

Scham und Sprachlosigkeit in den Kriegsfolgegenerationen

Körperdialoge und Begegnungsmomente im Kontext transgenerationaler Traumatisierung: Eine persönliche therapeutische Zeitreise¹

Jörg Clauer

Zusammenfassung

Der Autor beschreibt, wie seine Arbeit mit Nachkommen von Kriegstraumatisierten und Opfern sexueller Gewalt mit seiner eigenen therapeutischen Zeitreise verwoben ist. Opfer brauchen die Aufmerksamkeit und Anerkennung eines bezeugenden Dritten. Die Lebendigkeit des eigenen Körpers wiederzufinden hilft, Respekt für den lebenden Körper des Anderen zu entwickeln und ihn als Person anzuerkennen. In der konkreten Erfahrung von Zuwendung, emotionaler Resonanz, Anerkennung und Kooperation kann trotz der menschlichen Dualität von Täter und Opfer ein Miteinander als ein Drittes entstehen und helfen, Demütigung, Scham, Sprachlosigkeit und Dissoziation zu überwinden.

Vorbemerkung

Seit Jahren werden wir in den Printmedien und vornehmlich im Fernsehen als Zuschauer Zeuge von Berichten und Filmen über den Zweiten Weltkrieg. In meiner klinischen therapeutischen Arbeit schien dieses Thema gleichwohl lange keine Rolle zu spielen. Dies scheint kein Einzelphänomen zu sein (vgl. Erlich 2007, Stein 2008).

Vor vier Jahren hat dann ein Dialog mit israelischen Kollegen dafür gesorgt, dass in meiner persönlichen Sicht und in meiner professionellen Praxis einiges in Bewegung kam. Die Veränderungen wurden angestoßen durch den Vortrag einer israelischen Kollegin über Traumatisierungen in unserem psychotherapeutischen Lehrinstitut, dem Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Ostwestfalen (IPPO). Im Anschluss an den Vortrag gab es lebhaftes Diskussionen. In meiner Gruppe erzählten die Teilnehmer von ihren Erfahrungen mit Traumatisierungen in ihren Familien. Das einander Zuhören der zweiten und dritten

1) Diese Arbeit ist die überarbeitete Fassung eines Vortrags, der im Juni 2009 in Tel Aviv auf der Internationalen Konferenz der IARPP (=International Association of Relational Psychotherapy and Psychoanalysis) gehalten wurde. Die Konferenz hatte das Motto: „The Shadow of Memory. Relational Perspectives on Remembering and Forgetting“.

Generation von Israelis und Deutschen schuf eine gemeinsame Gefühlsreise mit intensiven Begegnungsmomenten.

Den begonnenen Dialog haben wir fortgesetzt. Er war von spannenden Veränderungen in meiner Arbeit mit Patienten begleitet. Ohne dass ich danach gefragt hatte, begannen mehrere Patienten über die Kriegstraumatisierungen ihrer Eltern und Großeltern und die Folgen in ihren Familien zu berichten:

- entweder als Opfer des Zweiten Weltkrieges (Gewalt, Vergewaltigung, Flucht, Vertreibung ...)
- oder es klangen die Schwierigkeiten mit oder auch das Verbergen der anderen Seite an: Familien oder Angehörige eines Volkes von Tätern zu sein – entweder von Aktiven oder von Zuschauern.

Noch erstaunlicher war, dass sich ähnliche Veränderungen auch in meiner persönlichen Umgebung ergaben. Als ich schließlich einem israelischen Kollegen von den Erfahrungen meiner Familie und den mir übermittelten inneren Bildern über den Hamburger Feuersturm berichtete, war dieser wiederum verwundert und nannte es eine „Holocaust-Erfahrung der anderen Seite“.

Auf beiden Seiten – Tätern wie Opfern – finden wir psychosomatische Prozesse von Dissoziation, Konstriktion und Gefühllosigkeit der Körper und Seelen, das Fallen in Sprachlosigkeit oder Verleugnung (vgl. z. B. Kogan 2009, Schlesinger-Kipp 2010). Dass Menschen in meiner Umgebung „plötzlich“ begannen, mir solche Familiengeschichten mitzuteilen – nachdem ich mich selbst für das Thema öffnen konnte – ist ein spannendes Phänomen. Durch welche unbewussten und verkörperten Kommunikationsprozesse solche Entwicklungen zustande kamen, darüber könnten wir hier nur spekulieren. Ich gehe aber davon aus, dass daran unbewusste, körperlich-seelische Vorgänge eines „Mitschwingens“ beteiligt sind². Da die hier beschriebenen Prozesse unlösbar mit meiner eigenen Erfahrung verbunden sind, möchte ich in diesem eher ungewöhnlichen Beitrag einen persönlichen Schreibstil beibehalten.

2) Solche Prozesse sehe ich als „implizite relationale Resonanz-Phänomene“ an. Implizites, nicht symbolisch repräsentiertes Wissen umfasst im Sinne von Stern et al. (2002) vor allem unbewusstes, prozedurales Wissen/Gedächtnis – also das Wissen und die Erfahrungen der Interaktionen unseres Körpers mit der unbelebten Welt sowie das (Beziehungs-)Wissen über das Zusammensein mit einer anderen Person. Letzteres wird auch als implizites Beziehungswissen bezeichnet (vgl. auch Clauer 2003, Clauer 2008a+b).

Verkörperter Scham und Sprachlosigkeit

Meine Neugier war geweckt und ich begann intensiver nachzufragen und zu forschen: Offenbar können es oft erst die nach dem Krieg geborenen Folgegenerationen³ wagen, damit zu beginnen, die Abgründe des Grauens und der Verzweiflung, die Überreste der zerstörten Leben und Hoffnungen ihrer Vorfahren und ihrer selbst zu betrachten und zu überbrücken: „Die Qual meiner Seele hat mir die Zunge, die Sprache geraubt“ erzählte eine Patientin – sie wurde als junge Frau bei Kriegsende vergewaltigt und danach von ihrer Mutter beschuldigt, sie habe Schande über die Familie gebracht. Über einen langen Zeitraum konnte sie in der Therapie nicht darüber sprechen (vgl. Weickmann 2010). So blieben der Bodensatz der Lebensbedrohung und Demütigung sowie ihre Gefühle und Phantasien von (blutiger) Rache, von unerträglicher Schuld, Scham und Anklage erhalten und waren nur schwer integrierbar. Es gab so etwas wie einen „Pakt des Schweigens“ (Kogan 2009, S. 225, Halberstadt-Freud 2011).

Die erste und zweite Generation der Kriegserwachsenen und Kriegskinder nahm solche Gefühle, Erinnerungen und Phantasien häufig mit ins Grab. Bei aller Verleugnung und schamhaften Sprachlosigkeit dieser Generationen ist – wie wir heute generell für Traumata wissen (vgl. z. B. Clauer 2009, Kogan 2008, Schlesinger-Kipp 2010, Schore 2005, Stein 2008, Welzer 2008) – vieles in *ihrem impliziten und emotionalen Gedächtnis*, also vor allem *ihren Körpererfahrungen festgehalten* worden („tell a story through the body“), oft ohne symbolisierte, narrative Erinnerungen:

Ein Beispiel ist mein Schwiegervater. Er wurde aus dem heutigen Tschechien mit gerade 16 Jahren zur Wehrmacht eingezogen, direkt an die Flak im Raum Auschwitz. Von dort aus kam er wie so viele andere in russische Kriegsgefangenschaft nach Sibirien und entging nur knapp dem Tode. In seinen seltenen Erzählungen hat er „nur“ von dem schließlich erfolgten Abtransport zur Zwangsarbeit in Richtung tschechischer Kohlegruben und von seiner dabei in Wien gelungenen Flucht gesprochen. Von dem „russischen Roulette“ – also den wahllosen Erschießungen unter den in einer Reihe angetretenen Gefangenen, wenn einer von ihnen geflohen war – und über seine Erfahrungen in der Kriegsgefangenschaft, mit Hunger, Erfrierungen und Missbrauch, oder auch den Erfahrungen im Raum Auschwitz, hat er nie gesprochen; wir haben davon erst nach seinem Tod vor einigen Jahren erfahren. Er erlitt zwei Schlaganfälle, der zweite führte zum Tode. Beide Schlaganfälle ereigneten sich Ende August, genau zu dem Zeitpunkt, als er von der Schulbank aus direkt in den Krieg ziehen musste.

