

Das Traumaerleben, eingeklemmt zwischen vermeintlich realitätsferner Imagination und vermeintlich realitätsgetreuer Faktizität

Zur Wahrnehmung der seelischen Verletzbarkeit des Menschen in der Moderne¹

Mark M.W. Richartz

»Durch ein außerordentliches Weltereignis wurde jedoch die Gemütsruhe des Knaben zum erstenmal im tiefsten erschüttert. Am 1. November 1755 ereignete sich das Erdbeben von Lissabon und verbreitete über die in Frieden und Ruhe schon eingewohnte Welt einen ungeheuren Schrecken. Eine große, prächtige Residenz, zugleich Handels- und Hafenstadt, wird ungewarnt von dem furchtbarsten Unglück betroffen. Die Erde bebt und schwankt, das Meer braust auf, die Schiffe schlagen zusammen, die Häuser stürzen ein, Kirchen und Türme darüber her, der königliche Palast zum Teil wird vom Meere verschlungen, die geborstene Erde scheint Flammen zu speien, denn überall meldet sich Rauch und Brand in den Ruinen. Sechzigtausend Menschen, einen Augenblick zuvor noch ruhig und behaglich, gehen miteinander zu Grunde, und der Glücklichste darunter ist der zu nennen, dem keine Empfindung, keine Besinnung über das Unglück mehr gestattet ist. Die Flammen wüten fort, und mit ihnen wütet eine Schar sonst verborgener oder durch dieses Ereignis in Freiheit gesetzter Verbrecher. Die unglücklichen Übriggebliebenen sind dem Raube, dem Morde, allen Mißhandlungen bloßgestellt; und so behauptet von allen Seiten die Natur ihre schrankenlose Willkür. ... Ja vielleicht hat der Dämon des Schreckens zu keiner Zeit so schnell und so mächtig seine Schauer über die Erde verbreitet.«

In *Dichtung und Wahrheit* bringt Goethe die schrecklichen Ereignisse des Erdbebens von Lissabon mit seiner Angst vor dem Alleinsein in Verbindung. Zu jener Zeit wurde die Kindheit gerade erst als eine besonders prägende Periode der Biografie »entdeckt«. Fortan hielt man sich an »die Erziehungsmaxime, dass Kinder allein im Zimmer zu schlafen hätten«. Frühzeitig sei ihnen ein eigener, von den Eltern räumlich geschiedener Lebensbereich zuzuweisen, der ihnen die Entwicklung einer eigenständigen Persönlichkeit und Lebensgeschichte ermöglichen sollte – dies galt jedenfalls für die Kinder der besser begüterten und gebildeten Eltern.

»Wenn die Kinder des Nachts die Gesellschaft der Bediensteten und Mägde suchten, pflegte der Vater verkleidet im umgewandten Schlafrock, die Kinder auf dem Flur zu erschrecken und in ihre Zimmer zurückzuscheuchen. [...] Wie soll derjenige die Furcht loswerden, den man zwischen ein doppeltes Furchtbares einklemmt?« fragt Goethe und lobt daraufhin seine Mutter, »die, wiewohl der glei-

chen Erziehungsmaxime folgend, diese aber mit Belohnungen viel gelungener durchzusetzen verstand« (H. Stoffels, 1999). Die Furcht, eingeklemmt zwischen ein doppeltes Furchtbares dauert fort, solange die Unterscheidung zwischen imaginärer (neurotischer) Angst und Realangst noch nicht gemacht und die anfängliche Verschränkung mittels der Einbildungskraft noch nicht gelockert und schließlich aufgelöst werden kann. Zur Titelwahl bemerkt Goethe später (1831): »Ich nannte das Buch *Dichtung und Wahrheit*, weil es sich durch höhere Tendenzen aus einer niederen Realität erhebt. Ein Faktum unseres Lebens gilt nicht in sofern es wahr ist, sondern in sofern es etwas zu bedeuten hatte.« Ganz im Sinne des Titels, den Goethe für seine Autobiografie wählte, geht es uns heute bei dem, was wir *psychische Realität* zu nennen pflegen, nahezu immer um zweierlei: die (Re-)Konstruktion des real bzw. faktisch Erfahrenen einerseits und die realitätsstiftende, aber zugleich trügerische Kraft der Imagination andererseits, die erst das bildhaft Anschauliche hervorbringt – durch welche Verwandlungen es zugleich auch das Verborgene weiter erhalten mag. Dieses Einerseits-Andererseits lässt sich nur relativ selten in der vermeintlichen Klarheit des Gegensatzpaares *wahr/falsch voneinander unterscheiden, wie etwa im Falle der bewusst erzeugten Fälschung einer unbestreitbar gültigen Tatsache*. Sofern sie als innere Wahrnehmung betrachtet werden kann, ist Erinnerung immer vermittelt, und zwar sowohl durch soziokulturelle und psychologische Prozesse wie auch durch solche neuropsychologischen Vorgänge, die dem »neurobiologischen Substrat« zuzuordnen wären.

