

Trauma-Konzepte im historischen Wandel:
Ein Beitrag zur Rezeptionsgeschichte der *Posttraumatic-Stress
Disorder* in Deutschland (1980–1991)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn

Alexandra Therese Katrin Lehmacher
aus Bonn
2013

Angefertigt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: PD Dr. Hans-Georg Hofer
2. Gutachter: Prof. Dr. Franziska Geiser

Tag der Mündlichen Prüfung: 13.12.2012

Aus dem Medizinhistorischen Institut der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-
Universität Bonn
Direktor: Prof. Dr. med Dr. phil. Heinz Schott

Meiner Familie

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung.....	7
1.1. Posttraumatic-Stress Disorder (PTSD).....	8
1.1.1. Kritik am PTSD-Konzept – PTSD als „Modediagnose“	12
1.2. Aktueller Forschungsstand.....	16
1.2.1. Trauma als historisch zu befragende Wissenschaftskategorie.....	16
1.3. Fragestellung und Ziel der Arbeit	19
1.4. Methodik und Quellen	22
1.5. Aufbau der Arbeit.....	28
2. Von der traumatischen Neurose zur PTSD – Begriffe, Konsense und Kontroversen	30
2.1. Traumakonzepte im späten 19. und 20. Jahrhundert (1862–1945)	30
2.1.1. Psychiatrische/neurologische Traumakonzepte.....	32
2.1.2. Psychologische Traumakonzepte	46
2.2. Traumakonzepte der Nachkriegszeit (1945–1980).....	58
2.2.1. Psychische Störungen infolge des 2. Weltkrieges bei Soldaten und Zivilbevölkerung?	58
2.2.2. Psychische Schäden bei Überlebenden der Konzentrationslager	62
2.2.3. Das Bundesentschädigungsgesetz.....	64
2.2.4. Entschädigungspolitik und psychiatrische Wissenschaft.....	67
2.3. PTSD als Zäsur (1980)	88
2.3.1. Definition der PTSD im DSM-III	89
2.3.2. Die Entstehungsgeschichte der PTSD bis zur Aufnahme in das DSM-III	90
2.3.3. Bedeutung, Auswirkung und Konsequenz der Diagnose PTSD.....	95
2.3.4. Erweiterung der Einschlusskriterien für eine PTSD	100

3. Der Traumabegriff in deutschsprachigen medizinischen/psychologischen Fachzeitschriften (1980–1991). Wandel, Expansion und Diversifikation von Bedeutungsinhalten	102
3.1. Überblick Artikelfundus 1980–1991.....	104
3.1.1. Rezeption des PTSD-Konzepts in einem deutschsprachigen Fachartikel	106
3.1.2. Das KZ-Trauma in der dritten Generation.....	111
3.1.3. Der Traumabegriff in Zusammenhang mit Kindesmisshandlung	112
3.1.4. Diversifikation des Traumabegriffes.....	114
3.1.5. Zum Traumakzept der 1980er Jahre in Deutschland	114
3.1.6. Trauma als pathogener Faktor	116
3.2. KZ-Haft und das transgenerativ übertragene Trauma	121
3.2.1. Psychische Traumatisierung und KZ-Haft.....	121
3.2.2. Das transgenerativ übertragene KZ-Trauma jüdischer Nachfahren	131
3.2.3. „Einheitsopferbrei“ – Das Trauma deutscher Kriegskinder.....	145
3.3. Trauma in Zusammenhang mit Kindesmisshandlung.....	149
3.3.1. Übersichtsartikel zu Kindesmisshandlung im Deutschen Ärzteblatt	149
3.3.2. Kindesmisshandlung und Psychoanalyse.....	166
3.4. Diversifikation des Traumabegriffes	168
3.4.1. HIV und Trauma	169
3.4.2. Südafrika und Trauma	174
Abschlussdiskussion	178
Zusammenfassung	183
Quellen- und Literaturverzeichnis	186
Danksagung	207

1. Einleitung

„PTSD is perhaps the fastest growing and most influential diagnosis in American psychiatry.“¹ Mit diesen Superlativen beschrieben die beiden amerikanischen Medizinhistoriker Paul Lerner und Mark Micale 2001 die relativ junge psychiatrische Erkrankung *Posttraumatic-Stress Disorder* (kurz PTSD). Erstmals wurde PTSD 1980 als Diagnose etabliert und in die dritte Edition des amerikanischen Diagnosehandbuchs „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (das so genannte DSM-III) aufgenommen. Seither erlebt die neu eingeführte diagnostische Kategorie einen eindrucksvollen Aufschwung,² in dessen Rahmen in kürzester Zeit ein dynamischer Institutionalisierungsprozess einsetzte. So gab es in den Folgejahren eine explosionsartige Zunahme an Beiträgen, wissenschaftlichen Untersuchungen zu und Diskussionen um Therapiemöglichkeiten psychischer Traumata.³ Es wurden Gesellschaften und Vereine gegründet, die sich mit „Traumatic Stress“ auseinandersetzen, Selbsthilfegruppen für Betroffene ins Leben gerufen und bald schon erschienen die ersten Zeitschriften, die sich ausschließlich der PTSD widmeten.⁴ Die amerikanische Regierung subventionierte Forschungsprojekte, es wurden zahlreiche Traumazentren gegründet und die Forschung wurde auf eine neurobiologische Ebene

¹ Lerner, Paul, Mark S. Micale: Trauma, Psychiatry, and History: A Conceptual and Histiographical Introduction, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge 2001, S. 3.

² Die Suche nach wissenschaftlichen Beiträgen zu PTSD in „pubmed“, einem der renommiertesten Suchtools im Internet für medizinwissenschaftliche Publikationen, erlaubte am 27. Juli 2011 den Zugriff auf 18879 Artikel, die sich inhaltlich mit PTSD auseinandersetzten. Siehe <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=PTSD> (27.07.2011).

³ Im Folgenden eine exemplarische Auswahl einiger der ersten bedeutenden Publikationen: Hendin, Herbert, Ann Haas: *Wounds of War: The Psychological Aftermath of Combat in Vietnam*, New York 1984; Dicks, Shirley: *From Vietnam to Hell: Interviews with the Victims of Post-Traumatic Stress Disorder*, Jefferson 1990; Kulka, Richard et al: *Trauma and the Vietnam War Generation*, New York 1990; Donovan, Denis: *Traumatology: A Field Whose Time Has Come*, in: *Journal of Traumatic Stress* 4 (1991), S. 433–436; Janoff-Bulman, Ronnie: *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*, New York 1992; Shay, Jonathan: *Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character*, New York 1994; Everly Jr., George, Jeffrey Lating: *Psychotraumatology: Key papers and Core Concepts in Posttraumatic Stress*, New York 1995; Kolk, Bessel van der, Alexander McFarlane, Lars Weisaeth (Hrsg.): *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*, New York London 1996.

⁴ 1984 beschloss der U.S. Congress die Gründung des *National Center for Posttraumatic Stress*, vgl. Unites States Department of Veterans Affairs: *History of the National Center for PTSD* http://www.ptsd.va.gov/about/mission/history_of_the_national_center_for_ptsd.asp (27.07.2011); 1985 wurde die *International Society for Traumatic Stress* in Washington D.C. gegründet, die drei Jahre später die Fachzeitschrift *Journal of Traumatic Stress* erstmalig herausgab, siehe URL: <http://www.istss.org/WhatIsISTSS/1669.htm> (24.06.2011).

ausgeweitet.⁵ 2007 erschien das „Handbook of PTSD: Science and Practice“ und somit ein erstes Kompendium, das sich ausschließlich mit der diagnostischen Kategorie PTSD auseinandersetzte.⁶

Die Etablierung der neuen diagnostischen Kategorie PTSD blieb nicht auf die USA beschränkt. Bereits elf Jahre später, 1991, wurde eine der PTSD entsprechende Diagnose, die *Posttraumatische Belastungsstörung* (kurz PTBS) in das internationale Diagnosenklassifikationssystem ICD-10 aufgenommen, das von der WHO herausgegeben wird.⁷ Längst ist das Traumakonzept in der gesamten westlichen Welt angekommen und über die Grenzen der Psychiatrie hinaus mittlerweile zum – wie die Zeithistorikerin Svenja Goltermann bemerkt hat – vorherrschenden „Deutungsinstrument für die persönliche und gesellschaftliche Verarbeitung von als bedrohlich wahrgenommenen Ereignissen geworden“.⁸

1.1. Posttraumatic-Stress Disorder (PTSD)

Als diagnostische Kategorie nahm PTSD eine Sonderstellung im DSM-III ein. Das DSM ist ein diagnostisches Klassifikationssystem, das von der *American Psychiatric Association* herausgegeben wird und in den USA als Diagnoseschlüssel gültig ist. Die dritte Auflage des DSM stellte eine grundsätzlich überarbeitete Version dar, die einige Neuerungen in das psychiatrische Diagnosesystem einführte.⁹ In der Folge etablierte sich das DSM als Standard der internationalen psychiatrischen Forschung. Zu einer der wichtigsten Innovationen gehörte, dass ein bestimmtes Muster an

⁵ vgl. beispielsweise Giller Jr., Earl: *Biological Assessment and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, Washington D.C. 1990.

⁶ Friedman, Matthew J., Terence M. Keane, Patricia A. Resick (Hrsg.): *Handbook of PTSD: Science and Practice*, New York 2007.

⁷ vgl. Dilling, Horst (Hrsg): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*, Übersetzt nach der ersten Auflage des ICD-10 der WHO, Bern 1991. Siehe hierzu auch Priebe, Stefan, Marion Nowak, Heinz-Peter Schmiedebach: *Trauma und Psyche in der deutschen Psychiatrie seit 1889*, in: *Psychiatrische Praxis* 29 (2002), S. 5.

⁸ Goltermann, Svenja: *Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Gewalterfahrungen im Zweiten Weltkrieg*, München 2009, S. 425 f.

⁹ vgl. Koehler, Karl, Henning Saß (Hrsg.): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III*. Übersetzt nach der dritten Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* der American Psychiatric Association, Weinheim und Bael 1984.

Symptomen die Grundlage einer psychiatrischen Diagnose bildete. Auf Aussagen über deren Ätiologie und Pathogenese wurde bewusst verzichtet. Eine der wenigen Ausnahmen war die neu eingeführte Diagnose PTSD.¹⁰ Laut DSM-III setzte sich die Diagnose durch folgende Kriterien zusammen:

„A) Vorliegen eines erkennbaren Stressors, der schwere Belastungssymptome bei fast jedem Menschen verursachen kann.

B) Wiedererleben des Traumas, nachgewiesen durch mindestens eines der folgenden Merkmale:

1. wiederkehrende und überwältigende Erinnerungen an das Ereignis;
2. wiederkehrendes Träumen von dem Ereignis;
3. plötzliche Handlungen oder das Gefühl, als ob sich das traumatische Ereignis wiederholt, wegen einer Assoziation mit einem Reiz aus der Umgebung oder der Vorstellung.

C) Einengung der Reagibilität oder verminderte Beteiligung an der äußeren Welt, die einige Zeit nach dem Trauma beginnt, mit mindestens einem der folgenden Merkmale:

1. deutlicher Verlust von Interesse an einer oder mehreren wichtigen Aktivitäten;
2. Gefühl der Lösung oder Entfremdung von anderen;
3. eingeschränkter Affekt.

D) Mindestens zwei der folgenden Symptome bestanden vor dem Trauma nicht:

1. gesteigerte Wachsamkeit oder übermäßige Schreckreaktion;
2. Schlafstörung;
3. Schuldgefühl wegen des Überlebens, wenn andere nicht überlebt haben, oder wegen des Verhaltens, das zum Überleben notwendig war;
4. Gedächtnisstörungen oder Konzentrationsschwierigkeiten;
5. Vermeiden von Tätigkeiten, welche die Erinnerung an das traumatisierende Ereignis wach halten;
6. Verstärkung der Symptome durch Ereignisse, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder ihm gleichen.“¹¹

Die Symptome, die unter B bis D aufgelistet sind, sind relativ unspezifisch und gelten unter anderem auch als Merkmale von depressiven Störungen oder

¹⁰ vgl. Seidler, Günter H., Wolfgang U. Eckart: Einleitung: „Psychotraumatologie“, eine Disziplin im Werden, in: Seidler, Günter H., Wolfgang U. Eckart (Hrsg.): Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung, Gießen 2005, S.19.

¹¹ Koehler, Karl, Henning Saß (Hrsg.): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III. Übersetzt nach der dritten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, Weinheim und Bael 1984, S. 250.

Angststörungen. Durch die Bezugnahme auf das unter Kriterium A aufgelistete traumatische Ereignis jedoch verändert sich deren Bedeutung. Das traumatische Ereignis wird demnach als Ursache der Symptome angesehen. So beinhaltet die Diagnose PTSD gleichzeitig eine Aussage zur Ätiologie. Im Gegensatz also zu den meisten anderen Diagnosen des DSM-III, wird die PTSD nicht allein durch eine spezifische Symptomkonstellation konstituiert, sondern das Krankheitskonzept beinhaltet die Theorie, dass die jeweiligen Symptome als Folge des Traumas anzusehen sind.¹² Die Definition des Traumas hingegen wurde bewusst abstrakt formuliert, in den folgenden Revisionen sogar erweitert, so dass zunehmend Situationen in unterschiedlichen Lebensbereichen als traumatisch klassifizierbar waren.¹³ So wurde das traumatische Ereignis im DSM-III definiert als „recognizable stressor that would evoke significant symptoms of distress in almost anyone“¹⁴ und in der überarbeiteten Version, dem DSM-III-R, sieben Jahre später als ein Ereignis, das „(1) outside the range of usual human experience“ und „(2) markedly distressing to almost anyone“ sei.¹⁵ In der vierten Edition des DSM, die 1994 erschien, hingegen wurden die Definitionskriterien weiter gefasst:

„(1) The person has experienced, witnessed, or been confronted with an event or events that involve actual or threatened death or serious injury, or a threat to the physical integrity of oneself or others.

(2) The person's response involved intense fear, helplessness, or horror.“¹⁶

Kernelement der diagnostischen Kategorie PTSD stellt die theoretisch zugrunde gelegte Monokausalität dar, also die Annahme, dass die Symptome als Folge eines traumatischen Ereignisses entstehen. Der Anthropologe Allan

¹² Vgl. Young, Allan: Vier Versionen des Holocaust-Traumas, in: Brunner, José, Nathalie Zajde (Hrsg.): Holocaust und Trauma. Kritische Perspektiven zur Entstehung und Wirkung eines Paradigmas, Göttingen 2011, S. 185 ff.

¹³ vgl. Young, Allan: Harmony of Illusions. Inventing Posttraumatic Stress Disorder, Princeton 1995, S. 287 ff.

¹⁴ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3. Edition, Washington D.C. 1980, S. 238.

¹⁵ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3. Edition. Revised, Washington D.C. 1987, S. 250.

¹⁶ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Edition, Washington D.C. 1994, 427 f.

Young, einer der bedeutendsten Kritiker der diagnostischen Kategorie PTSD, verwies in der Auseinandersetzung mit dem PTSD-Konzept darauf, dass diesem neben der kausalen auch eine zeitliche Komponente als Annahme zugrunde gelegt werde. Dem Konzept zufolge werde angenommen, dass sich erst ein traumatisches Ereignis ereigne. Dieses verursache im Folgenden die psychischen Symptome. Allein diese Annahme jedoch fungiere als Hauptunterscheidungsmerkmal in Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen. So gebe es zahlreiche andere Fälle, die dem Erscheinungsbild der PTSD ähneln. Der ausschlaggebende Unterschied bestehe darin, dass bei diesen jedoch die depressiven Symptome oder die Angststörung im Vordergrund gesehen werden und angenommen werde, dass sich der Patient retrospektiv auf ein bestimmtes Ereignis fixiere. Die Fixierung auf das Ereignis sei demnach als Resultat der vorliegenden Depression oder Angststörung zu betrachten.¹⁷ Nicht nur hinsichtlich der diagnostischen Einordnung ergeben sich hierdurch Unterschiede. Das PTSD-Konzept ist zugleich in ethischer Hinsicht von Bedeutung. Wird die Ursache der psychischen Beschwerden in äußeren Ereignissen gesehen, wird das Individuum von der Verantwortung für seine Symptome entlastet. Die Verantwortung für das Leiden liegt bei dem Verursacher, beziehungsweise dem auslösenden Ereignis.¹⁸

Aufgrund der zeitlich-kausalen Basis des PTSD-Konzepts ergeben sich Konsequenzen enormen Ausmaßes, die den Bereich der Psychiatrie bei Weitem überschreiten. Der Amerikaner Alan Stone, Experte für Recht und Medizin, analysierte die Auswirkungen des Konzepts im Hinblick auf Rechtsprechung und kam zu folgendem Ergebnis: „No diagnosis in the history of American psychiatry has had a more dramatic and pervasive impact on law and social justice than post-traumatic stress disorder (PTSD)...“¹⁹ Durch die kausale Verbindung zwischen auslösendem Ereignis, dem Trauma, und der daraus resultierenden psychischen Erkrankung ließen sich

¹⁷ vgl. Young, Allan: *Harmony of Illusions. Inventing Posttraumatic Stress Disorder*, Princeton 1995, S. 7.

¹⁸ vgl. Bracken, Patrick J.: *Trauma. Culture, Meaning and Philosophy*, London Philadelphia 2002, S. 46.

¹⁹ vgl. Stone, Alan A.: *Post-Traumatic Stress Disorder and the Law: Critical Review of the New Frontier*, in: *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law* 21 (1993) S. 23.

Entschädigungsansprüche rechtfertigen, Renten gewähren, Täter würden identifiziert, gegebenenfalls bestraft, während Opfer in ihrer Rolle anerkannt würden.²⁰ Die Diagnose nimmt somit Dimensionen an, in denen sich Auswirkungen nicht nur auf das Gesundheitswesen, sondern auch auf Rechtsprechung, Finanzpolitik und Staatshaushalt, somit aber auch auf Innen- und Außenpolitik ergeben.²¹

1.1.1. Kritik am PTSD-Konzept – PTSD als „Modediagnose“

In den vergangenen zehn Jahren nahm die Kritik an dem der PTSD zugrunde liegenden Konzept zu.²² Der Psychiater Klaus Dörner beanstandete das PTSD-Konzept 2004 in dreierlei Hinsicht: „wegen der Unspezifität des Syndroms (wer wäre nicht nach einer Katastrophe unfreiwilligen Erinnerungen daran ausgeliefert?), wegen der Unspezifität der Traumata (es werden immer neue anspruchsberechtigte Traumata erfunden)“ und „wegen der Gefahr monokausaler Wahrnehmungseinengung“.²³ Durch die Unspezifität des Syndroms einerseits, sowie die Unschärfe der Definition des Traumas andererseits werde ermöglicht, dass eine Vielzahl von Fällen unter das Diagnosebild PTSD gefasst werden kann. Vor diesem Hintergrund vermerkte Dörner, dass sich das Traumakonzept für eine „inflationäre Ausweitung von psychologischen Indikationen vorzüglich“ eigne. Er prophezeite, dass wir „erst am schüchternen Anfang einer gewaltigen Eskalation“ stünden und er beschwor herauf, dass „Millionen Hilfsbedürftige gezüchtet“ würden.²⁴

Die im dritten Punkt angesprochene „Gefahr monokausaler Wahrnehmungseinengung“ stellt einen wichtigen Aspekt dar, der von verschiedenen Autoren aus unterschiedlichen Perspektiven problematisiert wird. Die Theorie der monokausalen Pathogenese wird insbesondere mit dem

²⁰ vgl. ebd., S. 23 ff.

²¹ vgl. Lamott, Franziska, Günter Lempa: Zwischen Klinik und Politik. Die Wiederentdeckung des Kriegstraumas in Deutschland, in: Psychotherapeut 54 (2009), S. 289.

²² vgl. Priebe, Stefan, Marion Nowak, Heinz-Peter Schmiedebach: Trauma und Psyche in der deutschen Psychiatrie seit 1889, in: Psychiatrische Praxis 29 (2002), S. 3.

²³ Dörner, Klaus: Posttraumatische Belastungsstörungen–Neues Fass im Gesundheitsmarkt, in: Trauma und Berufskrankheit 6, Supplement 3 (2004), S. 327.

²⁴ Stockinger, Günther: Hilfsbedürftige gezüchtet. Ein Interview mit dem Psychiater Klaus Dörner, in: Der Spiegel 13 (2005), S. 154.

Argument beanstandet, dass es sich um eine Simplifizierung handle. Kritiker warnen davor, dass bei einer solchen Sichtweise der Gesamtzusammenhang verloren gehe.²⁵ Menschliches Leiden stehe immer in einem gesellschaftspolitischen, kulturellen und moralischen Kontext. Doch gerade der derzeitige Trend, alle möglichen Formen menschlichen Leidens auf individuelle, festgelegte pathologische Kategorien zu reduzieren, berge die Gefahr politische und moralische Gesichtspunkte zu vernachlässigen.²⁶ Das Leid werde somit seines komplexen Entstehungszusammenhanges beraubt: „Politische Diskurse [werden] in medizinische überführt und gleichzeitig sozial brisante Konflikte in individuelle Probleme übersetzt.“²⁷ Als traumatisiert könne sowohl ein jüdischer KZ-Überlebender gelten, als auch ein an AIDS erkrankter New Yorker oder ein ruandischer Kindersoldat. Die westliche Welt gehe davon aus, dass das Konzept universell gültig sei, ungeachtet situationsabhängiger, historischer oder kultureller Gegebenheiten.²⁸ Neuerdings werde es gar als Legitimation für humanitäre Interventionen herangezogen.²⁹ Derek Summerfield, Psychiater am Londoner King's College und einer der bedeutendsten Kritiker des Exports von westlichen psychiatrischen Krankheitskonzepten in andere Kultur- und Krisengebiete merkte an, dass das Entsenden von „Traumaspezialisten“ aus westlichen Ländern in Krisenregionen anderer Kulturkreise aus einer weiteren Perspektive veranschauliche, dass das westliche Traumakonzept zu reduktionistisch sei und nicht losgelöst von seinem jeweiligen Kontext betrachtet werden könne. So verfügten Menschen nichtwestlicher Kulturkreise

²⁵ vgl. Bracken, Patrick J.: Trauma. Culture, Meaning and Philosophy, London Philadelphia 2002, S. 205 f.

²⁶ vgl. Lerner, Paul, Mark S. Micale: Trauma, Psychiatry, and History: A Conceptual and Histiographical Introduction, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001, S. 2; vgl. Summerfield, Derek: Das Hilfsbusiness mit dem Trauma, in: Medico International e.V. (Hrsg.): Schnelle Eingreiftruppe „Seele“: auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft; Texte für kritische „Trauma-Arbeit“, Frankfurt a.M. 1997, S. 9–23.

²⁷ Lamott, Franziska, Günter Lempa: Zwischen Klinik und Politik. Die Wiederentdeckung des Kriegstraumas in Deutschland, in: Psychotherapeut 54 (2009), S. 290.

²⁸ vgl. Bracken, Patrick J.: Trauma. Culture, Meaning and Philosophy, London Philadelphia 2002, S. 205.

²⁹ vgl. Lamott, Franziska, Günter Lempa: Zwischen Klinik und Politik. Die Wiederentdeckung des Kriegstraumas in Deutschland, in: Psychotherapeut 54 (2009), S. 289–294; vgl. Medico International e.V. (Hrsg.): Schnelle Eingreiftruppe „Seele“: auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft; Texte für kritische „Trauma-Arbeit“, Frankfurt a.M. 1997.

über ganz andere Verarbeitungsmuster und Rituale im Umgang mit Leiderfahrungen. Eine Übertragung des PTSD-Konzepts auf andere Kulturen sei nicht ohne weiteres möglich. Allein bei der Erklärung und Vermittlung des PTSD-Konzepts stießen die westlichen Helfer immer wieder auf regelrechtes Unverständnis. In manchen Sprachen, wie beispielsweise auf Kinyarwanda, existieren nicht einmal entsprechende Begriffe wie „Stress“ oder „Familienmitglied“.³⁰

Die Kritiker verweisen zudem auf die Konsequenzen, die das als reduktionistisch und simplifiziert beanstandete Traumakzept mit sich bringe. Denn das Einkategorisieren menschlichen Leidens nach pathologischen Kriterien impliziere gleichzeitig dessen prinzipielle Behandelbarkeit. Hierbei handele es sich jedoch um einen „Mythos der Moderne von der Machbarkeit einer leidensfreien Gesellschaft“.³¹ Die Subjektivierung, Privatisierung und Pathologisierung des Leidens führe schließlich dazu, entsprechende Lösungen nur auf individueller Ebene, in Form von beispielsweise individueller Psychotherapie, zu suchen. Dabei werde das grundlegende Problem, das oftmals an gesellschaftspolitische und kulturelle Rahmenbedingungen gekoppelt sei, außer Acht gelassen. Diese allzu vereinfachte, systematisierte und technisierte Herangehensweise führe dazu, dass die Täter und die Analyse der spezifischen Situation, die zu dem menschlichen Leiden führte, aus dem Fokus gerate. Der grundlegende Konflikt werde womöglich gar nicht angetastet oder verändert, vielleicht sogar verschärft.³² „[A]bsichtsvoll zielen Kriege, Folter und Herrschaft auf psychische Deformierungen ... Je zerstörter ein Individuum ist, desto besser läßt es sich in die herrschende Ordnung integrieren.“³³ Wenn die Leiden der

³⁰ vgl. Summerfield, Derek: Das Hilfsbusiness mit dem Trauma, in: Medico International e.V. (Hrsg.): Schnelle Eingreiftruppe „Seele“: auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft; Texte für kritische „Trauma-Arbeit“, Frankfurt a.M. 1997, S. 12 f.

³¹ Dörner, Klaus: Posttraumatische Belastungsstörungen: Zurückhaltung angebracht, in: Psychiatrische Praxis 32 (2005), S. 334–335.

³² vgl. Zajde, Nathalie: Die Schoah als Paradigma des psychischen Traumas, in: Brunner, José, Nathalie Zajde (Hrsg.): Holocaust und Trauma. Kritische Perspektiven zur Entstehung und Wirkung eines Paradigmas, Göttingen 2011, S. 17–39, insbesondere S. 26 ff.; Lamott, Franziska, Günter Lempa: Zwischen Klinik und Politik. Die Wiederentdeckung des Kriegstraumas in Deutschland, in: Psychotherapeut 54 (2009), S. 289–294.

³³ Medico international, Usche Merk, Thomas Gebauer: Schnelle Eingreiftruppe Seele – auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft, in: Medico International e.V. (Hrsg.):

Opfer aber lediglich auf individueller Ebene angegangen werden, werde man den Opfern hierdurch keineswegs gerecht, bestehende Machtverhältnisse werden somit gegebenenfalls gestärkt. Doch selbst auf individueller Ebene wirke sich das Konzept auf die Betroffenen häufig nachteilig aus. Denn „wir [können] solche Patienten auch mit zu viel Liebe, zu vielen Rechtsansprüchen und zu viel Mitleid auf ihre Opferrolle fixieren und somit lebenslänglich schädigen...“³⁴

In einem Interview mit dem *Spiegel* resümierte Dörner 2005: „Die Posttraumatischen Belastungsstörungen sind zu einer Modediagnose geworden.“³⁵ Doch mit welcher Begründung bekommt die PTSD immer häufiger das Etikett „Modediagnose“ verliehen? Welche Argumentation steckt hinter der Perspektive diese Erkrankung als „Mode“ und nicht als „universell gültige medizinische Tatsache“ zu interpretieren?

Grundsätzlich lassen sich diejenigen, die sich mit der Geschichte des Traumakonzepts auseinandersetzen, in zwei methodologisch unterschiedlich arbeitende Autorengruppen einteilen.³⁶ Die einen, meist Kliniker und Psychologen, gehen davon aus, dass es sich bei der PTSD um eine psychiatrische Krankheit handelt, die zeitlos und ubiquitär präsent sei.³⁷ Sie habe in historischen Gewaltkonstellationen schon immer existiert, sei aber erst kürzlich durch fortschrittliche psychiatrische Erkenntnisse „entdeckt“ worden. Im Kontrast hierzu ist der Kerngedanke des historischen und soziologischen Ansatzes, dass es sich bei der PTSD um ein Konstrukt handelt, welches im politischen, historischen und kulturellen Kontext zu sehen

Schnelle Eingreiftruppe „Seele“: auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft; Texte für kritische „Trauma-Arbeit“, Frankfurt a.M. 1997, S. 4.

³⁴ Dörner, Klaus: Posttraumatische Belastungsstörungen – Neues Fass im Gesundheitsmarkt, in: *Trauma und Berufskrankheit* 6 (2004), S. 327–328.

³⁵ Stockinger, Günther: Hilfsbedürftige gezüchtet. Ein Interview mit dem Psychiater Klaus Dörner, in: *Der Spiegel* 13 (2005), S. 154.

³⁶ Vgl. Hofer, Hans-Georg: Gewalterfahrung, „Trauma“ und psychiatrisches Wissen im Umfeld des Ersten Weltkriegs, in: Helmut Konrad, Gerhard Botz, Stefan Karner und Siegfried Mattl (Hrsg.): *Terror und Geschichte*. Wien: Böhlau 2011 (in Druck).

³⁷ vgl. Bracken, Patrick J.: *Trauma. Culture, Meaning and Philosophy*, London Philadelphia 2002, S. 205.

sei.³⁸ Anhänger dieser Argumentation werten die Etablierung der PTSD nicht, – oder nicht allein – als Ergebnis genuin neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse.³⁹ Vielmehr zeigen sie die politischen, ethischen und ökonomischen Beweggründe auf, die ihrer Meinung nach entscheidend zur Diagnoseetablierung beigetragen haben, Beweggründe also, die auch außerhalb eines medizinisch-wissenschaftlichen Diskurses liegen.

1.2. Aktueller Forschungsstand

1.2.1. Trauma als historisch zu befragende Wissenschaftskategorie

Die Kritik an der Diagnose PTSD verdeutlicht, dass die aktuelle Debatte über dieses Konzept nicht nur im Rahmen eines medizinisch-(natur-)wissenschaftlichen Kontextes geführt wird. In der aktuellen Forschungslandschaft berührt die Traumadebatte durchaus Diskussionskreise in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen. So tragen insbesondere die Geisteswissenschaften zu einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Traumakonzept bei.

Einen der bedeutendsten Beiträge zur aktuellen PTSD-Debatte stellt in diesem Zusammenhang die Arbeit des an der kanadischen McGill's University lehrenden Anthropologen Allan Young dar. In seiner Monographie „The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder“ (1995) vertrat er die These, dass sich die psychiatrische Wissenschaft wie auch „traumatic memory“ aus dem Kontext der spezifischen historischen Gegebenheiten entwickelten, in diesem auch zu interpretieren seien und nicht etwa als universell gültige Wahrheit verstanden werden könnten. Die PTSD verstand er als ein Produkt unterschiedlichster historischer und gesellschaftspolitischer Einflüsse. Young verdeutlichte seinen Standpunkt wie folgt:

„The disorder is not timeless, nor does it possess an intrinsic unity. Rather, it is glued together

³⁸ vgl. Lerner, Paul, Mark S. Micale: Trauma, Psychiatry, and History: A Conceptual and Histiographical Introduction, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001, S. 6 f.

³⁹ Vertreter dieses Argumentationsganges sind Young, Lerner und Micale, Goltermann, Dörner, Lamott und Lempa, Bracken, Summerfield, Priebe, Nowak und Schmiedebach, Leys und andere (siehe Literaturverzeichnis).

by the practices, technologies, and narratives with which it is diagnosed, studied, treated, and represented and by the various interests, institutions, and moral arguments that mobilized these efforts and resources.“⁴⁰

Dabei positionierte er sich eindeutig und verdeutlichte, dass es ihm hierbei nicht darum ging die Existenz beziehungsweise Daseinsberechtigung der diagnostischen Kategorie PTSD in Frage zu stellen. Vielmehr präzisierte Young sein Anliegen, indem er sich auf den Philosophen Ian Hacking berief, den er wie folgt zitierte: „I am not interested in deconstructing what science does, I'm interested in knowing how science constructs knowledge, because that's my knowledge as well.“⁴¹

Einen weiteren Ansatz in der historischen Traumaforschung verfolgten Günter Seidler und Wolfgang Eckart in ihrer Publikation „Verletzte Seelen“ (2005). In diesem Sammelband zeigten sie entsprechend dem Untertitel „Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung“ auf. Die Darstellung von Trauma in kulturellen und klinischen Zusammenhängen als Bedeutungsmuster bildete die Leitstruktur der thematisch vielfältigen Beiträge.

Die Bedeutung und den Bedeutungswandel des Verständnisses von Trauma in Europa und Amerika im Zeitraum von 1870–1930 zeigten die beiden Medizinhistoriker Mark Micale und Paul Lerner in ihrem Sammelband „Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870–1930“ (2001) auf. An Young anknüpfend gingen sie davon aus, dass Trauma nicht als ahistorische, transkulturell uniforme Entität zu verstehen sei. Die Beiträge verdeutlichten die Relevanz und Abhängigkeit von Ort, Zeit und Kultur für das Verständnis von Trauma. Nach ihrer Darstellung ist Trauma somit als eine historisch wandelbare Kategorie anzusehen, die je nach kulturellen und gesellschaftspolitischen Kontext mit anderen Bedeutungsinhalten versehen wird.

⁴⁰ Young, Allan: *Harmony of Illusions. Inventing Posttraumatic Stress Disorder*, Princeton 1995, S. 5.

⁴¹ Duclos, Vincent: *When Anthropology meets Science. An Interview with Allan Young*, in: *Altérités*, 1 (2009), S. 113.

Im deutschsprachigen Raum richtet sich derzeit das wissenschaftliche Interesse vorwiegend auf die Erforschung des Traumaverständnisses in der Nachkriegszeit und den ersten Jahrzehnten der jungen Bundesrepublik Deutschland. Herausragend ist in diesem Zusammenhang Svenja Goltermanns Habilitationsschrift „Die Gesellschaft der Überlebenden“ (2009).⁴² Hierin thematisierte die Freiburger Historikerin in einem ersten Teil des Buches persönliche Erinnerungsfragmente an den Krieg basierend auf 450 psychiatrischen Patientenakten und analysierte in einem weiteren Teil des Buches die mediale Anerkennung psychischen Leidens in der Öffentlichkeit in den Jahren 1945–1970. In dem für das Thema dieser Dissertation wichtigsten Teil ihrer Arbeit lieferte Goltermann eine Analyse der Psychiatrie im Nachkriegsdeutschland und des Wandels psychiatrischen Wissens auch in Bezug zu internationalen Entwicklungen. Goltermann stellte heraus, dass die

„Veränderung wissenschaftlicher Interpretationsmuster ... dabei nicht als das Ergebnis einer vermeintlich unvermeidlichen wissenschaftlichen Fortschrittsrationalität verstanden [wird]. Einem neueren Trend der Wissenschaftsgeschichte folgend, werden diese Entwicklungen vielmehr als Resultat eines Wirkungsgeflechts von professionellen Logiken und fachwissenschaftlichen Herausforderungen, externen Problemdefinitionen und politischen Bedingungen begriffen, die miteinander verschränkt sind. Wissenschaftliche Tatsachen entstehen hier, wie generell, in einem Kräftefeld, in dem auch institutionelle Interessen und politische Erfordernisse, juristische Entscheidungen und moralische Erwägungen maßgeblichen Einfluss darauf haben, welcher Befund schließlich als „Wissen“ Gültigkeit hat.“⁴³

Neueste Forschungsliteratur zur Psychiatrie der Überlebenden aus wissenschafts- und sozialgeschichtlicher Perspektive stellt der 2011 erschienene Sammelband „Holocaust und Trauma: Entstehung und Wirkung eines Paradigmas“ dar, der von José Brunner und Nathalie Zajde herausgegeben wurde.⁴⁴ Der Interdependenz von Trauma und

⁴² vgl. Goltermann, Svenja: Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Gewalterfahrungen im Zweiten Weltkrieg, München 2009.

⁴³ ebd., S. 32.

⁴⁴ Vgl. Brunner, José, Nathalie Zajde (Hrsg.): Holocaust und Trauma. Kritische Perspektiven zur Entstehung und Wirkung eines Paradigmas, Göttingen 2011.

gesellschaftspolitischen Verhältnissen im Nachkriegsdeutschland widmet sich das Buch „Die Praxis der Wiedergutmachung: Geschichte, Erfahrung und Wirkung in Deutschland und Israel“, das von Norbert Frei, José Brunner und Constantin Goschler 2009 herausgegeben wurde.⁴⁵

1.3. Fragestellung und Ziel der Arbeit

Auch ich verfolge in dieser Dissertation den Ansatz, die Geschichte des Traumas im Kontext des spezifischen historischen Hintergrundes des westlichen Kulturkreises zu untersuchen. Der Begriff Trauma stellt für mich ein historisch wandelbares Konstrukt dar, der je nach Kontext mit spezifischen Bedeutungsinhalten aufgeladen wird und in seinem jeweiligen Bezugsrahmen zu interpretieren ist.

Die Geschichte der wissenschaftlichen Diskussion um Trauma und psychische Krankheit nimmt etwa Mitte des 19. Jahrhunderts ihren Ursprung. In dieser Zeit wurde dem Begriff Trauma, der aus dem Griechischen kommt und „Wunde“ bedeutet, zunächst nur zur Beschreibung von körperlichen Verletzungen diente, eine weitere Bedeutung beigemessen – er wurde erstmals auch im Sinne einer seelischen Verletzung verwendet.⁴⁶ Im Laufe der Geschichte wurde immer wieder kontrovers über psychische Traumatisierung diskutiert, wobei es im Wesentlichen um zwei Kernfragen ging: Gibt es einen ursächlichen Zusammenhang zwischen einem Trauma und etwaigen Symptomen? Wenn ja, wie lässt sich dieser erklären? Liegt eine organische Erkrankung oder eine psychische Störung vor?⁴⁷ Die Position, die zu diesen Fragen bezogen wurde, hatte weit reichende Konsequenzen für Rechtsprechung, Gesundheits-, Finanz-, Innen- und Außenpolitik und sorgte somit für eine außerordentliche Brisanz der Kontroversen. Entsprechend dem

⁴⁵ Vgl. Norbert Frei, Jose Brunner, Constantin Goschler (Hrsg.): Die Praxis der Wiedergutmachung. Geschichte, Erfahrung und Wirkung in Deutschland und Israel, Göttingen 2009.

⁴⁶ Schott, Heinz: Das psychische Trauma in medizinhistorischer Perspektive, in: Seidler, Günter H., Wolfgang U. Eckart (Hrsg.): Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung, Gießen 2005, S. 41.

⁴⁷ vgl. Sachsse, Ulrich, Ulrich Venzlaff, Birger Dulz.: 100 Jahre Traumaätiologie, in: Persönlichkeitsstörung 1 (1997), S. 22.

historischen Kontext und sozialpolitischer Gegebenheiten wurden diese Fragen in der Vergangenheit unterschiedlich bewertet. Wurde das Konzept einer durch Traumata verursachten psychischen Krankheit bejaht, waren die Vorteile, die sich hieraus für Patienten ergaben evident. Sie hatten nunmehr ein Anrecht auf medizinische Versorgung, Krankenversicherung, gegebenenfalls Entschädigung oder die Gewährung einer Rente. Doch physische Korrelate der Störung ließen sich nicht nachweisen. Auch die Traumata ließen sich nicht objektivieren. Wie war sicher zu stellen, dass die Symptome der Patienten nicht bloß simuliert waren?

Trotz der fast 150 jährigen Begriffsgeschichte des psychischen Traumas und den in Deutschland zum Teil heftig geführten Diskussionen hatte sich das Konzept einer durch Traumata verursachten psychischen Erkrankung lange nicht durchsetzen können. Im Gegensatz hierzu wurde in den 1970er Jahren in den USA durch den Vietnamkrieg und die hierauf folgende Antikriegsbewegung der Weg geebnet, Platz für die diagnostische Kategorie PTSD zu schaffen.⁴⁸ Hiermit kam die amerikanische Regierung vor dem Hintergrund der innenpolitisch angespannten Situation ihrer Verpflichtung nach, Verantwortung für die amerikanischen Kriegsveteranen zu übernehmen. Durch Aufnahme der PTSD als diagnostische Kategorie wurde den Kriegsveteranen Zugang zu medizinischer Versorgung, Renten und Entschädigung gewährt, worauf sie andernfalls keinen Anspruch gehabt hätten.⁴⁹ Gleichzeitig lieferten moralische Aspekte ein weiteres Argument für die Anerkennung der PTSD:

„[T]he PTSD diagnosis acknowledged and dignified the psychological suffering of American veterans amid their ambivalent reception by a war-weary populace. It grounded their puzzling symptoms and behaviors in tangible external events, promising to free individual veterans of the stigma of mental illness and guaranteeing them (in theory, at least) sympathy, medical

⁴⁸ vgl. Scott, Wilbur J.: The Politics of Readjustment. Vietnam Veterans Since the War, New York 1993.

⁴⁹ vgl. Young, Allan: Harmony of Illusions. Inventing Posttraumatic Stress Disorder, Princeton 1995, S. 111 ff.

attention, and compensation.“⁵⁰

Doch mittlerweile ist das Konzept längst in der gesamten westlichen Welt, so auch in Deutschland, angekommen. 1991 wurde eine entsprechende Diagnose, die *Posttraumatische Belastungsstörung* (kurz PTBS), in das internationale Diagnosenhandbuch, das ICD, aufgenommen. Ebenso wie in den USA etablierten sich in Deutschland in kürzester Zeit seit etwa Anfang der 1990er Jahre Traumazentren, spezielle Therapieangebote in Kliniken wurden entwickelt, Ausbildungsstätten und Weiterbildungsmöglichkeiten für Traumatherapeuten konzipiert, Selbsthilfegruppen und traumaspezifische Vereine und Gesellschaften ins Leben gerufen sowie themenspezifische Zeitschriften herausgegeben.⁵¹

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu untersuchen, wie die 1980 in den USA eingeführte diagnostische Kategorie PTSD von Psychiatern und Psychologen in Deutschland rezipiert wurde. Trug die Etablierung der PTSD in den USA dazu bei, dass sich die Einstellungen deutscher Psychiater und Psychologen zu Traumafolgestörungen in den 1980er Jahren wandelten? Wenn ja, inwiefern beeinflusste die Aufnahme der PTSD in das amerikanische DSM-III die Einstellungen deutscher Psychiater zu Traumafolgestörungen? In zweifacher Weise ist die plötzliche Popularität des Traumakonzepts ab den 1980er Jahren bemerkenswert: Zum einen ist das Konzept aufgrund seiner Unspezifität, Definitionsungenauigkeit und Theorielastigkeit nicht unangefochten. Zum anderen lässt die plötzlich veränderte Einstellung deutscher Psychiater zum Traumakonzept verwundern, zumal es zuvor mehrfach in der deutschen Geschichte vor allem angesichts des Ersten und Zweiten Weltkrieges Anlass gegeben hatte, über die psychischen Folgeerscheinungen schwerwiegender Belastungen zu diskutieren. Doch als

⁵⁰ vgl. Lerner, Paul, Mark S. Micale: Trauma, Psychiatry, and History: A Conceptual and Histiographical Introduction, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001, S. 2.

⁵¹ Beispielsweise die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V., die Bundesvereinigung für Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen e.V., das Deutsche Institut für Psychotraumatologie, Fachverband für Anwender der psychotherapeutischen Methode Eye Movement Desensitization and Reprocessing, die Zeitschriften Trauma und Gewalt oder die Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin, um nur einige wenige zu nennen.

Ergebnis dieser Auseinandersetzungen etablierte sich in Deutschland die feste psychiatrische Lehrmeinung, die sich bis in die 1960er Jahre halten sollte, dass die Belastungsfähigkeit der menschlichen Seele im Unendlichen liege. Folglich gingen Psychiater davon aus, dass psychische Störungen nicht ursächlich auf Traumata zurückgeführt werden konnten.

In diesem Zusammenhang ist erstaunlich, wie positiv das der PTSD zugrunde liegende Traumakonzept seit der diagnostischen Etablierung in den USA auch in Deutschland aufgenommen wurde und wie erfolgreich und rasant es sich auch hierzulande verbreitete. Durch was wurde die Diskussion über psychische Traumatisierung in Deutschland in den 1980er Jahren angestoßen und inspiriert? In welchen Bezugsrahmen wurde über psychische Traumata verhandelt? Gab es deutschlandspezifischen Ereignisse oder wissenschaftlichen Erkenntnisse, die das wissenschaftliche Interesse an der Auseinandersetzung mit psychischer Traumatisierung beflügelten? An welche Wissensbestände knüpfte die Traumadebatte in Deutschland an? Oder ist die heutige Popularität des PTSD-Konzepts in Deutschland lediglich im Sinne einer „Amerikanisierung“ zu verstehen, wobei die USA als im medizinischen Sektor führend betrachtet wurden und neue Erkenntnisse und Konzepte von den Deutschen übernommen wurden?

1.4. Methodik und Quellen

Aufgrund der imposanten Verbreitungsgeschwindigkeit des Traumakonzeptes – bereits Anfang der 1990er Jahre zeichneten sich in Deutschland erste Institutionalisierungsprozesse ab, wie beispielsweise die Gründung des *Deutschen Instituts für Psychotraumatologie* – wurde die vorliegende Arbeit unter der Annahme konzipiert, dass die Mehrheit der Mediziner und Psychologen recht bald nach Aufnahme der PTSD in das amerikanische Diagnosesystem über die Grundzüge dieser neuen diagnostischen Kategorie informiert wurden. Zumal sich daraufhin auch in Deutschland das Verständnis über den Zusammenhang von psychischen Störungen und Traumata grundlegend veränderte, kann davon ausgegangen werden, dass das PTSD-Konzept zumindest im Kreise von Fachspezialisten eingehend diskutiert

wurde. Vor diesem Hintergrund werden für diese Dissertation ausgewählte Fachzeitschriften ausgewertet, um durch die darin enthaltenden Beiträge Aufschluss über die Einstellungen von Medizinern und Psychologen zum Traumakonzept zu bekommen und den deutschlandspezifischen Kontext der Traumadebatte verfolgen zu können. Um den Bereich der allgemeinen Medizin, speziell der Neurologen und Psychiater, sowie der Psychologen und der Psychotherapeuten mit abzudecken, wurden die Zeitschriften das *Deutsche Ärzteblatt*, der *Nervenarzt* und die *Psyche* als Untersuchungsgegenstand gewählt. Als Untersuchungszeitraum wurde der Zeitraum 1980 bis 1991 veranschlagt, also ab der Aufnahme der PTSD in das DSM-III bis zur Aufnahme der entsprechenden psychiatrischen Diagnose PTBS in das ICD-10. Ausgewertet wurden alle Artikel und Beiträge, in denen es inhaltlich schwerpunktmäßig um Trauma und psychische Krankheit ging. Kriterien für die Auswahl der Zeitschriften stellte eine weite Verbreitung im deutschsprachigen Raum dar, ein längerer Erscheinungszeitraum, der im Sinne einer gewissen Etablierung und eines gewissen Renommées verstanden werden kann, sowie eine breite Zugänglichkeit und Akzeptanz der Zeitschriften. So stellt das *Deutsche Ärzteblatt* ein offizielles Organ der Ärzteschaft dar und wird herausgegeben durch die Bundesärztekammer, erstmalig 1872, während der *Nervenarzt* seit 1967 als Mitteilungsorgan der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde fungiert. In den Vorbereitungen für diese Dissertation wurde aufgrund der psychologischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Relevanz des Themas auch nach Diskussionsbeiträgen in folgenden Zeitschriften gesucht: *Forum für Psychoanalyse*, *Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie*, *Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie* und *Psyche*. Doch zeigten sich hier keine Beiträge zur Diagnose der PTSD, wohl aber inhaltlich stark divergierende Beiträge zu dem Begriff der psychischen Traumatisierung. Um die Analyse der Beiträge zum Begriff psychische Traumatisierung durch ihre Diversität in der vorliegenden Arbeit nicht ausufernd und unübersichtlich werden zu lassen, beschränkte ich mich auf die Auswertung der Beiträge der Zeitschrift die *Psyche*, wobei die vorgestellten Artikel als repräsentativ für die prinzipielle Diversität der Beiträge gelten kann. Die *Psyche* wurde gegenüber den oben genannten Zeitschriften

bevorzugt ausgewählt, da sie in den 1980er Jahren über eine hohe Abonnentenzahl verfügte⁵² und bereits seit 1947 herausgegeben wird, während die übrigen Zeitschriften jüngeren Erscheinungsjahres sind.

Die Recherchen ergaben, dass das amerikanische Konzept der PTSD in deutschen Fachzeitschriften im genannten Zeitraum, mit einer Ausnahme, überhaupt nicht thematisiert oder gar kritisch erörtert wurde. Lediglich ein einziger Artikel von Harald Dreßing und Mathias Berger ließ sich finden, in dem die PTSD erwähnt wurde. In Form eines Überblicks informierten sie im *Nervenarzt* über Posttraumatische Stresserkrankungen.⁵³ Dieser Beitrag erschien allerdings erst 1991, also unmittelbar vor Aufnahme der in etwa äquivalenten Diagnose PTBS ins ICD-10. Das zugrunde liegende Konzept schien mit bemerkenswerter Reibungslosigkeit akzeptiert und in das internationale Diagnoseklassifikationssystem übernommen worden zu sein.

Im genannten Zeitraum wurde demnach zwar nicht über die amerikanische Diagnose PTSD diskutiert, doch erschien eine Vielzahl an Artikeln, in denen sich die Autoren mit Aspekten psychischer Traumatisierung auseinandersetzten. An dieser Stelle ist zu verdeutlichen, dass der Begriff psychisches Trauma bereits seit Mitte des 19. Jahrhunderts verwendet wurde, im Laufe seiner Geschichte jedoch mit divergierenden Bedeutungsinhalten gefüllt wurde. Nach dem heutigen PTSD/PTBS-Konzept wird der Traumabegriff als pathogenetische Entität verstanden, während deutsche Psychiater beispielsweise nach dem Ersten Weltkrieg nicht davon ausgingen, dass Traumata zu psychischen Störungen führen können. Die Bedeutung des Begriffes psychisches Trauma veränderte sich somit in Abhängigkeit des historischen Kontextes. Im Untersuchungszeitraum existierte in Deutschland kein offiziell anerkanntes Krankheitskonzept, das eine Aussage zur psychopathologischen Wirkung von Traumata traf.

⁵² Laut Bernd Schwibs, leitender Redakteur der *Psyche* im Klett-Cotta Verlag, sei die Abonnentenzahl der Zeitschrift *Psyche* in den 1980er Jahren am höchsten gewesen. (Persönliche Email vom 29.12.2010).

⁵³ Dreßing, Harald, Mathias Berger: Posttraumatische Stresserkrankungen. Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzepts, in: *Nervenarzt* 62 (1991), S. 16–26.

Interessanterweise jedoch schienen die Autoren, die in den 1980er Jahren die Artikel über psychische Traumatisierung in den untersuchten Fachzeitschriften publizierten, implizit bereits davon auszugehen und keinerlei Zweifel mehr daran gehabt zu haben, dass Traumata als pathogenetische Entitäten zu verstehen seien. Demnach muss es in Deutschland zu einer Veränderung des Bedeutungsinhaltes des Traumabegriffes gekommen sein, noch bevor eine entsprechende diagnostische Kategorie hierfür geschaffen wurde.

Dieser Wandel lässt sich zeitlich eingrenzen und muss zwischen 1945 und 1980 stattgefunden haben. Denn die psychiatrische Haltung bis zum Zweiten Weltkrieg ist exzellent erforscht und ihr Standpunkt war eindeutig: psychische Störung allein aufgrund von äußeren Erlebnissen konnte es nicht geben. Zu einer Wende musste es folglich nach dem Zweiten Weltkrieg gekommen sein.⁵⁴ 1980 beginnt der Untersuchungszeitraum, in dem Psychiater und Psychologen bereits ein verändertes Verständnis von psychischer Traumatisierung hatten und ein Trauma als mögliche Ursache von psychischen Störungen ansahen.

Es erschien nahe liegend, dass Untersuchungsergebnisse zu psychischen Folgeschäden bei KZ-Häftlingen zu einschneidenden neuen Erkenntnissen geführt hatten. Die Sichtung von einigen der wenigen zusammenfassenden Artikel über diese Zeitspanne ließ dies zumindest vermuten.⁵⁵ Doch nach umfangreicherer Durchforstung der wissenschaftlichen Literatur war zunächst kein eindeutiger Wendepunkt zu eruieren. Schließlich soll der österreichische Psychiater Hans Hoff, der als Jude während des Dritten Reiches selbst hat emigrieren müssen, noch 1958 gesagt haben, dass die Belastungsfähigkeit

⁵⁴ vgl. Kloocke, Ruth, Heinz-Peter Schmiedebach, Stefan Priebe: Psychisches Trauma in deutschsprachigen Lehrbüchern der Nachkriegszeit – die psychiatrische „Lehrmeinung“ zwischen 1945 und 2002, in: Psychiatrische Praxis 32 (2005), S. 331-332.

⁵⁵ vgl. Venzlaff, Ulrich: Psychische Dauerschäden bei Opfern der NS-Verfolgung, in: Friedrich, Hannes, Wolfgang Matzow (Hrsg.): Dienstbare Medizin. Ärzte betrachten ihr Fach im Nationalsozialismus, Göttingen 1992, S. 101–119; Sachsse, Ulrich, Ulrich Venzlaff, Birger Dulz,: 100 Jahre Traumaätiologie, in: Persönlichkeitsstörung 1 (1997), S. 4–14.

der menschlichen Seele „im Unendlichen“ liege.⁵⁶ Elf Jahre später, 1969 noch, postulierte Rainer Luthe, Psychiater an der Universität Homburg/Saar, dass es keinerlei Persönlichkeitsveränderungen aufgrund von Erlebnissen geben könne.⁵⁷ Handelte es sich bei diesen Äußerungen um einzelne Stimmen und Meinungen? Oder konnte es vielleicht sein, dass eine veränderte Einstellung über die Beeinflussbarkeit der menschlichen Psyche durch äußere Ereignisse gar nicht mal auf neuen psychiatrischen Erkenntnissen beruhte, sondern vielmehr Ausdruck eines sich verändernden Menschenbildes war?

Um diesen Fragen auf den Grund zu gehen, habe ich zwei bedeutende Zeitzeugen um ein Gespräch gebeten. Die auf dem Gebiet der Erforschung von psychischen Folgeschäden ehemaliger KZ-Häftlinge als Pioniere geltenden Psychiater Prof. Dr. Ulrich Venzlaff und Prof. Dr. Dr. Dres. h.c. Heinz Häfner haben sich hierzu freundlicherweise bereit erklärt, wofür ich ihnen an dieser Stelle nochmals ganz herzlich danken möchte. Häfner, gemeinsam mit seinen bereits verstorbenen Heidelberger Kollegen Walter Ritter von Baeyer und Karl Peter Kisker, und Venzlaff veröffentlichten in Deutschland die ersten umfangreichen Untersuchungen zu den psychischen Folgeschäden nach schwerwiegenden Belastungen, die sie bei ehemaligen KZ-Häftlingen und Verfolgten erhoben hatten.

Ulrich Venzlaff, 1921 geboren, war während des Zweiten Weltkrieges Funker und Sanitätsoffizier und seit 1948 Assistenzarzt an der Göttinger Universitätsklinik unter der Leitung von Professor Ewald. Im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes begutachtete er zahlreiche ehemalige rassistisch und politisch Verfolgte des Nationalsozialismus und habilitierte sich 1956 bei Professor Ewald mit dem Thema „Die psychoreaktiven Störungen

⁵⁶ vgl. Venzlaff, Ulrich: Psychische Dauerschäden bei Opfern der NS-Verfolgung, in: Friedrich, Hannes, Wolfgang Matzow (Hrsg.): Dienstbare Medizin. Ärzte betrachten ihr Fach im Nationalsozialismus, Göttingen 1992, S. 116. Nach eingehender Recherche und Befragung des Autors ließ sich das angebliche Zitat von Hans Hoff jedoch nicht nachweisen.

⁵⁷ vgl. Venzlaff, Ulrich: Psychische Dauerschäden bei Opfern der NS-Verfolgung, in: Friedrich, Hannes, Wolfgang Matzow (Hrsg.): Dienstbare Medizin. Ärzte betrachten ihr Fach im Nationalsozialismus, Göttingen 1992, S. 114 und 116.

nach entschädigungspflichtigen Ereignissen“.⁵⁸ Venzlaff war einer der ersten deutschen Psychiater, die davon ausgingen, dass schwerwiegende Belastungen unter gewissen Umständen prinzipiell bei allen Menschen zu anhaltenden psychischen Veränderungen führen können und stand öffentlich für seine Betrachtungsweise ein, die zum Teil heftig angefochten wurde. Ab 1969 bis zu seiner Pensionierung 1986 leitete er das Niedersächsische Landeskrankenhaus in Göttingen und spezialisierte sich auf die Forensik. Gleich zu Beginn seiner leitenden Tätigkeit setzte er sich für einen liberalen Strafvollzug ein und führte im seinem Landeskrankenhaus eine offene Abteilung für psychisch Kranke im Strafvollzug ein.⁵⁹ 1986 gab er erstmals das Standardwerk „Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen“ heraus, das mittlerweile in 5. Auflage unter der Herausgeberschaft von Klaus Foerster und Harald Dreßing erscheint.⁶⁰

Heinz Häfner, 1926 in München geboren, studierte Medizin, Psychologie und Philosophie, war in München, Tübingen und London tätig und kam 1958 nach Heidelberg zu Professor Walter Ritter von Baeyer an die Psychiatrisch-Neurologische Uniklinik. Gemeinsam mit diesem und Karl Peter Kisker veröffentlichte er 1964 die Arbeit „Psychiatrie der Verfolgten“.⁶¹ Diese stellt eine umfangreiche Untersuchung zu den psychischen Folgeschäden ehemaliger KZ-Insassen und Verfolgten dar. Ähnlich wie Venzlaff gingen auch die Heidelberger Psychiater davon aus, dass schwerwiegende Traumata zu psychischen Störungen führen können. 1967 erhielt Häfner den Ruf auf den Lehrstuhl für Psychiatrie in Mannheim (Uni Heidelberg). Von 1971 bis 1975 war er stellvertretender Vorsitzender der Psychiatrie-Enquete und setzte sich für die Psychiatrie-Reform in der Bundesrepublik Deutschland ein. Von 1976 an bis 2010 hat er die WHO als Experte für Mental Health beraten. 1975

⁵⁸ Venzlaff, Ulrich: Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (die sogenannten Unfallneurosen), Berlin 1958.

⁵⁹ vgl. Pross, Christian: Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer, Frankfurt am Main 1988, S. 155.

⁶⁰ Venzlaff, Ulrich: Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen, Stuttgart New York 1986.

⁶¹ Baeyer, Walter Ritter von, Heinz Häfner, Karl Peter Kisker: Die Psychiatrie der Verfolgten, Berlin u.a. 1964.

gründete er das *Zentralinstitut für Seelische Gesundheit* und wurde dessen erster Direktor. Dort ist er bis heute als Leiter der Arbeitsgruppe für Schizophrenieforschung tätig.

Die mit diesen beiden profilierten Wissenschaftlern im April 2010 und Januar 2011 geführten Gespräche, die überaus aufschluss- und hilfreich waren, bildeten die Grundlage für eine intensivere Auseinandersetzung mit der facettenreichen und zum Teil hitzig geführten Diskussion in der deutschen Psychiatrie nach 1945, in der es um die psychischen Folgeschäden der durch die Nationalsozialisten rassistisch und politisch Verfolgten ging.

1.5. Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit hat zwei Schwerpunkte. Zum einen wird die in Fachzeitschriften geführte Diskussion über psychische Traumatisierung nach der Etablierung der diagnostischen Kategorie PTSD im Jahr 1980 verfolgt und analysiert. Zum anderen wird, basierend auf Zeitzeugeninterviews, der wissenschaftliche Erfahrungsschatz eruiert, der die Grundlage für die Diskussion innerhalb der Psychiatrie/Psychologie in den 1980er Jahren bildete.

Der erste Teil der Arbeit stellt einen historischen Überblick über die Entstehung und Entwicklung der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Auswirkungen von Traumata auf die Psyche dar. Er gliedert sich in drei Kapitel. Das erste Kapitel „Geschichte des Traumabegriffes (1862–1945)“ beinhaltet den Beginn des wissenschaftlichen Interesses für Traumafolgestörungen und stellt dar, wie sich im Verlauf bis 1945 die Einstellungen und Konzepte diesbezüglich in Abhängigkeit von sozialpolitischen Faktoren und historischem Kontext änderten. Im zweiten Kapitel „Trauma-Konzepte der Nachkriegszeit (1945–1980)“ wird dargestellt, dass vor dem besonderen Hintergrund der Bundesentschädigungsgesetzgebung in der Bundesrepublik Deutschland das wissenschaftliche Interesse an der Erforschung von Traumafolgestörungen innerhalb der Psychiatrie in Deutschland, aber auch in den USA, deutlich

zunahm und bei deutschen Psychiatern zu einem neuen Verständnis von Traumafolgestörungen führte. Die Konzeptualisierung der *Posttraumatic-Stress Disorder* in den USA und deren Aufnahme in das DSM-III 1980 ist im Zusammenhang mit dem Vietnamkrieg zu sehen und wird im letzten Kapitel des ersten Abschnittes, „PTSD als Zäsur“, erläutert.

Im zweiten Teil der Arbeit werden die relevanten Zeitschriftenartikel der drei Fachzeitschriften *Deutsches Ärzteblatt*, *Nervenarzt* und *Psyche* vorgestellt. Da diese inhaltlich äußerst divergieren, werden sie in thematische Schwerpunkte zusammengefasst. Es wird erläutert in welchem Gesamtzusammenhang die Artikel erschienen und bereits erste Anzeichen für eine beginnende Popularisierung des Trauma-Konzepts lieferten.

Abschließend werden die Ergebnisse der Arbeit formuliert und im letzten Kapitel der Dissertation diskutiert.

2. Von der traumatischen Neurose zur PTSD – Begriffe, Konsense und Kontroversen

2.1. Traumakonzeppte im späten 19. und 20. Jahrhundert (1862–1945)

Der Begriff „Trauma“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet „Wunde“. Zunächst wurde hierunter eine Verletzung der Haut verstanden, die durch körperliche Gewalt verursacht wurde. Erst ab etwa den 1880er Jahren wurde der Begriff Trauma zunehmend auch im Sinne einer „seelischen Verletzung“ verwendet.⁶² Dieses Kapitel veranschaulicht zunächst, wie sich der Begriff Trauma als Beschreibung eines rein physischen Zustandes auf eine psychische Ebene ausweiteten konnte. In diesem Zusammenhang spielte die Eisenbahn eine wichtige Rolle als immer häufiger genutztes Verkehrsmittel und als Ausdruck von Modernität im Zeitalter der industriellen Revolution sowie die Einführung einer Unfallversicherung, beziehungsweise die Möglichkeit Schadensersatzansprüche anzumelden. Zugleich begann sich die Herausbildung der Psychiatrie und Psychologie als akademische Wissenschaft abzuzeichnen. Im Weiteren wird beleuchtet, was unter psychischem Trauma genauer verstanden wurde und wie sich dieses Verständnis mit der Zeit änderte. Denn hinter dem Begriff Trauma verbargen sich seit den 1860er Jahren äußerst unterschiedliche, zum Teil widersprüchliche Ideen und Konzepte, was sich in häufig kontrovers geführten Diskussionen niederschlug. Dies kommt in den unterschiedlichen Bezeichnungen zum Ausdruck, die im Zusammenhang mit psychischer Traumatisierung benutzt wurden, wie etwa „Railway-Spine“, „traumatische Neurose“, „Renten- oder Unfallneurose“ und „*Kriegshysterie*“, später dann „KZ-Syndrom“, „Survivor-Syndrom“ und „Post-Vietnam-Syndrom“ und andere. Im Verlauf des letzten Jahrhunderts flammte die Diskussion über die Relation zwischen Trauma und psychischer Krankheit wiederholt auf, wobei sich Streitpunkte insbesondere an gewissen Kernfragen immer wieder

⁶² vgl. Schott, Heinz: Das psychische Trauma in medizinhistorischer Perspektive, in: Seidler, Günter H., Wolfgang U. Eckart (Hrsg.): Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung, Gießen 2005, S. 41.

herauskristallisierten: Gab es überhaupt einen Zusammenhang zwischen einem Trauma und etwaigen Symptomen? Angenommen es gäbe einen, wie war dieser zu erklären? Wirkte sich das Trauma unmittelbar auf den Körper aus, so dass Symptome als Ausdruck einer organischen Störung verstanden werden konnten? Oder wirkte das Trauma ausschließlich auf psychischer Ebene? Immer wieder tauchte die Frage auf, ob es sich hierbei überhaupt um eine Krankheit handelte – waren Symptome aus zweckgerichteten Gründen vielleicht nur vorgetäuscht, beispielsweise um in den Genuss von Entschädigungszahlungen zu gelangen oder vom Dienst an der Front freigestellt zu werden?⁶³ Und was war eigentlich unter einem Trauma zu verstehen? Handelte es sich um ein tatsächliches, objektivierbares, äußeres *Ereignis* oder war dieses eher im Sinne eines traumatischen *Erlebnisses* zu verstehen? Implizit ging es zudem um die „Frage der Verantwortlichkeit“.⁶⁴ Sollten diese Patienten als passive Opfer einer determinierten Kausalkette angesehen werden oder gab es kein solch logisch ableitbares Kausalitätsprinzip - konnte man stattdessen von der Existenz eines freien Willens ausgehen und dem Individuum damit die Möglichkeit zuschreiben Einfluss zu nehmen, es somit aber auch als verantwortlich für sein eigenes Leiden zu sehen?⁶⁵ In Abhängigkeit von soziokulturellen, politischen und wissenschaftlichen Faktoren wurden unterschiedliche Hypothesen hierzu untersucht und verschiedene Konzepte entwickelt, was unter einem Trauma zu verstehen sei und wie sich dieses auf den Menschen auswirke. Diesen Entwicklungen entsprechend veränderte sich die Definition des Begriffes Trauma und dieser wurde mit neuem Gehalt aufgeladen. In einem groben historischen Überblick über relevante Entwicklungen soll im Folgenden nun nachgezeichnet werden, wie sich das Verständnis von Trauma über die Jahrzehnte hinweg veränderte.

