

Jolande Withuis

Das Kriegstrauma in den Niederlanden*

Die Erinnerung an den Zweiten Weltkrieg hat in den Niederlanden seit 1945 eine seltsame Entwicklung durchgemacht. Im Unterschied zu anderen historischen Ereignissen hat das Interesse in dem Maße, in dem die Geschehnisse zeitlich weiter zurückliegen, nicht ab-, sondern zugenommen. Ähnlich verhält es sich mit den psychischen Folgen dieser Zeit. Auch hier konnte man nicht von einem starken Auftakt sprechen, dem eine anhaltende Abnutzung des Interesses folgte.

Gegenstand des vorliegenden Artikels ist der niederländische Diskurs nach 1945 über die psychischen Folgen des Aufenthalts in deutschen Konzentrations- und Vernichtungslagern. Die sechzigjährige Geschichte dieses Diskurses soll in vier Perioden eingeteilt werden. 1) Der Zeitraum von 1945 bis 1948 mit der Rückkehr aus den Lagern und dem ersten, frühen Erkennen der psychischen Folgen. 2) Die Periode von 1948 bis 1970, die durch Ruhe und durch nur wenige Kranke gekennzeichnet ist. 3) Der Zeitraum von 1970 bis 1980 mit der Entdeckung des KZ-Syndroms und einer wachsenden Zahl von Patienten. 4) Die heutige Zeit mit einer Traumakultur, in der immer wieder neue Kategorien von Menschen auftauchen, die sich als traumatisiert bezeichnen.

Die öffentliche Entdeckung des Kriegstraumas, damals noch Konzentrationslagersyndrom oder KZ-Syndrom genannt, ist auf 1972 zu datieren. In diesem Jahr wollte der niederländische Justizminister Andries van Agt die letzten drei noch im Gefängnis einsitzenden deutschen Kriegsverbrecher – die sogenannten Drei von Breda – freilassen. Dieser Plan löste in der Bevölkerung einen Proteststurm aus. Dabei handelte es sich zunächst in erster Linie um politischen Protest, doch dann wurde der Minister mit dem Argument unter Druck gesetzt, die Freilassung schade den Überlebenden. Überlebende aus Auschwitz und aus anderen NS-Lagern stellten in einer parlamentarischen Anhörung dar, welche grausamen Bilder die mögliche Entlassung der ‚Drei‘ bei ihnen heraufbeschwor und welche Albträume sie davon immer wieder bekamen. Auch Psychiater, die ebenfalls der Meinung waren, eine Freilassung sei schädlich, sprachen vor den Parlamentariern.

* Der Artikel basiert auf J. WITHUIS, *Erkenning. Van oorlogstrauma naar klaagcultuur*, Amsterdam 2002 und liegt einem Vortrag zugrunde, den ich am 5. Mai 2004 am Zentrum für Niederlande-Studien gehalten habe. Der Text wurde von Annegret Klinzmann, M.A. aus dem Niederländischen übersetzt.

Das waren neue Phänomene. Die Anhörung der Opfer selbst war neu, das Phänomen der psychischen Spätfolgen war neu, und auch die Haltung der Psychiater war es in gewisser Weise, denn in den Jahren zuvor hatten sich Angehörige dieses Berufsstandes zumeist für eine Freilassung ausgesprochen. Bisher war innerhalb der Psychiatrie argumentiert worden, es sei nicht gut, wenn sich die Opfer an ihrem Groll festbissen. Haß, so hieß es, schade vor allem denjenigen, die ihn empfänden. Die Menschen sollten sich von ihren nationalen Haßgefühlen trennen – und auch von den drei Männern, die zunächst vier gewesen waren: Willy Lages, Johann Josef Kotälla, Franz Fischer und Ferdinand Hugo aus der Fünften. Ihre Gefangenschaft diene keinem vertretbaren Zweck mehr. Als die Psychiater jedoch diese Diagnose für und über die Opfer stellten, kamen die Opfer selbst noch nicht zu Wort.

