltern konfrontiert, was ihre Fähigkeit, mit der unvollendeten Trauer ihrer Eltern umzugehen und abzuschließen, beeinträchtigte. Die Trennung wurde erschwert, wenn ein Kind als „Gedenkkerze“ fungierte, die Trauer und Trauma

symbolisierte und die Vergangenheit mit der Gegenwart und Zukunft verband. Die Eltern wurden vielfach einerseits als allmächtig und mit heroischen Kräften im Überlebenskampf ausgestattet wahrgenommen, andererseits aber auch als hilflose Opfer, die beschützt werden mussten. Diese Ambivalenz zeigte sich möglicherweise bereits in der frühen Eltern-Kind-Beziehung, da trauernde und traumatisierte Mütter und Väter oft Schwierigkeiten hatten, sich auf die Bedürfnisse und Nöte ihrer Kinder einzustellen und entsprechend zu reagieren. Die geringe emotionale Verfügbarkeit der Eltern hinterließ ein Gefühl der Einsamkeit (vgl. Shmotkin, 2011). Diese Atmosphäre, die von subtilen und nonverbalen Botschaften geprägt ist, lässt wenig Raum für eine ausgewogene Akzeptanz der Gefühle der Kinder (Bar-On et al., 1998). Der Wunsch, sich zu einer eigenständigen Persönlichkeit zu entwickeln und unabhängig zu werden, birgt die Gefahr, dass die Autonomiebedürfnisse der Kinder von den Eltern als Verlassenwerden und Verrat missverstanden werden. Diese gemischten Botschaften prägen die Eltern-Kind-Beziehung. Ihre mentalen Repräsentationen beeinflussen die allgemeine Wahrnehmung der sie umgebenden Welt und können sich in Schwierigkeiten manifestieren, sich die Welt als einen positiven, sicheren und kontrollierbaren Ort vorzustellen (Shmotkin et al., 2011).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die in Kap. 2 berichteten Forschungsergebnisse sich aus einer personenzentrierten entwicklungs- und störungstheoretischen Perspektive gut erklären und verstehen lassen. Das gilt nicht nur für das Auftreten möglicher Fehlanpassungen von Nachkommen, deren Eltern an einer lebenslangen Traumafolgestörung leiden, sondern auch für Bewältigungskompetenzen, sogenannten „Resilienzfaktoren“ von Eltern, die keine Traumafolgestörung entwickelt haben, die sich auf sechs Kompetenzen wie „Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbststeuerung, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenz, aktive Bewältigungskompetenz und Problemlösefähigkeit“ zurückführen lassen (Fröhlich-Gildhoff & Rönnauböse, 2009, S. 63). Die von Rogers postulierte Aktualisierungstendenz, deren entfaltende Qualität unter Beziehungsbedingungen, die von unbedingter positiver Beachtung und einfühelndem Verstehen geprägt sind, zum Tragen kommt, deckt sich einerseits mit dem Resilienzkonzept, also einer erhöhten Widerstandsfähigkeit, und andererseits damit, dass bestehende Ressourcen in Richtung Autonomie und Selbstverwirklichung gefördert werden. Wichtig dabei ist, den Fokus nicht auf die Störung selbst zu legen, sondern das innere Bezugssystem dieser durch die Vergangenheit

belasteten Familienmitglieder empathisch zu verstehen und nachzuvollziehen. Denn jede Fehlanpassung ist der Versuch, sich in der Realität, wie sie wahrgenommen wird, zu behaupten, zu erhalten und den Möglichkeiten entsprechend zu entfalten.

5 Ausblick

Die Fülle der Daten zeigt das große Interesse am Phänomen der transgenerationalen Auswirkungen von Traumata. Neben Bemühungen, Ursachen für eine mögliche „Weitergabe“ der mit Traumatisierungen einhergehenden Phänomene, darunter auch Traumafolgestörungen, epigenetisch nachzuweisen, bedingten die Ergebnisse der einschlägigen Forschung einen Wechsel von einer Defizit- zur Ressourcenperspektive und führten zu einer Reihe von Studien zum Phänomen der Resilienz. Holocaust-Überlebende zeigten trotz ihrer extremen Traumatisierung erstaunliche Bewältigungsfähigkeiten, die nach all dem durchgemachten Leid doch beeindruckend sind.

An dieser Stelle soll ein Hinweis darauf reichen, dass es bereits Konzepte zur Förderung der seelischen Widerstandskraft in Kindertageseinrichtungen und Schulen gibt und diese bereits in die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften im Sozialbereich integriert worden sind. Der Schwerpunkt liegt auf der Förderung einer ressourcenorientierten, resilienten Haltung. Diese Haltung ähnelt im Wesentlichen der personenzentrierten therapeutischen Haltung, unterscheidet sich aber dadurch, dass sie in der therapeutischen Interaktion speziell auf Resilienzfaktoren ausgerichtet und damit weniger direktiv ist (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009).

Unterstützend kann das Verständnis der neurobiologischen Zusammenhänge mit PTBS und Resilienz neue Möglichkeiten eröffnen, posttraumatisches Wachstum zu fördern. Dabei stehen die Plastizität des Gehirns und die Kognition im Mittelpunkt des Interesses (vgl. DePierro et al., 2019). Viele biologische Systeme sind im Zusammenhang mit posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) und Resilienz verändert. Gegenwärtig werden die epigenetischen Veränderungen der für die Aktivierung verantwortlichen Genabschnitte intensiver erforscht und mit einer geringen Stresstoleranz in Verbindung gebracht, die möglicherweise die Ursache für eine Traumafolgestörung nach einem traumatischen Ereignis sein könnte (Yehuda, 1998a).