⁶³ vgl. Sachsse, Ulrich, Ulrich Venzlaff, Birger Dulz: 100 Jahre Traumaätiologie, in: Kruse, Gunther, Stefan Gunkel (Hrsg.): Trauma und Konflikt. Zugangswege einer traumaorientierten Psychotherapie, Hannover 1999 (Impulse für die Psychotherapie 4), S. 21-47.

⁶⁴ Fischer-Homberger, Esther: Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden, Bern 1975, S. 160.

⁶⁵Die zwischen Naturwissenschaft und Philosophie angesiedelte Debatte um Determinismus beinhaltet gleichzeitig die Frage nach der Existenz von Willens- und Entscheidungsfreiheit und damit auch die Frage nach Verantwortlichkeit versus Unverantwortlichkeit.

2.1.1. Psychiatrische/neurologische Traumakonzepte

2.1.1.1. Die *Railway Spine*

Die Geschichte der Erforschung psychischer Traumata ist eng mit der Erfindung und Verbreitung der Eisenbahn verknüpft. Sie beginnt etwa zeitgleich mit der Inbetriebnahme der ersten Eisenbahnen und der Ausweitung des Schienennetzes Anfang des 19. Jahrhunderts. Die Eisenbahn, in ihrer Anfangszeit ein Symbol von Modernität schlechthin, prägte diese Zeit enorm und wurde als gravierender Einschnitt in den Alltag der Menschen empfunden. Die Rede war sogar von der „Vernichtung von Raum und Zeit“ durch die Dampflok und voll Ambivalenz wurde einer ungewissen und unberechenbaren Zukunft entgegengeblickt.⁶⁶ Einerseits bewundert, gepriesen und bejubelt, eine neuartige glorreiche Zukunft verheißend, wurde die Eisenbahn begeistert gefeiert, doch ließ sich ein gewisses Unbehagen nicht bestreiten. In Heinrich Heine's „Lutetia – Berichte über Politik, Kunst und Volksleben“ wird dieser Ambivalenz Ausdruck verliehen. Er schreibt in einem Artikel aus dem Jahre 1843:

„Die Eröffnung der beiden neuen Eisenbahnen [...] verursacht hier eine Erschütterung, die jeder mitempfindet, wenn er nicht etwa auf einem sozialen Isolierschemel steht [...] den Denker [erfasst] ein unheimliches Grauen, wie wir es immer empfinden, wenn das Ungeheuerste, das Unerhörteste geschieht, dessen Folgen unabsehbar und unberechenbar sind. Wir merken bloß, daß unsre ganze Existenz in neue Gleise fortgerissen, fortgeschleudert wird, daß neue Verhältnisse, Freuden und Drangsale uns erwarten, und das Unbekannte übt seinen schauerlichen Reiz, verlockend und zugleich beängstigend [...] Die Eisenbahnen sind wieder ein solches providentielles Ereignis, das der Menschheit einen neuen Umschwung gibt, das die Farbe und Gestalt des Lebens verändert; es beginnt ein neuer Abschnitt in der Weltgeschichte, und unsre Generation darf sich rühmen, daß sie dabeigewesen [...] Welche Veränderungen müssen jetzt eintreten in unsrer Anschauungsweise und in unseren Vorstellungen! Sogar die Elementarbegriffe von Zeit und Raum sind schwankend geworden. Durch die Eisenbahn wird der Raum getötet, und es bleibt uns nur noch die Zeit übrig [...] In viereinhalb Stunden reist man jetzt nach Orleans, in ebensoviel Stunden nach Rouen [...] Mir ist, als kämen die Berge und Wälder aller Länder

⁶⁶ Schivelbusch, Wolfgang: Geschichte der Eisenbahnreise. Zur Industrialisierung von Raum und Zeit im 19. Jahrhundert, Frankfurt am Main 2000, S. 16.

auf Paris angerückt. Ich rieche schon den Duft der deutschen Linden; vor meiner Haustür brandet die Nordsee.“⁶⁷

Das latente Unbehagen und die ungewisse Zukunft, die die Begeisterung und Euphorie angesichts der neuen Technik und den Möglichkeiten überschatteten, nahmen mitunter konkrete Formen an. So drückte sich die Furcht, die von der Lokomotive ausging, auch darin aus, dass man durch sie das Unheil in Form von Krankheit und Tod heraufbeschworen sah. Eine ganze Reihe von Krankheiten wurde beschrieben, die im Zusammenhang mit der Eisenbahn gesehen wurden.⁶⁸ Beispielsweise wurden Erkältungen infolge von Tunnelpassagen geschildert oder es wurde von einem speziellen „Eisenbahnfieber“ berichtet. So steht in einem Gutachten des bayrischen Obermedizinalkollegiums von 1835: „Reisen mit irgendeiner Art Dampfmaschine sollten aus Gesundheitsrücksichten verboten sein. Die raschen Bewegungen werden bei den Passagieren eine geistige Unruhe, ‚Delirium furiosum‘ genannt, hervorrufen. ... Der Anblick einer Lokomotive, die in voller Schnelligkeit dahintrast, genügt, diese schreckliche Krankheit zu erzeugen.“⁶⁹ Ob nun gepriesen oder verdammt, die Eisenbahn war Ausdruck von Modernität, und so wurde ihr besonders viel Aufmerksamkeit gewidmet. Dies hatte zur Folge, dass Eisenbahnunfälle die Öffentlichkeit unverhältnismäßig und stärker als „gewöhnliche“ Unglücksfälle, wie beispielsweise Kutschenunfälle, Brände oder anderes Unheil, bewegten.⁷⁰ Hinzu kam, dass die Britische Eisenbahngesellschaft in England nach einem Gesetz von 1864 haftpflichtig war, wenn sie nicht für die Sicherheit und Gesundheit ihrer Passagiere sorgte. In Deutschland kam es 1871 zu einer entsprechenden Gesetzgebung und im Jahre 1884 wurde unter Bismarck erstmalig die Unfallversicherung eingeführt.⁷¹ Dass ab Ende des 19.

⁶⁷ Heine, Heinrich: *Lutetia*. II. Teil LVII vom 5.5.1843 in Paris, in: Heine, Heinrich: *Werke und Briefe*, Bd. 6 Berlin 1962, S. 478 f.

⁶⁸ vgl. Fischer-Homberger, Esther: *Die Büchse der Pandora: Der mythische Hintergrund der Eisenbahnkrankheiten des 19. Jahrhunderts*, in *Sudhoffs Archiv* 56 (1972), S. 307 ff.

⁶⁹ zit.n. Fischer-Homberger, Esther: *Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden*, Bern 1975, S. 40.

⁷⁰ ebd., S. 39.

⁷¹ siehe hierzu Schäffner, Wolfgang: *Event, Series, Trauma: The Probabilistic Revolution of the Mind in the Late Nineteenth and Early Twentieth Centuries*, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge 2001, S. 81–91; zum sogenannten Campbell Act in England und über das

Jahrhunderts bei Unfällen eine Entschädigung geltend gemacht werden konnte, stellte einen ganz entscheidenden Punkt dar. Dies führte unweigerlich dazu, dass sich Ärzte, Anwälte und Versicherungsexperten vermehrt Gedanken um gesundheitliche und soziale Auswirkungen von Unfällen machten.

Zwischen Januar und März 1862 veröffentlichte die medizinische Fachzeitschrift *The Lancet* eine achteilige Serie unter dem Titel „The Influence of Railway Travelling on Public Health“ und lieferte eine erste umfassendere Darstellung gesundheitlicher Schäden nach Eisenbahnunfällen.⁷² Diese wurden in primäre und sekundäre Folgeerscheinungen unterteilt. Unter primären Folgeerscheinungen wurden offensichtliche, physische Verletzungen verstanden, wie etwa Knochenbrüche, Platzwunden oder Verbrennungen. Unter sekundären Folgeerscheinungen wurden die schwer fassbaren, vielseitigen und rätselhaften Symptome zusammengefasst, die sich nicht ad hoc erklären ließen, darunter Schwindel, Gedächtnisverlust, Rücken- oder Kopfschmerzen, Lähmungserscheinungen sowie Taubheitsgefühle und andere. Diese sekundären Symptome allerdings waren in einem Punkt gleich: ihre Intensität stand in keinem Verhältnis zu erlittenen körperlichen Verletzungen, die meist nur geringfügig waren.⁷³ Vier Jahre später publizierte der angesehene Londoner Chirurg und Professor John Eric Erichsen das einflussreiche Buch „On Railway and Other Injuries of the Nervous System“, welches eine Sammlung von sechs abgedruckten Vorlesungen darstellte, die er im Frühjahr 1866 am University College in London gehalten hatte. Hier beschrieb er ein Krankheitsbild, bei dem es nach einem heftigen Aufprall zu einer

öffentliche Bewusstsein für Entschädigungsfragen siehe Young, Allan: *Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton, Chichester 1995, S. 17. In Frankreich kam es erst 1897 nach einer heftigen Debatte in den 1880ern und 1890ern zu einer entsprechenden Gesetzgebung („Loi sur les accidents du travail“), siehe hierzu: Ewald, Francois: *L'État providence*, Paris 1986.

⁷² [o.V]: *The Influence of Railway Travelling on Public Health*, in: *The Lancet* 4 January (1862), S. 15-19; 11 January (1862), S. 48-52; 18 January (1862), S. 79-83; 25 January (1862), S. 107-110; 1 February (1862), S. 130-2; 8 February (1862), S. 155-8; 1 March (1862), S. 231-5; 8 March (1862), S. 258-60.

⁷³ vgl. Harrington, Ralph: *The Railway Accident: Trains, Trauma, and Technological Crises in Nineteenth-Century Britain*, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge 2001, S. 41.

Rückenmarkerschütterung („spinal concussion“) kommen könne.⁷⁴ Es ließe sich meist eine Rückenmarksläsion feststellen, schrieb Erichsen, die zum Teil nur minimal sei, doch seien die Folgen nicht absehbar und könnten durchaus zum Tode führen. Durch alltägliche Unfälle könne es zu einer solchen Rückenmarkerschütterung kommen, aber besonders häufig und schwer sei diese als Folge von Eisenbahnunfällen. Die Ursache hierfür sah Erichsen darin, dass Eisenbahnunfälle in besonderer Weise Schreck und Angst erzeugten.

„It must, however, be obvious to you all, that in no ordinary accident can the shock be so great as in those that occur on Railways. The rapidity of the movement, the momentum of the person injured, the suddenness of its arrest, the helplessness of the sufferers, and the natural perturbation of mind that must disturb the bravest, are all circumstances that of a necessity greatly increase the severity of the resulting injury to the nervous system, and that justly cause these cases to be considered as somewhat exceptional from ordinary accidents. This has actually led some surgeons to designate that peculiar affection of the spine that is met with in these cases as the ‚Railway Spine‘.“⁷⁵

In seinem Buch verwendete Erichsen den Begriff „Railway Spine“ und ging damit unfreiwillig als Wegbereiter in die Geschichte des Traumabegriffs ein. Spätere Autoren beriefen sich auf Erichsen, der die sogenannte „Railway Spine“ beschrieben habe. Dabei war er keineswegs derjenige, der diesen Begriff kreierte. Erichsen verwendete ihn in einem anderen Zusammenhang. Er erklärte, dass er eine Bezeichnung wie „Railway Spine“, die andere Chirurgen seiner Zeit verwendeten, um damit eine neue, spezifische Krankheit zu beschreiben, die ausschließlich im Zusammenhang mit Eisenbahnunfällen zu sehen sei, für absurd halte.⁷⁶ Folgen von Aufprallunfällen seien bereits früher, beispielsweise nach Kutschenunfällen, geschildert worden und seien nichts Spezifisches, das exklusiv in Verbindung mit Eisenbahnenunfällen stehe.⁷⁷ Dennoch verwiesen spätere Autoren, die

⁷⁴ siehe Erichsen, John Eric: On Railway and Other Injuries of the Nervous System, London 1886.

⁷⁵ ebd., S. 9.

⁷⁶ vgl. Fischer-Homberger, Esther: Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden, Bern 1975, S. 16–17.

⁷⁷ In diesem Zusammenhang verweist Erichsen auf die Arbeiten von A. Cooper, Sir C. Bell, Ollivier und Abercrombie, siehe Erichsen, John Eric: On Railway and Other Injuries of the Nervous System, London 1886, S. 10.

sich mit dem Phänomen „Railway Spine“ auseinandersetzten, auf Erichsen, und so ging dieser fälschlicherweise als Begründer der „Railway Spine“ in die Geschichte des psychischen Traumas ein. Wie es tatsächlich zur Etablierung des Begriffs „Railway Spine“ kam, ist historisch nicht mehr eindeutig nachvollziehbar –es scheint sich hierbei um Mythenbildung zu handeln.⁷⁸ Dennoch muss man Erichsen an dieser Stelle zu erwähnen. Er verknüpfte die Entstehung einer Krankheit mit einem singulären Ereignis, nämlich einem (Eisenbahn-) Unfall. Und er maß dem Schockerlebnis, wenn auch nicht als ursächlichem Agens, so doch aber in der Krankheitsentstehung Bedeutung bei.⁷⁹ Damit tauchte erstmals eine psychologische Komponente auf, wobei der Schreckmoment in der späteren Entwicklung von Erklärungsmustern zu psychischer Traumatisierung zu einem elementaren und unabdingbaren Bestandteil wurde. Auf einen weiteren nicht zu unterschätzenden Aspekt allerdings machte das *British Medical Journal* 1866 in einer Stellungnahme zu Erichsens Veröffentlichung aufmerksam, hatte dieser doch zwischen Eisenbahnunfällen und gewöhnlichen Unfällen differenziert. Kritisch wurde ein – aus anderer Perspektive – entscheidender Unterschied zwischen „alltäglichen“ Unfällen und solchen mit Lokomotiven in den Vordergrund gestellt:

„The only differences which, as far as we can see, are to be found between railway and other injuries, are purely incidental, and relate to their legal aspect. A man, whose spine is concussed on a railway, brings an action against the company, and does or does not get heavy damages. A man, who falls from an apple-tree and concussed his spine, has – worse luck for him – no railway to bring an action against.“⁸⁰

In der Tat beriefen sich Kläger, die bei der Eisenbahn Schadensanspruch anmeldeten, auf die Arbeiten von Erichsen, da dieser den Symptomen nach

⁷⁸ siehe Fischer-Homberger, Esther: Die Büchse der Pandora: Der mythische Hintergrund der Eisenbahnkrankheiten des 19. Jahrhunderts, in Sudhoffs Archiv 56 (1972), S. 297–317.

⁷⁹ Schock und Schreck werden immer wieder mit Konzepten über psychisches Trauma in Verbindung gebracht. Fischer-Homberger weist darauf hin, dass dies typischerweise immer dann geschehe, wenn sich der direkte, unmittelbare Zusammenhang zwischen Trauma und der vermuteten organischen Läsion nicht nachweisen lasse. Vgl. Fischer-Homberger, Esther: Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden, Bern 1975, S. 48.

⁸⁰ *British Medical Journal* 1.12.1866, zit. n. Harrington, Ralph: The Railway Accident: Trains, Trauma, and Technological Crises in Nineteenth-Century Britain, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge 2001, S. 45.

Unfällen ein fassbares, anatomisches Korrelat zugrunde legte und von einer organischen Störung ausging. Denn laut Gesetzgebung galten lediglich jene Störungen als entschädigungspflichtig, denen eine anatomisch-materielle Pathologie zugrunde lag.⁸¹ Eine andere Auffassung vertrat Herbert Page, der von den Eisenbahngesellschaften in Rechtsstreitigkeiten als Referenz angegeben wurde. Page war als Chirurg bei dem Eisenbahnunternehmen „London and North-Western Company“ angestellt und veröffentlichte 1883 die Monographie „Injuries of the Spine and Spinal Cord Without Apparent Mechanical Lesion“, in welcher er Erichsen scharf kritisierte. Laut Page waren Angst und Schock ursächlich für Störungen des Nervensystems. Er sprach erstmals von einem „general nervous shock“, wobei er nicht ausschloss, dass es in der Folge auch zu physiologischen, beispielsweise chemischen, Veränderungen kommen könne.⁸² James J. Putnam und George Lincoln Walton vertraten in Amerika eine ähnliche Ansicht, aber sie schlugen Anfang der 1880er Jahre vor, nicht mehr von *Railway Spine*, sondern von *Railway Brain* zu sprechen, um die neurologische und die psychische Komponente gleichermaßen zu erfassen.⁸³ Dabei lässt sich eine Entwicklung beobachten, bei der die Ursache der Symptome zunächst im Rückenmark vermutet wurde, dann hirnwärts verschoben wurde, um schließlich vollständig in die Psyche verlagert zu werden. Entsprechend dieser Verschiebung hirnwärts änderte sich ebenfalls die Größe der Läsion, die für den Symptomkomplex verantwortlich gemacht wurde. Erichsen beschrieb noch makroskopisch sichtbare Rückenmarksläsionen, während Page bereits von chemischen Veränderungen sprach. Später wurde angenommen, dass gar kein anatomisches Korrelat nötig sei, um entsprechende Symptome hervorzurufen. Zudem machte sich in der Folgezeit eine weitere Veränderung bemerkbar, bei der das Eisenbahnunglück als auslösendes Agens immer unbedeutender wurde. Zunehmend wurde davon ausgegangen, dass auch alle möglichen

⁸¹ vgl. Schivelbusch, Wolfgang: Geschichte der Eisenbahnreise. Zur Industrialisierung von Raum und Zeit im 19. Jahrhundert, Frankfurt am Main 2000, S. 121.

⁸² siehe Caplan, Eric: Trains and Trauma in the American Gilded Age, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001, S. 57–77.

⁸³ vgl. Sachsse, Ulrich, Ulrich Venzlaff, Birger Dulz: 100 Jahre Traumaätiologie, in: Kruse, Gunther, Stefan Gunkel (Hrsg.): Trauma und Konflikt. Zugangswege einer traumaorientierten Psychotherapie, Hannover 1999 (Impulse für die Psychotherapie 4), S. 24.

anderen Situationen, die mit großem Schreck verbunden waren, potentiell zu Störungen des Nervensystems führen könnten.⁸⁴

2.1.1.2. Die traumatische Neurose

Der Neurologe Hermann Oppenheim war vorerst der letzte, der die Auffassung vertrat, dass bei Störungen des Nervensystems infolge von Unfällen eine organische Schädigung ursächlich zugrunde liegen müsse.⁸⁵ Ebenso wie seine Vorgänger war er der Ansicht, dass die physische, „mechanische“ Erschütterung bei einem Unfall, also im Sinne eines traumatischen Geschehens, direkte, wenn auch nicht nachweisbare, funktionelle Schädigungen im Gehirn oder im Zentralen Nervensystem zur Folge habe. Doch schrieb er auch der Psyche, durch Schreck und emotionalen Schock erschüttert, eine nicht zu vernachlässigende Bedeutung zu.⁸⁶ Mit dem neuen Begriff *traumatische Neurose*, den Oppenheim etablierte und der die *Railway Spine* und das *Railway Brain* ablöste, sollte gerade diese direkte Kausalität zum Ausdruck gebracht werden, bei der sich ein äußerliches Trauma durch prinzipiell nicht nachweisbare Läsionen, in einem mechanistischen-funktionellem Sinne, unmittelbar auf die Funktion des Nervensystems und die Psyche auswirke. 1889 veröffentlichte er seine Monographie „Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen“. Im gleichen Jahr, fünf Jahre nach der erstmaligen Einführung einer allgemeinen Unfallversicherung unter Bismarck, wurde die nervöse Krankheit *traumatische Neurose* als entschädigungspflichtig anerkannt.⁸⁷ Dieser Umstand führte zu einer heftigen Diskussion unter Ärzten, da sich jetzt die Frage nach einer

⁸⁴ vgl. Fischer-Homberger, Esther: Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden, Bern 1975, S. 22.

⁸⁵ zum Werdegang Oppenheims und seines Konzeptes der „traumatischen Neurose“ siehe Lerner, Paul: From Traumatic Neurosis to Male Hysteria: The Decline and Fall of Hermann Oppenheim 1889-1919, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001, S. 140–172.

⁸⁶ vgl. Oppenheim, Hermann: Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den 5 Jahren 1883-1885 gesammelten Beobachtungen, Berlin 1889, S. 123–128; Der Begriff „funktionell“ wurde verwendet, um das in der Naturwissenschaft grundsätzlich nicht anatomisch Fassbare zu beschreiben. Vgl. Fischer-Homberger, Esther: Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden, Bern 1975, S. 22 und S. 136.

⁸⁷ vgl. Eghigian, Greg A.: The German Welfare State as a Discourse of Trauma, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001, S. 106.

möglichen Simulation stellte. Das Problem der Simulation war keineswegs neu und wurde bereits früh thematisiert. So nahm ein Kollege Erichsens in einem Vortrag auf dessen oben bereits erwähnte Publikation „On Railway and Other Injuries of the Nervous System“ Bezug:

„M.H.! Ich wundere mich, Sie noch in so großer Zahl hier versammelt zu sehen. Sie studieren doch nur deshalb Medizin, um später als Arzt ihren Unterhalt zu verdienen. Das können Sie jetzt viel bequemer und billiger haben...: Kaufen Sie sich das Buch meines Kollegen Erichsen; studieren Sie sich ein bestimmtes Krankheitsbild ein. Dann setzen Sie sich auf die Eisenbahn und fahren so lange, bis Sie das Glück haben, ein Unglück persönlich mitzumachen. Jetzt spielen Sie die eingelernte Rolle einigermaßen geschickt, und eine Rente von jährlich 1-2 Tausend Pfd. Sterl. kann Ihnen nicht entgehen.“⁸⁸

Nach Oppenheims Veröffentlichung erreichte die Diskussion um die Folgeschäden nach Unfällen im „Simulationsstreit“ eine neue Dimension. Auf dem 10. Internationalen Ärztekongress in Berlin 1890 stand sich die Ärzteschaft in zwei Lager gespalten gegenüber. In der hitzigen Debatte, die auf wissenschaftlicher, politischer und persönlicher Ebene geführt wurde, standen Kritiker der *traumatischen Neurose*, die sich an Adolph Seeligmüller orientierten, denjenigen gegenüber, die in Oppenheim ihren Vertreter sahen. Der Streit drehte sich um die Frage, ob und inwiefern Symptome, die Oppenheim unter *traumatischer Neurose* zusammenfasste, in Wirklichkeit vorgetäuscht werden konnten beziehungsweise wurden und wie man mit diesen Patienten umgehen sollte.⁸⁹ Kritiker des Konzepts der *traumatischen Neurose* waren der Ansicht, dass die für sie typischen Symptome wie etwa Gesichtsfeldeinschränkungen, Sensibilitätsstörungen, gesteigerte Reflexe, Kopfschmerzen, Tremor et cetera leicht zu simulieren seien. So müssten Ärzte ihre Diagnostik rein auf subjektiven Angaben ihrer Patienten basieren lassen. Zum anderen beanstandete ein Teil der Anwesenden, dass Prädisposition in diesem Konzept nicht berücksichtigt wurde. Sie vertraten die

⁸⁸ zit. n. Seeligmüller, Adolph O.L.G.: Erfahrungen und Gedanken zur Frage der Simulation bei Unfallverletzten, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 17 (1890), S. 961 f.

⁸⁹ Oppenheim und seine Anhänger waren der Ansicht, dass es äußerst schwierig sei derartige Symptome zu simulieren und sie nahmen an, dass höchstens 4% aller Fälle vorgetäuscht seien. Die Gruppe um Seeligmüller hingegen behauptete, dass es sehr einfach sei Symptome zu simulieren und sie gingen davon aus, dass dies bei einem Viertel der Patienten auch der Fall sei, vgl. Riedesser, Peter, Axel Verderber: „Maschinengewehre hinter der Front“. Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie, Frankfurt am Main 1996, S. 29.

Meinung, dass ein Trauma nur in bereits erkrankten Personen im Sinne eines Katalysators derartige Symptome hervorbringen könne. Andere Kontrahenten Oppenheims stellten in Frage, ob sich zwischen Trauma und *traumatischer Neurose* überhaupt ein kausaler Zusammenhang finden ließe. Daraufhin wurde vereinzelt die Existenz *der traumatischen Neurose* als eigenständiges Krankheitsbild gänzlich in Frage gestellt.⁹⁰ In einem Punkt waren sich die meisten der Gegner Oppenheims allerdings einig. Sie befürchteten, dass sich Versicherungsbetrug ausbreiten und es sogar zu einer Epidemie in Form einer *Rentenneurose* kommen könne, was verheerende Auswirkungen auf das Gesundheitssystem und die nationale Stärke schlechthin bedeuten könne.⁹¹ Oppenheim hingegen beleuchtete die massive Kritik an seinem Konzept vor einem anderen Hintergrund:

„Der lebhafteste und erbittertste Widerspruch kam aber in der Frage der Simulation und *Rentenhysterie* zum Ausdruck ... Ein großer Teil der nicht neurologisch und psychiatrisch geschulten Vertrauensärzte der Berufsgenossenschaften, Eisenbahnverwaltungen usw. erblickte überall Simulation, wo ihnen Erscheinungen entgegentraten, die sie von der Läsion eines Nerven, eines Gehirn- oder Rückenmarksgebietes nicht ableiten konnten. Besonders waren es die psychischen Störungen und die psychogenen Symptome, denen sie mehr oder weniger hilflos gegenüberstanden. Und da es sich meist um Kranke handelt, die vom Arzt in erster Linie Anerkennung ihres Leidens verlangen, musste sich diesem der Verdacht der Simulation aufdrängen.“⁹²

Neben dem Argument, dass viele seiner in Neurologie und Psychiatrie unerfahreneren Kollegen wohl zu schnell Symptome, die sie sich nicht erklären konnten, als Simulation darstellten, warf er den Psychiatern seiner Zeit vor, dass sie sich zu sehr auf den psychischen Aspekt der Symptome stützten und die Wirkung des - seiner Meinung nach - ursächlichen Traumas außer acht ließen.⁹³ Nach dem Ärztekongress blieb der Konflikt bezüglich der Simulationsfrage bestehen, doch zu einer weiteren offenen

⁹⁰ vgl. Lerner, Paul: *Hysterical Men. War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1880-1930*, Ithaka, London 2003, S. 34 ff.

⁹¹ vgl. Hofer, Hans-Georg: Hermann Oppenheim, in: Reyes, Gilbert, John D. Elhai, Julian D. Ford (Hrsg.): *The Encyclopedia of Psychological Trauma*, Hoboken, New Jersey 2008, S. 454 f.

⁹² Oppenheim, Hermann: Der Krieg und die traumatischen Neurosen, in: *Berliner Klinische Wochenschrift* 11 (1915), S. 257.

⁹³ vgl. Lerner, Paul: *Hysterical Men. War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1880-1930*, Ithaka, London 2003, S. 35.

Auseinandersetzung kam es vorerst nicht. Erst im Rahmen des Ersten Weltkriegs flammte die Debatte wieder auf, aktueller denn je und wurde zu einem hochpolitischen Thema von nationaler Bedeutung.

2.1.1.3. Die Kriegshysterie

Die Kriegseuphorie von 1914, die tausende junge Männer dazu bewog, freiwillig an die Front zu ziehen, war schnell vorbei. Nichts hatte dieser Schützengrabenkrieg mit den romantischen Vorstellungen von Heldentum gemein. Die Wirkung der modernen Maschinengewehre, Granaten und Flammenwerfer war verheerend – der Krieg forderte fast 10 Millionen Tote und circa 20 Millionen Verwundete. Das, was Soldaten an der Front erlebten, ließ sich kaum in Worte fassen, war noch nie zuvor gesehen, löste Entsetzen, Schock und Erschütterung aus. Der Schauplatz des Krieges spiegelte sich in Symptomen wie Stummheit, Blindheit, Taubheit, Alpträumen, Lähmungserscheinungen oder Zittern wider, die sich plötzlich epidemieartig unter den Soldaten an der Front ausbreiteten. Der Krieg ging buchstäblich unter die Haut und schien die Soldaten ihrer eigenen Willenskraft und autonomen Kontrolle zu berauben.⁹⁴ Die stetig steigende Zahl (allein in Deutschland gab es um die 600 000 Fälle⁹⁵) der als Kriegsneurose, Schreckneurose, Shell-Shock, *Kriegshysterie*, Schützengrabenneurose und anderen bezeichneten Phänomene löste schon bald Besorgnis unter der militärischen und politischen Führung aus, die um die Stabilität und Kraft des Heeres und der Nation fürchten musste.⁹⁶ Neurologen und Psychiater sahen sich mit einem Massenphänomen konfrontiert, das indessen gewisse Parallelen zu dem Symptomenspektrum der „traumatischen Neurose“ aufwies. Der Streit um die „traumatische Neurose“ entfachte erneut und erreichte in seiner Heftigkeit ein Maximum. Geprägt durch den Simulationsstreit von 1890

⁹⁴ Zur Ikonographie der Kriegszitterer siehe Hofer, Hans-Georg: Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880-1920), Wien u.a. 2004, S. 236–241.

⁹⁵ Die Zahlenangaben sind zum Teil schwankend. Ich berufe mich hier auf Hofer, Hans-Georg: Nerven-Korrekturen. Ärzte, Soldaten und die „Kriegsneurosen“ im Ersten Weltkrieg, in: *Zeitgeschichte* 27 (2000), S. 249–268.

⁹⁶ vgl. Prüll, Cay-Rüdiger: Die Bedeutung des Ersten Weltkriegs für die Medizin im Nationalsozialismus, in: Gerd Krumeich (Hrsg.): *Nationalsozialismus und Erster Weltkrieg*, Essen 2010, S. 378.

war an der deutschen Debatte um die Kriegsneurosen spezifisch, dass sich das Gros des Berufstandes der Ärzte entschlossen zeigte, das erneute Aufleben der Rentenneurosen zu verhindern.⁹⁷ Im Mittelpunkt der Kontroverse stand diesmal, ob es sich bei den Kriegszitterern um eine Form der *Hysterie* oder der „traumatischen Neurose“ handelte.⁹⁸ Oppenheim sah sein organisch-mechanistisches Konzept der Symptomentstehung durch die Kriegszitterer bestätigt. Schließlich waren sie an der Front massenweise gewaltigen Erschütterungen ausgesetzt, beispielsweise durch den Einschlag von Granaten oder anderen Luftgeschossen.

„[D]ie Schreck-Erregung [enthält,] wenn auch nicht immer, so doch mindestens sehr häufig neben dem psychischen Faktor einen physischen [...] Das gilt besonders für die Schreckwirkung der Granatexplosion, bei der die mechanische Erregung der akustischen Bahnen einen in das Gehirn eindringenden übermäßigen Reiz, eine Wellenbewegung darstellt, die über die physiologischen Gebiete der Schallempfindung hinausgreift.“⁹⁹

Doch war die Diagnose „traumatische Neurose“ unter Medizinern seit 1890 recht unbeliebt und wurde aufgrund der befürchteten Epidemie der „Rentenneurose“ nur äußerst ungern vergeben.¹⁰⁰ Die Bezeichnung „traumatische Neurose“ allein drückte ja bereits den kausalen Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit aus. Unter den Umständen des Ersten Weltkrieges, den schwindenden materiellen und finanziellen Ressourcen – etwaige Renten und Entschädigungen kämen zusätzlich auf den Staat zu –, schien die Ausstellung der Diagnose geradezu die Kraft und Stärke der Nation zu bedrohen. Mit der Vergabe der Diagnose hatte der Aussteller nahezu bewiesen, dass es ihm an Patriotismus mangelte. Krank zu

⁹⁷ vgl. Lerner, Paul: From Traumatic Neurosis to Male Hysteria: The Decline and Fall of Hermann Oppenheim 1889-1919, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001, S. 155.

⁹⁸ Reine Simulation wurde den Kriegszitterern nur vereinzelt unterstellt, vermutlich aufgrund des breiten und übereinstimmend beschriebenen Vorkommens der Symptome. Auch in anderen Nationen, die am Ersten Weltkrieg beteiligt waren, war die Symptomatik bekannt. Siehe Schott, Heinz, Rainer Tölle: Geschichte der Psychiatrie. Krankheiten, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006, S. 371. Zum Umgang mit Kriegsneurosen in anderen Nationen siehe Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001.

⁹⁹ Oppenheim, Hermann: Die Neurosen infolge von Kriegsverletzungen, Berlin 1916, S. 228.

¹⁰⁰ vgl. Lerner, Paul: From Traumatic Neurosis to Male Hysteria: The Decline and Fall of Hermann Oppenheim 1889-1919, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001, S. 155.

sein, war längst keine private, individuelle Angelegenheit mehr. Vielmehr wurde den Bürgern „die Pflicht zur Gesundheit im Dienste der Volksgemeinschaft“ abverlangt.¹⁰¹

Hysterie bot sich als Alternative an. Unter *Hysterie* wurde damals weder ein eigenständiges Krankheitsbild verstanden, noch gab es eine präzise, allgemein anerkannte Begriffsdefinition.¹⁰² Die Bezeichnung diente eher im Sinne einer vagen Beschreibung von pathologischen Reaktionen, und ihre Entstehungsursache wurde ausschließlich in psychischen Faktoren, beziehungsweise der psychischen Konstitution gesehen.¹⁰³ *Hysterie* galt demnach auch nicht durch ein Trauma verursacht, sondern hing vom Wesen des Erkrankten und dessen Willen ab – gerade der „Wille zur Krankheit“ sei für die *Hysterie* charakteristisch.¹⁰⁴ Die Diagnose bot sich zudem an, da hierdurch der Staat von seiner Verantwortung den Soldaten gegenüber entbunden wurde. Nicht äußere Faktoren wie beispielsweise Erlebnisse an der Front lagen ihr zugrunde, sondern der Kern der nervösen Störung war allein im Individuum zu suchen.¹⁰⁵

Das Problem der massenweise auftretenden Kriegsneurosen, mittlerweile aufgrund der schwindenden Zahlen an (einsatzfähigen) Soldaten sogar von nationaler Bedeutung, war wichtigstes Thema des Münchener Kongresses, der 1916 stattfand und an dem etwa 300 Psychiater und Neurologen des „Deutschen Vereins für Psychiatrie“ und der „Gesellschaft Deutscher Nervenärzte“ teilnahmen. Dieser Kongress bedeutete für Oppenheim die endgültige Niederlage. Seine Widersacher, die Gruppe um Nonne, Gaupp, Bonhoeffer und Hoche, konnten sich durchsetzen. Die häufig vertretene

¹⁰¹ Schmiedebach, Heinz-Peter: Die „Traumatische Neurose“ – Soziale Versicherung und der Griff der Psychiatrie nach den Unfallpatienten, in: Hubenstorf, Michael et al. (Hrsg.): Medizingeschichte und Gesellschaftskritik - Festschrift für Gerhard Baader Husum 1997 (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 81), S. 133.

¹⁰² vgl. Oppenheim, Hermann: Die Neurosen infolge von Kriegsverletzungen, Berlin 1916, S. 191.

¹⁰³ vgl. Lerner, Paul: Hysterical Men. War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1880-1930, Ithaka, London 2003, S. 6.

¹⁰⁴ Bonhoeffer, Karl: Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der *Hysterie* zuzurechnen sind? In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 68 (1911), S. 373.

¹⁰⁵ vgl. Lerner, Paul: Hysterical Men. War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1880-1930, Ithaka, London 2003, S. 249.

Meinung war – obgleich bei genauerer Betrachtung die zugrunde liegenden Konzepte doch recht unterschiedlich waren –, dass es sich bei diesem Massenphänomen um eine Form von *Hysterie* handelte. Zu viele Zweifel und Ungereimtheiten wurden an Oppenheims „traumatischer Neurose“ beanstandet.¹⁰⁶ Wie konnte es sein, dass die typischen Symptome niemals Kriegsgefangene trafen – ein Phänomen, das einhellig beschrieben wurde? Welche Erklärung gab es dafür, dass sie stattdessen relativ häufig hinter der Front fern von jeglichem Kampfgeschehen vorkamen? Und wieso erlitten Soldaten beim Feuern ihrer eigenen Waffen keinen Shell-Shock? Warum präsentierten Männer, die schliefen als eine Granate neben ihnen einschlug, nie Symptome? Und weshalb entwickelten nicht alle Frontkämpfer gleichermaßen Symptome, denen ein Granateinschlag in unmittelbarer Nähe widerfuhr? Hierfür schien es in der Tat Erklärungen zu geben: *Hysterie*, Verweiblichung, männliche Schwäche, Feigheit, konstitutionelle Minderwertigkeit, Aggravation und Amoralität seien die eigentlichen Ursachen der Symptome. Den stigmatisierten Kriegszitterern wurde unterstellt, dass sie die Krankheit aus Furcht vor dem Krieg dazu benutzten, in die Krankenhäuser ins sichere Hinterland zu flüchten, um so den Kriegsschauplatz verlassen zu können.¹⁰⁷ Mit Besorgnis wurde die mögliche Auswirkung des Krieges befürchtet, nämlich dass dieser zu einer sozialdarwinistischen Auslese im umgekehrten Sinne führen könne. Max Nonne beispielsweise räsionierte, dass die starken, gesunden, tapferen Helden an der Front „geopfert“ wurden, während die „geistig Minderwertigen, Nutzlosen und Schädlinge“ überlebten.¹⁰⁸ Nonne war es auch, der 1916 bei der Kriegstagung das ausschlaggebende Argument lieferte, das die Richtigkeit dieser Vermutungen zu beweisen schien und jegliche weitere Einwände vorerst ausmerzte: Seine Versuche, die Zitterer mittels Suggestion und Hypnose zu therapieren, waren erfolgreich. Ebenso wirkte das gewaltsame, zum Teil brutale

¹⁰⁶ vgl. Lerner, Paul: From Traumatic Neurosis to Male Hysteria: The Decline and Fall of Hermann Oppenheim 1889-1919, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge 2001, S. 157 ff.

¹⁰⁷ siehe Lerner, Paul: „Ein Sieg deutschen Willens“: Wille und Gemeinschaft in der deutschen Kriegspsychiatrie, in: Eckart, Wolfgang U., Christoph Gradmann (Hrsg.): *Die Medizin und der Erste Weltkrieg*, Pfaffenweiler 1996, S. 85–109.

¹⁰⁸ Nonne, Max: *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914 bis 1918*. In: Bonhoeffer, K. (Hrsg.): *Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918*. Vol. IV, Leipzig 1922, S. 112.

Behandlungskonzept Fritz Kaufmanns. Er behandelte seine Patienten mit schmerzhaften elektrischen Stromstößen. Dahinter stand folgende Idee: da die Soldaten mittels der Krankheit versuchten dem Krieg zu entkommen, mussten die Behandlungsmethoden nur grausamer sein, so dass sie die Flucht zurück an die Front ergriffen. Ein dunkles Kapitel Therapiegeschichte folgte diesem Ansatz.¹⁰⁹ Neben den Stromstößen wurden diverse Behandlungsmethoden entwickelt und eingesetzt, die in ihrer Grausamkeit eher der Folter glichen. So mussten Patienten beispielsweise ihr Erbrochenes wieder essen, wurden Scheinoperationen durchgeführt, kamen in folterähnliche Isolierung, Todesangst durch Erstickung wurde provoziert, Zwangsexerzieren angeordnet oder sie bekamen dreitägige, quälende Zwangsbäder verschrieben. Todesfälle wurden hierbei durchaus in Kauf genommen.¹¹⁰ Bewiesen schien also durch das Ansprechen auf diese Therapien, dass es sich nicht um eine organische Störung handeln konnte, sondern die Genese in der Psyche, in der Willensstärke des Patienten selbst zu suchen sei. Entschädigungsansprüche waren damit hinfällig. Diesen Entwicklungen Rechnung tragend traf das Reichsversicherungsamt beruhend auf Arbeiten von Karl Bonhoeffer und Ewald Stier 1926 eine Grundsatzentscheidung, die den Beschluss von 1889 im Prinzip aufhob.¹¹¹ Somit galten nervöse Störungen, denen keine nachweisbare organische Ursache zugrunde gelegt werden konnte, nicht mehr als entschädigungspflichtig.¹¹² Ganz allgemein

¹⁰⁹ siehe Fischer-Homberger, Esther: Der Erste Weltkrieg und die Krise der ärztlichen Ethik, in: Bleker, Johanna, Heinz-Peter Schmiedebach (Hrsg.): Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985, Frankfurt am Main 1987, S. 122–135.

¹¹⁰ siehe Riedesser, Peter, Axel Verderber: „Maschinengewehre hinter der Front“. Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie, Frankfurt am Main 1996; Eckhart, Wolfgang U.: Kriegsgewalt und Psychotrauma im Ersten Weltkrieg, in: Seidler, Günter H., Wolfgang U. Eckart (Hrsg.): Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung, Gießen 2005, S. 85–107.

¹¹¹ vgl. Bonhoeffer, Karl: Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den sogenannten Unfallneurosen, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 52 (1926), S. 179–182; Stier, Ewald: Die traumatischen Neurosen, in: Kraus, F., T. Brugsch (Hrsg.): Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Die Erkrankungen des vegetativen Nervensystems und die Dyskinesien, Berlin Wien 1924, S. 293–305; ders.: Über die sogenannten Unfallneurosen, Leipzig 1926.

¹¹² vgl. Eghigian, Greg A.: Die Bürokratie und das Entstehen von Krankheit. Die Politik und die „Rentenneurosen“ 1890-1926, in: Reulecke, Jürgen, Adelheid Gräfin zu Castell Rüdenhausen (Hrsg.): Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksgesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart 1991 (Nassauer Gespräche der Freiherr-vom-Stein-Gesellschaft 3), S. 203-205; siehe auch Venzlaff, Ulrich: Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (Die sogenannten Unfallneurosen), Berlin u.a. 1958.

nahm das Interesse an dieser Form von psychischer Störung nach dem Ersten Weltkrieg rapide ab und es bedurfte erst des Zweiten Weltkrieges, um einen neuen Abschnitt der Erforschung der Auswirkungen von Traumata auf die menschliche Seele anzustoßen.

Die bisherige Darstellung der Anfänge der Geschichte des Traumas ist recht eindimensional, simplifiziert und knapp gehalten. Der Fokus wurde darauf gelegt zu beschreiben, wie die zunächst angenommene organische Ätiologie des Traumas immer weiter in den Hintergrund rückte. Hierdurch könnte leicht der Eindruck entstehen, es handele sich um eine mühelos rekonstruierbare, lineare Entwicklung. Doch dem ist mitnichten so. Wissenschaftliche Erkenntnisse, politische, soziale sowie kulturelle Einflüsse formten das Verständnis von Trauma gleichermaßen und wirkten auf verschiedenen Ebenen. Ansatzweise wurde im obigen Teil bereits versucht diese Verflechtung und wechselseitigen Einwirkungen zu verdeutlichen. So prägten beispielsweise das Aufkommen der Eisenbahn, die Unfallversicherung oder aber die Umstände des Ersten Weltkrieges die Perzeption des psychischen Traumas enorm. Um das historische Feld der Erforschung psychischer Traumata weiter abzustecken, soll nun der Schwerpunkt auf eine weitere, parallel vonstatten gegangene Entwicklung gelegt werden, die im obigen Teil bereits gestreift wurde, implizit vorausgesetzt wurde, der es jedoch einer genaueren Erläuterung bedarf: die Herausbildung psychologischen Denkens.

2.1.2. Psychologische Traumakonzepte

2.1.2.1. Charcots *hystérie traumatique*

In besonderer Weise ist die Erforschung von Traumata bereits in ihren Anfängen unausweichlich und untrennbar mit der Erforschung des Seelenlebens verknüpft. Denn seitdem angenommen wurde, dass sich Traumata durch Erschütterung auf die Wirbelsäule und das Gehirn auswirken, wurde gleichzeitig eine Verbindung zur Seele hergestellt, da das Nervensystem Mitte des 19. Jahrhunderts bereits als Sitz der Seele galt.¹¹³

¹¹³ vgl. Fischer-Homberger, Esther: Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden, Bern 1975, S. 102.

Der berühmte französische Neurologe Jean-Martin Charcot, zu dessen Schülern unter anderem Sigmund Freud und Pierre Janet gehörten, erforschte an der Salpêtrière in Paris Formen der *Hysterie*. Unter *Hysterie*, abgeleitet von dem griechischen Wort für Uterus („hystera“), wurde bis dato eine Krankheit verstanden, die ausschließlich Frauen betraf.¹¹⁴ Ursprünglich lag ihr die Idee zugrunde, dass die im weiblichen Körper umherirrende Gebärmutter für die verschiedenartigsten Symptome verantwortlich sei. Die Erscheinungsformen der *Hysterie* waren aber derart vielfältig – von Übelkeit, Kopfschmerzen, Anfällen, Krämpfen, Schwindelanfällen, Scheinschwangerschaften bis zum Verlust der Sensibilität, des Seh- beziehungsweise Hörvermögens, des Geruchsinns, Lähmungserscheinungen, Gangunsicherheit und vieles mehr – dass es in all den Jahrhunderten seit der Antike nicht gelang, ein abgrenzbares Bild der *Hysterie* zu zeichnen. Zudem konnten Symptome auf unerklärliche Weise sowohl plötzlich auftreten als auch schlagartig wieder verschwinden oder aber persistieren, ohne dass sich eine organische Störung finden ließ oder die Symptome anderweitig erklärbar waren. Ende des 19. Jahrhunderts verglich der Pariser Arzt Charles Ernest Lasègue die *Hysterie* mit einem Papierkorb, in den man einfach alles hineinwerfe, was man nicht erklären könne.¹¹⁵ Charcot hingegen versuchte die *Hysterie* mit medizinisch-naturwissenschaftlich Methoden zu erfassen, ihre Symptomatologie zu beschreiben und abzugrenzen, um so gewisse Gesetzmäßigkeiten dieser Störung ableiten zu können. So versuchte er zunächst epileptische Anfälle von pseudoepileptischen, hysterischen Anfällen zu unterscheiden. Insbesondere in der Zeit von 1878 bis 1893 widmete er sich einer anderen Form der *Hysterie*, die er als *hystérie traumatique* bezeichnete. Ihm fiel ein Symptomkomplex auf, der meist infolge von Unfällen oder geringfügigen Verletzungen auftrat und laut Charcot Ähnlichkeiten mit der *Hysterie* aufwies. Neuartig allerdings war auch, dass er dies überwiegend bei erwachsenen Männern aus dem Arbeitermilieu beobachtete und als einer der ersten davon

¹¹⁴ Zur Geschichte der *Hysterie* siehe Showalter, Elaine: *The Female Malady. Women, Madness, and English Culture, 1830-1980*, London 1987.

¹¹⁵ zit. n. Porot, Antoine: *Manuel Alphabetique de Psychiatrie*, Paris 1965, S.279, dies wiederum zit. n. Braun, Christina von: *Nicht ich. Logik-Lüge-Libido*, Frankfurt am Main 1985, S. 28.

ausgang und seine Lehre verbreitete, dass nicht nur Frauen, sondern auch Männer an *Hysterie* erkranken können.¹¹⁶ In der damaligen Zeit war es ein Skandal zu behaupten, dass auch Männer von jener Krankheit betroffen sein könnten, die zuvor über Jahrhunderte ausschließlich für Frauen reserviert war. Doch schien die Existenz einer männlichen Form von *Hysterie* allein schon dadurch unanfechtbar und legitimiert zu sein, dass sich Charcot, ein Arzt von internationaler Größe und Ansehen mit weit reichendem Einfluss, über eine beachtliche Zeitspanne von 15 Jahren mit ihr befasste und sie studierte.¹¹⁷ Gemäß der im Frankreich seiner Zeit verbreiteten Auffassung sah er in der vererbaren konstitutionellen Prädisposition beziehungsweise hereditären Degeneration die entscheidenden Faktoren, die die Empfänglichkeit für die *traumatische Hysterie* bedingten.¹¹⁸ Ein *agent provocateur* wirke nun im Sinne eines Triggers, der hysterische Symptome auslösen könne. Charcot beobachtete, dass diese Trigger allerdings in ihren Schweregraden äußerst unterschiedlich waren. So berichtete er von Fällen, bei denen Symptome infolge von schrecklichen Unfällen am Arbeitsplatz oder mit Verkehrsmitteln auftraten. Manchmal allerdings schien ein einfacher Schnitt in den Finger oder eine lediglich emotionale Erfahrung in diesem Sinne wirken zu können. Für Charcot war demnach das äußere Ereignis nicht entscheidend. Vielmehr bezeichnete er die subjektive, psychische Verarbeitung des Erlebten als Trauma, was natürlich von Individuum zu

¹¹⁶ Die Idee einer männlichen *Hysterie* war zwar bis dato nicht verbreitet, allerdings auch nicht vollkommen neu. Carolus Piso (1563-1633) und Thomas Willis (1622-1675) waren bereits der Ansicht, dass hysterische Symptome genauso oft bei Männern wie bei Frauen zu beobachten seien. Thomas Sydenham (1624-1689) entkam dem Dilemma, dass üblicherweise die Ursache der *Hysterie* im Zusammenhang mit dem Uterus gesehen wurde, indem er *Hysterie* als Krankheit der Frauen betrachtete und Hypochondrie als das Pendant der *Hysterie* ansah, an der das männliche Geschlecht erkranken könne. Charcot hingegen war hauptsächlich durch Pierre Briquet (1796-1881) beeinflusst, der die *Hysterie* systematisch untersuchte und ebenso der Meinung war, dass es eine männliche Form der *Hysterie* gebe. Siehe hierzu: Libbrecht, Katrien, Julien Quackelbeen: On the History of Male Hysteria and Psychic Trauma. Charcot's Influence of Freudian Thought, in: Journal of the History of Behavioral Sciences 31 (1995), S. 370–384; auch William Cullen, der den Begriff der Neurose prägte, vertrat im 18. Jahrhundert die Ansicht, dass *Hysterie* gelegentlich und in abgeschwächter Form auch bei Männern vorkomme. Vgl. Schott, Heinz, Rainer Tölle: Geschichte der Psychiatrie. Krankheiten, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006, S. 358.

¹¹⁷ vgl. Micale, Mark S.: Jean-Martin Charcot and les nevroses traumatiques: From Medicine to Culture in French Trauma Theory of the Late Nineteenth Century, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001, S. 133.

¹¹⁸ zur Geschichte Degenerationslehre in Frankreich, Italien und England siehe Pick, Daniel: Faces of Degeneration. A European Disorder, c.1848–c.1918, Cambridge 1993.

Individuum deutlich variieren konnte.¹¹⁹ Die Plötzlichkeit, mit der ein Ereignis eintrat, sowie die dabei erlebte Angst spielten laut Charcot eine ebenso wichtige Rolle. Auch fiel ihm einerseits auf, dass die Symptome häufig erst nach einer gewissen Latenzperiode einsetzten. Manchmal lagen zwischen dem als traumatisch erlebten Ereignis und dem Auftreten von Symptomen bis zu sechs Monate. Andererseits konnte er beobachten, dass das als traumatisch erlebte Ereignis oft mit einer teilweisen oder vollständigen Amnesie einherging, also dass sich Patienten nicht immer an die jeweiligen Begleitumstände des Ereignisses erinnern konnten. Keinen Zusammenhang sah Charcot zu sexuellen Faktoren als Auslöser weder bei Männern noch bei Frauen, obgleich die *Hysterie* zuvor meist in irgendeiner Weise mit Sexualität verknüpft wurde. Allerdings griffen Charcots Schüler diese Thematik in ihren Arbeiten wieder auf.¹²⁰

Sigmund Freud, Charcots wohl berühmtester Schüler, verbrachte 1885 ein paar Monate an der Salpêtrière. Stark beeinflusst und beeindruckt durch Charcot und seine Arbeit entwickelte Freud eine neue Herangehensweise an die *Hysterie*.¹²¹ Das Innovative an Freuds Konzept war, dass er die Pathogenese der *Hysterie* vollkommen psychologisierte. Nicht hereditäre Degeneration wie bei Charcot oder eine organische Läsion wie bei Erichsen seien ursächlich, so Freud. Stattdessen seien unterdrückte Emotionen, Vorstellungen und Wünsche die Basis der *Hysterie*, während die Symptome nicht willkürlich und variabel seien, sondern komplexe Symbolisierungen dieser verdrängten, unbewussten psychischen Vorgänge darstellten. Durch Analyse ließe sich dieser psychische Prozess aufdecken und ins Bewusstsein bringen, was zu einer Auflösung der Symptome führe. Die an Anna O. entwickelte und erfolgreiche *talking cure* schien demnach den psychischen

¹¹⁹ vgl. Micale, Mark S.: Jean-Martin Charcot and les nevroses traumatiques: From Medicine to Culture in French Trauma Theory of the Late Nineteenth Century, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001, S. 127.

¹²⁰ vgl. Micale, Mark S.: Hysterical Men. The Hidden History of Male Nervousness, Cambridge London 2008, S. 143 ff.

¹²¹ Für eine Übersicht über den Einfluss, den Charcots Arbeit und Person auf Freud hatten, siehe Libbrecht, Katrien, Julien Quackelbeen: On the History of Male Hysteria and Psychic Trauma. Charcot's Influence of Freudian Thought, in: Journal of the History of Behavioral Sciences 31 (1995), S. 370–384 und Micale, Mark S.: Hysterical Men. The Hidden History of Male Nervousness, Cambridge London 2008.

Ursprung der Symptome zu bestätigen. Das Trauma spiele, laut Freud, in der Biographie seiner Patienten durchaus eine wichtige Rolle. Doch im Rahmen seiner beruflichen Laufbahn und intellektuellen Weiterentwicklung veränderte sich für Freud die Bedeutung des Traumas, und es bekam für ihn im Rahmen der Pathogenese eine andere Gewichtung. Das Trauma, ursprünglich als objektives, äußeres Ereignis betrachtet, verlor bei Freud diese Bedeutung und wurde ebenfalls in die Psyche verlagert, im Sinne eines traumatischen *Erlebnisses*. Auf der anderen Seite sah sich auch Freud während des Ersten Weltkrieges mit dem Phänomen der *Kriegshysterie* konfrontiert, was ihn dazu bewegte, sein bis dahin entstandenes psychodynamisches Konzept zu überprüfen und zu erweitern.

2.1.2.2. Freuds „Verführungstheorie“ und der „Todestrieb“

1896 hielt Freud den Vortrag „Zur Ätiologie der Hysterie“, indem er die so genannte *Verführungstheorie* vorstellte.¹²² Dieser Theorie zufolge sah Freud im frühen sexuellen Missbrauch von Kindern – der „Verführung“ von Kindern – die Ursache für die spätere Entstehung von hysterischen, zwangsneurotischen oder paranoiden Symptomen. Doch dieses Ereignis wirke nicht per se krankmachend. Das eigentlich pathogenetische Moment liege in der Verdrängung des Geschehens ins Unbewusste. Erst Jahre später, beispielsweise in der Pubertät, könnten diese verdrängten Erinnerungen durch ein zufälliges Ereignis wieder ins Bewusstsein gelangen. Aufgrund der fortgeschrittenen psychosexuellen Entwicklung – im Gegensatz zu späteren Theorien ging Freud hier noch davon aus, dass der Sexualtrieb bei Kindern noch nicht ausgebildet sei – könne nun das volle Ausmaß der sexuellen Übergriffe erst verstanden werden und bekäme eine neue Bedeutung, die wesentlich stärker affektiv besetzt sei. So wirke das Ereignis erst „nachträglich“ als Trauma.¹²³ Hierdurch erst käme es zum Ausbruch einer Neurose. Freuds Konzept zufolge standen demnach Trauma und Krankheit eben *nicht* in einem einfachen Kausalzusammenhang, sondern das Trauma

¹²² Freud, Sigmund: Zur Ätiologie der Hysterie, in: Freud, Anna et al. (Hrsg): Gesammelte Werke I. Werke aus den Jahren 1892-1899, London 1952, S. 425–459.

¹²³ vgl. Sulloway, Frank J.: Freud, Biologie der Seele. Jenseits psychoanalytischer Legende, übers. v. Hans-Horst Henschen, Köln-Lövenich 1982, S. 167 ff.

wurde als ein Teil des komplexen psychodynamischen Geschehens angesehen. Doch mit der Zeit musste Freud feststellen, dass bei vielen seiner Patienten gar kein sexueller Missbrauch vorlag oder aber dass es sich bei den Schilderungen der Patienten um „Erinnerungstäuschungen“ handelte.¹²⁴ Diese Täuschungen erklärte sich Freud folgendermaßen: Menschen seien durch unbewusste Triebe, Wünsche und Vorstellungen geleitet. Hier ging er bereits davon aus, dass auch Kinder schon libidinöse Wünsche hegten, und schrieb auch ihnen sexuelle Triebe zu. Würden diese allerdings abgewehrt, könne es zu „Erinnerungstäuschungen“ kommen, indem sich der Wunsch beispielsweise in einem vermeintlich stattgehabten, erinnerten Ereignis manifestiere. Da es für die Entstehung von Neurosen nicht wesentlich zu sein schien, ob es sich um eine reale Erinnerung handelte oder nicht, legte Freud seinen Schwerpunkt stärker auf den Abwehrmechanismus als entscheidendes Kriterium für die Entstehung von neurotischen Störungen. Könnten eigene libidinöse Wünsche nicht angenommen werden und würden sie infolgedessen durch Verdrängung abgewehrt, so sei eben dieser innerpsychische Komplex pathogenetisch wirksam. Ob dieser Prozess nun durch ein äußeres Ereignis, wie beispielsweise sexueller Missbrauch, oder aber rein aus einer inneren Dynamik heraus in Gang gesetzt werde, sei im Bezug auf die Neurosenentstehung unwesentlich. Fischer-Homberger bezeichnet dies als die „Psychologisierung des Traumas und damit seine Auflösung als ätiologischer Faktor.“¹²⁵ Zu dieser Umgewichtung der einzelnen Einflussfaktoren – auch als „Aufgabe der Verführungstheorie“ bezeichnet, da die Rolle des realen Missbrauchs in den Hintergrund tritt – lässt sich mittlerweile eine Unmenge an kritischer, wissenschaftlicher sowie pseudowissenschaftlicher Literatur finden. Im Hauptteil dieser Arbeit wird die Debatte um die „Aufgabe der Verführungstheorie“, die in Deutschland hauptsächlich in den 1980er Jahren geführt wurde, noch im Fokus stehen und genauer beleuchtet werden.

¹²⁴ Freud, Sigmund: Meine Ansichten über die Rolle der Sexualität in der Ätiologie der Neurosen, in: Freud, Anna et al. (Hrsg.): Gesammelte Werke V. Werke aus den Jahren 1904-1905, London 1949, S. 153.

¹²⁵ vgl. Fischer-Homberger, Esther: Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden, Bern 1975, S. 79.

Doch anlässlich des Ersten Weltkrieges und den vielen Kriegszitterern (mit denen Freud allerdings nicht routinemäßig arbeitete) sah auch Freud sich gezwungen, seine Theorie der Neurosenentstehung zu überdenken. Gerade die für die Kriegszitterer so charakteristischen Alpträume, in denen die schrecklichen Erlebnisse ständig wiederholt und wieder erlebt wurden, gaben Freud Anstoß, seine bisherige Theorie kritisch zu betrachten. Laut Freuds Traumdeutungstheorie dienen Träume als Raum, in dem sich unbewusste Wünsche und Triebe offenbaren. Schwerlich jedoch ließ sich diesen Alpträumen ein Lustgewinn zuschreiben, insofern als dass hier libidinöse Wünsche oder sexuelle Triebe zum Vorschein kämen.¹²⁶ Dies führte Freud zu der Annahme, dass eine weitere Kraft wirksam sein müsse. In „Jenseits des Lustprinzips“ (1920) führte Freud den Todestrieb ein, der entgegengesetzt dem Lust bringenden Trieb wirke.¹²⁷ Dieser diene unter anderem dazu, das Individuum um jeden Preis – und sei es die Selbstausslöschung – vor schädlichen Einflüssen zu schützen. Die Alpträume könnten als ein letzter verzweifelter Versuch gewertet werden, überwältigende traumatische Erlebnisse zu verarbeiten.¹²⁸ In diesem Zusammenhang entwickelte Freud eine weitere Theorie zur Entstehung von Neurosen, nämlich solchen, die durch äußere Gewaltereignisse hervorgerufen werden könnten. Er ging hier von einer „Reizschutz-Durchbrechungstheorie“ aus. Demnach verstand Freud in dieser Beziehung das Trauma als „ein Erlebnis, welches dem Seelenleben innerhalb kurzer Zeit einen so starken Reizzuwachs bringt, daß die Erledigung oder Aufarbeitung desselben in normal gewohnter Weise mißglückt, woraus dauernde Störungen im Energiebetrieb resultieren müssen.“¹²⁹ In diesem Fall entstünde eine Neurose genau dann, wenn Versuche scheiterten, drohende traumatische Zustände zu verhindern und es zu einem „Durchbruch der Reizschranke“ käme. Letztlich hielt Freud aber an

¹²⁶ vgl. Leys, Ruth: Trauma. A Genealogy, Chicago 2000, S. 23.

¹²⁷ siehe Freud, Sigmund: Jenseits des Lustprinzips, in: Freud Anna et al. (Hrsg.): Gesammelte Werke XIII. Jenseits des Lustprinzips/ Massenpsychologie und Ich-Analyse/ Das Ich und das Es, London 1955, S. 1–69.

¹²⁸ Kudler, Harold: Art. „Freud, Sigmund“, in: Reyes, Gilbert, John D. Elhai, Julian D. Ford (Hrsg.): The Encyclopedia of Psychological Trauma, Hoboken, New Jersey 2008, S. 285–286.

¹²⁹ Freud, Sigmund: XVIII. Vorlesung. Die Fixierung an das Trauma, das Unbewusste, in: Freud, Anna et al. (Hrsg.): Gesammelte Werke XI. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, London 1948, S. 284.

seinem Konzept fest, dass es sich bei der Neurosenentstehung um ein komplexes, psychodynamisches Geschehen handele, bei dem sowohl äußere Ereignisse als auch innere Konflikte als pathogenetische Faktoren wirksam werden könnten. Dem Franzosen Pierre Janet, ebenfalls ein Schüler von Charcot, dem Ungarn Sándor Ferenczi, langjähriger Freund von Freud, und dem Amerikaner Abram Kardiner, ein Schüler Freuds, war gemeinsam, dass ihre Ideen und Konzepte zur Trauma-Thematik zu Lebzeiten zwar in einem gewissen Maße bekannt waren, aber zunächst relativ unbedeutend blieben und in der Folgezeit nahezu vergessen wurden. Erst Ende des 20. Jahrhunderts wurden ihre Theorien wiederentdeckt. In vielen ihrer Ansätze werden in der Retrospektive Grundpfeiler der heute existierenden Krankheits- und Therapiekonzepte wie beispielsweise der PTSD oder der Multiplen Persönlichkeitsstörung beziehungsweise Dissoziativen Störungen gesehen.

2.1.2.3. Janet über Trauma und Dissoziation

Pierre Janet studierte und arbeitete in den frühen 1890ern an der Salpêtrière bei Charcot. So wie Charcot ging auch Janet von einer psychischen Genese der *Hysterie* aus und glaubte weder, dass sie einer rein organischen Ursache entspringe, noch dass Symptome simuliert seien.¹³⁰ Mittels Hypnose und Suggestion untersuchte und beschrieb er an seinen meist weiblichen Patienten ein Phänomen, bei dem seiner Theorie nach Teile der Persönlichkeit abgespalten werden und welches ihm zufolge den Kern der *Hysterie* darstellt.¹³¹ Seinem Konzept nach resultieren hysterische Symptome aus einer Unfähigkeit heraus, traumatische Erlebnisse – meist handele es sich bei seinen Patientinnen um Opfer von sexuellem Missbrauch, Vergewaltigung oder Inzest – in die Persönlichkeit zu integrieren.¹³² Aufgrund des Unvermögens, Erinnerungen an das traumatische Erlebnis in die Persönlichkeit zu integrieren, würden diese abgespalten. Erlebt werden könne dieser abgetrennte Teil lediglich in affektiven Zuständen oder er äußere sich

¹³⁰ vgl. Ellenberger, Henri F.: *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, London, New York 1970, S. 375.

¹³¹ vgl. Van der Hart, Onno, Barbara Friedman: *A Reader's Guide to Pierre Janet on Dissociation: A Neglected Intellectual Heritage*, in: *Dissociation 2* (1989), S. 3.

¹³² vgl. Van der Hart, Onno et al.: *Pierre Janet's Treatment of Post-Traumatic-Stress*, in: *Journal of Traumatic Stress 2* (1989), S. 380.

auf sensomotorische Weise. In einer entsprechenden Therapie sollte es darum gehen, die abgespaltenen traumatischen Erinnerungen zu transformieren, ihre Bedeutung für die eigene Geschichte zu eruieren und einen Weg zu finden, sie in die eigene Biographie zu integrieren.¹³³ Doch mit der Ablösung der Hypnose, deren Technik sich Janet hauptsächlich bediente, durch die Psychoanalyse verringerte sich auch der Einfluss seiner Thesen. Zudem begründete er weder eine Schule oder ideologische Bewegung noch hatte er Schüler, die seine Lehre weiter verbreitet hätten.¹³⁴ Der Nachwelt erhalten blieben seine Werke, zu deren wichtigsten „L'Automatisme psychologique“ (1889) und „État mental hystérique“ (1893) gehören. Lange Zeit vergessen und nicht beachtet stellt Janets Arbeit heute wieder einen wichtigen Ansatzpunkt in der Psychotraumatologie und in der Behandlung dissoziativer Störungen dar.

2.1.2.4. Ferenczis Theorie der „Identifikation mit dem Aggressor“

Sándor Ferenczi, ein ungarischer Neurologe und Psychoanalytiker, war unter anderem Begründer der *International Society for Psychoanalysis* und einer der engsten Freunde Freuds für über 20 Jahre. Während des Ersten Weltkrieges behandelte er zahlreiche Soldaten und kam ähnlich wie Janet zu der Erkenntnis, dass es durch das Angst- und Schockerlebnis zu einer Spaltung beziehungsweise Desintegration des Traumas in der Persönlichkeit komme.¹³⁵ Demnach bedeute die Spaltung, dass das Trauma einerseits emotional und subjektiv erlebt werden könne, ohne dass es auf andere Weise erfasst werden könne. Andererseits bestehe ein intellektuelles, objektives Verständnis des Traumas, was jedoch von jeglichen Gefühlen abgekoppelt sei.¹³⁶ Bei seinen zivilen Patienten interessierten ihn vorwiegend die Auswirkungen von Misshandlung oder sexuellem Missbrauch auf Kinder und er betrachtete die Folgen dieser traumatischen Ereignisse als Grundlage für die Entwicklung psychischer Störungen. Bekannt ist er heute insbesondere für

¹³³ vgl. Brown, Paul: Pierre Janet: Alienist Reintegrated, in: *Current Opinion in Psychiatry* 4 (1991), S. 392.