In den darauffolgenden Jahren wurde das KZ-Syndrom bekannter, und es stellte sich heraus, daß immer mehr Menschen daran litten. So begab man sich auf die Suche nach einer Erklärung, warum das zunächst nicht so gewesen war. Man suggerierte, daß man dem Phänomen zuvor keinerlei Aufmerksamkeit geschenkt hatte. Offenbar hatte vor 1945 niemand begriffen, daß die Todesdrohungen, die Angst, Entbehrungen und Einsamkeit des Lageraufenthalts auch nach der Befreiung noch ihren Tribut fordern würden.

Das war ein typischer Mythos der siebziger Jahre, der im übrigen bis zum heutigen Tage überlebt hat. In den siebziger Jahren gab es in der Gesellschaft eine starke Neigung, alle Beobachtungen als *neu* zu betrachten. Tatsächlich hatte man während des Krieges und unmittelbar danach sehr wohl die psychischen Folgen begriffen, zumindest unter einer Reihe von Medizinerinnen.

Die vorliegende Analyse beruht auf Forschungen in der medizinischen und der psychiatrischen Literatur im weiteren Sinne. Dabei stammt viel Material aus rund 50 Jahrgängen des *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (MGV)*, das von Medizinerinnen, Sozialarbeiterinnen, Krankenpflegerinnen und -schwestern sowie von einer breiten Palette von Menschen verfaßt wurde, die oft nicht nur im Bereich der Therapie tätig, sondern auch in politischer Hinsicht mit der ‚geistigen Volksgesundheits‘ befaßt waren. Und auch die Leserschaft war ähnlich vielgestaltig zusammengesetzt. Das *MGV* wurde in den Kriegsjahren gegründet und erschien 1945 zum ersten Mal.

In den ersten Jahren widmete das *MGV* den Kriegsproblemen viel Aufmerksamkeit, die anschließend ab- und dann wieder zunahm. Eine einfache Zählung der Seiten, auf denen sich das Blatt mit Kriegsproblemen beschäftigte, zeigt dies: 1945–1946: 32 Prozent; 1947–1949: 6 Prozent; fünfziger Jahre: 0,3 Prozent; sechziger Jahre: 0,3 Prozent; siebziger Jahre: 3 Prozent; achtziger Jahre: 1,5 Prozent; neunziger Jahre: 0,8 Prozent.

Der tiefe Einbruch beim Interesse für die psychischen Folgen des Krieges in den fünfziger Jahren stimmt mit dem überein, was aus historischer Forschung beispielsweise über Kriegsdenkmäler und Publikationen bekannt ist. In den ersten Jahren gab es ein deutliches öffentliches Interesse, das dazu führte, daß beispielsweise Egodokumente, Broschüren und Bücher mit Lagererinnerungen viel gekauft und gelesen wurden. Es wurden sogar so viele Pläne für Kriegsdenkmäler eingereicht, daß die Regierung einen Stop verhängte. Aber schon 1948 war es zu einer Sättigung gekommen, ja mehr noch, es entstand ein ausgesprochenes öffentliches und persönliches Desinteresse.

Ab Mitte der sechziger Jahre nahm das Interesse dann wieder zu. Mit *De Bezetting* hatte das Fernsehen eine Serie über den Zweiten Weltkrieg ausgestrahlt, es erschienen mehr Bücher zur Besatzungszeit, und von da an wuchs das Interesse. Je größer der zeitliche Abstand war, desto mehr stieg das Interesse – für historische Ereignisse eine ungewöhnliche Entwicklung. Besonders das Jahr 1995 nahm eine Spitzenstellung ein. In diesem Jahr wurde auch endlich der Tag der Befreiung (5. Mai) zu einem Nationalfeiertag, während die Regierung die Feiern anlässlich der Befreiung 1955 noch gänzlich hatte abschaffen wollen.

Die erste Periode: 1944–1948

Worin bestand nun die Erkenntnis der möglichen psychischen Folgen, eine Erkenntnis, die es in den ersten Nachkriegsjahren sehr wohl gegeben hat?