Es scheint eine Wachsamkeit für das Bestehen einer geringen Stresstoleranz aufgrund neurobiologischer Veränderungen geboten, da die dahinterstehende Biografie, vor allem traumatisierende Erfahrungen sowohl von Klient:innen als auch deren Eltern, allem voran der Mutter, aufgrund der Arbeit im „Hier und Jetzt“ nicht gleich erkennbar sind. Das Wissen um die Biografie der Eltern bringt „Licht ins Dunkel“ und schafft insofern Erleichterung, als dysfunktionale, interpersonelle Schwierigkeiten innerhalb der Familie nicht unbedingt selbstverschuldet sind, sondern sich aus den Nöten der Eltern und ihrer Biografie erklären lassen, die als „Missing Link“ zum identitätsstiftenden Narrativ der eigenen Biografie beitragen.

Mit zu bedenken ist, ob eine genetisch bedingte Stressintoleranz vorliegt, damit Schwierigkeiten bei der Bewältigung von belastenden Situationen nicht als Anpassungsstörung missinterpretiert werden. Auch muss die Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung in Betracht gezogen werden, um stresserzeugende Alltagssituationen besser bewältigen zu können. Die Verringerung von Stress kann den Betroffenen in einem therapeutischen Setting helfen einen besseren Zugang zu ihren traumatischen Erinnerungen zu finden. Stressvermindernd ist ein einführendes, wertschätzendes und kongruentes Gegenüber, wie es in einem personenzentrierten therapeutischen Setting gegeben sein sollte.

Erwähnenswert ist die Hypothese einer vorübergehenden „empathischen Traumatisierung“, wie sie für Mitarbeiter von Holocaust Memorial Museen wie z.B. Yad Vashem (McCarroll, Blank & Hill, 1995) und Psychotherapeuten (Danieli, 1984) beschrieben wurde und als angemessene psychische Reaktion zu verstehen ist.

Diese ist durchaus auch bei Kindern aufgrund ihrer hohen Sensibilität und Wachsamkeit denkbar und sie können im Sinne einer "phantasmatischen Selbstaffektion"⁵ (Lohmar, 2008, S. 1) der Kinder zu jenen Symptomen führen, die einer Traumafolgestörung ähneln. Weitere Studien diesbezüglich wären wünschenswert.

⁵ „Mit Selbstaffektion ist die Fähigkeit des menschlichen Geistes gemeint, in alle Sinnesfelder (Sehen, Tasten, Riechen, Schmecken, Hören, Lust- und Schmerzempfindungen, Empfindungen des In-der- Bewegung-Seins, der Bewegung und der Lage, Kinästhesie) zuweilen so etwas wie Empfindungen einzuzuzeichnen. Diese selbst erzeugten Empfindungen, Husserl nennt sie "Phantasmata", erscheinen uns aber dennoch fast so, als kämen sie von unseren Sinnen“ (Lohmar 2008, S. 1).

Die wissenschaftliche Erforschung der transgenerationalen Weitergabe von Traumata von Holocaust-Überlebenden an ihre Nachkommen hat zu der Erkenntnis geführt, dass nicht das Trauma an sich, sondern die posttraumatische Belastungsstörung der traumatisierten Eltern zu dysfunktionalen Interaktionsmustern in den betroffenen Familien führt und eine gesunde Selbstentwicklung der Kinder derart beeinträchtigen kann, dass es zu krankheitswertigen Fehlanpassungen kommt. Neben der medikamentösen Behandlung ist eine psychotherapeutische Begleitung traumatisierter Menschen gefragt, die die Erfahrung von Sicherheit in einer verlässlichen, einfühlsamen und wertschätzenden Beziehung beinhaltet, in der wieder ein Vertrauen aufgebaut werden kann, das Erinnern und Sprechen über das erlebte Trauma erst möglich macht. Die Integration der traumatischen Erfahrung bildet die Grundlage für eine neue Identität, die das Wissen um die unvermeidlich schmerzhaften, leidvollen oder tragischen Aspekte einer traumatischen Erfahrung erweitert und persönliches Wachstum in Gang setzt.

6 Abstract

Das Phänomen der transgenerationalen Weitergabe von Traumata ist ein weit verbreiteter Begriff, der sich aufgrund klinischer Beobachtungen an Holocaust-Überlebenden und ihren Nachkommen in den 1960er Jahren etabliert hat. Die vorliegende Literaturlarbeit versucht auf der Grundlage der seit den 1960er Jahren durchgeführten umfangreichen Forschungsarbeiten die Frage zu beantworten, inwieweit die Verallgemeinerung dieses Begriffs gerechtfertigt ist und wie der Mechanismus der Weitergabe von Traumata aus einer personenzentrierten entwicklungs- und störungstheoretischen Sicht unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse erklärt werden kann. Die Forschungsergebnisse machen deutlich, dass die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei den überlebenden Eltern die Vulnerabilität für eine PTBS bei Vorliegen eines traumatischen Lebensereignisses bei den Nachkommen erhöht, wozu neben dysfunktionalen intrafamiliären Interaktionsprozessen auch eine durch epigenetische Veränderungen bedingte erhöhte Glukokortikoidrezeptorsensitivität beitragen kann. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die Art und Weise, wie traumatisierte Eltern ihr aktuelles Erleben auch in Bezug auf ihre Traumageschichte (Holocaust) kommunizieren und wie Kinder die elterliche Traumafolgestörung wahrnehmen, signifikant mit deren psychischer Belastung korreliert. Aus personenzentrierter Sicht kann dies Auswirkungen auf die Selbstentwicklung der Nachkommen haben und zu Fehlanpassungen führen.

Schlüsselwörter: Personenzentrierte Psychotherapie, Posttraumatische Belastungsstörung, Psychisches Trauma, Transgenerationale Weitergabe, Holocaust, Epigenetik

The phenomenon of transgenerational transmission of trauma is a widely used term that was established in the 1960s on the basis of clinical observations of Holocaust survivors and their descendants. On the basis of the extensive research carried out since the 1960s, this paper attempts to answer the question of the extent to which the generalisation of this term is justified and how the mechanism of the transmission of trauma can be explained from a person-centered developmental and disorder

theory perspective, taking into account the research findings. The research results make it clear that the development of post-traumatic stress disorder in the surviving parents increases the vulnerability to PTSD in the offspring in the presence of a traumatic life event, to which, in addition to dysfunctional intrafamilial interaction processes, increased glucocorticoid receptor sensitivity caused by epigenetic changes can also contribute. Furthermore, it has been shown that the way in which traumatised parents communicate their current experience, including in relation to their trauma history (holocaust) and how children perceive the parental trauma disorder, correlates significantly with their psychological stress. From a person-centered perspective, this can have an impact on the self-development of the offspring and lead to maladaptation.