Dem Gedanken einer Vermitteltheit unserer Erinnerungsbilder liegt die Überzeugung zugrunde, dass die scheinbar *apriorische Evidenz* unserer *inneren Wahrnehmungen* oft auf Täuschung beruht, und dies umso mehr, je *bildlicher* sich die Erinnerungen aufdrängen. Auch wenn die unfreiwilligen Wiedererinnerungen (Hypermnesien) einen Realzusammenhang mit dem traumatischen Geschehen zu suggerieren scheinen, sind sie in ihrer Überblendung doch immer nur *stellvertretende* Schreckbilder eines Realgeschehens, denn andere Anteile dieses Geschehens verfallen zugleich der Gedächtnislosigkeit (Amnesie). So legen die sich ständig wiederholenden Hypermnesien zwar den Schluss nah, sie seien einfach auf ein Versagen unseres seelischen Reizschutzes

infolge des Überwältigtwerdens durch ein furchtbares Ereignis zurückzuführen, tatsächlich aber gehören zu der mit ihnen verbundenen Überblendung unserer Gedächtnisinhalte immer auch die Ausblendung von bestimmten, mit dem traumatischen Geschehen situativ verknüpften Erlebnissen.

Bei einigen Autoren des Altertums, z.B. bei *Homer* oder bei *Lukrez*, fand das angsterfüllte Leiden an traumatischen Kriegserinnerungen zwar bereits Erwähnung, ebenso wie im griechischen Traumbegriff die psychische Verletzung schon mitgedacht war. Die systematische Erkundung der seelischen Verletzbarkeit des Menschen infolge von Katastrophen wie Erdbeben und Kriegen zeichnet sich aber erst während der Aufklärung, an der Schwelle zur Moderne, ab. Sie findet ihren Niederschlag in einer wachsenden Zahl anfänglich literarisch-philosophischer, später auch zunehmend medizinischer Publikationen über die Leidensgeschichten von Traumaopfern.

Für *Voltaire* war die große Erdbebenkatastrophe von Lissabon, bei der im November 1755 in einer Nacht 50.000 Menschen umkamen, Anlass für eine ironisch pessimistische Polemik gegen Leibniz' Auffassung unserer Welt »als der besten aller möglichen«. Dabei hatte Voltaire nicht nur die Bedrohung des Menschen durch Naturgewalten im Sinn, sondern er schloss von Anfang an auch die vom Menschen selbst angerichteten Katastrophen mit ein: »Welch trauriges Spiel des Zufalls ist doch das Spiel des menschlichen Lebens. Das sollte den Menschen lehren, nicht dem Menschen nachzustellen. Der eine will den anderen verfolgen – und die Erde verschlingt beide.« Schon Voltaires Zeitgenosse *Wieland* nannte den *Candide* wegen seines Realismus und seiner Kritik an einem naiven, ungebremsten Fortschrittsglauben »das Lieblingsbuch aller Leute von Verstand«. Und noch am Ende eines unvergleichlich destruktiveren Jahrhunderts scheint Voltaires eindrucksvolle literarische Darstellung der bedrohlichen Zeitereignisse für die moderne Psychotraumaforschung den Status einer grundlegenden Erfahrung bewahrt zu haben.