Im Jahr 1946 publizierte der Psychoanalytiker Jaap Tas, selbst Überlebender des Lagers Bergen-Belsen, einen interessanten Artikel darüber, was ein Konzentrationslager mit den Menschen gemacht hatte und welchen psychischen Schaden dies auch langfristig verursachen konnte.¹ Er wies besonders darauf hin, daß die Menschen ihre Emotionen (Zorn über die Erniedrigung und Todesangst) niemals hatten äußern können. Auch wies er auf die Langfristigkeit dieser Verdrängung hin. Es war bereits aus dem Ersten Weltkrieg bekannt, daß eine kurz andauernde, heftige Angst oder ein Schock – beispielsweise als Pilot abgeschossen zu werden – auf die Dauer weniger Schaden anrichtete, als lange angstvoll in einem Schützengraben zu sitzen, selbst wenn man dabei unversehrt blieb. Es ist das Erleben lange anhaltender Machtlosigkeit, das den psychischen Schaden verursacht.

Die Ausführungen zeigen, daß das Wissen über ein Phänomen wie Lager, aus dem man Schlüsse hätte ziehen können, nicht vorhanden war. So mußte auf Vergleiche mit dem Ersten Weltkrieg zurückgegriffen und auf eher defensive Weise verdeutlicht werden, daß auch eine Situation ohne Kampfhandlungen gravierend sein konnte.

Tas sagte auch voraus, daß die Atmosphäre, in der die Überlebenden bei ihrer Rückkehr aufgenommen wurden, großen Einfluß haben werde. Er fügte hinzu, daß in dieser Hinsicht die Enttäuschung 1946 groß war. Die Rückkehrer hatten einen wenig herzlichen Empfang und wenig Fürsorge erfahren. Sie mußten sich selbst um Unterkunft und Arbeitsplatz kümmern und selbst herausfinden, wer von ihren Familienmitgliedern noch lebte.

Er war nicht der einzige, der über die möglichen Folgen der KZ-Haft publizierte. Wichtig war auch der Auschwitz-Überlebende Dr. Eddy de Wind, ebenfalls Arzt und Psychoanalytiker.² Er untersuchte eingehend, welchen

¹ J. TAS, *Psychische stoornissen in concentratiekampen en bij terugkeerden*, in: *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1 (1946), S. 143–150.

² E. DE WIND, *Confrontatie met de dood*, in: *Folia psychiatrica, neurologica et neurochirurgica Neerlandica* 52 (1949), S. 459–466. Wiederabdruck in: T. DE RIDDER/M. VAN DE VEN

Unterschied es im inneren Erleben und hinsichtlich des bleibenden psychischen Schadens zwischen einem Konzentrationslager und einem Vernichtungslager gibt. In ersterem war die Aussicht, zu sterben, sehr groß. Das war den Gefangenen vollkommen klar, denn um sie herum starben ihre Freunde. Aber man konnte versuchen, Chancen zu nutzen, sich so vernünftig wie möglich zu verhalten und sich Überlebensstrategien zurechtzulegen. Ein Vernichtungslager hingegen war ausschließlich dafür vorgesehen, seine Insassen zu ermorden. Mit dieser Bestimmung kann man psychisch nicht umgehen. Von dieser Erkenntnis, so erläuterte de Wind, wurden die Menschen verrückt, oder sie haben eine Regression in eine Art geistiger Kindheit vorgenommen, in eine frühe psychische Phase, in einen Zustand, in dem man keine Zukunft mehr einkalkuliert, sondern von Minute zu Minute, von Tag zu Tag überlebt. Gleichzeitig mußte man jedoch ständig auf der Hut sein. War man unvorsichtig, wuchs die Gefahr, umgebracht zu werden.

Um nach der Befreiung aus dieser Regression wieder herauszukommen, war viel Fürsorge und Aufmerksamkeit notwendig. Diese gab es jedoch nicht. Außerdem waren ausgebildete Therapeuten erforderlich, die bereit und in der Lage waren, die Menschen in der Phantasie mit in die Hölle zurückzubegleiten. Solche Fachleute waren in der Nachkriegszeit in den Niederlanden nicht in ausreichendem Maße verfügbar.