3) Radebold (2008) bezeichnet die Kinder der Kriegskinder als „Dritte Generation“.

Implizite, prozedurale und emotionale, nicht verbalisierte körperbezogene Erfahrungen von (Kriegs-)Traumatisierungen können auf eine solche Weise unüberschaubare Auswirkungen haben. Mit implizit prozeduralem Beziehungswissen bezeichnen Säuglingsforscher dasjenige Wissen, das vornehmlich aus den Interaktionen unseres Körpers mit der Umwelt entsteht – vor und jenseits des sprachlich symbolisierten Wissens (vgl. Stern et al. 2002). Ob mein Schwiegervater die Erinnerungen verdrängte oder nicht erzählen konnte, muss hier offen bleiben. Neurobiologisch gesehen soll der extreme Stress von Traumatisierungen zu einer Beeinträchtigung des Hippocampus, also des für die Langzeitspeicherung von Erinnerungen zentralen Hirnbereichs führen können (vgl. LeDoux 1998). Allerdings sind solche Befunde durchaus umstritten; die Aktivierung der Amygdala bei Traumata soll Erinnerungsleistungen sogar steigern können (Bohleber 2007, S. 304). Das Trauma kann eine emotionale und somatische Spur hinterlassen, aber eventuell keine verbalisierbare Erinnerung an das, was geschehen ist (vgl. Welzer 2008). An gleicher Stelle werden Vermutungen angestellt, ob solche nicht verbalisierten Kriegstraumatisierungen an der hohen Zahl von Frühpensionierungen und damit vielleicht auch der Dichte psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken und Behandlungen in Deutschland verglichen mit entsprechenden Industrieländern beteiligt sein können (ebd. S. 90).

Körpergedächtnis und Sprachverarmung

Viele Deutsche der dritten Generation sind bei ihren Eltern und Großeltern – neben Disziplin, Perfektionsbestreben und rastloser Leistungsbereitschaft – auf Scham und Schweigen über die Kriegserfahrungen und den Holocaust gestoßen. Viele scheinen in Familien aufgewachsen zu sein, in denen sie physisch ordentlich versorgt, aber von verständnislosen Eltern emotional alleingelassen wurden (z. B. Erlich 2007, S. 389). Und viele der Kinder haben erlebt, dass der Krieg in ihren Kinderzimmern weiterging, in Form von alltäglicher Gewalt und Demütigungen (vgl. Roberts 2008, S. 169). Sie haben so Erfahrungen mit in ihr Leben genommen, welche in ihren Körpern verankert sind und sich in ihrer Seele eingepägt haben: viele fühlten sich verloren und verlassen, schmerzhaft leer und einsam, voll von Hass gegen den eigenen Körper/das eigene Selbst und voller Scham und Schuldgefühle. Sie erlebten Demütigungen und lernten Unterwürfigkeit – ihnen brannte sich das Gefühl ein, fehlerhaft und mangelhaft, also „verkehrt zu sein“.

Ich selbst habe immer den Rohrstock gefürchtet, der griffbereit auf dem Küchenschrank lag. Ich habe eine lebhaftige Erinnerung an die Härte und Gewalt meines Vaters, der in der Hitlerjugend Mitglied einer Boxstaffel war – und der mir seine Traumatisierungen und seine „Sprachlosigkeit“ weitergegeben hat. Meine Mutter hat zudem noch diese Härte eingefordert, anstatt sie zu unterbinden. So wie ich es auch von vielen Patientinnen und Patienten berichtet bekomme, fehlte ihnen und vielen in der Elterngeneration eine klare Bewusstheit

für solche Handlungen, sie wurden bagatellisierend zur Seite geschoben oder vom Gefühl vollständig abgetrennt. Diese Verleugnung ist meist mit Zuschreibungen an den Anderen (Projektionen) verbunden. Damit werden auch die Täterhaftigkeit und die Fragen von Schuld, Scham und Verantwortung zur Seite geschoben und zugleich als „Gefühlserbschaft“ an die Folgegenerationen weitergegeben (vgl. Müller-Hohagen 2008, Bohleber 2008).

Neben den körperlichen Haltungen habe ich auch eine Neigung zu Rückzug und Sprachlosigkeit (oder vielleicht besser Sprachverarmung) erworben. Verbalen Austausch gab es vornehmlich über Alltägliches und außerhalb der Familie durfte über diese nichts berichtet werden. Zudem wurde über Kriegserfahrungen nicht gesprochen, nur über das Leid der Nachkriegszeit (vgl. Erlich 2007).

Um die Grundlagen unserer Muttersprache zu lernen, brauchen wir in unserer Kindheit gemeinschaftliche Tätigkeiten und kooperative Kommunikation als Basis für ein gemeinsames Erfahrungswissen von geteilter Intentionalität. Über die menschliche Zusammenarbeit (= Kollaboration) in (Zeige-)Gesten und Gebärden entsteht der gemeinsam begriffene/begriffliche Hintergrund für die Entwicklung der menschlichen Sprachen – die dieser Theorie zufolge evolutionär nur innerhalb des Zusammenhangs von kollaborativen Aktivitäten entstehen konnten (Tomasello 2009, S. 20 und S. 353ff.). Sowohl die Scham und das Schweigen über Kriegserfahrungen wie auch die Verleugnungen der eigenen Taten oder Unterlassungen auf Seiten der Elterngeneration können meiner Sicht zufolge zu einer Unterbrechung oder Einschränkung eines solchen gemeinsamen Erfahrungshintergrundes, zu einer Form von Leerstellen zwischen den Generationen, führen – eine kooperative Kommunikation und Infrastruktur geteilter Intentionalität können sich in einem solchen Kontext nur schwerlich oder nur begrenzt entfalten (vgl. Erlich 2007). Geteilt und weitergegeben wird dann vielleicht umso mehr ein Zerfall der Kooperation und ein körperlich verankerter Rückzug, Abkapselung oder Fragmentierung. Für eine solche Annahme sprechen auch die systemisch inspirierten Forschungen zur kooperativen Kommunikation zwischen Mutter, Vater und Säugling (vgl. Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery 2001, Clauer 2011). Ich erinnere mich jedenfalls daran, dass ich nur selten eine Zusammenarbeit oder kooperative Kommunikation meiner Eltern erlebte.

Überbrückung der Fragmentierungen und „Sprachlosigkeit“ durch Begegnungsmomente

Sich als Deutsche oder Deutscher zu schämen und zu verbergen und in der Fremde nicht die Muttersprache zu benutzen, habe ich als sehr verbreitet in unserer Kultur erlebt. Auf Kongressen der Psychoanalyse, relationalen Psychoanalyse, Bioenergetischen Analyse und der Europäischen Körperpsychotherapeuten habe ich erlebt, wie in andere Sprachen wie