Keywords: Person-centered psychotherapy, Post-traumatic stress disorder, psychological trauma, transgenerational transmission, Holocaust, epigenetics

Literaturverzeichnis

- Aarts, P.G.H. (1998). Intergenerational effects in families of World War II survivors from the Dutch East Indies aftermath of another Dutch War. In Y. Danieli (Ed.), *International Handbook of Multigenerational legacies of Trauma* (pp. 175–186). Plenum Press.
- Ainsworth, M.D.S. & Eichberg, C.G. (1991). Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure or other traumatic experience. In P. Marris, J. Stevenson-Hinde, & C. Parkes (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 160–183). Routledge.
- Albeck, H.J. (1994) Intergenerational consequences of trauma: Reframing traps in treatment theory: A second generation perspective. In M.O. Williams & J.F. Sommer (Eds.), *Handbook of Post Traumatic Therapy* (pp. 106–125). Greenwood Press.
- Alexandrowicz, D.R. (1973). Children of concentration camp survivors. In E.S. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family*. Vol. 2. The impact of disease and death (pp. 385–392). Wiley.
- Alhassen, S., Chen, S., Alhassen, L., Phan, A., Khoudari, M., De Silva, A., Barhoosh, H., Wang, Z., Parrocha, C., Shapiro, E., Henrich, C., Wang, Z., Mutesa, L., Baldi, P., Abbott, G.W., & Alachkar, A. (2021). Intergenerational trauma transmission is associated with brain metabotranscriptome remodeling and mitochondrial dysfunction. *Communications Biology*, 4 (1), 1–15.
<https://doi.org/10.1038/s42003-021-02255-2>
- Alkalay, S., Sagi-Schwartz, A., & Wiseman, H. (2020). Increased empathy and helping behavior toward the mother in daughters of Holocaust survivors. *Traumatology*, 26 (1), 84–95. <https://doi.org/10.1037/trm0000211>
- Almqvist, K. & Broberg, A.G. (1997) Silence and survival: Working with strategies of denial in families of traumatized pre-school children. *Journal of Child Psychotherapy*, 23 (3), 417–435.

- Arad, G. N. (2003). Israel and the Shoah: A tale of multifarious taboos. *New German Critique*, 90, 5-26. <https://doi.org/10.2307/3211104>
- 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 (7), 635–646. <https://doi.org/10.1002/pon.1010>
- Baider, L., Goldzweig, G., Ever-Hadani, P., & Peretz, T. (2008). Breast cancer and psychological distress: mothers' and daughters' traumatic experiences. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 16 (4), 407–414. <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0320-1>
- Baranowsky, A.B., Young, M., Johnson-Douglas, S., Williams-Keeler, L., & McCarrey, M. (1998). PTSD transmission: A review of secondary traumatization in Holocaust survivor families. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 39 (4), 247–256. <https://doi.org/10.1037/h0086816>
- Barocas, H. & Barocas, C. (1973). Manifestations of concentration camp effects on the second generation. *American Journal of Psychiatry*, 130 (7), 820–821.
- Barocas, H. & Barocas, C. (1980). Separation-Individuation conflicts in children of Holocaust survivors. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1 (11), 6–14.
- Bar-On, D. (1994). *Fear and Hope*. Ghetto Fighters' House. [Hebrew]
- Bar-On, D., Eland, J., Kleber, R.J., Krell, R., Moore, Y., Sagi, A., Soriano, E., Suedfeld, P., van der Velden, P.G., & van IJzendoorn, M.H. (1998). Multigenerational perspectives on coping with the Holocaust experience: An attachment perspective for understanding the developmental sequelae of trauma across generations. *International Journal of Behavioral Development*, 22 (2), 315–338. <https://doi.org/10.1080/016502598384397>
- Berger D.M. (1977). The survivor syndrome: a problem of nosology and treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 31 (2), 238–251. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1977.31.2.238>
- Berger, L. (1988). The long-term psychological consequences of the Holocaust on the survivors and their offspring. In R. Braham (Ed.), *The psychological perspectives of the Holocaust and of its aftermath* (pp. 175–221). Columbia University Press.

- Bergmann, M.S., & Jucovy, M.E. (1982). *Generations of the Holocaust*. Columbia University Press.
- Bergmann, M.S., Jucovy, M.E., & Kestenberg, J.S. (Hrsg.) (2016). *Kinder der Opfer - Kinder der Täter*. Psychosozial.
- Bierer, L.M., Bader, H.N., Daskalakis, N.P., Lehrner, A., Provençal, N., Wiechmann, T., Klengel, T., Makotkine, I., Binder, E.B., & Yehuda, R. (2020). Intergenerational effects of maternal Holocaust exposure on *FKBP5* methylation. *The American Journal of Psychiatry*, 177 (8), 744–753.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19060618>
- Biermann-Ratjen, E.-M. (1996). Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Bd. 1 (S. 9–28). 2., überarb. und erweiterte Aufl. Hogrefe.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2002). Die entwicklungspsychologische Perspektive des Klientenzentrierten Konzepts. In W.W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 123–145). Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person*, 7 (2), 128–134.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 73–91). Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. & Reisel, B. (2006). Was will hier verstanden werden? Die Anwendung personzentrierter Entwicklungslehre in der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Arbeit. *Person*, 10 (2), 131–141.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2008). Die klientenzentrierte Entwicklungspsychologie. In M. Tucza, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit und Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S. 155–166). Krammer.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert J., & Schwartz, H.-J. (2016). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. 10., aktualisierte und erweiterte Aufl. Kohlhammer.

- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G.M. (1973). *Invisible loyalties: Reciprocity in inter-generational family therapy*. Harper & Row.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. Vol.1: Attachment. Tavistock.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52 (4), 664–678.
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Budick, C. (1985). *An investigation of the effect of Holocaust survivor parents on their children* (Doctoral dissertation, University of Rhode Island, 1985). Dissertation Abstracts International, 46, 4005.
- Cahn, A. (1987). *The capacity to acknowledge experience in Holocaust survivors and their children* (Doctoral dissertation, Adelphi University, 1987). Dissertation Abstracts International, 49, 1381.
- Caldji, C., Tannenbaum, B., Sharma, S., Francis, D., Plotsky, P.M., & Meaney, M.J. (1998). Maternal care during infancy regulates the development of neural systems mediating the expression of fearfulness in the rat. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 95 (9), 5335–5340.
<https://doi.org/10.1073/pnas.95.9.5335>
- Carmil, D., & Breznitz, S. (1991). Personal trauma and world view: Are extremely stressful experiences related to political attitudes, religious beliefs, and future orientation? *Journal of Traumatic Stress*, 4 (3), 393–405.
<https://doi.org/10.1002/jts.2490040307>
- Champagne, F., & Meaney, M.J. (2001). Like mother, like daughter: evidence for non-genomic transmission of parental behavior and stress responsivity. *Progress in Brain Research*, 133, 287–302.
[https://doi.org/10.1016/s0079-6123\(01\)33022-4](https://doi.org/10.1016/s0079-6123(01)33022-4)
- Dalgaard, N.T., & Montgomery, E. (2015). Disclosure and silencing: A systematic review of the literature on patterns of trauma communication in refugee families. *Transcultural psychiatry*, 52 (5), 579–593
<https://doi.org/10.1177/1363461514568442>
- Danieli Y. (1981). Differing adaptational styles in families of survivors of the Nazi holocaust. *Children Today*, 10 (5), 6–10.

- Danieli, Y. (1984). Psychotherapist's participation in the conspiracy of silence about the Holocaust. *Psychoanalytic Psychology*, 1 (1), 23–42.
<https://doi.org/10.1037/0736-9735.1.1.23>
- Danieli, Y. (1988). The heterogeneity of postwar adaptation in families of Holocaust survivors. In R.L. Brahm (Ed.), *The psychological perspectives of the Holocaust and of its aftermath* (pp. 109–128). Columbia University Press
- Dashorst, P., Mooren, T.M., Kleber, R.J., de Jong, P.J., & Huntjens, R.J.C. (2019). Intergenerational consequences of the Holocaust on offspring mental health: A systematic review of associated factors and mechanisms. *European Journal of Psychotraumatology*, 10 (1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1654065>
- DePierro, J., Lepow, L., Feder, A., & Yehuda, R. (2019). Translating molecular and neuroendocrine findings in posttraumatic stress disorder and resilience to novel therapies. *Biological Psychiatry*, 86 (6), 454–463.
- Dornes, M. (2014). *Die emotionale Welt des Kindes*. Fischer.
- Dornes, M. (2013). *Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Fischer.
- Drexler, K. (2017). *Erebtte Wunden heilen. Therapie der transgenerationalen Traumatisierung*. Klett-Cotta.
- Ein-Dor, T., Mikulincer, M., Doron, G., & Shaver, P.R. (2010). The attachment paradox: How can so many of us (the insecure ones) Have no adaptive advantages? *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 5 (2), 123–141. <https://doi.org/10.1177/1745691610362349>
- Eitinger, L. (1961a). Pathology of the concentration camp syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 5, 371-379.
- Eitinger, L. (1961b). Concentration camp survivors in the postwar world. Presented at the 1961 Annual Meeting in the session “A Generation of World Trauma”. Joint Session of the American Orthopsychiatry Association and the World Federation for Mental Health.

- Eitinger, L. (1964). Concentration camp survivors in Norway and Israel. *Oslo University Press*.
- Epstein, H. (1977). Heirs of the Holocaust. *New York Times Magazine*. June 19, 74–77.
- Epstein, H. (1987). *Kinder des Holocaust. Gespräche mit Söhnen und Töchter von Überlebenden*. Beck.
- Erel, D. (1989). *Marital interaction of children of Holocaust survivors: The intergenerational transmission of posttraumatic impacts on marital functioning (A exploratory study of five couples in marital therapy)* Unpublished master's thesis, Tel Aviv University Department of Psychology [Hebrew], Tel Aviv, Israel.
- Felsen, I. (1998). Transgenerational transmission of effects of the holocaust. The North American Research Perspective. In Y. Danieli (Ed.), *International handbook of multigenerational legacies of trauma* (pp. 43–68). Plenum Press.
- Felsen, I., & Erlich, H. S. (1990). Identification patterns of offspring of holocaust survivors with their parents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60 (4), 506–520. <https://doi.org/10.1037/h0079205>
- Fischer, P. & Riedesser, G. (2020). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Reinhardt.
- Fonagy P. (1999). The transgenerational transmission of holocaust trauma. Lessons learned from the analysis of an adolescent with obsessive-compulsive disorder. *Attachment & Human Development*, 1 (1), 92–114. <https://doi.org/10.1080/14616739900134041>
- Francis, D., Diorio, J., Liu, D., & Meaney, M.J. (1999). Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. *Science*, 286 (5442), 1155–1158. <https://doi.org/10.1126/science.286.5442.1155>
- Fröhlich-Gildhoff, K., & Rönna-Böse, M. (2009). Resilienz, Resilienzförderung und der Personzentrierte Ansatz. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 40 (4), 217–221.
- Furshplan, M. (1986). *Family dynamics as perceived by the second generation of holocaust survivors* (Doctoral dissertation, State University of New York, Buffalo, 1986). Dissertation Abstracts International, 47, 271.