Wenn es aber solche Autoren mit derartigen Erkenntnissen gab, wie ist es dann möglich, daß der Empfang dennoch zu wünschen übrig ließ und das Interesse schwand? Hierzu ist es wichtig zu verstehen, daß viele Opfer selbst schwiegen. Zweifellos spürten sie oft, daß ihre Erzählungen nicht willkommen waren, viele brachten es schlichtweg nicht über sich, über ihre Erlebnisse im Lager zu sprechen. Man versuchte, das Leben wieder aufzunehmen. Praktische Dinge mußten geregelt werden, und die Menschen brauchten alle Kraft, um nicht zusammenzubrechen. Auch muß man sich vergegenwärtigen, daß das allgemeine mentale Klima in den Niederlanden anders war als heute. In der unmittelbaren Nachkriegszeit herrschte eine Atmosphäre von Zucht und Askese; der Wiederaufbau erforderte Arbeit anstelle von Reflexion, und es gehörte sich, die Vergangenheit für abgeschlossen zu erklären. Die Psychotherapie existierte noch nicht, und Psychoanalyse war nur etwas für eine kleine Elite. Im allgemeinen galt man entweder als gesund oder als verrückt, und wenn letzteres zutraf, kam man in eine Anstalt. Auch wenn es Klagen von seiten der Überlebenden hinsichtlich ihrer Aufnahme oder des kühlen Klimas gab, so waren zu jener Zeit Mündigkeit und Selbstbehauptung noch keine positiven Charakterzüge. Das niederländische Sprichwort ‚Reden ist Silber, schweigen ist Gold‘ hatte noch seine volle Gültigkeit.

Darüber hinaus herrschte eine Atmosphäre des Moralismus. Unter den Pfarrern und Pastoren, die damals in Regierungskreisen, aber auch im Gesundheitswesen noch mächtig waren, ging die Angst vor geistigem Verfall und Verwahrlosung um. Man fürchtete Zügellosigkeit, weil die Niederländer jahrelang in einem Zustand der Gesetzlosigkeit gelebt hatten. Man hatte zurechtkommen müssen. Dadurch, daß die Männer von den Besatzern abgeholt

worden waren oder hatten untertauchen müssen, waren die Frauen zu Familienoberhäuptern geworden. Das wurde als gefährlich und anormal betrachtet. Während des Hungerwinters (1944/45) hatten die Menschen, auch Kinder, geplündert und gestohlen, um an Nahrungsmittel zu kommen. Alles war knapp, Chaos drohte. Nach dem Krieg mußte die Gesellschaft normalisiert und diszipliniert werden. Die Angst vor Zügellosigkeit, Chaos und Widerstand, die unter dem Begriff ‚Wiederaufbaumoralismus‘ zusammengefaßt werden könnte, war auch in der Psychiatrie feststellbar, besonders in der christlichen Psychiatrie. Man könnte sogar, auch wenn das eine grobe Einteilung ist, von zwei Gruppen bzw. zwei Herangehensweisen sprechen. Die Gruppe derjenigen, die selbst im Lager überlebt hatten, aktiv im Widerstand gewesen oder untergetaucht waren, befürchtete keinen moralischen Verfall, sondern fürchtete sich vor psychischen Schäden; für diese Gruppe stehen die Äußerungen von Tas und von de Wind. Die anderen hatten beispielsweise Angst, der ehemalige Widerstand sei nie mehr unter Kontrolle zu bekommen. Man könnte auch sagen, daß der erste Ansatz auf die beschädigten Individuen und der zweite auf die Gesellschaft abzielte.

Die zweite Periode: 1948–1970

Die Angst vor gesellschaftlicher Unruhe gewann gegenüber der Sorge um beschädigte Individuen die Oberhand. In den Publikationen siegte der Moralismus über die Therapie. Bei dieser Entwicklung spielte ein starker politischer Faktor eine Rolle, der im folgenden nicht weiter berücksichtigt werden soll: der Kalte Krieg.³ Aber die Verschiebung in Richtung auf eine gesellschaftliche Normalisierung hatte ihre Ursache auch in der Psychiatrie selbst.