¹³⁴ vgl. Kluft, Richard P.: *Homage à Janet*, in: *Dissociation* 2 (1989), S. 1.

¹³⁵ vgl. Rachman, Arnold Wm.: *Sándor Ferenczi: The Psychotherapist of Tenderness and Passion*, Northvale, London 1997, S. 342.

¹³⁶ vgl. Leys, Ruth: *Trauma. A Genealogy*, Chicago 2000, S. 131.

seine Theorie der „Identifikation mit dem Aggressor“. Da das Kind (es missbrauchenden) Erwachsenen hilflos ausgeliefert sei, nütze jeglicher Widerstand von Seiten des Kindes nichts. Stattdessen identifiziere sich das Kind in Teilen mit der es bedrohenden Person und introjiziere gleichzeitig dessen Emotionen und Werte. Diese Identifikation und Introjektion könne zum einen bedeuten, dass Gefühle des Ausgeliefertseins minimiert werden. Zum anderen ließen sich beispielsweise Schuldgefühle des Kindes dadurch erklären, dass diese eigentlich die Schuldgefühle der missbrauchenden Person seien, die sich nun durch Introjektion im Kind äußerten.¹³⁷ Im Gegensatz zur psychoanalytischen Praxis, bei der sich der Therapeut als Person komplett aus dem therapeutischen Prozess herausnehmen sollte, hielt Ferenczi für die Behandlung dieser Patienten eine empathische und vertrauensvolle Basis für absolut entscheidend.¹³⁸ Als er seine Ideen 1932 in einem Vortrag mit dem Titel „Die Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind“¹³⁹ auf dem 12. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Wiesbaden darlegte, fand sein Konzept jedoch keine Zustimmung. Erst siebzehn Jahre später sollte sein Vortrag einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.¹⁴⁰ Sein anderes, heute bedeutendes Werk „Clinical Diary“ sollte erst ein halbes Jahrhundert später, 1988, veröffentlicht werden. Es wurde zunächst durch seine Kollegen zurückgehalten, da es zu revisionistisch und reaktionär sei.¹⁴¹ Mit der Auseinandersetzung um die Folgen von Kindesmisshandlung, die in den 1960er Jahren verstärkt einsetzte, nahm auch das Interesse an Ferenczis

¹³⁷ vgl. Ferenczi, Sándor: Confusion of Tongues between the Adult and the Child. The Language of Tenderness and of Passion, in: The International Journal of Psychoanalysis 30 (1949), S. 228.

¹³⁸ vgl. Rachman, Arnold Wm.: Confusion of the Tongues: The Ferenczian Metaphor for Childhood Seduction and Emotional Trauma, in: Journal of The American Psychoanalysis 17 (1989), S. 189ff.

¹³⁹ der ursprüngliche Titel des angekündigten Vortrages lautete: „Die Leidenschaften der Erwachsenen und deren Einfluß auf Charakter und Sexualentwicklung der Kinder.“

¹⁴⁰ sein Vortrag wurde erstmal 1933 auf deutsch gedruckt. Siehe Ferenczi, Sándor: Die Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind. Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft, in: Zeitschrift 19 (1933), S. 5-15. Erst 1949 wurde dieser Aufsatz auch im „International Journal of Psychoanalysis“ veröffentlicht. Siehe Ferenczi, Sándor: Confusion of Tongues between the Adult and the Child. The Language of Tenderness and of Passion, in: The International Journal of Psychoanalysis 30 (1949), S. 225-230.

¹⁴¹ vgl. Leys, Ruth: Trauma. A Genealogy, Chicago 2000, S. 122.

Überlieferungen zu und er wurde als „crusader for the recognition of child abuse and trauma“ bezeichnet.¹⁴²

2.1.2.5. Kardiner - Trauma als Reaktion

Der amerikanische Psychoanalytiker Abram Kardiner, der nach einer kurzen Psychoanalyse bei Freud Anfang der 1920er Jahre wieder nach New York zurückkehrte, beschäftigte sich am dortigen *Veteran's Hospital* in den Jahren 1922 bis 1925 eingehend mit den noch vom Ersten Weltkrieg traumatisierten Soldaten. Doch nach 1918 interessierte sich in den USA – wie auch in Europa – kaum jemand mehr für die Thematik der Kriegsneurosen. Kurz vor dem Eintritt der Amerikaner in den Zweiten Weltkrieg aber veröffentlichte Kardiner 1941 mithilfe einer privaten Stiftung die Monographie „The Traumatic Neuroses of War“, was in den USA die erste systematische Erfassung und Beschreibung der Symptomatologie und einer Psychodynamik der Kriegsneurosen darstellte.¹⁴³ Er unterteilte die Neurosen in akute und chronische Phasen und beobachtete als Charakteristikum der traumatischen Neurosen eine andauernd veränderte Erregbarkeit, physiologisch im Sinne einer verringerten Reizschwelle, psychologisch als eine Alarmbereitschaft für Schreckreaktionen, plötzliche aggressive Ausbrüche, Inhibitionen beispielsweise in Gestalt von Interessenverlust oder Müdigkeit sowie charakteristischen Träumen.¹⁴⁴ Im Gegensatz zu Freud, der Abwehrmechanismen, also innerpsychische Konflikte, für die Entstehung von Neurosen verantwortlich machte, hätten traumatische Erlebnisse laut Kardiner eine permanent veränderte Fähigkeit zur Adaption an die Umwelt zur Folge,

¹⁴² Aron, Lewis, Adrienne Harris: Sándor Ferenczi. Discovery and Rediscovery, in: dies. (Hrsg.): The Legacy of Sándor Ferenczi, Hillsdale, London 1993, S. 1.

¹⁴³ vgl. Young, Allan: Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder, Princeton 1995, S. 89.

¹⁴⁴ vgl. Kardiner, Abram: The Traumatic Neuroses of War, Washington D. C. 1941, S. 86 -100; Doch war eine solche systematische Auflistung von Symptomen für die damaligen amerikanischen Psychiater recht uninteressant. Zwar fehlte es an einer standardisierten Klassifikation psychischer Störungen, was als Problem erkannt und versucht wurde zu beheben. Doch ging man davon aus, dass die den psychischen Störungen zugrunde liegende Psychodynamik konstant bliebe, während reaktive Symptome vielgestaltig und variabel seien, je nach individuellen Besonderheit und Geschichte des jeweiligen Patienten. Vgl. Young, Allan: Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder, Princeton 1995, S. 93.

also im Sinne einer *Reaktion* des Individuums auf seine Umwelt.¹⁴⁵ Ihm nach sei ein Trauma per definitionem eine abrupte Veränderung der Umwelt, die aufgrund individueller Ressourcen nicht bewältigt werden könne und als Kontrollverlust erlebt würde. Die Neurose sei als Resultat eines persistierenden und unerbittlichen Kampfes zu sehen, den alten Zustand wieder herzustellen.¹⁴⁶ Während des Zweiten Weltkrieges erprobten Kardiner und Kollegen wie Herbert Spiegel und Roy Grinker neue Behandlungsstrategien.¹⁴⁷ Im Fokus stand der Versuch, das Trauma durch Katharsis in der Hypnose oder in der „Narkosynthese“ zu bewältigen, was allein allerdings nicht ausreichte, sondern in einem anschließenden Gespräch durchgearbeitet werden musste, sowie der Einsatz von Barbituraten als medikamentöse Behandlung.¹⁴⁸ Doch auch nach dem Zweiten Weltkrieg schwand das Interesse an ihren Forschungsergebnissen über Auswirkungen von Traumata rapide. Erst im Rahmen der Konzeptualisierung der PTSD in den frühen 80er Jahren wurden Kardiners Erfahrungen und Ergebnisse wieder herangezogen und nachträglich als Meilenstein in der Erforschung posttraumatischer Zustände deklariert.¹⁴⁹

¹⁴⁵ siehe Trimble, Michael R.: Post-Traumatic Neurosis. From railway Spine to the Whiplash, Chichester u.a. 1981, S. 51.

¹⁴⁶ vgl. Kardiner, Abram: The Traumatic Neuroses of War, Washington D. C. 1941, S. 199, siehe hierzu auch Young, Allan: Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder, Princeton 1995, S. 89–93; zum Einfluss von Ferenczis Ideen auf Kardiner siehe Leys, Ruth: Trauma. A Genealogy, Chicago 2000, S. 120–153.

¹⁴⁷ siehe Grinker, Roy R., Herbert Spiegel: War Neuroses, Philadelphia 1945 und Kardiner, Abram, Herbert Spiegel: War, Stress and Neurotic Illness, New York 1947.

¹⁴⁸ vgl. Sachsse, Ulrich, Ulrich Venzlaff, Birger Dulz: 100 Jahre Traumaätiologie, in: Kruse, Gunther, Stefan Gunkel (Hrsg.): Trauma und Konflikt. Zugangswege einer traumaorientierten Psychotherapie, Hannover 1999 (Impulse für die Psychotherapie 4), S. 35.

¹⁴⁹ siehe beispielsweise van der Kolk, Bessel A., Alexander C. McFarlane, Lars Weisaeth (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze – Theorie, Praxis und Forschungen zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie, Paderborn 2000, S. 81 oder Herman, Judith L.: Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror, New York 1992, S. 23–26.

2.2. Traumakonzepte der Nachkriegszeit (1945 – 1980)

2.2.1. Psychische Störungen infolge des 2. Weltkrieges bei Soldaten und Zivilbevölkerung?

Man könnte vermuten, dass das wissenschaftliche Interesse an der Erforschung psychischer Störungen infolge schwerwiegender Belastungen während des Zweiten Weltkrieges bedeutend zugenommen hätte. Doch das Gegenteil ist der Fall. In der deutschsprachigen Literatur lässt sich hierzu nur spärlich Material finden.¹⁵⁰ Besonders erstaunlich ist aber, dass sich scheinbar niemand mehr für die Kriegsneurosen zu interessieren schien – offenbar hat es das Phänomen der Kriegszitterer während des Zweiten Weltkrieges unter deutschen Soldaten so gut wie nicht mehr gegeben.¹⁵¹ Wie aber ließ sich das erklären? Karl Bonhoeffer, auf dessen Arbeit unter anderem die Grundsatzentscheidung des Reichsversicherungsamtes von 1926 zurückging,¹⁵² erklärte das Phänomen 1947 in seinem Aufsatz „Vergleichende psychopathologische Erfahrungen aus den beiden Weltkriegen“ in der Zeitschrift *Nervenarzt* wie folgt:

„Nach dem Kriege 1914/18 war im Bilde der Öffentlichkeit eines sehr auffällig, was heute nicht mehr zu sehen ist: Es waren das die Zitterer und Schüttler...Sie...verloren sich erst...mit zunehmender Erkenntnis der Ärzte und des Publikums, daß es sich dabei um eine unechte Krankheitsdemonstration handelte. Diese Erkenntnis ist wohl auch der Grund, daß die hysterischen Reaktionen sich in dem neuen Krieg nicht mehr in diesem auffälligen Gewande zeigten...Es mag hinzukommen, daß die Zivilbevölkerung, die selbst so viel an

¹⁵⁰ Vgl. Kloocke, Ruth, Heinz-Peter Schmiedebach, Stefan Priebe: Psychische Ereignisse – organische Interpretationen: Traumakonzepte in der deutschen Psychiatrie seit 1889, in: *Gesnerus* 67 (2010), S. 81 ff.; Im Ausland hingegen waren die oben bereits erläuterte Arbeit von Kardiner in den USA zusammen mit Herbert Spiegel von Einfluss, sowie die Ergebnisse der Zusammenarbeit von Spiegel und Roy Grinker. Desweiteren sind die beiden Psychiater, der Amerikaner Walter Menninger und der Brite Wilfred Bion, zu nennen, die Kampfeinheiten untersuchten und im Gruppenzusammenhalt von Soldaten protektive Faktoren sahen und aus diesen Erfahrungen heraus die Gruppenpsychotherapie entwickelten, siehe Main, Tom: „The ailment“ and other psychoanalytic essays, London 1989.

¹⁵¹ vgl. beispielsweise Baeyer, Walter Ritter von, Heinz Häfner, Karl Peter Kisker: *Die Psychiatrie der Verfolgten*, Berlin u.a. 1964, S. 65; vgl. Bonhoeffer, Karl: *Vergleichende psychopathologische Erfahrungen aus den beiden Weltkriegen*, in: *Der Nervenarzt* 1 (1947), S. 1–4; vgl. Venzlaff, Ulrich: *Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (die sogenannten Unfallneurosen)*, Berlin 1958, S. 67 ff.

¹⁵² vgl. Pross, Christian: *Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer*, Frankfurt am Main 1988, S. 152.

Bombenangriffen erlebt hat, einen richtigeren Maßstab für die Wirkung erschütternder Erlebnisse bekommen hat und in ihrer Mitleidsbereitschaft sparsamer geworden ist.“¹⁵³

Die Symptomatologie, so die vielfach gemachte Beobachtung, habe sich während des Zweiten Weltkrieges unter deutschen Soldaten verschoben. Walter Ritter von Baeyer, Direktor der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik Heidelberg, berichtete über die seiner Meinung nach eindrucksvollen und überraschenden Unterschiede bezüglich des Auftretens „chronischer, das traumatische Geschehen überdauernder Reaktionen“. Er war der Ansicht, dass während des Zweiten Weltkrieges bei den deutschen Truppen ein „Formwandel“ stattgefunden habe „...von den demonstrativen Hysterismen zu den stillen, blanden, undemonstrativen Bildern matten Versagens, hypochondrischer Beschwerden...“.¹⁵⁴ Bonhoeffer sprach in diesem Zusammenhang von „unscheinbareren und schwerer nachweisbaren Krankheitsbildern...wie chronische Magen-Darm-Leiden, Nervenschmerzen, Rheumatismus, Taubheit und Stummheit“¹⁵⁵, die statt des Zitterns in Erscheinung getreten seien. Auch Ulrich Venzlaff erinnerte sich an ganze „Magenkompanien“, denen all diejenigen Soldaten zugeteilt worden seien, die über unerklärliche Magen-Darm-Beschwerden klagten.¹⁵⁶ Ein Faktum allerdings weist darüber hinaus eine ganz andere Erklärung für die plötzliche Abwesenheit des Phänomens der Kriegszitterer hin und der spärlichen Auslese an Literatur zu Kriegsneurosen im Zweiten Weltkrieg: 1944 wurden von der Wehrmacht die Diagnosen „Kriegsneurose“ beziehungsweise „Kriegshysterie“ schlichtweg verboten, da Psychiater eine neue Epidemie befürchteten und diese abwenden wollten. Schlimmer noch: Blieb die Behandlungsmethode für diejenigen Soldaten mit „abnormen seelischen Reaktionen“ wirkungslos – es handelte sich um eine schmerzhaft galvanische Elektroschocktherapie, die unter „Pansen“ bekannt wurde – und

¹⁵³ Bonhoeffer, Karl: Vergleichende psychopathologische Erfahrungen aus den beiden Weltkriegen, in: Der Nervenarzt 1 (1947), S. 4.

¹⁵⁴ Baeyer, Walter Ritter von, Heinz Häfner, Karl Peter Kisker: Die Psychiatrie der Verfolgten, Berlin u.a. 1964, S. 25.

¹⁵⁵ ebd.

¹⁵⁶ In der Annahme, dass die Beschwerden auf körperlichen Ursachen beruhen und ihren Ursache in schlechter Nahrung haben, sei diesen Kompanien etwas hochwertigere Verpflegung, soweit verfügbar, zugeteilt worden. Vgl. Interview am 20.04.2010 mit Prof. Venzlaff.

persistierten ihre Symptome, liefen sie Gefahr, Opfer der T4-Aktion zu werden und in Anstalten oder Konzentrationslager abgeschoben zu werden.¹⁵⁷

Das „Pansen“, die Elektroschockbehandlung, ging auf den deutschen Psychiater Friedrich Panse zurück.¹⁵⁸ Bereits in seinen früheren Untersuchungen an der Nervenklinik der Charité unter Karl Bonhoeffer beschäftigte er sich mit den Störungen von Renten- und Kriegsneurotikern und belegte in einer Studie aus dem Jahr 1925, dass sich neurotische Beschwerden nach Ablehnung von Entschädigungsanträgen wieder zurückbildeten.¹⁵⁹ Eine der wenigen Studien in Deutschland, die während der Kriegs- beziehungsweise unmittelbaren Nachkriegszeit mit dem Anliegen durchgeführt wurde, die Auswirkungen des Krieges auf die menschliche Psyche zu eruieren, geht ebenfalls auf Panse zurück und erschien 1952 unter dem Titel „Schreck und Angst“. Hierin untersuchte er anhand von Erlebnisberichten aus dem Luftkrieg den Einfluss des Luftbombardements auf die Psyche der zivilen Bevölkerung. Panse kam zu dem Ergebnis, dass es erhebliche Unterschiede in den Reaktionsweisen auf anhaltende Lebensbedrohung gab, der die Menschen wehrlos und passiv in Luftschutzbunkern ausharrend ausgesetzt waren. Die Variationsbreite der beschriebenen Reaktionen erstreckte sich von kardialen, vasomotorischen und vegetativen Erscheinungen sowie Tremor, Tonusverlust, Bewusstseins- und Wahrnehmungseinengungen, Suggestibilität, einem veränderten Zeitempfinden, Sensibilisierung gegenüber auslösenden Reizen, starken Emotionsregungen wie Apathie oder gar Euphorie bis hin zur Panik. Doch zeigten sich laut Panse überwiegend leichte Beeinträchtigungen, die schnell

¹⁵⁷ vgl. Lamott, Franziska, Günter Lempa: Zwischen Klinik und Politik. Die Wiederentdeckung des Kriegstraumas in Deutschland, in: *Psychotherapeut* 54 (2009), S. 290. Siehe hierzu auch Faulstich, Heinz: *Hungersterben in der Psychiatrie, 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie*, Freiburg i.Br. 1998, S. 25–68.

¹⁵⁸ Eine zweifelhafte Rolle kam Panse während des Dritten Reiches zu. Ganz offenkundig war er als Gutachter an der T-4-Aktion beteiligt - nachweislich sind 15 Personen aufgrund seiner Gutachten in Tötungsanstalten verlegt worden. Nach dem Krieg rechtfertigte er sein Verhalten und wies Verantwortung von sich, indem er behauptete, dass nur diejenigen den Kranken wirklich hätten helfen können, die auch von der Aktion gewusst haben. Vom Gericht letztlich freigesprochen, wurde er beruflich rehabilitiert. Siehe hierzu Forsbach, Ralf: *Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn im „Dritten Reich“*, München 2006, S. 213–216; S. 643–645.

¹⁵⁹ siehe Panse, Friedrich: *Das Schicksal von Renten- und Kriegsneurotikern in seiner Abhängigkeit von Begutachtung und Umwelteinflüssen*, in: *Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 41 (1925), S. 684–685.

wieder abklingen. Die Bevölkerung schien erstaunlich resistent gegenüber dieser über Jahre fortdauernden Bedrohung und Gewalteinwirkung zu sein. Er kam zu dem Schluss, dass „das psychische Erleben somatische, also organische Vorgänge aktiviert, aber [...] diese störenden Folgen nur vorübergehend und grundsätzlich reversibel sind und keine Dauererscheinungen hinterlassen.“¹⁶⁰ Lediglich bei „konstitutionell Disponierten“ führe die „erregende äußere Situation zu einer innerpsychischen Katastrophe.“¹⁶¹

Mit dieser These befand sich Panse im Einklang mit der „herrschenden Lehre“ über die Auswirkungen von äußeren Belastungen auf die menschliche Psyche, die sowohl von deutschen Psychiatern als auch ihren Kollegen im europäischen Ausland vertreten wurde. Demnach waren Experten der Meinung, dass schwere Belastungen prinzipiell zwar zu kurzfristigen psychischen Beeinträchtigungen und Symptomen führen können. Diese seien aber in jedem Fall reversibel und führten bei psychisch Gesunden niemals zu dauerhaften Störungen. Lediglich bei so genannten „Psychopathen“, also denjenigen, die seit Geburt mit einer krankhaften psychischen Konstitution ausgestattet waren, könnten schlimme Ereignisse zu einer dauerhaften Beeinträchtigung und seelischen Störung führen.¹⁶²

¹⁶⁰ Panse, Friedrich: Angst und Schreck. In klinisch-psychologischer Sicht – dargestellt an Hand von Erlebnisberichten aus dem Luftkrieg, Stuttgart 1952, S. 184.

¹⁶¹ ebd., S. 179; Im Übrigen berücksichtigt Panse ebenfalls die psychopathologischen Wirkungen von Naturkatastrophen, wie beispielsweise Erdbeben. Diesen schreibt er im Gegensatz zum Luftbombardement ein wesentlich schwereres Maß an negativen Auswirkungen auf die Psyche der Menschen zu, da bei diesen „vor allem das Moment der völligen Überraschung mit seiner akuten Schreckwirkung und das besonders hilflos machende Erlebnis des schwankenden Boden [fehlt].“ ebd., S. 174.

¹⁶² Für eine ausführliche Analyse der „herrschenden Lehrmeinung“ siehe Pross, Christian: Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer, Frankfurt am Main 1988 und Goltermann, Svenja: Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg, München 2009; des Weiteren siehe Kloocke, Ruth, Heinz-Peter Schmiedebach, Stefan Priebe: Psychisches Trauma in deutschsprachigen Lehrbüchern der Nachkriegszeit – die psychiatrische „Lehrmeinung“ zwischen 1945 und 2002, in: Psychiatrische Praxis 32 (2005), S. 327–333; Kloocke, Ruth, Heinz-Peter Schmiedebach, Stefan Priebe: Psychological injury in the two World Wars: changing concepts and terms in German psychiatry, in: History of Psychiatry 16 (2005), S. 43–60.

2.2.2. Psychische Schäden bei Überlebenden der Konzentrationslager

Den Holocaust, der systematisierte Mord an den Juden Europas, muss man als Zivilisationsbruch bezeichnen, den Deutschland bis heute zu verantworten hat. Die Auseinandersetzung mit der Frage, was dies für die überlebenden Verfolgten und ihr weiteres Leben bedeutete, führte in der deutschen Psychiatrie zu einem grundsätzlichen Überdenken und einer radikalen Modifikation bisheriger Anschauungsweisen über die Auswirkungen von schwerwiegenden Belastungen auf die menschliche Psyche. Doch weder war dies ein Ergebnis genuin psychiatrisch-wissenschaftlicher Erkenntnis, noch verlief dieser Prozess reibungslos. Vielmehr sorgte die Verstrickung von innen- und außenpolitischen Interessen mit ethischen, juristischen und psychiatrisch-wissenschaftlichen Aspekten insbesondere in Deutschland erheblich für Zündstoff. Vor allem deutsche Psychiater weigerten sich zunächst, psychische Beeinträchtigungen bei ehemaligen KZ-Inhaftierten als verfolgungsbedingt anzuerkennen.

In erster Linie ist festzuhalten, dass die deutsche Psychiatrie zunächst überhaupt keinen Anlass sah, sich mit den psychischen Auswirkungen bei ehemals KZ-Inhaftierten zu befassen.¹⁶³ Allenfalls ließ sich der Verweis finden, dass die Leiden der ehemaligen KZ-Häftlinge mit denen der deutschen Russland-Heimkehrer vergleichbar seien, die dort in der Sowjetunion in Kriegsgefangenenlagern inhaftiert gewesen waren. Von daher bedürfe es gar

¹⁶³ Venzlaff gab diesbezüglich zu bedenken, dass in den unmittelbaren Nachkriegsjahren schlichtweg eine funktionierende Struktur der Ärzteschaft fehlte, eine eingehende Begutachtung und wissenschaftlichen Auseinandersetzung insofern rein organisatorisch gar nicht möglich war. Zudem seien viele ehemalige KZ-Häftlinge emigriert und gar nicht mehr in Deutschland geblieben. Und die, die dennoch in Deutschland geblieben seien, hätten eine enorm hohe Hemmschwelle gehabt sich von deutschen Ärzten untersuchen zu lassen. Pross hingegen verwies in seiner Monographie „Wiedergutmachung“ darauf, dass gleich nach Kriegsende ein gut funktionierendes System der Begutachtung deutscher Kriegsoffer aufgebaut worden sei, ein entsprechendes für die Überlebenden der KZs jedoch fehlte. Zudem lebten laut Pross nach Kriegsende immernoch Hunderttausende ehemals Verfolgte in Süddeutschland. Die jedoch, hier decken sich Venzlaffs und Pross' Aussagen, sich fast ausschließlich nur von alliierten Ärzten oder solchen, die selbst Inhaftierte gewesen waren, untersuchen ließen. Diese Ärzte hatten infolgedessen so viel zu tun gehabt, dass eine wissenschaftliche Beschäftigung vor diesem Hintergrund schlichtweg nicht möglich gewesen sei. Siehe hierzu auch Kral, V. A.: *Psychiatric observations under severe chronic stress*, *American Journal of Psychiatry* 108 (1951), S. 191; Pross, Christian: *Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer*, Frankfurt am Main 1988, S. 149 f.

keiner eigenständigen Forschungsbemühungen ehemalige KZ-Häftlinge betreffend.¹⁶⁴

Anders wurde dies im europäischen Ausland gesehen, wo sich Psychiater und andere Ärzte schon unmittelbar nach Kriegsende mit den physischen wie psychischen Folgeschäden der Deportierten und ehemaligen KZ-Häftlinge befassten. Die früheste Studie geht auf den französischen Psychiater Eugène Minkowski zurück, der als Jude selbst nur knapp der Deportation entgangen war.¹⁶⁵ Er beschrieb 1946 und 1948 eine „affektive Anaesthésie“ bei den Überlebenden der ehemaligen KZ-Inhaftierten, bei denen eine emotionale Betäubung und Abgestumpftheit sowie eine fundamentale Einschränkung der Lebensenergie beeindruckten.¹⁶⁶ Als „Syndrom der Asthenie der Deportierten“ bezeichnete René Targowla, ebenfalls französischer Psychiater, den Befund seiner Untersuchungen, mit denen er bereits 1946 begonnen hatte. 1950 veröffentlichte er seine ersten Ergebnisse, wobei er als hervorstechende Merkmale die physische sowie psychische Kraftlosigkeit und Erschöpfung betrachtete.¹⁶⁷ Auch in Dänemark beschäftigten sich Experten mit den Folgen der KZ-Haft. Der Neurologe Paul Thygesen und Knud Hermann, Professor für Neurologie und Psychiatrie sowie Mitglied der dänischen Invalidenversicherungs-Kommission, fassten ihre Funde, die sie an zwei Gruppen von Deportierten, die sie in den Jahren 1947 bis 1948 und 1951 bis 1953 erfasst hatten, als „KZ-Syndrom“ zusammen.¹⁶⁸

¹⁶⁴ vgl. ebd.

¹⁶⁵ vgl. Pross, Christian: Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer, Frankfurt am Main 1988, S. 243.

¹⁶⁶ Minkowski, Eugène: L'anaesthésie affective, *Annales médico-psychologiques* 104 (1946), S. 80; ders.: Les conséquences psychologiques et psychopathologiques de la guerre et du nazisme. Aspect général du problème, in: *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 61 (1948), S. 280.

¹⁶⁷ Targowla, René: Les données de la narcose intraveineuse lininaire dans les états „neuropathiques“; le syndrome d'hypermnésie emotionelle tardif, in: *Annales des Médecine* 51 (1950), S. 223.

¹⁶⁸ Hermann, Knud: Die psychischen Symptome des KZ-Syndroms, in: Michel, Max (Hrsg.): *Gesundheitsschäden durch Verfolgung und Gefangenschaft und ihre Spätfolgen*, Frankfurt 1955, S. 41–71; Thygesen, Paul: Allgemeines über die Spätfolgen, in: Michel, Max (Hrsg.): *Gesundheitsschäden durch Verfolgung und Gefangenschaft und ihre Spätfolgen*, Frankfurt 1955, S. 21–29.

Ein erster Kongress, bei dem sich europäische Experten über die gesundheitlichen Folgeschäden der ehemaligen KZ-Häftlinge austauschten, fand 1954 in Kopenhagen statt. Ärzte aus Belgien, Dänemark, Deutschland (BRD),¹⁶⁹ Frankreich, Holland, Italien, Luxemburg, Norwegen, Österreich, Polen und Sowjetunion nahmen an der *Internationalen sozialmedizinischen Konferenz über Pathologie der ehemaligen Deportierten und Internierten* teil. In dem Konferenzteil über die neuro-psychiatrischen Folgen nach Konzentrationslagerhaft referierten Targowla, Thygesen und Hermann und stellten die Ergebnisse ihrer Untersuchungen vor. Ein Jahr später gab Max Michel eine Zusammenfassung der vorgetragenen Referate auf deutscher Sprache heraus unter dem Titel „Gesundheitsschäden durch Verfolgung und Gefangenschaft und ihre Spätfolgen“.¹⁷⁰ Doch wurden die Ergebnisse dieser Konferenz in Deutschland kaum zur Kenntnis genommen.¹⁷¹

2.2.3. Das Bundesentschädigungsgesetz

Erst ab Ende der 1950er Jahre begannen allmählich auch deutsche Psychiater, sich mit der Thematik der psychischen Folgestörungen bei ehemaligen KZ-Inhaftierten auseinanderzusetzen. Dies allerdings wurzelte nicht in einem innerpsychiatrischen Interesse, sondern wurde vielmehr von außen angestoßen.¹⁷² Zu einer systematischen Herangehensweise kam es erst im Rahmen der Bundesentschädigungsgesetzgebung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung und den damit verbundenen psychiatrischen Gutachteraufträgen. Bereits 1948 wurde in der amerikanischen Besatzungszone das Wiedergutmachungsgesetz erlassen,

¹⁶⁹ Zu den Vortragenden aus der BRD gehörte Max Michel, Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde und ehemaliger Vorsitzender der Notgemeinschaft emigrierter Deutscher Ärzte und Zahnärzte, der über „Spätschäden und Summationsschäden“ referierte. Einen weiteren Beitrag für die gedruckte Version des Konferenzbandes in deutscher Sprache lieferte Albert Simmedinger, Sozialarbeiter, Opfer des Faschismus, Vertreter der Geschädigten in Gerichtsfällen, der einen Vortrag mit dem Titel „Neue Wege. Zur Bestimmung verfolgungsbedingter Schäden an Körper und Gesundheit bei Naziopfern, Kriegsgeschädigten und Sozialrentnern“. Siehe Autorenliste in: Michel, Max (Hrsg.): *Gesundheitsschäden durch Verfolgung und Gefangenschaft*, Frankfurt am Main 1955, S. 7 f.

¹⁷⁰ Michel, Max (Hrsg.): *Gesundheitsschäden durch Verfolgung und Gefangenschaft*, Frankfurt am Main 1955.

¹⁷¹ vgl. Pross, Christian: *Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer*, Frankfurt am Main 1988, S. 151.

¹⁷² Vgl. Interview am 27.01.2011 mit Prof. Häfner.

wonach in der Bundesrepublik Deutschland 1956 nach längeren Verhandlungen und erst auf Druck der Alliierten hin das Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung (BEG) verabschiedet wurde. Dieses wurde rückwirkend zum 1. Oktober 1953 erlassen und löste damit die ursprüngliche Vorlage einer ersten bundeseinheitlichen Gesetzgebung, das Bundesergänzungsgesetz, ab. Unter anderem besagte das neue Gesetz, dass im Falle von gesundheitlichen Schäden und einer daraus resultierenden Erwerbsminderung von mindestens 25% eine Rente zugestanden werden sollte.¹⁷³ Laut § 28 Abs. 1 des Bundesentschädigungsgesetzes hatte „[d]er Verfolgte ... Anspruch auf Entschädigung, wenn er an seinem Körper und an seiner Gesundheit nicht unerheblich geschädigt worden ist. Es genügt, daß der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Schaden an Körper und Gesundheit wahrscheinlich ist.“¹⁷⁴ Schwierigkeiten bereiteten in diesem Gesetzestext insbesondere die Formulierungen „nicht unerheblich“ – ab wann waren Gesundheitsschäden als „nicht unerheblich“ einzustufen? – und ein „wahrscheinlich ursächlicher Zusammenhang“ – unter welchen Umständen sprach mehr für als gegen einen Kausalitätszusammenhang?¹⁷⁵ Deutlich bekamen die Antragsteller das politische Klima zu spüren, das immer noch in großen Teilen der Bevölkerung von Antisemitismus geprägt war. Auf Seiten der Behörden kam es zu erheblichen Widerständen überhaupt Entschädigungszahlungen zu gewährleisten, so dass der Eindruck entstand, die Bundesregierung sei nicht aus moralischer Verantwortung an einer Wiedergutmachung interessiert, sondern komme nur einer von den Siegermächten auferlegten Pflicht nach. Christian Pross schrieb in der Einleitung zu seinem 1988 erschienenen Werk über die Entschädigungspolitik der Bundesrepublik:

¹⁷³ Zur Geschichte der Wiedergutmachungspolitik und Gesetzgebung siehe Pross, Christian: Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer, Frankfurt am Main 1988; Baumann, Stefanie Manuela: Menschenversuche und Wiedergutmachung, München 2009; Frei, Norbert, Jose Brunner, Constantin Goschler (Hrsg.): Die Praxis der Wiedergutmachung. Geschichte, Erfahrung und Wirkung in Deutschland und Israel, Göttingen 2009.

¹⁷⁴ Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung, URL: <http://bundesrecht.juris.de/beg/index.html>.

¹⁷⁵ vgl. Pross, Christian: Die Wiedergutmachung. Kleinkrieg gegen die Opfer, Frankfurt am Main 1988, S. 134.

„Das deutsche Volk mochte die Opfer nicht, schon gar nicht mochte es für sie zahlen. Die Wiedergutmachung war eine lästige, von den Siegern verordnete Pflichtübung. Die Alliierten, der Staat Israel und die Conference on Jewish Material Claims against Germany als Interessenvertretung der Millionen ermordeten und geschädigten Juden zwangen die Bundesrepublik 1952 in zwischenstaatlichen Verträgen, Wiedergutmachung zu leisten. Im Land selbst gab es nur eine verschwindende Minderheit an Juristen, Beamten und Politikern, die sich zur Sühne – soweit sie finanziell möglich war – bereit fanden.“¹⁷⁶

So war es beispielsweise gängige Praxis, dass Antragsteller den Behörden zahlreiche Beweise vorzulegen hatten für die ihrer Meinung nach verfolgungsbedingten Ursachen ihrer gesundheitlichen Leiden.¹⁷⁷ Zur weiteren Beurteilung der Frage, ob die gesundheitlichen Beschwerden der Antragsteller als verfolgungsbedingt angesehen werden konnten, wurden fachärztliche Gutachten herangezogen. Doch die Gutachter kamen zu recht divergierenden Ergebnissen, wodurch überdies eine wissenschaftliche Kontroverse entstand, die auf dem Rücken der ehemals Verfolgten ausgetragen wurde. Fiel ein Gutachten beispielsweise positiv aus, das heißt, der Gutachter bejahte einen verfolgungsbedingten und von daher entschädigungspflichtigen Gesundheitsschaden, konnte es dazu führen, dass ein Zweitgutachter beauftragt wurde, der gegebenenfalls zu einem gegenteiligen Ergebnis kam. Anträge wurden mit zum Teil haarsträubenden Begründungen abgelehnt, die, wie Venzlaff es formulierte, „in juristischem Perfektionismus bemäntelte Böswilligkeiten“ darstellten.¹⁷⁸ So war es nicht selten, dass sich Verfahren über einen Zeitraum von zehn bis fünfzehn Jahre oder gar Jahrzehnte erstreckten, ehe über Entschädigungen endgültig entschieden wurde. Christian Pross wählte als Untertitel für seine Monographie „Wiedergutmachung“ eine Formulierung, die ausdrückte, zu was

¹⁷⁶ vgl. Pross, Christian: Die Wiedergutmachung. Kleinkrieg gegen die Opfer, Frankfurt am Main 1988, S. 24

¹⁷⁷ ebd. S. 134

¹⁷⁸ Beispielsweise wurde einer Frau, die mit ihrem Kleinkind in einem KZ inhaftiert war durch einen Gutachter attestiert, dass sie aufgrund der „Freuden und Pflichten der Mutterschaft sicherlich in der Lage gewesen sei, sich von dem Schrecken des Lagers zu distanzieren.“ In einem weiteren Beispiel wurde einem jüdischen Flüchtling, der sich über einen Zeitraum von zwei Jahren unter schrecklichen Bedingungen auf einem Dachboden in Nizza verstecken musste und beinahe verhungert wäre, entgegengehalten, dass „er im Gegensatz zur deutschen Bevölkerung während des Krieges an einem der schönsten Orte der Welt gelebt hätte.“ Vgl. Venzlaff, Ulrich: Psychische Dauerschäden bei Opfern der NS-Verfolgung, in: Friedrich, Hannes, Wolfgang Matzow (Hrsg.): Dienstbare Medizin. Ärzte betrachten ihr Fach im Nationalsozialismus, Göttingen 1992, S. 109 ff.; Zitat ebd. S. 115.

die Entschädigungspolitik der Bundesrepublik verkommen war, nämlich zu einem „Kleinkrieg gegen die Opfer.“

2.2.4. Entschädigungspolitik und psychiatrische Wissenschaft

Vor dem Hintergrund des Bundesentschädigungsgesetzes blieb nun auch deutschen Psychiatern, die als Gutachter in den Verfahren herangezogen wurden, nichts anderes übrig als sich mit der Thematik der psychischen Folgeschäden von ehemaligen KZ-Häftlingen auseinanderzusetzen. Doch das Gesetz erwies sich insbesondere hinsichtlich der Klärung von Entschädigungsansprüchen aufgrund von psychischen Beschwerden als unklar. Verwirrungen und Unsicherheiten über die juristische Auslegung des Gesetzes führten mehrfach zu Überarbeitungen und Revisionen des Gesetzestextes.¹⁷⁹ Überdies entfachte ein, wie Pross es nannte, „wissenschaftlicher Grabenkrieg“, der aufgrund seiner ethischen Implikation nicht nur außerordentlich emotional aufgeladen war, sondern auch von politischer Brisanz war.¹⁸⁰

Im Rahmen des Wiedergutmachungsgesetzes sahen sich die psychiatrischen Gutachter mit einem Dilemma konfrontiert. Wie sollten sie einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Verfolgung und psychischen Beschwerden attestieren? Entschädigungsanträge ehemals Verfolgter, die aufgrund von psychischen Beschwerden gestellt wurden, wurden in einer Vielzahl der Fälle zunächst abgelehnt. Die herrschende Lehre besagte doch, dass äußere Ereignisse – und seien sie noch so belastend – bei Menschen mit „normaler Konstitution“ niemals zu bleibenden psychischen Störungen führen. Es fiel psychiatrischen Gutachtern schwer, den Antragstellern eine psychische Krankheit zu diagnostizieren, die „lediglich“ durch die seelischen Erschütterungen während der Verfolgung und Lagerhaft hervorgerufen sein sollten. Den entsprechenden, in der Psychiatrie zugrunde liegenden Krankheitsbegriff formulierte Kurt Schneider noch 1948: „Krankheit selbst gibt

¹⁷⁹ vgl. Goltermann, Svenja: Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg, München 2009, S. 297 ff.

¹⁸⁰ vgl. Pross, Christian: Die Wiedergutmachung. Kleinkrieg gegen die Opfer, Frankfurt am Main 1988, S. 168 ff.

es nur im Leiblichen, und ‚krankhaft‘ heißen wir seelisch Abnormes dann, wenn es auf krankhafte Organprozesse zurückzuführen ist.“¹⁸¹ Ein kausaler Zusammenhang zwischen den belastenden Erfahrungen im Rahmen der Verfolgung und dauerhaften psychischen Symptomen war demnach nur auf Grundlage einer organischen Schädigung denkbar. Problematisch war zudem, wenn die ehemals Inhaftierten erst nach einigen Jahren der Symptomfreiheit über psychische Beschwerden klagten und Anträge auf Entschädigung stellten, was nicht selten der Fall war. Generell galt jedoch, dass ein kausaler Zusammenhang nur dann in Betracht gezogen werden konnte, wenn sich zwischen Auslöser und Ausbruch einer Krankheit zumindest so genannte „Brückensymptome“ nachweisen ließen. Doch bei zwischenzeitlicher Symptomfreiheit der Antragsteller, musste auch die Existenz von Brückensymptomen verneint werden. Die Experten wurden nun im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes vor die Aufgabe gestellt, zu begutachten, ob ein ursächlicher Zusammenhang als wahrscheinlich gelten könnte – doch nach der geltenden wissenschaftlichen Lehrmeinung gab es hierfür keinen Anhalt.¹⁸²

Mit dieser Problematik sahen sich allerdings auch die Psychiater im europäischen Ausland sowie die amerikanischen konfrontiert (mit Ausnahme der Psychoanalytiker in den USA)¹⁸³, denn ihr Argumentationsgang wies weitestgehend Parallelen auf. So hatten sich zwar insbesondere die oben bereits genannten Dänen Thygesen und Hermann, sowie die Franzosen Minkowski und Targowla schon recht früh systematisch mit den psychischen Beschwerden ehemaliger Inhaftierter auseinandergesetzt. Doch dass die Symptome ohne jegliche organische Korrelate zustande gekommen seien, das glaubten auch sie nicht. So behauptete Thygesen, dass einiges daraufhin deute, „daß die Illegalität als solche, das Leben und die Gefangenschaft im Widerstandskampf und die Verhöre bei der Verhaftung, trotz seelischer und

¹⁸¹ Schneider, Kurt: Beiträge zur Psychiatrie, Stuttgart 1948, S. 11.

¹⁸² vgl. Goltermann, Svenja: Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg, München 2009, S. 273 ff.

¹⁸³ vgl. Goltermann, Svenja: Kausalitätsfragen. Psychisches Leid und psychiatrisches Wissen in der Entschädigung, in: Frei, Norbert, Jose Brunner, Constantin Goschler (Hrsg.): Die Praxis der Wiedergutmachung. Geschichte, Erfahrung und Wirkung in Deutschland und Israel, Göttingen 2009, S. 437 ff.

körperlicher Tortur für die gesamte Kränklichkeit ... eine sekundäre Rolle“ spiele, und dass „wider Erwarten auch die seelische Belastung des Lageraufenthaltes allein keinen primären Einfluß auf die Art der seelischen Symptome, die ... wir das KZ–Syndrom zu nennen gewählt haben, gehabt zu haben [scheint].“¹⁸⁴ Sie wähten die „Hungerdystrophie“ als entscheidenden Faktor für die späteren psychischen Symptome. Durch lang andauernde Hungerperioden, so die These, komme es zu bleibenden Schädigungen des Gehirns, die letztlich zu den seelischen Abnormitäten führen. Targowla sah die Ursachen eher in einem komplexen Zusammenspiel von Hunger, Infektionen, schlechten Lebensbedingungen, körperlichen Traumen und seelischen Erschütterungen verborgen.¹⁸⁵ Experten waren sich jedoch durchaus bewusst, dass der kausale Zusammenhang zwischen Verfolgung und Beschwerden sowieso kaum eindeutig zu beweisen sei. So konstatierte der österreichische Internist Ludwig Popper auf der Konferenz in Kopenhagen: „...die wissenschaftliche Beurteilung von Zusammenhängen und von komplexen Einwirkungen, die überdies nicht selten mehr als 15 Jahre zurückliegen, [muss] notwendigerweise unvollkommen sein.“¹⁸⁶

Die je nach Land unterschiedliche Beurteilung von verfolgungsbedingten Spätschäden bei ehemals Inhaftierten bestand also weniger auf wissenschaftlicher Ebene, sondern beruhte vielmehr auf einer divergierenden ethischen Herangehensweise. Die einst in den Zweiten Weltkrieg verwickelten Staaten sahen sich vor eine „moralische Herausforderung“¹⁸⁷ gestellt, die sie unterschiedlich handhabten.¹⁸⁸ So bezogen die Dänen beispielsweise eindeutig Stellung und forderten aus ethischen Gesichtspunkten, die

¹⁸⁴ Thygesen, Paul: Allgemeines über die Spätfolgen, in: Michel, Max (Hrsg.): Gesundheitsschäden durch Verfolgung und Gefangenschaft und ihre Spätfolgen, Frankfurt 1955, S. 24.

¹⁸⁵ vgl. Targowla, René: Syndrom der Asthenie der deportierten, in: Michel, Max (Hrsg.): Gesundheitsschäden durch Verfolgung und Gefangenschaft, Frankfurt am Main 1955, S. 39.

¹⁸⁶ Popper, Ludwig: Ärztliche Erfahrungen bei Untersuchten nach dem Österreichischen Opferfürsorgegesetz, in: Michel, Max (Hrsg.): Gesundheitsschäden durch Verfolgung und Gefangenschaft und ihre Spätfolgen, Frankfurt 1955, S. 287.

¹⁸⁷ vgl. Goltermann, Svenja: Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg, München 2009, S. 273 ff.

¹⁸⁸ Zur Übersicht über die unterschiedlichen Einstellungen und daraus resultierenden politischen Umgang in elf europäischen Ländern mit den traumatischen Folgeerscheinungen des Zweiten Weltkrieges siehe Withuis, Jolande, Annet Mooij (Hrsg.): The Politics of War Trauma: The Aftermath of World War II in Eleven European Countries, Amsterdam 2010.

herrschende Lehre nicht zu starr auszulegen. Thygesen formulierte dies auf der Konferenz in Kopenhagen wie folgt:

„Wir Ärzte und Wissenschaftler – vielleicht selbst ehemalige Deportierte – müssen die einfache und moralische Forderung unterstützen, daß unsere Länder denjenigen anständige wirtschaftliche Bedingungen bieten, die mit ruinierter Gesundheit und vielleicht verkürzter Lebenszeit für die Rassendiskriminierung oder für einen Einsatz im Widerstandskampf bezahlt hatten.“¹⁸⁹

Einer ganz ähnlichen Auffassung war auch Minkowski, der einige Jahre später bei einem Treffen mit deutschen Medizinalbeamten und Botschaftern bezüglich der Entschädigungsfrage postulierte, dass „alles nur vom Menschlichen her zu bewerten sei. Einen Seelenzustand könne man ohnehin nicht objektivieren.“¹⁹⁰

In Deutschland allerdings sahen sich viele Gutachter weit weniger gewillt, von der herrschenden Lehre abzuweichen. Mitbedingt war dies sicherlich auch durch das gesellschaftliche Klima, das tendenziell noch durch Denkmuster der NS-Ideologie belastet war.¹⁹¹ Doch war das nicht der einzige Grund für das Festhalten der deutschen Psychiater an der alten Lehre. Es spielten hier durchaus noch andere Faktoren mit hinein. So folgte die Psychiatrie in Deutschland dem Ideal einer objektivierbaren naturwissenschaftlichen Medizin, als deren Maßstab Messbarkeit der Merkmale und Reproduzierbarkeit der Ergebnisse galten.¹⁹² Zudem beriefen sich die Psychiater auf die seit 1926 gültige Grundsatzentscheidung des Reichsversicherungsamtes, nach der psychische Beschwerden als Unfallbeziehungsweise Kriegsfolge als nicht entschädigungspflichtig galten.

¹⁸⁹ Thygesen, Paul: Allgemeines über die Spätfolgen, in: Michel, Max (Hrsg.): Gesundheitsschäden durch Verfolgung und Gefangenschaft und ihre Spätfolgen, Frankfurt 1955, S. 29.

¹⁹⁰ zit. n.: Goltermann, Svenja: Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Gewalterfahrungen im Zweiten Weltkrieg, München 2009, S. 303.

¹⁹¹ vgl. Pross, Christian: Die Wiedergutmachung. Kleinkrieg gegen die Opfer, Frankfurt am Main 1988.

¹⁹² Goltermann, Svenja: Kausalitätsfragen. Psychisches Leid und psychiatrisches Wissen in der Entschädigung, in: Frei, Norbert, Jose Brunner, Constantin Goschler (Hrsg.): Die Praxis der Wiedergutmachung. Geschichte, Erfahrung und Wirkung in Deutschland und Israel, Göttingen 2009, S. 438.

Demnach sprachen sie, um dies noch einmal ins Gedächtnis zu rufen, in diesen Fällen von Neurosen oder Hysterie, die ihrer Ansicht nach keine „echten Krankheiten“ darstellten, da sie jeglicher organischer Ursache entbehrten. Den Patienten allerdings wurde ein zweckgerichteter „Wille zur Krankheit“ unterstellt, so dass häufig auch einfach von „Rentenneurosen“ gesprochen wurde. In keinem Fall aber wurde diesen Beschwerden ein realer Krankheitswert beigemessen.¹⁹³

Auf der anderen Seite wurden die Stimmen derjenigen Gutachter lauter, die sich zum einen in einer moralischen Verpflichtung sahen im Sinne der Antragsteller zu entscheiden und zum anderen versuchten, die psychiatrische Wissenschaft an die neuen sozialen Gegebenheiten anzupassen. Zudem nahm der Erwartungsdruck aus dem Ausland zu, in den Entschädigungsfragen großzügig zu entscheiden und entsprechend von einer zu engen Auslegung der wissenschaftlichen Lehre Abstand zu nehmen. In den Jahren 1957 und 1958 begannen dann allmählich auch deutsche Gutachter über die psychischen Folgeerscheinungen bei ehemals Verfolgten zu publizieren. Hauptanliegen war es, deren psychische Beschwerden zu beschreiben und strikt von den gängigen Renten- und Unfallneurosen abzugrenzen, die ja als prinzipiell nicht entschädigungspflichtig galten. Der Münchener Psychiater Kurt Kolle postulierte 1958, dass das Schicksal der Juden unmöglich verglichen werden könne „mit den Zufällen, die Menschen begegnen, denen das Unglück widerfuhr, durch einen Unfall, eine im Kriegsdienst erlittene Verwundung, eine Krankheit aus der Lebensbahn gerissen zu werden.“ Des Weiteren mahnte er an, dass Gutachter zwar stets darum bemüht seien, klare Diagnosen stellen zu wollen, dass jedoch in Anbetracht der Entschädigungsfälle rassistisch und politisch Verfolgter sollten Gutachter den Mut aufbringen hiervon abzusehen, da dies in den seltensten Fällen möglich sei. „Die Sprache der Psychiatrie ist zu arm, um alles das, was der Sachverständige bei der Begutachtung der Verfolgten erfährt, in Begriffe zu fassen“, schrieb Kolle und identifizierte als grundlegenden gemeinsamen

¹⁹³ vgl. Pross, Christian: Die Wiedergutmachung. Kleinkrieg gegen die Opfer, Frankfurt am Main 1988, S. 152; vgl. Goltermann, Svenja: Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg, München 2009, S. 279 f.

Nenner der verschiedenen psychischen Folgestörungen ehemals Verfolgter „das unübersehbare Faktum des vollständigen Bruches der Lebenslinie.“¹⁹⁴

Der Psychiater Hans Strauss, der selbst während des Nationalsozialismus verfolgt wurde und daraufhin in die USA emigrierte, sprach von einer „Entwurzelungsdepression“. Er argumentierte, dass „bei diesen Menschen Umstände wirksam waren, wie sie kaum jemals vorher eine Gruppe von Menschen betrafen.“ Von daher sei „eine blinde Anwendung der für die Beurteilung von nervösen Störungen bei Kriegs- und Unfallverletzten entwickelten Grundsätze auf Verfolgungsoffer ... nicht möglich.“ Als Vertrauensarzt des Deutschen Generalkonsulats in New York und viel beschäftigter Gutachter bezog Strauss 1957 eindeutig Position: „Ich stehe daher auf dem Standpunkt, daß diese besondere Form der Erkrankung, die chronische reaktive Depression (Entwurzelungsdepression) der Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung ursächlich durch die Verfolgungsmaßnahmen bedingt ist und zur Entschädigung berechtigt.“¹⁹⁵

Erich Kluge, Privatdozent in Mainz, fragte in einem Artikel, der 1958 in der Zeitschrift *Nervenarzt* erschien, „ob es sich bei den schweren Störungen, die wir insbesondere bei ehemaligen KZ-Insassen, aber auch bei Deutschen, die lange in russischer Kriegsgefangenschaft waren, gesehen haben, nicht doch um etwas Neues handelt, um Veränderungen, die man nach dem ersten Weltkrieg noch nicht gesehen hat“.¹⁹⁶ Kluge postulierte, dass es sich bei dem Symptomkomplex der ehemals Verfolgten um „echte Krankheiten“ handele. Hiermit meinte er allerdings, der herrschenden Lehre treu bleibend, dass bei den Begutachteten eine organische Komponente als Auslöser ihrer psychischen Beschwerden zugrunde liege: „Bei weitem die größte Wirkung

¹⁹⁴ Kollé, Kurt: Die Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung in psychiatrischer Sicht, in: *Nervenarzt* 29 (1958), S. 152 und 156.

¹⁹⁵ Strauss, Hans: Besonderheiten der nichtpsychotischen seelischen Störungen bei Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und ihre Bedeutung bei der Begutachtung, in: *Nervenarzt* 28 (1957), S. 347; Doch auch Strauss war trotz seiner offenen Interpretationsweise der herrschenden Lehre prinzipiell nach wie vor stark verbunden, was einige Jahre später zu Konflikten und Beschwerden führte, da auch er einige Entschädigungsanträge ablehnend beurteilte, vgl. Goltermann, Svenja: Kausalitätsfragen. Psychisches Leid und psychiatrisches Wissen in der Entschädigung, in: Frei, Norbert, Jose Brunner, Constantin Goschler (Hrsg.): *Die Praxis der Wiedergutmachung. Geschichte, Erfahrung und Wirkung in Deutschland und Israel*, Göttingen 2009, S. 439.

¹⁹⁶ Kluge, Erich: Über die Folgen schwerer Haftzeiten, in: *Nervenarzt* 29 (1958), S. 462.

geht von der Hunger-Dystrophie aus und zwar in Verbindung mit noch anderen Schäden, die ja meistens gleichzeitig vorhanden waren.“¹⁹⁷

Abweichend hiervon verließ der Göttinger Psychiater Ulrich Venzlaff in seiner Habilitationsschrift „Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen“, die 1958 publiziert wurde, zumindest in Teilen das Terrain der herrschenden Lehre und prägte den Begriff des „erlebnisbedingten Persönlichkeitswandel“.¹⁹⁸ Neben dem ursprünglichen Krankheitsbegriff, dem eine organische Ursache zugrunde gelegt wurde, ging Venzlaff von der Existenz rein seelischen Krankseins aus. Hiervon, so seine avantgardistische These, können auch „durchschnittlich Strukturierte“ betroffen sein und zwar dann, wenn „das Individuum einem Übermaß an Erlebnisdruck gewissermaßen hilflos ausgeliefert ist.“¹⁹⁹ Gleichzeitig widersprach er vehement der These, die zum Paradigma der herrschenden Lehrmeinung wurde: dass die Belastungsfähigkeit der menschlichen Seele im Unendlichen liege.²⁰⁰ So verstand er seine Arbeit als einen Beitrag zu der Frage, „ob es nicht doch eine Grenze der seelischen Trag- und Belastungsfähigkeit beim Menschen gibt“.²⁰¹ Diese Grenze gebe es und zwar dann, wenn

„[D]as Ordnungsgefüge der Persönlichkeit einen zu tiefen Bruch erlitten hat, wenn Inhalte und Werte, auf die das Leben aufgebaut war, *unwiederbringlich zerstört* wurden, wenn der Mensch in seinem Leid und seiner Not durch Jahre in die Isolierung gedrängt, nicht mehr an der Kommunikation mit der Gemeinschaft teilhat, und wenn hierbei der *Lebensabschnitt*

¹⁹⁷ Kluge, Erich: Über die Folgen schwerer Haftzeiten, in: Nervenarzt 29 (1958), S. 464 f.

¹⁹⁸ Venzlaff, Ulrich: Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (Die sogenannten Unfallneurosen), Berlin u.a. 1958.

¹⁹⁹ Venzlaff, Ulrich: Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (Die sogenannten Unfallneurosen), Berlin u.a. 1958, S. 69.

²⁰⁰ Erstmals hatte Karl Bonhoeffer 1947 von einer „Grenze der menschlichen Tragfähigkeit“ gesprochen, wobei er allerdings auf psychoseähnliche Zustände infolge von Folter rekurrierte. Vgl. Bonhoeffer, Karl: Vergleichende psychopathologische Erfahrungen aus den beiden Weltkriegen, in: Der Nervenarzt 1 (1947), S. 3 und Kloocke, Ruth, Heinz-Peter Schmiedebach, Stefan Priebe: Psychische Ereignisse – organische Interpretationen: Traumakonzepte in der deutschen Psychiatrie seit 1889, in: Gesnerus 67 (2010), S. 81.

²⁰¹ Venzlaff, Ulrich: Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (Die sogenannten Unfallneurosen), Berlin u.a. 1958, S. 84.

überschritten wurde, in dem die Persönlichkeit formbar ist und neue Wertbildungen und Zielsetzungen erringen kann.“²⁰²

Für diese Fälle biete sich der Begriff „erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel“ an.

Venzlaff hatte bereits als Assistenzarzt an der Göttinger Klinik durch zahlreiche Gutachteraufträge im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes viel Erfahrung sammeln können und sich aufgrund seiner unkonventionellen Begutachtung einen Namen gemacht. Geschichte machte ein Fall, bei dem Venzlaff 1952 einen jüdischen Kaufmann begutachten sollte, der jahrelang verfolgt, diskriminiert und schließlich in ein KZ gebracht worden sei und nun Rentenansprüche aufgrund von Angstzuständen und schwerer Depression stellte. Er sei „[e]in scheuer, ängstlicher, gebrochener, chronisch depressiver Mann“ gewesen, „der weitgehend adynamisch und seelisch zutiefst gebrochen in weitestgehender Isolierung dahinlebte.“²⁰³ In Einvernehmen mit dem damaligen Direktor seiner Klinik, Professor Ewald, der sich während des Dritten Reiches als einer der wenigen Psychiater öffentlich gegen das Euthanasie-Programm ausgesprochen hatte, attestierte er ihm einen Rentenanspruch aufgrund einer Erwerbsminderung von 70% beruhend auf einer „schweren seelischen Verformung“.²⁰⁴ Der zuständigen Behörde jedoch missfiel diese Einschätzung. Sie ließ ein weiteres Gutachten des renommierten Psychiaters Ernst Kretschmer anfertigen, der darin seitenlang begründete, dass die psychischen Beschwerden des Patienten vor dem Hintergrund der herrschenden Lehre nicht als verfolgungsbedingt angesehen werden können. Große Aufregung gab es dann, als das Gericht dennoch Venzlaffs Gutachten Recht gab und den Rentenanspruch gewährte. Im Gegenzug vervielfältigte die Behörde daraufhin Kretschmers Gutachten und verschickte es mit der

²⁰² Venzlaff, Ulrich: Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (Die sogenannten Unfallneurosen), Berlin u.a. 1958, S. 74 (Hervorhebung im Original).

²⁰³ Venzlaff, Ulrich: Psychische Dauerschäden bei Opfern der NS-Verfolgung, in: Friedrich, Hannes, Wolfgang Matzow (Hrsg.): Dienstbare Medizin. Ärzte betrachten ihr Fach im Nationalsozialismus, Göttingen 1992, S. 105.

²⁰⁴ ebd.

Weisung, dieses Gutachten als richtunggebendes Muster zu betrachten, an alle Entschädigungsbehörden und vertrauensärztliche Gutachter, da eine Welle von Rentenansprüchen befürchtet wurde.²⁰⁵ Ähnlich hatte der Ministerialrat des Landesentschädigungsamtes Schleswig-Holstein auf die von Hans Strauss postulierte und weiter oben zitierte Forderung nach Anerkennung und Entschädigung der psychischen Beschwerden von ehemaligen KZ-Insassen als verfolgungsbedingt reagiert: „Wenn sich die Vertrauensärzte, besonders im Ausland, die von Prof. Strauss vertretenen Auffassungen zu eigen machen, wird es kaum einen ehemals Verfolgten geben, der nicht mit Aussicht auf Erfolg einen der als entschädigungswürdigen Symptomkomplexe zum Gegenstand eines Antrages auf Rente machen könnte.“²⁰⁶ Im Gegensatz zu dieser Haltung allerdings betonte Venzlaff dann in seiner Habilitationsschrift, dass sich „jene anspruchlich-tendenziöse Haltung und das sthenisch-fordernde Auftreten, das den eigentlichen ‚Rentenneurotiker‘ kennzeichnet“, gerade unter den begutachteten Fällen der Verfolgten nicht vorhanden sei.²⁰⁷ Nichtsdestotrotz sorgten die Behörden mit Blick auf die zu Verfügung stehenden finanziellen Mittel dafür, dass dieser nicht zu sehr beansprucht wurde. Zwar galten die von den Behörden beauftragten Gutachter offiziell als unabhängig, doch wurden diejenigen, die sich zu oft für einen Entschädigungsanspruch des Antragstellers aussprachen, als „nicht objektiv“ bewertet und wurden in der Folge schlichtweg nicht mehr konsultiert.²⁰⁸

Durch die öffentlich vertretenen Positionen der genannten Psychiater hatte sich an der rigiden Entschädigungspraxis vieler Behörden und Gutachter bisher wenig Grundlegendes verändert. Auch auf wissenschaftlicher Ebene wurden ihre Positionen zum Teil scharf kritisiert, obgleich ein Wandel im

²⁰⁵ vgl. Pross, Christian: Die Wiedergutmachung. Kleinkrieg gegen die Opfer, Frankfurt am Main 1988, S. 155 f.

²⁰⁶ zit. n.: Goltermann, Svenja: Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Gewalterfahrungen im Zweiten Weltkrieg, München 2009, S. 287 f.

²⁰⁷ Venzlaff, Ulrich: Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (Die sogenannten Unfallneurosen), Berlin u.a. 1958, S. 84.

²⁰⁸ vgl. Pross, Christian: Die Wiedergutmachung. Kleinkrieg gegen die Opfer, Frankfurt am Main 1988, S. 139 ff.

psychiatrischen Denken bereits begonnen hatte. Wie langsam sich dieser Wandel jedoch vollzog, wie hartnäckig sich die herrschende Lehrmeinung hielt und wie emotionsgeladen eigene Standpunkte vertreten wurden, zeigte eine Fehde zwischen Venzlaff und Rainer Luthe, die öffentlich im *Nervenarzt* ausgetragen wurde. Luthe, Psychiater an der Uniklinik Homburg/Saar kritisierte noch 1969 den von Venzlaff eingeführten Begriff des „erlebnisbedingten Persönlichkeitswandels“. Diesem liege eine „naiv-psychologische Vorraussetzungslosigkeit“ zugrunde. Einen Wandel der Persönlichkeit aufgrund von Erlebnissen, das gebe es nicht, denn

„[E]in intelligenter Mensch kann erlebnisbedingt nicht dümmer werden ..., aus einem Pykniker wird durch äußere Geschehnisse kein Leptosomer, ein extrovertierter Mensch bildet sich nicht dauerhaft zu einem introvertierten um ... Auch die tiefste Erschütterung des Erlebens – beispielsweise beim Verlieben – geht vorbei, ohne eine Wesensänderung oder einen Persönlichkeitswandel zu hinterlassen.“²⁰⁹

Die Reaktion von Venzlaff hierauf folgte alsbald und ließ dessen Entsetzen und Empören über Luthes Affront deutlich werden: „Ob das gewählte Beispiel der Verliebtheit gerade im Rahmen der Diskussion über Psychopathologie der KZ- und Gefangenschaftsschäden besonders geglückt ist, dürfte mehr eine Frage des guten Geschmacks als der wissenschaftlichen Vergleichbarkeit sein“ und fuhr fort:

„Mit solchen ... Spekulationen ist ein Grad von verstiegener Wirklichkeitsfremdheit erreicht, der die Frage nach einer tragfähigen Diskussionsebene aufkommen läßt. Man wird dem Verfasser solcher Zeilen die Frage vorlegen dürfen, ob es uns nicht schon die Ehrfurcht vor dem grauenhaften Geschick dieser Menschen verbieten sollte, ihre psychischen Probleme mit solchen Geistreicheleien zu bagatellisieren.“²¹⁰

Doch während die deutsche Psychiatrie – angestoßen durch die Bundesentschädigungsgesetzgebung – begonnen hatte, eine Auseinandersetzung darüber zu führen, wie die psychischen Beschwerden

²⁰⁹ Luthe, Rainer: „Erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel“ als Begriff der Begutachtung im Entschädigungsrecht, in: *Der Nervenarzt* 39 (1968), S. 465 f.