Just zu der Zeit, als Voltaire seine Aufklärungskritik verfasste, in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts, entdeckten *F.A. Mesmer* (1734–1815) und sein Schüler, *Marquis de Puységur*, die *hypnotischen* Phänomene. Was Mesmer als »tierischen Magnetismus«, de Puységur als »künstlichen Somnambulismus« bezeichnete, konnte fast ein Jahrhundert später, seiner pseudo-physikalischen Erklärungsmuster entkleidet, wesentlich zur genaueren diagnostischen Abgrenzung, Beschreibung und Behandlung von *hysterischen* und anderen *psychogenen Störungen* (*Liébault, Bernheim, Charcot, Janet, Breuer und Freud*) beitragen.

Kontroverse Krankheitsauffassungen und ihre heutigen Nachwirkungen

Das klinische Wissen um die Psychopathologie seelischer Reaktionen und dauerhafter psychischer Strukturveränderungen infolge von Katastrophen, Unfällen oder sonstigen Gewalterfahrungen nahm seinen Ursprung in der Mitte des 19. Jahrhunderts, als es insbesondere die Nervenärzte zunehmend mit Patienten zu tun bekamen, deren Symptomatiken sie ursächlich auf solche psychotraumatischen Erlebnisse zurückführen mussten.

Die Krankengeschichten waren aber nur wegen der *überwältigenden seelischen* Wirkung eines traumatisierenden Ereignisses miteinander vergleichbar. Gänzlich unvergleichbar jedoch blieben die biografischen Umstände, Art und Dauer der Erkrankung sowie ihre Entstehungsbedingungen:

Es ging nämlich einerseits um Psychotraumaopfer, deren seelische Verletzungen durch sexuellen Missbrauch und/oder andere leibseelische Misshandlungen während ihrer Kindheit und Jugend in der Familie hervorgerufen wurden. Eine damals noch junge Gerichtsmedizin und die entstehenden Kinderschutzvereine schickten sich an, Dokumentationsmaterial in Wort und Bild zu sammeln, um es in der Fachpresse zu publizieren. (Opfer einer solchen *domestic violence* waren mehrheitlich, aber nicht ausschließlich Mädchen und Frauen.) Andererseits wurden Ärzte schon während der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts immer häufiger als Gutachter zur Klärung der haftpflicht- oder sozialversicherungsrechtlichen Fragen bei Verkehrs- oder Arbeitsunfällen herangezogen. Auch arbeiteten sie seit dieser Zeit als Militärärzte in den modernen Massenheeren, wo sie sich auch unter den Soldaten mit einer wachsenden Zahl von Kriegsopfern konfrontiert sahen, deren Verletzungen nicht primär oder ausschließlich körperlicher Art waren.

Vor diesem stark variierenden Erfahrungshintergrund (gebildet einerseits aus *privaten* traumatischen Anlässen, die zumeist der öffentlichen Wahrnehmung entzogen waren, andererseits aus den *der Öffentlichkeit zugänglichen* traumatischen Anlässen) entwickelten sich zwei zunächst völlig gegensätzliche theoretische Ansätze zur ätiologischen Ergründung dieser Störungen: ein primär psychologischer und ein mehr neurowissenschaftlicher. Beide wirken – mit wechselnden Akzenten und kontroversen Positionen – in den psycho-sozio-biologischen Integrationsbemühungen der heutigen Psychotraumaforschung fort. Dabei handelt es sich um:

- die überwiegend *psychogenetischen* Auffassungen, die sich ausgehend von den Hysteriestudien *Charcots* vor allem mit den Namen von *Pierre Janet* und *Sigmund Freud* verbanden;
- die überwiegend *somato- oder neurogenetischen* Auffassungen, die davon ausgingen, dass ein Traumaereignis infolge neuronaler Erschütterungen zu mikrostrukturellen Hirnsubstratveränderungen führt. Wegbereitend hierfür war u.a. das von dem Neurologen *H. Oppenheim* (1889) geprägte Konzept der *traumatischen Neurose*.