Im Gegensatz zu Deutschland und England hatten die Niederlande keine Erfahrung mit Krankheitsbildern wie ‚Kriegsneurose‘ oder ‚shell shock‘; sie hatten ja nicht am Ersten Weltkrieg teilgenommen. Allerdings wurde bereits in den dreißiger Jahren unter Medizinern über Dilemmas in den Bereichen Versicherungs- und Arbeitsmedizin diskutiert. Dabei ging es um die Beobachtung, daß Menschen sich nach einem schweren Unfall manchmal nicht erholten, auch wenn es ihnen mit Blick auf ihre körperliche Versehrtheit schon seit langem besser ging. Dieses Phänomen hatte sich bei Zugunglücken und Unfällen mit Maschinen gezeigt. So wuchs die Erkenntnis, daß der Schock selbst, der Schreck, die Machtlosigkeit, die Konfrontation mit dem Tod an sich krank machten und Invalidität nach sich ziehen konnten. Zur Bezeichnung dieses Phänomens wurde der Begriff ‚traumatische Neurose‘ geprägt. Was half hiergegen? Im Mittelpunkt der Debatte standen zwei Begriffe: ‚Krankheitsgewinn‘ und ‚prämorbid Persönlichkeit‘. Diese Termini tauchten immer wieder auf und sind auch in der gegenwärtigen Situation relevant.

Die Debatten über ‚Krankheitsgewinn‘ und ‚prämorbid Persönlichkeit‘ bildeten den wissenschaftlichen Rahmen, aus dem heraus nach der Befreiung

³ Vgl. hierzu mein im Herbst 2005 erscheinendes Buch *Na het kamp. Vriendschap en politieke strijd*.

der Niederlande das Nachdenken über die Kriegsfolgen einsetzte. Der erste Punkt betraf die Frage, ob Renten und Zuwendungen nicht dazu führten, daß die Menschen krank blieben. In Kombination mit der erwähnten Angst vor moralischem Verfall und gesellschaftlichem Chaos führte dies zu der Vorstellung, daß man die Menschen nicht zu sehr verwöhnen dürfe. Der zweite Punkt drehte sich um die Frage, ob ein dramatisches Ereignis bei einem geistig gesunden, stabilen Erwachsenen bleibenden Schaden verursachen kann. In den fünfziger Jahren herrschte der Eindruck vor, daß Ereignisse, die vorbei sind, abgeschlossen sind; die Überlebenden erholten sich offensichtlich gut. Wer also nicht wieder gesund wurde, war wahrscheinlich schon immer psychisch verletzlich oder labil gewesen. Das Leid dieser Menschen hatte also eigentlich seinen Ursprung nicht im Krieg. Diese Analyse wurde durch die Tatsache stimuliert, daß es auf den ersten Blick nicht viele Patienten gab. So mochte man in aller Redlichkeit glauben, die Menschen seien wieder gesund geworden. Zwar sah man über Beschwerden wie Schlaflosigkeit, Zwangshandlungen und Alpträume hinweg. Aber hierbei handelte es sich oft um Beschwerden, mit denen man meinte, leben zu müssen. Man behielt sie für sich, oder sie gehörten einfach dazu: ‚So war Vater nun einmal.‘ Dabei fühlten sich die Betroffenen sehr einsam, denn sie wußten zumeist nicht, daß auch viele andere derartige unangenehme Beschwerden hatten und eine Behandlung möglich war.

In den fünfziger Jahren war auch die Zahl der Anfragen für eine Invalidenrente für Menschen aus dem Widerstand gering. In den Jahren zuvor hatte sie viel höher gelegen, und diese Anfragen hatten sich auf physische Erkrankungen wie Tuberkulose und völlige Erschöpfung bezogen, die sich die Menschen in den Lagern zugezogen hatten. Ab 1970 nimmt die Zahl der Anträge stark zu.

Die dritte Periode: 1970–1980

In der Mitte der sechziger Jahre beginnen Angehörige des Widerstandes, Widerspruch gegen die bevormundende und gleichzeitig oft auch unwissende Haltung der Ärzte einzulegen, die den Anspruch auf eine Widerstandsrente überprüften. Es kam zu wenig feinfühligem Auseinandersetzen über die Frage, ob psychische Handicaps ihren Ursprung im Krieg hatten, oder ob der Betroffene nicht schon immer ein labiler Mensch gewesen sei; hier ging es also um die ‚prämorbid Persönlichkeit‘. Dieser Ansatz fand jedoch immer weniger Akzeptanz.