- Gangi, S., Talamo, A., & Ferracuti, S. (2009). The long-term effects of extreme war-related trauma on the second generation of Holocaust survivors. *Violence and Victims*, 24 (5), 687–700. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.24.5.687>
- Gertz, K.R. (1986). *Psychosocial characteristics of children whose parent(s) survived the Nazi Holocaust and children whose parents were not in the Nazi Holocaust and implications for counseling children of survivors* (Doctoral dissertation, University of California, Los Angeles, 1986). *Dissertation Abstracts International*, 47, 3312.
- Giladi, L., & Bell, T.S. (2013). Protective factors for intergenerational transmission of trauma among second and third generation Holocaust survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5 (4), 384–391. <https://doi.org/10.1037/a0028455>
- Goder, L. (1981). *Personality characteristics of the offspring of Nazi Holocaust survivors in Israel*. Unpublished master thesis, Tel Aviv University Department of Psychology [Hebrew], Tel Aviv, Israel.
- Goldstein, E.B. (2007). *Wahrnehmungspsychologie*. Springer.
- Goldstein, E.B., & Ritter, M. (Hrsg.) (2002). *Wahrnehmungspsychologie*. Spektrum Akademischer Verlag.
- Gordon, A. (1988). *Self-disclosure in Holocaust survivors: Affects on the next generation*. *Dissertation Abstracts International*, 4904B. (Microfilms Order No. 8810992)
- Gradwohl-Pisano, N. (2019). *Granddaughters of the Holocaust: Never forgetting what they didn't experience*. Academic Studies Press.
- Grubrich-Simitis I. (1981). Extreme traumatization as cumulative trauma. Psychoanalytic investigations of the effects of concentration camp experiences on survivors and their children. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 36, 415–450. <https://doi.org/10.1080/00797308.1981.11823352>
- Halligan, S.L., & Yehuda, R. (2002). Assessing dissociation as a risk factor for post-traumatic stress disorder: a study of adult offspring of holocaust survivors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (7), 429–436. <https://doi.org/10.1097/00005053-200207000-00002>

- Hammerman, S. (1980). *Historical awareness and identity development in young adult offspring of Holocaust survivors*. (Doctoral dissertation, Boston University School of Education). Dissertation Abstracts International, 41, 1941B University Microfilms No. 80-24, 195.
- Hanover, L.A. (1981). *Parent-child relationships in children of survivors of the Nazi Holocaust* (Doctoral dissertation, United States International University, 1981). Dissertation Abstracts International, 42, 770.
- Herman, J. (1992). *Narben der Gewalt*. Basic Books.
- Janoff-Bulman, R., & Frieze, I.H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39 (2), 1–17. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1983.tb00138.x>
- Jurkowitz, S.W. (1996). *Transgenerational transmission of depression, shame and guilt in Holocaust families: An examination of three generations*. California School of Professional Psychology.
- Karr, S.D. (1973). *Second generation effects of the Nazi Holocaust*. (Doctoral dissertation. School of Professional Psychology, 1973). Dissertation Abstracts International, 34, 2935B (University Microfilms No. 73-28. 009).
- Kav-Venaki, S., Nadler, A., & Gershoni, H. (1983). Sharing past traumas: A comparison of communication behaviours in two groups of Holocaust survivors. *International Journal of Social Psychiatry*, 29 (1), 49–59. <https://doi.org/10.1177/002076408302900106>
- Kegel, B. (2015). *Epigenetik: Wie Erfahrungen vererbt werden*. DuMont.
- Keilson, H. (1991). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Ergebnisse einer follow-up-untersuchung. In H. Stoffels (Hrsg.), *Schicksale der Verfolgten: Psychische und somatische Auswirkungen von Terrorherrschaft* (S. 98–109). Springer.
- Keinan, G., Mikulincer, M., & Rybnicki, A. (1988). Perception of self and parents by second-generation Holocaust survivors. *Behavioral Medicine*, 14 (1), 6–12. <https://doi.org/10.1080/08964289.1988.9935117>
- Keller, R.S. (1988). Children of Jewish Holocaust survivors: Relationship of family communication to family cohesion, adaptability and satisfaction. *Family Therapy*, 15 (3), 223–237.

- Kellerman N.P. (2001a). Psychopathology in children of Holocaust survivors: a review of the research literature. *The Israel Journal of Psychiatry and related Sciences*, 38 (1), 36–46.
- Kellermann N.P. (2001b). Transmission of Holocaust trauma – an integrative view. *Psychiatry*, 64(3), 256–267. <https://doi.org/10.1521/psyc.64.3.256.18464>
- Kellermann N.P. (2008). Transmitted Holocaust trauma: curse or legacy? The aggravating and mitigating factors of Holocaust transmission. *The Israel Journal of Psychiatry and related Sciences*, 45 (4), 263–270.
- Kertesz, I. (1996). *Roman eines Schicksalslosen*. Rowohlt.
- Kestenberg, J. S. (1972). Psychoanalytic contributions to the problem of children of survivors from Nazi persecution. *Israel Annals of Psychiatry & Related Disciplines*, 10 (4), 311–325.
- Kestenberg, J.S. (1982). Survivors' parents and their children. In M.S. Bergmann & M.E. Jucovy (Eds.), *Generations of the Holocaust* (pp. 83–102). Basic Books.
- Kielar, W. (1972). *Anus Mundi*. Fischer.
- Kissane, D.W., & Bloch, S. (1994). Family grief. *The British Journal of Psychiatry*, 164 (6), 728–740. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.6.728>
- Klein, H., & Last, U. (1974). Cognitive and emotional aspects of the attitudes of American and Israeli Jewish youth towards the victims of the holocaust. *The Israel Annals of Psychiatry and related Disciplines*, 12 (2), 111–131.
- Klüger, R. (2008). *Weiter Leben*. Wallstein.
- Krell R. (1979). Holocaust families: the survivors and their children. *Comprehensive psychiatry*, 20 (6), 560–568. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(79\)80008-5](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(79)80008-5)
- Lahmer, K. (2007). *Kernbereiche der Philosophie*. 2. Aufl. Dorner.
- Lehnert, H., Kirchner, H., Kirmes, I., & Dalm, R. (2018). *Epigenetik – Grundlagen und klinische Bedeutung*. Springer.
- Lehrner, A., Bierer, L.M., Passarelli, V., Pratchett, L.C., Flory, J.D., Bader, H.N., Harris, I.R., Bedi, A., Daskalakis, N.P., Makotkine, I., & Yehuda, R. (2014). Maternal