²¹⁰ Venzlaff, Ulrich: Erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel: Fiktion oder Wirklichkeit?, in: *Nervenarzt* 40 (1969), S. 539.

der Holocaust-Überlebenden einzuschätzen seien, verschärfte sich der Druck, ausgehend von verschiedenen Instanzen, auf die Bundesrepublik Deutschland, in der Entschädigungsfrage eine Lösung zu finden und eine klarere Position zu beziehen. Hierzu gehörte unter anderem, dass die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den psychischen Spätschäden ehemals Verfolgter auch im westlichen Ausland stetig zunahm. Bis Anfang der 1960er Jahre hatten über dieses Thema Autoren veröffentlicht, zu denen etwa Paul Friedmann, Paul Chodoff, Elie A. Cohen, Wolfgang Lederer, Edgar Trautman gehörten, aber auch solche, die sich, wie beispielsweise der Niederländer Jan Bastiaans, der Norweger Leo Eitinger oder aber der in die USA emigrierte William Niederland, im Laufe der Jahre als bedeutende Traumaforscher noch einen Namen machen sollten.²¹¹ Zu betonen ist an dieser Stelle allerdings, dass die Ansätze dieser Arbeiten äußerst verschieden und breit gefächert waren. So wurden psychische Beschwerden beispielsweise getreu der herrschenden Lehrmeinung zunächst als organische Störungen im Rahmen von Hungerdystrophien oder aber Meningoencephalopathien interpretiert (Eitinger), als neurotische Vorbelastung, also konstitutionsabhängig diskutiert oder aber eine Erklärung aus psychoanalytischer Perspektive verfolgt (Bastiaans; dieser versuchte in den Folgejahren das als therapieresistent geltende KZ-Syndrom mit LSD zu

²¹¹ Beispielsweise Bastiaans, Jan: *Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet*, Amsterdam 1957; Chodoff, Paul: *Late effects of the concentration camp syndrome*, in: *Archives of General Psychiatry* 8 (1963), S. 323–333; Cohen, E.A.: *Het duitse concentratiekamp. Een medische en psychologische studie*, Paris Amsterdam 1952; Eitinger, Leo: *The incidence of mental disease among refugees in Norway*, in: *Journal of Mental Science* 105 (1959), S. 326–338; ders.: *Pathology of the concentration camp syndrome. Preliminary report*, in: *Archives of General Psychiatry* 5 (1961), S. 371–379; ders.: *Concentration camp survivors in the postwar world*, in: *American Journal of Orthopsychiatry* 32 (1962), S. 367–375; Friedman, Paul: *The Effects of Imprisonment*, in: *Acta Medica Orientalia* 7 (1948), S. 163–167; Friedman, Paul: *Some aspects of concentration camp psychology*, in: *American Journal of Psychiatry* 105 (1949), S. 901–605; Lederer, Wolfgang: *Persecution and Compensation. Theoretical and Practical Implications of the „Persecution Syndrome“*, in: *Archives of Psychiatry* 12 (1965), S. 464–481; Niederland, G. William: *The Problem of the Survivor. Part I: Some Remarks on the Psychiatric Evaluation of Emotional Disorders in Survivors of Nazi Persecution*, in: *Journal of Hillside Hospital* (10) 1961, S. 233–247; Trautman, Edgar: *Psychiatrische Untersuchungen an Überlebenden der nationalsozialistischen Vernichtungslager 15 Jahre nach der Befreiung*, in: *Nervenarzt* 12 (1961), S. 545–552.

behandeln, um den Patienten wieder ein Sprechen über die verdrängten KZ-Erlebnisse zu ermöglichen).²¹²

Auf der anderen Seite gewann die Entschädigungspolitik der Bundesrepublik Deutschland auch politisch an Aktualität. Sie wurde vermehrt in der Öffentlichkeit auch unter moralischen Gesichtspunkten diskutiert und sowohl von Stimmen im Ausland als auch aus Deutschland bisweilen heftig kritisiert. Proteste jüdischer Organisationen und von Anwälten der Verfolgten spielten in diesem Zusammenhang eine nicht unwesentliche Rolle. 1959 richtete die „Conference on Jewish Material Claims against Germany“ Beschwerden an die Bundesrepublik über deren gängige Entschädigungspraxis.²¹³ Ein Jahr später, 1960, erreichte das Deutsche Generalkonsulat in New York eine Protestresolution des „Committee of Nazi Victims Deprived of Justice and Compensation by the German Medical Service“ in der sich circa 200 Juden über die Missstände der Entschädigungsverfahren beschwerten. Sie beanstandeten unter anderem die Diagnosen, die Gutachter, wie es zumeist üblich war, nur als Ferndiagnosen nach Aktenlage stellten, ohne den Antragsteller jemals selbst persönlich untersucht zu haben. Auffallend war insbesondere die je nach Gutachter stark ausfallende Diskrepanz der Beurteilung von Entschädigungsanträgen. Nicht selten wurden Verfahren nach Einsprüchen wieder aufgerollt oder Zweitgutachter beauftragt, was die Verfahren in die Länge zog und für Unmut sorgte. Außerdem monierten sie, dass von ihnen verlangt wurde, zahlreiche Beweismittel aus der Verfolgungszeit vorzulegen, die einen Kausalitätszusammenhang belegen sollten. Sie forderten zudem, dass die Gutachten nicht, wie dies häufig der Fall war, von Ärzten mit nationalsozialistischem Hintergrund angefertigt werden dürften, sondern dafür Experten ausgewählt werden sollten, die „ein menschliches und sympathisches Ohr für die Leiden der Verfolgten“ haben.²¹⁴ In beiden Fällen schaltete sich daraufhin sogar das Auswärtige Amt ein. Es

²¹² vgl. Sachsse, Ulrich: Traumazentrierte Psychotherapie: Theorie, Klinik und Praxis, Stuttgart 2004, S. 18.

²¹³ vgl. Goltermann, Svenja: Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg, München 2009, S. 300.

²¹⁴ Der Inhalt des Schreibens nach Pross, Christian: Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer, Frankfurt am Main 1988, S. 133, hier auch das Zitat.

kam der Forderung insofern nach, als dass es Vertrauensärzte ins Ausland schickte, um vor Ort an den Zentren für Wiedergutmachungsangelegenheiten eingesetzt zu werden und sich mit den dort tätigen ausländischen Vertrauensärzten auszutauschen. Hierbei wurden prinzipielle Differenzen zwischen den verschiedenen Gutachtern deutlich. Gerade (aber nicht ausschließlich) im Ausland schienen einige Gutachter den Entschädigungsverfahren grundsätzlich eine andere Bedeutung beizumessen:

„Ein Teil der ausländischen Vertrauensärzte schien bei der Abfassung der Gutachten auch schlicht der Überzeugung zu folgen, dass es der Opferstatus der NS-Verfolgten und ihr enormes Leid gebiete, sie bei gesundheitlichen Beschwerden in jedem Falle zu beraten oder zumindest weitestgehend in ihrem Entschädigungsanliegen zu unterstützen. Am Zuspruch einer Rente maß sich für viele eben auch Anerkennung des Leids schlechthin, er stand für das Eingeständnis deutscher Schuld, schien Maßstab für den generellen Willen zur Wiedergutmachung überhaupt.“²¹⁵

Es wurde deutlich, dass das Bundesentschädigungsgesetz im Ausland symbolisch für ein deutsches Schuldeingeständnis stand und die Handhabung der Entschädigungspraxis als Prüfstein für die Bundesrepublik gesehen wurde, wie sie den Umgang mit ihrer belastenden nationalsozialistischen Vergangenheit gestaltete. Vor dem Hintergrund der noch recht jungen Republik musste das Auswärtige Amt anerkennen, dass es sich demnach in einer recht diffizilen Lage befand und der Umgang mit der Entschädigungspolitik außenpolitische Weichen stellte.²¹⁶

Doch Kritik an der Entschädigungspraxis kam nicht nur aus dem Ausland. 1960 eröffneten die Psychiater Helmut Paul und Hans-Joachim Herberg in Köln das „Deutsche Dokumentationszentrum für Schäden nach Gefangenschaft und Verfolgung“. Ihr Anliegen war es, weit reichende Informationen über dieses Thema zusammenzustellen und zugänglich zu machen. Hierbei wurden auch erstmals kritisch ausgewertete Gutachten der

²¹⁵ Goltermann, Svenja: Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg, München 2009, S. 302 f.

²¹⁶ vgl. ebd., S. 301.

Landesentschädigungsbehörde Nordrhein-Westfalen veröffentlicht. Drei Jahre später entstand hieraus ein Sammelband unter Mitwirkung von Venzlaff, v. Baeyer, Haefner, Kisker und Kluge. Die darin geleistete Kritik an den Begutachtungsverfahren wurde in einer breiten Öffentlichkeit wahrgenommen und löste harsche Reaktionen der Landesrentenbehörde Nordrhein-Westfalen aus. Deren Vorsitzender Helmuth Lotz beraumte 1964 eine Konferenz an, in der er über den Sammelband referierte, die Qualifikation der Autoren in Frage stellte und den Inhalt verriss: „Es muß befremden, daß ... der Eindruck erweckt wurde, als seien jetzt erstmals psychische Spätschäden von sogenannten Spezialärzten entdeckt und publiziert worden (...) Die Frage, ob dieses Buch tatsächlich neue wissenschaftliche Erkenntnisse vermittelt und überzeugend die Existenz von Spätschäden belegt, die keinerlei Brücken in die Zeit der Verfolgung aufweisen, muß mit nein beantwortet werden“. Lotz führte weiter aus, dass die Erkenntnisgrundlage denkbar schmal sei, „auf der die Feststellung cerebraler Störungen beruht, die nach Bastiaans (Amsterdam), oft mit den zur Verfügung stehenden psychiatrisch-diagnostischen Mitteln nicht klar nachzuweisen sind' – Woher kennt man sie also?“²¹⁷ Ergebnis der Konferenz war eine eindeutige Ablehnung des Buches und abschließend wurde die Empfehlung an das Auswärtige Amt ausgesprochen, Lotz' Referat an alle Vertrauensärzte im Ausland zu verschicken. Doch blieb es nicht allein dabei: in der Folge wurde erreicht, dass die Mitwirkenden des Kölner Arbeitskreises um Paul und Herberg keine weiteren Gutachteraufträge mehr erhielten.²¹⁸

Etwa zeitgleich empörte sich eine weitere Stimme aus dem Ausland über die deutsche Entschädigungspraxis. Der New Yorker Psychoanalytiker Kurt Eissler hatte einen einfachen jüdischen Schuhmacher begutachtet, der in insgesamt sechs Konzentrationslagern inhaftiert gewesen war. Der Antrag auf Entschädigung des an einer nervösen Störung leidenden Mannes wurde in Deutschland nach mehrfach erneut aufgerollten Verfahren letztlich mit der

²¹⁷ zit. n. Pross, Christian: Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer, Frankfurt am Main 1988, S. 174.

²¹⁸ vgl. Pross, Christian: Die Wiedergutmachung. Kleinkrieg gegen die Opfer, Frankfurt am Main 1988, S. 172 ff.

Begründung abgelehnt, dass seine Beschwerden auf eine psychopathische Konstitution zurückgingen und nicht im Zusammenhang mit den Erlebnissen während der Verfolgungszeit zu sehen seien. Diesen Fall nahm Eissler zum Anlass um Kritik an den deutschen Begutachtungsverfahren zu nehmen und publizierte 1963 im *Nervenarzt* den Artikel mit dem pathetischen Titel „Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muß ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben?“²¹⁹

Dies zeigt nochmals ganz deutlich, wie stark die emotionale Betroffenheit den wissenschaftlichen und politischen Diskurs mitbestimmte und wie schwierig es für die Beteiligten war, sich im Rahmen der Wiedergutmachungspolitik auf objektivierbare und verallgemeinerbare Maßstäbe zu einigen, nach denen verfahren werden konnte. Doch eine einheitlichere Entscheidungslinie war unabdingbar geworden, denn insgesamt hatte sich bis Mitte der 1960er Jahre der Druck auf Deutschland in dem Maße erhöht, dass eine veränderte Einstellung der Deutschen zur Wiedergutmachungspolitik und eine entsprechend revidierte Handhabung der Entschädigungspraxis unumgänglich wurden. Um aus dem Dilemma der divergierenden wissenschaftlichen Beurteilungen zu entkommen, verabschiedete der Bundestag 1965 ein Zusatzgesetz. Im BEG-Schlußgesetz wurde demnach unter §31 Abs. 2 die „KZ-Vermutung“ aufgenommen. Diese besagte, dass bei allen, die mehr als ein Jahr im KZ inhaftiert gewesen waren, im Vorhinein von einer verfolgungsbedingten Erwerbsminderung von mindestens 25% ausgegangen werden konnte und den Antragstellern demnach in jedem Fall eine Mindestrente zustand.²²⁰

So war zumindest auf juristischer Ebene für größere Übereinkunft und Klarheit gesorgt, doch blieb die Kontroverse über die aufgeworfenen Streitpunkte bestehen und bedurfte nach wie vor einer Klärung. Von großem

²¹⁹ vgl. Eissler, Kurt: Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben?, in: *Nervenarzt* 17 (1963), S. 240–291.

²²⁰ vgl. Goltermann, Svenja: Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg, München 2009, S. 450.

Einfluss war das 1964 erschienene Buch „Psychiatrie der Verfolgten“, das von den Heidelberger Wissenschaftlern Walter Ritter von Baeyer, Peter Kisker und Heinz Häfner herausgegeben wurde. Es beinhaltete umfassende Untersuchungen zu psychischen Beschwerden ehemaliger KZ-Häftlinge, deren Störungen sie in einem System mit mehreren Subgruppen klassifizierten und als erlebnisbedingt betrachteten.²²¹ Die auch von ihnen vertretene Ansicht über die Existenz erlebnisbedingter psychischer Störungen, die sich als „neue Lehrmeinung“ etablieren sollte, war erstmals öffentlich auf der 1961 in Baden-Baden stattfindenden Fachkonferenz der „Wanderversammlung Südwestdeutscher Neurologen und Psychiater“ vorgestellt worden, deren Thema „Erlebnisbedingte Schädigung durch Verfolgung und KZ-Haft“ war. Durch die Referate von v. Baeyer, des Münchener Psychiaters Paul Matussek und dem Heidelberger Internisten Wolfgang Jacob, wurde deutlich, worum es im Wesentlichen ging:

„Die vorherrschende Annahme, die Entstehung psychischer Störungen ließe sich letztlich darauf zurückführen, dass ‚das Abnorme [...] in der Persönlichkeit‘ liege, sollte durch die Einsicht abgelöst werden, dass die psychischen Schäden dem Menschen als einem ‚geschichtlich gesellschaftlichen Wesen‘ von der Gesellschaft zugefügt würden. Damit war auch die Frage der Verantwortung berührt. Folgte man diesem Perspektivenwechsel, dann lag sie nicht mehr, wie jahrzehntelang geglaubt, beim Individuum, sie lag bei der Gesellschaft.“²²²

Mit v. Baeyer und seinen Kollegen, die Verfechter einer anthropologischen Psychiatrie waren, wurden demnach explizit auch soziologische Deutungsmuster in das psychiatrische Selbstverständnis integriert und die Psychiatrie begann sich in Deutschland allmählich von dem zuvor geltenden objektivierbaren naturwissenschaftlichen Selbstverständnis zu lösen. Jacob sprach in diesem Zusammenhang davon, dass der „isoliert-naturwissenschaftliche Rahmen der Medizin...unzureichend...einseitig und falsch“ sei, und verwies auf eine „neu zu bestimmende und wissenschaftlich

²²¹ vgl. Baeyer, Walter Ritter von, Heinz Häfner, Karl Peter Kisker: Die Psychiatrie der Verfolgten, Berlin u.a. 1964.

²²² Goltermann, Svenja: Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg, München 2009, S. 312.

zu erforschende Menschlichkeit der Krankheit“.²²³ Die Referenten der Konferenz beanspruchten für sich Pioniere auf einem neuen wissenschaftlichen Gebiet der Psychiatrie zu sein und die bisher gültige herrschende Lehre durch neue medizinische Erkenntnisse in eine fortschrittlichere psychiatrische Medizin zu transformieren.²²⁴

Neben den üblichen Gegenstimmen zu diesen Thesen kam ein bedeutender Einwand, der den Rahmen der bisherigen Kritik und Diskussionsbeiträge zur Problematik der herrschenden Lehre und den Entschädigungsverfahren sprengte, von Hermann Witter, Psychiater der Universitätsklinik des Saarlandes. Er betrachtete die Vermischung von „Wissen“ und „Werten“ als den eigentlichen Kernkonflikt in Bezug auf die wissenschaftlichen Streitigkeiten, die durch die Entschädigungspolitik ausgelöst worden waren.²²⁵ Es gelinge kaum „die aufgeworfenen psychologischen und psychopathologischen Fragen von der unmittelbar dahinter stehenden sittlichen Frage der Wiedergutmachung und rechtlichen des Entschädigungsanspruches zu trennen“. Dies, so Witter weiter, hänge damit zusammen, dass „affektive Einstellungen ... unsere Unbefangenheit [beeinträchtigen] und ... eine wertfreie seinswissenschaftliche Diskussion fast unmöglich [machen]“. Dies gelte im Übrigen auch für die herrschende Lehre, die sich nach dem Ersten Weltkrieg etabliert hatte. Im Grunde sei sie nichts anderes als eine „Bewertungsregelung“, allerdings werde sie fälschlicherweise als „herrschende *medizinische* Lehre“ ausgegeben. Denn nachdem Psychiater geklärt hatten, dass die psychischen Beschwerden nicht als Folge einer organischen Schädigung zu betrachten waren, musste „[d]er psychologische Gehalt der psychoreaktiven Störung ... *bewertet* und die eigene Verantwortlichkeit des Betroffenen für seine Störung ... *abgeschätzt* werden.“ Witter führte weiter aus, dass die damals gefundene Übereinkunft „psychoreaktive Störungen generell nicht zu entschädigen, ... wohl für das

²²³ Jacob, Wolfgang: Gesellschaftliche Voraussetzungen zur Überwindung der KZ-Schäden, in: Nervenarzt 32 (1961), S. 544.

²²⁴ vgl. Goltermann, Svenja: Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg, München 2009, S. 313 ff.

²²⁵ vgl. Witter, Hermann: Erlebnisbedingte Schädigung durch Verfolgung, in: Nervenarzt 33 (1962), S. 509–510.

Volksganze notwendig [war] ... und sie war auch für die große Masse recht und billig.“ Gegen eine solche, auf Bewertung basierenden Einschätzung sei nichts einzuwenden, wie Witter betonte. Doch problematisch werde es dann, wenn Ärzte versuchten, diese „ethischen, ästhetischen und metaphysischen Werturteile mit empirisch- wissenschaftlicher Argumentation als ‚richtig‘ zu begründen“. In Bezug auf die rassistisch und politisch Verfolgten des Nationalsozialismus bezog Witter eindeutig Stellung und war der Ansicht, dass „ein neues Bewertungsschema speziell für diese Gruppe“ gefunden werden musste.²²⁶ „Ob und wie erlebnisbedingte seelische Beeinträchtigung der Opfer nationalsozialistischer Verfolgung zum Gegenstand von Wiedergutmachungsleistungen gemacht werden soll“, was Witter eindeutig befürwortete, sei allerdings „in erster Linie eine Frage ethischer, rechtlicher, politischer und vielleicht auch ökonomischer Erwägungen – Erwägungen, die ganz außerhalb der Psychiatrie liegen“. Was Witter seinen Kollegen vorwarf, war eben, dass sie Wissen und Werten nicht trennten und zudem für sich beanspruchten, durch ihre als wissenschaftlich bezeichneten Erkenntnisse eine „neue Lehrmeinung“ zu legitimieren. An dieser Stelle setzte er zu einer methodologischen Kritik der anthropologischen Psychiatrie an, die insbesondere auch von v. Baeyer befürwortet und vorangetrieben wurde. Bei der anthropologischen Psychiatrie gehe es um „die Erforschung, Auslegung und deutende Rekonstruktion der *inneren* Lebensgeschichte.“ Doch hierbei werde „[n]otwendigerweise ... der Intuition und dem subjektiven Deutungsvermögen des Untersuchers ein noch weit größerer Spielraum gegeben.“ Witter fuhr fort, es sei unbestreitbar, „[d]aß es so gelingen *kann*, das Wesentliche und Eigentliche des Individualfalles besser zu erfassen“, doch gab er zu Bedenken, dass „der sehr breite Einsatz subjektiver Deutungen die Gefahr [bringt], daß das Untersuchungsergebnis mehr durch den Untersucher als durch den Untersuchten bestimmt wird.“ Der Leitgedanke und Anspruch der anthropologischen Psychiatrie „das *Ganze* des Menschseins als Gegenstand forschender Erkenntnis in die wissenschaftlichen Kategorien der Medizin“ rücken zu wollen, müsse somit

²²⁶ Witter, Hermann: Erlebnisbedingte Schädigung durch Verfolgung, in: *Nervenarzt* 33 (1962), S. 509.

entweder im „Unverbindlichen stehen bleiben“ oder aber „zu einer Art Weltanschauung werden“. Witter mahnte an, dass „die Psychiatrie mit pointierter anthropologischer Zielsetzung“ somit zunehmend in Gefahr gerate, „mit vermeintlich wissenschaftlichen Begründungen Anspruch auf Gebiete des geistigen und kulturellen Lebens zu erheben, die dem Recht, der Ethik, der Religion u.a. vorbehalten bleiben sollten.“ Er vertrat zudem die Ansicht, dass „die Psychiatrie als medizinische Disziplin...bescheidener“ sein und „jedenfalls Wissen und Werten streng voneinander unterscheiden“ sollte. Rekurrierend auf die Opfer der Nationalsozialisten schloss er mit folgender These: „Daß schwerste Schicksale nicht spurlos an Menschen vorübergehen, weiß man seit eh und jeh [sic], wo die Freiheit menschlicher Selbstverfügung endet, kann aber heute ebenso wenig wie früher ‘wissenschaftlich ausgerechnet’ werden“.²²⁷

Die Heidelberger Psychiater, die sich durch Witters Ausführungen provoziert sahen, gingen in ihrer Erwidern, die nicht lange auf sich warten ließ, in keiner Weise auf die von Witter herausgestellte Problematik ein. Seine Forderung nach Umsichtigkeit, zwischen Wissen und Werten zu unterscheiden ließen sie unkommentiert. Stattdessen bestanden sie auf der Allgemeingültigkeit ihrer wissenschaftlichen Erkenntnisse und behaupteten, dass Witters Argumente durch die Ergebnisse ihrer durchgeführten, umfangreichen Untersuchungen, die in ihrem bald erscheinenden Buch „Die Psychiatrie der Verfolgten“ dargestellt würden, ohnehin „empirisch widerlegt“ würden. V. Baeyer holte zu einem Gegenangriff gegen Witter aus:

„Die großen Schwierigkeiten, die Witter mit einer objektiven Bewältigung der psychiatrischen Empirie im Bereich erlebnisreaktiver Nachwirkungen der seelischen Extrembelastungen Verfolgter hat, ... haben ihren Grund offenbar in einer unzureichenden methodischen Durchdringung und in einer mangelhaften Information über die Fachliteratur bereits veröffentlichter Untersuchungen.“²²⁸

²²⁷ Witter, Hermann: Erlebnisbedingte Schädigung durch Verfolgung, in: Nervenarzt 33 (1962), S. 510.

²²⁸ Baeyer, Walter Ritter von, et al.: „Wissenschaftliche Erkenntnis“ oder „Menschliche Wertung“ der erlebnisreaktiven Schäden Verfolgter?, in: Nervenarzt 34 (1963), S. 121.

Als rhetorische Strategie führten sie ein Argument an, das die Wissenschaftlichkeit ihres Vorgehens prinzipiell und ihre aktuelle wissenschaftliche Fortschrittlichkeit in wirkungsvoller Weise untermauern sollte: sie verwiesen auf den Stand der internationalen Forschung. In den USA, den Niederlanden, Israel und Frankreich hätten Wissenschaftler ganz unabhängig voneinander Forschungen durchgeführt, die „zu bemerkenswert übereinstimmenden Resultaten geführt“ hätten.²²⁹ Ähnlich argumentierte später auch Venzlaff in einem zusammenfassenden Artikel über die „Psychische[n] Dauerschäden bei Opfern der NS-Verfolgung“: „Es sei betont, daß die genannten Autoren [v.Baeyer, Kolle, Kluge, Strauß, Eitinger, Niederland u.a.] während der Vorbereitungen ihrer Publikationen in keinem wissenschaftlichen Kontakt untereinander standen, dennoch die beobachteten psychischen Störungen bei ehemaligen Verfolgten in geradezu überraschender Weise übereinstimmten.“²³⁰ Dieses Vorgehen, das man als „eine Art nachholende Traditionsbildung“²³¹ beschreiben könnte, ignorierte schlichtweg die Tatsache, dass bei den genannten Forschungen erhebliche Divergenzen bestanden, und zwar sowohl in der Zielsetzung der Untersuchungen als auch in deren Ergebnissen und Interpretationen. Goltermann, die diesen Argumentationsgang der Verfechter der „neuen Lehrmeinung“ erstmals nachzeichnete, wagte deren Vorgehen kritisch zu deuten:

„Derartige Verweise auf eine angeblich international vorhandene Kohärenz und Einheitlichkeit auf dem Gebiet psychischer Spät- und Dauerschäden bei NS-Verfolgten bedeutete den Fachkollegen in Deutschland unmissverständlich, welche Richtung die deutsche Psychiatrie einzuschlagen hatte, wollte sie sich dem Vorwurf der fachlichen Rückständigkeit nicht ausgesetzt sehen. In der Phalanx der Staaten, auf die sich von Baeyer und andere beriefen, um die Richtigkeit und Wichtigkeit ihrer wissenschaftlichen Vorstöße zu untermauern, war... [d]ie eigentliche Beglaubigungsinstanz...das westliche Ausland, vor allem die USA. Sie verkörperten den wissenschaftlichen Fortschritt, und es war der Anschluss an den Westen,

²²⁹ Baeyer, Walter Ritter von, et al.: „Wissenschaftliche Erkenntnis“ oder „Menschliche Wertung“ der erlebnisreaktiven Schäden Verfolgter?, in: *Nervenarzt* 34 (1963), S. 122.

²³⁰ Venzlaff, Ulrich: Psychische Dauerschäden bei Opfern der NS-Verfolgung, in: Friedrich, Hannes, Wolfgang Matzow (Hrsg.): *Dienstbare Medizin. Ärzte betrachten ihr Fach im Nationalsozialismus*, Göttingen 1992, S. 106.

²³¹ vgl. Goltermann, Svenja: *Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg*, München 2009, S. 317.

der durch eine Revision der ‚herrschenden Lehre‘ von Seiten der deutschen Psychiatrie, so im Grunde das Versprechen, auch vollzogen werden konnte.“²³²

Schon bald sollte sich erweisen, dass ihre Bemühungen und ihr Vorgehen erfolgreich waren. Während mit v. Baeyer 1966 auf dem 4. Kongress der Weltvereinigung für Psychiatrie, die 1950 gegründet worden war, erstmals ein Deutscher als Vizepräsident gewählt wurde, erhielt Venzlaff eine Einladung als einziger deutscher Referent und Teilnehmer zu den Wayne State University Workshops, die 1963, 1964 und 1965 unter dem Titel „Massive Psychic Trauma“ in Detroit stattfanden. Hier traf er unter anderem auf Robert Lifton, der später maßgeblich an der Etablierung der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung beteiligt sein sollte. Die Detrouiter Workshops wurden mit der Absicht ins Leben gerufen, unterschiedliche Aspekte psychischer Traumatisierung zusammenzutragen. Neben William Niderland, der die psychischen Schäden ehemaliger KZ-Häftlinge als „Survivor-Syndrome“ zusammenfasste, und einigen anderen Referenten, wurde eben auch Robert Lifton eingeladen, der über seine Untersuchungen in Japan berichtete. Dort hatte er die psychischen Folgen bei Menschen in Hiroshima untersucht, die die Atombombe überlebten. In welche Richtung sich moderne psychiatrische Forschung von nun an bewegen sollte, machte Henry Krystal, der 1968 die Ergebnisse des Workshops in einem gleichnamigen Band herausgab, in der Einführung zu Liftons Vortrag deutlich: „I do hope that we can consider many different groups, until one day we can reach some valuable generalizations that can apply to the understanding of traumatized individuals.“²³³

²³² vgl. Goltermann, Svenja: Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg, München 2009, S. 318 f.

²³³ Krystal, Henry (Hrsg.): Massive Psychic Trauma, New York 1968, S. 168.

2.3. PTSD als Zäsur (1980)

Im Jahre 1980 wurde die *Posttraumatic-Stress Disorder* in die dritte Edition des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) aufgenommen. Das DSM ist ein nationales Klassifikationssystem für psychische Störungen, welches erstmals 1952 als DSM-I von der *American Psychiatric Association* herausgegeben wurde und seitdem in überarbeiteten und aktualisierten Versionen erscheint. Es dient in den USA sowie in einigen anderen Ländern als Nomenklatur und Diagnoseschlüssel und wird unter anderem in Kliniken, in der Forschung, von Versicherungsgesellschaften und der Pharmaindustrie verwendet. Die Aufnahme der PTSD in das DSM-III stellte eine wichtige Zäsur dar, durch die sich ein neues Verständnis von Trauma etablieren konnte. Trauma wurde fortan im Sinne einer pathogenetischen Entität verstanden.²³⁴

In den vorherigen Versionen des Manuals, DSM-I (1952) und DSM-II (1968), gab es zwar Diagnosen, die sich auf Beeinträchtigungen infolge von stressreichen Situationen bezogen. Doch wurde eine grundsätzliche Unterscheidung vorgenommen zwischen einer akuten, kurzweiligen Stressreaktion und langwierigeren Symptomen. Für akute Stressreaktionen ließ sich im DSM-I die Diagnose *Gross Stress Reaction* finden. Diese tauchte im DSM-II bereits nicht mehr auf, stattdessen beinhaltete dieses eine Störung, die als *Transient Situational Disturbance* bezeichnet wurde.²³⁵ Blieben die Symptome allerdings über einen längeren Zeitraum bestehen, musste eine andere zugrunde liegende psychische Störung angenommen und klassifiziert werden. Dies wird im DSM-II näher erläutert: „If the patient has good adaptive capacity his symptoms usually recede as the stress diminishes. If, however, the symptoms persist after the stress is removed, the diagnosis of another mental disorder is indicated.“²³⁶

²³⁴ vgl. Young, Allan: *Harmony of Illusions. Inventing Posttraumatic Stress Disorder*, Princeton 1995, S. 89 ff.

²³⁵ vgl. ebd. S. 107.

²³⁶ American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second Edition*, Washington D.C. 1968, S. 48.

Die Aufnahme der PTSD in das DSM-III 1980 stellte insofern einen entscheidenden Umbruch dar, als dass ab diesem Zeitpunkt angenommen wurde, dass ein traumatisches Ereignis an sich eine psychische Krankheit verursachen kann. Dieses ist fortan nicht mehr nur im Rahmen einer kurzfristigen Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens zu sehen, sondern es wird als auslösendes Agens verstanden, welches eine akute oder aber chronische Störung hervorzurufen vermag.²³⁷

2.3.1. Definition der PTSD im DSM-III

Laut DSM-III wird die *Posttraumatic-Stress Disorder* durch folgende Kriterien definiert:

„A. The individual experienced a recognizable stressor that would evoke significant symptoms of distress in almost anyone.

B. The traumatic event is reexperienced in at least one of the following ways: (1) recurrent, intrusive, and distressful recollections of the event; (2) recurrent distressful dreams of the event; (3) sudden acting or feeling as if the traumatic event were recurring, because of an association with an environmental or ideational stimulus.

C. There is a numbing of responsiveness to the external world, or reduced involvement in it. This is evidenced by at least one of the following: (1) markedly diminished interest in one or more significant activities; (2) feelings of detachment or estrangement from others; (3) constricted affect.

D. At least two of the following symptoms were *not* present before the trauma: (1) hyperalertness or exaggerated startle response; (2) sleep disturbance; (3) guilt about surviving when others have not, or guilt about behavior required for survival; (4) memory impairment or trouble concentrating; (5) avoidance of activities that arouse the recollection of the traumatic event; (6) intensification of symptoms after being exposed to events that symbolize or resemble the traumatic event.“²³⁸

Die Existenz eines traumatischen Ereignisses stellt dieser Definition nach das grundlegende Kriterium dar. Ohne Bezug auf dieses ist der oben unter B bis

²³⁷ vgl. Bracken, Patrick: Trauma. Culture, Meaning and Philosophy, London, Philadelphia, 2. Aufl., 2003, S. 46.

²³⁸ American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition - DSM-III. Washington, DC 1980, S. 238.

D genannte Symptomkomplex nicht von anderen psychischen Störungen zu unterscheiden, wie beispielsweise Depression, Generalisierte Angststörung oder Panikstörung. Andere Symptome wie *Reexperience* hingegen ergeben für sich genommen, also ohne den Bezug auf ein erlebtes traumatisches Ereignis erst gar keinen Sinn. Darüber hinaus erklärt die Existenz eines Traumas das Auftreten der Symptome und wird somit auch als deren Ursache verstanden. Das dahinter stehende Krankheitskonzept besagt, dass ein traumatisches Ereignis die Entstehung einer psychischen Krankheit verursachen kann.²³⁹

Hinzuweisen ist an dieser Stelle auf zwei wichtige Grundzüge der dritten Edition des DSM, das sich durch diese grundsätzlich von den vorherigen Versionen unterscheidet. Es wurde mit dem Anspruch überarbeitet ‚ausschließlich theoriefreie Diagnosen zu klassifizieren. Demnach fiel beispielsweise der Neurosenbegriff heraus.²⁴⁰ Diagnosen sollten auf empirischer Messbarkeit und Verifizierbarkeit basieren. Hiermit verbunden war gleichzeitig auch der Anspruch auf universelle Gültigkeit der klassifizierten Störungen.²⁴¹ Bemerkenswert in diesem Zusammenhang erscheint insbesondere, dass die PTSD als eine der wenigen neu definierten Diagnosen in das DSM-III aufgenommen wurde, obgleich gerade dieser Diagnose eine eindeutige Theorie zugrunde liegt, nämlich eben die Annahme, dass ein traumatisches Ereignis als Ursache der Störung fungiert.²⁴²

2.3.2. Die Entstehungsgeschichte der PTSD bis zur Aufnahme in das DSM-III

Das in den USA erneut aufkommende Interesse an Trauma ab etwa Ende der sechziger Jahre, welches zur Konzeptualisierung des Krankheitsbildes PTSD

²³⁹ vgl. Young: *Harmony of Illusions*, S. 114 ff.

²⁴⁰ vgl. Seidler, Günter H.: *Auf dem Wege zur Psychotraumatologie*, in: Seidler, Günter H., Wolfgang U. Eckart (Hrsg.): *Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung*, Gießen 2005 S. 27–41.

²⁴¹ hiermit setzten sich insbesondere folgende Autoren kritisch auseinander: Young: *Harmony of Illusions*; Bracken: *Trauma. Culture, Meaning and Philosophy*; Bracken, Patrick J., Celia Petty (Hrsg.): *Rethinking the Trauma of War*, London, New York 1998; Leys, Ruth: *Trauma. A Genealogy*, Chicago 2000.

²⁴² Vgl. Young, Allan: *Vier Versionen des Holocaust-Traumas*, in: Brunner, José, Nathalie Zajde (Hrsg.): *Holocaust und Trauma. Kritische Perspektiven zur Entstehung und Wirkung eines Paradigmas*, Göttingen 2011, S. 185 ff.

geführt hat, ist vorwiegend im Zusammenhang mit dem Vietnamkrieg zu sehen und den individuellen und gesellschaftspolitischen Folgeerscheinungen, die dieser nach sich zog.²⁴³

Im Folgenden wird dieser Sachverhalt genauer beleuchtet. Zuvor jedoch sei erwähnt, dass Arbeiten aus anderen Bereichen der Traumaforschung kaum einen Einfluss hatten auf die Konzeptualisierung der PTSD, obgleich sich dazu bereits vor 1980 beachtliche Fachliteratur finden ließ.²⁴⁴

Ab Ende der sechziger Jahre waren die zurückkehrenden Vietnamveteranen zunehmend Thema in den amerikanischen Medien. Sie fielen auf durch antisoziales, gewalttätiges Verhalten, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Wiedereingliederungsschwierigkeiten, emotionalen und sozialen Rückzug oder Selbstmorde.²⁴⁵ Üblicherweise wurden diese Symptome von Ärzten des *Department of Veteran Affairs* (VA) nicht mit den Kriegserlebnissen in Verbindung gebracht. Im psychiatrischen Bereich sah es kaum anders aus: „Mental health professionals across the country assessed disturbed Vietnam veterans using diagnostic nomenclature that contained no specific entries for war-related trauma.“²⁴⁶ Wilbur J. Scott berichtet in seinem Buch „The Politics of Readjustment. Vietnam Veterans Since the War“ (1993) ausführlich über

²⁴³ vgl. Scott, Wilbur J.: *The Politics of Readjustment. Vietnam Veterans Since the War*, New York 1993.

²⁴⁴ Insbesondere zu den psychischen Folgen des Holocaust erschien eine Fülle an Literatur, siehe hierzu u.a. Bastiaans, J.: *Psychosomatic After Effects of Persecution and Incarceration*, Amsterdam 1957; Niederland, William: *Psychiatric Disorders among Persecution Victims: A Contribution to the Understanding of Concentration Camp Pathology and Its After-Effects*, in: *Journal of Nervous and Mental Disease* 139 (1964) S. 458-474; Krystal, Henry (Hrsg.): *Massive Psychic Trauma*, New York 1968; Eitinger, Leo: *Pathology of the Concentration Camp Syndrome*, in: *Archives of General Psychiatry* 5 (1961) S. 371-379; Bettelheim, Bruno: *The Informed Heart*, New York 1960; Archibald, Herbert C., Read D. Tuddenham: *Persistent Stress Reaction After Combat*, in: *Archives of General Psychiatry* 12 (1965) S. 475-481; zudem erschien ab etwa 1970 zunehmend Literatur, die sich mit den Folgen von sexuellen Traumata zum einen und des Weiteren mit psychischer Traumatisierung von Kindern befasste, beispielweise von Terr, Leonore: *Children of Chowchilla: A study of psychic trauma*, in: *Psychoanalytic Study of the Child* 34 (1979) S. 547-623; Burgess, Ann W., Linda L. Holmstrom: *The Rape Victim in the Emergency Ward*, in: *American Journal of Nursing*, 10 (1973) S. 1740-1745; Burgess, Ann W., Linda L. Holmstrom: *The Victim of Rape*, New Brunswick u.a. 1978, Burgess, Ann W., Linda L. Holmstrom: *Sexual Assault of Children and Adolescents*, Lexington 1978.

²⁴⁵ vgl. Dean, Eric T.: *The Myth of the Troubled and Scorned Vietnam Veteran*, in: *Journal of American Studies* 26 (1992) S. 59-74.

²⁴⁶ Scott, Wilbur J.: *PTSD in DSM-III: A Case in the Politics of Diagnosis and Disease*, in: *Social Problems* 37 (1990) S. 298.

ein Beispiel, welches diese Problematik prägnant veranschaulicht. Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass auch der folgende Text vorwiegend auf dem Inhalt dieses Werkes beruht, welches auf Interviews mit den Hauptakteuren basiert.²⁴⁷

Sarah Haley führte 1969 an ihrem ersten Tag als Sozialarbeiterin im Boston Veterans Administration Hospital ein Erstgespräch mit einem neuen Patienten, einem Vietnamveteran, der äußerst aufgewühlt, verängstigt und panisch war. Zudem hatte er schreckliche Albträume, konnte nicht mehr schlafen und befürchtete, dass einer seiner früheren Kameraden ihn verfolge und ihn umbringen wolle. Er berichtete ihr, dass seine Kompanie an einem Massaker in MyLai, einem kleinen Dorf in Vietnam, beteiligt gewesen sei, bei dem seine Kameraden unschuldige Kinder und Frauen auf grausame Weise getötet hätten. Er selber habe keine Schüsse abgegeben, sei aber hinterher von seinen Kameraden bedroht worden, dass sie ihn umbringen werden, wenn er jemals ein Wort hierüber verlieren werde. Zum Zeitpunkt dieses Gespräches, Anfang September 1969, hatte Sarah Haley noch nichts über das Massaker und Kriegsverbrechen von MyLai gehört, was der Öffentlichkeit durch ausführliche Berichte in Zeitschriften wie *New York Times*, *Life* und *Newsweek* erst einige Monate später bekannt werden sollte. Trotzdem glaubte sie diesem Veteranen, akzeptierte seine Schilderungen und erkannte sie als reale Begebenheiten an. Das allerdings sah das übrige Personal des Krankenhauses anders. Haley erinnert sich an das Treffen mit dem Krankenhauspersonal:

„The staff assembled to discuss all the information and reach a diagnosis and treatment plan. When we met, the intake log had a diagnosis filled in: paranoid schizophrenic. I voiced concern. The staff told me that the patient was obviously delusional, obviously in full-blown psychosis. I argued that there were no other signs of this if one took his story seriously. I was laughed out the room. I was told that this was my first day and just didn't understand how things worked ... I was aghast. These professionals denied the reality of combat! This clouded their clinical judgement. They were calling reality insanity ...! I knew

²⁴⁷ vgl. Scott, Wilbur J.: *The Politics of Readjustment. Vietnam Veterans Since the War*, New York 1993.

from my father's stories that [this man was] not crazy ... That encounter became typical."²⁴⁸

Die so genannten *Rap Sessions*, die 1970 das erste Mal stattfanden, stellten den Anfang einer Entwicklung dar, in deren Verlauf zunächst ein *Post-Vietnam Syndrome* beschrieben wurde, was letztendlich zur Konzeptualisierung der PTSD führte und zehn Jahre später in deren Aufnahme in das DSM mündete. Mitglieder der Organisation *Vietnam Veterans Against the War* (VVAW) trafen sich regelmäßig mit den New Yorker Psychiatern Chaim Shatan und Robert J. Lifton zu diesen Rap Sessions, in denen über Kriegserfahrungen gesprochen wurde. Es wurde einerseits das Ziel verfolgt, psychologische Unterstützung bei der Bewältigung dieser Kriegserlebnisse zu leisten. Andererseits gab es ein politisches Anliegen, auf die Auswirkungen des Krieges aufmerksam zu machen.

Jack Smith, einer der ersten Teilnehmer, beschreibt welche Bedeutung die Rap Groups für ihn hatten:

„When I started the rap groups, I began to understand why I felt [out of sorts], okay? We had these shrinks, but we weren't really in therapy. We were trying to explore what we were feeling about the war. What was important to me at this point was ... that it was a safe place for me to talk, okay, with other people we could sort it out ... We weren't thinking of ourselves as victims, but rather thinking, ‚How are we going to get our act together so we're not undone by our feelings about what's going on, and how are we going to convey what's going on to the general public?‘“²⁴⁹

Mit Lifton und Shatan hatte die VVAW zwei engagierte und erfahrene Psychiater gefunden. Zügig entstand ein informelles Netzwerk um die Rap Groups herum, bestehend aus Klinikern und Veteranen. Lifton, der im Koreakrieg als Psychiater Militärdienst geleistet hatte und Gegner des Vietnamkriegs war, hatte sich in Fachkreisen durch sein Forschungsprojekt in

²⁴⁸ ebd. S. 5.

²⁴⁹ ebd. S. 17.

Hiroshima bereits einen Namen gemacht, in welchem die psychischen Folgen Überlebender untersucht wurden.²⁵⁰

Auf Gesprächen mit Vietnamveteranen beruhend, unter ihnen auch Sarah Haley's Patient, publizierte Lifton 1973 sein neues Werk „Home from the War. Vietnam Veterans. Neither Victims nor Executioners“.²⁵¹ Shatan veröffentlichte unterdessen Artikel, unter anderem 1972 in der New York Times, in denen er ein *Post-Vietnam Syndrome* beschrieb. Das Syndrom sei verursacht durch ein zeitlich verzögert einsetzendes massives Trauma. Shatan schildert, dass sich bei Vietnamveteranen typische Symptome, wie beispielsweise Schuldgefühle, Wut, Abstumpfung, Gefühle von Entfremdung, sowie „feelings of being scapegoated“ finden ließen. Er sei der Auffassung, dass diese Symptome eine spezifisch abgrenzbare Störung darstellen, für die es in dieser Form bisher keine offiziell anerkannte Entsprechung gäbe. Dies habe zudem zur Folge, dass unzähligen erkrankten Vietnamveteranen keine Behandlung und Heilung ermöglicht werde.²⁵²

1975 wendeten sich Lifton und Shatan an Robert Spitzer. Dieser war im Jahr zuvor von der *American Psychiatric Association* zum Vorsitzenden einer Arbeitsgruppe berufen worden, deren Aufgabe die Überarbeitung des DSM war, welches 1980 dann in der dritten Edition erschien. Sie schlugen ihm vor, ein Subkomitee zum *Post-Vietnam Syndrome* zu gründen, was dieser zunächst ablehnte. Doch das Thema war durchaus von politischer Brisanz: „[B]oth military corps and the National Health Service had a duty to care for military personnel.“²⁵³ Insbesondere vor dem Hintergrund der Antikriegsbewegung war eine moralische Komponente von zentraler Bedeutung:

²⁵⁰ vgl. Lifton, Robert J.: *Death in Life: Survivors of Hiroshima*, New York 1967.

²⁵¹ vgl. Lifton, Robert J.: *Home from the War – Vietnam Veterans: Neither Victims nor Executioners*, New York 1973.

²⁵² vgl. Young, Allan: *Harmony of Illusions. Inventing Posttraumatic Stress Disorder*, Princeton 1995, S. 109.

²⁵³ Weisaeth, Lars: *Becoming a Psychotraumatologist*, in: Figley, Charles (Hrsg.): *Mapping Trauma and its Wake. Autobiographic Essays by Pioneer Trauma Scholars*, Abingdon, New York 2006, S. 237.

„The failure to make a place for PTSD would be equivalent to blaming the victim of his misfortunes – misfortunes inflicted on him by both his government and its enemies. It would mean denying medical care and compensation to men who...had been obliged or induced to sacrifice their youths in a dirty and meaningless war. Acknowledging PTSD would be a small step toward repaying a debt.²⁵⁴

Aufgrund dessen willigte Spitzer ein seine Entscheidung zu überdenken, falls sich das Syndrom durch aussagekräftige, überzeugende Belege untermauern ließe. Lifton und Shatan bildeten eine Arbeitsgruppe zusammen mit weiteren Wissenschaftlern, die sich aus dem Bereich der Traumaforschung rekrutierten, wie beispielsweise Mardi Horowitz, der durch seine Untersuchungen zu Reaktionen auf Stress bereits große Anerkennung gefunden hatte.²⁵⁵ In dieser Arbeitsgruppe sammelten sie Datenmaterial zu den Folgen traumatischer Erfahrungen und legten dieses dann einem sechsköpfigen Komitee zur Prüfung vor, deren Mitglieder Spitzer ausgewählt hatte, sich selbst mit inbegriffen. Vorsitzende dieses Komitees war Nancy Andreasen, eine Psychiaterin, die viel Erfahrung mit Opfern schwerer Verbrennungen hatte. Sie konnte letztendlich überzeugt werden, dass bei ihren Patienten Symptome auftraten, die den posttraumatischen ähnelten. 1978 sprach das Komitee die Empfehlung aus, die inzwischen in *Catastrophic Stress Disorder* umbenannte Diagnose in das DSM in die Kategorie Angststörungen aufzunehmen. Zwei Jahre später hielt die letztendlich als *Posttraumatic-Stress Disorder* benannte Diagnose Einzug in die offiziell anerkannte Nomenklatur.

2.3.3. Bedeutung, Auswirkung und Konsequenz der Diagnose PTSD

Die der PTSD zugrunde liegende Annahme, dass sie als Krankheit ätiologisch erklärbar sei, das heißt also, dass ein traumatisches Ereignis als Auslöser und Ursache der Krankheit identifizierbar war, war in gleich vielerlei Hinsicht von Belang. Es ergaben sich hieraus erhebliche Konsequenzen, die sich zum einen auf den gesellschaftlichen Status der Vietnamveteranen auswirkten und zum anderen auf finanzpolitischer, gesundheitspolitischer und rechtlicher

²⁵⁴ Young, Allan: *Harmony of Illusions. Inventing Posttraumatic Stress Disorder*, Princeton 1995, S.114.

²⁵⁵ vgl. Horowitz, Mardi: *Stress Response Syndromes*, New York 1976.

Ebene von Bedeutung waren. Darüber hinaus wurde durch die Anerkennung der PTSD der Grundstein gelegt, der zu einer weitreichenden Institutionalisierung und Ausweitung des Traumbegriffes führte und fortan eine wesentliche Rolle in der Psychiatrie spielen sollte.

Für die Vietnamveteranen bedeutete dies eine Entlastung insofern, als dass ihre Schwierigkeiten bei der Wiedereingliederung, (Alkohol- und Drogen-) Probleme und Verhaltensauffälligkeiten nach Rückkehr aus ihrem Einsatz von nun an für erklärbar und in gewisser Weise auch als entschuldigbar galten, da sie sich auf traumatische Ereignisse zurückführen ließen, welche ihnen im Rahmen des Krieges widerfahren waren.

„In this context the PTSD diagnosis acknowledged and dignified the psychological suffering of Americans veterans amid their ambivalent reception by a divided and war-weary populace. It grounded their puzzling symptoms and behaviors in tangible external events, promising to free the individual veterans of the stigma of mental illness and guaranteeing them (in theory, at least), sympathy, medical attention, and compensation.“²⁵⁶

Desweiteren war offensichtlich, dass die PTSD als Folge des Militärdienstes gewertet werden konnte. Damit fiel sie unter die Kategorie *Service-Connected Disability*, was eine Voraussetzung war für die Zubilligung und Übernahme der Kosten für Behandlung, Rente und Entschädigung durch die VA. „Moreover, official medical recognition of PTSD allows these concepts to be used to

²⁵⁶ Lerner, Paul, Mark S. Micale: Trauma, Psychiatry, and History: A Conceptual and Histiographical Introduction, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001, S. 2; Micale und Lerner weisen allerdings auch auf die Gefahr hin, menschliches Leiden lediglich auf Krankheitsbegriffe zu reduzieren, da hierdurch vor allem politische, moralische und soziokulturelle Zusammenhänge verschleiert würden. Jenny Edkins argumentiert in „Trauma and the Memory of Politics“ (Cambridge u.a. 2003), dass wenn das Leid der Opfer von Kriegen und Gewalt auf individualisierter Ebene in Krankheitskategorien beurteilt wird, dies eine Entwertung ihres Leidens bedeute, welches folglich nicht mehr sei als ein paar Symptome. Vor allem aber wirke sich dies im Sinne einer Dekontextualisierung und Depolitisierung aus. Sehr lesenswert ist außerdem Bracken, Petty: Rethinking the Trauma of War. Sie arbeiten die Kulturabhängigkeit der westlichen Psychiatrie im Sinne einer „Ethnopsychiatrie“ heraus und warnen davor diese als allgemeingültig zu verstehen und vor allem davor dieses Konzept von Traumatisierung auf andere Kulturen zu übertragen.

secure pensions and compensation and as a legal defense in criminal litigation.“²⁵⁷

Demnach war die offizielle Anerkennung dieses Krankheitskonzeptes von einschneidender Bedeutung für die Regelung von Kostenübernahmen. Sie wirkte sich aber auch enorm auf gewisse Gesichtspunkte in der Gesetzgebung aus. Alan Stone, Experte für Medizin und Recht, vertrat 1993 eine recht drastische Sichtweise: „No diagnosis in the history of American psychiatry has had a more dramatic and pervasive impact on law and social justice than PTSD.“²⁵⁸ Mit einem Blick auf die amerikanische Geschichte scheint dies keine unhaltbare Behauptung zu sein. Nicht nur Vietnamveteranen, die an einer *Posttraumatischen Belastungsstörung* litten, konnten eine Entschädigung oder Rente verlangen. Eines der größten Medienereignisse in den USA war 1998 der Prozess gegen Bill Clinton wegen vermeintlicher sexueller Belästigung. Die Anwälte der Klägerin Paula Jones behaupteten, dass ihre Mandantin laut Expertengutachten aufgrund der sexuellen Belästigung durch Bill Clinton nun an einer *Posttraumatischen Belastungsstörung* leide, für deren Folgen sie mit mehreren hunderttausend Dollar entschädigt werden wollte.²⁵⁹ Abgesehen von den äußerst kritisch zu beurteilenden Rahmenbedingungen dieses Prozesses verdeutlicht dieses Beispiel bestimmte Sachverhalte. Zum einen wird deutlich, dass die Diagnose PTSD in der Justiz durchaus von Bedeutung sein kann, was durch die Möglichkeit bedingt ist, ein ursächliches Ereignis und damit ein Verschulden auszumachen. Zum anderen weist dieser Fall darauf hin, dass sich die Diagnose PTSD inzwischen auch auf andere Bevölkerungskreise und Lebensumstände erstreckt hat und schon längst nicht mehr nur im Zusammenhang mit traumatisierenden Kriegserfahrungen verwendet wird. Hier zeigt sich auch, dass sich in der Zwischenzeit, seit Eingliederung der PTSD in das offizielle Klassifikationssystem psychischer Krankheiten, eine beachtliche Entwicklung vollzogen hat. „Once PTSD was included in the

²⁵⁷ Lerner, Paul, Mark S. Micale: Trauma, Psychiatry, and History: A Conceptual and Histiographical Introduction, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001, S. 2.

²⁵⁸ Stone, Alan A.: Post-Traumatic Stress Disorder and the Law: Critical Review of the New Frontier, in: Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law 21 (1993) S. 23.

²⁵⁹ vgl. Leys, Ruth: Trauma. A Genealogy, Chicago 2000.: Trauma S. 1-2 und 18.

official bible of the American Psychiatric Association (APA), the doors of science, law, and social policy were opened in ways that few could have envisioned at the time.²⁶⁰

Einer der ersten konkreten Schritte im Rahmen dieser Entwicklung war die Verfügung des U.S. Congress 1984 über einen *National Center for Posttraumatic-Stress Disorder*, eine Forschungs- und Bildungseinrichtung mit dem postulierten Ziel, Gesundheit, Status, klinische und soziale Versorgung der U.S. Veteranen zu verbessern.²⁶¹ Des Weiteren erhielt die VA enorme staatliche Zuschüsse für Forschung im Bereich psychischer Traumatisierungen.²⁶² Dies war überhaupt erst Voraussetzung für Wissenschaftler, sich mit diesem Themenbereich auseinanderzusetzen, da viele Forschungsanträge zuvor abgelehnt oder aber kaum bezuschusst worden waren.²⁶³ 1985 wurde die *Society for Traumatic Stress* gegründet, Herausgeber des einige Jahre später zum ersten Mal erscheinenden *Journal for Traumatic Stress*. Seit deren Gründung der Vereinigung gab es bereits das Anliegen auf internationaler Ebene zusammenzuarbeiten, was 1990 in die Umbenennung in *International Society for Traumatic Stress Studies* mündete. Im Rahmen der zunehmend biologisierten Herangehensweise an psychische Krankheiten wurde auch die Traumaforschung auf neurobiologische und neuroendokrinologische Ebene ausgeweitet.²⁶⁴ Forschungsprojekte wurden zudem auf die zivile Bevölkerung ausgeweitet. Es wurden andere Aspekte psychischer Traumatisierungen beleuchtet und diese nicht mehr nur im

²⁶⁰ Wilson, John P.: From Crisis Intervention to Bosnia: The Trauma Maps of John P. Wilson, in Figley, Charles (Hrsg.): Mapping Trauma and its Wake. Autobiographic Essays by Pioneer Scholars, Abingdon, New York 2006, S. 253.

²⁶¹ National Center for Posttraumatic Stress Disorder, URL: http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/about/nc_overview/history.html (29.09.2008).

²⁶² vgl. Lerner, Paul, Mark S. Micale: Trauma, Psychiatry, and History: A Conceptual and Histiographical Introduction, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001, S. 2.

²⁶³ vgl. Wilson, John P.: From Crisis Intervention to Bosnia: The Trauma Maps of John P. Wilson, in Figley, Charles (Hrsg.): Mapping Trauma and its Wake. Autobiographic Essays by Pioneer Scholars, Abingdon, New York 2006, S. 245–258.

²⁶⁴ beispielsweise van der Kolk, Bessel et al.: Inescapable Shock, Neurotransmitters, and Addiction to Trauma: Toward a Psychobiology of Post-Traumatic Stress, in: Biological Psychiatry 20 (1985), S. 318; Pitman, Roger et al.: „Naloxone-Reversible Analgesic Response to Combat-Related Stimuli in Post-Traumatic Stress Disorder, in Archives of General Psychiatry 47 (1990) S. 541–544; Mason, J.W. et al.: Urinary Free-Cortisol levels in Post-Traumatic Stress Disorder Patients, in: Journal of Nervous and Mental Disease 174 (1986) S. 145–149.

Zusammenhang mit Kriegserlebnissen gesehen. Hier ist insbesondere die Frauenbewegung hervorzuheben, in deren Zuge die Aufmerksamkeit auf Themen wie Vergewaltigung, Kindesmissbrauch und Inzest gerichtet wurde, was ein bis dahin weitestgehend tabuisiertes und kaum erforschtes Gebiet darstellte.²⁶⁵ Erkenntnisse aus den Bereichen der sexualisierten Gewalt und sexueller Traumatisierungen gewannen zunehmend an Einfluss und wurden in den folgenden Überarbeitungen des DSM in die Definition der PTSD mit eingearbeitet.²⁶⁶ „Woman’s advocates...played a major role in establishing an integrated post-Vietnam approach to trauma.“²⁶⁷

Seit 1980 gibt es zudem einen stetigen Anstieg von Publikationen, so dass heutzutage zahlreiche Bücher oder Artikel zum mittlerweile weitgefassten Themenbereich der psychischen Traumatisierung erscheinen. Es sind zahlreiche Kliniken und Zentren eröffnet worden, in denen speziell Opfer von Traumatisierungen behandelt werden. Zudem wurde eine Fülle von Therapiemöglichkeiten entwickelt sowie die Ausbildung von Fachpersonal ermöglicht und vorangetrieben. Eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen wurde ins Leben gerufen und die Medien trugen bedeutend dazu bei, das Thema in die Öffentlichkeit zu tragen. In der Tat scheint sich die Psychotraumatologie als eine neue Fachdisziplin, zumindest aber als Subdisziplin,

²⁶⁵ Zu den Wegbereitern der Erforschung sexualisierter Gewalt und deren psychischen Folgen gehörten unter anderem Ann W. Burgess, eine gelernte Krankenschwester, und die Soziologin Lynda L. Holmstrom, die 1972 mit Studien und Publikationen begannen, in denen sie die Folgen von Vergewaltigung erforschten und beschrieben. Sie untersuchten die Reaktionsweisen und Symptome der Opfer und konzipierten daraus ein „Rape Trauma Syndrome“. Siehe hierzu Burgess, Ann W., Linda L. Holmstrom: *The Rape Victim in the Emergency Ward*, in: *American Journal of Nursing*, 10 (1973) S. 1740-1745; Burgess, Ann W., Linda L. Holmstrom: *The Victim of Rape*, New Brunswick u.a. 1978; Burgess, Ann W., Linda L. Holmstrom: *Sexual Assault of Children and Adolescents*, Lexington 1978; Die Psychiaterin Leonore Terr interessierte sich vorwiegend für die Folgen von traumatischen Erlebnissen auf die Psyche von Kindern. Zu ihren ersten Publikationen gehören: *A family study of child abuse*, in: *American Journal of Psychiatry* 127 (1970) S. 665-671; *Children of Chowchilla: A study of psychic trauma*, in: *Psychoanalytic Study of the Child* 34 (1979) S. 547-623; *Time and Trauma*, in: *Psychoanalytic Study of the Child* 39 (1984) S. 633-666; *Childhood Traumas: An Outline and Overview*, in: *American Journal of Psychiatry* 148 (1991) S. 10-20; Judith L. Herman fokussierte ihre Arbeit bereits in den frühen Anfängen ihrer Laufbahn als klinisch und wissenschaftlich tätigen Psychiaterin auf Trauma und Inzest. Wohl aber einen der bedeutendsten Beiträge zur modernen Traumatologieforschung leistete sie mit *„Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror“* (New York 1992).

²⁶⁶ vgl. Kolk, van der, Bessel A., Alexander C. Mc Farlane, Lars Weisaeth (Hrsg.): *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze – Theorie, Praxis und Forschungen zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie*, Paderborn 2000, S. 87.

²⁶⁷ Leys, Ruth: *Trauma. A Genealogy*, Chicago 2000. S. 5.

herauszukristallisieren.²⁶⁸ Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen konstatieren Micale und Lerner: „PTSD is perhaps the fastest growing and most influential diagnosis in American psychiatry.“²⁶⁹

2.3.4. Erweiterung der Einschlusskriterien für eine PTSD

Fachpersonal verwendete die Diagnose PTSD bereits in vielen Fällen selbst für Patienten, deren Symptome nicht vollständig mit den ursprünglichen Kriterien zur Vergabe der Diagnose übereinstimmten.²⁷⁰ Der kontinuierlichen Ausweitung des Traumabegriffs auch auf andere Bevölkerungsgruppen und Formen von Traumatisierungen musste Rechnung getragen werden. Dies macht sich in den Revisionen des DSM bemerkbar.

Eine erste überarbeitete Version mit leichten Modifikationen der Diagnosekriterien erschien 1987 als DSM-III-R. Die vierte Ausgabe des DSM (DSM-IV) erschien 1994. Von entscheidender Bedeutung ist hier die veränderte Definition des *Stressor Criteria*s. Ursprünglich wurde es im DSM-III wie folgt definiert: „The individual experienced a recognizable stressor that would evoke significant symptoms of distress in almost anyone.“²⁷¹ Im DSM-IV findet sich eine geänderte Festlegung dieses Kriteriums:

„The person has been exposed to a traumatic event in which both the following were present: (1) The person experienced, witnessed, or was confronted with an event or events that involved actual or threatened death or serious injury, or a threat to the self or others. (2) The person’s response involved fear, helplessness, or horror.“²⁷²

Young bewertet diese Veränderungen in dem Sinne, dass nunmehr sehr unterschiedliche Erlebnisse als Diagnosekriterium für eine PTSD erachtet

²⁶⁸ vgl. Seidler, Günter H.: Auf dem Wege zur Psychotraumatologie, in: Seidler, Günter H., Wolfgang U. Eckart (Hrsg.): Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung, Gießen 2005, S. 25–40.

²⁶⁹ Lerner, Paul, Mark S. Micale: Trauma, Psychiatry, and History: A Conceptual and Histiographical Introduction, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001, S. 3.

²⁷⁰ vgl. Young, Allan: Harmony of Illusions. Inventing Posttraumatic Stress Disorder, Princeton 1995, S. 288.

²⁷¹ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3. Edition, Washington D.C. 1980, S. 238.

²⁷² American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition – DSM-IV. Washington, DC 1994, S. 427 f.

werden können. Gewalt und Bedrohung müssen nicht einmal der eigenen Person widerfahren sein. Zeuge gewesen zu sein oder in einer anderen Art damit konfrontiert worden zu sein, kann dieser Definition nach ebenfalls als Auslöser einer PTSD fungieren. Durch die Umänderung *des Stressor Criterion* in dieser Weise wurde berücksichtigt, dass die Einschätzung einer „realistischen“ Bedrohung äußerst subjektiv erfolgt. Die Berücksichtigung dieser individuell unterschiedlichen Reaktionsweisen und die Bezugnahme auf Subjektivität haben weit reichende Folgen für die Vergabe der Diagnose PTSD:

„The revised classification excludes no one...For example, veterans who were traumatized by the deaths and grievous injuries that they inflicted without remorse are still covered by the diagnosis. No one is being left out in the cold.“²⁷³

²⁷³ Young, Allan: *Harmony of Illusions. Inventing Posttraumatic Stress Disorder*, Princeton 1995, S. 290.

3. Der Traumabegriff in deutschsprachigen medizinischen/psychologischen Fachzeitschriften (1980–1991). Wandel, Expansion und Diversifikation von Bedeutungsinhalten

Mit der Aufnahme der PTSD in das amerikanische Klassifikationssystem setzte eine Entwicklung ein, in der das Konzept psychischer Traumatisierung innerhalb kürzester Zeit zu einem Schwerpunkt der Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie heranwuchs. Das PTSD-Konzept machte Karriere. In kaum mehr zu überschauender Fülle erschien neue Literatur in Form von wissenschaftlichen Untersuchungen, Fallbeispielen, Diskussionen um Therapiemöglichkeiten. Forschungsprojekte wurden von der amerikanischen Regierung subventioniert, Kongresse organisiert, Zeitschriften ins Leben gerufen, die sich ausschließlich mit der Thematik rund um psychische Traumatisierung beschäftigten. Es setzte eine Institutionalisierung ein, in deren Verlauf Traumazentren, Organisationen und Verbände etabliert wurden, Betroffene sich in Selbsthilfegruppen zusammenfanden, neue Therapiekonzepte erarbeitet wurden und Therapeuten spezielle Schulungen und Weiterbildungsmöglichkeiten absolvieren konnten. Die Psychotraumatologie steuerte geradewegs auf die Herausbildung als eigenständige Fachdisziplin hin.

Angesichts dieser rasanten Entwicklung in den USA kann davon ausgegangen werden, dass Fachpersonal auch in Deutschland auf das neue Krankheitskonzept PTSD aufmerksam wurde. Was hielten Ärzte und Psychologen in Deutschland von diesem neuen Konzept? Wie wurde die Einführung der neuen Diagnose PTSD in Deutschland beurteilt? Über welche Gesichtspunkte der Diagnose wurde hierzulande in den 1980er Jahren primär diskutiert? Welche Aspekte erschienen von besonderer Relevanz für deutsche Ärzte und Psychologen?

Um eine Antwort auf diese Fragen zu finden, werden in dieser Dissertation drei Fachzeitschriften aus dem medizinischen Bereich, der Psychiatrie und Neurologie sowie der Psychotherapie untersucht. Es handelt sich hierbei um

das *Deutsche Ärzteblatt*, den *Nervenarzt* und die *Psyche*. Dies geschah unter der Annahme, dass sich wesentliche Einstellungen der Psychiater, Neurologen und Psychotherapeuten zur Trauma-Thematik in Beiträgen dieser Journale finden lassen. Das *Deutsche Ärzteblatt* eignet sich insofern besonders, da es, von der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung herausgegeben, an fast jeden in Deutschland praktizierenden Arzt verschickt wird und somit eine der auflagenstärksten medizinischen Fachzeitschriften darstellt.²⁷⁴ Im ersten Quartal 1980 betrug die verbreitete Gesamtauflage 160.582, während es 1991 285.761 Exemplare waren.²⁷⁵ Inhaltlich wurden neben aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Beiträgen auch medizinisch-wissenschaftliche Themen behandelt und somit die Ärzteschaft mit den wichtigsten Neuerungen in der Medizin vertraut gemacht. Um einen Einblick über eine möglicherweise fundierter geführte, innerdisziplinäre Fachdebatte zu erhalten, bietet sich die Analyse der Fachzeitschrift der *Nervenarzt* an. Diese, erstmals 1928 herausgegeben, richtet sich gleichermaßen an Ärzte für Neurologie, Psychiatrie sowie Nervenheilkunde und deckt somit das medizinische Feld breit ab, das für die neue psychiatrische Diagnose PTSD von Relevanz gewesen sein könnte. Da die Einführung des neuen psychiatrischen Krankheitskonzepts und damit verbunden auch einer diagnostischen Kategorie nicht nur für Ärzte von Bedeutung war, wurde als dritte Zeitschrift die *Psyche* als Untersuchungsgegenstand gewählt, um somit die Rezeption der PTSD in Deutschland auch unter Psychologen, Psychoanalytikern beziehungsweise Psychotherapeuten untersuchen zu können. 1947 erstmals erschienen, besaß die *Psyche* in den 1980er Jahren eine Auflagenstärke von bis zu 7.800 Exemplaren.²⁷⁶ Somit ist mit der Auswahl dieser drei Fachzeitschriften das Spektrum der Ärzteschaft im Allgemeinen, der Fachärzte für Psychiatrie, Neurologie und Nervenheilkunde sowie das Feld der Psychotherapeuten, Psychologen und Psychoanalytiker erfasst. Da sich die wichtigsten aktuellen Themen in diesen Journalen widerspiegeln, können

²⁷⁴ vgl. [o.V.]: Sechs Gründe im Deutschen Ärzteblatt zu publizieren, siehe <http://www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=4167.pdf>.