Die Klagen aus den Kreisen des Widerstandes fanden Widerhall, als von medizinischer und vor allem von psychoanalytischer Seite aus Schriften publiziert wurden, in denen das Auftreten sogenannter ‚Spätfolgen‘ des Krieges festgestellt wurde. Die Ärzte beobachteten zunehmend, daß Menschen, die nach ihrer Rückkehr aus Lagern, Verstecken oder aus dem Widerstand eine erfolgreiche gesellschaftliche Karriere absolviert und eine Familie aufgebaut hatten, zusammenbrachen. Es erwies sich als schwierig, eine Erklärung für ihre Beschwerden zu finden, die häufig somatischer Natur waren, ohne daß eine physische Ursache feststellbar gewesen wäre. Man kam zu dem Schluß,

daß es sich um Spätfolgen des Krieges sowie des Schweigens und der harten Arbeit in den folgenden Jahren handelte.

Um 1970, als die Zahl der an Kriegsfolgen Erkrankten rasch anstieg, schien es progressiv und human zu sein, die möglichen Auswirkungen von ‚Krankheitsgewinn‘ und ‚präorbider Persönlichkeit‘ von der Tagesordnung zu nehmen. Zwar war es schwer, eine unmittelbare medizinische Kausalität zwischen Kriegserlebnissen und Krankheit aufzuzeigen. Aber mußte man diese Menschen, die sich ihrer Schwäche oft schämten, damit noch einmal quälen? Die altmodischen Termini ‚präorbide Persönlichkeit‘ und ‚traumatische Neurose‘ verschwanden von der Bildfläche. Fortan mußte davon ausgegangen werden, daß jemand, der Beschwerden hatte und im Krieg in einem Lager gesessen hatte, seine Beschwerden auf den Krieg zurückführen konnte.

Diese Sichtweise stieß auf positive Resonanz. In den eingangs erwähnten Debatten über die Drei von Breda im Jahr 1972 revidierte die Mehrheit der Zweiten Kammer des niederländischen Parlaments ihr ursprüngliches Urteil, die drei Gefangenen freizulassen. Unter dem Eindruck der Lawine aus Albträumen, Angstattacken und Leid, die von den ehemaligen Gefangenen losgetreten wurde, befand die Mehrheit, daß die Drei von Breda im Gefängnis bleiben mußten. Es geht an dieser Stelle nicht um diese Entscheidung an sich, sondern um den mentalen Wandel, der sich hieran festmachen läßt. Schwächen, wie beispielsweise psychische Beschwerden, die immer Scham und Abscheu hervorgerufen hatten, wurden nun allgemein bekannt und respektabel.

Bei den Debatten von 1972 über die Drei von Breda, die letztlich weiterhin im Gefängnis einsitzen mußten, gab das psychische Leid den Ausschlag. Das war zu dieser Zeit neu und Ausdruck einer Tendenz, die sich fortsetzte. Ein Jahr später wurde ein spezialisiertes Behandlungszentrum für Kriegsoffer eröffnet: das Centrum ‘45. Ab Ende der siebziger Jahre wurde die Existenz von Kriegstraumata, sei es unter dem Namen ‚Kriegsneurose‘ oder ‚KZ-Syndrom‘, in weiten Kreisen bekannt.

Der Terminus ‚Trauma‘ war damals noch nicht en vogue. Hierbei handelte es sich um ein Importprodukt, das seine Wurzeln in den USA hatte. Hier gab es mit den ‚crazy Vietnam vets‘ gestörte, gewalttätige, alkohol- und drogensüchtige Veteranen aus dem Vietnamkrieg. An ihnen entdeckten Ärzte einen möglichen Zusammenhang zwischen Fehlverhalten und Kriegserlebnissen. Diese Entdeckung bedeutete durchaus einen Fortschritt, denn zuvor waren viele wegen Schizophrenie eingesperrt und in ‚Irrenhäusern‘ falsch behandelt worden. Andere kamen wegen Gewalttätigkeit ins Gefängnis, und eine ganze Reihe von ihnen beging Selbstmord.