- PTSD associates with greater glucocorticoid sensitivity in offspring of Holocaust survivors. *Psychoneuroendocrinology*, 40, 213–220.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.11.019>
- Leon, G.R., Butcher, J.N., Kleinman, M., Goldberg, A., & Almagor, M. (1981). Survivors of the Holocaust and their children: Current status and adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41 (3), 503–516.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.41.3.503>
- Letzter-Pouw, S.E., & Werner, P. (2013). The relationship between female Holocaust child survivors' unresolved losses and their offspring's emotional well-being. *Journal of Loss and Trauma*, 18 (5), 396–408.
<https://doi.org/10.1080/15325024.2012.701126>
- Letzter-Pouw, S.E., Shrira, A., Ben-Ezra, M., & Palgi, Y. (2014). Trauma transmission through perceived parental burden among Holocaust survivors' offspring and grandchildren. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6 (4), 420–429. <https://doi.org/10.1037/a0033741>
- Levav, I., Levinson, D., Radomislensky, I., Shemesh, A.A., & Kohn, R. (2007). Psychopathology and other health dimensions among the offspring of Holocaust survivors: results from the Israel National Health Survey. *The Israel Journal of Psychiatry and related Sciences*, 44 (2), 144–151.
- Levi, P. (1958/2021). *Ist das ein Mensch?* DTV.
- Levinas, E. (2003). *Die Zeit und die Anderen*. Fritz Meiner.
- Lichtman, H. (1983). *Children of survivors of the Nazi Holocaust: A personality study* (Doctoral dissertation, Yeshiva University, 1983). Dissertation Abstracts International, 44, 3532.
- Lichtman, H. (1984). Parental communication of holocaust experiences and personality characteristics among second generation survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 40 (4), 914–924.
- Lishner Freud, E., & Berant, E. (2022). Holocaust communication, attachment orientation and distress among descendants of female holocaust survivors. *Family Process*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/famp.12848>

- Lohmar, D. (2008). *Phänomenologie der schwachen Phantasie. Untersuchungen der Psychologie, Kognitionswissenschaft, Neurologie und Phänomenologie zur Funktion der Phantasie in der Wahrnehmung*. Springer.
- Lutz, H. & Gawarecki, K. (Hrsg.) (2005). *Kolonialismus und Erinnerungskultur. Die Kolonialvergangenheit im kollektiven Gedächtnis der deutschen und niederländischen Einwanderungsgesellschaft*. Niederlande-Studien. Band 40. Waxmann.
- Lyons-Ruth, K., & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless–fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*, 25, 318–335. <https://doi.org/10.1002/imhj.20008>
- Main M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 237–243. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.2.237>
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti, & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161–182). University of Chicago Press.
- Major, E.F. (1996). The impact of the Holocaust on the second generation: Norwegian Jewish Holocaust survivors and their children. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), 441–454. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090304>
- Martin, E., & Wawrinowski, U. (1993). *Beobachtungslehre: Theorie und Praxis reflektierter Beobachtung und Beurteilung*. Juventa.
- McCarroll, J.E., Blank, A.S., & Hill, K. (1995). Working with traumatic material: Effects on Holocaust Memorial Museum staff. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65 (1), 66–75. <https://doi.org/10.1037/h0079595>
- Meaney, M.J., & Szyf, M. (2005). Environmental programming of stress responses through DNA methylation: life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 7 (2), 103–123. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2005.7.2/mmeaney>

- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2010). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press.
- Mullen, B. (1989). *Advanced basic meta-analysis*. Erlbaum.
- Nadler, A., Kav-Venaki, S., & Gleitman, B. (1985). Transgenerational effects of the holocaust: Externalization of aggression in second generation of holocaust survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (3), 365–369. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.53.3.365>
- Nagata, D.K., & Cheng, W.J.Y. (2003). Intergenerational communication of race-related trauma by Japanese American former internees. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73 (3), 266–278. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.3.266>
- Niederland, W.G. (1968). Clinical observations on the “survivor syndrome”. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 313–315.
- Olson, D.H., Russell, C.S., & Sprenkle, D.H. (1983). Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family process*, 22 (1), 69–83. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1983.00069.x>
- Ortmayr, A. (2019). *Verletzte Seelen, vererbte Narben*. Masterarbeit, Donau-Universität Krems.
- Pirker, P. (2018). Erinnerungskultur im Umbruch. Gastbeitrag am 25. Oktober 2018. *Uni:view Magazin*. <https://medienportal.univie.ac.at/uniview/wissenschaft-gesellschaft/detailansicht/artikel/erinnerungskultur-im-umbruch/>
- Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 149 (8), 999–1010. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.8.999>
- Radonic, L. (2010). Europäische Erinnerungskulturen im Spannungsfeld zwischen „Ost“ und „West“. *Informationen zur Politischen Bildung*, 32, 21–29.
- Rakoff, V., Sigal, J.J., & Epstein, N. (1966). Children and families of concentration camp survivors. *Canada's Mental Health*, 14, 24–26.