²⁷⁵ nach persönlicher Auskunft der Abteilung Zeitschriften-Vertrieb des Deutscher Ärzte-Verlag GmbH i.E. von Natalie David vom 05.01.2011.

²⁷⁶ nach persönlicher Auskunft von Bern Schwibs, Redakteur der *Psyche*, vom 29.12.2010.

somit wesentliche Züge einer Debatte um das Krankheitskonzept PTSD ausgelotet werden.

Untersucht wird der Zeitraum 1980 bis 1991, also ab dem Jahr, in dem die PTSD in das amerikanische Diagnosenklassifikationssystem aufgenommen wurde bis zur Aufnahme der weitestgehend äquivalenten Diagnose PTBS in das von der WHO herausgegebene diagnostische Klassifikationssystem ICD-10. Ab Anfang der 1990er Jahre ließen sich in Deutschland zudem erste Institutionalisierungsprozesse verzeichnen, beispielsweise mit der Gründung des *Instituts für Psychotraumatologie* in Freiburg im Breisgau (1991), die in den folgenden Jahren rasch voranschreiten sollte. Dies zeugt davon, dass auch in Deutschland eine intensive Beschäftigung mit psychischem Trauma stattgefunden haben muss. Das untersuchte Jahrzehnt kann somit als ein Zeitraum beschrieben werden, in dem ein Prozess der Weichenstellung erfolgte, der eine explosionsartige Zunahme des Interesses und der Auseinandersetzung mit dem Bereich Psychotraumatologie zur Folge hatte.

Gegenstand dieser Untersuchung sind Artikel, in denen der Begriff psychisches Trauma in irgendeiner Form vorkommt (beispielsweise seelisches/psychisches Trauma, Traumatisierung, traumatische Situation etc.) und die sich auch inhaltlich intensiv mit Traumatisierung auseinandersetzen. Beiträge in denen der Begriff zwar vorkommt aber nicht näher bearbeitet wird und eher im Rahmen einer anderen Thematik erwähnt wird, werden in dieser Dissertation nicht berücksichtigt.

3.1. Überblick Artikelfundus 1980 bis 1991

Insgesamt gibt es in den drei Fachzeitschriften im Zeitraum von 1980 bis 1991 29 relevante Beiträge, in denen der Begriff psychische Traumatisierung verwendet wird. 12 Artikel sind in der *Psyche* erschienen²⁷⁷, 6 im

²⁷⁷ Petri, Horst: Aspekte familiärer Gewalt. Eine empirische Untersuchung, in: *Psyche* 35 (1981), S. 927–962; Eckstaedt, Anita: Eine klinische Studie zum Begriff der Traumareaktion. Ein Kindheitsschicksal aus der Kriegszeit, in: *Psyche* 35 (1981), S. 600–611; Ahlheim, Rose: „Bis ins dritte und vierte Glied“. Das Verfolgungstrauma in der Enkelgeneration, in: *Psyche* 39 (1985), S. 330–354; Zepf, Siegfried, Brigitte Weidenhammer, Jutta Baur-Morlock: Realität und Phantasie. Anmerkungen zum Traumbegriff Sigmund Freuds, in: *Psyche* 40 (1986), S. 124–

*Nervenarzt*²⁷⁸ und 11 im *Deutschen Ärzteblatt*²⁷⁹. Zudem lassen sich 14 Buchbesprechungen zu traumaspezifischen Themenbereichen finden.²⁸⁰

144; Fischer, Gottfried: Empirische Forschung zur Wirkung von Traumata bei Kindern und Jugendlichen. Kritik und Informationen zu einem wieder aktuellen Thema, in: *Psyche* 40 (1986), S. 145–161; Grubrich-Simitis, Ilse: Trauma oder Trieb – Trieb und Trauma. Lektionen aus Sigmund Freuds phylogenetischer Phantasie von 1915, in: *Psyche* 41 (1987), S. 992–1023; Knörzer, Winfried: Einige Anmerkungen zu Freuds Aufgabe der Verführungstheorie, in: *Psyche* 42 (1988), S. 97–131; Ehlert, Martin, Beate Lorke: Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion, in: *Psyche* 42 (1988), S. 502–532; Weimer, Ernst, Lena Nilsson-Schönnesson, Ulrich Clement: HIV-Infektion: Trauma und Traumaverarbeitung, in: *Psyche* 43 (1989), S. 720–736; Eitinger, Leo: KZ-Haft und psychische Traumatisierung, in: *Psyche* 44 (1990), S. 118–132; Kogan, Ilany: Vermitteltes und reales Trauma in der Psychoanalyse von Kindern von Holocaust-Überlebenden, in: *Psyche* 44 (1990), S. 533–544; Straker, Gillian et al.: Seelische Dauerbelastung als traumatisches Syndrom – Möglichkeiten des einmaligen therapeutischen Gesprächs, in: *Psyche* 44 (1990) S. 144–163.

²⁷⁸ Katschnig, Heinz: Methodische Probleme der Life-Event-Forschung, in: *Nervenarzt* 51 (1980), S. 332–343; Siegrist, Johannes: Die Bedeutung von Lebensereignissen für die Entstehung körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen, in: *Nervenarzt* 51 (1980), S. 313–320; Foerster, Klaus: Neurose und Sozialrecht, in: *Nervenarzt* 55 (1984), S. 335–341; Rösler, Michael: Zur Beurteilung von Neurosen im Sozialrecht. Bemerkungen zur Arbeit von K. Foerster: Neurose und Sozialrecht [*Nervenarzt* (1984) 55: 335–341], in: *Nervenarzt* 56 (1985), S. 167; Dreßing, Harald, Mathias Berger: Posttraumatische Stresserkrankungen. Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzepts, in: *Nervenarzt* 62 (1991), S. 16–26; Kinzl, Johann, Wilfried Biebl, Hartmann Hinterhuber: Die Bedeutung von Inzesterlebnissen für die Entstehung psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen, in: *Nervenarzt* 62 (1991), S. 565–569.

²⁷⁹ Trube-Becker, Elisabeth: Kindesmisshandlung – ein Problem auch des Arztes, in: *Deutsches Ärzteblatt* 80 (1983), S. 29–32; Teusch, Ludwig: Die Renten neurose, in: *Deutsches Ärzteblatt* 82 (1985), S. 905–911; Lynch, Margaret E.: Indirekte Hinweise ebenso wichtig wie sichtbare körperliche Symptome, in: *Deutsches Ärzteblatt* 84 (1987), S. 977–981; Remschmidt, Helmut: Etwa 300 000 Kinder jährlich werden sexuell missbraucht!, in: *Deutsches Ärzteblatt* 84 (1987), S. 1028–1032; Strunk, Peter: Das Kind in einer pathologischen Familiendynamik, in: *Deutsches Ärzteblatt* 84 (1987), S. 1147–1150; Martinius, Joest: Emotionale Katastrophe in der Entwicklung des misshandelten Kindes, in: *Deutsches Ärzteblatt* 84 (1987), S. 1190–1194; Uekötter, Johannes, Sigrid Hildebrand-Lüdeking: Ärztliche Beratungsstellen zur Verhütung von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung, in: *Deutsches Ärzteblatt* 84 (1987), S. 1260–1261; Koers, Arend J.: Grundlage für ärztliche Intervention ist die weitreichende Familienanamnese, in: *Deutsches Ärzteblatt* 84 (1987), S. 1256–1257; Gnehm, Hanspeter E.: Prävention von Kindesmisshandlung: Erfahrungen mit Telefon-Beratungsstellen, in: *Deutsches Ärzteblatt* 84 (1987), S. 1252–1254; Remschmidt, Helmut: Seelische Gesundheit von Kindern, in: *Deutsches Ärzteblatt* 85 (1988), S. 2284–2285; Eggers, Christian: Psychische Folgeschäden nach Lagerhaft bis in die dritte Generation, in: *Deutsches Ärzteblatt* 87 (1990), S. 501–503; o.V. [E.D.]: Gewalt gegen Kinder – das bestgehütete Geheimnis, in: *Deutsches Ärzteblatt* 87 (1990) S. 213.

²⁸⁰ Müller-Braunschweig, Hans: Buchbesprechung zu „Miller, Alice: Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst, Frankfurt/M 1979“, in: *Psyche* 34 (1980), S. 464–466; Zinser, Hartmut: Buchbesprechung zu „Brownmiller, Susan: Gegen unseren Willen. Vergewaltigung und Männerherrschaft. Aus dem Amerikanischen von Ivonne Carroux, Frankfurt E.M. 1978“, in: *Psyche* 34 (1980), S. 765–767; Petri, Horst: Buchbesprechung zu „Pernhaupt, Günter, Hans Czermak: Die gesunde Ohrfeige macht krank. Über alltägliche Gewalt im Umgang mit Kindern“, in: *Psyche* 35 (1981), S. 68; Rosenkötter, Lutz: Buchbesprechung zu „Niederland, William G.: Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom. Seelenmord, Frankfurt/M 1980“, in: *Psyche* 35 (1981), S. 94–95; Petri, Horst: Buchbesprechung zu „Helfer, Ray E., C. Henry Kempe (Hg.): Das geschlagene Kind. Übersetzt von Udo Rennert, Frankfurt/M 1978“, in: *Psyche* 35 (1981), S. 585–586; Petri, Horst: Buchbesprechung zu „Zenz, Gisela: Kindesmißhandlung und Kindesrechte.

Vorangestellt allerdings ist folgendes Ergebnis festzuhalten: Es lässt sich lediglich ein einziger Artikel finden, der sich explizit mit dem PTSD-Konzept auseinandersetzt. Erst recht spät, 1991 im *Nervenarzt* publiziert, geben Harald Dreßing und Mathias Berger in „Posttraumatische Stresserkrankungen. Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzepts“ einen Überblick über Geschichte, Stand und Entwicklung des PTSD-Konzepts und fordern eine vermehrte Sensibilisierung und Institutionalisierung in Bezug auf psychische Traumatisierung im deutschen Gesundheitswesen.²⁸¹ Eine eigentliche Debatte über die Einführung der PTSD in den USA und dem zugrunde liegenden Krankheitskonzept hat es demnach in den drei von mir untersuchten Zeitschriften im genannten Zeitraum nicht gegeben.

3.1.1. Rezeption des PTSD-Konzepts in einem deutschsprachigen Fachartikel

Der 1991 im *Nervenarzt* erschienene Überblicksartikel „Posttraumatische Stresserkrankungen. Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzepts“ von Harald Dreßing und Mathias Berger ist in doppelter Hinsicht bemerkenswert. Zum einen war dies der einzige Artikel überhaupt in

Erfahrungswissen, Normstruktur und Entscheidungsrationalität, Frankfurt 1979“, in: *Psyche* 35 (1981), S. 972–974; Berndt, Heide: Buchbesprechung zu „Lempp, Reinhart: Extremlast im Kindes- und Jugendalter. Über Psychosoziale Spätfolgen nach nationalsozialistischer Verfolgung im Kindes- und Jugendalter anhand von Aktengutachten, Bern, Stuttgart, Wien 1979“, in: *Psyche* 36 (1982), S. 285–286; Plänklers, Thomas: Die barmherzige Psychoanalyse. Anmerkungen zu „A. Millers „Du sollst nicht merken“, in: *Psyche* 36 (1982), S. 748–742; Auchter, Thomas: Buchbesprechung zu „Hemminger, Hansjörg: Kindheit als Schicksal? Die Frage nach den Langzeitwirkungen frühkindlicher seelischer Verletzungen, Reinbek 1982“, in: *Psyche* 39 (1985), S. 761–763; Schneider, Peter: Buchbesprechung zu „Pietzcker, Carl: Trauma Wunsch und Abwehr, Würzburg 1985“, in: *Psyche* 41 (1985), S. 856–859; Reicheneder, Johann Georg: Buchbesprechung zu „Sigmund Freud. Briefe an Wilhelm Fließ. Ungekürzte Ausgabe, Herausgegeben von Jeffrey Moussaieff Masson. Bearbeitung der deutschen Fassung von Michael Schröter. Transkription von Gerhard Fichtner, Frankfurt E. M. 1986“, in: *Psyche* 42 (1988), S. 451–460; Pollmann, Armin: Buchbesprechung zu „Petri, Horst: Erziehungsgewalt. Zum Verhältnis von persönlicher und gesellschaftlicher Gewaltausübung in der Erziehung, Frankfurt 1989“, in: *Psyche* 45 (1991), S. 86–89; Reiff, Helmut: Buchbesprechung zu „Stern, Max: Repetition und Traum. Toward a Teleneonic Theory of Psychoanalysis, Hillsdale 1988“, in: *Psyche* 45 (1991), S. 1130–1131; Venzlaff, Ulrich: Buchbesprechung zu „Foerster, Klaus: Neurotische Rentenbewerber. Psychodynamische Entwicklung und sozialer Verlauf aufgrund mehrjähriger Katamnesen. Hrsg.: Eser, E., Seidler E., Stuttgart 1984“, in: *Nervenarzt* 56 (1985) S. 583.

²⁸¹ vgl. Dreßing, Harald, Mathias Berger: Posttraumatische Stresserkrankungen. Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzepts, in: *Nervenarzt* 62 (1991), S. 16–26.

den Zeitschriften *Psyche*, *Nervenarzt* und *Deutsches Ärzteblatt* im gewählten Untersuchungszeitraum 1980 bis 1991, in dem sich die Autoren ausdrücklich mit dem amerikanischen PTSD-Konzept auseinandersetzten. Eine ausführlichere Besprechung dieses Beitrages ist aber auch insofern besonders lohnenswert, als er am Endpunkt des gewählten Untersuchungszeitraumes erschien. Somit lassen sich durch die Art und Weise, wie sich die Autoren mit dem Thema Trauma und PTSD auseinandersetzten, auch Rückschlüsse auf die spezifischen Entwicklungen des Traumadiskurses in den 1980er Jahren in Deutschland ziehen.

Dreßing und Berger waren zu dieser Zeit Mitarbeiter der Psychiatrischen Klinik im *Zentralinstitut für Seelische Gesundheit* in Mannheim unter der Leitung von Heinz Häfner, der sich bereits früh mit der Erforschung von psychischen Folgeerscheinungen bei ehemaligen KZ-Inhaftierten auseinandergesetzt hatte. In ihrem Artikel informierten Dreßing und Berger darüber, dass 1980 die im Amerikanischen als „posttraumatic stress disorder“ bezeichnete Störung in das DSM-III aufgenommen wurde.²⁸² Somit sei erst recht spät eine diagnostische Kategorie für psychische Folgeschäden nach Traumata geschaffen worden, obgleich Erkenntnisse über psychische Traumatisierungen nicht neu gewesen seien. Die diagnostischen Kriterien des DSM-III für eine PTSD waren im Anhang abgedruckt.

In Deutschland hätten, wie Dreßing und Berger meinten, die Flugzeugkatastrophen von Ramstein und Remscheid aus dem Jahr 1988 zu einem erneuten Interesse und einer Auseinandersetzung mit posttraumatischen Stresserkrankungen geführt. Um zu verdeutlichen, dass das Wissen um psychische Folgen von Traumata nicht neu war, begannen die Autoren ihren Artikel mit einem historischen Überblick zur Traumaforschung. Exemplarisch nannten sie Forscher weltweit, die sich in irgendeiner Weise in der Vergangenheit mit seelischen Folgestörungen von Traumata auseinandergesetzt hatten. Sie stellten das *Da-Costa-Syndrom* vor,

²⁸² wobei die Autoren an dieser Stelle anmerkten, dass der übersetzte, in der deutschen Ausgabe des DSM-III verwendete Begriff „posttraumatische Belastungsstörung“ wenig geglückt sei, da ein wesentliches Merkmal der Störung ein anhaltender Stresszustand nach einem Trauma sei.

das erstmals 1871 an Soldaten des amerikanischen Bürgerkriegs diagnostiziert worden sei, erwähnten Oppenheim und die *traumatische Neurose*, den deutschen Arzt Erwin Baelz, der in Japan psychische Folgeerscheinungen des Erdbebens von 1894 in Japan beobachtete und berichteten von Strümpells Begriff der *Begehrensvorstellung*, der 1895 mit Bezug zur Begutachtungspraxis im Deutschen Kaiserreich eingeführt wurde. Dass sich Sigmund Freud mit Trauma auseinandergesetzt hatte wurde knapp erwähnt sowie die Untersuchungen von Kardiner, Spiegel und Grinker an amerikanischen Soldaten des Zweiten Weltkrieges, die deren psychovegetative Symptome als neurotische Reaktionen auf Kriegstraumata verstanden. Die Ergebnisse von v. Baeyer, Kisker und Häfner sowie die von Matussek und Venzlaff zu den psychischen Folgestörungen ehemals KZ-Inhaftierter wurden eingehender besprochen. Dreßing und Berger konstatierten: „Diese Ergebnisse stellen in dieser Breite und Tragweite ein Novum dar und erforderten neue und angemessene Formen der Hilfe und Entschädigung der Betroffenen.“ Zudem seien die Symptome der Opfer „zweifelsfrei nicht durch sog. Krankheitsgewinn unterhalten“.²⁸³ Als weiteren historischen Ansatz und Zugang zu posttraumatischen Stresserkrankungen nannten die Autoren das Stressmodell von Selyes, nach dem sich die Adaption an physische oder psychische Stressoren in 3 Phasen einteilen lasse, nämlich in Alarmreaktion, Anpassung und Resistenz sowie Erschöpfung. Auch die Aspekte klassische Konditionierung und Vermeidungsverhalten nach der Lerntheorie von Keane et al. ermöglichen einen weiteren Zugang zum Verständnis posttraumatischer Stresserkrankungen, so Dreßing und Berger. Als letztes listeten sie einige Studien zu zivilen Katastrophen auf, so Ploegers Untersuchung zur Bergwerkskatastrophe von Lengede, der bei allen Überlebenden psychopathologische Befunde ausmachte, Adler und Lindemann, die 1944 über psychische Folgen der Betroffenen einer Brandkatastrophe in einem Nachtclub berichteten, Lifton, Titchener und Gleser, die sich 1976 mit der Katastrophe des Dammbrochs von Buffolo Creek auseinandersetzten, bei der ein ganzes Dorf überflutet wurde, sowie Lopez-Ibor et al., die über

²⁸³ Dreßing, Harald, Mathias Berger: Posttraumatische Stresserkrankungen. Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzepts, in: Nervenarzt 62 (1991), S. 17.

psychopathologische Folgen des Speiseölskandals von 1981 in Spanien berichteten.²⁸⁴

Aus der bisherigen Darstellung lässt sich bereits schließen, dass die Autoren gegenüber der neuen Diagnose „posttraumatic stress disorder“ keineswegs kritisch eingestellt waren. Im Gegenteil, die punktuell exemplarische und diskontinuierliche Auflistung der doch recht unterschiedlichen Studien in verschiedenen Ländern zu verschiedenen Zeiten lässt den Eindruck entstehen, dass psychische Traumatisierung ein universelles Phänomen sei, das immer wieder in unterschiedlichsten Situationen in Erscheinung trete und einer noch eingehenderen Untersuchung bedürfe. So führten die Autoren anschließend Ansätze der zu Beginn der 1990er Jahre aktuellen Forschungsschwerpunkte auf. Hier nannten sie Daten zur Epidemiologie, nach der etwa 1% der gesamten Bevölkerung an einer PTSD leide, erläuterten einen möglichen Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren auf die Entstehung einer PTSD, diskutierten die Rolle von „life events“ und sozialer Unterstützung auf den Verlauf der Erkrankung, stellten Forschungsansätze auf Ebene der Psychophysiologie, Neuroendokrinologie sowie Schlaf- und Traumforschung vor und berichteten über erste Therapieansätze. Doch diese Zusammenstellung ließ sich eher im Sinne eines Überblicks über verschiedene Forschungsansätze lesen als eine präzise Erklärung von Zusammenhängen und Auflistung validierter Ergebnisse, an denen es immer noch weitestgehend mangelte.

In Zukunft allerdings sei mit einer Zunahme an Katastrophen zu rechnen, so ließen Dreßing und Berger verlauten und führten dies auf eine „zunehmende Bevölkerungsdichte, Industrialisierung, Ausdehnung des Straßen- Luft- und Schiffsverkehrs sowie der immer akuter werdenden ökologischen Probleme mit einer weiteren Häufung von technischen und Naturkatastrophen, Verkehrsunfällen, Gewaltkriminalität etc.“²⁸⁵ zurück. Auch die

²⁸⁴ vgl. Dreßing, Harald, Mathias Berger: Posttraumatische Stresserkrankungen. Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzepts, in: Nervenarzt 62 (1991), S. 16 ff.

²⁸⁵ Dreßing, Harald, Mathias Berger: Posttraumatische Stresserkrankungen. Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzepts, in: Nervenarzt 62 (1991), S. 23.

Flugzeugkatastrophen von Ramstein und Remscheid hätten gezeigt, wie unvorbereitet die Helfer hierauf gewesen seien, und somit forderten die Autoren im Schlussteil ihres Artikels, das Gesundheitswesen in Deutschland bezüglich Katastrophenschutz zu reformieren und machten diesbezüglich sechs konkrete Vorschläge. Hierzu gehörte, dass Ärzte, Sanitäter und Pflegepersonal besser über „psychiatrische Aspekte von Katastrophen“ und Krisenintervention unterrichtet werden sollten, „regionale Pläne für den koordinierten Einsatz von psychiatrisch-psychotherapeutischen Spezialisten“ gemacht werden sollten, diese auch Supervisionen für die Ersthelfer anbieten sollten. Die Öffentlichkeit sollte besser über posttraumatische Stresssymptome und zugleich über Beratungsstellen informiert werden. Auch Hausärzte müssten auf diesem Gebiete geschult werden und niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sollten mit Informationen zu Behandlungsschwierigkeiten versorgt werden und man müsse sie sensibilisieren für betroffene Kinder, die „eine besonders vulnerable Patientengruppe darstellen.“²⁸⁶ Dreßing und Berger wiesen am Ende darauf hin, dass individuelle Traumatisierungen beispielsweise im Rahmen von Verkehrsunfällen mit Sicherheit überwiegen, dass es gerade aber auch vor diesem Hintergrund nützlich erscheine, die Öffentlichkeit, insbesondere aber Ärzte, Pflegepersonal und Rettungssanitäter, für psychische Traumatisierungen zu sensibilisieren.²⁸⁷

Dieser Artikel von Dreßing und Berger aus dem Jahr 1991 versinnbildlichte den Übergang einer Ausweitung, Ausdehnung und Übertragung des Traumabegriffes auf zahlreiche Lebensbereiche, in denen Leid und Schmerz eine Rolle spielten, eine Entwicklung die zu großen Teilen in den 1980er Jahren stattfand, und markierte gleichzeitig den Beginn einer rasant fortschreitenden Institutionalisierung der Psychotraumatologie als Subdisziplin der Psychologie beziehungsweise der Psychiatrie. In keiner Weise ließ der Artikel erkennen, dass die Autoren dem Konzept kritisch gegenüber stünden. Sie äußerten keinerlei Bedenken bezüglich der Plausibilität der Schaffung einer solchen diagnostischen Kategorie. Es wurde keineswegs angezweifelt,

²⁸⁶ ebd.

²⁸⁷ vgl. ebd. S. 23 f.

dass belastende Ereignisse zu psychischen Störungen führen können. Der Traumabegriff hatte sich insofern ausgeweitet, als dass zu auslösenden Ereignissen nicht nur Ausnahmesituationen wie Kriegserlebnisse oder Inhaftierung in einem KZ gezählt wurden, sondern auch alle möglichen anderen Ereignisse des zivilen Lebens wie beispielsweise Unfälle, Unglücke oder Gewalt. Psychische Traumatisierung war zu einem Phänomen geworden, das nicht mehr nur auf einzelne Gesellschaftsgruppierungen wie beispielsweise Soldaten beschränkt war, sondern es konnte prinzipiell jeden treffen. Psychische Traumatisierung als Krankheitskonzept? Das schien selbsterklärend und musste in Deutschland nicht mehr hinterfragt werden. Wie selbstverständlich wurde das Konzept bedenkenlos umgesetzt – wie sehr das Konzept bereits Anfang der 1990er Jahre in Deutschland verankert war, wird deutlich durch die Forderung der Autoren nach Neurungen im Gesundheitswesen und nach einer vermehrten Institutionalisierung.

Doch auf welchen Entwicklungen beruhte die „Selbstverständlichkeit“ und „Bedenkenlosigkeit“, mit der das PTSD-Konzept Anfang der 1990er begrüßt, akzeptiert und umgesetzt wurde? Durch die Besprechung der restlichen Artikel des Untersuchungszeitraumes wird diese Frage näher beleuchtet.

Außer dem gerade besprochenen Beitrag von Dreßing und Berger wurde in keinem weiteren Artikel der drei Fachzeitschriften im Untersuchungszeitraum das Konzept der PTSD erwähnt, obgleich in allen Artikeln Aspekte von Traumatisierung behandelt wurden. Thematisch gingen diese Artikel allerdings weit auseinander. Um einen Überblick über das inhaltlich breite Spektrum des Artikelfundus zu geben und eine Vorstellung davon zu bekommen, wie in den 1980er Jahren über Trauma diskutiert wurde, welche Themen von besonderem Interesse waren, wird im Folgenden ein kurzer Abriss über repräsentative Themengebiete und Artikelinhalte gegeben.

3.1.2. Das KZ-Trauma in der dritten Generation

Einen ersten thematischen Schwerpunkt bildeten einige Artikel, in denen es um die Folgen der KZ-Haft ging. Besonders interessant allerdings ist, dass

hier nicht nur erörtert wurde, wie sich die Verfolgung auf die Psyche der Überlebenden selbst auswirkte. Das Verfolgungstrauma wurde auch in den nächsten Generationen, den Kindern und Enkelkindern der ehemaligen KZ-Häftlinge oder politisch Verfolgten gesehen. Dieses transgenerativ vermittelte Trauma werde von den Kindern durch unbewusste Identifizierung mit den Eltern übernommen, so lautete beispielsweise die Theorie von Ilany Kogan. Sie beschrieb dieses Phänomen 1990 anhand von zwei Fallbeispielen aus der Psychoanalyse.²⁸⁸ Christian Eggers wies in seinem im selben Jahr publizierten Artikel auf psychische und psychosomatische Folgen der Lagerhaft hin, die bis in die dritte Generation reichen können²⁸⁹, während Rose Alheim sich 1985 dem Verfolgungstrauma in der Enkelgeneration widmete und dies ebenfalls anhand eines Fallbeispiels einer psychoanalytischen Therapie erörterte.²⁹⁰ Unter den Rezensionen wurde Reinhart Lempps Buch „Extrembelastung im Kindes- und Jugendalter. Über Psychosoziale Spätfolgen nach nationalsozialistischer Verfolgung im Kindes- und Jugendalter anhand von Aktengutachten“²⁹¹, das 1979 erschien, besprochen sowie William Niederlands Buch „Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom. Seelenmord“, das 1980 erschien.²⁹²

3.1.3. Der Traumabegriff in Zusammenhang mit Kindesmisshandlung

Insbesondere im *Deutschen Ärzteblatt* wurde der Fokus durch ein Themenspezial, das 1987 unter der Rubrik „Fortbildung“ lief, auf die Folgen von Kindesmisshandlung gerichtet. In insgesamt neun Beiträgen wurden Informationen zur Epidemiologie, Erscheinungsformen, Begleitumständen und

²⁸⁸ Kogan, Ilany: Vermitteltes und reales Trauma in der Psychoanalyse von Kindern von Holocaust-Überlebenden, in: *Psyche* 44 (1990), S. 533–544.

²⁸⁹ Eggers, Christian: Psychische Folgeschäden nach Lagerhaft bis in die dritte Generation, in: *Deutsches Ärzteblatt* 87 (1990), S. 501–503.

²⁹⁰ Ahlheim, Rose: „Bis ins dritte und vierte Glied“. Das Verfolgungstrauma in der Enkelgeneration, in: *Psyche* 39 (1985), S. 330–354.

²⁹¹ Berndt, Heide: Buchbesprechung zu „Lempp, Reinhart: Extrembelastung im Kindes- und Jugendalter. Über Psychosoziale Spätfolgen nach nationalsozialistischer Verfolgung im Kindes- und Jugendalter anhand von Aktengutachten, Bern, Stuttgart, Wien 1979“, in: *Psyche* 36 (1982), S. 285–286.

²⁹² Rosenkötter, Lutz: Buchbesprechung zu „Niederland, William G.: Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom. Seelenmord, Frankfurt/M 1980“, in: *Psyche* 35 (1981), S. 94–95.

zur pathologischen Familiendynamik gegeben.²⁹³ Auf direkte und indirekte Hinweise auf Kindesmisshandlung wurde hingewiesen, des Weiteren über Beratungsstellen informiert und über Erfahrungen mit Präventionsmaßnahmen wie beispielsweise Telefonberatungsstellen berichtet. Dieser Fortbildungsrubrik vorausgegangen war ein 1983 ebenfalls im *Ärzteblatt* erschienener Bericht der Rechtsmedizinerin Elisabeth Trube-Becker mit dem Titel „Kindesmißhandlung – ein Problem auch des Arztes“.²⁹⁴ In der *Psyche* erschienen unterdessen drei Buchbesprechungen, in denen Veröffentlichungen zum Thema Kindesmisshandlung und Gewalt von Horst Petri rezensiert wurden.²⁹⁵ Dieser stellte unterdessen 1981 in der *Psyche* seine empirische Studie über die Auswirkungen familiärer Gewalt auf die psychosoziale Entwicklung vor.²⁹⁶ Die Aktualität des Themas Kindesmisshandlung wurde auch in psychoanalytischen Kreisen wahrgenommen. Hier führte dies allerdings zu einer Auseinandersetzung um die Verführungstheorie Freuds aus dem Jahr 1886. Hierin behauptete Freud, dass die Ursache für neurotische Störungen auf sexuellen Missbrauch in der Kindheit zurückzuführen sei. Doch schon ein Jahr später widerrief er diese Theorie wieder. Auf die Unterstellung hin, dass die Psychoanalyse in Anbetracht Freuds Aufgabe der Verführungstheorie nicht mehr zeitgemäß sei,

²⁹³ Lynch, Margaret A.: Indirekte Hinweise ebenso wichtig wie sichtbare körperliche Symptome, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), S. 977–981; Remschmidt, Helmut: Etwa 300 000 Kinder jährlich werden sexuell missbraucht!, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), S. 1028–1032; Strunk, Peter: Das Kind in einer pathologischen Familiendynamik, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), S. 1147–1150; Martinius, Joest: Emotionale Katastrophe in der Entwicklung des misshandelten Kindes, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), S. 1190–1194; Uekötter, Johannes, Sigrid Hildebrand-Lüdeking: Ärztliche Beratungsstellen zur Verhütung von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), S. 1260–1261; Koers, Arend J.: Grundlage für ärztliche Intervention ist die weitreichende Familienanamnese, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), S. 1256–1257; Gnehm, Hanspeter E.: Prävention von Kindesmisshandlung: Erfahrungen mit Telefon-Beratungsstellen, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), S. 1252–1254; Remschmidt, Helmut: Seelische Gesundheit von Kindern, in: Deutsches Ärzteblatt 85 (1988), S. 2284–2285; o.V. [E.D.]: Gewalt gegen Kinder – das bestgehütete Geheimnis, in: Deutsches Ärzteblatt 87 (1990) S. 213.

²⁹⁴ Trube-Becker, Elisabeth: Kindesmisshandlung – ein Problem auch des Arztes, in: Deutsches Ärzteblatt 80 (1983), S. 29–32.

²⁹⁵ Petri, Horst: Buchbesprechung zu „Pernhaupt, Günter, Hans Czermak: Die gesunde Ohrfeige macht krank. Über alltägliche Gewalt im Umgang mit Kindern“, in: *Psyche* 35 (1981), S. 45; Petri, Horst: Buchbesprechung zu „Helfer, Ray E., C. Henry Kempe (Hg.): Das geschlagene Kind. Übersetzt von Udo Rennert, Frankfurt/M 1978“, in: *Psyche* 35 (1981), S. 585–586; Petri, Horst: Buchbesprechung zu „Zenz, Gisela: Kindesmißhandlung und Kindesrechte. Erfahrungswissen, Normstruktur und Entscheidungsrationaltät, Frankfurt 1979“, in: *Psyche* 35 (1981), S. 972–974.

²⁹⁶ Petri, Horst: Aspekte familiärer Gewalt. Eine empirische Untersuchung, in: *Psyche* 35 (1981), S. 927–962.

erschienen in der *Psyche* einige Beiträge mit dem Anliegen, dies zu dementieren und die Bedeutung realer Traumata in Freuds Theorie genauer zu untersuchen und hervorzuheben. In diesem Zusammenhang veröffentlichte Winfried Knörzer 1988 „Einige Anmerkungen zu Freuds Aufgabe der Verführungstheorie“²⁹⁷, Siegfried Zepf et al. 1986 den Artikel „Realität und Phantasie. Anmerkungen zum Traumabegriff Sigmund Freuds“²⁹⁸ und Gottfried Fischer im gleichen Jahr „Empirische Forschung zur Wirkung von Traumata bei Kindern und Jugendlichen. Kritik und Informationen zu einem wieder aktuellen Thema.“²⁹⁹

3.1.4. Diversifikation des Traumabegriffes

Gillian Straker et al. entwickelten und berichteten 1990 über die Möglichkeiten eines einmaligen therapeutischen Gesprächs. Dies geschah vor dem Hintergrund therapeutischer Arbeit mit Jugendlichen in Johannesburg, Südafrika. Die Gewaltverhältnisse, denen Jugendliche dort alltäglich ausgesetzt gewesen seien, wurden als seelische Dauerbelastung und als traumatisches Syndrom beschrieben.³⁰⁰ Ernst Weimer et al. stellten in ihrem 1989 publizierten Artikel erste Ergebnisse eines deutsch-schwedischen Forschungsprojektes vor, das die Verarbeitungsmechanismen der Diagnose HIV untersuchte. Die HIV-Infektion wurde hier als Trauma beschrieben, so dass der Umgang mit der Diagnose als Traumaverarbeitung besprochen und erörtert wurde.³⁰¹

3.1.5. Zum Traumakonzepkt der 1980er Jahre in Deutschland

Insgesamt zeugten diese Artikel alle davon, dass es bereits keine neue Erkenntnis mehr gewesen zu sein schien, dass externe Faktoren, gewisse

²⁹⁷ Knörzer, Winfried: Einige Anmerkungen zu Freuds Aufgabe der Verführungstheorie, in: *Psyche* 42 (1988), S. 97–131.

²⁹⁸ Zepf, Siegfried, Brigitte Weidenhammer, Jutta Baur-Morlock: Realität und Phantasie. Anmerkungen zum Traumabegriff Sigmund Freuds, in: *Psyche* 40 (1986), S. 124–144.

²⁹⁹ Fischer, Gottfried: Empirische Forschung zur Wirkung von Traumata bei Kindern und Jugendlichen. Kritik und Informationen zu einem wieder aktuellen Thema, in: *Psyche* 40 (1986), S. 145–161.

³⁰⁰ Straker, Gillian et al.: Seelische Dauerbelastung als traumatisches Syndrom – Möglichkeiten des einmaligen therapeutischen Gesprächs, in: *Psyche* 44 (1990)S. 144–163.

³⁰¹ Weimer, Ernst, Lena Nilsson-Schönnesson, Ulrich Clement: HIV-Infektion: Trauma und Traumaverarbeitung, in: *Psyche* 43 (1989), S. 720–736.

Erlebnisse, zu bleibenden psychischen Folgeschäden führen können – ein Verständnis von Trauma und seinen Auswirkungen also, das dem Konzept, das auch der PTSD zugrunde liegt, weitestgehend entsprach. Wie selbstverständlich wurde der Begriff psychische Traumatisierung verwendet im Sinne eines Kausalitätszusammenhangs von Ereignissen und psychischen Störungen. Zwar wurde auch ersichtlich, dass über die Definition, was denn eigentlich als psychisches Trauma zu bezeichnen war, Uneinigkeit bestand; es wurden in einigen Artikeln Versuche unternommen, psychisches Trauma zu definieren, wobei diese zu recht unterschiedlichen Ergebnissen kamen. Zumindest lassen jedoch die gehäuften Versuche psychisches Trauma zu definieren auf eine gewisse Aktualität der Thematik schließen. Doch über die zugrunde liegende, entscheidende Frage, ob äußere Ereignisse überhaupt zu bleibenden psychischen Störungen führen können, wurde im Wesentlichen schon nicht mehr diskutiert. Dass gewisse Erlebnisse, Erfahrungen, gewisse Lebensumstände Einfluss auf die Psyche eines Menschen haben können, darüber schien bereits (unausgesprochene) Einigkeit geherrscht zu haben. Dies legt den Schluss nahe, dass ein Umdenken, eine Veränderung der Einstellung bezüglich psychischer Traumatisierung vor dem von mir ausgewählten Zeitraum stattgefunden haben muss.

Die Auswertung der Artikel zeigt allerdings eine weitere bemerkenswerte Entwicklung auf: der Begriff psychisches Trauma wurde bereits im Zusammenhang mit unterschiedlichsten Themenbereichen verwendet. KZ-Haft, HIV-Infektion, Vietnamveteranen, Kindesmisshandlung, Gewalt in Südafrika, Inzest – all diese Bereiche wurden in Hinblick auf ihre seelischen Auswirkungen angeführt und analysiert. Die Einkategorisierung äußerst verschiedener Bereiche unter den Begriff psychisches Trauma war in vollem Gange. Die vielseitige Verwendung des Begriffes kann zudem als ein – wohl auch entscheidender - Faktor der einschlagenden Erfolgsgeschichte der Psychotraumatologie gesehen werden.

3.1.6. Trauma als pathogener Faktor

Die Annahme, dass gewisse Lebensumstände und Erlebnisse nachhaltigen Einfluss auf die Gesundheit der Psyche haben können, war in den 1980ern bereits unter dem Gros der Autoren fast ausnahmslos verbreitet. So bildete diese Annahme die Voraussetzung und Basis der jeweiligen Beiträge. Durch meist einleitende Sätze wird deutlich, von welchem „Erfahrungsschatz“ die jeweiligen Autoren ausgingen.

Gottfried Fischer begann seinen Artikel wie folgt:

„Zunächst in den Berufsgruppen des Sozialbereichs, bei Sozialarbeitern, Pädagogen, Psychologen und Ärzten hat sich allmählich ein Problembewußtsein entwickelt für die kurzfristigen und langfristigen Auswirkungen traumatischer Erlebnisse auf Kinder und Jugendliche ... Auch in anderen Bereichen sind die Angehörigen sozialer Berufe und teilweise auch die Öffentlichkeit für die Auswirkung von psychosozialen Traumata sensibler geworden. Man achtet stärker auf die Risiken, die ein bestimmtes familiäres und soziales Milieu für die Entwicklung von Suchten oder delinquentem Verhalten birgt. Und selbst im Bereich von Geisteskrankheiten, wie der Schizophrenie, die bis vor nicht langer Zeit als reine Erbkrankheit betrachtet wurde, wollen viele Fachleute eine psychosoziale Einflußgröße nicht länger ausschließen.“³⁰²

Harald Dreßing und Mathias Berger schrieben:

„Die Kenntnis von langanhaltenden und ernsthaften seelischen Störungen als Folge eines psychisch stark traumatisierenden Ereignisses ist nicht neu, und besonders die Erforschung bei Opfern der Konzentrationslagerhaft hat unser Wissen hierüber erheblich erweitert.“³⁰³

Auch Rose Alheim stellte einleitend fest, dass „in den letzten Jahren häufiger als in den ersten Jahrzehnten nach dem Krieg über innerpsychische Folgen des Nationalsozialismus geschrieben und diskutiert worden“ sei.³⁰⁴ Brian Cooper hingegen bezog sich auf die „Life-Event-Forschung“, die darauf hinweise, „daß Lebensereignisse bei vielen Arten von psychischen

³⁰² Fischer, Gottfried: Empirische Forschung zur Wirkung von Traumata bei Kindern und Jugendlichen. Kritik und Informationen zu einem wieder aktuellen Thema, in: Psyche 40 (1986), S. 145 f.

³⁰³ Dreßing, Harald, Mathias Berger: Posttraumatische Stresserkrankungen. Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzepts, in: Nervenarzt 62 (1991), S. 16.

³⁰⁴ Ahlheim, Rose: „Bis ins dritte und vierte Glied“. Das Verfolgungstrauma in der Enkelgeneration, in: Psyche 39 (1985), S. 330.

Erkrankungen nicht nur bei den sog. Reaktionen und reaktiven Zuständen von kausaler Bedeutung sein können.“³⁰⁵ Und auch Anita Eckstaedt berichtete über ihre Erfahrungen mit Patienten:

„In nahezu allen Analysen von Patienten, die in jener Zeit [während des Zweiten Weltkrieges] Kinder waren oder geboren worden sind, finden sich Auswirkungen und Reaktionen auf die Kriegszeit, die langfristiger Art sind und sich zunächst als scheinbar verdeckt erweisen ... Es lassen sich Schicksale als Kriegs- und Nachkriegsschicksale aufhellen, die dann als groß angelegte Reaktionen auf oft weniger kontuierte, breit angelegte traumatische Situationen in Form von Extrembelastung entzifferbar sind.“³⁰⁶

Die Entwicklungen in Deutschland beobachtend und zusammenfassend kritisierte Leo Eitinger die Entwicklungen in Deutschland:

„In den letzten Jahren hat sich auch ein Teil der deutschen Psychiatrie zu einem weniger strengen Standpunkt hinsichtlich der Frage des psychischen Trauma und dessen Spätwirkung durchgerungen. Aber selbst wenn man in Deutschland nicht mehr daran glaubt, daß die seelische Belastbarkeit eines „gesunden“ Menschen unbegrenzt ist, und willig ist, sich von der Existenz erlebnisbedingter Dauerschäden überzeugen zu lassen, heißt es bei einem führenden Psychiater immer noch: „Erfahrungsgemäß wird katastrophalen Ereignissen häufig zu viel pathogene Bedeutung beigemessen.““³⁰⁷

Dieser „führende Psychiater“ wird jedoch nicht namentlich benannt. Im Großen und Ganzen lässt sich nichtsdestotrotz wohl sagen, dass sich die Annahme über die Kausalität von Traumata und psychischen Folgeschäden zum damaligen Zeitpunkt bereits breitflächig durchgesetzt hatte. Doch wie sahen diese psychischen Folgeschäden konkret aus? Welche tatsächlichen Auswirkungen sollten traumatische Ereignisse folglich auf die Psyche gehabt haben? Welche Merkmale oder Symptome hatten Ärzte und Psychologen als traumatische Folgeschäden klassifiziert?

Die Ideen hierzu waren entsprechend den äußerst unterschiedlichen Themenbereichen der Textbeiträge selbst ebenfalls extrem vielgestaltig. Die

³⁰⁵ Cooper, Brian: Die Rolle von Lebensereignissen bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen, in: Nervenarzt 51 (1980), S. 321.

³⁰⁶ Eckstaedt, Anita: Eine klinische Studie zum Begriff der Traumareaktion. Ein Kindheitsschicksal aus der Kriegszeit, in: Psyche 35 (1981), S. 600 und 611.

³⁰⁷ Eitinger, Leo: KZ-Haft und psychische Traumatisierung, in: Psyche 44 (1990), S. 128 f.

Rechtsmedizinerin Elisabeth Trube-Becker, die im *Ärzteblatt* einen Artikel über Kindesmisshandlung veröffentlichte, deutete „scheinbar unerklärliche Verhaltensstörungen“, wie beispielsweise „Erziehungs-, Lern- und Kontaktschwierigkeiten“ als Folge von körperlicher und seelischer Gewalt, sexuellem Missbrauch oder Vernachlässigung von Kindern.³⁰⁸ Christian Eggers benannte eine Reihe von psychischen und psychosomatischen Symptomen, die er als Folge einer Inhaftierung im KZ ausmachte. Ganz Allgemein hätten Überlebende später „Schwierigkeiten bei der Bewältigung der durch das Leben gestellten Anforderungen“ und neigten dazu, eher physisch und psychisch zu dekompensieren. Zudem seien bei ihnen häufig Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Alpträume, Phobien und depressive Verstimmungen anzutreffen. Auch Erschöpfbarkeit, Merk- und Konzentrationsstörungen, Affektlabilität, Reizbarkeit, Angstzustände, Ruhelosigkeit, traurige Verstimmungen, Aggressivität, Grübelneigung, Gefühle von Selbstunsicherheit und Wertlosigkeit sowie Schuldgefühle seien bei ihnen häufig vertreten.³⁰⁹ Eine Erklärung auf psychoanalytischer Basis war in der *Psyche* in einem Artikel von Ernst Weimar et al. zu finden. Sie setzten sich inhaltlich mit dem Trauma und der Traumaverarbeitung der HIV-Infektion auseinander und beschrieben, wie sich ihrer Vorstellung nach äußere Ereignisse auf das Seelenleben auswirken können:

„Die traumatische Situation, die durch die aggressiven, zerstörerischen Viren und die potentiell stigmatisierenden und ausgrenzenden Mitmenschen einerseits und den Infizierten in der Opferrolle andererseits konstituiert wird und durch ein Macht-/ Ohnmachtsgefälle bestimmt ist, droht das Ich des Infizierten mit der Vernichtungsangst und schmerzhaften Affekten (z.B. narzißtische Kränkungen, Verlust sozialer Identitäten, Beeinträchtigung der Selbstwertschätzung) zu überfluten, so daß das Ich einen vorübergehenden Zusammenbruch erleiden kann und potentiell die Gefahr besteht, auf psychogenetisch frühere Mechanismen der Bedrohungsabwägung zu regredieren.“³¹⁰

³⁰⁸ Trube-Becker, Elisabeth: Kindesmisshandlung – ein Problem auch des Arztes, in: Deutsches Ärzteblatt 80 (1983), S. 30 f.

³⁰⁹ Eggers, Christian: Psychische Folgeschäden nach Lagerhaft bis in die dritte Generation, in: Deutsches Ärzteblatt 87 (1990), S. 502.

³¹⁰ Weimar, Ernst, Lena Nilsson-Schönnesson, Ulrich Clement: HIV-Infektion: Trauma und Traumaverarbeitung, in: *Psyche* 43 (1989), S. 723.

Durch die Zitate wird ersichtlich, dass einige Autoren genaue Vorstellungen davon hatten, wie sich ihrer Meinung nach traumatische Situationen auf die Psyche auswirken und wie diese dann symptomatisch in Erscheinung treten. Hervorzuheben ist allerdings, dass diese Vorstellungen recht unterschiedlich ausfielen und keineswegs einheitliche Beobachtungen gemacht wurden. Bei den einen wurden als psychische Folgeschäden beispielsweise Erziehungsschwierigkeiten angeführt, bei den anderen wurden Kopfschmerzen und depressive Verstimmungen genannt, während im dritten Beispiel von innerpsychischen Konfliktsituationen und Regressionsmechanismen gesprochen wurde. Es ist offenkundig und liegt auf der Hand, dass die jeweiligen Autoren natürlich auch von ganz verschiedenen Grundvoraussetzungen ausgingen. Diese Grundvoraussetzungen, in den beschriebenen Fällen Kindesmisshandlung, Lagerhaft und HIV-Infektion, wurden allerdings mit dem Begriff Trauma assoziiert, als traumatische Situationen beschrieben. Dass die angeführten Auswirkungen dieser Traumata auf die Psyche kein einheitliches Symptomspektrum abbildeten, ist von daher leicht nachvollziehbar. Ohnehin machte sich auch hier die Problematik bemerkbar, die im Grunde bereits seit Begriffsgeschichte des psychischen Traumas existierte und mit diesem Begriff unweigerlich verknüpft ist: Das Dilemma, ein Trauma überhaupt als ein solches zu definieren. Im vorliegenden Artikelfundus lassen sich vier Beiträge finden, in denen der Versuch unternommen wurde, eine Definition des Begriffs Trauma zu geben. Ob sich die Autoren der Problematik bewusst waren oder nicht – ihre divergierenden Definitionen sind ein Beleg für die Schwierigkeit, Trauma als Begrifflichkeit zu fassen, zu beschreiben, zu definieren. So schrieben Martin Ehlert und Beate Lorke:

„[D]er Begriff bezeichnet – daran wollen wir ausdrücklich festhalten – ein objektives Ereignis und zugleich die Störungen, die dieses Ereignis im Subjekt hervorruft, die objektive Gewalt, die dem Subjekt angetan wird, und zugleich die individuell höchst unterschiedliche Art, in der das Subjekt auf diese äußere Zumutung reagiert ... Wir halten daran fest, daß das Trauma immer eine unabdingbare objektive Komponente enthält. Es stellt einen Grenzfall dar, denn

es bezeichnet ein Erlebnis, das ausschließlich von dem auslösenden Ereignis determiniert ist.“³¹¹

Gottfried Fischer hatte hier allerdings ein anderes Verständnis:

„[E]ntgegen manchen alltagspsychologischen Meinungen [ist] ein Trauma kein äußeres Faktum. Es ist keine soziale, physikalische, chemische usf. „Gegebenheit an sich“, sondern eine solche immer nur „für ein Subjekt“ ...Ein Ereignis wird „traumatisch“ nur in der und durch die Beziehung auf ein empfindendes und handelndes Subjekt. Anders gesagt: es gibt keine „objektiv“ traumatischen Ereignisse.“³¹²

Siegfried Zepf et al. blieben bei ihrer Definition eher im Vagen:

„Der Begriff Trauma bezeichnet allgemein eine den Organismus schädigende Gewalteinwirkung von außen. Im psychiatrisch-neurologischen Verständnis wird das Trauma als ein Zustand körperlicher und seelischer Veränderungen gefasst, die als Folge eines Schocks, E.h. einer körperlichen und/oder seelischen Erschütterung eingetreten sind.“³¹³

Und letztlich sagte Ilany Kogan: „Das von Holocaust-Überlebenden auf ihre Kinder übertragene Trauma ist zwischen Realität und Phantasie anzusiedeln. Die Realität dieses Traumas gehört zur Lebenserfahrung der Eltern, wird aber vom Kind als Teil seiner selbst phantasiert.“³¹⁴

Dem Begriff psychisches Trauma ist seit jeher die Problematik immanent, dass man ihn nicht recht fassen kann, nicht recht beschreiben kann. Wo hört das objektive Faktum auf, wo beginnt das subjektive Erlebnis – und wie lässt sich hier eine scharfe Trennlinie ziehen? Welchen Punkt in diesem schwammigen Bereich soll nun der Begriff Trauma bezeichnen? Oder steht der Begriff nicht doch einfach für das gesamte Spannungsfeld – sowohl äußere Ereignisse wie auch innerpsychisches Erleben zugleich? Diese

³¹¹ Ehlert, Martin, Beate Lorke: Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion, in: Psyche 42 (1988), S. 502 f.

³¹² Fischer, Gottfried: Empirische Forschung zur Wirkung von Traumata bei Kindern und Jugendlichen. Kritik und Informationen zu einem wieder aktuellen Thema, in: Psyche 40 (1986), S. 158.

³¹³ Zepf, Siegfried, Brigitte Weidenhammer, Jutta Baur-Morlock: Realität und Phantasie. Anmerkungen zum Traumabegriff Sigmund Freuds, in: Psyche 40 (1986), S. 126.

³¹⁴ Kogan, Ilany: Vermitteltes und reales Trauma in der Psychoanalyse von Kindern von Holocaust-Überlebenden, in: Psyche 44 (1990), S. 533.

begriffliche Undifferenziertheit lässt zu, dass recht unterschiedliche Themenbereiche mit Trauma assoziiert werden können. Die thematische Diversität spiegelt sich auch in den Inhalten der Artikel wieder, die Gegenstand dieser Untersuchung sind. Gleichzeitig wird bei der Analyse der Beiträge deutlich, dass der Traumabegriff mehr beinhaltet als eine Aussage über die Verbindungen im Grenzbereich zwischen äußeren Ereignissen und innerpsychischem Erleben. Dem in den 1980er Jahren gebrauchten Traumabegriff haftete etwas Bewertendes, Moralisierendes an, implizit beinhaltet die Verwendung des Begriffes eine Einteilung in Opfer und Täter und suggerierte eine Zuweisung von Schuld und Unschuld.

Im Folgenden werden nun die Inhalte der schwerpunktmäßig zusammengestellten Artikel besprochen, mit dem Ziel, zu verdeutlichen, in welchen Kontexten in Deutschland in den 1980er Jahren über psychische Traumatisierung diskutiert wurde und welche Bedeutung in diesem Rahmen dem Traumabegriff zukam. Dies soll dazu beitragen, zu verstehen, weshalb das PTSD-Konzept als diagnostische Kategorie kaum kritisch hinterfragt wurde und mit einer breiten Akzeptanz übernommen wurde.

3.2. KZ-Haft und das transgenerativ übertragene Trauma

3.2.1. Psychische Traumatisierung und KZ-Haft

In der *Psyche* wurde 1990 der Vortrag „KZ-Haft und psychische Traumatisierung“ abgedruckt, den Leo Eitinger 1987 auf der Tagung „Viereinhalb Jahre Auschwitz 1940–1945“ im *Hamburger Institut für Sozialforschung* hielt.³¹⁵ Eitinger kritisierte hierin das Bundesentschädigungsgesetz der Bundesrepublik Deutschland beziehungsweise den Umgang der Deutschen mit ehemals Verfolgten. Aufgrund der spezifischen, deutschen Gesetzgebung – nach der ein kausaler Zusammenhang zwischen Kriegserlebnissen und Krankheit zwingend erbracht werden musste – würden die Anträge ehemaliger KZ-Häftlinge auf Entschädigung weiterhin viel zu häufig abgelehnt, obwohl sie berechtigt seien.

³¹⁵ vgl. Eitinger, Leo: KZ-Haft und psychische Traumatisierung, in: *Psyche* 44 (1990), S. 118–132.

Im Kontrast hierzu informierte Eitinger über den Umgang in Norwegen mit ehemals Inhaftierten, denen seit einer Änderung der Gesetzgebung 1968 eine Rente größtenteils gewährt wurde. Die Entscheidung zur Änderung der Gesetzeslage für „Kriegsbeschädigte“ sei zwar politisch motiviert gewesen, doch entspreche dies vielmehr auch dem Stand „zeitgemäßer klinisch-medizinisch-wissenschaftlicher Forschung.“³¹⁶ So berichtete Eitinger über seine Untersuchung zu Folgeerscheinungen von KZ-Haft bei ehemaligen norwegischen Häftlingen, die sich über einen Zeitraum von dreißig Jahren erstreckte. Als Ergebnis dieser groß angelegten und umfassenden Studie sei festzuhalten, dass bei allen Untersuchten physische und psychische Auswirkungen und Folgeschäden der Haft nachweisbar gewesen seien.

Leo Eitinger gehörte den bekanntesten und erfahrensten Forscher auf dem Gebiet psychischer Traumatisierung und Folgen von KZ-Haft. Der renommierte Psychiater jüdischer Herkunft, selbst ein ehemaliger KZ-Häftling, wurde 1912 in Lomnitz geboren und studierte in der Tschechoslowakei Medizin. 1939 floh er vor der Wehrmacht und tauchte in Norwegen unter, bis er dort 1942 nach der Deutschen Besetzung verhaftet wurde. Im März 1943 wurde er nach Auschwitz und im Januar 1945 von dort nach Buchenwald deportiert. Nach dem Krieg kehrte er nach Norwegen zurück und gehörte zu den wenigen aus Norwegen deportierten Juden, die überhaupt überlebt hatten. Er spezialisierte sich auf das Fach Psychiatrie, wurde in Oslo 1966 Professor der Psychiatrischen Universität und hinterließ eine große Anzahl an Publikationen zu schweren psychischen Traumata.³¹⁷

So bot Eitingers abgedruckter Vortrag bei weitem mehr als eine Darstellung des Studiendesigns, Methodik und Ergebnissen seiner langjährigen Untersuchungen von ehemals KZ-Inhaftierten in Norwegen. Die aufgeworfenen Fragestellungen, angesprochene politische und juristische Aspekte, international gezogene Vergleiche und Verweise auf die Entwicklung der medizinischen Forschung reflektierten die wichtigsten Punkte der

³¹⁶ Eitinger, ebd., S.130.

³¹⁷ vgl. [o.V.]: In Memoriam: Professor Leo Eitinger, in: Holocaust Genocide Studies, 11 (1997), S. 471.

Diskussion um psychisches Trauma, die sich seit 1945 in Europa und den USA entwickelte. Durch Erläuterungen und eine Einbettung in den gesamtgeschichtlichen Kontext lässt sich Eitingers Vortrag als ein kurzer Abriss der Geschichte des psychischen Traumas in der Nachkriegszeit lesen.

Zunächst gab Eitinger einen Überblick über die norwegische Gesetzgebung der Kriegs- und Nachkriegsjahre in Bezug auf Entschädigungsfragen und die sich hieraus abzeichnende Problematik, die sich für ehemals KZ-Inhaftierte ergab. Analog zur deutschen Gesetzgebung musste zunächst auch in Norwegen ein kausaler Zusammenhang zwischen Ursache und pathologischen Folgeerscheinungen nachgewiesen werden, um einen Antrag auf Entschädigung bewilligt zu bekommen. Doch haben sich Psychiater in den 1950er Jahren auch in Norwegen zunehmend mit der Problematik konfrontiert, dass Überlebende plötzlich nach einigen Jahren völliger Symptommfreiheit und vollumfänglicher Arbeitsfähigkeit über Beschwerden wie beispielsweise Nervosität, Angst und Müdigkeit klagten. Sie führten dies auf die KZ-Haft zurück und stellten Anträge auf Entschädigung, da die Symptome so schwerwiegend waren, dass sie zu einer verminderten Arbeitsfähigkeit führten. Nach geltender norwegischer Gesetzgebung wurden allerdings fast alle Rentenanträge abgelehnt, da sich ein kausaler Zusammenhang nicht nachweisen beziehungsweise nicht psychiatrisch begründen ließ. Nach herrschender psychiatrischer Lehrmeinung wurde die Möglichkeit ausgeschlossen, dass diese Symptome als Folge der Lagerhaft entstanden sein könnten. Immerhin waren die Überlebenden zwischenzeitlich jahrelang symptomfrei gewesen. Um aber als Folge der Lagerhaft auch nur in Betracht gezogen zu werden, so waren Psychiater der Ansicht, mussten zumindest „Brückensymptome“ eruierbar sein, die sich bis zum verursachenden Auslöser zurückverfolgen ließen. Überdies hielten sie die These, dass psychische Schädigung durch äußere Ereignisse hervorgerufen werden könnten, sowieso für unhaltbar, „hatten wir doch gelernt, daß ein „gesunder, normaler Mensch“ von psychischen Belastungen nicht krank werden könne!“³¹⁸

³¹⁸ Eitinger, Leo: KZ-Haft und psychische Traumatisierung, in: Psyche 44 (1990), S. 120.

Mit dieser Darstellung der norwegischen Gesetzeslage und psychiatrischen Lehrmeinung beschrieb Eitinger im Grunde nicht nur den Status quo in Norwegen, sondern auch den in Deutschland, der sich hiervon kaum unterschied. Ja er skizzierte hier die Eckpunkte einer Epoche psychiatrischen Wissens, die zudem Rückschlüsse auf das damalige Menschenbild erlauben. Das Wesen des Menschen, so glaubten Psychiater, blieb unbeeinflusst von äußeren Gegebenheiten und Lebensumständen. Auch noch so große Belastungen sei ein Mensch imstande zu ertragen und folgenlos zu überstehen. Das Wesen des Menschen sei vielmehr durch seine (vererbten) Anlagen, seine Konstitution seit Geburt an festgelegt. Reagierte er beispielsweise auf belastende Lebensumstände mit psychischen Auffälligkeiten, so sei die Ursache hierfür in einem schwachen Charakter oder einer psychopathischen Grundkonstitution zu suchen. Die Wandlung hin zu einer Sichtweise, nach der der Mensch als ein entscheidend auch durch seine Umwelt (mit-) beeinflusstes Individuum wahrgenommen wurde, begann sich erst langsam zu vollziehen.

Eitinger schilderte im Weiteren einige Einflussgrößen, die aufgrund eines bestimmten politischen Klimas und ethischer Vorstellungen zu einer veränderten Gesetzgebung, zu neuen psychiatrischen Erkenntnissen führten und aus denen man herauslesen konnte, dass sich auch in der Vorstellung über das Wesen des Menschen etwas bewegte: In Norwegen seien zunächst fast alle Anträge ehemals KZ-Inhaftierter abgelehnt worden, denn nach herrschender Lehre war es den Psychiatern, die als Gutachter in Entschädigungsfragen herangezogen wurden, unmöglich, einen Zusammenhang zwischen Krieg und psychischer Störung zu attestieren. Eitinger schilderte die Situation und Position der Psychiater im Rückblick: „Wir folgten mit gutem Gewissen unserem schlechten Wissen.“³¹⁹

Doch habe es daraufhin hierüber heftige Diskussionen zwischen Ärzten, dem norwegischen Reichsversicherungsamt und dem norwegischem

³¹⁹ ebd.

Kriegsopferverband gegeben. Es sei beanstandet worden, dass die Kriegsopfer keine angemessene Unterstützung erfuhren. Im Rahmen dieser Auseinandersetzung sei schließlich eine unabhängige, vom norwegischen Gesundheitsministerium finanzierte Untersuchungskommission einberufen worden.

Bei dem Versuch die Geschichte des Traumabegriffs nachzuerzählen, stellt dies einen entscheidenden Punkt dar. Die Beschäftigung mit dieser Thematik ist weniger aus einem genuinen innerpsychiatrischen Interesse heraus erwachsen, sondern lag vielmehr in einer von außen herangetragenen Notwendigkeit begründet. So resümierte Eitinger: „Keiner von uns, die wir in dieser Kommission arbeiteten, hatte je Erfahrungen mit Problemen dieser Art, wir wußten ja nicht einmal, wonach wir suchten.“³²⁰ Erst durch die Fragestellungen, die sich im Rahmen von Begutachtungsprozessen ergaben und zudem eine politische und moralische Herausforderung darstellten, sahen sich Mediziner damit konfrontiert, begründbare Antworten zu finden.

Eitinger erläuterte im Folgenden, wie die Untersuchungen hierzu aufgebaut waren: Anfangs habe man eine Gruppe von 227 früheren Häftlingen gehabt, die im Verlauf von ausführlichsten physischen und psychischen Untersuchungen wohl zu den „best-untersuchten Personen“ in Norwegen gehörten. (Zu den Erhebungen gehörte eine detaillierte medizinische, psychiatrische, soziale Anamnese vor, während und nach dem Krieg, inklusive der Lebensgeschichte, genauen Beschreibungen der Erlebnisse in den KZs, Dokumente früherer Krankengeschichten und Krankenhauseinlieferungen. Ärzte aller Fachrichtungen untersuchten sie, es wurden Röntgenbilder angefertigt, Laborproben entnommen, Elektroencephalogramme, Liquorpunktionen und Luftencephalographien, psychologische Tests und psychiatrische Untersuchungen durchgeführt). Zunächst habe sich ergeben, dass 75% der Untersuchten vor der KZ-Haft psychisch stabil und gesund gewesen seien und aus „guten, ziemlich konfliktfreien Familien stammten.“ Im Hinblick auf die damals herrschende

³²⁰ ebd., S. 121.

Lehrmeinung ist diese Feststellung essentiell und wird an dieser Stelle hervorgehoben, musste dies doch die Psychiater jener Zeit erstaunen lassen. So wich dieses Ergebnis immens von der Grundannahme ab, dass sich bei psychisch auffälligen Personen auch schon vor den Kriegserlebnissen Anhalte für eine psychopathische Konstitution eruieren hätten lassen müssen. Als Resultat der eingehenden Begutachtung und Exploration der Überlebenden sei zu verzeichnen gewesen, dass „der traumatisierende Prozeß während des Konzentrationslageraufenthalts von doppelter Natur“ gewesen sei. So müsse man zum einen von „somatischen Traumata“ sprechen, zu denen Schläge auf den Kopf, Hunger und Infektionen gehörten, und deren Folge ein organisches Psychosyndrom sein könne. Zum anderen führten psychische Traumata zu affektiven, emotionalen und Angststörungen. Das Konzentrationslagersyndrom, so Eitinger, bestehe aus beiden Komponenten.³²¹ Auch hier lassen sich Anmerkungen zu Eitingers Rückschluss machen. Die Wertlegung auf eine auch somatische, physische Komponente entsprach noch weitestgehend der Tradition der alten Trauma-Debatte. So wurde lange Zeit angenommen, dass eine organische Komponente als Ursache für die psychischen Störungen identifizierbar sein müsse. Auch in den norwegischen Untersuchungen der 1960er und 1970er Jahre schien eine Erklärung der Symptome rein auf psychischer Ebene noch zu gewagt, und so ließ sich auch bei Eitinger eine Hervorhebung der somatischen Komponente, also des Traumas von „doppelter Natur“ finden. Neben diesen Befunden zum Konzentrationslagersyndrom seien aber, so fuhr Eitinger fort, auch neue Fragen aufgeworfen worden bezüglich Mortalität und Morbidität der ehemals Inhaftierten und wie diese insbesondere im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, also Menschen, die nicht in einem KZ interniert waren, aussahen. So untersuchte er weitere 500 ehemalige KZ-Häftlinge und eine entsprechende Kontrollgruppe von 500 Personen über einen Beobachtungszeitraum von zunächst 20 Jahren (von 1945 bis 1965), der dann hinsichtlich Mortalität auf weitere 10 Jahre (bis 1975) ausgeweitet wurde. Als Ergebnis dieser Exploration sei eine bedeutend höhere Mortalität und Morbidität der Ex-Häftlinge zu verzeichnen gewesen.