Auch der Feminismus spielte eine Rolle. Die neue Frauenbewegung brachte in den siebziger Jahren zahlreiche Fälle von Gewalt gegen Frauen ans Tageslicht: Mißhandlungen, Vergewaltigungen, Inzest. Auch hier entdeckte man, daß das Erleiden von Gewalt langfristig schädliche Folgen für die Opfer hatte. Als Analogien zu den europäischen Berichten über Kriegsoffer erkannt wurden, entstand mit ‚posttraumatic stress disorder‘ (PTSD) ein neues Konzept. 1980 wurde PTSD von der American Psychiatric Association als Krankheit anerkannt.

Mit der Einführung des PTSD-Konzepts wurden unter gesellschaftlichem Druck eine Reihe von unterschiedlichen, häufig auftretenden Symptomen in eine Schublade gesteckt. Im Unterschied zu den meisten anderen im *Diagnostic and Statistic Manual* aufgeführten Krankheitsbildern wird bei PTSD eine explizit psychische Ursache angegeben. Mit diesem Konzept wurden die beiden alten Dilemmas, die ‚prämorbid Persönlichkeit‘ und der mögliche ‚Krankheitsgewinn‘, aus dem Denken verbannt.

Nach 1980

Die Anerkennung der PTSD setzte eine neue Dynamik in Gang. Sie eröffnete einen Markt für Forschung und Therapie. Es wurde nun bei Betroffenen die Diagnose PTSD gestellt, oder sie stellten diese Erkrankung selbst an sich fest. Kliniken, Fachzeitschriften, Vereinigungen entstanden, Kongresse wurden durchgeführt, und es gab Therapeuten wie beispielsweise ‚Psychotraumatologen‘, die sich auf diese Erkrankung spezialisierten. In den Niederlanden stellten sich immer mehr ‚Kategorien‘ von Menschen als vom Krieg traumatisiert vor. So gab es in den Repatriierten aus Niederländisch-Ostindien eine große Gruppe von Menschen, die nach dem Unabhängigkeitskampf der Kolonie in die Niederlande zurückkehrten; zu ihnen gehörten die im Lager aufgewachsenen Kinder. Hinzu kamen die sogenannten zivilen Kriegsoffer: Menschen, die Opfer von Bombenangriffen, Geiselnahme oder Evakuierung geworden waren. Darüber hinaus gab es Hunderttausende von Niederländern, die während des Zweiten Weltkriegs von den Besatzern zur Zwangsarbeit in Deutschland verpflichtet worden waren. Und es gab die Kinder, die 1980 höchstens um die vierzig Jahre alt waren. Sie hatten den Krieg nicht oder kaum miterlebt, unterlagen dennoch seinen psychischen Folgen. Man nannte sie die ‚zweite Generation‘, zu der vorzugsweise Kinder aus jüdischen oder Widerstandsfamilien gehörten, die unter den Traumata ihrer Eltern leiden müssen und diese Traumata oft übernommen hatten. Hierzu fand sich ein neuer Terminus: ‚transgenerationale Traumatisierung‘. Eine weitere wichtige Gruppe, die sich selbst als traumatisiert präsentierte, bildeten die Kinder der Kollaborateure. Sie hatten es während der Besatzung oft gutgehört, waren aber in den fünfziger Jahren häufig von ihrem Umfeld stigmatisiert worden.

Insgesamt wurde die Öffentlichkeit mit dem Traumabegriff vertraut und begann, diesen auf sich selbst oder andere anzuwenden. Es wurde üblich, Menschen nach den verschiedensten Unglücksfällen, Bedrohungen und Katastrophen von spezialisierten Helfern und Einrichtungen auffangen zu lassen. In den jüngsten Kriegen im Libanon und im ehemaligen Jugoslawien war es selbstverständlich, die entsandten Soldaten als potentielle PTSD-Patienten zu betrachten und diese unmittelbar nach ihrer Rückkehr therapeutisch zu begleiten. Bei den Katastrophen in Enschede (Explosion der Feuerwerksfabrik) und Volendam (Brand) wurde sofort für eine psychologische Betreuung gesorgt, und das Personal von Banken und Einzelhandelsgeschäften wird heutzutage nach Überfällen aufgefangen und betreut usw.