Spanisch, Französisch oder Italienisch übersetzt wurde. Deutsche versuchten in der Regel, Englisch zu sprechen und es gab selten Übersetzungen ins Deutsche (vgl. Erlich 2007). Diese persönliche Erfahrung spiegelt sich auch im „Wissenschaftsbetrieb“ wider. Anders als heute wurden nach dem Ersten Weltkrieg, z. B. in der Chemie, weltweit noch die Hälfte aller Forschungsarbeiten in Deutsch veröffentlicht (Müller 2011). Dies ist sicher nicht allein eine Folge des Zweiten Weltkrieges. Auf der Potsdamer Konferenz der Siegermächte gab es einen Dialog darüber, was „Deutschland“ eigentlich noch bedeutet. Truman sagte: „Es hat 1945 alles eingebüßt. Deutschland existiert faktisch nicht“ (Zitat bei Welzer 2008). Die enge Verbindung zwischen den Brüchen in der eigenen Identität und der „verbotenen Muttersprache“ ist von der tschechisch-deutschen Analytikerin Burgerová (2009) aufgegriffen worden. Der „Verlust der Muttersprache“ ist für mich ein Synonym geworden für die Diskontinuitäten oder den Verlust an gemeinsamem kulturellem Leben (welches ein wesentlicher und hochentwickelter Teil unseres gemeinsamen Erfahrungswissens ist). Anders als ich es z. B. in Griechenland erlebt habe, ist vieles vom gemeinschaftlichen Leben z. B. in Musik, Tanz und Gesang verschüttet oder verloren gegangen (vgl. Welzer 2008). Nirgends ist mir das so bewusst geworden wie in meiner Assistenzarztzeit in der Gerontopsychiatrie. Viele der älteren Patienten profitierten besonders von dem gemeinsamen Singen alter (Volks-)Lieder, die sie aus ihrer Kindheit kannten und die eine ältere Mitarbeiterin in liebenswerter Weise mit ihnen anstimmte. Die meisten dieser Lieder kamen mir fremd vor und waren für mich Neuland. Heute würde ich als Körperpsychotherapeut und Psychoanalytiker sagen, dass ich wie viele andere meiner Generation kulturell teilweise enturzelt war – in der Sprache der Bioenergetischen Analyse ausgedrückt mit einem verminderten „Grounding“ (vgl. Clauer 2009). Der gemeinsame Erfahrungshintergrund mit den vorherigen Generationen scheint beeinträchtigt zu sein. Dies erweckt in mir manchmal den Eindruck, als seien wir Selbst-los, geschichtslos, mit beeinträchtigter Kultur und „Muttersprache“ (vgl. Burgerová 2009, Welzer 2008).

Die Sprachlosigkeit und Gewalt, die ich in meiner Familie erlebte, waren verbunden mit Gefühlen und Fantasien, dass meine Schwierigkeiten, Schamgefühle, Selbstzweifel oder Selbsthass mit meinen individuellen Fehlern zu tun hatten. Als Kind fühlte ich mich oft einsam und verloren, als Außenseiter und lange Zeit meines Lebens hatte ich das Gefühl: „Mit mir ist etwas nicht in Ordnung.“ Mein Körper und meine Gesten waren Scham besetzt, eine tief sitzende Unsicherheit und Anfälle von Schuldgefühlen, z. B. mich in der Öffentlichkeit zu zeigen, waren mir sehr vertraut. Es gab keine Vorstellungen oder ein Wissen darüber, dass all dies *auch* mit der Geschichte meiner Familie und Nation zusammenhängen könnte. Die Berufswahl des Arztes und Therapeuten war wohl auch ein Versuch, mit diesem empfundenen Makel fertig zu werden, der Hilflosigkeit und Scham zu entkommen. Wenn ich auf meine eigenen Therapien zurückblicke, waren sie alle auf mein individuelles Erleben und meine persönliche Geschichte fokussiert. Als Therapeut hatte ich dann selbst viele Patienten mit ähnlichen Überzeugungen und habe dabei ebenfalls meist nach ihren indivi-

duellen Schwierigkeiten gesucht. Für mich gab es lange niemanden, auch keine Therapeutin, keinen Therapeuten, der einen Zusammenhang mit der deutschen nationalsozialistischen Vergangenheit hergestellt hätte oder mit mir nach der Vergangenheit meiner Eltern und Großeltern in *dieser* Richtung geforscht hätte – obwohl ich entsprechende Fragmente immer erwähnt habe. Bei meinen Bioenergetischen Analytikern aus dem angloamerikanischen Sprachraum ist dies vielleicht weniger verwunderlich als bei den deutschen Psychoanalytikern (vgl. Erlich 2007, S. 387, Heimannsberg & Schmidt 1993).

Manche meiner Erfahrungen blieben so Bruchstücke, die nicht in einem größeren Rahmen integriert waren. In der Diskussionsgruppe, die in der Einleitung erwähnt ist, standen mir dann Bilder des „Feuersturms“ in meiner Heimatstadt Hamburg im Zweiten Weltkrieg vor Augen (vgl. Lamparter et al. 2010). Dabei brannte der Asphalt in den Straßen, und die Menschen, die aus ihren brennenden Häusern flohen, wurden von dem Sturm in die Flammen hineingesogen. Mit der Hilflosigkeit meines Großvaters angesichts dieses Grauens hatte ich immer Mitgefühl gehabt, wenn ich seinen seltenen Erzählungen über solche Ereignisse in der Heimat meiner Familie zuhörte. Er war damals zur Hafenerfeuerwehr eingezogen und direkt nach den verheerenden Flächenbombardierungen Hamburgs an Löscharbeiten beteiligt. Als ich davon erzählte, erlebte ich auch die israelischen Kollegen als wohlwollend interessierte Zuhörer. Ich habe dieses Interesse von Angehörigen des Shoah Volkes als eine besondere und heilsame Anerkennung von Fragmentierungen erlebt (vgl. Erlich 2007, S. 387, Gerson 2011, S. 210, Kogan 2009, S. 9). Fragmente meiner Erfahrungen und die in den verschiedenen Therapien aufgefundenen Bilder und Geschichten begannen so, einen ganzheitlicheren Kontext zu bekommen. Als Kinder hatten wir z. B. oft in den ausgebombten Baracken in Hamburg gespielt. Dabei hatte ich mir mit fünf Jahren einen komplizierten Beinbruch zugezogen.

Heute sehe ich noch andere Brüche in meiner Familie und die damit oft vorhandene Hilflosigkeit in meinem Leben klarer. Mein von mir geliebter Großvater war Kommunist und ist in Hamburg nur knapp dem KZ entgangen. Sein Sohn – mein Vater – war in der Hitlerjugend, war begeistert von den Leistungen der deutschen Chemie und mit 17 Jahren am Kriegsende noch bei der Marine. Im Nachkriegsdeutschland durfte er deshalb seinen Traum eines Chemiestudiums nicht verwirklichen. So wurde er „nur“ Chemotechniker und hat deswegen den Siegermächten immer gegrollt, während mein „befreiter“ Großvater Sozialdemokrat wurde. Spannungen und Brüche, wie ich sie zwischen dem „Kommunisten“ und dem „begeisterten Hitlerjungen“ erlebte, haben sich in abgewandelter Form bis in die vierte Generation fortgesetzt (vgl. Halberstadt-Freud 2011).

Die Bilder des „Hamburger Feuersturmes“ erschienen mir manchmal noch als leichter auszuhalten. Sich selbst zu zeigen und dabei gegenwärtig zu sein, dass man vom Gegenüber

als Täter wahrgenommen und gesehen werden kann, waren dagegen schwerer zu ertragen. Solche Erfahrungen und Erinnerungen habe ich aus meiner Studienzeit von Besuchen in Israel und Südfrankreich mitgebracht. Meine Abwehr gegenüber solchen Gefühlen z. B. von Schuld, Scham und Angst war immer da: als Kind, als Jugendlicher, als Erwachsener und auch als Therapeut habe ich mich gegen mein Vater-Introjekt gewehrt – gesehen zu werden als Täter, eine Person zu sein, die andere demütigt und ihnen gewaltsam Schaden zufügt.

Richard von Schirach, dessen Vater Reichsleiter der Hitlerjugend war und als Kriegsverbrecher im Spandauer Gefängnis saß, hat über solche Gefühle geschrieben: „... stand ich zeitweilig in Gefahr, ein Opfer der Schuldgefühle zu werden, die mich angesichts der Verbrechen des Nationalsozialismus packten. Der Satz aus der Bibel, wo Gott von den ‚Sünden der Väter bis ins dritte und vierte Glied‘ spricht, machte mir eine Zeitlang so zu schaffen, dass ich erschrak, als mir auffiel, wie sehr meine hingekritzelte Unterschrift der meines Vaters ähnelte. War auch ich ein möglicher Täter? Ich wollte, dass alle schuldig wären. Zu meiner Entlastung warf ich mich auf jüdische Verbrechen, ... da ich unbewusst hoffte, es von dem Konto deutscher Schuld abziehen zu können“ (2005, S. 357).