³²¹ ebd., S. 124

Seine Ergebnisse und neuen Erkenntnisse untermauerte er, indem er auf Untersuchungen in anderen Ländern verwies. Interessant ist hier sein Hinweis, dass „selbst wenn verschiedene Autoren auf ungleiche Befunde [sic!] Wert legen ist das Resultat im großen und ganzen einheitlich“, nämlich dass „man bei Untersuchungen von früheren Häftlingen der nazistischen Konzentrationslager ... eine große Anzahl von somatischen und/oder psychiatrischen Störungen [findet].“³²² Diese Erzählweise, dass verschiedene Forscher unabhängig voneinander zu ähnlichen, gar einheitlichen Erkenntnissen und Ergebnissen gekommen seien, findet sich in einer Vielzahl der gängigen, gegenwärtigen historischen Darstellungsweisen zur Traumageschichte.³²³ Dies ist allerdings eine leicht verzerrte Darstellungsweise, so ist die „Einheitlichkeit“ des Ergebnisses der unabhängig voneinander arbeitenden Forscher nämlich lediglich, dass diese überhaupt etwas gefunden haben. Doch kann hier keineswegs von einem einheitlichen Symptomspektrum, einem definierten, klar abgrenzbaren Syndrom die Rede sein, umfassen doch die Symptome laut Eitingers Ergebnissen „fast das gesamte Krankheitspanorama und die gesamte Zahl der registrierten Diagnosen.“³²⁴

Eitinger war sich der geringen Aussagekraft seiner Ergebnisse durchaus bewusst und konstatierte: „Uns, d.h. den medizinisch Verantwortlichen in Norwegen, wurde immer deutlicher und schmerzlich klar, wie schwierig es ist, auf objektiver, medizinisch-wissenschaftlicher Grundlage zu behaupten, daß ein kausaler Zusammenhang mit Kriegserlebnissen bestand oder daß er *nicht* bestand.“³²⁵ Die gewählte Formulierung lässt erahnen, wie sehr sich Eitinger und seine Kollegen wünschten, eine psychiatrische Grundlage finden zu

³²² ebd.

³²³ siehe beispielsweise Van der Kolk, Bessel, Alexander McFarlane, Lars Weisaeth (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze, Paderborn 2000, S. 84 f.; Sachsse, Ulrich, Ulrich Venzlaff, Birger Dulz.: 100 Jahre Traumaätiologie, in: Persönlichkeitsstörung 1 (1997), S. 36 f.; Venzlaff, Ulrich: Psychische Dauerschäden bei Opfern der NS-Verfolgung, in: Friedrich, Hannes, Wolfgang Matzow (Hrsg.): Dienstbare Medizin. Ärzte betrachten ihr Fach im Nationalsozialismus, Göttingen 1992, S.106 f.

³²⁴ Eitinger, Leo: KZ-Haft und psychische Traumatisierung, in: Psyche 44 (1990), S.127.

³²⁵ ebd.

können, um einen kausalen Zusammenhang beweisen zu können und wie sehr sich bei ihnen die Überzeugung bereits manifestiert hatte, dass die Erlebnisse im KZ entscheidenden Einfluss auf die Psyche der Überlebenden gehabt haben *mussten*.

Eine richtungsverändernde Entscheidung, die wie Eitinger sagte, jedoch nicht medizinisch begründet werden konnte und deshalb auch nicht medizinisch begründet wurde, wurde unterdessen 1968 vom norwegischen Parlament politisch getroffen. Mit der Begründung, dass es „um Menschen geht, denen gegenüber sich die ganze Nation verpflichtet fühlt“³²⁶, wurde ein Zusatzgesetz verabschiedet, das für ehemals KZ-Inhaftierte galt, die extremen Belastungen und extremem Stress ausgesetzt gewesen waren. Hierin sei der Kausalitätsbegriff umgekehrt worden – jede Krankheit galt von nun an bei Ex-Häftlingen als entschädigungspflichtig, sofern nicht nachgewiesen werden konnte, dass die Schäden *nicht* kriegs- beziehungsweise verfolgungsbedingt waren.

Eitinger vertrat im Folgenden die Position, dass diese neue Gesetzgebung trotz mangelnder medizinischer Begründbarkeit dennoch „zeitgemäßer klinisch-medizinisch-wissenschaftlicher Forschung“ entspreche. Erneut zog er einen internationalen Vergleich heran, diesmal allerdings nicht in Bezug auf Untersuchungen ehemaliger KZ-Häftlinge, sondern Untersuchungen der Wirkungen von Traumata in anderen Situationen. Er argumentierte, dass moderne amerikanische Forschungen zu ähnlichen Ergebnissen bezüglich „traumatisch ausgelöster akuten und chronischen Angstzuständen“ gekommen seien und dass auch amerikanische Gerichte auf der Basis dieser neuen Forschungsergebnisse urteilten. Als Referenz erläuterte er die Buffalo-Creek-Katastrophe, bei der ein Dammbuch 1972 dazu führte, dass ca. 125 Menschen in der Flutwelle ums Leben kamen und die Häuser von ca. 4000 Menschen zerstört wurden. Aufgrund einer Klage der Überlebenden wurden diese einer eingehenden Untersuchung unterzogen, in deren Folge bei allen ein „Survivor-Syndrom“ diagnostiziert wurde, so dass der

³²⁶ Eitinger, Leo: KZ-Haft und psychische Traumatisierung, in: Psyche 44 (1990), S. 128.

Schadensersatzklage schlussendlich stattgegeben wurde. Obwohl Eitinger deutlich zum Ausdruck brachte, dass KZ und die Buffalo-Creek-Katastrophe im Grunde nicht nebeneinander stehen sollten und nicht miteinander vergleichbar seien, ist hervorzuheben, dass er dennoch beides in seinem Vortrag erwähnte, wohl um den Trend der „modernen klinisch-medizinisch-wissenschaftlicher Forschung“ zu skizzieren. Gleichzeitig befand er sich hiermit mitten in einem anderen Trend, demzufolge die unterschiedlichsten Ereignisse mit Trauma assoziiert und als ähnlich beziehungsweise vergleichbar dargestellt wurden, der Traumabegriff für unterschiedlichste Bereiche angewendet und zunehmend unschärfer wurde.

Für die Berechtigung des geänderten Entschädigungsgesetzes in Norwegen lieferte Eitinger derweil ein weiteres Argument. Er berichtete über Nachuntersuchungen bei Antragstellern. Diese hätten gezeigt, dass sich das Leben derjenigen, die berentet worden seien, in ökonomischer, ehelicher und sozialer Hinsicht verbessert habe. Insbesondere die Besserung der sozialen Kontakte sei darauf zurückzuführen, dass die Gewährung der Rente „auch eine Anerkennung ihres Kriegseinsatzes und damit auch der Erhöhung ihres Selbstwertgefühls“ bedeutete.

Insgesamt bilanzierte Eitinger, dass Folgen der KZ-Inhaftierung nicht nur passager seien, sondern den „Gesamtorganismus“ auf Dauer beeinflussen können. Diese Beeinflussung wiederum sei „unspezifisch“ und sei am besten durch eine „permanente Minderung der Resistenz“ zu erklären. Desweiteren hielt er fest, dass die prämorbid Persönlichkeit hierbei keine Rolle spiele. „Fast jeder, der solchem Streß ausgesetzt wird, muß pathologisch reagieren. Vielleicht ist es richtiger zu sagen, muß normal auf so pathologische Situationen reagieren.“ Aus dieser Bilanz lässt sich herauslesen, dass sich die Vorstellung über das Wesen des Menschen bereits gewandelt hatte. Galt noch einige Jahre zuvor, dass ein Mensch, der auf äußere Belastungen mit psychischen Symptomen reagiert, von vorneherein eine zur Krankheit neigende Konstitution aufwies, so war es nun „normal“, dass sich bestimmte negative Lebensumstände auch auf die Psyche des Menschen auswirken und diesen beeinflussen.

Angesichts der dargestellten norwegischen und amerikanischen Forschungsergebnissen, den positiven Auswirkungen bei Anerkennung einer Entschädigung, der geringen Zahl von 7,8 % an Berenteten, bei denen sich letztlich doch kein kausaler Zusammenhang von Kriegserlebnissen und Krankheit ausmachen ließ, kritisierte Eitinger die Verhältnisse in Deutschland. Nicht zuletzt auf Grund der kausalen Beweispflicht auf Seiten der Antragsteller und Ärzte würden berechnete Anträge viel zu häufig abgelehnt.

Während die Debatte um die Wiedergutmachungs- und Entschädigungspolitik in der Bundesrepublik schwierig blieb, zeichneten sich neue wissenschaftliche Strömungen ab, in denen ebenfalls die Traumatisierung durch Kriegserlebnisse und KZ-Haft im Mittelpunkt stand. Dem Zeitgeist entsprechend spielte die Sondierung und Analyse der Interaktionsmuster zwischen Mensch und seiner Umwelt und die Identifizierung möglicher Einflussgrößen eine entscheidende Rolle. Dass äußere Lebenssituationen die Entwicklung des einzelnen Menschen entscheidend prägten, daran hatten Psychiater, Psychologen, Pädagogen und Soziologen bereits keinerlei Zweifel mehr. Dies schien erwiesen. Aber wie sollte man sich die weitere Wirkung und Beeinflussung vorstellen? Was passierte in der Folge, wenn ein gewisser Faktor auf den Menschen eingewirkt hatte und bei diesem gar zu einer Veränderung seiner Persönlichkeit, seiner Charakteristika, seines Wesen geführt hatte? Wie weit reichend konnte eine solche Beeinflussung sein?

Die Artikel von Rose Ahlheim (1985) und Ilany Kogan (1990), die in der *Psyche* erschienen und Christian Eggers Beitrag im *Ärzteblatt* (1990) geben Aufschluss hierüber. Sie entdeckten Folgen der Traumatisierung durch Kriegserlebnisse nicht nur bei den unmittelbar Betroffenen, sondern konnten Folgeerscheinungen selbst bei deren Nachfahren, den Kindern und Enkelkindern ausmachen.

3.2.2. Das transgenerativ übertragene KZ-Trauma jüdischer Nachfahren

Christian Eggers, Professor für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Unklinik Essen, publizierte 1990 einen Übersichtsartikel mit dem Titel „Psychische Folgeschäden nach Lagerhaft bis in die dritte Generation“ im *Deutschen Ärzteblatt*. Hierin erläuterte er, dass aus dem Blickwinkel der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zusammenhang mit Konzentrationslagerhaft zwei Aspekte von Bedeutung seien. Zum einen seien hier die direkten psychischen Folgeerscheinungen auf die im Kindesalter Inhaftierten zu beachten, zum anderen ließen sich psychische und psychosomatische Auswirkungen der KZ-Haft sogar bei deren Kindern beziehungsweise Enkelkindern finden. Eggers beschrieb in seinem Artikel die psychischen und psychosomatischen Symptome der Kinder und brachte als neue und weitere Komponente eine entwicklungspsychologische Sichtweise in die Debatte um Folgererscheinungen nach KZ-Haft ein.³²⁷ Doch bevor näher auf den Inhalt seines Artikels eingegangen wird, hier zunächst ein paar allgemeine Überlegungen: Dass sich ein Kinder- und Jugendpsychiater explizit mit den KZ-Folgeschäden gerade bei Kindern auseinandersetzt, scheint zunächst wenig verwunderlich. Doch warum publizierte er erst 1990 hierzu einen Artikel, als diejenigen, die als Kinder inhaftiert gewesen nun längst erwachsen waren? Musste davon ausgegangen werden, dass sich das KZ-Trauma bei minderjährigen Häftlingen grundsätzlich anders manifestierte als bei erwachsenen Häftlingen? Gab es in Psychiatrien auf einmal eine deutlich gehäufte Anzahl von psychisch auffälligen Kindern, deren Eltern oder Großeltern während des Nationalsozialismus Verfolgte gewesen waren? Worin lag das Interesse begründet, das Trauma der KZ-Haft plötzlich in den Nachfahren der ehemals Inhaftierten zu suchen, beziehungsweise was führte dazu, dass Psychiater glaubten es bei den psychisch auffälligen Kindern der Überlebenden entdeckt zu haben? Vor welchem Hintergrund setzten sich Kinder- und Jugendpsychiater im Gegensatz zur Erwachsenenpsychiatrie in den 1980er Jahren mit dem Thema KZ-Haft als Trauma auseinander? Auch wenn es den Rahmen dieser Dissertation sprengen würde, diesen Fragen

³²⁷ Vgl. Eggers, Christian: Psychische Folgeschäden nach Lagerhaft bis in die dritte Generation, in: Deutsches Ärzteblatt 87 (1990), S. 501–503.

detailliert auf den Grund zu gehen, lassen sich doch einige Bemerkungen hierzu machen. Nachdem bisher deutlich geworden ist, dass die Politik durch die Entschädigungsgesetzgebung ab der Nachkriegszeit entscheidenden Einfluss auf die psychiatrische Forschungslandschaft der Bundesrepublik Deutschland hatte, ist es auch hier nicht verwunderlich, dass gutachterliche Tätigkeiten auch bei Kinderpsychiatern Anstoß gegeben haben könnten, sich mit den Auswirkungen des Traumas in den folgenden Generationen zu befassen. Eggers formulierte dies in seinem Artikel nicht explizit, doch erwähnte er an mehreren Stellen Gutachtertätigkeiten im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes. Beispielsweise schrieb er, dass seine Abteilung in den letzten Jahren sieben Gutachten über ehemals Verfolgte erstellt habe, die zum damaligen Zeitpunkt noch Kinder gewesen waren und nach Kriegsende psychische Symptome aufwiesen. Einige von ihnen seien auch heutzutage noch in psychiatrischer Behandlung.³²⁸ Auch die angeführten, ausführlich besprochenen Ergebnisse einer Untersuchung von Reinhart Lempp aus dem Jahr 1979, die im Folgenden noch erwähnt werden, beruhe auf den Auswertungen von Aktengutachten, die im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes erstellt worden sind. Folgende Aussage kann einen entscheidenden Anstoß gegeben haben, sich mit den Auswirkungen der KZ-Haft bei den Kindern der ehemaligen Häftlinge zu beschäftigen. Eggers schrieb: „Heute haben wir sogar schon die dritte Generation gutachterlich zu beurteilen“.³²⁹ Auch diesen Anträgen bedurfte es einer medizinisch-wissenschaftlich Legitimation. Eggers erläuterte in seinem Artikel vor dem Hintergrund entwicklungspsychologischer Theorien und

³²⁸ Es wäre interessant zu erfahren, wie Eggers an diese Gutachtertätigkeit gekommen ist und was genau er beurteilen sollte und warum erst in den 1980er Jahren. So wie sich sein Artikel liest, scheinen vorrangig die Symptome nach Kriegsende beurteilt worden zu sein, was Fragen aufwirft, warum diese so spät im Nachhinein beurteilt wurden, auf welche Informationen sich bezogen wurde und was genau entschädigt werden sollte. Wenn allerdings die Symptome der Kinder nach Kriegsende beurteilt wurden, dann in Bezug auf was – waren sie doch damals höchstwahrscheinlich noch nicht erwerbstätig. Warum wurde in diesen Fällen Kinder- und Jugendpsychiater als Fachgutachter herangezogen? Nachdem die Etablierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie erst Mitte der 1970er Jahre entscheidend vorangetrieben wurde und somit noch eine recht junge Subdisziplin darstellte – haben sich Kinder- und Jugendpsychiater das Themengebiet erkämpft und für ihren Fachbereich reklamiert oder ist man im Hinblick auf das Alter der damals Verfolgten an sie als Gutachter und Fachspezialisten mit einer bestimmten Fragestellung herangetreten und wie lautete diese?

³²⁹ Eggers, Christian: Psychische Folgeschäden nach Lagerhaft bis in die dritte Generation, in: Deutsches Ärzteblatt 87 (1990), S. 502.

Überlegungen zur Familiendynamik, wie sich das Trauma von einer Generation auf die nächste übertrage. Wie eng diese Überlegungen mit der Entschädigungsdebatte verknüpft waren, wird durch den Schluss klar, zu dem Eggers am Ende seiner Ausführungen kam: das Trauma werde „zwangsläufig“ von einer Generation auf die jeweils nächste übertragen. Es gebe allerdings einen Weg, diese Verselbstständigung des Traumas zu unterbinden. Dieser sei, und hier berief er sich auf den jüdischen Philosophen Hans Jonas: „Wiedergutmachung und Wiederversöhnung“.³³⁰

Die Verwobenheit von sozialpolitischen Voraussetzungen und der Veränderung der medizinisch-psychiatrischen Forschungslandschaft schimmerte auch in diesem Artikel durch. Doch ist das nur die halbe Wahrheit. Versucht man die Wurzeln dieses Beitrags zu erfassen, so setzte er sich in der Tat von den bis dato „gängigen“ Beiträgen zu Spätfolgen von Konzentrationslagerhaft ab.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie beanspruchte für sich, als Expertin für ein Teilgebiet des Themenbereichs *KZ und psychische Folgeschäden* wahrgenommen zu werden. Die Trennung der Kinder- und Jugendpsychiatrie von der Erwachsenenpsychiatrie als eigenständiger Fachbereich hatte sich erst recht spät vollzogen. Ein entsprechender Facharztstitel für „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ wurde erst 1968 eingeführt und von der Bundesärztekammer anerkannt.³³¹ Durch diese Abgrenzung begab sich die Psychiatrie auch in Einklang mit der allgemein in der somatischen Kinderheilkunde geltenden Klausel: Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Ihr Körper ist anders aufgebaut, funktioniert nach eigenen Gesetzen, und so müssen Kinder folglich auch anders behandelt werden. Was aber war dann das genuin neue, das Kinder- und Jugendpsychiater in Bezug auf psychische Traumatisierung für sich beanspruchten bei Kindern entdeckt zu haben?

³³⁰ Eggers, Christian: Psychische Folgeschäden nach Lagerhaft bis in die dritte Generation, in: Deutsches Ärzteblatt 87 (1990), S. 503.

³³¹ vgl. Nissen, Gerhardt: Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Stuttgart 2005, S. 507.

Hierzu ist wiederum ein Blick in die Geschichte vonnöten. Nach der unter Psychiatern während des Zweiten Weltkrieges und auch in der Nachkriegszeit verbreiteten Lehre, dass psychische Belastungen ohne langfristige Auswirkungen auf die Seele sind, führte Carl Coerper 1954 in der Bundesrepublik Deutschland eine durch Mittel des Marshallplans finanzierte Studie mit Schulkindern durch, wobei er deren körperlichen und seelische Verfassung und Entwicklung zu eruieren suchte, und zwar unter besonderer Berücksichtigung der Erbanlagen, des Konstitutionstypus und des Milieus, in dem sie aufwuchsen. Zwar sollte auch der Frage nachgegangen werden, inwieweit der Krieg Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder gehabt hatte, aber Coerper et al. kamen zu dem Schluss, dass sich diese Frage nicht ausreichend beantworten lasse,³³² ja dass „das ungünstige äußere Milieu (Flucht, Lager, Bunker) nicht von wesentlichem Einfluß [auf die Entwicklung des Kindes] ist, sondern entscheidend ist die persönliche Atmosphäre (Mutter als Milieufaktor).“³³³ Im Gegensatz zu den späteren Darstellungsweisen, in denen das Kind als „unschuldiges Opfer“ seiner Umwelteinflüsse stilisiert wurde,³³⁴ beinhalteten Beschreibungen von Auffälligkeiten bis Mitte des 20. Jahrhunderts meist noch Schuldzuweisungen dem Kind oder aber seinen Eltern gegenüber.³³⁵ So findet sich in Coerpers Studie folgende Aussage: „Meist beruhen Fehler der Kinder, wie Scham, Zweifel, Unsicherheit und Minderwertigkeitsgefühle, nicht auf wohl durchdachter und doch fehlerhafter Erziehung, sondern die Kinder reflektieren damit nur die Mißerfolge der Eltern in Ehe, Beruf und als Bürger ihres Landes.“³³⁶

Psychische Auffälligkeiten als Folgeerscheinungen des Krieges zu interpretieren und zu untersuchen, lag vielen Psychiatern Anfang der 1950er

³³² vgl. Coerper, Carl et al.: Deutsche Nachkriegskinder. Methoden und erste Ergebnisse der deutschen Längsschnittuntersuchung über körperliche und seelische Entwicklung im Schulkindalter, Stuttgart 1954, S.11.

³³³ Ebd., S. 301.

³³⁴ vgl. Rutschky, Katharina: Kinderopfer. Phantasmen der Unschuld, in: NovoArgumente 39 (1999), S. 14–16.

³³⁵ Nissen, Gerhardt: Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Stuttgart 2005, S. 511.

³³⁶ Coerper, Carl et al.: Deutsche Nachkriegskinder. Methoden und erste Ergebnisse der deutschen Längsschnittuntersuchung über körperliche und seelische Entwicklung im Schulkindalter, Stuttgart 1954, S. 291.

Jahre noch fern. Ja überdies vertraten sie in Bezug auf Kinder die Meinung, dass, je jünger sie zur Zeit des Krieges waren, es umso besser für sie war, da die jüngsten ja kaum in der Lage gewesen sein konnten, überhaupt etwas vom Kriegsgeschehen oder eventuellen Trennungen von den Eltern mitzubekommen.³³⁷ Ab Ende der 1950er Jahre lassen sich einige Beiträge von Nicht-Medizinerinnen in der deutschsprachigen Literatur finden, in denen sie diesbezüglich andere Sichtweisen vertraten. 1957 befasste sich der Pädagoge Wilhelm Roessler beispielsweise in seinem Buch „Jugend im Erziehungsfeld“ auch mit den psychischen Nachwirkungen des Krieges auf Kinder und bemerkte zum einen, dass der Krieg nicht folgenlos für die Kindern geblieben war und widersprach zum anderen der Ansicht, dass die jüngsten Kinder hiervon am geringsten betroffen gewesen seien.³³⁸ Diese grundsätzliche Neuorientierung in Bezug auf die den Menschen beeinflussenden Faktoren vollzog sich, wie bereits an anderen Stellen erläutert, äußerst langsam und auf vielseitigen Wegen. Und so auch in der Fachdisziplin Kinder- und Jugendpsychiatrie, in der dies noch einer wissenschaftlichen Begründung bedurfte - ganz abgesehen davon, dass sie zu dieser Zeit selbst noch gar nicht vollumfänglich etabliert war. So berief sich Eggers in seinem Artikel auf die Untersuchungsergebnisse seines Kollegen Reinhart Lempps, ebenfalls ein Kinder- und Jugendpsychiater, der diese erst 1979 publizierte, stellte sie ausführlich vor und würdigte den Autor in besonderem Maße. So erfährt der Leser am Ende, dass er Lempp seinen Artikel anlässlich dessen 65. Geburtstages widmete. Lempp hat in seiner Monographie „Extrembelastung im Kindes- und Jugendalter“ anhand von 45 Aktengutachten, die er als Obergutachter in den Jahren 1960 bis 1977 zu beurteilen hatte, nach einer möglichen Korrelation zwischen Art und Ausprägungsgrad psychischer Symptome nach Verfolgung und dem Alter der Kinder zum Zeitpunkt dieser Traumatisierung gesucht. Als Ergebnis, so hob auch Eggers diese relativ neue wissenschaftliche Erkenntnis in seinem Artikel mehrfach hervor, sei festzuhalten, dass die psychischen Folgeerscheinungen

³³⁷ vgl. Seegers, Lu: Einführung, in: Seegers, Lu, Jürgen Reulecke (Hrsg.): Die „Generation der Kriegskinder“. Historische Hintergründe und Deutungen, Gießen, 2009, S. 16.

³³⁸ vgl. Roessler, Wilhelm: Jugend im Erziehungsfeld. Haltung und Verhalten der westdeutschen Jugend in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts unter besonderer Berücksichtigung der westdeutschen Jugend der Gegenwart, Düsseldorf 1957, S. 310 ff.

umso gravierender seien, je *jünger* das Kind zur Zeit der Traumatisierung war.³³⁹ Demnach hatte sich Ende der 1970er Jahre in Deutschland die Auffassung über Auswirkungen von psychischen Belastungen auf Kinder seit Mitte des 20. Jahrhunderts ins Gegenteil verkehrt.

So lieferte Eggers in seinem Artikel zunächst einen Überblick über den bisherigen Forschungsstand zu KZ-Folgestörungen und berief sich neben Lempp auf die Arbeiten von v. Baeyer et al., Matussek, Paul und Herberg, Keilson und Anna Freud. Im Folgenden schilderte er die psychischen, psychosomatischen und entwicklungspsychologischen Folgeerscheinungen, die die KZ-Haft auf die als Kinder Inhaftierten gehabt habe. Ähnlich den Ergebnissen anderer Autoren zu KZ-Folgeerscheinungen bei Erwachsenen wurden zunächst bleibende hirnrorganische Schädigungen genannt, die insbesondere durch Mangelernährung verursacht worden seien. Dieses organische Psychosyndrom könne auch als „minimale zerebrale Dysfunktion oder leichte frühkindliche Hirnschädigung“ bezeichnet werden und gehe mit Hyperimpulsivität, Nervosität, abnormer Reizbarkeit, Konzentrationsstörung, mangelnder Steuerbarkeit und Ausdauer und mehr oder weniger diskreten kognitiven Teilleistungsstörungen einher. Zudem gebe es eine Interaktion mit „traumatisch erlebnisreaktiven, seelischen bedingten Störungen.“ Dies führe dazu, dass die Kinder „später gegenüber physischem Streß weniger widerstandsfähig sind, aber auch Schwierigkeiten haben bei der Bewältigung der durch das Leben gestellten Anforderungen. Sie sind stärker gefährdet, physisch und psychisch zu dekompensieren.“³⁴⁰ Zu den klinischen, vor allem psychosomatischen Symptomen wiederum gehörten laut Eggers unter anderem Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Alpträume, Phobien, depressive Verstimmungen, Erschöpfbarkeit, Merk- und Konzentrationsstörungen, Affektlabilität, Reizbarkeit, Angstzustände, Ruhelosigkeit, Aggressivität,

³³⁹ Obwohl das Ergebnis aufgrund der lediglich 45 Gutachten statistisch unbefriedigend sei, so Lempp, rechtfertige doch die „extrem negative Beispielhaftigkeit dieses Geschehens“ jede nur verallgemeinerbar erscheinende Erkenntnis. Vgl. Lempp, Reinhart: Extrembelastung im Kindes- und Jugendalter, Bern Stuttgart Wien 1979, S. 19.

³⁴⁰ Eggers, Christian: Psychische Folgeschäden nach Lagerhaft bis in die dritte Generation, in: Deutsches Ärzteblatt 87 (1990), S. 502.

Selbstunsicherheit, Grübelneigung, Schuldgefühle und selbstquälerische Gedankenfixierungen.

Als Spezifikum einer kinderpsychiatrischen Beurteilung der Auswirkungen brachte Eggers als neue und weitere Kategorie die Entwicklungspsychologie in die Debatte um Folgeerscheinungen bei Kindern nach KZ-Haft ein. So sei das Urvertrauen des Kindes in die Mutter, die es während der Lagerhaft nicht angemessen betreuen und in Schutz nehmen konnte, häufig von Beginn an zerstört worden. Dieses sei aber für die „gesunde psychophysische Entwicklung“ unabdingbar und wichtig, um ein gutes Selbstwertgefühl entwickeln zu können. Kinder, denen dieses Urvertrauen nicht vermittelt werden konnte, erleben die „Welt als böse und verfolgend“ und es seien psychoseähnliche Störungen, Borderline-Störungen oder sogar schizophrene Psychosen mögliche Resultate.

Eggers fuhr fort, dass aufgrund dieser gravierenden Beeinträchtigungen schwer traumatisierte Überlebende nicht nur mit ihren eigenen Symptomen zu kämpfen haben, sondern die Traumatisierung „zwangsläufig“ auch an ihre Kinder weiter geben, wodurch deren „emotionale Entwicklung“ gefährdet sei. So können auch sie an depressiven, neurotischen und psychosomatischen Störungen erkranken. Doch wie erklärte Eggers dieses Phänomen einer Transmission des Traumas? Er berief sich auf ein spezielles innerfamiliäres Dynamikgeschehen. Aufgrund ausgeprägter Trennungsängste der Eltern, die aus deren Verfolgungsvergangenheit resultierten, binden diese ihre Kinder häufig stark an sich. Die Kinder wiederum seien „demütig, gefügig, gehorsam bis zur Selbstverleugnung, weil sie ihren Eltern, die solch einem schweren Schicksal ausgeliefert waren, keinen Kummer bereiten und sie auf gar keinen Fall enttäuschen wollen.“³⁴¹ Es werde jedoch das Austragen von Konflikten und eine gesunde Ablösung von den Eltern verhindert, so dass die Entwicklung der Kinder zu einer „autonomen, reifen und selbstbewussten Persönlichkeit“ verhindert werde. Es sei keineswegs verwunderlich, dass

³⁴¹ Eggers, Christian: Psychische Folgeschäden nach Lagerhaft bis in die dritte Generation, in: Deutsches Ärzteblatt 87 (1990), S. 503.

auch diese Kinder die Traumatisierung später wiederum an ihre eigenen Kinder weitergeben.³⁴²

Die Weitergabe des „KZ-Traumas“ an folgende Generationen wurde auch unter Psychoanalytikern thematisiert und diskutiert, allerdings tendierten sie eher zu Publikationen, in denen einzelne Fallbeispiele im Vordergrund standen. So auch in den Artikeln von Ilany Kogan und Rose Alheim, die in der *Psyche* erschienen. Kogan stellte in ihrem Beitrag „Vermitteltes und reales Trauma in der Psychoanalyse von Kindern von Holocaust-Überlebenden“ aus dem Jahr 1990 zwei Fallgeschichten vor, in denen das Trauma der ehemals Verfolgten unbewusst auf ihre Kinder übertragen worden sei. Sie versuchte zu zeigen, dass Gabriele, deren Mutter den Holocaust überlebt hatte und Rachel, deren Vater einziger Überlebender seiner Familie war, aufgrund dieses vermittelten Traumas in ihrem weiteren Leben anfälliger seien für Retraumatisierungen und besprach den Wert des therapeutischen Durcharbeitens. Ahlheim hingegen berichtete über den Fall der siebenjährigen Amelie, die als Enkelin von KZ-Häftlingen nun aufgrund von Verhaltensstörungen in der Schule in psychoanalytische Therapie kam. Amelies zentrales Thema im Leben sei Überleben im Sinne von Stärke zeigen und unerkannt bleiben, obwohl sie im Gegensatz zu ihren Großeltern keiner realen Bedrohung ausgesetzt war. „Bis ins dritte und vierte Glied. Das Verfolgungstrauma in der Enkelgeneration“ betitelte Ahlheim ihren Artikel, der 1985 erschien.

Kogan, Psychoanalytikerin mit eigener Praxis in Tel Aviv, Lehranalytikerin und Supervisorin an mehreren psychoanalytischen Instituten in Israel, Deutschland, Türkei und Rumänien, Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des *Fritz Bauer-Instituts für Holocaust-Forschung* in Frankfurt am Main, interessierte sich insbesondere für das psychodynamische Geschehen bei

³⁴² vgl. Eggers, Christian: Psychische Folgeschäden nach Lagerhaft bis in die dritte Generation, in: Deutsches Ärzteblatt 87 (1990), S. 501–503.

Nachkommen Überlebender der Schoah und publizierte hierzu auch in Deutschland.³⁴³

In ihrem Artikel beschrieb sie einleitend die Struktur eines transgenerativ übertragenen Traumas, bevor sie diese im Folgenden anhand der zwei Fallbeispiele genauer untersuchte. Das vermittelte Trauma befinde sich zwischen Realität und Phantasie. Der reale Anteil gehöre zu den Eltern, die in ihrem Leben extremen Belastungen ausgesetzt gewesen seien. Deren daraus resultierende Trauer und Aggressionen aber werden abgewehrt und projiziert. Dies geschehe, weil diese Gefühle (aufgrund der immensen Intensität vor dem Hintergrund des Ausmaßes der Katastrophe) weder für sich behalten werden können, da ihnen enorme selbstzerstörerische Kraft innewohne, noch mit anderen geteilt werden können. Das Kind spüre dies und versuche das Leid der Eltern durch grenzenlose Empathie, die zu einer nahezu symbiotischen Einheit von Eltern und Kind führe, zu lindern. Hiermit werde einerseits versucht den Eltern zu helfen, andererseits entspreche diese symbiotische Verschmelzung auch dem Schutzbedürfnis des Kindes. Aufgrund des schwierigen Unterfangens, die Eltern vollkommen und in allen Facetten verstehen zu wollen, versetze es sich in sie hinein, versuche minutiös mit- und nachzufühlen und phantasiere letztlich das Trauma, das den Eltern widerfahren sei, als sein eigenes. Infolgedessen verliere das Kind seine Eigenständigkeit, Individualität und Autonomie. Kogan vertrat überdies die These, dass dieses phantasierte Trauma verstärkt in Erscheinung trete, wenn neue reale Traumata hinzukämen. Durch therapeutische Bearbeitung des aktuellen, realen Traumas hingegen, schwäche sich auch das durch die Eltern übertragene Trauma ab, so dass eine Stärkung des autonomen Ichs und der Individuation hieraus resultieren könne.³⁴⁴

Im ersten Fallbeispiel berichtete Kogan über Gabriele. Sie sei in Therapie gekommen, da sie ein gefühls- und entwicklungsgestörtes Kind habe und sich

³⁴³ siehe beispielsweise Kogan, Ilany: Der stumme Schrei der Kinder. Die zweite Generation der Holocaust-Opfer, Gießen 1998.

³⁴⁴ vgl. Kogan, Ilany: Vermitteltes und reales Trauma in der Psychoanalyse von Kindern von Holocaust-Überlebenden, in: Psyche 44 (1990), S. 533 ff.

selbst schwere Vorwürfe mache und glaube, Schuld an der Störung ihrer Tochter zu haben. Ab dem dritten Lebensmonat habe sie ihre Tochter einem unzulänglichen Babysitter anvertrauen müssen, da sie habe arbeiten gehen müssen. In dieser Zeit habe das Kind nicht mehr an Gewicht zugenommen, was sich erst besserte als Gabriele ihre Arbeit aufgab und bei ihrem Kind blieb. Doch das Kind sei seitdem nie wieder normal gewesen, habe fortwährend geschrien, nie gelächelt und habe sich der Mutter gegenüber abweisend verhalten. Gabriele selbst sei als Kind von ihrer Mutter vernachlässigt worden. Ihre jüdische Mutter habe die Verfolgung während des Nationalsozialismus zwar überlebt, aber sei gesundheitlich – physisch wie psychisch – stark beeinträchtigt gewesen, so dass sie sich nach der Geburt Gabrieleles nicht angemessen um sie habe kümmern können und sie in den ersten Lebensjahren an die Großmutter abgegeben habe. Aufgrund dieser Wiederholung sei Gabriele „kumulativ traumatisiert“. Darunter verstand Kogan die „Auswirkung einer langandauernden Streßsituation, die durch die Akkumulation permanenter Frustrationsspannung traumatischen Charakter annimmt.“³⁴⁵ Gabrieleles Mutter sei selbst traumatisiert gewesen und habe ihr ihre eigenen depressiv gefärbten, negativen Empfindungen vermittelt. Gabriele habe die Weltanschauung ihrer Mutter übernommen, die geprägt gewesen sei durch Unsicherheit, Hoffnungslosigkeit, Misstrauen, Schmerz und Leid, und habe dies unbewusst auch an ihre eigene Tochter weitergegeben. Dies komme darin zum Ausdruck, dass sich ihre eigene Tochter häufig mit Tod und Todeswünschen beschäftige, was sich laut Kogan als eine Identifizierung mit Gabrieleles destruktiven und aggressiven Anteilen deuten ließe. Eine Art symbiotische Verbindung zwischen den beiden nahm Kogan an, da Gabriele angab genau zu fühlen, was ihre Tochter gerade denke und fühle. Insbesondere im Vergleich zu Gabrieleles erstgeborener Tochter, die vom Aussehen her dem „arischen Typus“ entspreche, repräsentiere die jüngere verhaltensauffällige und emotional gestörte Tochter die defekte Jüdin als Anteil von Gabriele und von Gabrieleles Mutter.

³⁴⁵ Kogan, Ilany: Vermitteltes und reales Trauma in der Psychoanalyse von Kindern von Holocaust-Überlebenden, in: Psyche 44 (1990), S. 535.

Im zweiten Fallbeispiel ging es um Rachel, deren Vater einziger Holocaust-Überlebender seiner gesamten Familie (Eltern, Geschwister, Ehefrau und ein Kind) gewesen sei. Durch sein unbewusst auf sie übertragenes Trauma sei Rachels psychische Struktur entscheidend geprägt worden. Sie habe sich erstmals wegen vorwiegend körperlichen Symptomen und Verhaltensstörungen in psychoanalytische Therapie begeben, so habe sie unter teils lebensbedrohlichen Essstörungen, Menstruationsstörungen, Obstipation und Schlafstörungen gelitten, sei sozial isoliert gewesen und habe Schwierigkeiten mit ihrer Arbeit gehabt. Das übertragene Trauma äußere sich in Rachels Identifizierung mit dem „Überlebensmythos“ ihres Vaters. So sei ihr beruflicher Erfolg nicht als privates Gelingen gewürdigt worden, sondern entsprach den Erwartungen des Vaters, wonach das neu erlangte Wohlergehen ein Denkmal für all die umgekommenen Juden symbolisierte. Auf der anderen Seite übernahm sie das Gefühl der Überlebensschuld, so dass sich diese Ambivalenz in einem Ausagieren von sich abwechselnden Opfer- und Täterrollen in ihren Objektbeziehungen manifestiere. Lebens- und Todesneigung kämen in einer „Erotisierung des Todes“ zum Ausdruck. Dieses phantasierte Trauma, das sich eben durch diese starke Fixierung in der Vergangenheit des Vaters und mangelnde Individuation konstatierte, sei intensiviert worden, nachdem Rachels Freund während des Geschlechtsverkehrs einen Herzinfarkt erlitt und in ihren Armen starb. Sie sei daraufhin überzeugt gewesen, eine Mörderin zu sein, den Tod ihres Freundes auf dem Gewissen zu haben und sie habe suizidale Gedanken geäußert. Das Durcharbeiten des aktuellen Traumas habe ihr geholfen zu verstehen, dass ihre starken Schuldgefühle auch mit der Vergangenheit ihres Vaters zusammenhängen, woraufhin diese abgeschwächt werden konnten. In beiden Fallbeispielen, erklärte Kogan, sei das transgenerativ übertragene, das von Rachel und Gabriele nachempfundene beziehungsweise phantasierte Trauma in deren Realität wiederholt worden, „in Gabrieles Fall das Wiedererscheinen der beeinträchtigten Mutter durch die Geburt des behinderten Kindes; in Rachels Fall des Vaters Verlust seiner ersten Frau durch den Verlust ihres Geliebten“.³⁴⁶ In beiden Fällen habe die Verarbeitung des aktuellen, realen

³⁴⁶ Kogan, Ilany: Vermitteltes und reales Trauma in der Psychoanalyse von Kindern von

Traumas dazu geführt, Abstand zum phantasierten zu gewinnen und somit eine gesunde Entwicklung hin zur Reife und autonomen Individuation ermöglicht.

Rose Ahlheim ist Pädagogin, analytische Kinder- und Jugendpsychotherapeutin mit eigener Praxis in Marburg, sowie als Dozentin und Kontrollanalytikerin am *Institut für Analytische Kinder und Jugendpsychiatrie* in Frankfurt am Main tätig. Ihr Artikel "Bis ins dritte und vierte Glied. Das Verfolgungstrauma in der Enkelgeneration" sei auf der Basis einer zweieinhalbjährigen Zusammenarbeit mit Anita Eckstaedt entstanden, die ebenfalls Psychoanalytikerin sowie Nervenärztin ist und als Supervisorin am *Frankfurter Psychoanalytischen Institut* arbeitet. Eckstaedt hat ihrerseits zur Thematik *transgenerative Traumatisierung* publiziert, so 1980 das Buch „Zeit allein heilt keine Wunden. Erstgespräche mit Eltern und Kindern“, 1982 den Artikel „A victim on the other side“ und 1989 das Buch „Nationalsozialismus in der Zweiten Generation. Psychoanalyse von Hörigkeitsverhältnissen“.³⁴⁷

Ahlheim führte nur kurz in die Problematik der transgenerationalen Übertragung von Traumata ein, bevor das Fallbeispiel von Amelie, Enkelin von Holocaust-Überlebenden, eingehend vorgestellt wurde. So gebe es laut Ahlheim bereits einige Beobachtungen zur Weitergabe des Verfolgungstraumas von jüdischen Eltern auf ihre Kinder, wobei diese durch typische Merkmale auszumachen seien. Die Kinder dienen den Eltern als Ersatz für verlorene Verwandte, müssen deren Rolle einnehmen, bekämen den Auftrag ständig wachsam und kämpferisch zu sein, um zu verhindern, dass so etwas noch einmal geschehe und um die Schmach und das Leid der Eltern wieder gutzumachen. Sie seien geprägt durch einen innerpsychischen Konflikt, der durch eine gleichzeitige Identifikation mit den Opfern und den Tätern

Holocaust-Überlebenden, in: *Psyche* 44 (1990), S. 540.

³⁴⁷ Eckstaedt, Anita: *Zeit allein heilt keine Wunden*, Frankfurt am Main 1980, dies.: *A victim on the other side*, in: Bergmann, Martin, Milton Jucovy: *Generations of the Holocaust*, New York 1982, S. 197–228 und dies.: *Nationalsozialismus in der Zweiten Generation. Psychoanalyse von Hörigkeitsverhältnissen*, Frankfurt am Main 1989.

entstehe. Die Kinder leben so neben der Realität in einer „traumatischen Vergangenheit, die sie stellvertretend für ihre Eltern in der Phantasie zu bewältigen suchen“ und was für sie verheerende Konsequenzen haben könne. Die resultierenden Auswirkungen seien allerdings sehr unterschiedlich, so dass man nicht wie Niederland von einem „survivor syndrome“ sprechen solle, sondern eher von einem „surviving complex“. Inzwischen habe man bereits festgestellt, dass auch die Enkelkinder der Holocaust-Überlebenden von dem ursprünglichen Trauma ihrer Großeltern betroffen seien, und zu dieser Enkelkindergeneration gehöre auch die siebenjährige Amelie, deren Therapieverlauf Ahlheim ausführlich beschrieb.

Amelie falle in der Schule auf, da sie sobald sie angesprochen werde oder sich beobachtet fühle, in ihrem Verhalten auffällig sei. So flüstere sie lediglich, ziehe die Schultern hoch, den Kopf ein, blicke weg oder bewege sich nur mit dem Rücken an der Wand entlang. Andererseits sei sie zu Hause der Mutter gegenüber sehr trotzig, querulatorisch und liege ständig mit ihr im Streit. Amelie sei als Frühgeburt im sechsten Schwangerschaftsmonat zur Welt gekommen, da sich die Mutter trotz Mahnung des Arztes nicht geschont habe. Seit ihrem zweiten Lebenstag sei Amelie obstipiert gewesen, weshalb ihre Mutter sie über Jahre hinweg mit Abführmitteln behandelt habe und ihr häufig Fieber gemessen habe, um die Afterschleimhaut zu reizen und eine Defäkation zu fördern. Seit Beginn sei Amelie anders gewesen, habe ihre Eltern bereits als Baby misstrauisch angeschaut, wie diese berichten. Obwohl sich Amelie gesund entwickelte, seien ihre Eltern fortwährend sehr besorgt um sie gewesen. Zur Lebensgeschichte von Amelies Vater berichtete Ahlheim, dass er 12 Jahre alt gewesen sei, als der Krieg zu Ende war, er und seine Familie zwar einer Verfolgung und Deportation hätten entkommen können, aber dass das Leben im später kommunistisch regierten Land ebenfalls durch Misstrauen geprägt gewesen sei. Er habe gelernt, niemandem mehr zu vertrauen. Amelies Mutter sei während eines Bombenangriffs geboren worden und ihre Mutter habe sich vor lauter Angst nicht richtig um sie kümmern können. Ihr Vater sei im KZ gewesen, habe dies aber überlebt. Nach dem Krieg sei die Verfolgung allerdings nicht beendet gewesen. In dem stalinistischen Land, in dem sie lebten, habe sie weiter um

ihr Leben bangen müssen, die Familie habe nur flüsternd miteinander gesprochen und sie habe Acht geben müssen, sich nicht zu verraten und deswegen gelernt, ihre Emotionen, Reflexe und Bedürfnisse zu kontrollieren. Als Folge dessen habe sie sich später dann auch nicht in natürlicher Weise über ihr Kind, Amelie, freuen können, sondern deren Blicke als misstrauisch interpretiert. Diese Affektverleugnung sei als Überlebensmechanismus der Mutter zu verstehen, der sie unverletzbar mache. Affektverleugnung im Sinne von Stärke zeigen sei als Anforderung und Lebensaufgabe auch an Amelie vermittelt worden. Gleichzeitig aber habe Amelie zu spüren bekommen, was es heiße, verfolgt und ohnmächtig zu sein. Die Frühgeburt von Amelie deutete Ahlheim als Folge einer unbewussten Verfolgungsangst der Mutter, so dass Amelie in einen realen Überlebenskampf gebracht worden sei, den die Mutter „nicht nur mit Sorge und schweren Schuldgefühlen, sondern auch mit gespannter Erwartung erlebt: ob Amelie, stellvertretend für ihr Volk, stark genug zum Überleben sein wird.“³⁴⁸ Aber auch die Gabe von Abführmitteln und das Reizen der Afterschleimhaut durch die Mutter stellen eine Manipulation und Einmischung in ihr Innerstes dar. Amelies wachsames und sich versteckendes Verhalten in der Schule entspreche der von ihren Eltern an sie delegierten Aufgabe, stets auf der Hut zu sein, entspreche der Rolle einer „Verfolgten“. Der kämpferische Ton zu Hause wiederum repräsentiere die Erwartung der Eltern an sie, stark und wehrhaft zu sein. So sei das Trauma der Ursprungsfamilien auf Amelie übertragen worden vor dem Hintergrund, dass „[i]n ihren Familien ... die reale Erfahrung präsent [war], daß die schlimmsten Phantasien Wirklichkeit werden können.“³⁴⁹

Anhand dieser zwei Artikel, in denen Fallbeispiele im Mittelpunkt stehen, lässt sich eine wichtige Entwicklung in der Traumadebatte nachvollziehen. Während die wissenschaftliche Diskussion um Folgewirkungen eines KZ-Aufenthalts in der Nachkriegszeit noch wesentlich durch den innen- und außenpolitischen Diskurs angestoßen wurde – das Ausmaß des Genozids wurde aufgedeckt und moralisch bewertet, was wiederum zur Folge hatte,

³⁴⁸ Ahlheim, Rose: „Bis ins dritte und vierte Glied“. Das Verfolgungstrauma in der Enkelgeneration, in: *Psyche* 39 (1985), S. 350.

³⁴⁹ ebd., S. 335.

dass die Entschädigung und Wiedergutmachung für die Opfer der Verfolgung gefordert wurde – zeichnete sich in diesen psychoanalytischen Fallbeispielen die Tendenz ab, den Traumadiskurs aus dem politischen und gesellschaftlichen Kontext zu lockern und das Einzelschicksal in den Vordergrund zu rücken. Das Trauma wurde individualisiert und im Rahmen der jeweiligen spezifischen Familien- und Leidensgeschichte erzählt. Der politische und gesellschaftliche Kontext hingegen verblasste zunehmend. Zugleich verwischten die Grenzen des ursprünglichen Traumas und trugen zu einer Ausweitung des Traumakonzepts, der Definition und Vorstellung über dessen Wirkung bei. Weder Amelie noch Gabrieles Tochter haben das KZ oder Verfolgung durch die Nationalsozialisten real *erlebt*. Dennoch galten sie als traumatisiert – doch die Antwort auf die Frage durch wen oder durch was sie konkret traumatisiert wurden, wurde zunehmend schwieriger zu beantworten. Die auslösende Ursache begann sich im Nebulösen zu verlieren. Der politische Kontext, der hinter dem Leiden dieser Familien stand, wurde abgeschwächt, das Leiden individualisiert und pathologisiert. Amelie war nun nicht mehr Nachfahre eines verfolgten Volkes, sondern ein Mädchen, das an einem Trauma erkrankt und verhaltensgestört war, Gabrieles Tochter ein traumatisiertes, emotional behindertes, entwicklungsgestörtes Kind. Während Eitinger und Eggers in ihren Artikeln eine klare politische Botschaft ausdrückten, erfahren wir in Ahlheims Artikel, der über 22 Seiten lang ist, zwar Eindrückliches über das individuelle Schicksal von Amelie vor dem Hintergrund ihrer speziellen Familiengeschichte. Ein Bezug zum politischen und historischen Kontext jedoch wird nicht explizit hergestellt.

3.2.3. „Einheitsopferbrei“ – Das Trauma deutscher Kriegskinder

In Deutschland waren die 1980er Jahre relativ spezifisch für die Diskussion um die transgenerative Vermittlung des KZ- beziehungsweise Verfolgungstraumas auf die Nachfahren der Holocaust-Überlebenden. Die Artikel in der *Psyche* reihten sich in die Veröffentlichungen zur Thematik, unter denen insbesondere der 1982 erschienene Sammelband von Martin

Bergmann und Milton Jucovy „Generations of the Holocaust“³⁵⁰ hervorzuheben ist, mit Beiträgen unter anderem von Anita Eckstaedt, Judith S. und Milton Kestenberg und Lutz Rosenkötter. Eine umfangreiche Auflistung weiterer internationaler Publikationen hat der israelische Psychologe P.F. Natan Kellermann zusammengetragen.³⁵¹ Das Spezifische an der Debatte in Deutschland war jedoch, dass die Diskussion um die transgenerative Übertragung des Traumas nur kurzzeitig auf die Nachfahren der Holocaust-Überlebenden beschränkt blieb. Schon bald setzte im Deutschland ein neuer Trend ein, der das Interesse für die Nachfahren der Holocaust-Überlebenden in den Hintergrund drängte. Deutsche, die während des Krieges Kinder waren, nun nach und nach in den Ruhestand eintraten und auf ihr Leben zurückblickten, entdeckten als die Generation „deutscher Kriegskinder“ das Kriegstrauma für sich und begannen über das selbst erlebte Leid während Bombardierungen, Flucht, Luftangriffen, oder über den Verlust von Vater oder Mutter öffentlich zu sprechen.³⁵² Die Schicksale der jüdischen Generationen wurde fortan in den Medien kaum mehr beachtet. Stattdessen setzte circa ab der Jahrtausendwende ein regelrechter Boom ein und die deutschen „Kriegskinder“ sowie die Kindeskindern drängten mit aller Wucht in die Öffentlichkeit. Es erschien beispielsweise eine Reihe literarischer Verarbeitungen unter anderem von Günter Grass „Krebsgesang“, Jörg Friedrich „Der Brand“ und Uwe Timm „Am Beispiel meines Bruders“. 2002 wurde die Studiengruppe *weltkrieg2kindheiten* ins Leben gerufen und 2003 der Verein *kriegskind.de e.V.*, die sich zur Aufgabe machten, die Folgen und Spuren des Krieges auf die damaligen Kinder und auf nachfolgende Generationen zu untersuchen und aus einer psychologischen, psychotherapeutischen, medizinischen und literarischen Perspektive genauer zu beleuchten.³⁵³ Dass das Reden über die eigenen leidvollen Erfahrungen während des Krieges als Tabubruch anzusehen sei, wurde vielfach propagiert und ist wohl auch eine entscheidende Ursache für die immense mediale

³⁵⁰ Bergmann, Martin, Milton Jucovy: *Generations of the Holocaust*, New York 1982.

³⁵¹ siehe hierzu den Link im Internet: <http://www.judymeschel.com/coshpsych.htm> (09.06.2011).

³⁵² siehe hierzu Seegers, Lu, Jürgen Reulecke (Hrsg.): *Die „Generation der Kriegskinder“*. Historische Hintergründe und Deutungen, Gießen, 2009.

³⁵³ siehe <http://www.kriegskindheit.de> und <http://www.weltkrieg2kindheiten.de/> (09.06.2011).

Aufmerksamkeit, die diese Thematik erfuhr. Tabubruch und Trauma waren demnach auch in den Medien die zwei zentralen Begriffe, unter denen die individuellen Berichte über Kriegskindheiten besprochen wurden.³⁵⁴ Dass es sich bei diesem deutschen Opferdiskurs jedoch nicht um ein Tabu handelte, das, wie Sabine Bode in ihrem viel beachteten, 2004 erschienenen Buch „Die vergessene Generation. Die Kriegskinder brechen ihr Schweigen“ schrieb, 60 Jahre lang tot geschwiegen worden sei,³⁵⁵ dem widersprachen Micha Brumlik, Leiter des *Fritz-Baur-Instituts*, ein Studien- und Dokumentationszentrum für Geschichte und Wirkung *des Holocaust* in Frankfurt, und der Historiker Robert G. Moeller.³⁵⁶ Letzterer wagte einen Interpretationsversuch: Die Tendenz der Deutschen über ihr eigenes Leid zu berichten und die eigene Opferrolle hervorzuheben habe sich schon direkt in der Nachkriegszeit beispielsweise an Berichten über russische Gefangenschaft oder Heimatvertreibung bemerkbar gemacht und erfülle auch die Funktion von der eigenen Täterschaft und der Anerkennung einer „kollektiven Schuld“ abzulenken.³⁵⁷ Auch in der jüngsten Entwicklung, die eigene Vergangenheit als traumatisch für deutsche Kriegskinder darzustellen, sehen der Historiker Norbert Frei und der Sozialpsychologe Harald Welzer das Bemühen die Deutschen, als Täternation abgestempelt, in ein Volk der Opfer um zu modellieren und von der allgemein auferlegten Schuld zu entlasten.³⁵⁸ Hilke Lorenz postulierte in ihrem 2003 publizierten Buch „Kriegskinder: Das Schicksal einer Generation“³⁵⁹ die These, dass die Kriegskinder quasi in eine „Geschichtslücke“ gefallen seien, weder zu den NS-Tätern noch zu den Mitläufern oder Verfolgten gehörend und zu

³⁵⁴ vgl. Heinlein, Michael: Die Erfindung der Erinnerung. Deutsche Kriegskindheiten im Gedächtnis der Gegenwart“, Bielefeld 2010, S. 10 ff.

³⁵⁵ vgl. ebd. S. 33.

³⁵⁶ siehe Brumlik, Micha: Holocaust und Vertreibung: Das ambivalente Gedenken der Kriegskindergeneration, in: Blätter für deutsche und internationale Politik 5 (2005), S. 113–119.

³⁵⁷ vgl. Moeller, Robert G.: War Stories: The Search of a Usable Past in the Federal Republic of Germany, Berkeley u.a. 2001, S. 3 f.

³⁵⁸ vgl. Frei, Norbert: 1945 und wir: Das Dritte Reich im Bewusstsein der Deutschen, München 2005 und Welzer, Harald: Die Nachhaltigkeit historischer Erfahrungen. Eine sozialpsychologische Perspektive, in: Radebold, Hartmut, Werner Bohleber, Jürgen Zinnecker: Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten, Weinheim, München 2008, S. 75–93.

³⁵⁹ Lorenz, Hilke: Kriegskinder. Das Schicksal einer Generation, Berlin 2003.

unschuldigen Opfern einer traumatischen Vergangenheit voller Entbehrungen geworden seien. Dies stellt sich nach Lektüre der Monographie von Historiker Nicholas Stargardt „Witnesses of War: children’s lives under the Nazis“ aus dem Jahre 2005 in einem anderen Licht dar. In seiner differenzierten Beschreibung der Erfahrungswelten der Kinder wird zwar zum einen deutlich, dass der Krieg mit all seinen Facetten immensen Einfluss auf das Leben der Kinder hatte, dass diese aber weder unschuldige Opfer noch traumatisierte Zeugen des Krieges waren, sondern dass Kinder eigenständige Akteure waren, die während des Krieges je nach den jeweiligen Umständen eben ganz unterschiedliche Erfahrungen gesammelt hatten, und dass die Folgen des Krieges in diesem Sinne nicht pauschalisiert betrachtet werden können.³⁶⁰ Doch das Interesse an den Folgen des Krieges auf Kriegskinder und Kindeskindern ebte nicht ab. 2005 fand in Frankfurt der Kongress „Die Generation der Kriegskinder und ihre Botschaft für Europa 60 Jahre nach Kriegsende“ statt, der überraschend hohen Andrang erfuhr und über 600 Teilnehmer zu verzeichnen hatte. Es meldeten sich hier jedoch auch kritische Stimmen zu Wort wie Dieter Graumann, Vorstandsmitglied der Frankfurter Jüdischen Gemeinde, der von einem „Einheitsopferbrei“ sprach und Micha Brumlik mahnte an, dass nicht vergessen werden dürfe, dass die deutschen Kriegskinder nicht Opfer von Verfolgung und Massenvernichtung gewesen seien, sondern mit der Schwierigkeit hätten leben müssen, Nachkommen der Täter zu sein.³⁶¹ Michael Heinlein erhellte in seiner Monographie „Die Erfindung der Erinnerung. Deutsche Kriegskindheiten im Gedächtnis der Gegenwart“ die diesem Opferdiskurs zugrunde liegende Ambivalenz und verweist auf die Problematik, Kriegskindheit unter dem Begriff des Traumas zu verhandeln:

„[D]urch die Medikalisierung der Erinnerung [wird] mehr Eindeutigkeit produziert als Ambivalenz anerkannt.: Traumatisierte Kriegskinder werden kaum als Täter wahrgenommen, und auch durch die Konzentration auf die traumatischen Folgen des Zweiten Weltkriegs geraten die Täter und Mitläufer des Nationalsozialismus als Täter und Mitläufer – und nicht

³⁶⁰ Stargardt, Nicholas: Witnesses of War: children’s lives under the Nazis, London 2005 (dt. Übersetzung: Maikäfer flieg! Hitlers Kinder und der Krieg, München 2006).

³⁶¹ vgl. Seegers, Lu: Einführung, in: Seegers, Lu, Jürgen Reulecke (Hrsg.): Die „Generation der Kriegskinder“. Historische Hintergründe und Deutungen, Gießen, 2009, S. 15.

als Opfer, die durch Konsequenzen ihres eigenen Tuns oder Unterlassens traumatisiert werden – leicht aus dem Blick.“³⁶²

Dieser Exkurs sollte veranschaulichen, wie rasant der Begriff Trauma, ursprünglich mit den unvorstellbaren Ereignissen in Konzentrationslagern verknüpft, aufgegriffen wurde, auf andere Generationen und neue Situationen übertragen wurde und dabei den Kern dessen verwischte, um den es im eigentlichen Sinne der jeweiligen Diskussion ging. Das Leid der deutschen Kriegskinder hat eine Berechtigung wahrgenommen zu werden, ebenso wie die Folgen des Genozids auf ganze Familiengenerationen. Beides allerdings unter dem einheitlichen Begriff Trauma zu verhandeln kann der Sache nicht gerecht werden.

3.3. Trauma in Zusammenhang mit Kindesmisshandlung

3.3.1. Übersichtsartikel zu Kindesmisshandlung im Deutschen Ärzteblatt

Den Auftakt für eine breite öffentliche Auseinandersetzung unter medizinischem Fachpersonal in Deutschland mit dem Thema Kindesmisshandlung gab ein Artikel der Rechtsmedizinerin Elisabeth Trube-Becker im *Deutschen Ärzteblatt* 1983, der unter dem Titel „Kindesmißhandlung – ein Problem auch des Arztes“ erschien. Diesem folgte 1987 ein Themenschwerpunkt unter der Rubrik „Zur Fortbildung“ mit dem Ziel, Ärzte, insbesondere Pädiater, Allgemeinmediziner, (Kinder-) Chirurgen und Gynäkologen für die Thematik Kindesmisshandlung zu sensibilisieren. In diesem Zusammenhang wurden die Formen von körperlicher Gewalt gegen Kinder besprochen, von sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung sowie seelischem Missbrauch, die Möglichkeiten für eine ärztliche Intervention wurden erörtert sowie über Beratungsstellen und Präventionsprogramme informiert. Obgleich die Besprechung von psychischer Traumatisierung der misshandelten Kinder in den im *Deutschen Ärzteblatt* erschienenen Artikeln inhaltlich nicht allein im Vordergrund stand, spielte die Aufarbeitung der

³⁶² Heinlein, Michael: Die Erfindung der Erinnerung. Deutsche Kriegskindheiten im Gedächtnis der Gegenwart“, Bielefeld 2010, S. 184.

gesamten Thematik Kindesmisshandlung dennoch für die Traumadebatte eine entscheidende Rolle. Die medizinische Auseinandersetzung mit Kindesmisshandlung war Teil einer Entwicklung, die insbesondere ab Mitte des 20. Jahrhunderts forciert einsetzte, mit dem Anliegen die Rechte und den Schutz der Kinder zu stärken. Zunehmend veränderte sich so die Rolle und Stellung der Kinder in der westlichen Welt: verstärkt wurden sie demnach als schutzbedürftige Gruppe innerhalb der Gesellschaft wahrgenommen. Insofern eigneten sie sich allerdings in besonderer Weise auch für das Traumakonzept, wie im Folgenden noch genauer erläutert werden wird. So wurde der Weg geebnet den Traumadiskurs auf die Gruppe der Kinder zu übertragen und das Konzept auf eine weitere gesellschaftliche Gruppierung auszuweiten. Wurde psychische Traumatisierung zunächst nur im Zusammenhang mit Sondergruppen bearbeitet, die quasi im Rahmen von „Ausnahmesituationen“ historischer Gegebenheiten zu sehen waren (Opfer des Holocaust oder Kriegsveteranen) hielt das Konzept psychische Traumatisierung mit der Perzeption der Kinder als potentiell gefährdete Populationsgruppe Einzug in das zivile Leben.

Elisabeth Trube-Becker, 1919 in Düsseldorf geboren, war die erste Frau, die eine Professur für Rechtsmedizin innehatte. Sie beschäftigte sich Zeit ihres Lebens schwerpunktmäßig mit der Aufdeckung und Erforschung von Gewalt gegen Kinder zumeist durch die eigenen Eltern verursacht. Durch Publikationen, Vorträge und Diskussionen setzte sie sich in Deutschland seit den 1950er Jahren beständig dafür ein, dass die Öffentlichkeit für das Tabuthema Kindsmisshandlungen sensibilisiert wurde und gilt deshalb heute als Wegbereiterin auf diesem Gebiet.³⁶³ Zu ihren Veröffentlichungen gehören unter anderem „Frauen als Mörder“ (1974), „Gewalt gegen das Kind: Vernachlässigung, Mißhandlung, sexueller Mißbrauch und Tötung von Kindern“ (1982) sowie „Mißbrauchte Kinder: sexuelle und wirtschaftliche Ausbeutung“ (1992).³⁶⁴

³⁶³ vgl. Haarhoff, Heike, Das menschliche Maß, in: taz.de (22.02.2007) URL: <http://www.taz.de/1/archiv/archiv/?dig=2007/02/22/a0240> (09.06.2011).

³⁶⁴ siehe Trube-Becker, Elisabeth: Frauen als Mörder, München 1974; dies.: Gewalt gegen das Kind: Vernachlässigung, Mißhandlung, sexueller Mißbrauch und Tötung von Kindern,

Ihr Artikel „Kindesmißhandlung – ein Problem auch des Arztes“, der 1983 im *Deutschen Ärzteblatt* erschien, ist auch im Rahmen der von ihr intendierten Aufklärung über dieses Tabuthema zu sehen. Als Rechtsmedizinerin hatte sie hauptsächlich mit Fällen von Kindesmisshandlungen mit Todesfolge zu tun, so dass es ihr Anliegen war, durch breite Aufklärung der Ärzteschaft eine frühe Intervention zu ermöglichen. In ihrem Artikel wies sie zunächst darauf hin, dass es bei misshandelten Kindern typische Verletzungsmuster gebe, die allerdings häufig verkannt werden, beschrieb diese im Folgenden unterteilt in körperliche und seelische Misshandlungen und informierte über die Aufgaben und (rechtlichen) Möglichkeiten des Arztes in diesem Zusammenhang. Denn auch aufgrund des Verhaltens der Ärzte, die Kindesmisshandlung häufig gar nicht erst in Erwägung ziehen würden und deswegen auch nicht eingreifen und handeln, gebe es eine große Dunkelziffer an Fällen, so dass bei vielen Kindern schwerwiegende weitere Verletzungen oder sogar Todesfälle nicht verhindert würden. Selbst in groß angelegten Studien beispielsweise zu intraabdominellen Organverletzungen nach stumpfen Bauchtraumata werde Kindesmisshandlung als mögliche Ursache nicht einmal erwähnt. Trube-Becker beschrieb die typischen Befunde nach körperlicher Misshandlung, zu denen unter anderem Hämatome, Striemen, Blutungen, Bissspuren, Knochenbrüche, Verstümmelungen, Verbrühungen und Frostbeulen gehören. Typisch sei auch, dass es sich meist um multiple Verletzungen unterschiedlichen Alters und Heilungsstadiums handele, da es sich meist um Wiederholungstaten handele. Des Weiteren seien meist Spuren der Vernachlässigung erkennbar, wie Unterernährung, Verschmutzung, geistige und körperliche Retardierung. Ein weiterer Hinweis sei, dass während des Krankenhausaufenthaltes keine neuen Symptome hinzukämen. Zu den seelischen Misshandlungen schrieb Trube-Becker, dass diese „noch problematischer“ seien und sich als „tiefgreifende irreversible seelische und charakterliche Veränderungen, scheinbar unerklärliche Verhaltensstörungen, Erziehungs-, Lern- und Kontaktschwierigkeiten, körperliche und seelische

Retardierung“ bemerkbar machen.³⁶⁵ Für Ärzte seien diese seelischen Misshandlungen schwer zu erfassen und so werden die Symptome selten als Folge von Kindesmisshandlung, sexuellem Missbrauch oder Vernachlässigung identifiziert. Im Weiteren informierte Trube-Becker über gesetzliche Grundlagen. Ärzte glaubten fälschlicherweise, dass sie in diesen Fällen der Schweigepflicht unterworfen seien. Doch Züchtigung, Misshandlung und böswillige Vernachlässigung seien rechtswidrig und können strafrechtlich geahndet werden. Deshalb seien Ärzte im Interesse und zum Wohle des Kindes zur Offenbarung befugt. Eine Meldepflicht bei Verdacht auf Kindesmisshandlung gebe es in der Bundesrepublik Deutschland nicht - es stehe den Ärzten aber frei, Anzeige zu erstatten. Trube-Becker postulierte, dass „nichts zu tun ... in jedem Fall falsch“ sei und dass sich Ärzte im Zweifelsfall an fachkundiges Personal wenden sollten, insbesondere an Rechtsmediziner. Nur so könne in Zukunft dazu beigetragen werden, Kinder vor weiterer Misshandlung zu schützen und Schlimmeres zu vermeiden.³⁶⁶

Daraufhin erschienen 1987 sieben Artikel unter der Rubrik „Zur Fortbildung“ im *Deutschen Ärzteblatt*. Die britische Pädiaterin Margaret E. Lynch erläuterte in ihrem Beitrag „Indirekte Hinweise ebenso wichtig wie sichtbare körperliche Symptome“, welche Indizien Ärzte an Kindesmisshandlung denken lassen müssen. Als direkte Hinweise zählte sie die ebenfalls von Trube-Becker genannten typischen Symptome und Verletzungsmuster auf, wie multiple Frakturen unterschiedlichen Alters, Hämatome, Bissmarken, Zigarettenverbrennungen, Verbrühungen, neurologische Schäden nach Schütteltraumen. Hinweise auf Vernachlässigung ließen sich beispielsweise aus einem schlechten hygienischen Zustand der Kinder ziehen, dreckige Kleidung, ungepflegte Haare und Haut. Als indirektes Kennzeichen, das an Misshandlung und/oder Vernachlässigung denken lassen müsse, hob Lynch die Wachstumsverzögerung und Entwicklungsstörung hervor. Diese könne sich als Gedeihstörung bei Säuglingen bemerkbar machen, als geistige und

³⁶⁵ Trube-Becker, Elisabeth: Kindesmisshandlung – ein Problem auch des Arztes, in: *Deutsches Ärzteblatt* 80 (1983), S. 30.