Schlußbemerkung

Die vorliegende Untersuchung des Diskurses über Kriegsfolgen hat gezeigt, daß es eine Reihe fundamentaler Meinungsumschläge gegeben hat: Krankheit und Schwäche wandelten sich von Schamhaftigkeit ins Gegenteil – unter der Voraussetzung, daß sie eine anerkannte, respektable Ursache hatten. Das allgemeine Mitleid mit den Opfern nahm zu, auch das der Opfer mit sich selbst. Während die erste Generation der Juden und Angehörigen des Widerstandes nicht schwach sein wollte und ihr Kriegstrauma eher leugnete als es für sich in Anspruch zu nehmen, fordern die nachfolgenden Generationen das Recht auf Schwäche und das Recht, krank sein zu dürfen, gerade ein. Auch die Haltung der Therapeuten und der Gesellschaft wurde sanftmütiger. Während man in den ersten Nachkriegsjahrzehnten glaubte, die Aufmerksamkeit („das Verwöhnen“) fördere psychische Erkrankungen, wurden ab etwa 1970 die ‚Spätfolgen‘ gerade aus dem Fehlen von Aufmerksamkeit heraus erklärt.

Die Untersuchung der medizinischen Literatur ergab außerdem, daß nicht mehr der Versuch unternommen wird, genau herauszufinden, welchen Zusammenhang es zwischen einem spezifischen Erlebnis und späteren Beschwerden gibt. In den ersten Publikationen trifft man auf viele Beispiele von Menschen, die sich nicht in einen Zug wagen, die die Toilettentür immer geöffnet halten, die beim Anblick von Uniformen in Panik ausbrechen oder völlig außer sich geraten, wenn ein Haar auf dem Gasherd verbrennt. In späteren Berichten werden Beschreibungen ungenauer, hier geht es mehr um das Recht auf Anerkennung als Kranker als um das genaue Herausfinden des Zusammenhanges zwischen dem traumatischen Ereignis und den Beschwerden. Dies sind grundsätzliche gesellschaftliche Veränderungen, die sich auf den verschiedensten Gebieten auswirken.

Seit etwa 1990 ist feststellbar, daß der Begriff ‚Trauma‘ an Bedeutung verliert. Der Begriff hat eine Inflation erlebt. Ursprünglich stand Trauma für äußerstes Nicht-besprechen-können, sogar für Vergessen (traumatische Amnesie). Heute ist es ein Wort, das wir bei jedem Ereignis in den Mund nehmen. Sogar ein verlorener sportlicher Wettkampf wird als Trauma bezeichnet. Die Niederlande sind eine Traumakultur geworden.

Nach dem Zweiten Weltkrieg hat es gewiß an Anerkennung für das, was Juden und Angehörige des Widerstandes durchgemacht und getan hatten, gefehlt. Der Mangel an notwendiger Anerkennung wurde ab etwa 1970 unter anderem durch Rentenzahlungen kompensiert. Bei diesen Renten handelte es sich jedoch um Auszahlungen wegen Krankheit. Die Kriegsgesetzgebung, die das Leid anerkannte, koppelte dieses an einen Opferstatus. Man mußte also krank sein, um Anerkennung für das, was man durchgemacht hatte, zu erlangen.

Das Wort ‚Trauma‘ ist an seinem eigenen Erfolg zugrunde gegangen. Die heutige Traumakultur wirkt nivellierend. Die beträchtlichen Unterschiede zwischen den einzelnen Kategorien der Kriegsoffer hinsichtlich des Ausmaßes, in dem sie der Bedrohung ausgesetzt gewesen waren, werden heimlich unter den Tisch fallen gelassen. Auschwitz zu überleben, nachdem man miterlebt hat, wie Frau und Kinder vergast worden sind, erscheint durch den Einheitsbegriff PTSD als ein lapidares Ereignis wie ein Autounfall. Unterschiede gehen verloren und werden tabuisiert.