In meiner Zeit als Psychiater habe ich Krakau und Auschwitz besucht und dann in meiner ersten psychoanalytischen Selbsterfahrung versucht, für das dort erlebte Grauen Worte zu finden und nicht in meine mir so vertraute Sprachlosigkeit zu verfallen und vor lauter Scham am liebsten im Boden zu versinken. Ich habe dabei leider wenig emotionale Resonanz und Rückmeldungen oder Gesten der Anerkennung für den Aufbau eines neuen gemeinsamen Erfahrungshintergrundes von meinem Psychoanalytiker erhalten (vgl. Erlich 2007, Gerson 2011). Gleichwohl habe ich in meinen Therapien wichtige Erfahrungen gemacht, viele Erkenntnisse gewonnen und mich weiterentwickelt. Vor allem habe ich meine eigenen aggressiven Gefühle und Phantasien kennengelernt und mit einem jüdischen Bioenergetischen Analytiker gelernt, die „mörderische Seite“ in mir anzuerkennen.

Grenzerfahrungen in Therapien mit Nachkommen von Kriegstraumatisierten

Die Therapie von Holocaust-Überlebenden und ihren Nachkommen hat uns gezeigt, wie wichtig das Auffinden und Anerkennen unterdrückter Gefühle und Erfahrungen, von Schmerz, Scham und Schuld ist. Dafür kann das Auffinden der abgespaltenen und körperlich gespeicherten Erinnerungsfragmente ein notwendiger Bestandteil sein. Gleichzeitig wird eine unzulängliche oder verhinderte Grenzbildung zwischen den Generationen hervorgehoben. Diese beinhaltet eine Verwischung der Grenzen zwischen Vergangenheit und Gegenwart, zwischen Selbst und dem Anderen sowie zwischen Phantasie und Realität (vgl. Kogan 2008, S. 119f.). Ähnliches gilt wohl in entsprechender Weise für Kriegstraumatisierte und ihre Nachkommen. Auch hier müssen Scham, Schuld, Opfer- und Täterthematik durch-

gearbeitet werden (vgl. Marks & Mönnich-Marks 2008). Die oft bemühte „Gnade der späten Geburt“ ist dabei wenig hilfreich und wohl eher als Abwehr zu verstehen. Welche Schwierigkeiten sich daraus in einer Therapie entwickeln können, möchte ich anhand eines Fallbeispiels zeigen:

Mein Patient kam aufgrund von Angstzuständen, die im Kontext einer Ehekrise auftraten. Sie gingen mit (Tag-)Träumen von Krieg, Zerstörung und Vernichtung einher. Seine Eltern stammten aus Berlin und die Verbindung seiner Probleme mit seinem kriegstraumatisierten Vater war für uns schnell zugänglich. Der schwerkranke, depressiv-tablettenabhängige, seelisch traumatisierte und körperlich durch eine Fliegerbombe sichtbar verstümmelte Vater hatte ihn in der Kindheit und bis heute mit Ekel erfüllt. Seine Abwehr dagegen war mit dem Rückzug in teils großartige Phantasien verbunden. Als Folge davon war die Trennung zwischen Phantasie und Realität bei ihm unsicher und brüchig. Als er nun darüber sprach, wie er auf dem Wege zu meiner Praxis an einem Waffengeschäft vorbeiging und sich jedes Mal nur mühsam davon abhalten konnte, eine Pistole zu kaufen, versetzte mich dies in Angstzustände. Diese geteilten Gefühlszustände und die Verbindung zu meiner eigenen „Täterseite“ waren, glaube ich, entscheidend, um mit dieser mehr als ungemütlichen Situation fertig zu werden und ihm weiterzuhelfen. Es war allerdings eine anstrengende und aufreibende Arbeit in dieser Phase der Therapie, mit dem Patienten weiterzuarbeiten und hinreichend klare und sichere Grenzen aufzubauen. So habe ich es beispielsweise unterbunden, dass er seinen Rucksack mit einer Wasserflasche darin mit in den Therapieraum brachte, obwohl ihm die Wasserflasche als überlebenswichtig erschien. Anhand eines Traumes fanden wir später heraus, dass die Flasche in seiner Phantasie die Bedeutung einer Waffe hatte, mit der er mir hätte den Schädel einschlagen können.

Dennoch war er erst nach drei Jahren intensiver Zusammenarbeit dazu in der Lage, sich seiner Täterseite wirklich zu stellen. Seine Eltern hatten immer das Bild von sich selbst gezeichnet, dass sie dem Widerstand Verbundene waren. Den Vater hatte er sowieso als Opfer vor sich: der trug ja den Schrecken und das Grauen der Verstümmelung leibhaftig mit sich herum. Bei aller Ablehnung des Vaters war er mit dessen Opferstatus identifiziert. Er selbst hatte von sich das Idealbild eines für das Gute kämpfenden Partisanen entwickelt und agierte und erlebte sich auch in der Therapie so – gegenüber dem Therapeuten als Feind. Erst eine genauere Analyse der Kriegserfahrungen des Vaters hat ihm die Täterseite zugänglich gemacht: Für den Vater stellten im Russlandfeldzug die Partisanen den eigentlichen Schrecken dar. Wir fanden schließlich heraus, dass der Vater die Erschlagung russischer Kriegsgefangener miterlebt hatte, und ob er wollte oder nicht, hatte er sich als Sanitätsoffizier auch an der Erschießung von Partisanen beteiligen müssen. Erst mit dem Auffinden dieser Täterseite des Vaters begann der Patient seine eigene Täterseite wirklich anzuerkennen. Ich habe dies bei mir körperlich an dem deutlichen Nachlassen meiner ängstlichen Anspannung in der Therapiesituation registrieren können.

Neben der Scham und Verleugnung auf der Täterseite sowie der Hilflosigkeit der Opferseite stießen wir im Therapieverlauf immer wieder auf Gefühle der Demütigung und Hoffnungslosigkeit, die in Verbindung zum verlorenen Krieg standen. Dieser Dreiklang aus Scham, Hilflosigkeit und Demütigung/Hoffnungslosigkeit war eine Mischung, bei der der Atem stockte und die oft unüberwindbar erschien. Sie führte zu einer Erstarrung oder dem Einfrieren der körperlichen Wahrnehmung und Lebendigkeit, zu einer Dissoziation. In dem gemeinsamen Erleben und dem Anerkennen von Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Scham sowie zugleich von Zuversicht, Verantwortung und Beteiligung kehrten Leben und Gefühle in den Körper zurück, Dissoziation und Scham wichen zurück. Eine solche Mischung, wie bei diesem Patienten beschrieben, birgt ohne Aufarbeitung und im Zusammenhang mit Sprachlosigkeit die Gefahr neuer faschistischer Entwicklungen und Gewaltausbrüche in sich, so wie wir es derzeit in Ungarn erleben (vgl. Schmidt-Häuer 2009). Wenn eine ganze Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppe traumatisiert wurde, ist eine Tendenz zum späteren Ausagieren der Traumatisierung auf gesellschaftlicher Ebene in Form von Gewalt nicht verwunderlich (vgl. Eckberg 2000, S. 88). Die wenn auch späte zunehmende öffentliche Diskussion von Kriegserfahrungen, Holocaust, Flucht und Vertreibung in Deutschland hilft vermutlich aus der zuvor verbreiteten Sprachlosigkeit und Verdrängung heraus und könnte daher ein hoffnungsvolles Zeichen sein. Die offene verständnisvolle Diskussion ihrer Erfahrungen in Familien von Holocaust-Überlebenden wurde als ein wichtiger protektiver Faktor für die Kinder beschrieben (Axelrod, Schnipper & Rau 1980). Eine solche „offene Diskussion“ fehlte häufig in deutschen Nachkriegsfamilien (vgl. z. B. Bohleber 2007). Vielleicht liegt hierin eine Erklärung für Unterschiede in der Weitergabe von Traumatisierungen an ihre Nachkommen bei Holocaust-Opfern und bei deutschen durch Kriegsfolgen Traumatisierten. Übereinstimmend konstatieren jüdische und deutsche Autoren, dass die uneingestandene Schuld und die Furcht vor der Ächtung der Umwelt zu einer Tendenz von Verschweigen und schamvollem Verbergen in deutschen Täterfamilien oder ihren Mitläufern führte (z. B. Bar-On 1993, Eckstaedt 1986, Erlich 2007, Halberstadt-Freud 2011, Marks & Mönnich-Marks 2008, Scheub 2007, Schirach 2005, Welzer et al. 2002). Das „Dilemma der Kinder von Tätern“ (Bar-On 1993, S. 280) zeigt sich auch in sozialpsychologischen Untersuchungen, wo anstelle von Verantwortung und Anerkennung der Täterschaft in solchen Familien eher Verharmlosung und angebliches Nichtwissen vorherrschen (Welzer et al. 2002). Viele Erfahrungen sprechen dafür, dass die Gefahr der Wiederholung von Gewaltausübung besteht, wenn Scham verleugnet und nicht durchgearbeitet wird, auch aus Opfern können dann Täter werden (vgl. Marks & Mönnich-Marks 2008, S. 1032).