- Rauwald, M. (2020). *Vererbte Wunden. Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen*. PVU.
- Resnick, H.S., Yehuda, R., Pitman, R.K., & Foy, D.W. (1995). Effect of previous trauma on acute plasma cortisol level following rape. *The American Journal of Psychiatry*, 152 (11), 1675–1677. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.11.1675>
- Röhner, J., Schütz, A., & Schütz, A. (2016). *Psychologie der Kommunikation*. Springer.
- Rogers, C.R. (1951/2009). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Fischer.
- Rogers, C.R. (1957/1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie. In C. Rogers & P.F. Schmid, *Personzentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Grünewald.
- Rogers, C.R. (1959/2007). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. GwG.
- Rogers, C.R. (1961/2004). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Klett Cotta.
- Rosenbloom, M. (1988). Lessons of the Holocaust for mental health practice. In R.L. Braham (Ed.), *The psychological perspective of the Holocaust and of its aftermath* (pp. 145–159). Columbia University Press.
- Rosenheck, R., & Nathan, P. (1985). Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. *Hospital & Community Psychiatry*, 36 (5), 538–539.
- Rustin, S. (1971). *Guilt, hostility, and Jewish identification among a self-selected sample of late adolescent children of Jewish concentration camp survivors: A descriptive study* (Doctoral dissertation, New York University, 1971). Dissertation Abstracts International, 32, 1859.
- Rustin, S., & Lipsig, F. (1972). Psychotherapy with Adolescent Children of Concentration Camp Survivors. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 4, 87–94.
- Sagi-Schwartz, A., van Ijzendoorn, M.H., Grossmann, K.E., Joels, T., Grossman, K., Scharf, M., Koren-Karie, N., & Alkalay, S. (2003). Attachment and traumatic stress in female holocaust child survivors and their daughters. *American Journal of Psychiatry*, 160 (6), 1086-1092. doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1086
- Schellekes, S. (1986). *The implications of concentration camp internment for second generation survivors` marriages and interpersonal characteristics*. Unpublished

- master's thesis. Bar Ilan University, Department of Psychology [Hebrew], Bar Ilan Israel.
- Schleuderer, C.G. (1990). *Issues of the phoenix: Personality characteristics of children of Holocaust survivors* (Doctoral dissertation, University of Georgia, 1990). Dissertation Abstracts International, 51, 4066.
- Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van Ijzendoorn, M.H. (1999). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 54–63.
- Schwarz, R.P. (1986). *The effect of parental communication of trauma on offspring of Holocaust survivors* (Doctoral dissertation, Columbia University, 1986). Dissertation Abstracts International, 47, 4314.
- Seckl, J.R. (2004). Prenatal glucocorticoids and long-term programming. *European Journal of Endocrinology*, 151, Suppl. 3, U49–U62.
<https://doi.org/10.1530/eje.0.151u049>
- Shmotkin, D., Shrira, A., Goldberg, S., & Palgi, Y. (2011). Resilience and vulnerability among aging Holocaust survivors and their families: An intergenerational overview. *Journal of Intergenerational Relationships*, 9, 7–21.
<https://doi.org/10.1080/15350770.2011.544202>
- Shrira, A. (2015). Transmitting the sum of all fears: Iranian nuclear threat salience among offspring of Holocaust survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7 (4), 364–371.
- Shrira, A., Palgi, Y., Ben-Ezra, M., & Shmotkin, D. (2011). Transgenerational effects of trauma in midlife: Evidence for resilience and vulnerability in offspring of Holocaust survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3 (4), 394–402. <https://doi.org/10.1037/a0020608>
- Sigal, J.J., Silver, D., Rakoff, V. & Ellin, B. (1973). Some second-generation effects of survival of the Nazi persecution. *American Journal of Orthopsychiatry*, 43, 320–328.
- Sigal, J.J., & Weinfeld, M. (1989). *Trauma and rebirth. Intergenerational effects of the Holocaust*. Praeger.

- Silbert, V. (2010). *Three degrees of separation: processes and outcomes in intergenerational transmission of trauma in second and third generation Holocaust survivors*. Doctoral Dissertation. Swinburne University of Technology, Victoria, Australia. <http://hdl.handle.net/1959.3/153997>
- Solkoff, N. (1981). Children of survivors of the Nazi Holocaust: A critical review of the literature. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 29–42.
- Solkoff, N. (1992). Children of survivors of the Nazi Holocaust: A critical review of the literature. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 342–358.
- Solomon, Z. (1998). Transgenerational effects of the Holocaust. The Israeli Research Perspective. In Danieli, Y. (Ed.), *International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma* (pp. 69–83). Plenum Press.
- Solomon, Z., Kotler, M., & Mikulincer, M. (1988). Combat-related posttraumatic stress disorder among second generation Holocaust survivors: preliminary findings. *American Journal of Psychiatry*, 145, 865–868.
- Solomon, Z., & Mikulincer, M. (2006). Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 163 (4), 659–666.
- Sorscher, N.L. (1991). *The effects of parental communication of wartime experiences on children of survivors of the Holocaust* (Doctoral dissertation, Adelphi University). Dissertation Abstracts International, 52, 4482.
- Sorscher, N.L., & Cohen, L.J. (1997). Trauma in children of Holocaust survivors: Transgenerational effects. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67 (3), 493–500. <https://doi.org/10.1037/h0080250>
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM) – Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Asanger.
- Stern, D. (1985/1992). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Basic Books [dt.: (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta].
- Stumm, G., & Keil, W.W. (2014). *Praxis des Personenzentrierten Psychotherapie*. Springer.