³⁶⁶ vgl. ebd., S. 29–32.

körperliche Retardierung, wie auch in Form einer verzögerten Sprachentwicklung oder Auffälligkeiten des Verhaltens.³⁶⁷ Sie berief sich auf die Untersuchungsergebnisse mehrerer Studien zu Folgeerscheinungen von Kindesmisshandlung, die in den 1970er Jahren von amerikanischen, britischen und australischen Ärzten durchgeführt wurden.³⁶⁸

Die Tatsache, dass eine britische Pädiaterin im *Deutschen Ärzteblatt* zu diesem Thema publizierte, zudem ihre Verweise auf internationale Studien, verdeutlicht, dass Kindesmisshandlung nicht nur in Deutschland thematisiert wurde, sondern dass es sich hierbei um ein aktuelles Thema handelte, das in der gesamten angloamerikanischen Welt zunehmende Beachtung gefunden hatte. Das Aufarbeiten des Themenkomplexes Kindesmisshandlung war Teil einer Entwicklung mit dem Ziel, die Rechte des Kindes zu stärken und dieses als schutzwürdig anzuerkennen.

Im zweiten Artikel der Rubrik „Zur Fortbildung“ wies Helmut Remschmidt, Direktor der *Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität* in Marburg, auf Misshandlungen in Form von sexuellem Missbrauch von Kindern hin. Unter dem Titel „Etwa 300 000 Kinder jährlich werden missbraucht!“ machte Remschmidt zunächst Angaben zur Definition und Epidemiologie des sexuellen Missbrauchs und der sexuellen Misshandlung. Ersteres geschehe ohne Gewaltanwendung und nicht ausdrücklich gegen den Willen des Kindes, obwohl meist enormer psychischer Drucke ausgeübt werde, letzteres gewaltsam gegen den Willen des Kindes. In beiden Fällen jedoch handele es sich um ein asymmetrisches Macht- und Abhängigkeitsverhältnis, in dem das Kind Opfer sei. Zur

³⁶⁷ vgl. Lynch, Margaret A.: Indirekte Hinweise ebenso wichtig wie sichtbare körperliche Symptome, in: *Deutsches Ärzteblatt* 84 (1987), S. 977–981.

³⁶⁸ So führte Lynch folgende Studien an: Allen, Rhianon, Gail Wasserman: Origins of language delay in abused infants, *Child Abuse and Neglect* 9 (1985), S. 335–340; Gray, Jane, R. Kempe: The abused child at time of injury, in: Martin, H.P. (Hrsg.): *The Abused Child*, Ballinger u.a. 1976; Harcourt, B., D. Hopkins: Ophthalmic manifestations of the battered baby syndrome, in: *British Medical Journal* 3 (1971), S. 398–401; Hobbs, D.J.: Skull fractures and the diagnosis of abuse, in: *Archives of Disease in Childhood* 59 (1984), S. 264–252; Lynch, M.E., J. Roberts: Consequences of Child Abuse, London 1982; Martin, H. et al.: The development of abused children, in: *Advances of Pediatrics* 21 (1974), S. 25–73; Oates, R.K. et al.: Self-esteem of abused children, in: *Child Abuse and Neglect* 9 (1985), S. 159–169; Oates, R.K., I.W. Hufton: The spectrum of failure to thrive and child abuse: a follow-up study, in *Child Abuse and Neglect* 1 (1977).

Epidemiologie berief sich Remschmidt auf amerikanische retrospektive Studien, nach denen jeder dritte bis vierte Erwachsene als Kind sexuell belästigt worden sei. Jede zehnte Frau berichte über Inzesterlebnisse. Im Weiteren unterteilte Remschmidt die Formen und Umstände in extrafamiliären und intrafamiliären sexuellen Missbrauch. Zentrales Anliegen war ihm darauf hinzuweisen, dass „die These vom ‚bösen fremden Mann‘ nicht mehr haltbar“ sei. In der Mehrzahl der Fälle handele es sich statistischen Angaben zufolge um Misshandlung innerhalb der Familie oder im näheren Bekanntenkreis. Er appellierte an die Ärzte, sexuellen Missbrauch auch im Kontext der Familie früh zu erkennen, helfende Maßnahmen einzuleiten und nur ausnahmsweise an strafrechtliche Maßnahmen zu denken.³⁶⁹

Dass familiäre Beziehungen unbedingt mit in die Diagnostik einbezogen werden sollten, ersuchte Peter Strunk, Direktor der *Abteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie* der Freiburger Universität, mit seinem Artikel „Das Kind in einer pathologischen Familiendynamik“ zu verdeutlichen und machte hierin auf das gestörte familiäre Umfeld misshandelter Kinder aufmerksam. Zunächst hob er hervor, dass mehr als die Hälfte der Misshandelnden „Durchschnittsbürger“ seien, sich der Arzt deswegen nicht dazu verleiten lassen sollte, bei „normalen“ Familien nicht an Misshandlung zu denken. Des Weiteren nannte er schlechte Rahmenbedingungen wie familiäre Stresssituationen, Überforderung, wirtschaftliche Notlagen und Außenseiterpositionen (Flüchtlinge, Spätaussiedler etc.), die seiner Meinung nach hierbei ebenfalls eine Rolle spielen. Oftmals seien die misshandelnden Eltern jedoch in ihrer eigenen Kindheit misshandelt worden, deswegen sollte der Arzt die meist pathologischen Persönlichkeitsstrukturen der Eltern in seiner Diagnostik mit berücksichtigen. Zu beachten sei aber auch die Rolle des Kindes, die genau untersucht werden müsse, insbesondere müsse nach realen Beeinträchtigungen des Kindes wie beispielsweise Behinderungen gesucht werden, die wesentlicher Teil der familiären Problematik sein könnten, beziehungsweise zur Überforderung der Eltern geführt haben

³⁶⁹ vgl. Remschmidt, Helmut: Etwa 300 000 Kinder jährlich werden sexuell missbraucht!, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), S. 1028–1032.

könnten. In jedem Fall habe man es offenkundig meist mit einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung zu tun. Zu den seelischen Folgen, die für das misshandelte Kind resultierten, schrieb Strunk, dass sie einem „vernichtenden Ereignis“ gleichen, da „man ... sich kaum etwas Entsetzlicheres für ein kleines Kind vorstellen [kann], als von der Bezugspersonen geschlagen, getreten, gebrannt oder geschleudert zu werden, die seine Grundbedürfnisse nach Versorgung und Geborgenheit garantieren müßten“ und dass sie „vom kleinen Kind noch gar nicht in angemessener Weise seelisch verarbeitet werden“ können.³⁷⁰ So wirke sich dies auch langfristig auf die Kinder aus und ziehe bestimmte Verhaltensmuster nach sich. Man könne bei diesen Kindern eine eiserne, gefrorene Wachsamkeit verzeichnen, da sie ständig ihre Umgebung aufs Genaueste beobachten, bei gleichzeitiger Distanzierung von der Umwelt wie beispielsweise Vermeidung von Blickkontakt und Bewegungsarmut. Dies führe unter anderem zu Entwicklungsverzögerungen, Lernschwierigkeiten, einer motorischen und sprachlichen Retardierung. Verleugnung, Projektion und Abspaltung seien Abwehrmechanismen, mit denen die Kinder versuchen, das Erlebte zu verarbeiten. Vor diesem Hintergrund müsse man eine Idealisierung der Eltern bei gleichzeitigem Misstrauen und Vertrauensverlust bei Pflegepersonen sehen. Langfristig bestehen bei den Kindern häufig Verhaltensauffälligkeiten, die sich durch besondere Aggressivität, destruktive Tendenzen und Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühles auszeichnen. Für die Indikationsstellung zur Familientherapie, individuellen Psychotherapie der Eltern oder zur Behandlung des „seelischen Traumas“ der Kinder sei es unabdingbar, das gesamte familiäre Umfeld in die Diagnostik und Behandlung mit einzubeziehen.³⁷¹

Körperliche Misshandlung von Kindern bringe immer auch psychische Folgen für das Kind mit sich, so Joest Martinius, Direktor des *Instituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie* der Ludwig-Maximilians-Universität München. Er bezeichnete dies im Titel seines Beitrag als „Emotionale Katastrophe in der

³⁷⁰ Strunk, Peter: Das Kind in einer pathologischen Familiendynamik, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), S. 1150.

³⁷¹ vgl. Strunk, Peter: Das Kind in einer pathologischen Familiendynamik, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), S. 1147–1151.

Entwicklung des mißhandelten Kindes“. Martinius erklärte seinen Standpunkt, indem er Lebenserfahrungen immer auch als Lernprozesse verstand, die wiederum entscheidend seien für die Persönlichkeitsbildung. Körperliche Misshandlung durch die Eltern stelle für das Kind eine existenzielle Bedrohung dar, „die ein psychisches Trauma setzen muß“. ³⁷² Folge sei ein recht spezifisches „Psychosyndrom des misshandelten Kindes“, das in der Literatur mehrfach unabhängig voneinander beschrieben worden sei. Martinius berief sich in seinem Artikel vorwiegend auf die Ergebnisse einer Studie von Harold P. Martin und Patricia Beezley aus dem Jahr 1977. ³⁷³ Als charakteristische psychische Symptome nach Misshandlung mangle es den Kindern an der Fähigkeit sich zu freuen, fielen diese durch Verhaltensstörungen wie Kontaktschwäche und Aggressionen auf, leiden an psychosomatischen Symptomen wie Enuresis, Angstträumen und Schlafstörungen. Zudem könne man bei ihnen ein gestörtes Selbstwertgefühl feststellen, Rückzugstendenzen ausmachen, die sich in passiver oder aber auch aktiver Verweigerung manifestieren können. Häufig seien die Kinder überaus wachsam und misstrauisch, legten ein unkindliches, pseudoerwachsenes Verhalten an den Tag und hätten in der Schule Lern- und Leistungsschwierigkeiten. Martinius betonte allerdings, dass „pathogene Kräfte“, die auf die Entwicklung des Kindes wirken, von verschiedenen Einflüssen ausgehen können, zum einen von den Eltern, aber auch vom Kind selbst, dessen Geschwistern, Beaufsichtigungspersonen oder „von anderen Instanzen“. Die Ursache aber allein in der Persönlichkeitsstruktur der Eltern zu suchen und es allein bei einer individuellen Psychotherapie für sie zu belassen reiche nicht aus. Es habe sich gezeigt, dass umfassende Hilfe in Form von Erziehungs- und Familienberatung, ökonomischer Unterstützung und Hausbesuchen zusätzlich zu einer Psychotherapie erfolgsträchtiger sei. Zudem sei es für die Kinder sehr wichtig, neue positive Erfahrungen außerhalb der Familie machen zu können, so dass eine frühe Integration in

³⁷² Martinius, Joest: Emotionale Katastrophe in der Entwicklung des misshandelten Kindes, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), S. 1190.

³⁷³ siehe Martin, Harold P., Patricia Beezley: Behavioral observations of abused children, in: Developmental Medicine and Child Neurology 19 (1977), S. 373–387.

beispielsweise schulische oder Freizeitaktivitäten in jeden Fall erstrebenswert sei.³⁷⁴

In den drei weiteren Artikeln ging es um praktische Information zu Interventions- und Präventionsmöglichkeiten der Ärzte. Arend J. Koers, Leiter der Klinik *Burgerziekenhuis* in Amsterdam, wies in seinem Artikel „Grundlage für ärztliche Intervention ist die weitreichende Familienanamnese“ auf die Notwendigkeit der sorgfältigen Untersuchung nicht nur des misshandelten Kindes, sondern auch der Eltern hin, die ausnahmslos selber in ihrer Kindheit misshandelt worden seien, sowie auf die allgemeinen Lebensumstände dieser Familien. Als ersten Schritt der akuten Intervention müssten Ärzte dafür sorgen, dass die Kinder aus ihren Familien herausgenommen werden, um Schlimmeres zu vermeiden und eine genaue Diagnostik zu gewährleisten. In einem zweiten Schritt müssten die Eltern vom Arzt mit eingebunden werden in Diagnostik und Behandlung. Falls diese Hilfe und Behandlung ablehnen, müsse der Arzt juristische Schritte einleiten. Ein weiteres Augenmerk müsse der Arzt auf Rezidivverhütung legen, im Sinne einer angemessenen Nachbetreuung beziehungsweise Einschaltung von verantwortlichen Behörden und Institutionen bei schwerwiegenden finanziellen oder sozialen Problemen.³⁷⁵

Johannes Uekötter und Sigrid Hildebrand-Lüdeking listeten nach kurzer Einführung Adressen und Telefonnummern von Kinderschutz-Zentren in deutschen Städten sowie von ärztlichen Beratungsstellen auf. Sie plädierten in ihrem Beitrag „Ärztliche Beratungsstellen zur Verhütung von Kindesmißhandlung und Kindesvernachlässigung“ dafür, dass der Hilfe für die Familien Vorrang eingeräumt werden müsse, da es fruchtbarer und erfolgsversprechender sei, Kinder vor Misshandlung zu schützen als strafende, juristische Maßnahmen.³⁷⁶

³⁷⁴ vgl. Martinius, Joest: Emotionale Katastrophe in der Entwicklung des misshandelten Kindes, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), S. 1190–1194.

³⁷⁵ Koers, Arend J.: Grundlage für ärztliche Intervention ist die weitreichende Familienanamnese, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), S. 1256–1257.

³⁷⁶ vgl. Uekötter, Johannes, Sigrid Hildebrand-Lüdeking: Ärztliche Beratungsstellen zur Verhütung von Kindesmißhandlung und Kindesvernachlässigung, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), S. 1260–1261.

Über „Prävention von Kindesmißhandlung: Erfahrungen mit Telefon-Beratungsstellen“ schrieb Hanspeter E. Gnehm, Chefarzt der Kinderklinik im Kantonsspital Aarau in der Schweiz und berichtete in seinem Beitrag von der positiven Akzeptanz gegenüber telefonischen Beratungsstellen. Er stellte die in Zürich seit 1983 existierende und das „Kindertelefon“ in Holland vor, das seit 1979 bestand. Durch die sofort erhältliche, unverbindliche, kostenlose Hilfe, bei der Anonymität gewahrt werde, habe man erste Kontakte mit Hilfesuchenden herstellen können und mit geschultem Personal Krisensituationen entschärfen können.³⁷⁷

In „Der Kommentar“ wurde im *Deutschen Ärzteblatt* 1990 dann von der „Internationalen Konvention der Rechte des Kindes“ berichtet, die ein Jahr zuvor von der UNO verabschiedet worden war, sowie auf einen Text über Kindesmissbrauch aufmerksam gemacht, der erstmals vom *Weltärztebund* 1984 verabschiedet und 1989 ergänzt worden war. Es wurde auf entsprechende Tagungen verwiesen und die Wichtigkeit betont, diesem Thema immer wieder erneut Aufmerksamkeit zu schenken, da innerfamiliäre Gewalt gegenüber Kindern immer noch zu einem der „bestgehüteten Geheimnisse“ gehöre.³⁷⁸

Es wird ersichtlich, dass diese Artikel und Beiträge zunächst einen aufklärenden und Grundlagen vermittelnden Charakter hatten. Sie gingen nicht allzu sehr in die Tiefe, sondern dienten im Sinne einer Zusammenstellung der wichtigsten Fakten zur Thematik und zeigten Anleitungen für erste konkrete Handlungsmöglichkeiten auf. Dass Ärzte aus den Niederlanden (Koers), aus Großbritannien (Lynch) und aus der Schweiz (Gnehm) im *Deutschen Ärzteblatt* publizierten, verdeutlicht, dass es sich hierbei nicht um einen deutschlandspezifischen Diskurs handelte, sondern dass Kindesmisshandlung ein international aktuelles Thema war. Verstärkt ab Mitte des 20. Jahrhunderts war ein breiter soziokultureller Prozess im Gange,

³⁷⁷ vgl. Gnehm, Hanspeter E.: Prävention von Kindesmisshandlung: Erfahrungen mit Telefon-Beratungsstellen, in: *Deutsches Ärzteblatt* 84 (1987), S. 1252–1254.

³⁷⁸ o.V. [E.D.]: Gewalt gegen Kinder – das bestgehütete Geheimnis, in: *Deutsches Ärzteblatt* 87 (1990) S. 213.

bei dem sich nicht nur Mediziner, sondern auch andere Berufsgruppen vor allem aus dem Bereich der Soziologie, Pädagogik und Rechtswissenschaften für die Stärkung der Rechte und den Schutz von Kindern einsetzten. Kindesmisshandlung stellte in diesem Zusammenhang ein hoch brisantes Thema dar und somit fielen die wissenschaftlichen Erkenntnisse der 1960er Jahre auf fruchtbaren Boden.³⁷⁹

Angestoßen durch Carl Henry Kempe, heute oftmals auch als Begründer des Kinderschutzes bezeichnet, begann ab 1961 eine breite medizinisch-wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik

³⁷⁹ Auch zu früheren Zeiten in der Geschichte gab es immer wieder Ärzte, die ernsthafte Verletzungen von Kindern in Zusammenhang mit Gewalt und erzieherischen Maßnahmen durch Erwachsene brachten, die rein wissenschaftliche Erkenntnis stellte somit nichts genuin neues dar. Nicht nur der römische Arzt und „Vater der Rechtsmedizin“, Paulus Zachias, berichtete in seinen „Quaestiones medico-legales“ 1651 von erheblichen Kopfverletzungen bei Kindern, die durch Erwachsene verursacht worden seien. Gleiches vermerkte 1684 auch der Genfer Arzt Theophile Bonet in „Guide to the Practical Physician“. Kopfverletzungen mit subduralen Hämatomen und Hydrocephalus infolge Bestrafung wurden auch von James Parkinson im Jahre 1800 im *Villagers Friend and Physician* beschrieben. Während M.J. Dowager Countess Mountcastle 1823 schwere Gehirnverletzung als Folge von heftigem Schütteln der Kinder ansah. Als erste systematische, aber zum damaligen Zeitpunkt wenig beachtete wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Gewalt an Kindern, ist das Werk des französischen Rechtsmediziners Ambroise Tardieu zu nennen, der als Pionier auf dem Gebiet der Kindesmisshandlung gilt. „Etude Médico-Légale sur les Attentats aux Mœurs“ wurde 1857 von ihm veröffentlicht und beinhaltet fast 1000 Fälle sexueller Gewalt an Kindern. Auch in den folgenden Jahren setzte er sich mit Fällen von Kindstötungen und körperlicher Gewalt an Kindern auseinander und sammelte mehr als 500 weitere Fälle. Doch wurden seine Ergebnisse nicht weit reichend unter medizinischem Fachpersonal beachtet und es resultierte keine richtungweisende Debatte hieraus. Sexueller Missbrauch von Kindern wurde allerdings nicht nur von Rechtsmedizinern wahrgenommen. Auch Sigmund Freud vermutete dies zeitweise als Ursache neurotischer Störungen. 1896 erläuterte er seine Theorie in dem Vortrag „Zur Ätiologie der Hysterie“, doch lehnten seine Kollegen diese strikt ab – im folgenden Jahr widerrief Freud seine These. Die Spekulation über Freuds Beweggründe zur Aufgabe seiner so genannten Verführungstheorie – ob es auf Druck seiner Kollegen hin geschah, die Zeit noch nicht reif war für solch spektakuläre Enthüllungen dieses Tabuthema betreffend oder weil er wirklich nicht mehr daran glaubte – führt bis heute unter Psychoanalytikern zu heftigen Diskussionen. Obgleich einige Ärzte schwere Verletzungen von Kindern mit gewaltsamen erzieherischen Maßnahmen Erwachsener, wie etwa Schläge oder heftiges Schütteln, in Verbindung brachten, bestand über die Ursache der Verletzungen keineswegs Einigkeit. Rudolf Virchow beispielsweise deutete 1856 subdurale Blutungen nicht als Folge von Gewalt, sondern war der Überzeugung, dass es sich hierbei um eine infektiöse „Pachymeningitis interna“ handelte. Auch in den 1930er Jahren wurde zwar eine Assoziation zwischen intrakraniellen Hämatomen und Herkunft der Kinder aus einem schlechten sozialen Milieu gesehen. Eine kurzzeitige Schlussfolgerung war jedoch, dass ein Vitamin-C-Mangel die Ursache hierfür darstellen müsse. Doch die Untersuchungen und Ergebnisse verhallten größtenteils und zogen kaum Konsequenzen nach sich. Erst ab der Mitte des 20. Jahrhunderts war das gesellschaftliche Klima so beschaffen, dass die Belange der Kinder größere Beachtung fanden. Siehe hierzu Herrmann, Bernd et al.: Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, Berlin u.a. 2010, S. 9–11 und Lazoritz, Stephan, Angela Bier: Historical Perspectives, in: Lazoritz, Stephan, Vincent J. Palusci (Hrsg.): Shaken Baby Syndrome. A multidisciplinary approach, Binghampton 2001, S. 15.

Kindesmisshandlung. Kempe wurde 1922 als deutschstämmiger Jude in Breslau geboren und emigrierte 1938 in die USA. Dort studierte er Medizin und war ab 1956 Chefarzt der Pädiatrischen Abteilung der Uniklinik in Denver in Colorado. Als Präsident des wissenschaftlichen Komitees der *American Pediatric Association* hielt er 1961 anlässlich der Jahrestagung einen Vortrag, in dem er „The Battered Child Syndrome“ vorstellte. Hierin erläuterte er typische zunächst unerklärliche Verletzungsmuster der Kinder und brachte diese in Zusammenhang mit misshandelnden Eltern. Auf breite ablehnende sowie zustimmende Resonanz stoßend wurde der Vortrag ein Jahr später unter gleichnamigen Titel im *Journal of the American Medical Association* veröffentlicht und sorgte für eine intensive Auseinandersetzung mit dieser Thematik.³⁸⁰ 1968 brachte er zusammen mit Ray Helfer „The battered child“ heraus, das erste umfangreiche Buch, das sich ausschließlich mit Kindesmisshandlung und Vernachlässigung auseinandersetzte.³⁸¹ 1971 führten Untersuchungen des britischen Neurochirurgen Norman Guthkelch zu dem Ergebnis, dass subdurale Hämatome bei Säuglingen, bei denen keine äußerlichen Verletzungen festgestellt werden konnten, ebenfalls auf Gewaltanwendung durch Erwachsene zurückgeführt werden könnten, und zwar in diesem Fall auf heftiges Schütteln der Babys.³⁸² Zu ähnlichen Befunden gelangte der Kinderradiologe John Caffey, der 1972 von einem „Whiplash Shaken Infant Syndrome“ sprach.³⁸³ 1977 hingegen prägte der britische Kinderarzt Roy Meadow den Begriff „Münchhausen syndrome by proxy“, bei dem Eltern ihre Kinder absichtlich verletzen, um mit ihnen und den artifiziell ausgelösten Symptomen bei einem Arzt vorstellig zu werden, mit dem Ziel ihre Kinder einer gründlichen Diagnostik und Behandlung zuzuführen.³⁸⁴ Im gleichen Jahr erschien erstmals die Zeitschrift *Child abuse and neglect*, herausgegeben von der *International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect*, in der ausschließlich Beiträge zu

³⁸⁰ Kempe, Henry C. et al.: The Battered Child Syndrome, in: *Journal of the American Medical Association* 181 (1962), S. 17–24.

³⁸¹ Kempe, Henry C., Ray Helfer: *The Battered Child*, Chicago 1968.

³⁸² siehe Guthkelch, Norman: Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries, in: *British Medical Journal* 2 (1971), S. 430–431.

³⁸³ Caffey, John: On the theory and practice of shaking infants, in: *American Journal of Diseases of Children* 124 (1972), S.161–169.

³⁸⁴ vgl. Herrmann, Bernd et al.: *Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen*, Berlin u.a. 2010, S. 13.

Kindesmisshandlung und Vernachlässigung publiziert wurden. Kempe wiederum war es, der 1978 durch seinen Vortrag „Child sexual abuse – another hidden pediatric problem“ auch auf dem Gebiet des sexuellen Missbrauchs von Kindern eine weitere wissenschaftliche Betätigung anregte.³⁸⁵

Im angloamerikanischen Raum war die Auseinandersetzung mit dem Thema Kindesmisshandlung bereits in den 1970er Jahren kräftig ins Rollen gekommen. Dies beschäftigte nicht nur Kinderärzte, Psychiater und Soziologen, sondern auch Juristen und Politiker und zog auf legislativer Ebene Konsequenzen nach sich. So wurde in den USA 1974 eine Meldepflicht bei Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung eingeführt, die bis heute gültig ist und der alle Berufsgruppen, die mit Kindern zu tun haben, unterworfen sind.³⁸⁶

In Deutschland hingegen begann die wissenschaftliche Beschäftigung mit der Thematik Kindesmisshandlung erst etwas verzögert und ging nicht wie im angloamerikanischen Raum vorwiegend von Kinderärzten aus, sondern wurde von Seiten der Rechtsmedizin angestoßen. In diesem Zusammenhang galt Elisabeth Trube-Becker als Vorreiterin, da sie, wie bereits erwähnt, durch ihre Arbeit und ihr Engagement entscheidend Einfluss nahm. Während Kindesmisshandlung in den USA bereits in den 1960er und 1970er Jahren unter medizinischen Fachkreisen diskutiert wurde, geschah dies in Deutschland größtenteils erst in den 1980er Jahren. Eine erste Zusammenstellung von Übersichtsarbeiten zu dieser Thematik erschien in Deutschland erst 1986 in der *Monatszeitschrift Kinderheilkunde*³⁸⁷ und wurde 1987 von der Fortbildungsrubrik zum Thema Kindesmisshandlung im *Deutschen Ärzteblatt* gefolgt.

³⁸⁵ vgl. Fürniss, Tilmann: Geschichtlicher Abriss zur Kindesmisshandlung und Kinderschutzarbeit von C. H. Kempe bis heute, in: Deegener, Günther, Wilhelm Körner (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, Göttingen u.a. 2005, S. 19 ff.

³⁸⁶ vgl. Fürniss, Tilmann: Geschichtlicher Abriss zur Kindesmisshandlung und Kinderschutzarbeit von C. H. Kempe bis heute, in: Deegener, Günther, Wilhelm Körner (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, Göttingen u.a. 2005, S. 20.

³⁸⁷ vgl., ebd.

Beeinflusst wurde die Auseinandersetzung mit dem Thema Kindesmisshandlungen in Deutschland auch durch die Entwicklungen in den Niederlanden und durch das Engagement holländischer Ärzte in Deutschland. In Europa waren die Niederlande der erste Staat, in dem die Auseinandersetzung mit Kindesmisshandlung institutionelle Veränderungen bewirkt hatte. So wurde dort 1971 das Modell des „Vertrouwensarts inzake Kindermishandeling“ etabliert. Flächendeckend wurden so genannte Vertrauensarztbüros eingerichtet, in denen Mitarbeiter aus den Ministerien Gesundheit, Justiz und Soziales tätig waren. Ihr gemeinsames Ziel war es, eine erfolgreiche interdisziplinäre Intervention zu ermöglichen, um Familien, in denen Kinder misshandelt wurden, zu helfen.³⁸⁸ Niederländische Ärzte unterstützten daraufhin in Deutschland beratend den Aufbau ähnlicher Kinderschutz-Zentren.³⁸⁹ So ist insbesondere der holländische Kinderarzt Arend J. Koers zu nennen, Sprecher des Programms „Vertrouwensarts inzake Kindermishandeling“, der wie oben beschrieben auch im *Deutschen Ärzteblatt* veröffentlichte.³⁹⁰ Er setzte sich insbesondere in Belgien und Deutschland für die Etablierung von Beratungsstellen für Kindesmisshandlung und Vernachlässigung ein. Auch auf politischer Ebene machte sich das veränderte gesellschaftliche Klima zum Schutz der Kinder bemerkbar. An den meisten deutschen Schulen wurde 1973 das Züchtigungsrecht abgeschafft, wobei dies in Bayern erst 1980 geschah.³⁹¹

³⁸⁸ Das Vertrauen allerdings galt irreführenderweise nicht den Familien, sondern den Meldern, die den Verdacht von Kindesmisshandlung anonym äußern konnten. Tilman Fürniss spricht in diesem Zusammenhang von einem „Denunziationssystem“, obgleich die Holländer ihm zufolge die Möglichkeit der Hilfe höher bewerteten, als dass sie dieses System als sanktionierendes und straforientiertes ansahen.

³⁸⁹ Doch im Gegensatz zum holländischen System oder der Gesetzgebung in den USA sah man hierzulande wohl vor dem Hintergrund des totalitären Regimes der NS-Zeit bis heute davon ab eine Meldepflicht einzuführen und Sanktion und Strafe in den Mittelpunkt zu setzen. Hierzulande wurde auf den Grundsatz „Hilfe statt Strafe“ gebaut, der in den oben beschriebenen, im *Deutsches Ärzteblatt* erschienenen Artikeln von Trube-Becker, Renschmidt, Gnehm, sowie Uekötter/Hildebrand-Lüdeking hervorgehoben wurde.

³⁹⁰ vgl. Fürniss, Tilmann: Geschichtlicher Abriss zur Kindesmisshandlung und Kinderschutzarbeit von C. H. Kempe bis heute, in: Deegener, Günther, Wilhelm Körner (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, Göttingen u.E. 2005, S. 20 f.

³⁹¹ vgl. Jakob Matschke: "Ich möchte nicht zurück zu Mama", in: Die Zeit 23 (2007), URL: <http://www.zeit.de/2007/23/A-Kindesmisshandlung> (09.06.2011).

Auf internationaler Ebene gewann die Kinderschutzbewegung zunehmend an Einfluss.³⁹² So verabschiedeten die *Vereinten Nationen* 1989 die völkerrechtlich verbindliche „UN-Kinderrechtskonvention“, die von 61 Nationen ratifiziert wurde. Grundsätzlich wurden hierin die Rechte des Kindes auf Überleben und Gesundheit, Entwicklung und Wahrung der Interessen des Kindes festgelegt, unter anderem wurde aber auch das Recht auf gewaltfreie Erziehung geltend gemacht.³⁹³

Das Vorangehende verdeutlicht zum einen, dass die Diskussion über das Thema Kindesmisshandlung im Rahmen eines größeren Prozesses stattfand, der die Stellung der Kinder innerhalb der Gesellschaft veränderte und dazu führte, dass Kinder vermehrt als schützenswerte Gruppe wahrgenommen wurden, ihre Rechte zudem gestärkt wurden. Zum anderen liefert die breite

³⁹² Erste Wurzeln der Kinderschutzbewegung, die von Anfang an die Entwicklungen zur Stärkung der Rechte des Kindes dominierte, gehen auf Arbeitsschutzgesetze während der Industrialisierung zurück. Erstmals in Europa wurden 1833 in Großbritannien im Rahmen des „Factory Act“ die Arbeitszeiten von Kindern beschränkt und das Mindestalter auf 9 Jahre gesetzlich festgeschrieben. Nach diesem Vorbild wurde 1839 das „Preußische Regulativ“ erlassen nach dem Kinder ebenfalls mindestens 9 Jahre alt sein mussten, bevor sie in einer Fabrik arbeiten durften und die Stundenzahl wurde auf maximal 10 Stunden pro Tag begrenzt. 1855 wurde das Mindestalter auf 12 Jahre angehoben. In den USA sorgte 1874 der spektakuläre Fall der 10-jährigen, schwer misshandelten Mary Ellen für Aufsehen. Ihr Fall wurde erst vor Gericht gebracht, als sich der Vorsitzende eines Tierschutzvereins, Henry Bergh, für den Fall Mary Ellen einsetzte. In dessen Folge gründete er 1875 die New Yorker Society for Prevention of Cruelty to Children als Abspaltung der Society for Prevention of Cruelty to Animals. In Großbritannien formierte sich 1889 nach New Yorker Vorbild die „National Society for Prevention of Cruelty to Children“, während in Berlin 1893 der „Verein zum Schutze der Kinder gegen Ausbeutung und Misshandlung“ ins Leben gerufen wurde, der als Vorläufer für den 1953 in Hamburg gegründeten Deutschen Kinderschutzbund galt. Im Bürgerlichen Gesetzbuch wurde 1900 Kindesmisshandlung und Vernachlässigung durch die Eltern unter Strafe gestellt und 12 Jahre später ein Zusatz verabschiedet, der Kindesmisshandlung mit schwerer Körperverletzung gleichsetzte. Ab 1919 waren in der Weimarer Verfassung Kinderrechte auf Erziehung festgehalten. Auf Initiative der Britin Eglantyne Jebb hin, wurde 1924 eine Satzung zur Stärkung der Kinderrechte von der Generalversammlung des Völkerbunds verabschiedet. Sie wurde als Genfer Erklärung bekannt, war aber nicht rechtsverbindlich. Nachdem der Völkerbund 1946 zerfiel, wurden Rechte des Kindes in der 1948 von der UNO verabschiedeten Menschenrechtserklärung zwar erwähnt, standen jedoch nicht im Vordergrund. 1959 wurde eine erneute Deklaration zu den Rechten des Kindes abgegeben, in denen insbesondere das Recht des Kindes auf einen Namen, auf Staatszugehörigkeit und auf unentgeltlichen Unterricht genannt wurde, doch auch diese Erklärung war nicht rechtsverbindlich. Siehe Herrmann, Bernd et al.: Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, 2010, S. 6 ff.; Dörr, Nikolas: 165 Jahre Einschränkung der Kinderarbeit in Preußen : Ein Beitrag zum Beginn der Sozialgesetzgebung in Deutschland, in: MenschenRechtsMagazin 2 (2004) S. 144 ff.; Jakob Matschke: "Ich möchte nicht zurück zu Mama", in: Die Zeit 23 (2007), URL: <http://www.zeit.de/2007/23/A-Kindesmisshandlung>. (09.06.2011).

³⁹³ Siehe URL http://www.unicef.de/fileadmin/content_media/Aktionen/Kinderrechte18/UN-Kinderrechtskonvention.pdf (09.06.2011).

Resonanz, die das Thema Kindesmisshandlung weltweit auslöste, indirekt Indizien, dass sich die Vorstellungen von und über den Menschen an sich in einem tiefgreifenden Umbruch befanden. Die Aussagen zu Kindesmisshandlungen lassen sich herunterbrechen auf die generelle Erkenntnis, dass ein Individuum entscheidend durch seine Umwelt geprägt und beeinflusst werden kann. Die mit unserer heutigen Sichtweise übereinstimmende und von daher banal erscheinende These, dass Gewalt oder aber Vernachlässigung negative Auswirkungen auf die Entwicklung eines Kindes haben – in physischer wie psychischer Hinsicht – war relativ neu. An dieser Stelle sei an die bis in die 1950er Jahre unter Psychiatern verbreitete Lehrmeinung erinnert, die besagte, dass ein gesunder Mensch in der Lage sein müsse, noch so große Belastungen unbeschadet zu überstehen, und dass nur konstitutionell schwache, psychopathische Charaktere unter lange dauernden psychischen Problemen leiden. Auf der anderen Seite waren Züchtigung und körperliche Gewalt als erzieherische Maßnahmen durchaus die Regel und wurden keineswegs negativ bewertet.

Von welcher Bedeutung allerdings ist dies in Bezug auf den Traumadiskurs? Inwiefern ist ein Zusammenhang zu sehen zwischen gesellschaftlichen Vorstellungen über den Menschen an sich und dem Konzept psychischer Traumatisierung?

Im Rahmen der Auseinandersetzung mit Kindesmisshandlung wurde in allen oben besprochenen Artikeln eine enge Verwobenheit von Gewalt und Verletzungen auf körperlicher und seelischer Ebene postuliert. Demnach führe Kindesmisshandlung immer auch zu psychischen Folgeerscheinungen. In eben diesem Zusammenhang wurde der Begriff Trauma verwendet. An dieser Stelle zeigte sich allerdings, dass der Begriff Trauma nicht im Sinne einer diagnostischen Kategorie besprochen wurde und ihm nicht die Bedeutung zukam, ein bestimmtes psychopathologisches Syndrom zu beschreiben. Vielmehr eignete sich dieser Begriff um zu verdeutlichen, dass äußere Ereignisse überhaupt (negativen) Einfluss und (negative) Auswirkungen auf die Psyche haben können. Die Attraktivität des Begriffes kann womöglich auch darin verborgen gelegen haben, dass er die Essenz

dessen auszudrücken vermochte, was dem veränderten Menschenbild entsprach: Nämlich, dass das Individuum formbar und veränderbar war durch die Einflüsse der Umwelt, dass also auch äußere Ereignisse die psychische Struktur eines Menschen verändern konnten.

Welche Rolle aber spielte es dabei, dass gerade Kinder zum Kristallisationspunkt und zur Versinnbildlichung eines sich wandelnden Menschenbildes wurden? Inwiefern trug der Diskurs um Kindesmisshandlung dazu bei, die Weichen zu stellen für die spätere bereitwillige Übernahme des PTSD-Konzepts? Trug die veränderte Wahrnehmung von Kindern im sozialen Gefüge gar zur „Erfolgsstory“ dieses Krankheitskonzeptes bei? Und wenn ja, warum?

An dieser Stelle muss erneut an der Bedeutungsvielfalt des Begriffes Trauma angesetzt werden. So haftet dem Begriff Trauma unterschwellig eine Aussage zu Opfern, Tätern, Schuld und Unschuld an. Ein Opfer-Status spielt bei Verwendung des Begriffes Trauma eine entscheidende Rolle und ist kaum hiervon zu lösen, ist in gewisser Weise immanenter Bestandteil des Konzepts. So fragte Richard McNally in seinem Buch „Remembering Trauma“: Wie soll man eine Person nennen, der ungeheuer Schreckliches widerfahren ist und die furchtbarsten Ereignisse miterlebt hat? Die Begriffe Opfer oder Überlebender böten sich in diesem Kontext an, so seine Antwort.³⁹⁴ Genau an diesem Punkt kam die sich gesellschaftlich und politisch veränderte Haltung Erwachsener gegenüber Kindern zum tragen. Denn insbesondere durch mediale Berichterstattung wurden Kinder nicht nur als schutzbedürftig, sondern auch als unschuldig und als Opfer äußerer Lebensumstände stilisiert und instrumentalisiert.³⁹⁵ Bei keinen anderen zwischenmenschlichen Beziehungen scheint das Macht-Ohnmacht-Verhältnis so eindeutig zu sein, wie bei denen zwischen Kindern und Erwachsenen. Gerade in Bezug auf Kindesmisshandlungen scheint demnach eine Opfer-Täter-Rollenverteilung

³⁹⁴ vgl. McNally, Richard J.: Remembering Trauma, Cambridge Massachusetts 2003, S. 2.

³⁹⁵ vgl. Bühler-Niederberger, Doris: Kindheit und die Ordnung der Verhältnisse. Von der gesellschaftlichen Macht der Unschuld und dem kreativen Individuum, Weinheim, München 2005, S. 126 f.

unleugbar, ist doch ein Kind einem Erwachsenen rein physisch immer unterlegen. Durch die angenommene und postulierte enge Verwobenheit von körperlicher und seelischer Misshandlung, wie sie in den oben vorgestellten Artikeln deutlich wird, ist verständlich, dass diese Rollenverteilung auch in den psychischen Bereich übertragen und unangezweifelt übernommen wurde. Demnach eigneten sich die Kinder in besonderer Weise für das Traumakonzept. Die Traumatisierbarkeit des als rein, unschuldig und schutzbedürftig perzipierten Kindes erscheint von vorneherein gegeben.³⁹⁶ So lässt sich auch erklären, dass das Konzept der psychischen Traumatisierung zum Zeitpunkt der Einführung als diagnostische Kategorie selbsterklärend schien, ohne großes Zaudern bedenkenlos auf die Gruppe der Kinder übertragen wurde und somit Einzug in das zivile Leben hielt.

3.3.2. Kindesmisshandlung und Psychoanalyse

Während das Thema Kindesmisshandlung international an Aktualität gewann und von einer breiteren Öffentlichkeit wahrgenommen wurde, entfachte unter Psychoanalytikern ein Streit um die Verführungstheorie Freuds aus dem Jahr 1886, beziehungsweise deren spätere Aufgabe, der sich in einigen Beiträgen in der *Psyche* widerspiegelte. Laut Freuds Theorie aus dem Jahr 1886 kann die Verführung von Kindern – hiermit ist deren sexueller Missbrauch gemeint – als pathogenes Trauma wirken und als reale Ursache für die Entstehung von Neurosen angesehen werden. Doch Freud verwarf diese Theorie bald und fokussierte nicht mehr auf mögliche reale äußere Bedingungen als Ursachen in der Neurosenätiologie. Dass Freud hiermit eine seiner wichtigsten Theorien „verraten“ habe und damit gleichzeitig den Grundstein für den Untergang der Psychoanalyse gelegt habe, wurde ihm später von Kritikern wie Jeffrey M. Masson vorgeworfen. Dieser hat 1984 das Buch „The Assault on Truth. Freud’s Suppression of the Seduction Theory“³⁹⁷

³⁹⁶ Auch wenn dies im Einzelfall durchaus auch anders wahrgenommen wird und die Autoren Strunk und Martinius in ihren im Deutsches Ärzteblatt erschienen Artikeln durchaus betonen, dass Eigenschaften des Kindes, die eventuell zu einer Überforderungssituation der Eltern mit beigetragen haben könnten, in die Diagnostik mit einbezogen werden sollten, Kinder also nicht universell und uneingeschränkt immer nur als Opfer angesehen werden.

³⁹⁷ Masson, Jeffrey M.: The Assault on Truth. Freud’s Suppression of the Seduction Theory, London 1984.

herausgebracht, das in deutscher Sprache mit dem Titel „Was hat man dir, du armes Kind, getan? Sigmund Freuds Unterdrückung der Verführungstheorie“³⁹⁸ eine Welle ins Rollen brachte, die in eine bisweilen polemisch geführte Diskussion mündete. Im *Spiegel* wurde dessen Buch im Februar 1984 vorgestellt unter der Überschrift „Psychoanalyse – Kolossale Lüge“.³⁹⁹ Im Dezember des gleichen Jahres erschien im *Spiegel* ein Themenheft mit dem Titel „Zweifel an Freud. Angriff auf das Reich des Ödipus“.⁴⁰⁰ Eine „neue Freud-Kritik“ werde von Gehirnforschern, Biologen, experimentierenden Traumforschern und Psychologen geübt, die letztlich Freuds Theorien als pseudowissenschaftlich enttarnten. In der *Psyche* wurde daraufhin eine Reihe von Artikeln veröffentlicht mit dem Ziel, Freuds (Verführungs-) Theorie wieder ins rechte Licht zu rücken und die Bedeutung von realen Traumata, realen Gegebenheiten in seinem Werk genauer zu untersuchen und zu beleuchten. So veröffentlichten Winfried Knörzer 1988 „Einige Anmerkungen zu Freuds Aufgabe der Verführungstheorie“⁴⁰¹ und Siegfried Zepf et al. 1986 den Artikel „Realität und Phantasie. Anmerkungen zum Traumabegriff Sigmund Freuds“.⁴⁰² Gemeinsam ist diesen in der *Psyche* erschienenen Artikeln zur Verführungstheorie Freuds die Tendenz zu rechtfertigen, dass Freud nie geleugnet habe, dass sexueller Missbrauch von Kindern prinzipiell existiere. Gottfried Fischer hingegen setzte sich nicht direkt mit Freuds Verführungstheorie auseinander, sondern griff 1986 in seinem Artikel „Empirische Forschung zur Wirkung von Traumata bei Kindern und Jugendlichen. Kritik und Informationen zu einem wieder aktuellen Thema“ die aktuelle Diskussion um die Bedeutung realer Traumata in der Kindheit für die weitere seelische Entwicklung auf. Hierin verwies er auf die Forschungsergebnisse von Psychoanalytiker und Kinderarzt René Spitz, der das so genannte Deprivationssyndrom erforschte und die des psychoanalytischen Verhaltensforschers John Bowlby, der in den 1970er

³⁹⁸ Masson, Jeffrey M.: Was hat man dir, du armes Kind, getan? Sigmund Freuds Unterdrückung der Verführungstheorie, Reinbek bei Hamburg 1984.

³⁹⁹ [o.V.]: Psychoanalyse – Kolossale Lüge, in: Der Spiegel 8 (1984), S. 188–194.

⁴⁰⁰ Franke, Klaus: Angriff auf das Reich des Ödipus, in: Der Spiegel 52 (1984), S.116–132.

⁴⁰¹ Knörzer, Winfried: Einige Anmerkungen zu Freuds Aufgabe der Verführungstheorie, in: *Psyche* 42 (1988), S. 97–131.

⁴⁰² Zepf, Siegfried, Brigitte Weidenhammer, Jutta Baur-Morlock: Realität und Phantasie. Anmerkungen zum Traumabegriff Sigmund Freuds, in: *Psyche* 40 (1986), S. 124–144.

Jahren die schweren psychischen Schäden untersucht hatte, an denen Kinder in Folge von frühen Trennungserlebnissen von den Eltern zu leiden haben. Vor dem Hintergrund dieser empirisch gewonnenen Erkenntnisse übte Fischer massiv Kritik an Hansjörg Hemminger, der wiederum im oben genannten Artikel des *Spiegels* zitiert wurde und die Ansicht vertrat, dass frühkindliche Traumata keinen weiteren Einfluss auf die spätere Entwicklung haben.⁴⁰³

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts verstärkt darüber diskutiert wurde, ob und in welcher Weise äußere Einflüsse wie Gewalt oder Vernachlässigung, Trennungserlebnisse etc. Kinder in ihrer Entwicklung prägen. Dies entsprach einem sich wandelnden Bild vom Menschen, der vermehrt als ein Produkt mannigfaltiger Einflüsse, eben auch sozial bedingter Einflüsse und nicht ausschließlich hereditärer Anlagen, gesehen wurde. Der Traumabegriff wurde in diesem Zusammenhang verwendet, ohne dass er etwas über eine spezielle diagnostische Kategorie aussagte. Vielmehr drückte er allgemein aus, dass negative äußere Ereignisse auch negativen Einfluss auf das Seelenleben eines Menschen haben können. Als Inbegriff von Menschen in Entwicklung eigneten sich Kinder wiederum besonders gut, um jeweilige Einflussfaktoren zu erforschen und zu diskutieren.

3.4. Diversifikation des Traumabegriffes

Die zwei besprochenen Schwerpunkte Kindesmisshandlung und transgenerativ übertragenes Trauma von KZ-Überlebenden auf ihre Nachfahren sind Themenkomplexe, die für die Diskussion über psychische Traumatisierung in den 1980er Jahren relativ spezifisch waren. Nach Durchsicht des Artikelfundus wird allerdings ein weiteres Spezifikum der Traumadebatte in diesen Jahren deutlich. Die Debatte beschränkte sich inhaltlich nicht mehr auf ausgewählte strittige Punkte. Waren im Laufe der Geschichte des Traumakonzeptes meist einzelne Aspekte prekär und

⁴⁰³ Fischer, Gottfried: Empirische Forschung zur Wirkung von Traumata bei Kindern und Jugendlichen. Kritik und Informationen zu einem wieder aktuellen Thema, in: *Psyche* 40 (1986), S. 145–161.

Gegenstand hitzig geführter Diskussionen, wie beispielsweise die Renten-, Kausalitäts- oder Simulationsfrage, so lässt sich in den 1980er Jahren eine andere Entwicklung beobachten: Das Traumakonzept als solches wurde im Wesentlichen nicht mehr hinterfragt und auch nicht mehr problematisiert. Im Gegenteil, es wurde bedenkenlos auf die verschiedensten Lebensbereiche übertragen und mit unterschiedlichsten Kontexten in Beziehung gesetzt. Nahezu beliebig wurde der Begriff verwendet und zwar nicht mehr nur zur Beschreibung eines konkreten psychischen Syndroms, sondern, überspitzt formuliert, für jede Beschreibung von negativen Ereignissen, von denen angenommen wird, dass sie in irgendeiner Weise auch Auswirkungen auf die Psyche haben. Dies soll im Folgenden anhand zweier ausgewählter Artikel veranschaulicht werden. Diese eignen sich besonders gut zur Besprechung, da sie zugleich Hinweise darauf geben, was an dem Traumabegriff so reizvoll sein mochte und warum in selbst sehr uneinheitlichen Kategorien gerne auf das Trauma als Krankheitskonzept zurückgegriffen wurde.

3.4.1. HIV und Trauma

1989 stellten Ernst Weimer, Lena Nilsson-Schönnesson und Ulrich Clement in ihrem in der *Psyche* erschienenen Artikel „HIV-Infektion: Trauma und Traumaverarbeitung“ erste Ergebnisse ihres vom *Ministerium für Wissenschaft und Kunst* des Landes Baden-Württemberg finanzierten deutsch-schwedischen empirischen Forschungsprojektes dar. Unter der Annahme, dass die Diagnose einer HIV-Infektion einer traumatischen Situation entspreche, war es Ziel des Projektes, psychische Verarbeitungs- und Bewältigungsmechanismen der Infizierten zu eruieren, um herauszufinden, welchen Einfluss diese auf die psychische Befindlichkeit und eine Symptombildung haben.

Trauma und Stress seien die zwei Begriffe, die im Zusammenhang mit psychischen Auswirkungen einer HIV-Infektion am häufigsten verwendet werden. Die Autoren bezeichneten diese zwei Begriffe allerdings als „Worthülsen“, die als Konzepte in der Alltagssprache gebraucht werden,

allerdings gehaltlos seien und nichts über die tatsächliche Bedeutung und Belastung der Diagnose für die Betroffenen aussagen.⁴⁰⁴

Doch anstatt an dieser Stelle das Konzept Trauma zu hinterfragen und sich aufgrund der Schwammigkeit dieser Begrifflichkeit hiervon eventuell zu distanzieren, wurde an der Grundannahme, dass es sich bei einer HIV-Infektion um ein Trauma handele, nicht gerüttelt. Dies ist insofern verständlich, als dass die Entdeckung des HI-Virus nur sechs Jahre zurück lag⁴⁰⁵ und eine immense Wirkung auf die Bevölkerung vieler Nationen hatte. Wie die Entdeckung der Erkrankung auf die Gesellschaft wirken musste beziehungsweise wie sie öffentlich dargestellt wurde, lässt sich anhand eines Artikels im *Spiegel* zum Titelthema „Aids: Eine Epidemie, die erst beginnt“ aus dem Jahr 1983 verfolgen. Hierin wurde zunächst gefragt: „Wird Aids wie ein apokalyptischer Reiter auf schwarzem Roß über die Menschheit kommen?“ Im Weiteren hieß es dann:

„Die Heimtücke und, wie es scheint, Unausweichlichkeit, mit denen Aids über die Betroffenen kommt, haben etwas Erschreckendes. Auf rätselhafte Weise übertragen, schlägt ein rätselhafter Erreger zu - in einem Jahrhundert, in dem alle gefährlichen Infektionskrankheiten schon nahezu beherrschbar schienen ... wie ein Schock kommt da die geheimnisvolle Krankheit Aids...“⁴⁰⁶

Das Wissen um die Existenz des HI-Virus veränderte menschliches Zusammenleben in vielerlei Hinsicht und führte zu einem Umdenken und einigen Neubewertungen auf kultureller, ethischer, politischer und medizinischer Ebene. So wurde die Medizin von ihrem vermeintlichen Allmachtsockel herabgesetzt in Anbetracht der Hilflosigkeit gegenüber der neu entdeckten Krankheit, für die man keinerlei Behandlung parat hatte und die sich epidemieartig auszubreiten drohte. Durch den Bezug der HIV-Infektion zur Sexualität wurden gleich mehrere Bereiche tangiert, mit denen

⁴⁰⁴ vgl. Weimer, Ernst, Lena Nilsson-Schönnesson, Ulrich Clement: HIV-Infektion: Trauma und Traumaverarbeitung, in: *Psyche* 43 (1989), S. 720.

⁴⁰⁵ der HI-Virus wurde erstmals beschrieben von Françoise Barré-Sinoussi und Luc Montagnier, die hierfür 2008 den Medizin-Nobelpreis verliehen bekamen. Siehe Barré-Sinoussi, Françoise, Luc Montagnier, et al.: Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS), in: *Science* 220 (1983), S. 868–871.

⁴⁰⁶ [o.V.]: Aids: „Eine Epidemie, die erst beginnt“, in: *Der Spiegel* 23 (1983), S. 144–163.

sich Individuen wie auch soziale Gemeinschaften, auseinanderzusetzen hatten. Lebenskonzepte, gesellschaftliche Normen und Erwartungen, Moralvorstellungen waren hiervon genauso betroffen wie religiöse Anschauungen, die auf den Prüfstand gestellt wurden. Aber auch politisch führte die Entdeckung der Krankheit nicht nur zu Präventions- und Aufklärungskampagnen in den meisten Ländern dieser Welt, sondern auch zu Auseinandersetzungen beispielsweise über soziale Ungleichheiten von Gesundheitschancen.

So konkretisierten die Autoren in ihrem Artikel zunächst, inwiefern genau die HIV-Infektion ihrer Meinung nach eine traumatische Situation konstituierte. Die individuelle Existenz sei zum einen körperlich durch die Krankheit, zum anderen sozial durch Stigmatisierung und Ausgrenzung bedroht. Insbesondere die soziale Komponente wurde im Weiteren hervorgehoben. So seien HIV beziehungsweise AIDS in den Medien seit 1984 präsent und es sei durch sie eine kollektive Vorstellung über den Verlauf der Erkrankung erzeugt worden. Demnach werde behauptet, dass alle Infizierten an AIDS sterben müssen. „Der Infizierte erscheint in dieser sozialen Sinnstruktur als Opfer aggressiver Viren ...“⁴⁰⁷ Des Weiteren aber werden, so die Autoren, auch paranoide und hysterische Ängste Nichtbetroffener geschürt, die zur Folge haben, dass Infizierte ausgegrenzt, stigmatisiert und diskriminiert werden und somit ihre soziale Existenz bedroht sei.

„Dieser Komplex von Ängsten und aggressiven Impulsen gegenüber Infizierten erzeugt Feindbilder ... und Schuldzuschreibungen. So wird Infizierten vielfach unterstellt, daß sie für die eigene Infektion verantwortlich bzw. mitverantwortlich ... und darüber hinaus an der Verbreitung des Virus in der heterosexuellen Bevölkerung schuld seien.“⁴⁰⁸

An dieser Stelle wird nochmals deutlich wie eng das Traumakonzept mit den Kategorien Opfer und Täter beziehungsweise Schuld und Unschuld verwoben ist. Die Begriffe Opfer, Schuld und Verantwortung werden auch in diesem Zusammenhang zur Erklärung des Traumas der HIV-Infektion herangezogen.

⁴⁰⁷ Weimer, Ernst, Lena Nilsson-Schönnesson, Ulrich Clement: HIV-Infektion: Trauma und Traumaverarbeitung, in: Psyche 43 (1989), S. 721.

⁴⁰⁸ ebd. S. 722.

Und so waren Opfer- und Täterrollenverteilung, wie bereits erläutert, auch im Rahmen anderer Traumadiskurse zentrale Dreh- und Angelpunkte, beispielsweise wenn es um die Entschädigung ehemaliger KZ-Inhaftierter, Kindesmisshandlung oder Vietnamveteranen ging. Gleichzeitig wird auch hier nochmals deutlich welche Wirkungskraft und Macht das Traumakzept hatte. Wird ein Individuum mit dem Attribut „traumatisiert“ behaftet, so lassen sich Opfer- und Täterzuschreibungen umkehren. Der Vietnamveteran, der im Krieg Menschen tötete, somit als Täter angesehen werden kann und nun aber unter seinem eigenen Handeln leidet, bekommt als „traumatisierter Soldat“ einen anderen Status verliehen, kann als Opfer seiner Regierung betrachtet werden, die ihn in den Krieg schickte, wodurch seine persönliche Schuld und Verantwortung gemindert werden. Auch im vorliegenden Text wurde mit Schuld kategorien gearbeitet, indem die Autoren moralische Verurteilungen der Gesellschaft gegenüber HIV-Infizierten anführten. In Kontrast zu den angeführten Schuldzuweisungen der Mitmenschen gegenüber HIV-Positiven postulierten die Autoren einen Opferstatus der Infizierten, den sie eben darin begründeten, dass diese überhaupt moralisch verurteilt werden. Das Trauma der Infizierten beschrieben sie wie folgt:

„Diese Beziehungsstruktur im Sinne eines aggressiven, nicht besiegbaren inneren Angreifers in Form des Virus einerseits und einer äußeren, verfolgenden sozialen Umwelt andererseits, gegenüber denen der Infizierte sich in seiner primären Einschätzung ohnmächtig und hilflos fühlen muß, konstituiert die traumatische Situation der HIV- und AIDS-Diagnose.“⁴⁰⁹

Das Ich könne aufgrund dieser vielgestaltigen Bedrohung überflutet werden, so dass die angemessene psychische Verarbeitung gefährdet werden könne. So wiesen Weimer et al. im Weiteren auf prinzipielle Verarbeitungsmöglichkeiten dieser traumatischen Situation hin, die entweder auf Abwehr oder auf Bewältigung beruhen. Als psychologische Abwehrprozesse, die die Autoren auch als „Notfallreaktionen“ verstanden, wurden unter anderem Affektisolierung, Rationalisierung, Intellektualisierung, Verschiebung und projektive Identifikation genannt. Unter

⁴⁰⁹ Weimer, Ernst, Lena Nilsson-Schönnesson, Ulrich Clement: HIV-Infektion: Trauma und Traumaverarbeitung, in: Psyche 43 (1989), S. 722 f.

Bewältigungsstrategien wurde etwa Sinnsuche, Selbstermutigung oder sozialer Rückzug verstanden. Die Hypothese des Forschungsprojektes lautete, dass psychische Befindlichkeit und Symptombildung in Abhängigkeit von den spezifischen Verarbeitungsmustern zu sehen seien. An der Studie nahmen 23 schwedische und 19 deutsche HIV-Positive teil, von denen 39 homosexuelle Männer und 3 Frauen waren. Mithilfe des *Freiburger Krankheitsverarbeitungsboogens* von Muthny und psychologischen Interviews wurde versucht, die Verarbeitungsmechanismen der Probanden zu klassifizieren. Hierbei zeigten sich drei Kategorien, in denen verschiedene Bewältigungsstrategien hoch miteinander korrelierten. Zur ersten Kategorie wurden die Strategien Selbstaufwertung, Relativierung durch Vergleich, Religiösität und Sinnsuche, Selbstermutigung und rationale Problemlösung gezählt. Zum zweiten Verarbeitungsmuster gehörten Vermeidung und Wunschdenken sowie sozialer Rückzug, während als dritte Kategorie Carpe diem und Lebensgenuss genannt wurde. Da allerdings letzteres stark mit der ersten Kategorie korrelierte, fassten die Autoren diese beiden Verarbeitungsmuster zusammen. Demnach könne man im Grunde von zwei generellen Verarbeitungsmustern sprechen, nämlich einem aktiven Ankämpfen und einem passiven Rückzug. Diese beiden Faktoren wurden in einem weiteren Schritt mit Adaptionkriterien Depression, Resignation und Carpe diem/Lebensgenuss korreliert. So sollten hieraus Schlüsse darüber gezogen werden, welche Verarbeitungsmuster zur Elimination beziehungsweise Verminderung von Gefühlen wie Hilflosigkeit, Ohnmacht und Vernichtungsangst beitragen und wie die Lebensqualität aufrecht erhalten werden könne. Als Ergebnis sei zu verzeichnen, dass Bewältigungsstrategien in Form von Ankämpfen positiver zu bewerten seien im Hinblick auf die psychische Situation der Infizierten. Für die schwedisch-deutsche Probandengruppe ergab sich, dass 65% beide Verarbeitungsmuster zur Bewältigung verwendeten, 15% verarbeiteten ihre Erkrankung ausschließlich mit passiven Bewältigungsstrategien und 20% bedienten sich aktiver, kämpferischer Strategien. Die Befunde, so die Autoren, die sich auf eine

Studie von Heim aus dem Jahre 1988 beriefen,⁴¹⁰ seien deckungsgleich mit den Untersuchungen zur Bewältigung von Krebserkrankungen.⁴¹¹

Mit der Beschreibung der HIV-Infektion als Trauma war ein weiterer Schritt getan, mit dem psychische Traumatisierung als Krankheitskonzept Einzug ins zivile Leben hielt. Zwar muss die Sonderstellung der HIV-Infektion in den 1980er Jahren beachtet werden, die damals aufgrund der fehlenden Therapierbarkeit bedrohlicher wirken musste als heutzutage und zunächst weitestgehend noch auf bestimmte Gruppierungen innerhalb der Gesellschaft, Homosexuelle und Drogenabhängige, beschränkt blieb. Andererseits lag somit die Versuchung nahe, bald auch andere schwerwiegende Erkrankungen als potentiell traumatisierend einzustufen. Gleichzeitig fällt in diesem Artikel auf, dass die hier genannte traumatische Situation nicht mit bestimmten Symptomen oder gar einem Syndrom assoziiert wurde, sondern dass es sich bei der Beschreibung des Traumas der HIV-Infektion hauptsächlich um Zuschreibung von Opferrollen und Ohnmachtsverhältnissen drehte. Dies zeigt auf, wie verführerisch und verlockend es sein konnte, mit dem Begriff Trauma zu arbeiten, da er nicht ausschließlich dazu gebraucht wurde, eine bestimmte Form der psychischen Erkrankung zu etikettieren, sondern er implizit immer auch gewünschte (Be-) Wertungen und Rollenzuschreibungen beinhaltete.

3.4.2. Südafrika und Trauma

Ein Jahr später, 1990, erschien in der *Psyche* der Artikel „Seelische Dauerbelastung als traumatisches Syndrom – Möglichkeiten des einmaligen therapeutischen Gesprächs“ der australischen Psychologin Gillian Straker und dem *Sanctuaries-Counselling-Team*, die in der *School of Psychology* der Universität von Witwatersrand in Johannesburg, Südafrika, tätig waren. Sie schilderten in ihrem Beitrag zunächst eingehend die spezifischen politischen

⁴¹⁰ siehe Heim, Edgar: Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping?, in: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 38 (1988), S. 8–18.

⁴¹¹ vgl. Weimer, Ernst, Lena Nilsson-Schönnesson, Ulrich Clement: HIV-Infektion: Trauma und Traumaverarbeitung, in: *Psyche* 43 (1989), S. 720–736.

und sozialen Verhältnisse von Kindern und Jugendlichen aus dem südafrikanischen Township Leandra, die aufgrund von rassistischer Diskriminierung und der Apartheid von extremer Gewalt geprägt waren und als traumatische Dauerbelastung beschrieben wurden. Das *Sanctuaries Counselling Team* sei ursprünglich gebildet worden um diesen Kindern insbesondere durch Gesprächstherapie zu helfen. Aufgrund der dort herrschenden chaotischen Gewaltverhältnisse könne man allerdings keine regelmäßige Therapie planen, deswegen entwarfen die Autoren ein Konzept nach dem jede Therapiesitzung in sich abgeschlossen sein sollte, gleichzeitig aber die Möglichkeit der Fortsetzung biete. Im besagten Artikel schilderten sie die genauen Schritte und Stadien eines so konzipierten Gesprächs und gaben Anweisungen und Tipps für den Therapeuten.⁴¹²

Ihr Artikel wird an dieser Stelle nicht in allen Einzelheiten besprochen, da er sehr detailliert auf die spezifischen politischen und sozialen Umstände und somit auch therapeutischen Probleme in einer kleinen Gemeinde in Südafrika einging. So wurde beispielsweise genauestens über verschiedene sich bekämpfende Gruppierungen im Rahmen der Anti-Apartheid-Bewegung informiert oder aber die besondere Brutalität gewisser Exekutionsformen geschildert. Dass es in diesem Artikel nicht allein um eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Psychotherapiemöglichkeiten traumatisierter Menschen ging, liegt auf der Hand. Es wurde deutlich beschrieben, wie verwoben die psychotherapeutische Arbeit mit den speziellen politischen Verhältnissen in Südafrika war und dass diese streng genommen im Vordergrund standen. Gleichzeitig ist zu vermerken, dass nach Darstellung der Autoren aufgrund des verheerenden Gewaltausmaßes in Südafrika alle dort lebenden Menschen potentiell an psychischen Traumatisierungen litten, es dort also im Grunde der Norm entsprach, traumatisiert zu sein.