Bei aller Ähnlichkeit der Folgen für die Kinder der Opfer und der Täter des Holocausts und Krieges gibt es auch erhebliche Unterschiede. „Die Last des Schweigens“ (Bar-On 1993) oder „Verschwörung des Schweigens“ und das Verbiegen der Wahrheit durch Täter sind besonders für deren Nachkommen etwas anderes als das Zögern der Opfer, über quälende

Erinnerungen zu sprechen (Halberstadt-Freud 2011). Die zwiespältigen Bande der Loyalität erschweren den Nachkommen von Tätern und ihren Mitläufern die Suche nach der Wahrheit, Aufdeckung der Vergangenheit und die „Heilung“, denn bei diesen Nachkommen geht die Suche häufig mit simultanen Abwehrprozessen einher (ebd., S. 218 u. 235).

Selbstfürsorge

Wie an jeder Kommunikation sind am therapeutischen Dialog neben expliziten, bewussten und unbewussten auch implizite prozedurale Prozesse beteiligt, also Signale wie Tonhöhe, Atem(-pausen), Mimik, Gesten und andere körpersprachliche Signale (vgl. z. B. Stern et al. 2002, Clauer 2009). Säuglingsforscher können die unbewusst körpersprachliche Kommunikation bereits bei Neugeborenen nachweisen und bezeichnen sie dann als „Protokonversationen“ (Trevarthen 2009). Solche körperlichen Signale („Resonanzphänome“) können sich unbewusst, z. B. über Spiegelneuronen, vermitteln und sehr „ansteckend sein“ (vgl. z. B. Heinrich-Clauer 2008, Gallese 2009). Wenn wir mit Traumata konfrontiert sind, teilen wir daher möglicherweise die Bedrohung unserer Patienten sowie deren Dissoziation oder Schockstarre in unserem Körper und in unserer Seele und ebenso leicht auch den Verlust unserer Selbstachtung (vgl. meine Angst im obigen Fallbeispiel). Diese Gefahr für Therapeutinnen und Therapeuten wird in der Literatur als Sekundär-Traumatisierung bezeichnet (vgl. z. B. Böhm & Kaplan 2009, Heinrich-Clauer 2005, Lemke 2006). Wenn ich aufhöre ein abstinenter (analytischer) Therapeut zu sein, den der Patient nicht sieht und der sich als ein Spiegel für den Patienten und als den Wissenden betrachtet (und damit den Patienten als den pathologisch Kranken) und mich statt dessen für eine gemeinsame Gefühlsreise zur Verfügung stelle, dann werde ich oftmals unweigerlich nicht nur den Schock und die Erstarrung des Patienten teilen, sondern zugleich als der Verfolger oder Täter betrachtet werden und mich möglicherweise auch so fühlen. Um einen solchen Prozess wagen und durchführen zu können, braucht es eine gute Selbstfürsorge – auf der körperlichen Ebene, um die eigene Beweglichkeit und „Resonanzfähigkeit“ zu erhalten – und um zugleich in den eigenen Gefühlen und Fantasien lebendig zu bleiben (vgl. Heinrich-Clauer 2005). Zentral ist dafür aus meiner Sicht der Spagat, den Schmerz und die Scham darüber, unzulänglich, hilflos oder schuldig zu sein, zu fühlen und anzuerkennen – ohne dabei die eigene Selbstachtung und Lebendigkeit zu verlieren.

Die Dimension des Dritten im Kontext von Traumatisierungen

Traumatisierungen sind immer mit einer Täter-Opfer-Dynamik verbunden und konfrontieren uns Therapeutinnen und Therapeuten als Zeugen mit beiden Seiten: jedes Opfer von Gewalt, Missbrauch oder Vernachlässigung ist in einer völlig hilflosen, ohnmächtigen Situation unweigerlich mit dem Täter identifiziert, alleine schon über die unbewusst ablaufenden

körperlichen Resonanzphänomene. Dabei ist es meist viel leichter, mit dem Opfer mitzufühlen oder sich zu identifizieren. Weitaus schwerer ist es für den Täter oder die Täterseite Verständnis, Einfühlung oder eine Identifizierung zu entwickeln. Die Zeit nach dem Nationalsozialismus in Deutschland hat deutlich gemacht, wie schwer die Anerkennung und Auseinandersetzung mit den (eigenen) Täterseiten ist, wie leicht diese Seite verdrängt und verleugnet wird, die Scham so unerträglich ist, dass sie seelisch nur schwer oder gar nicht verarbeitet wird (vgl. Erlich 2007, Marks & Mönnich-Marks 2008, Schirach 2005). Um nicht in dem Dilemma der Täter-Opfer Spaltung stecken zu bleiben, ist die Position eines Dritten erforderlich (Gerson 2011). Sémelin (2007, S. 117f.) vertritt die Auffassung, dass der „bezeugende Dritte“ eine entscheidende Rolle spielt: Wenn der Dritte der Verfolgung des Opfers gegenüber gleichgültig bleibt, stehe dem Anwachsen der Gewalt nichts mehr im Wege. Opfer fühlen sich von Dritten preisgegeben, die ihm den benötigten Schutz nicht gewährt haben (Pflichthofer 2007, S. 343). Wie bei der oben erwähnten Patientin besteht für viele Opfer zudem die Gefahr, beschämt oder ausgegrenzt zu werden. Die Gewalt wird dabei aus den persönlichen Beziehungen wie auch dem gesellschaftlichen Bewusstsein verdrängt (vgl. Reemtsma 2009, S. 478).

In der Psychoanalyse ist der Umgang mit dem Täter-Opfer-Dilemma oder allgemeiner der Entweder-oder-Dynamik und das Auffinden und Bewahren einer dritten Position als einer Alternative seit jeher ein Thema und mit dem Konzept der Triangulierung verbunden (z. B. Gerson 2011). Jessica Benjamin (2005) ist eine derjenigen, die dazu häufiger zitiert wird. Sie hat ihren philosophischen Hintergrund genutzt, um in einem solchen Prozess ihre eigene Orientierung zu finden. Nach Begegnungen mit Deutschen hat sie die Bedeutung des Dritten für den psychoanalytischen Prozess betont und es als ein „*Moralisches Drittes*“ beschrieben. Auch wenn ich die Bedeutung des Dritten teile, habe ich vor dem Hintergrund meiner Geschichte moralische Begriffsbildungen immer als problematisch und brüchig erlebt. Das Dritte finde ich eher in der zwischenmenschlichen Bezogenheit mit der konkreten Erfahrung von emotionaler Resonanz, Anerkennung, Zuwendung und Kooperation begründet (gemeinsames Hintergrundwissen). Das Opfer braucht die Aufmerksamkeit und Anerkennung eines Dritten, damit sich das Gefühl der schutzlosen Preisgabe verändern kann.