In seiner Monografie *Die traumatischen Neurosen* schreibt aber *Oppenheim* (1892): »Für die Entstehung der Krankheit ist das physische Trauma nur zum Teil verantwortlich zu machen. Eine wichtige und in vielen Fällen selbst die Hauptrolle spielt das psychische der Schreck, die Gemüthserschütterung.« (S. 178)

»Der eben beendete Krieg«, so formulierte *S. Freud* 1920 »hat nun eine ungeheuer große Zahl solcher Unfallskranken geschaffen und zur Beobachtung gebracht. Dabei ist die Entscheidung der Streitfrage (über die Art ihrer Verursachung; Ref.) zugunsten der funktionellen Auffassung gefallen. Die weitaus überwiegende Mehrzahl der Ärzte glaubt nicht mehr daran, dass die sog. Kriegsneurotiker infolge von greifbaren organischen Verletzungen des Nervensystems krank sind, und die Einsichtigeren unter ihnen haben sich

auch bereits entschlossen, anstatt der unbestimmten Bezeichnung »funktionelle Veränderungen« die unzweideutige Angabe »seelische« Veränderungen einzusetzen.« (*Gutachten über elektrische Behandlung der Kriegsneurotiker*, 1920) Anders als für die Ätiologie der Neurosen im Allgemeinen hatte S. Freud für die so genannten Unfall- und Kriegsneurosen seine ursprüngliche Hypothese niemals aufgegeben, dass das Realtrauma eine entscheidende Rolle bei der Krankheitsgenese spiele. Angesichts der massenhaften klinischen Erfahrungen, die im Laufe des Ersten Weltkrieges mit »Kriegszitterern« gesammelt wurden, hatte er sie vielmehr erneut bekräftigt. In diesem Sinne stellte er fest: »Die Kriegsneurotiker waren aber nur zum kleinsten Teil Simulanten.«

Denn eigentlich hatte S. Freud schon 1895, in den noch zusammen mit J. Breuer verfassten *Studien über Hysterie*, begonnen, seine »Verführungstheorie« aufzugeben, die dem beispielsweise durch tatsächlichen Inzest verursachten Realtrauma eine zentrale ätiologische Bedeutung einräumte. Im Zuge dessen nahm er auch Abstand vom therapeutischen Mittel der Hypnose. Mit Entwicklung der *Psychoanalyse* im engeren Sinne sollte sich Freud fortan bei seiner Erforschung der Psychogenese der Neurosen vor allem der innerseelischen Realität zuwenden, insbesondere der intrapsychischen Sexualentwicklung und der Fantasie des Kindes. P. Janet hingegen zweifelte niemals an der ätiologischen Bedeutung sowie dem Realitätsgehalt der traumatischen Erinnerungen seiner Patienten und blieb auch der Hypnose als Behandlungsmethode treu.

Mit der neuerlichen »Entdeckung«, dass Inzest und andere sexuelle Übergriffe auf Kinder und Jugendliche jahrzehntelang in der Häufigkeit ihres Vorkommens und in ihrer katastrophalen Wirkung auf die seelische Integrität unterschätzt oder verleugnet wurden, vollzieht sich zur Zeit in den USA und den Niederlanden, u.a. unter dem Einfluss der feministisch orientierten Frauenhilfe (*Vrouwenhulpverlening*) in der Psychiatrie, eine positive Neubewertung des Lebenswerks von P. Janet. Diese Entwicklung geht gewiss nicht zufällig mit einer Wiederbelebung der Hypnose als Behandlungsmethode einher und hat auch bereits eine Reihe epidemiologischer Programme zur Erforschung von Art und Umfang des Kindesmissbrauchs auf den Weg gebracht. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass in psychiatrischen Zeitschriften momentan unter dem Titel *false memory debate* eine alte Kontroverse wieder aufgegriffen wird, und zwar diejenige zwischen Psychotherapeuten, die vom Realitätswert der unter Hypnose zutage geförderten oder spontan berichteten traumatischen Erinnerungen überzeugt sind, und ihren wissenschaftlichen Kritikern, die diese traumatischen Erinnerungen als trügerische Ergebnisse iatrogenen Induktionen bzw. als ursprünglich fantasiegeleitete Erinnerungsverfälschungen ansehen.

Als Zwischenergebnis der *false memory debate* lässt sich deshalb Folgendes festhalten: Falls anamnestiche Informationen über sexuellen Missbrauch in der Kindheit während des psychiatrischen Gesprächs spontan zur Sprache kommen und für eine Klärung der Problematik relevant erscheinen, so sollten sie in einer bezogenen Sachlichkeit oder sachlichen Bezogenheit unter Vermeidung von »Erinnerungen« induzierenden Paraphrasierungen

exploriert werden. Keinesfalls aber dürfen sie also unter Zuhilfenahme eindringlicher oder gar suggestiver Formulierungsvorgaben erfragt werden (zumal in Fällen, bei denen eine bestimmte Symptomatik in der Vorgeschichte – etwa psychogene Dämmerzustände und/oder Automutilationen – Inzesterfahrungen nahe zu legen scheinen!).