So wird auch durch diesen Beitrag ersichtlich, wie bereitwillig das Konzept psychische Traumatisierung auf neue Patientengruppen übertragen wurde, ja

⁴¹² vgl. Straker, Gillian et al.: Seelische Dauerbelastung als traumatisches Syndrom – Möglichkeiten des einmaligen therapeutischen Gesprächs, in: *Psyche* 44 (1990), S. 144–163.

sogar in fremde Kulturen exportiert wurde. Gleichzeitig fällt auch hier auf, dass die Auseinandersetzung mit spezifischen Symptomen und Manifestationsformen einer psychischen Traumatisierung als Krankheitsbild zunehmend in den Hintergrund rückten. Viel bedeutender schienen stattdessen die Aspekte von Hilfsbedürftigkeit und Opferstatus, die im Traumabegriff mit einbezogen waren.

Der in den letzten Jahren zunehmende Export des Krankheitskonzeptes psychische Traumatisierung als westliches Gedankengut in andere Länder und Kulturen ist im Übrigen vielfach kritisiert worden.⁴¹³ Inger Agger et al. geben zu bedenken, dass sich durch eine Pathologisierung des Individuums mit Problemen auseinandergesetzt wird, die primär im politischen Kontext zu sehen sind und hier auch vorrangig Lösungen bedürfen.⁴¹⁴ Dies sei auch insofern problematisch, so Usche Merk und Thomas Gebauer, als dass „[d]abei ... nicht nur der Blick auf die Täter und Opfer, Machthaber und Machtlose verstellt [wird], es wird umstandslos jeder zum Klienten gemacht und damit der Verantwortung entzogen.“⁴¹⁵ Derek Summerfield konstatiert in seinem Beitrag „Das Hilfsbusiness mit dem Trauma“: „Leiden und Schmerz – beobachtet oder unterstellt – wird zum Objekt gemacht und mit Hilfe des Begriffes Traumatisierung in ein technisches Problem verwandelt, für das auch technische Lösungen anwendbar erscheinen ... Schmerz oder Leiden sind nicht per se eine psychische Störung.“⁴¹⁶ Des Weiteren verwies er auf die verschiedenen Bedeutungsmuster, die Leid, Schmerz und Erinnerung in unterschiedlichen Kulturen haben können und welche Mittel anderen Kulturen zu Verfügung stehen, um mit solchen Erfahrungen umzugehen. David Becker

⁴¹³ siehe beispielsweise Bracken, Patrick, Joan Giller, Derek Summerfield: Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts, in: *Social Science and Medicine* 40 (1995), S. 1073–1082; Medico International e.V. (Hrsg.): *Schnelle Eingreiftruppe „Seele“: auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft; Texte für kritische „Trauma-Arbeit“*, Frankfurt E.M. 1997.

⁴¹⁴ siehe Agger, Inger, S. Vuk, J. Mimica: *Theory and practice of psychological projects under war conditions in Bosnia-Herzegovina and Croatia*, Zagreb 1995.

⁴¹⁵ Merk, Usche, Thomas Gebauer: *Schnelle Eingreiftruppe „Seele“: auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft*. Vorwort, in: Medico International e.V. (Hrsg.): *Schnelle Eingreiftruppe „Seele“: auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft; Texte für kritische „Trauma-Arbeit“*, Frankfurt E.M. 1997, S. 3.

⁴¹⁶ Summerfield, Derek: *Das Hilfsbusiness mit dem Trauma*, in: Medico International e.V. (Hrsg.): *Schnelle Eingreiftruppe „Seele“: auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft; Texte für kritische „Trauma-Arbeit“*, Frankfurt E.M. 1997, S. 12.

geht sogar so weit das Traumakzept als „Sprachrohr der Interessen der Unterdrücker“ zu bezeichnen, mit dessen Hilfe „die Täterschaft verleugnet“ werde.⁴¹⁷

An dieser Stelle wird erneut deutlich, wie problematisch die Verwendung des Traumabegriffes blieb und dass der Begriff eben nicht nur nüchtern eine neue „wissenschaftlich entdeckte“ psychische Krankheit beschrieb. Es wird zudem deutlich, wie breit gefächert der Traumabegriff bereits auf verschiedenste Bereiche und Lebenslagen übertragen wurde, obgleich die psychische Situation eines HIV-positiven Homosexuellen in Deutschland kaum vergleichbar sein konnte mit der eines unter bürgerkriegsähnlichen Zuständen lebenden Kindes in Südafrika. Die moralische Bedeutung und Aussage, die bei Verwendung des Traumabegriffs mitschwang, schien demnach zum verführerischen Gebrauch dieser Begrifflichkeit entscheidend beizutragen.

⁴¹⁷ Becker, David: Prüfstempel PTSD: Einwände gegen das herrschende Trauma-Konzept, in: Medico International e.V. (Hrsg.): Schnelle Eingreiftruppe „Seele“: auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft; Texte für kritische „Trauma-Arbeit“, Frankfurt E.M. 1997, S. 31.

Abschlussdiskussion

Der Begriff Trauma stellt im Rahmen der entwicklungsgeschichtlichen Auseinandersetzung mit psychiatrischen Konzepten zu traumatischen Folgestörungen den elementaren Bestandteil und Ausgangspunkt meiner Untersuchungen dar. Die vorliegende Arbeit versteht sich als medizinhistorischer Beitrag, die kontextabhängige dynamische Wandelbarkeit des Traumabegriffes und zugehöriger Konzepte aufzuzeigen und deren enge Verwobenheit von politischen, sozialen und kulturellen Gegebenheiten mit den sich verändernden Denkweisen über Trauma und psychische Krankheit darzustellen. Der Traumabegriff lässt sich dabei nicht nach allgemeingültigen Kriterien definieren und ist auch nicht als eine historisch konstante Begrifflichkeit zu verstehen. Vielmehr variierten Bedeutungsinhalte des Begriffes entsprechend den sich wandelnden Konzepten zu Trauma und psychischer Krankheit.

Einen Meilenstein und Wendepunkt in der langjährigen Auseinandersetzung über Trauma und psychische Krankheit stellte die erstmalige Aufnahme der psychiatrischen Diagnose *Posttraumatic-Stress Disorder* in das amerikanische Diagnosenhandbuch DSM-III im Jahr 1980 dar. In der Folgezeit nahm das wissenschaftliche Interesse an der Erforschung von Traumafolgestörungen in der gesamten westlichen Welt enorm zu. Anliegen dieser Arbeit war es, die Rezeption der erstmals in den USA etablierten und neu konzeptualisierten Krankheit PTSD sowie die Diskussion über Trauma und psychische Krankheit in medizinisch-psychologischen Expertenkreisen in Deutschland in den 1980er Jahren zu untersuchen.

Als erstes wichtiges Ergebnis dieser Arbeit lässt sich zunächst festhalten, dass das aus den USA kommende PTSD-Konzept in den von mir untersuchten Fachzeitschriften *Deutsches Ärzteblatt*, *Nervenarzt* und *Psyche* im Zeitraum von 1980 bis 1991 mit einer Ausnahme kaum Beachtung fand und weder in Beiträgen berücksichtigt noch kritisch diskutiert wurde. Die Bezugsverhältnisse von Trauma und psychischer Krankheit wurden allerdings sehr wohl in den Beiträgen der Fachzeitschriften von Psychologen und

Psychiatern erörtert, ohne jedoch explizit auf das amerikanische PTSD-Konzept Bezug zu nehmen. Dies deutet darauf hin, dass die Auseinandersetzung mit dem Themenbereich psychische Traumatisierung auch in Deutschland von bedeutender Aktualität war. Da die Autoren in diesen Artikeln jedoch inhaltlich keinen Bezug zu dem in den USA entwickelten PTSD-Konzept herstellten, legt dies den Rückschluss nahe, dass die Traumadebatte in Deutschland in den 1980er Jahren nicht durch die Einführung der diagnostischen Kategorie PTSD in den USA angestoßen wurde.

Die Analyse der in Deutschland in den Jahren 1980 bis 1991 erschienenen und für diese Arbeit relevanten Artikel zeigte, dass das Panorama der Themenbereiche, in deren Zusammenhang psychische Traumata behandelt wurden, äußerst vielfältig war und von KZ-Haft über HIV-Infektion bis zu Kindesmisshandlungen reichte. Die Beiträge zu Trauma und psychischer Krankheit ließen sich inhaltlich kaum eingrenzen und strukturieren. Vielmehr wurde der Begriff Trauma in den inhaltlich stark divergierenden Beiträgen aufgegriffen und in Bezug zu unterschiedlichsten Lebensbereichen gesetzt. Ungeachtet der Definitionsschwierigkeiten des Traumbegriffes wurde dieser disparat verwendet und deckte entsprechend der thematischen Diversität ein breitgefächertes Bedeutungsspektrum ab. Nach Zusammenschau der gesamten Bandbreite der Artikel zu Trauma und psychischer Krankheit wurde der nahezu inflationäre Gebrauch des Traumbegriffes in den 1980er Jahren eminent. Psychisches Trauma wurde längst losgelöst von umschriebenen Ausnahmesituationen wie beispielsweise KZ-Haft oder Vietnamkrieg besprochen, stattdessen auf die verschiedensten Lebenssituationen auch im Zivilbereich übertragen.

Trotz der sich schwer gestaltenden Eingrenzbarkeit und Strukturierbarkeit der publizierten Artikel zu Trauma und psychischer Krankheit ließ sich das Neuartige und verbindende Element dieser Traumadebatte vor dem Hintergrund der Geschichte des Traumbegriffes extrahieren. Als Kern war in allen Artikeln der Leitgedanke identifizierbar, nach dem die Persönlichkeit des Menschen als durch die Umwelt formbar und beeinflussbar betrachtet wurde.

Zwar hatten deutsche Psychiater und Psychologen noch kein einheitliches Erklärungsmodell beziehungsweise Krankheitskonzept zu psychischen Traumafolgestörungen entworfen. Doch teilten sie die Annahme, dass ein Trauma als pathogenetische Entität zu verstehen sei, also als eine besonders schwerwiegende Belastung, in deren Folge es zu einer psychischen Erkrankung kommen könne. Da diese Betrachtungsweise im Einklang mit unserer gegenwärtigen Auffassung von der Beschaffenheit des Menschen steht, mag dieser Leitgedanke möglicherweise zunächst banal klingen. Doch konnte diese Sichtweise in den 1980er Jahren noch nicht bedingungslos vorausgesetzt werden und stellte insofern ein relatives Novum dar. Noch in den 1950er Jahren wurde vom Gros der deutschen Psychiater die Lehrmeinung vertreten, dass die Belastungsfähigkeit der menschlichen Seele im Unendlichen liege. Die Psyche und Persönlichkeit des Menschen wurden im Wesentlichen als konstitutionsabhängig gesehen. Zu einem richtunggebenden Aufbruch dieser psychiatrischen Lehrmeinung kam es, was mir die Aussagen der befragten Zeitzeugen bestätigten, erst im Rahmen der Bundesentschädigungsgesetzgebung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung. Erst durch die für die Begutachtung der Opfer erforderlichen psychiatrischen Beurteilungen sahen sich deutsche Psychiater mit der Herausforderung konfrontiert, die Auswirkungen der Verfolgung auf die Gesundheit der Überlebenden zu beurteilen und hierfür Erklärungsmodelle zu entwerfen. In Deutschland blieb die Auseinandersetzung mit Folgen des Zweiten Weltkrieges auf Bevölkerung und nachfolgende Generationen bis heute präsent.

Das ab Mitte des 20. Jahrhunderts zunehmende Interesse an der Erkundung der Bezugsverhältnisse zwischen Individuum und seiner Umwelt führten in der gesamten westlichen Welt je nach gesellschaftspolitischem Kontext zu vielfältigen Studienprojekten und Untersuchungen. Während in den USA durch den Vietnamkrieg eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den psychischen Auswirkungen des Krieges auf die ehemaligen Soldaten angeregt wurde, in deren Folge das PTSD-Konzept entwickelt wurde, entwickelten sich parallel andere Strömungen, in denen die Einflüsse von Lebensereignissen auf die Psyche und Persönlichkeit des Menschen erörtert

wurden. Vor allem gehörte hierzu die Thematisierung der Folgen von (sexualisierter) Gewalt gegen Frauen und Kinder auf deren weiteres Leben und deren weitere Entwicklung.

Im Laufe der letzten 50 Jahre wurden somit schrittweise neue Bevölkerungsgruppen mit dem noch uneinheitlich verwendeten Traumabegriff etikettiert. Er drückte implizit Zweierlei aus: Zum einen besagte er, dass ein Individuum an den Folgen von belastenden Lebensereignissen leidet und daran erkranken kann. Zum anderen beinhaltete der Begriff eine moralische Komponente, nämlich die Aussage, dass das traumatisierte Individuum als Opfer anzusehen ist. Im Rahmen von Bestrebungen das amerikanische Diagnosesystem DSM an das ICD der WHO anzugleichen und beide Diagnosenhandbücher kompatibel zu machen, wurde das PTSD-Konzept in seinen grundlegenden Zügen 1991 in das ICD-10 übernommen. Die Definitionskriterien allerdings wurden dahingehend ausgeweitet, so dass sich nahezu alle bisher identifizierten Opfergruppen in dieses Konzept integrieren ließen.

Insgesamt sind zum Vorgehen in der vorliegenden Arbeit einige Anmerkungen zu machen. Das eingangs beschriebene Anliegen dieser Arbeit, eine differenzierte Analyse der Diskussion in deutschsprachigen Fachzeitschriften über die Diagnoseetablierung der *Posttraumatic-Stress Disorder* im DSM zu erarbeiten, bedurfte einer Modifikation, da sich in keiner der untersuchten Zeitschriften Beiträge hierzu finden ließen. Da sich die Autoren in den untersuchten Artikeln jedoch inhaltlich auffällig häufig mit dem Begriff des psychischen Traumas auseinandersetzten, deutete dies darauf hin, dass sich in Deutschland scheinbar eine Debatte etabliert hatte, die unabhängig von der amerikanischen Diskussion und Diagnoseetablierung zu sein schien. Um die Beschaffenheit und Ursachen dieser im deutschsprachigen Raum stattfindenden Befassung mit dem Thema psychische Traumatisierung zu eruieren, wurden in der vorliegenden Arbeit stichprobenartig andere Quellen mit herangezogen (zwei Zeitzeugeninterviews, Beiträge des deutschen Nachrichtenmagazins *Der Spiegel*, sowie nicht-medizinische, teilweise feministische oder sozio-

politische Beiträge). Die Erkenntnisse, die durch dieses Vorgehen gezogen werden können, verstehe ich eher als richtungsweisend in Bezug auf Entwicklungen neuer Arbeitshypothesen. Um zu aussagekräftigeren Ergebnissen zu gelangen erweist sich dieses Vorgehen als nur eingeschränkt verlässlich und es bedürfte für die weitere Überprüfung der Erkenntnisse und der neu entwickelten Hypothese eine Methodenerweiterung. Hier ist insbesondere ein erweiterter Zeitraum zu nennen, der den Entwicklungszeitraum seit den 1950er Jahren mit erfasst. Eine Ausweitung der Anzahl der Zeitzeugeninterviews auf ein repräsentatives Maß wäre wünschenswert, hierfür sollte zudem ein zielführender, standardisierter Fragebogen als Leitstruktur entworfen werden und der "subjektive Gehalt" dieser Quellen in besonderem Maße berücksichtigt werden. Die Analyse der Zeitschriften sollte ebenfalls auf mehrere Fachzeitschriften und auch hier auf einen größeren Zeitraum gestreckt werden. Es ist zu erwägen, gegebenenfalls Populärliteratur miteinzubeziehen, um fachfremde Diskussionsströmungen mitzuerfassen. Des Weiteren sollten Kongresse, Workshops, Weiterbildungsveranstaltungen mit in die Auswertung einbezogen werden, als Ort aktueller Diskussionsforen. Die Auswertung von Patientenakten im oben genannten Zeitraum stellt eine weitere Informationsquelle dar, die Rückschlüsse auf den Prozess der Diagnoseetablierung liefern könnte. Vor allem aber bedarf es einer Analyse des Institutionalisierungsprozesses sowie die Berücksichtigung der damaligen Bestrebungen DSM und ICD anzugleichen und die Entwicklungen der Diagnoseetablierung auch hiermit in Zusammenhang zu bringen und diesen zu erforschen.

Zusammenfassung

Die Konzeptualisierung der psychiatrischen Diagnose *Posttraumatic-Stress Disorder* geht im Wesentlichen auf die Auseinandersetzung mit und Erforschung von psychischen Beschwerden ehemaliger Vietnamkriegsveteranen in den USA zurück. Seit ihrer erstmaligen Aufnahme als diagnostische Kategorie in das offizielle amerikanische Klassifikationssystem DSM-III im Jahre 1980 nahm das wissenschaftliche Interesse an der Erforschung von psychischen Folgeerscheinungen nach Traumata in der westlichen Welt beständig zu. In Deutschland hingegen wurde in der über 100jährigen Geschichte des Traumbegriffes die Debatte über Trauma als pathogenetische Entität und dessen Krankheitswert über Jahrzehnte hinweg äußerst kontrovers geführt. Erst infolge der erstmaligen Etablierung der PTSD in den USA fand das Krankheitskonzept auch in Deutschland breiten Zuspruch und Akzeptanz. Bereits elf Jahre später, 1991, wurde eine entsprechende diagnostische Kategorie, die *Posttraumatische Belastungsstörung*, in das in Deutschland geltende Klassifikationssystem ICD-10 aufgenommen. Inzwischen befindet sich die *Psychotraumatologie* in einem rasant fortschreitenden Institutionalierungsprozess. Die vorliegende Dissertation gibt zunächst einen Überblick über die Begriffsgeschichte des psychischen Traumas sowie die Rahmenbedingungen, die in den USA zur Konzeptualisierung der PTSD führten. Vor diesem Hintergrund wird die Rezeption der in den USA etablierten und neu konzeptualisierten Krankheit PTSD unter deutschem Fachpersonal untersucht. Dies geschieht anhand der Auswertung von Beiträgen in den Fachzeitschriften *Deutsches Ärzteblatt*, *Nervenarzt* und *Psyche*. Ergebnis dieser Auswertung ist, dass das der PTSD zugrunde liegende und in den USA entwickelte Traumakonzept in medizinisch-psychologischen Expertenkreisen in Deutschland in den 1980er Jahren kaum Beachtung fand. Doch die Diskussion um psychische Folgeschäden nach einschneidenden „traumatischen“ Lebensereignissen war in Deutschland in den 1980er Jahren hoch aktuell. Der wesentliche Unterschied bestand darin, dass in Deutschland zwar über mögliche Formen von „Traumafolgestörungen“ diskutiert wurde, jedoch ohne diese im Sinne einer spezifischen diagnostischen Kategorie zu besprechen und ohne sich auf

das amerikanische PTSD-Konzept zu berufen. Zeitzeugeninterviews dienten als zusätzliche Quelle um zu untersuchen, auf welchen deutschlandspezifischen Wissensbeständen die besonderen Merkmale der Traumadebatte in Deutschland in den 1980er Jahren beruhten, da sich diese scheinbar nicht auf das neu entwickelte amerikanische PTSD-Konzept zurückführen ließ. Es zeigte sich, dass, angestoßen durch das „Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung“, das wissenschaftliche Interesse an der Erforschung von psychischen Traumafolgestörungen in der deutschen Psychiatrie bereits Ende der 1950er Jahre bedeutend zugenommen hatte. Dies geschah in reger Interaktion mit amerikanischen medizinisch-psychologischen Experten vor dem Hintergrund einer durch die USA forcierten Wiedergutmachungspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Verzahnung amerikanischer und deutscher Wissenschaftler, die sich mit Traumafolgestörungen auseinandersetzten, war somit bereits vor der Etablierung des PTSD-Konzepts im Jahr 1980 gegeben. Des Weiteren ließ sich ab etwa Mitte des 20. Jahrhunderts in der westlichen Welt eine veränderte Wahrnehmung über die Beschaffenheit des Menschen ausmachen. Die Persönlichkeit des Menschen wurde in zunehmendem Maße als durch seine soziale Umwelt veränderbar und formbar erlebt. Dem Einfluss von Traumata auf die menschliche Psyche wurde in diesem Rahmen eine wesentliche Bedeutung beigemessen. Der speziell in den 1980er Jahren in Deutschland geführte Diskurs ist zudem charakterisiert durch eine Übertragung dieser Gedankengänge in unterschiedlichste Lebensbereiche. Die Auswirkungen von Traumata auf die menschliche Psyche wurden fortan im Zusammenhang nicht nur mit Ausnahmesituationen (wie beispielsweise Kriege, Folter, Umweltkatastrophen) sondern auch im Zusammenhang mit Situationen des zivilen, „alltäglichen“ Lebens (wie beispielsweise Krankheit, Verlust von Angehörigen, Verkehrsunfälle, „Mobbing“ etc.) besprochen. Im Rahmen der Bestrebungen das von der *American Psychiatric Association* herausgegebene amerikanische Diagnosesystem DSM-III an das von der *World Health Organisation* herausgegebene ICD-10 anzugleichen, fanden die zahlreichen Forschungsansätze zu Traumafolgestörungen ihre Entsprechung im ICD-10

als *Posttraumatische Belastungsstörung*, was in breiter Anlehnung an das amerikanische PTSD-Konzept geschah.

Quellen- und Literaturverzeichnis

Agger, Inger, S. Vuk, J. Mimica: Theory and practice of psychological projects under war conditions in Bosnia-Herzegovina and Croatia, Zagreb 1995.

Allen, Rhianon, Gail Wasserman: Origins of language delay in abused infants, *Child Abuse and Neglect* 9 (1985), S. 335–340.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3. Edition, Washington D.C. 1980.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3. Edition. Revised, Washington D.C. 1987.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Edition, Washington D.C. 1994.

Archibald, Herbert C., Read D. Tuddenham: Persistent Stress Reaction After Combat, in: *Archives of General Psychiatry* 12 (1965) S. 475-481.

Aron, Lewis, Adrienne Harris: (Hrsg.): *The Legacy of Sándor Ferenczi*, Hillsdale, London 1993.

Baeyer, Walter Ritter von, Heinz Häfner, Karl Peter Kisker: *Die Psychiatrie der Verfolgten*, Berlin u.a. 1964.

– ders., Heinz Häfner, Karl Peter Kisker: „Wissenschaftliche Erkenntnis“ oder „Menschliche Wertung“ der erlebnisreaktiven Schäden Verfolgter?, in: *Nervenarzt* 34 (1963), S. S. 120–123.

Bastiaans, Jan: *Psychosomatic After Effects of Persecution and Incarceration*, Amsterdam 1957.

Baumann, Stefanie Manuela: *Menschenversuche und Wiedergutmachung*, München 2009.

Becker, David: Prüfstempel PTSD: Einwände gegen das herrschende Trauma-Konzept, in: *Medico International e.V. (Hrsg.): Schnelle Eingreiftruppe „Seele“: auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft; Texte für kritische „Trauma-Arbeit“*, Frankfurt E.M. 1997, S. 25–48.

Bergmann, Martin, Milton Jucovy: *Generations of the Holocaust*, New York 1982.

Bettelheim, Bruno: *The Informed Heart*, New York 1960.

Bonhoeffer, Karl: Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der *Hysterie* zuzurechnen sind? In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 68 (1911), S. 373.

– ders.: Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den sogenannten Unfallneurosen, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 52 (1926), S. 179–182.

– ders.: Vergleichende psychopathologische Erfahrungen aus den beiden Weltkriegen, in: Der Nervenarzt 1 (1947), S. 1–4.

Bracken, Patrick, Joan Giller, Derek Summerfield: Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts, in: Social Science and Medicine 40 (1995), S. 1073–1082.

– ders., Celia Petty (Hrsg.): Rethinking the Trauma of War, London, New York 1998.

– ders.: Trauma. Culture, Meaning and Philosophy, London Philadelphia 2002.

Braun, Christina von: Nicht ich. Logik-Lüge-Libido, Frankfurt am Main 1985.

Brown, Paul: Pierre Janet: Alienist Reintegrated, in: Current Opinion in Psychiatry 4 (1991), S. 389–395.

Brumlik, Micha: Holocaust und Vertreibung: Das ambivalente Gedenken der Kriegskindergeneration, in: Blätter für deutsche und internationale Politik 5 (2005), S. 113–119.

Bühler-Niederberger, Doris: Kindheit und die Ordnung der Verhältnisse. Von der gesellschaftlichen Macht der Unschuld und dem kreativen Individuum, Weinheim, München 2005.

Burgess, Ann W., Linda L. Holmstrom: The Rape Victim in the Emergency Ward, in: American Journal of Nursing, 10 (1973) S. 1740–1745.

– dies., Linda L. Holmstrom: The Victim of Rape, New Brunswick u.a. 1978.

– dies., Linda L. Holmstrom: Sexual Assault of Children and Adolescents, Lexington 1978.

Caplan, Eric: Trains and Trauma in the American Gilded Age, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001, S. 57–77.

Caffey, John: On the theory and practice of shaking infants, in: American Journal of Diseases of Children 124 (1972), S. 161–169.

Chodoff, Paul: Late effects of the concentration camp syndrome, in: Archives of General Psychiatry 8 (1963), S. 323–333.

Coerper, Carl et al.: Deutsche Nachkriegskinder. Methoden und erste Ergebnisse der deutschen Längsschnittuntersuchung über körperliche und seelische Entwicklung im Schulkindalter, Stuttgart 1954.

Cohen, E.A.: Het duitse concentratiekamp. Een medische en psychologische studie, Paris Amsterdam 1952.

Dean, Eric T.: The Myth of the Troubled and Scorned Vietnam Veteran, in: Journal of American Studies 26 (1992) S. 59–74.

Dicks, Shirley: From Vietnam to Hell: Interviews with the Victims of Post-Traumatic Stress Disorder, Jefferson 1990.

Dilling, Horst (Hrsg): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, Übersetzt nach der ersten Auflage des ICD-10 der WHO, Bern 1991.

Donovan, Denis: Traumatology: A Field Whose Time Has Come, in: Journal of Traumatic Stress 4 (1991), S. 433–436.

Dörr, Nikolas: 165 Jahre Einschränkung der Kinderarbeit in Preußen : Ein Beitrag zum Beginn der Sozialgesetzgebung in Deutschland, in: MenschenRechtsMagazin 2 (2004), S. 141–150.

Dörner, Klaus: Posttraumatische Belastungsstörungen – Neues Fass im Gesundheitsmarkt, in: Trauma und Berufskrankheit 6, Supplement 3 (2004), S. 327–328.

– ders.: Posttraumatische Belastungsstörungen: Zurückhaltung angebracht, in: Psychiatrische Praxis 32 (2005), S. 334–335.

Duclos, Vincent: When Anthropology meets Science. An Interview with Allan Young, in: Altérités, 1 (2009), S. 110-118.

Eckhart, Wolfgang U.: Kriegsgewalt und Psychotrauma im Ersten Weltkrieg, in: Seidler, Günter H., Wolfgang U. Eckart (Hrsg.): Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung, Gießen 2005, S. 85–107.

Eckstaedt, Anita: Zeit allein heilt keine Wunden, Frankfurt am Main 1980.

– dies.: A victim on the other side, in: Bergmann, Martin, Milton Jucovy: Generations of the Holocaust, New York 1982, S. 197–228.

– dies.: Nationalsozialismus in der Zweiten Generation. Psychoanalyse von Hörigkeitsverhältnissen, Frankfurt am Main 1989.

Eghigian, Greg A.: Die Bürokratie und das Entstehen von Krankheit. Die Politik und die „Rentenneurosen“ 1890-1926, in: Reulecke, Jürgen, Adelheid Gräfin zu Castell Rüdenhausen (Hrsg.): Stadt und Gesundheit. Zum Wandel

von „Volksgesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart 1991 (Nassauer Gespräche der Freiherr-vom-Stein-Gesellschaft 3), S. 203–205.

– ders.: The German Welfare State as a Discourse of Trauma, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge 2001, S. 92–114.

Eissler, Kurt: Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben?, in: *Nervenarzt* 17 (1963), S. 240–291.

Eitinger, Leo: The incidence of mental disease among refugees in Norway, in: *Journal of Mental Science* 105 (1959), S. 326–338.

– ders.: Pathology of the concentration camp syndrome. Preliminary report, in: *Archives of General Psychiatry* 5 (1961), S. 371–379.

– ders.: Concentration camp survivors in the postwar world, in: *American Journal of Orthopsychiatry* 32 (1962), S. 367–375.

Ellenberger, Henri F.: *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, London, New York 1970.

Erichsen, John Eric: *On Railway and Other Injuries of the Nervous System*, London 1886.

Everly Jr., George, Jeffrey Lating: *Psychotraumatology: Key Papers and Core Concepts in Posttraumatic Stress*, New York 1995.

Ewald, Francois: *L'État providence*, Paris 1986.

Ferenczi, Sándor: Die Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind. Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft, in: *Zeitschrift* 19 (1933), S. 5-15.

– ders.: Confusion of Tongues between the Adult and the Child. The Language of Tenderness and of Passion, in: *The International Journal of Psychoanalysis* 30 (1949), S. 225–230.

Figley, Charles (Hrsg.): *Stress Disorder among Vietnam Veterans: Theory, Research, and Treatment*, New York 1978.

– ders. (Hrsg.): *Mapping Trauma and its Wake. Autobiographic Essays by Pioneer Trauma Scholars*, Abingdon, New York 2006.

Fischer-Homberger, Esther: Die Büchse der Pandora: Der mythische Hintergrund der Eisenbahnkrankheiten des 19. Jahrhunderts, in *Sudhoffs Archiv* 56 (1972), S. 297–317.

– dies.: Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden, Bern 1975.

– dies.: Der Erste Weltkrieg und die Krise der ärztlichen Ethik, in: Bleker, Johanna, Heinz-Peter Schmiedebach (Hrsg.): Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985, Frankfurt am Main 1987, S. 122–135.

Forsbach, Ralf: Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn im „Dritten Reich“, München 2006.

Franke, Klaus: Angriff auf das Reich des Ödipus, in: Der Spiegel 52 (1984), S.116–132.

Frei, Nobert: 1945 und wir: Das Dritte Reich im Bewusstsein der Deutschen, München 2005.

– ders., Jose Brunner, Constantin Goschler (Hrsg.): Die Praxis der Wiedergutmachung. Geschichte, Erfahrung und Wirkung in Deutschland und Israel, Göttingen 2009.

Freud, Sigmund: XVIII. Vorlesung. Die Fixierung an das Trauma, das Unbewusste, in: Freud, Anna et al. (Hrsg.): Gesammelte Werke XI. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, London 1948

– ders.: Meine Ansichten über die Rolle der Sexualität in der Ätiologie der Neurosen, in: Freud, Anna et al. (Hrsg.): Gesammelte Werke V. Werke aus den Jahren 1904-1905, Sigmund Freud, London 1949.

– ders.: Zur Ätiologie der Hysterie, in: Freud, Anna et al. (Hrsg.): Gesammelte Werke I. Werke aus den Jahren 1892-1899, Sigmund Freud, London 1952, S. S. 425–459.

– ders.: Jenseits des Lustprinzips, in: Freud Anna et al. (Hrsg.): Gesammelte Werke XIII. Jenseits des Lustprinzips/ Massenpsychologie und Ich-Analyse/ Das Ich und das Es, London 1955, S. 1–69.

Friedman, Matthew J., Terence M. Keane, Patricia A. Resick (Hrsg.): Handbook of PTSD: Science and Practice, New York 2007.

Friedman, Paul: The Effects of Imprisonment, in: Acta Medica Orientalia 7 (1948), S. 163–167.

– ders.: Some aspects of concentration camp psychology, in American Journal of Psychiatry 105 (1949), S. 901–605.

Fürniss, Tilmann: Geschichtlicher Abriss zur Kindesmisshandlung und Kinderschutzarbeit von C. H. Kempe bis heute, in: Deegener, Günther, Wilhelm Körner (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, Göttingen u.a. 2005, S. 19–33.

Giller Jr., Earl: *Biological Assessment and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, Washington D.C. 1990.

Goltermann, Svenja: *Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Gewalterfahrungen im Zweiten Weltkrieg*, München 2009.

– dies.: *Kausalitätsfragen. Psychisches Leid und psychiatrisches Wissen in der Entschädigung*, in: Frei, Norbert, Jose Brunner, Constantin Goschler (Hrsg.): *Die Praxis der Wiedergutmachung. Geschichte, Erfahrung und Wirkung in Deutschland und Israel*, Göttingen 2009, S. 427–451.

Grinker, Roy R., Herbert Spiegel: *War Neuroses*, Philadelphia 1945.

Guthkelch, Norman: *Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries*, in: *British Medical Journal* 2 (1971), S. 430–431.

Hacking, Ian: *The Social Construction of What?* Cambridge 1999.

Harrington, Ralph: *The Railway Accident: Trains, Trauma, and Technological Crises in Nineteenth-Century Britain*, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge 2001, S. 31–56.

Heim, Edgar: *Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping?*, in: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 38 (1988), S. 8–18.

Heine, Heinrich: *Lutetia. II. Teil LVII vom 5.5.1843 in Paris*, in: Heine, Heinrich: *Werke und Briefe*, Bd. 6 Berlin 1962.

Heinlein, Michael: *Die Erfindung der Erinnerung. Deutsche Kriegskindheiten im Gedächtnis der Gegenwart*, Bielefeld 2010.

Hendin, Herbert, Ann Haas: *Wounds of War: The Psychological Aftermath of Combat in Vietnam*, New York 1984.

Herman, Judith L.: *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror*, New York 1992.

Hermann, Knud: *Die psychischen Symptome des KZ-Syndroms*, in: Michel, Max (Hrsg.): *Gesundheitsschäden durch Verfolgung und Gefangenschaft und ihre Spätfolgen*, Frankfurt 1955, S. 41–71.

Herrmann, Bernd, Sybille Banaschak, Reinhard Dettmeyer, Ute Thyen.: *Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen*, Berlin u.a. 2010.

Hofer, Hans-Georg: Nerven-Korrekturen. Ärzte, Soldaten und die „Kriegsneurosen“ im Ersten Weltkrieg, in: Zeitgeschichte 27 (2000), S. 249–268.

– ders.: Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920), Wien u.a. 2004.

– ders.: Hermann Oppenheim, in: Reyes, Gilbert, John D. Elhai, Julian D. Ford (Hrsg.): The Encyclopedia of Psychological Trauma, Hoboken, New Jersey 2008, S. 454–455.

– ders.: Gewalterfahrung, „Trauma“ und psychiatrisches Wissen im Umfeld des Ersten Weltkriegs, in: Helmut Konrad, Gerhard Botz, Stefan Karner und Siegfried Mattl (Hg.): Terror und Geschichte. Wien: Böhlau 2011 (in Druck).

Horowitz, Mardi: Stress Response Syndromes, New York 1976.

Jacob, Wolfgang: Gesellschaftliche Voraussetzungen zur Überwindung der KZ-Schäden, in: Nervenarzt 32 (1961), S. 542–545.

Janoff-Bulman, Ronnie: Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma, New York 1992.

Kardiner, Abram: The Traumatic Neuroses of War, Washington D. C. 1941.

– ders., Herbert Spiegel: War, Stress and Neurotic Illness, New York 1947.

Kempe, Henry C., Frederic N. Silverman, Brandt F. Steele, William Drogemueller, Henry K. Silver: The Battered Child Syndrome, in: Journal of the American Medical Association 181 (1962), S. 17–24.

– ders., Ray Helfer: The Battered Child, Chicago 1968.

Kloocke, Ruth, Heinz-Peter Schmiedebach, Stefan Priebe: Psychisches Trauma in deutschsprachigen Lehrbüchern der Nachkriegszeit – die psychiatrische „Lehrmeinung“ zwischen 1945 und 2002, in: Psychiatrische Praxis 32 (2005), S. 327–333.

– dies., Heinz-Peter Schmiedebach, Stefan Priebe: Psychological injury in the two World Wars: changing concepts and terms in German psychiatry, in: History of Psychiatry 16 (2005), S. 43–60.

– dies., Heinz-Peter Schmiedebach, Stefan Priebe: Psychische Ereignisse – organische Interpretationen: Traumakonzepte in der deutschen Psychiatrie seit 1889, in: Gesnerus 67 (2010), S. 73–97.

Kluft, Richard P.: Homage à Janet, in: Dissociation 2 (1989), S. 1–3.

Kluge, Erich: Über die Folgen schwerer Haftzeiten, in: Nervenarzt 29 (1958), S. 462–465.

Koehler, Karl, Henning Saß (Hrsg.): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III. Übersetzt nach der dritten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, Weinheim und Bael 1984.

Kogan, Ilany: Der stumme Schrei der Kinder. Die zweite Generation der Holocaust-Opfer, Gießen 1998.

Kolk, van der, Bessel et al.: Inescapable Shock, Neurotransmitters, and Addiction to Trauma: Toward a Psychobiology of Post-Traumatic Stress, in: Biological Psychiatry 20 (1985), S. 315–325.

– ders., Alexander McFarlane, Lars Weisaeth (Hrsg.): Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society, New York London 1996.

– ders., Alexander C. McFarlane, Lars Weisaeth (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze – Theorie, Praxis und Forschungen zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie, Paderborn 2000.

Kolle, Kurt: Die Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung in psychiatrischer Sicht, in: Nervenarzt 29 (1958), S. S. 148–158.

Kral, V. A.: Psychiatric observations under severe chronic stress, American Journal of Psychiatry 108 (1951), S. S. 185–191.

Krystal, Henry (Hrsg.): Massive Psychic Trauma, New York 1968.

Kudler, Harold: Art. „Freud, Sigmund“, in: Reyes, Gilbert, John D. Elhai, Julian D. Ford (Hrsg.): The Encyclopedia of Psychological Trauma, Hoboken, New Jersey 2008, S. 285–286.

Kulka, Richard, William Schlenger, John Fairbanks, Richard Hough, Kathleen Jordan, Charles Marmar, Daniel Weiss, David Grady, Alan Cranston: Trauma and the Vietnam War Generation, New York 1990.

Lamott, Franziska, Günter Lempa: Zwischen Klinik und Politik. Die Wiederentdeckung des Kriegstraumas in Deutschland, in: Psychotherapeut 54 (2009), S. 289–294.

Lazoritz, Stephan, Vincent J. Palusci (Hrsg.): Shaken Baby Syndrome. A multidisciplinary approach, Binghamton 2001.

Lederer, Wolfgang: Persecution and Compensation. Theoretical and Practical Implications of the „Persecution Syndrome“, in: Archives of Psychiatry 12 (1965), S. 464–481.

Lempp, Reinhart: Extrembelastung im Kindes- und Jugendalter, Bern Stuttgart Wien 1979.

Lerner, Paul: „Ein Sieg deutschen Willens“: Wille und Gemeinschaft in der deutschen Kriegspsychiatrie, in: Eckart, Wolfgang U., Christoph Gradmann (Hrsg.): Die Medizin und der Erste Weltkrieg, Pfaffenweiler 1996, S. 85–109.

– ders., Mark S. Micale: Trauma, Psychiatry, and History: A Conceptual and Histiographical Introduction, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001, S. 1–27.

– ders.: From Traumatic Neurosis to Male Hysteria: The Decline and Fall of Hermann Oppenheim 1889-1919, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001, S. 140–172.

– ders.: Hysterical Men. War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1880-1930, Ithaka, London 2003.

Leys, Ruth: Trauma. A Genealogy, Chicago 2000.

Libbrecht, Katrien, Julien Quackelbeen: On the History of Male Hysteria and Psychic Trauma. Charcot's Influence of Freudian Thought, in: Journal of the History of Behavioral Sciences 31 (1995), S. 370–384.

Lifton, Robert Jay: Death in Life: Survivors of Hiroshima, New York 1967.

– ders.: Home from the War – Vietnam Veterans: Neither Victims nor Executioners, New York 1973.

Lorenz, Hilke: Kriegskinder. Das Schicksal einer Generation, Berlin 2003.

Luthe, Rainer: „Erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel“ als Begriff der Begutachtung im Entschädigungsrecht, in: Der Nervenarzt 39 (1968), S. 465–467.

Main, Tom: „The ailment“ and other psychoanalytic essays, London 1989.

Martin, Harold P. (Hrsg.): The Abused Child, Ballinger u.a. 1976.

– ders., Patricia Beezly: Behavioral observations of abused children, in: Developmental Medicine and Child Neurology 19 (1977), S. 373–387.

Mason, J.W. et al.: Urinary Free-Cortisol levels in Post-Traumatic Stress Disorder Patients, in: Journal of Nervous and Mental Disease 174 (1986) S. 145–149.

Masson, Jeffrey M.: The Assault on Truth. Freud's Suppression of the Seduction Theory, London 1984.

– ders.: Was hat man dir, du armes Kind, getan? Sigmund Freuds Unterdrückung der Verführungstheorie, Reinbek bei Hamburg 1984.

McNally, Richard J.: *Remembering Trauma*, Cambridge Massachusetts 2003.

Medico international, Usche Merk, Thomas Gebauer: *Schnelle Eingreiftruppe Seele – auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft*, in: Medico International e.V. (Hrsg.): *Schnelle Eingreiftruppe „Seele“: auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft; Texte für kritische „Trauma-Arbeit“*, Frankfurt a.M. 1997, S. 2–8.

Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge 2001.

– ders.: *Hysterical Men. The Hidden History of Male Nervousness*, Cambridge London 2008.

– ders.: *Jean-Martin Charcot and les nevroses traumatiques: From Medicine to Culture in French Trauma Theory of the Late Nineteenth Century*, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge 2001, S. 115–139.

Michel, Max (Hrsg.): *Gesundheitsschäden durch Verfolgung und Gefangenschaft und ihre Spätfolgen*, Frankfurt 1955.

Minkowski, Eugène: *L'anaesthésie affective*, *Annales médico-psychologiques* 104 (1946), S. 80.

– ders.: *Les conséquences psychologiques et psychopathologiques de la guerre et du nazisme. Aspect général du problème*, in: *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 61 (1948), S. 280.

Moeller, Robert G.: *War Stories: The Search of a Usable Past in the Federal Republic of Germany*, Berkeley u.a. 2001.

Niederland, G. William: *The Problem of the Survivor. Part I: Some Remarks on the Psychiatric Evaluation of Emotional Disorders in Survivors of Nazi Persecution*, in: *Journal of Hillside Hospital* (10) 1961, S. 233–247.

– ders.: *Psychiatric Disorders among Persecution Victims: A Contribution to the Understanding of Concentration Camp Pathology and Its After-Effects*, in: *Journal of Nervous and Mental Disease* 139 (1964) S. 458-474.

Nissen, Gerhardt: *Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, Stuttgart 2005.

Nonne, Max): *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914 bis 1918*. In: Bonhoeffer, K. (Hrsg.): *Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918*. Vol. IV, Leipzig 1922.

Panse, Friedrich: Das Schicksal von Renten- und Kriegsneurotikern in seiner Abhängigkeit von Begutachtung und Umwelteinflüssen, in: Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 41 (1925), S. 684–685.

– ders.: Angst und Schreck. In klinisch-psychologischer Sicht – dargestellt an Hand von Erlebnisberichten aus dem Luftkrieg, Stuttgart 1952.

Pick, Daniel: Faces of Degeneration. A European Disorder, c.1848–c.1918, Cambridge 1993.

Pitman, Roger et al.: „Naloxone-Reversible Analgesic Response to Combat-Related Stimuli in Post-Traumatic Stress Disorder, in Archives of General Psychiatry 47 (1990) S. 541–544.

Popper, Ludwig: Ärztliche Erfahrungen bei Untersuchten nach dem Österreichischen Opferfürsorgegesetz, in: Michel, Max (Hrsg.): Gesundheitsschäden durch Verfolgung und Gefangenschaft und ihre Spätfolgen, Frankfurt 1955, S. 281–287.

Priebe, Stefan, Marion Nowak, Heinz-Peter Schmiedebach: Trauma und Psyche in der deutschen Psychiatrie seit 1889, in: Psychiatrische Praxis 29 (2002), S. 3–9.

Pross, Christian: Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer, Frankfurt am Main 1988.

Prüll, Cay-Rüdiger: Die Bedeutung des Ersten Weltkriegs für die Medizin im Nationalsozialismus, in: Gerd Krumeich (Hrsg.): Nationalsozialismus und Erster Weltkrieg, Essen 2010, S. 363–378.

Oppenheim, Hermann: Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den 5 Jahren 1883-1885 gesammelten Beobachtungen, Berlin 1889.

– ders.: Der Krieg und die traumatischen Neurosen, in: Berliner Klinische Wochenschrift 11 (1915), S. 257.

Oppenheim, Hermann: Die Neurosen infolge von Kriegsverletzungen, Berlin 1916.

[o.V.]: The Influence of Railway Travelling on Public Health, in: The Lancet 4 January (1862), S. 15-19.

[o.V.]: In Memoriam: Professor Leo Eitinger, in: Holocaust Genocide Studies, 11 (1997), S. 471.

[o.V.]: Psychoanalyse – Kolossale Lüge, in: Der Spiegel 8 (1984), S. 188–194.

[o.V.]: Aids: „Eine Epidemie, die erst beginnt“, in: Der Spiegel 23 (1983), S. 144–163.

Rachman, Arnold Wm.: Confusion of the Tongues: The Ferenczian Metaphor for Childhood Seduction and Emotional Trauma, in: Journal of The American Psychoanalysis 17 (1989), S. 181–205.

– ders.: Sándor Ferenczi: The Psychotherapist of Tenderness and Passion, Northvale, London 1997.

Radebold, Hartmut, Werner Bohleber, Jürgen Zinnecker: Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten, Weinheim, München 2008.

Riedesser, Peter, Axel Verderber: „Maschinengewehre hinter der Front“. Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie, Frankfurt am Main 1996.

Roessler, Wilhelm: Jugend im Erziehungsfeld. Haltung und Verhalten der westdeutschen Jugend in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts unter besonderer Berücksichtigung der westdeutschen Jugend der Gegendwart, Düsseldorf 1957.

Rutschky, Katharina: Kinderopfer. Phantasmen der Unschuld, in: NovoArgumente 39 (1999), S. 14–16.

Sachsse, Ulrich, Ulrich Venzlaff, Birger Dulz,: 100 Jahre Traumaätiologie, in: Persönlichkeitsstörung 1 (1997), S. 4–14.

– ders.: Traumazentrierte Psychotherapie: Theorie, Klinik und Praxis, Stuttgart 2004.

Schäffner, Wolfgang: Event, Series, Trauma: The Probabilistic Revolution of the Mind in the Late Nineteenth and Early Twentieth Centuries, in: Micale, Mark S., Paul Lerner (Hrsg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930, Cambridge 2001, S. 81–91.

Schmiedebach, Heinz-Peter: Die „Traumatische Neurose“ – Soziale Versicherung und der Griff der Psychiatrie nach den Unfallpatienten, in: Hubenstorf, Michael et al. (Hrsg.): Medizingeschichte und Gesellschaftskritik - Festschrift für Gerhard Baader Husum 1997 (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 81), S. 123–134.

Schott, Heinz: Das psychische Trauma in medizinhistorischer Perspektive, in: Seidler, Günter H., Wolfgang U. Eckart (Hrsg.): Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung, Gießen 2005, S. 41–56.

– ders., Rainer Tölle: Geschichte der Psychiatrie. Krankheiten, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006.

Schivelbusch, Wolfgang: Geschichte der Eisenbahnreise. Zur Industrialisierung von Raum und Zeit im 19. Jahrhundert, Frankfurt am Main 2000.

Schneider, Kurt: Beiträge zur Psychiatrie, Stuttgart 1948.

Scott, Wilbur J.: The Politics of Readjustment. Vietnam Veterans Since the War, New York 1993.

– ders.: PTSD in DSM-III: A Case in the Politics of Diagnosis and Disease, in: Social Problems 37 (1990), S. 294–310.

Seegers, Lu: Einführung, in: Seegers, Lu, Jürgen Reulecke (Hrsg.): Die „Generation der Kriegskinder“. Historische Hintergründe und Deutungen, Gießen, 2009.

– dies.: Einführung, in: Seegers, Lu, Jürgen Reulecke (Hrsg.): Die „Generation der Kriegskinder“. Historische Hintergründe und Deutungen, Gießen, 2009, S. 11–32.

Seeligmüller, Adolph O.L.G.: Erfahrungen und Gedanken zur Frage der Simulation bei Unfallverletzten, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 17 (1890), S. 961–962.

Seidler, Günter H., Wolfgang U. Eckart (Hrsg.): Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung, Gießen 2005.

– ders., Wolfgang U. Eckart: Einleitung: „Psychotraumatologie“, eine Disziplin im Werden, in: Seidler, Günter H., Wolfgang U. Eckart (Hrsg.): Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung, Gießen 2005, S. 7–25.

– ders.: Auf dem Wege zur Psychotraumatologie, in: Seidler, Günter H., Wolfgang U. Eckart (Hrsg.): Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung, Gießen 2005, S. 25–40.

Shay, Jonathan: Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character, New York 1994.

Showalter, Elaine: The Female Malady. Women, Madness, and English Culture, 1830-1980, London 1987.

Stargardt, Nicholas: Witnesses of War: children's lives under the Nazis, London 2005 (dt. Übersetzung: Maikäfer flieg! Hitlers Kinder und der Krieg, München 2006).

Stier, Ewald: Die traumatischen Neurosen, in: Kraus, F., T. Brugsch (Hrsg.): Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Die Erkrankungen

des vegetativen Nervensystems und die Dyskinesien, Berlin Wien 1924, S. 293–305.

– ders.: Über die sogenannten Unfallneurosen, Leipzig 1926.

Stockinger, Günther: Hilfsbedürftige gezüchtet. Ein Interview mit dem Psychiater Klaus Dörner, in: Der Spiegel 13 (2005), S. 154.

Stone, Alan A.: Post-Traumatic Stress Disorder and the Law: Critical Review of the New Frontier, in: Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law 21 (1993), S. 23–36.

Strauss, Hans: Besonderheiten der nichtpsychotischen seelischen Störungen bei Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und ihre Bedeutung bei der Begutachtung, in: Nervenarzt 28 (1957), S. 344–350.

Sulloway, Frank J.: Freud, Biologie der Seele. Jenseits psychoanalytischer Legende, übers. v. Hans-Horst Henschen, Köln-Lövenich 1982.

Summerfield, Derek: Das Hilfsbusiness mit dem Trauma, in: Medico International e.V. (Hrsg.): Schnelle Eingreiftruppe „Seele“: auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft; Texte für kritische „Trauma-Arbeit“, Frankfurt a.M. 1997, S. 9–23.

Targowla, René: Les données de la narcose intraveineuse lininaire dans les états „neuropathiques“; le syndrome d'hypermnésie emotionelle tardif, in: Annales des Médecine 51 (1950), S. 223.

Terr, Leonore: Children of Chowchilla: A study of psychic trauma, in: Psychoanalytic Study of the Child 34 (1979) S. 547–623.

Thygesen, Paul: Allgemeines über die Spätfolgen, in: Michel, Max (Hrsg.): Gesundheitsschäden durch Verfolgung und Gefangenschaft und ihre Spätfolgen, Frankfurt 1955, S. 21–29.

Trautman, Edgar: Psychiatrische Untersuchungen an Überlebenden der nationalsozialistischen Vernichtungslager 15 Jahre nach der Befreiung, in: Nervenarzt 12 (1961), S. 545–552.

Trimble, Michael R.: Post-Traumatic Neurosis. From railway Spine to the Whiplash, Chichester u.a. 1981.

Trube-Becker, Elisabeth: Frauen als Mörder, München 1974.

– dies.: Gewalt gegen das Kind: Vernachlässigung, Mißhandlung, sexueller Mißbrauch und Tötung von Kindern, Heidelberg 1982.

– dies.: Mißbrauchte Kinder: sexuelle und wirtschaftliche Ausbeutung, Heidelberg 1992.

Van der Hart, Onno, Barbara Friedman: A Reader's Guide to Pierre Janet on Dissociation: A Neglected Intellectual Heritage, in: *Dissociation* 2 (1989), S. 3–16.

– ders., Onno et al.: Pierre Janet's Treatment of Post-Traumatic-Stress, in: *Journal of Traumatic Stress* 2 (1989), S. 379–395.

Venzlaff, Ulrich: Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (die sogenannten Unfallneurosen), Berlin 1958.

– ders.: Erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel: Fiktion oder Wirklichkeit?, in: *Nervenarzt* 40 (1969), S. 539–541.

– ders.: *Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*, Stuttgart New York 1986.

– ders.: Psychische Dauerschäden bei Opfern der NS-Verfolgung, in: Friedrich, Hannes, Wolfgang Matzow (Hrsg.): *Dienstbare Medizin. Ärzte betrachten ihr Fach im Nationalsozialismus*, Göttingen 1992, S. 101–119.

Weisaeth, Lars: Becoming a Psychotraumatologist, in: Figley, Charles (Hrsg.): *Mapping Trauma and its Wake. Autobiographic Essays by Pioneer Trauma Scholars*, Abingdon, New York 2006, S. 227–245.

Welzer, Harald: Die Nachhaltigkeit historischer Erfahrungen. Eine sozialpsychologische Perspektive, in: Radebold, Hartmut, Werner Bohleber, Jürgen Zinnecker: *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten*, Weinheim, München 2008, S. 75–93.

Wilson, John P.: From Crisis Intervention to Bosnia: The Trauma Maps of John P. Wilson, in Figley, Charles (Hrsg.): *Mapping Trauma and its Wake. Autobiographic Essays by Pioneer Scholars*, Abingdon, New York 2006, S. 245–259.

Withuis, Jolande, Annet Mooij (Hrsg.): *The Politics of War Trauma: The Aftermath of World War II in Eleven European Countries*, Amsterdam 2010.

Witter, Hermann: Erlebnisbedingte Schädigung durch Verfolgung, in: *Nervenarzt* 33 (1962), S. 509–510.

World Health Organisation: *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Genf 1992.

Young, Allan: *Harmony of Illusions. Inventing Posttraumatic Stress Disorder*, Princeton 1995.

– ders.: Vier Versionen des Holocaust-Traumas, in: Brunner, José, Nathalie Zajde (Hrsg.): Holocaust und Trauma. Kritische Perspektiven zur Entstehung und Wirkung eines Paradigmas, Göttingen 2011, S. 185–206.

Zajde, Nathalie: Die Schoah als Paradigma des psychischen Traumas, in: Brunner, José, Nathalie Zajde (Hrsg.): Holocaust und Trauma. Kritische Perspektiven zur Entstehung und Wirkung eines Paradigmas, Göttingen 2011, S. 17–39.

Untersuchungsgegenstand Zeitschriftenartikel (1980–1991)

Ahlheim, Rose: „Bis ins dritte und vierte Glied“. Das Verfolgungstrauma in der Enkelgeneration, in: *Psyche* 39 (1985), S. 330–354.

Auchter, Thomas: Buchbesprechung zu „Hemminger, Hansjörg: Kindheit als Schicksal? Die Frage nach den Langzeitwirkungen frühkindlicher seelischer Verletzungen, Reinbek 1982“, in: *Psyche* 39 (1985), S. 761–763.

Berndt, Heide: Buchbesprechung zu „Lempp, Reinhart: Extrembelastung im Kindes- und Jugendalter. Über Psychosoziale Spätfolgen nach nationalsozialistischer Verfolgung im Kindes- und Jugendalter anhand von Aktengutachten, Bern, Stuttgart, Wien 1979“, in: *Psyche* 36 (1982), S. 285–286.

Dreßing, Harald, Mathias Berger: Posttraumatische Stresserkrankungen. Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzepts, in: *Nervenarzt* 62 (1991), S. 16–26.

Eckstaedt, Anita: Eine klinische Studie zum Begriff der Traumareaktion. Ein Kindheitsschicksal aus der Kriegszeit, in: *Psyche* 35 (1981), S. 600–611.

Eggers, Christian: Psychische Folgeschäden nach Lagerhaft bis in die dritte Generation, in: *Deutsches Ärzteblatt* 87 (1990), S. 501–503; o.V. [E.D.]: Gewalt gegen Kinder – das bestgehütete Geheimnis, in: *Deutsches Ärzteblatt* 87 (1990) S. 213.

Ehlert, Martin, Beate Lorke: Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion, in: *Psyche* 42 (1988), S. 502–532.

Eitinger, Leo: KZ-Haft und psychische Traumatisierung, in: *Psyche* 44 (1990), S. 118–132.

Fischer, Gottfried: Empirische Forschung zur Wirkung von Traumata bei Kindern und Jugendlichen. Kritik und Informationen zu einem wieder aktuellen Thema, in: *Psyche* 40 (1986), S. 145–161.

Foerster, Klaus: Neurose und Sozialrecht, in: *Nervenarzt* 55 (1984), S. 335–341.

Gnehm, Hanspeter E.: Prävention von Kindesmisshandlung: Erfahrungen mit Telefon-Beratungsstellen, in: *Deutsches Ärzteblatt* 84 (1987), S. 1252–1254.

Grubrich-Simitis, Ilse: Trauma oder Trieb – Trieb und Trauma. Lektionen aus Sigmund Freuds phylogenetischer Phantasie von 1915, in: *Psyche* 41 (1987), S. 992–1023.

Katschnig, Heinz: Methodische Probleme der Life-Event-Forschung, in: *Nervenarzt* 51 (1980), S. 332–343.

Kinzl, Johann, Wilfried Biebl, Hartmann Hinterhuber: Die Bedeutung von Inzesterlebnissen für die Entstehung psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen, in: *Nervenarzt* 62 (1991), S. 565–569.

Knörzer, Winfried: Einige Anmerkungen zu Freuds Aufgabe der Verführungstheorie, in: *Psyche* 42 (1988), S. 97–131.

Koers, Arend J.: Grundlage für ärztliche Intervention ist die weitreichende Familienanamnese, in: *Deutsches Ärzteblatt* 84 (1987), S. 1256–1257.

Kogan, Ilany: Vermitteltes und reales Trauma in der Psychoanalyse von Kindern von Holocaust-Überlebenden, in: *Psyche* 44 (1990), S. 533–544.

Lynch, Margaret E.: Indirekte Hinweise ebenso wichtig wie sichtbare körperliche Symptome, in: *Deutsches Ärzteblatt* 84 (1987), S. 977–981.

Martinius, Joest: Emotionale Katastrophe in der Entwicklung des misshandelten Kindes, in: *Deutsches Ärzteblatt* 84 (1987), S. 1190–1194.

Müller-Braunschweig, Hans: Buchbesprechung zu „Miller, Alice: Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst, Frankfurt/M 1979“, in: *Psyche* 34 (1980), S.464–466.

Petri, Horst: Aspekte familiärer Gewalt. Eine empirische Untersuchung, in: *Psyche* 35 (1981), S. 927–962.

– ders.: Buchbesprechung zu „Pernhaupt, Günter, Hans Czermak: Die gesunde Ohrfeige macht krank. Über alltägliche Gewalt im Umgang mit Kindern“, in: *Psyche* 35 (1981), S. 68.

– ders.: Buchbesprechung zu „Helfer, Ray E., C. Henry Kempe (Hg.): Das geschlagene Kind. Übersetzt von Udo Rennert, Frankfurt/M 1978“, in: *Psyche* 35 (1981), S. 585–586.

– ders.: Buchbesprechung zu „Zenz, Gisela: Kindesmißhandlung und Kindesrechte. Erfahrungswissen, Normstruktur und Entscheidungsrationalität, Frankfurt 1979“, in: *Psyche* 35 (1981), S. 972–974.

Plänkers, Thomas: Die barmherzige Psychoanalyse. Anmerkungen zu „A. Millers „Du sollst nicht merken“, in: *Psyche* 36 (1982), S. 748–742.

Pollmann, Armin: Buchbesprechung zu „Petri, Horst: Erziehungsgewalt. Zum Verhältnis von persönlicher und gesellschaftlicher Gewaltausübung in der Erziehung, Frankfurt 1989“, in: *Psyche* 45 (1991), S. 86–89.

Reicheneder, Johann Georg: Buchbesprechung zu „Sigmund Freud. Briefe an Wilhelm Fließ. Ungekürzte Ausgabe, Herausgegeben von Jeffrey Moussaieff Masson. Bearbeitung der deutschen Fassung von Michael Schröter. Transkription von Gerhard Fichtner, Frankfurt E. M. 1986“, in: *Psyche* 42 (1988), S. 451–460.

Reiff, Helmut: Buchbesprechung zu „Stern, Max: Repetition und Trauma. Toward a Teleneonic Theory of Psychoanalysis, Hillsdale 1988“, in: Psyche 45 (1991), S. 1130–1131.

Remschmidt, Helmut: Etwa 300 000 Kinder jährlich werden sexuell missbraucht!, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), S. 1028–1032.

– ders.: Seelische Gesundheit von Kindern, in: Deutsches Ärzteblatt 85 (1988), S. 2284–2285.

Rosenkötter, Lutz: Buchbesprechung zu „Niederland, William G.: Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom. Seelenmord, Frankfurt/M 1980“, in: Psyche 35 (1981), S. 94–95.

Rösler, Michael: Zur Beurteilung von Neurosen im Sozialrecht. Bemerkungen zur Arbeit von K. Foerster: Neurose und Sozialrecht [Nervenarzt (1984) 55: 335-341], in: Nervenarzt 56 (1985), S. 167.

Siegrist, Johannes: Die Bedeutung von Lebensereignissen für die Entstehung körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen, in: Nervenarzt 51 (1980), S. 313–320.

Straker, Gillian et al.: Seelische Dauerbelastung als traumatisches Syndrom – Möglichkeiten des einmaligen therapeutischen Gesprächs, in: Psyche 44 (1990), S. 144–163.

Strunk, Peter: Das Kind in einer pathologischen Familiendynamik, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), S. 1147–1150.

Trube-Becker, Elisabeth: Kindesmisshandlung – ein Problem auch des Arztes, in: Deutsches Ärzteblatt 80 (1983), S. 29–32.

Teusch, Ludwig: Die Rentenneurose, in: Deutsches Ärzteblatt 82 (1985), S. 905–911.

Uekötter, Johannes, Sigrid Hildebrand-Lüdeking: Ärztliche Beratungsstellen zur Verhütung von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), S. 1260–1261.

Venzlaff, Ulrich: Buchbesprechung zu „Foerster, Klaus: Neurotische Rentenbewerber. Psychodynamische Entwicklung und sozialer Verlauf aufgrund mehrjähriger Katamnesen. Hrsg.: Eser, E., Seidler E., Stuttgart 1984“, in: Nervenarzt 56 (1985) S. 583.

Weimer, Ernst, Lena Nilsson-Schönnesson, Ulrich Clement: HIV-Infektion: Trauma und Traumaverarbeitung, in: Psyche 43 (1989), S. 720–736.

Zepf, Siegfried, Brigitte Weidenhammer, Jutta Baur-Morlock: Realität und Phantasie. Anmerkungen zum Traumabegriff Sigmund Freuds, in: *Psyche* 40 (1986), S. 124–144.

Zinser, Hartmut: Buchbesprechung zu „Brownmiller, Susan: Gegen unseren Willen. Vergewaltigung und Männerherrschaft. Aus dem Amerikanischen von Ivonne Carroux, Frankfurt E.M. 1978“, in: *Psyche* 34 (1980), S. 765–767.

Internet

Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung, URL:<http://bundesrecht.juris.de/beg/index.html> (09.06.2011).

International Society for Traumatic Stress, URL: <http://www.istss.org/WhatIsISTSS/1669.htm> (09.06.2011).

Haarhoff, Heike, Das menschliche Maß, in: *taz.de* (22.02.2007) URL: <http://www.taz.de/1/archiv/archiv/?dig=2007/02/22/a0240> (09.06.2011)

<http://www.kriegskindheit.de> (09.06.2011).

<http://www.weltkrieg2kindheiten.de/> (09.06.2011).

Kellermann, Natan, URL: <http://www.judymeschel.com/coshpsych.htm> (09.06.2011).

Matschke, Jakob: "Ich möchte nicht zurück zu Mama", in: *Die Zeit* 23 (2007), URL: <http://www.zeit.de/2007/23/A-Kindesmisshandlung> (09.06.2011).

National Center for Posttraumatic Stress Disorder, URL: http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/about/nc_overview/history.html (09.06.2011).

[o.V.]: Sechs Gründe im Deutschen Ärzteblatt zu publizieren, URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=4167.pdf> (09.06.2011).

PTSD–PubMed result:

URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=PTSD> (27.07.2011)

Unicef, URL:

<http://www.unicef.de/fileadmin/content-media/Aktionen/Kinderrechte18/UN-Kinderrechtskonvention.pdf> (09.06.2011).

Unites States Department of Veterans Affairs: History of the National Center for PTSD
http://www.ptsd.va.gov/about/mission/history_of_the_national_center_for_ptsd.asp (27.07.2011)

Interviews

Interview mit Ulrich Venzlaff am 20.04.2010 in Göttingen.

Interview mit Heinz Häfner am 27.01.2011 in Mannheim.

Danksagung

Meinem Doktorvater PD Dr. Hans-Georg Hofer danke ich herzlich für seine äußerst wertvolle langjährige Betreuung und Unterstützung meines Dissertationsprojektes. Jede Phase dieser Arbeit wurde von ihm intensiv und professionell, zugleich mit ansteckender Begeisterung und konstruktiven Denkanstößen begleitet. Die zahlreichen kostbaren Diskussionen wirkten sich nicht nur positiv auf die Erstellung dieser Arbeit aus, sondern haben weiterhin nachhaltig positiven Einfluss auf meinen Denkhorizont und die Ermutigung zu freiem Denken.

Meinen Eltern danke ich, dass sie diese Dissertation ermöglichten. Insbesondere danke ich ihnen für das große Interesse, das sie meiner Arbeit entgegenbrachten und für ihre uneingeschränkte, kritisch-ermutigende Unterstützung, sowie für die Sorge um mein leibliches und seelisches Wohl.

Prof. Dr. Ulrich Venzlaff danke ich für die warmherzige Begegnung und das kostbare Gespräch. Ebenso danke ich Prof. Dr. Dr. Dres. h.c. Heinz Häfner für seine umfangreiche Auskunft und detaillreiche Informationen. Sie beide ermöglichten mir durch unkomplizierte Offenheit ihre wertvollen Erfahrungsschätze als die von „Zeitzeugen“ in die Arbeit einzuflechten und diese damit ungemein zu bereichern.

Mein Dank gilt ebenso Dr. Karl-Heinz Schonauer für seine ausgesprochen gründlichen sowie zeitintensiven Korrekturen. Für unermüdliche Diskussionen, kreative Ideen, Aufmunterung, Korrekturen und fortwährende Unterstützung möchte ich Anne Gassen, Tim Bastian, Matthias Häusler, Nora Pröfrock und Florian Richarts danken.

Katrin Lehmacher