Aus der Arbeit mit missbrauchten Frauen kenne ich aber die Erfahrung, wie schwer es sein kann, eine solche Position des anerkennenden Dritten im Zusammenhang mit der Gewalterfahrung einzunehmen und zu bewahren. Auch in diesem Kontext werde ich als Mann damit konfrontiert, als potenzieller Täter gesehen zu werden und mich so zu erleben. Mit meinen Lebenserfahrungen und „emotionalen Organisationsprinzipien“ (vgl. Orange, Atwood & Stolorow 2001, S. 47) stellt dies immer wieder eine erhebliche Herausforderung dar. Ich habe in der Kindheit nicht nur gelernt, als Deutscher nicht o.k. zu sein, sondern ebenso als Mann. Meine Mutter hat Männer abgelehnt und verachtet – aber gebraucht. In

meinen Ohren klingt das Echo ihres häufig gebrauchten Satzes nach: „Wehe, wenn die Russen kommen!“ Dies malte die kollektive Erinnerung an erlittene Vergewaltigungen an die Wand (zu der historisch gewaltigen Dimension von bis zu 1,9 Millionen Vergewaltigungen alleine von deutschen Frauen vgl. Radebold 2008, zu den sexuellen Gewalttaten deutscher Soldaten vgl. Mühlhäuser 2010). Es war aber zugleich eine mich als Jungen treffende verallgemeinernde Anklage gegenüber Männern und ihrer Sexualität, welche konkrete Geschichten und Auseinandersetzungen und damit Möglichkeiten zur Differenzierung nie zuließ. Erst 2008 habe ich von ihr erfahren, dass sie als 19-jährige BDM Flakhelferin im Raum Delmenhorst weitab ihrer Hamburger Heimat eingesetzt war. Nach Kriegsende hat sie dann mit einer anderen 20-Jährigen zu Fuß einen etwa 150 Kilometer weiten Rückweg durch ein verwüstetes Land angetreten, das für ihr Erleben voller feindlicher Soldaten war. Ihre sexualfeindliche Lebenshaltung und ihre Antipathie gegenüber sportlicher Betätigung und Bewegung haben ihr weiteres Leben wesentlich geprägt und auch mich beeinflusst. Mit ihren Berichten habe ich diesen Teil meiner Lebenserfahrung besser verstanden.

In meiner therapeutischen Arbeit mit missbrauchten Frauen war es oft ein wichtiger Schritt, wenn sie Zugang zu ihren Täterintrospektionen fanden (vgl. Clauer & Heinrich 1999, Shapiro 2000), d.h. ihre unbewusste und unweigerliche Identifikation mit dem Täter erkannten. Ansonsten besteht aufgrund solcher Identifikationen mit dem Täter ein großes Risiko, dass das frühere Opfer selbst zum Täter wird. Ein Zugang zu ihren Täterintrospektionen war missbrauchten Frauen dann möglich, wenn ich ihr Leid anerkannt hatte und meine mögliche Täterschaft als Mann nicht ablehnen musste. In der Folge hatten wir dann gemeinsam eine Chance, zu akzeptieren, dass wir trotz dieser menschlichen Dualität von Täter und Opfer dennoch ein Miteinander, das auf *emotionaler Resonanz, Zuwendung, Anerkennung und menschlicher Kooperation beruht*, entwickeln können. Mir war und ist diese Arbeit nur möglich mit der konkreten Erfahrung der Annahme und Anerkennung durch meine Frau.

Zuwendung und Kooperation: Brücken über Scham und Sprachlosigkeit sowie über die Täter-Opfer-Kluft

Gewalt ist in der Regel mit der Ausübung uneingeschränkter und destruktiver Macht verbunden: Der Täter überschreitet die seelischen und meistens die körperlichen Grenzen des Opfers, schädigt oder zerstört dessen Körper (vgl. Reemtsma 2009). Damit es zu Gewaltexzessen kommen kann, muss unser menschliches Erbe von Mitgefühl, Hilfsbereitschaft und sozialer Verbundenheit zerfallen sein (vgl. Bauer 2006, Clauer 2011, Tomasello 2009). Dazu kommt es aus neurobiologischer und körperpsychotherapeutischer Sicht, wenn wir die Verbindung zu unserer eigenen Verletzlichkeit und der körperlich-emotionalen Resonanzfähigkeit verlieren (in eine Dissoziation oder Erstarrung/Konstriktion geraten) und dann

die entsprechende Körperlichkeit des Anderen nicht mehr sehen, wahrnehmen, mitempfinden und anerkennen.

Gewalttätige Machtausübung ist mit einem Zerfall der menschlichen sozialen Verbundenheit gekoppelt und oft begleitet von schamhaftem Verbergen, Rückzug und Sprachlosigkeit. Kooperation, gemeinsames Handeln *und* emotionale Abstimmung mit zwei oder mehreren Personen entwickeln und erhalten hingegen die Grundlagen für die menschliche soziale Verbundenheit. Ob dies im Anblick des Grauens, wie ich es in Auschwitz empfunden habe, Bestand haben kann, ist allerdings eine große Herausforderung und Aufgabe. Meine eigene Erfahrung lässt in mir die Hoffnung leben, dass dies trotz aller Widerwärtigkeiten, Trostlosigkeit, Macht- und Gewaltausübungen und allen Grauens möglich ist.

Traumatisierungen und das möglicherweise nachfolgende Posttraumatische Belastungssyndrom sind mit der Erfahrung von Ohnmacht und Ausgeliefertsein verbunden. Als Bioenergetischer Analytiker richte ich mein Augenmerk besonders darauf, die Dissoziation oder die Fragmentierungen zwischen Körper und Seele, den „Selbstbewahrungsrückzug“ zu behandeln, indem ich dem Anderen seelisch *und* körperlich zugewandt bleibe (vgl. Clauer 2008, Schore 2005). „Verkörperter Terror und Panik“, also in der körperlichen Erfahrung gespeicherte Traumatisierungen, beeinträchtigen nach meiner Erfahrung als Therapeut die Kooperation und Affekt Abstimmung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut erheblich – vermutlich in ähnlicher Weise wie zwischen Säugling und Pflegeperson nach Traumatisierungen des Säuglings (vgl. Schore 2005).

Im Deutschen sprechen wir von „*Hinwendung und Zuwendung*“. Dies bedeutet, sich dem Anderen mit dem Körper, mit der Aufmerksamkeit und seinen Gefühlen zuzuwenden und zu öffnen (vgl. Gerson 2011, S. 211). Scham führt genau zur gegenteiligen körperlichen und seelischen Bewegung: sich vom Anderen abwenden oder verschwinden (sein Gesicht verbergen oder am liebsten im Boden zu versinken). Wir schämen uns für unsere Identität, unseren Körper, Körperteile oder den körperlichen Ausdruck und spalten uns davon ab, dissoziieren also. In der Therapie ist es dann nötig, die Empfindung für den eigenen Körper, seinen Ausdruck und seine Lebendigkeit wiederzufinden. Das beinhaltet, die Scham zu verarbeiten und sich der Realität des eigenen Körpers, des unvollkommenen, begrenzten und verletzlichen Selbst bewusst zu werden und damit gleichzeitig den Respekt für den Anderen als lebenden Körper zu bewahren – oder zu entwickeln. Eine kurze Fallvignette mag erläutern, was dies bedeuten kann:

Im Falle der körperpsychotherapeutischen Arbeit mit einer Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation habe ich über einen langen Zeitraum lernen müssen, getrennt oder abgegrenzt aufzutreten und dabei zugleich zugewandt und in Verbindung zu bleiben. Sie

hatte über Jahre die umfassenden Erwartungen, dass ich ihre Wünsche genauestens erahne und erfülle. Es war eine emotional aufreibende Arbeit, in zugewandter Weise und nicht schroff, genervt oder verletzend zu vertreten, dass ich solche Erwartungen eben gerade nicht erfüllen kann. Nach dieser langen Therapiephase entwickelte sie den Wunsch nach Verbindung, nach Kontakt. Wir haben dann experimentiert und ein Setting entwickelt, in welchem wir voreinander saßen und mit den Füßen in Kontakt traten, in der Regel indem ich meine Füße auf ihre Füße stellte. Auf diese Weise waren wir körperlich fühlbar oder begreifbar aufeinander bezogen, beide erlebten sich an der Interaktion beteiligt und zugleich war meine Rolle als Therapeut klar definiert. Außerdem erhielten wir ein direktes Feed-back über Brüche in unserer Kooperation und Affekt Abstimmung. Dies hat uns sehr bei dem Lernprozess geholfen, die Brüche immer wieder zu überbrücken und die Affekt Abstimmung wiederherzustellen (weitere konzeptuelle Erläuterungen vgl. Clauer 2009).