Eine positivistische klinische Empirie hat in Deutschland am Anfang des 20. Jahrhunderts, offenbar unter dem Einfluss nationalistischer Voreingenommenheit, die mit dem Konzept der traumatischen Neurose verbundenen Befunde meistens geleugnet und als tendenziöse Reaktionen auf die damals neuen Sozial- und Unfallversicherungen einseitig als Verhaltensartefakte gedeutet. Auch E. Kraepelin verwarf zu Beginn des vorigen Jahrhunderts aufgrund der wissenschaftlichen Fachliteratur und der eigenen klinischen Erfahrungen seine anfängliche Annahme einer organischen Genese der *traumatischen* oder *Unfallneurose*. Anstelle dessen führte er das Konzept der rein *situationsabhängigen* und *zweckgerichteten* psychogenen Ursache dieser Störungen ein, deren Entstehen seines Erachtens zugleich einer prämorbid »minderwertigen Disposition« bedürfe. Kraepelins Begriff der so genannten *tendenziösen Wunsch- und Zweckreaktionen zur Erlangung von Vorteilen* (mit dem Ziel einer Befreiung vom Fronteinsatz, der Erlangung einer Rente etc.) wurde fortan zur herrschenden Lehrmeinung in der deutschen und österreichischen Psychiatrie und Versicherungsmedizin. Dadurch wurde es den Gutachtern in diesen Ländern nunmehr ermöglicht, die traumatischen Neurosen, später aber auch die bei den Frontsoldaten des Ersten Weltkrieges so zahlreich in Erscheinung tretenden »Neurosen des Schützengrabens«, im versicherungsrechtlichen Sinn als *nicht krankheitswertige seelische Störungen*, z.B. als *Rentenneurosen*, zu beurteilen. »Fasst man die traumatische Neurose als die den Willen lähmende Wirkung der Unfallversicherung auf psychopathische und willensschwache Menschen auf, so liegt eben das Krankhafte in der Unfähigkeit die ungünstigen Einflüsse zu überwinden, in der Unterjochung von Tatkraft und Stimmung durch die Rücksicht auf die Entschädigungsfrage, und die Übertreibung ist nur ein Zeichen für das hilflose Unterliegen des Kranken im Kampfe um die Selbstbehauptung seiner Persönlichkeit.« (Kraepelin, 1915) Angesichts der auch nach Kriegsende erdrückend großen Menge von Anträgen ehemaliger Frontsoldaten auf Versorgungsrenten verfestigte sich diese *Lehrmeinung* sowohl im Deutschland der Weimarer Republik wie auch in Österreich. Die zuvor u.a. schon von K. Bonhoeffer formulierte These einer »unbegrenzten Belastbarkeit der menschlichen Seele« fand 1926 ihren Niederschlag in der Grundsatzentscheidung des Reichsversicherungsamtes über die »medizinische und rechtliche Bedeutung von traumatischen Neurosen«. Neurosen als Unfall- und Kriegsfolgen begründeten prinzipiell keinen Rentenanspruch, da aus Bonhoeffers Sicht gerade »das Gesetz ... die Ursache der Unfallneurose ist«. Als dann nach dem Zweiten Weltkrieg nicht nur die Versorgungsansprüche der neuen Kriegsoffer, sondern auch die entschädigungsrechtlichen Ansprüche der großen Masse von Opfern rassistischer und politischer Verfolgung geltend gemacht wurden, wirkte das Dogma der Renten-neurose zunächst unvermindert