- Thompson, S.C., & Janigian, A.S. (1988). Life Schemes: A Framework for Understanding the Search for Meaning. *Published Online*: 20 Jan 2011. doi.org/10.1521/jscp.1988.7.2-3.260.
- Trossman, B. (1968). Adolescent children of concentration camp survivors. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 13 (2), 121–123. https://doi.org/10.1177/070674376801300205
- Uhl, H. (2001). Das "erste Opfer": der österreichische Opfermythos und seine Transformationen in der Zweiten Republik. *Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaft*, 30 (1), 19–34. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ss0ar-59626
- van IJzendoorn, M.H., Dijkstra, J., & Bus, A.G. (1995). Attachment, intelligence, and language: A meta-analysis. *Social Development*, 4 (2), 115–128. https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.1995.tb00055.x
- van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Sagi-Schwartz, A. (2003). Are children of holocaust survivors less well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatization. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (1), 459–469. doi.org/10.1023/A:1025706427300
- van Kessel, W., & Keil, W.W. (2002). *Die Interaktionelle Orientierung in der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 107–119). Springer.
- van der Kolk, B.A. (1998). Trauma and memory. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52 (1), 52-64.
- Wanderman, E. (1980). *Separation problems, depressive experiences, and conception of parents in children of concentration camp survivors* (Doctoral dissertation, New York University). Dissertation Abstracts International, 41, 704.
- Ward, M.J., & Carlson, E.A. (1995). Associations among adult attachment representations, maternal sensitivity, and infant-mother attachment in a sample of adolescent mothers. *Child Development*, 66 (1), 69–79. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1995.tb00856.x
- Wardi, D. (1992). *Memorial candles: Children of the Holocaust*. Routledge.
- Weil, J. (1973). *Leben mit dem Stern*. Volk und Welt.

- Weiss, M.D. (1988). Parental uses of authority and discipline by Holocaust survivors. *Family Therapy, 15*, 199–209.
- Weiss, E., Mc Connell, A.N., & Siiter, R. (1986). Comparisons of second-generation Holocaust survivors, immigrant, non-immigrants on measures of mental health. *Journal of Personality and Psychology, 50*, 821–831.
- Wiesel, E. (1994). *Die Nacht zu begraben*. Ullstein.
- Wiseman, H., Barber, J.P., Raz, A., Yam, I., Foltz, C., & Livne-Snir, S. (2002). Parental communication of holocaust experiences and interpersonal patterns in offspring of holocaust survivors. *International Journal of Behavioral Development, 26* (4), 371–381. doi.org/10.1080/01650250143000346
- Yehuda, R., Teicher, M.H., Trestman, R.L, Levengood, R.A, & Siever, L.J. (1996). Cortisol regulation in posttraumatic stress disorder and major depression: a chronological analysis. *Biological Psychiatry, 40* (2), 79–88. doi: 10.1016/0006-3223(95)00451-3. PMID: 8793040.
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Wainberg, M., Binder-Brynes, K., & Duvdevani, T. (1998a). Vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors. *The American Journal of Psychiatry, 155* (9), 1163–1171. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.9.1163>
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Giller, E.L., Jr. Siever, L.J., & Binder-Brynes, K. (1998b). Relationship between posttraumatic stress disorder characteristics of Holocaust survivors and their adult offspring. *The American Journal of Psychiatry, 155* (6), 841–843. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.6.841>
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Elkin, A., Wilson, G.S., Siever, L., Binder-Brynes, K., et al. (1998c). Phenomenology and psychobiology of the intergenerational response to trauma. In Y. Danieli (Ed.), *International handbook of multigenerational legacies of trauma* (pp. 639– 657). Plenum.
- Yehuda, R., Bierer, L.M., Schmeidler, J., Aferiat, D.H., Breslau, I., & Dolan, S. (2000). Low cortisol and risk for PTSD in adult offspring of holocaust survivors. *The American Journal of Psychiatry, 157* (8), 1252–1259. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1252>

- Yehuda, R., Halligan, S.L., & Bierer, M.L. (2001a). Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD depressive and anxiety disorders in offspring. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 261–270. [https://doi:10.1016/S0022-3956\(01\)00032-2](https://doi:10.1016/S0022-3956(01)00032-2)
- Yehuda, R., Halligan, S. L., & Grossman, R. (2001b). Childhood trauma and risk for PTSD: relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Development and Psychopathology*, 13 (3), 733–753. <https://doi.org/10.1017/s0954579401003170>
- Yehuda, R., Engel, S.M., Brand, S.R., Seckl, J., Marcus, S.M., & Berkowitz, G.S. (2005). Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 90 (7), 4115–4118. <https://doi.org/10.1210/jc.2005-0550>
- Yehuda, R., Labinsky, E., Tischler, L., Brand, S.R., Lavin, Y., Blair, W., Bierer, L.M., Goodman, R.Z., & Grossman, R.A. (2006). Are adult offspring reliable informants about parental PTSD? A validation study. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 484–487. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.047>
- Yehuda, R., Blair, W., Labinsky, E., & Bierer, L.M. (2007a). Effects of parental PTSD on the cortisol response to dexamethasone administration in their adult offspring. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (1), 163–166. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.163>
- Yehuda, R., Teicher, M.H., Seckl, J.R., Grossman, R.A., Morris, A., & Bierer, L.M. (2007b). Parental posttraumatic stress disorder as a vulnerability factor for low cortisol trait in offspring of holocaust survivors. *Archives of General Psychiatry*, 64 (9), 1040–1048. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.9.1040>
- Yehuda, R., Bell, A., Bierer, L.M., & Schmeidler, J. (2008). Maternal, not paternal, PTSD is related to increased risk for PTSD in offspring of Holocaust survivors. *Journal of psychiatric research*, 42 (13), 1104–1111. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.01.002>
- Yehuda, R., Daskalakis, N.P., Lehrner, A., Desarnaud, F., Bader, H.N., Makotkine, I., Flory, J.D., Bierer, L.M., & Meaney, M.J. (2014). Influences of maternal and

- paternal PTSD on epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor gene in Holocaust survivor offspring. *The American Journal of Psychiatry*, 171 (8), 872–880. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13121571>
- Yehuda, R., Daskalakis, N.P., Bierer, L.M., Bader, H.N., Klengel, T., Holsboer, F., & Binder, E.B. (2016). Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation. *Biological Psychiatry*, 80 (5), 372–380. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.08.005>
- Yehuda, R., & Lehrner, A. (2018). Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17 (3), 243–257. <https://doi.org/10.1002/wps.20568>
- Zlotogorski, Z. (1983). Offspring of concentration camp survivors: The relationship of perceptions of family cohesion and adaptability to levels of ego functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 24, 345-354.
- Zlotogorski, Z. (1985). Offspring of concentration camp survivors: A study of levels of ego functioning. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 22, 201–209.