Mit ihrer feindseligen Mutter und dem erzkatholischen Vater hat sie sich immer als falsch/fehlerhaft, beschämt und gedemütigt erlebt. In der Therapie war sie über einen langen Zeitraum nicht imstande, Näheres von ihrer Lebensgeschichte zu erzählen. Ihre Worte und Sprache waren stockend und abgehackt. Es war oft schwer, irgendeinen Sinn darin zu finden. Nach längerer Therapiedauer gab sie mir Berichte über das Therapieschehen. Die Poesie dieser Erzählungen haben mich überrascht und sehr bewegt. Erst nach dem körperlichen Dialog unserer Füße war eine hinreichend sichere Basis dafür entstanden, dass ein Dialog mit Worten beginnen konnte. Dabei fand ich es selbst oft schwierig, die angemessenen Worte für die gemeinsamen Erfahrungen zu finden. Die lange anfängliche Art von Sprachlosigkeit hat zwischen uns die Metapher eines Verlustes der Muttersprache hervorgerufen.

Sich dem Anderen zuzuwenden oder von ihm abzuwenden sind zuerst einmal konkrete, unbewusst körperlich ablaufende menschliche Reaktionsmuster. Die Bedeutung solch grundlegender Formen der Kooperation innerhalb des Therapieprozesses halte ich für ebenso unterschätzt wie die Bedeutung des impliziten, verkörperten Gedächtnisses. „Wir sind – aus neurobiologischer Sicht – auf soziale Resonanz und Kooperation angelegte Wesen“ (Bauer 2006, S. 34). Die wesentlichen Voraussetzungen für das Gelingen einer Beziehung oder eines kooperativen Projektes sind sinngemäß: Wahrnehmen und Wahrgenommen-Werden, gemeinsame Aufmerksamkeit gegenüber etwas Drittem, emotionale Resonanz, gemeinsames Handeln und das wechselseitige Verstehen von Motiven und Absichten (ebd., S. 190).

Sich dem gehassten, gedemütigten, beschämten und/oder schuldigen Anderen zuzuwenden und mit ihm eine gemeinsame Gefühlsreise mit Begegnungsmomenten zu unternehmen – den Anderen sehen, mit ihm sprechen, ihm zuhören und seine Erfahrungen, Gefühle und Erinnerungen in einem verkörperten Dialog zu teilen und anzuerkennen – all dies können hilfreiche Anteile in einem Therapieprozess sein.

Schlussfolgerungen

- Es ist bei uns (auch weiterhin) bedeutsam, an Kriegsfolgetraumatisierungen oder auch Sekundärtraumatisierungen zu denken und bei unseren Psychotherapiepatientinnen und -patienten nach diesen zu forschen.
- In Familien mit Kriegsfolgetraumatisierungen ist das offene, nicht beängstigende Gespräch über zugängliche Erinnerungen ein wichtiger Faktor, um die Traumafolgen zu verarbeiten und deren Weitergabe an die Folgegenerationen zu unterbrechen.
- Traumatisierungen aus Holocaust, Krieg, Flucht und Vertreibung werden vor allem in körperlich-emotionaler (impliziter) Weise und weniger in narrativer (expliziter) Form gespeichert und an Nachkommen weitergegeben. Fehlende körperliche Selbstachtung, Scham-, Schuldgefühle und Sprachlosigkeit sind für die Weitergabe bedeutsame Faktoren.
- Die therapeutische Bearbeitung der Traumafolgen kann durch Einbeziehen von Körperpsychotherapie erleichtert werden: ein körperlich-emotionaler Dialog, Hinwendung und Anerkennung ermöglichen es, dass die „verkörperten Erinnerungen (embodiment)“ in „Inszenierungen“ zugänglich, begreifbar und zu einer (mit-)geteilten verbalen Erinnerung werden können. Die notwendige Integration der Täterintjekte wird dadurch gefördert.
- In den Curricula der Psychotherapieausbildungen – egal welcher Ausrichtung – sollte die Problematik von Kriegsfolgetraumatisierungen ein fester Bestandteil sein.

Literatur

- Axelrod, S., Schnipper, O. L. & Rau, J. H. (1980). Hospitalised offspring of Holocaust survivors: Problems and Dynamics. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 44, S. 1-14.
- Bar-On, D. (1993). *Die Last des Schweigens. Gespräche mit Kindern von Nazi-Tätern*. Frankfurt/M.: Campus.
- Bauer, J. (2006). *Prinzip Menschlichkeit*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Benjamin, J. (2005). Das moralische Dritte als Ausweg aus der Täter-Opfer Beziehung: Wirkung, Initiative und Verantwortung in der Psychoanalyse. In: Springer, A., Gerlach, A., Schlösser, A.-M. [Hrsg.]. *Macht und Ohnmacht*. Gießen: Psychosozial, S. 417-439.
- Bode, S. (2009). *Kriegsenkel: Die Erben der vergessenen Generation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Böhm, T., Kaplan, S. (2009). *Rache. Zur Psychodynamik einer unheimlichen Lust und ihrer Zähmung*. Gießen: Psychosozial.
- Bohleber, W. (2007). Erinnerung, Trauma und kollektives Gedächtnis – Der Kampf um die Erinnerung in der Psychoanalyse. *Psyche – Z Psychoanal* 61, S. 293-321.
- Bohleber, W. (2008). Wege und Inhalte transgenerationaler Weitergabe. *Psychoanalytische Perspektiven*. In: Radebold, H., Bohleber, W., Zinnecker, J. [Hrsg.]. *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten*. Weinheim und München: Juventa, S. 107-118.
- Burgerová, J. (2009). Die verbotene Muttersprache. *Psyche – Z Psychoanal* 63, S. 1150-1160.