weiter. Solche Opfer hatten anfänglich nur eine Chance, von den Versorgungs- und Entschädigungsämtern positiv beschieden zu werden, wenn sie organische, insbesondere zerebrale Schädigungen z.B. infolge von Hungerdystrophie, Fleckfieberenzephalitis, Schädel- oder Hirntraumen nachweisen konnten. Erst in den Sechzigerjahren des 20. Jahrhunderts setzten sich allmählich die Befunde und Stellungnahmen einiger, der herrschenden Lehrmeinung nicht mehr verhafteter psychiatrischer Hochschullehrer über die Feststellbarkeit und Beurteilbarkeit von *psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen* (Venzlaff, 1956; v. Baeyer, Häfner, Kisker, 1964) in der westdeutschen Rechtsprechung durch, wogegen eine einflussreiche Gruppe von Gerichtspsychiatern zunächst noch – mit zuweilen recht polemischen Argumenten – die alte Lehrmeinung zu verteidigen versuchte (z.B. Witter, 1962, 1963; Luthé, 1968). Die angesprochene Polemik veranlasste schließlich K.R. Eissler 1963 zur Publikation eines Artikels in der Zeitschrift *Psyche* mit dem ebenfalls polemischen Titel: *Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss der Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben?*

Ganz anders verlief die Entwicklung nach dem Ersten Weltkrieg etwa in Großbritannien. Auch auf der alliierten, insbesondere britischen Seite wurden in vergleichbar großer Zahl wie auf deutscher Seite Kriegsneurosen festgestellt – hier *shell shocks* (Granatschock) genannt. Nachdem man zunächst eine organische Genese in Erwägung gezogen hatte (Luftdruck, CO-Vergiftung), wurden sie bald unter der Bezeichnung *Hysterical Disorders of Warfare* (Lewis Yealland, 1918) als psychogene Störungen anerkannt. Die britische Militärführung ebenso wie die Öffentlichkeit waren von dem Ausmaß des psychischen Elends allerdings so überwältigt, dass sie es hinsichtlich seiner *Kausalzusammenhänge* ganz anders beurteilten. Aus britischen Armeeberichten über verwundungsbedingte Ausfälle während des Ersten Weltkrieges geht hervor, dass mindestens 80.000 Soldaten wegen *shell shock* schon in Feldlazaretten und etwa 320.000 später in psychiatrischen Institutionen klinisch oder ambulant behandelt wurden. Schließlich wurden insgesamt fast 200.000 britische Soldaten mit der Diagnose *shell shock* aus dem aktiven Kriegsdienst entlassen. Noch 1939 zahlte das Kriegsministerium für diese Kategorie von kriegsversehrten Veteranen mehr als 2 Millionen Britische Pfund an Versorgungsrenten. Die Erfahrungen mit den kriegsbedingten psychischen Störungen gaben schon in der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg – ganz anders als in Deutschland und Österreich – einen entscheidenden Anstoß für die Gründung eines flächendeckenden Netzes von psychiatrischen Ambulanzen im Vereinigten Königreich.

Während im Deutschen Reich und in Österreich »den Ärzten ... etwas wie die Rolle von Maschinengewehren hinter der Front zu gefallen [war], die Rolle, die Flüchtlinge zurückzutreiben« (S. Freud, 1920), und man sich »zu diesem Zweck schmerzhafter (elektrischer; Ref.) Behandlung und zwar mit Erfolg« (op.cit.) bediente, erprobten die britischen und nordamerikanischen Militärärzte bereits notfallpsychiatrische Sofort- und psychotherapeutische Langzeitverfahren anderer Art, wie z.B. hypnotische

oder supportive Methoden. Auch wenn sie erkannten, dass tendenziöse psychologische Faktoren möglicherweise einen Einfluss ausübten, waren die Fachleute hier doch allgemein von der Krankheitswertigkeit der Kriegsneurosen überzeugt. Diese Überzeugung war nach dem Ersten Weltkrieg in Großbritannien beispielsweise einer der ausschlaggebenden Faktoren für den Aufbau einer flächendeckenden ambulanten psychiatrischen Versorgung und die Gründung der Tavistockklinik in London für ambulante Psychotherapie, psychotherapeutische Ausbildung und Forschung. Dass sich die Bemühungen um eine Diagnostik psychotraumatischer Störungen in Deutschland und Österreich hingegen fast ausschließlich auf den Bereich des psychiatrischen Gutachtenwesens beschränkten, mag sich vor dem soeben angedeuteten besonderen sozial- und wissenschaftshistorischen Hintergrund erklären. In den deutschsprachigen Ländern zeichnet sich die Entwicklung einer aus *therapeutischen* Bedürfnissen begründeten wissenschaftlichen und praktischen Psychotraumatologie erst heute langsam ab, gehört aber noch keinesfalls zur psychiatrischen Grundversorgung. Auf eine 25-jährige klinische Erfahrung mit traumatischen Kriegsneurosen zurückblickend, fasst der nordamerikanische Psychiater und Psychoanalytiker A. Kardiner 1941 in seiner katamnästischen Studie *The Traumatic Neuroses of War* den periodischen Gedächtnisschwund der Psychiatrie hinsichtlich der wissenschaftlichen Beachtung dieser klinischen Erscheinungsbilder folgendermaßen zusammen: »Es ist eine bedauerliche Tatsache, dass im Allgemeinen jeder Forscher, der sich auf das Studium dieser Störungen verlegt, es offenbar für seine heilige Pflicht hält, jedes Mal wieder beim Nullpunkt zu beginnen, als hätte keiner vor ihm sich jemals mit dem Gegenstand beschäftigt.« (zitiert n. Gersons, 1992)