- Clauer, J. (2003). Von der projektiven Identifikation zur verkörperten Gegenübertragung: Eine Psychotherapie mit Leib und Seele. *Psychotherapie Forum* 11, S. 92-100.
- Clauer, J. (2008a). Einführung. In: Heinrich-Clauer, V. [Hrsg.]. *Handbuch Bioenergetische Analyse*. Gießen: Psychosozial, S. 51-57.
- Clauer, J. (2008b). Verkörpertes (leiblich-seelisches) Begreifen: Die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen in der Bioenergetischen Analyse. In: Heinrich-Clauer, V. [Hrsg.]. *Handbuch Bioenergetische Analyse*. Gießen: Psychosozial, S. 383-409.
- Clauer, J. (2009). Zum Grounding-Konzept der Bioenergetischen Analyse: Neurobiologische und entwicklungspsychologische Grundlagen. *Psychoanalyse & Körper* 15 (2), S. 79-102.
- Clauer, J. (2011). Kooperation in der Entwicklung des Menschen 1+2. *Forum Bioenergetische Analyse*, 1/2011, S. 42-89.
- Clauer, J. & Heinrich-Clauer, V. (1999). Körperpsychotherapeutische Ansätze in der Behandlung traumatisierter Patienten: Körper, Trauma und Seelenlandschaften. *Zwischen Berührung und Abstinenz*. *Psychotherapie Forum*, 7, S. 75-93.
- Eckberg, M. (2000). *Victims Of Cruelty. Somatic Psychotherapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- Eckstaedt, A. (1986). Nationalsozialismus in der „zweiten Generation“. *Psychoanalyse von Hörigkeitsverhältnissen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Erlich, H. S. (2007). Persönliche Überlegungen zum Selbstbild und Identitätsgefühl der Deutschen. *Psyche – Z. Psychoanalyse* 61, S. 386-393.
- Fivaz-Depeursinge, E., Corboz-Warnery, A. (2001). *Das primäre Dreieck*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Gallese, V. (2009). Mirror Neurons, Embodied Simulation and the Neural Basis of Social Identification. *Psychoanalytic Dialogues* 19, S. 519-536.
- Gerson, S. (2011). Wenn der Dritte tot ist: Erinnerung, Trauer und Zeugenschaft nach dem Holocaust. *Psyche – Z Psychoanal* 65, S. 193-217.
- Halberstadt-Freud, H. C. (2011). Die gespaltene Loyalität der Nachkommen nazistischer Eltern und Großeltern: Der Fall Lisa. *Psyche – Z Psychoanal* 65, S. 218-238.
- Helfaer, P. M. (2006). *Sex and Self-Respect: The Quest for Personal Fulfillment*. Bioenergetics Press, Alachua, FL.
- Helfaer, P. M. (2008). Scham im Zusammenhang mit Sexualität und Selbstachtung. In: Heinrich-Clauer, V. [Hrsg.]. *Handbuch Bioenergetische Analyse*, Gießen: Psychosozial, S. 129-149.
- Heimannsberg, B. & Schmidt, Ch. [Hrsg.] (1993). *Das kollektive Schweigen*. Köln: Edition Humanistische Psychologie (überarbeitete Neuauflage).
- Heinrich-Clauer, V. (2005). Selbstfürsorge für Psychotherapeuten. Eine körperpsychotherapeutische Perspektive zu einem vernachlässigten Thema. *Forum Psychotherapeutische Praxis*, 5 (4), S. 172-181.
- Heinrich-Clauer, V. (2008). Therapeuten als Resonanzkörper: Welche Saiten geraten in Schwingung. In: Heinrich-Clauer, V. [Hrsg.]. *Handbuch Bioenergetische Analyse*, Gießen: Psychosozial, S. 161-178.
- Kogan, I. (2008). Die Durchlässigkeit der Grenzen in Holocaust-Überlebenden und ihren Nachkommen. In: Radebold, H., Bohleber, W., Zinnecker, J. [Hrsg.]. *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten*, Weinheim und München: Juventa, S. 119-127.

- Kogan, I. (2009). Der stumme Schrei der Kinder. Gießen: Psychosozial.
- Lamparter, U., Holstein, Ch., Thießen, M., Wierling, D., Wiegand-Grefe, S., Möller, B. (2010). 65 Jahre später: Zeitzeugen des „Hamburger Feuersturms (1943)“ im lebensgeschichtlichen Interview. *Forum Psychoanal* 26, S. 365-387.
- LeDoux, J. (1998). Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen. München: Hanser.
- Lemke, J. (2006). Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. Kröningen: Asanger.
- Marks, S., Mönnich-Marks, H. (2008). Nationalsozialismus und Schamabwehr. *Psyche – Z Psychoanal* 62, S. 1015-1038.
- Mühlhäuser, R. (2010). Eroberungen. Hamburg: Hamburger Edition.
- Müller, B. (2011). Audienzgerecht. *Süddeutsche Zeitung*, 263, S. 11.
- Müller-Hohagen, J. (2008). Übermittlung von Täterhaftigkeit an die nachfolgende Generation. In: Radebold, H., Bohleber, W., Zinnecker, J. [Hrsg.]. *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten*. Weinheim und München: Juventa, S. 155-164.
- Orange, D., Atwood, G. & Stolorow, R. (2001). Intersubjektivität in der Psychoanalyse: Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Pflichthofer, D. (2007). Die verwundbare Analytikerin. Traumatische Erfahrungen in der psychoanalytischen Behandlung. *Forum Psychoanal* 23, S. 343-363.
- Radebold, H. (2008). Kriegsbedingte Kindheiten und Jugendzeit. Teil 1: Zeitgeschichtliche Erfahrungen, Folgen und transgenerationale Auswirkungen. In: Radebold, H., Bohleber, W., Zinnecker, J. [Hrsg.]. *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten*. Weinheim und München: Juventa, S. 45-56.
- Radebold, H. (2008). Kriegsbedingte Kindheiten und Jugendzeit. Teil 2: Väterliche Abwesenheit und ihre Auswirkungen auf individuelle Entwicklung, Identität und Elternschaft. In: Radebold, H., Bohleber, W., Zinnecker, J. [Hrsg.]. *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten*. Weinheim und München: Juventa, S. 175-182.
- Reemtsma, J. P. (2009). Vertrauen und Gewalt. Versuch über eine besondere Konstellation der Moderne. Hamburg: Pantheon.
- Roberts, U. (2008). Starke Mütter – ferne Väter. In: Radebold, H., Bohleber, W., Zinnecker, J. [Hrsg.]. *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten*. Weinheim und München: Juventa, S. 165-174.
- Scheub, U. (2007). Das falsche Leben. Eine Vatersuche. München: Piper.
- Schirach, R. v. (2005). Der Schatten meines Vaters. München/Wien: Carl Hanser.
- Schlesinger-Kipp, G. (2010). Prozesse der Erinnerung an die Kindheit in Nationalsozialismus und Krieg. *Psyche – Z Psychoanal* 64, S. 151-171.
- Schmidt-Häuer, C. (2009). Unter der Fahne der Faschisten. *Die Zeit*, 20, S. 3.
- Schore, A. (2005). Erkenntnisfortschritte in Neuropsychoanalyse, Bindungstheorie und Traumaforschung: Implikationen für die Selbstpsychologie. *Selbstpsychologie*, 6, S. 395-446.
- Sémelin, J. (2007). Säubern und Vernichten. Hamburg: Hamburger Edition.
- Shapiro, B. (2000). Will Iceberg Sink Titanic? *Bioenergetic Analysis*, 11 (1), S. 33-42.
- Stein, B. v. d. (2008). „Flüchtlingskinder“. Transgenerationale Perspektive von Spätfolgen des Zweiten Weltkrieges bei Nachkommen von Flüchtlingen aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten. In:

- Radebold, H., Bohleber, W., Zinnecker, J. [Hrsg.]. *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten*. Weinheim und München: Juventa, S. 183-192.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweiler-Stern, N., Tronik, E. Z. (2002). Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Das „Etwas-Mehr“ als Deutung. *Psyche – Z Psychoanal* 56, S. 974-1006.
- Tomasello, M. (2009). Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Trevarthen, C. (2009). The Intersubjective Psychobiology of Human Meaning: Learning of Culture Depends on Interest for Co-operative Practical Work—and Affection for the Joyful Art of Good Company. *Psychoanalytic Dialogues* 19, S. 507-518.
- Weickmann, D. (2010). Sprich nicht darüber. *Die Zeit*, 19, S. 54.
- Welzer, H. (2008). Die Nachhaltigkeit historischer Erfahrung. Eine sozialpsychologische Perspektive. In: Radebold, H., Bohleber, W., Zinnecker, J. [Hrsg.]. *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten*. Weinheim und München: Juventa, S. 75-94.
- Welzer, H., Moller, S., Tschuggnall, K. (2002). „Opa war kein Nazi“. Nationalsozialismus und Holocaust im Familiengedächtnis. Frankfurt/M.: Fischer.

Dr. med. Jörg Clauer, Dipl.-Biochemiker, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Psychoanalyse (DGPT, DPG, IARPP), Psychiatrie und Psychotherapie, Allgemeinmedizin, Rehabilitationswesen. Nach langjährig leitender Tätigkeit in psychosomatischen Fachkliniken seit 1999 in eigener Praxis in Osnabrück tätig. Dozent, Lehrtherapeut und Supervisor in den Bereichen Psychotherapie, Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse (IIBA), Psychodrama, Ehe, Familien- und Lebensberatung sowie Coaching und Organisationsberatung.

E-Mail: joerg.clauer@osnanet.de