Anmerkung

1 Dem Gedächtnis Ursula Ploggs gewidmet.

Literatur

- BAEYER, W. von, HÄFNER, H., KISKER, K.P. (1963): »Wissenschaftliche Erkenntnis« oder »menschliche Wertung« der erlebnisreaktiven Schäden Verfolgter. *Nervenarzt* 34: 120–124
- BAEYER, W. von, HÄFNER, H., KISKER, K.P. (1964): *Psychiatrie der Verfolgten*. Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg
- ECKERMANN, J.P. (1884): *Gespräche mit Goethe in den letzten Jahren seines Lebens*. Ph. Reclam jun., Leipzig
- EISLER, K.R. (1963): Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben? (XVII, 11:649)
- FREUD, S. (1920): Über Kriegsneurosen, Elektrotherapie und Psychoanalyse (ein Auszug aus dem Protokoll des Untersuchungsverfahrens gegen Wagner-Jauregg im Oktober 1920). Herdruck 1972, *Psyche* 1939–1951
- GERSONS, B.P.R., CARLIER, V.E. (1992): Post-traumatic Stress Disorder; The History of a Recent Concept. *Brit. Journ. of Psychiatry*; 161; 762–748
- GOETHE, J.W. (1909): *Goethes Werke in sechs Bänden Dichtung und Wahrheit*. Bd. 5, S. 20f, Insel-Verl. Leipzig

- HERMAN, J.L. (1992): Trauma and Recovery. Harper Collins, New York
- KEILSON, H., SERPHATI, H.R. (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Enke, Stuttgart
- LUTHE, R. (1968): »Erlebnisreaktiver Persönlichkeitswandel« als Begriff der Begutachtung im Entschädigungsrecht. Nervenarzt 39: 465–467
- PROSS, Ch. (1988): Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer. HAMBURGER INSTITUT FÜR SOZIALFORSCHUNG. (Hrsg.) Athenäum, Frankfurt/M.
- REEMTSMA, J.P. (1997): Im Keller. Hamburger Edition HIS, Hamburg
- SACHSSE, U., VENZLAFF, U., DULZ, B. (1997): 100 Jahre Traumatologie. In: KERNBERG, O., BUCHHEIM, P., DULZ, B., ECKERT, J., HOFFMANN, S.O., SACHSSE, U., SASS, H., ZANDIG, M. (Hrsg.) Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie. Schattauer, Stuttgart
- STOFFELS, H. (Hrsg.) (1990): Schicksale der Verfolgten. Springer, Berlin
- VAN DER KOLK, B.A., MCFARLANE, A.C., WEISAETH, L. (1996): The Effect of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society. Guilford, New York
- VENZLAFF, U. (1968): Erlebnisreaktiver Persönlichkeitswandel: Fiktion oder Wirklichkeit? Nervenarzt 39: 539–542
- VOLTAIRE (1960): Candid oder die beste der Welten. Ph. Reclam jun., Stuttgart
- WITTER, H. (1964): Erlebnisbedingte Schädigung durch Verfolgung. Nervenarzt 33: 33–34
- ZANARINI, M.C., (Hrsg.) (1996): Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorders. Beziehbar Eurospcer; American Psychiatric Press, London

Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. M. Richartz
Fachgruppe Psychiatrie & Neuropsychologie
Universität Maastricht
Postfach 616
NL-6200 MD Maastricht