

Verhängte Bilder
Bemerkungen zum aktuellen Thema länger zurückliegender
Kriegstraumatisierungen in der deutschen Bevölkerung

Dr. med. Helga Spranger, Strande

Vortrag vor der Norddeutschen Gesellschaft für angewandte Psychotherapie

am 21.05.2005 in der Curtiusklinik Bad Malente-Gremsmühlen.

Es ist ausgeschlossen, über deutsche kriegstraumatisierte Menschen zu sprechen, ohne den politischen und gesundheitspolitischen NS-Hintergrund mit einzubeziehen. Der Konflikt einer kollektiven juristisch-moralischen Schuld der Eltern-Generation steht den individuellen, verdrängten intrapsychischen Schuldgefühlen der Kindergeneration gegenüber. Einige Gedanken zur aktuellen Situation sollen den Konflikt beleuchten aber auch aus therapeutischer Sicht Hinweise auf die derzeitige Situation geben.

Im Jahre 2005, 60 Jahre nach Kriegsende, schlagen Diskussionswogen besonders hoch. „Warum fangen jetzt wieder die Klagen an?“ „Haben denn deutsche Kriegskinder überhaupt ein Recht, sich als Opfer zu gerieren?“ Auch die Hierarchisierung der Opfergemeinschaften, hier jüdische da deutsche, wird laut diskutiert. Der Begriff der sog. „Erinnerungskultur“ verbreitet sich inflationistisch in fast allen Feuilletons; sichtbare Zeichen eines Unmutes, der sich in der nun wirklich beginnenden gesellschaftlichen Diskussion der Nachkriegsphase abzeichnet. Unmut und Ärger als konflikttypische, bisher abgespaltene Gefühle könnten aber auch eine Bestätigung liefern für die Notwendigkeit einer gründlichen Auseinandersetzung über Kriegstraumatisierungen und deren psychotherapeutische, gesellschaftliche und sozialpolitische Dimension.

Es geht um ältere deutsche Kriegstraumatisierte, deren somatopsychische Folgeerkrankungen jetzt untersucht und behandelt werden können. Entsprechende Instrumentarien sind oder werden gerade ausgearbeitet. Durch die so gewonnenen Erfahrungen geht es prospektiv aber auch Beeinträchtigungen nachfolgender Generationen und akut kriegstraumatisierter Menschen, auf die die gewonnenen Erkenntnisse übertragen und hilfreich angewandt werden können.

Hinderungsgründe, über Kriegstraumatisierungen der Deutschen wertfrei zu sprechen

I Die NS Belastung

Nach der Machtergreifung Hitlers wurden Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie unter das Primat der Regimenezuchtbarkeit und Regimetreue gestellt. Drei medizinisch relevante Hauptströme der politischen Einflussnahme lassen sich kurz beschreiben:

- **Das NS-Regime kriminalisierte Krankheitsbilder, die im Zusammenhang mit der fortschreitenden Kriegsentwicklung als hinderlich empfunden wurden.**

„Abartige“ Charaktere („Psychopathen“ und „Charakteropathen“) wurden eher nicht behandelt, sondern einer Strafkompagnie oder dem KZ zugeführt; nachzulesen u.a. in Berichten über die Moorsoldaten oder vor Ort in Auschwitz.

Hier ein Auszug¹ aus den Richtlinien die am 19. Mai 1942 unter der Ägide von **Werner Kemper** (1899-1976), Stellvertreter von Göring im „Deutschen Institut“, für den Umgang mit den sog. Kriegsneurotikern erlassen wurden, unterschrieben von den Ärzten Wuth, Kollé, Schneider, Stockert, Christukat, Schneider, Schneider, Kemper.

Darin heißt es u.a.:

„Unter den Persönlichkeiten mit gleichzeitiger abnormer seelischer und körperlicher Veranlagung ist die für den Heeresdienst praktisch wichtigste Gruppe die der Hypochondrischen, der Erwartungsängstlichen und der leicht beschränkten Willensschwachen. Sie neigt zu zweckbestimmten Konfliktreaktionen, d. h. zur sogenannten Flucht in die Krankheit, um sich dadurch einer als unerträglich empfundenen Belastungsreaktion mehr oder minder bewusst zu entziehen und zu gleicher Zeit das Mitleid der Umgebung zu erregen und auszunutzen. Dies ist die Gruppe der im Weltkrieg in Sonderheit mit dem Namen „Kriegsneurose“ (der Begriff geht zurück auf Bonnhöfer, 1926, d. Verf.) belegten Zustände. Hierher gehören die Hauptmasse der Kriegszitterer (Schütteler) andauernd fixierten Lähmungen, hysterischen Sprachstörungen, Stummheit, Taubheit, Blindheit ... hysterische Pseudodemenz u. ä.“

„Dauernde Rückfälligkeit oder schwere Abartung werden aber in einem Teil der Fälle besondere Maßnahmen notwendig machen, es wird vorgeschlagen, an geeigneten Orten Abteilungen zu schaffen, damit sowohl die Truppe wie die Heimat von der zersetzenden Wirkung dieser besonderen Menschen bewahrt bleiben.“

- **Das NS-Regime kriminalisierte Krankheitsbilder, die der sog. „Volksgesundheit“ schaden könnten.**

Hitler unterschrieb am 30. Oktober 1939 einen Erlass vom 1. September des gleichen Jahres: mit dem der menschenverachtende und erbarmungslose Feldzug der Euthanasie ermöglicht wurde.

„Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann“

Parallel dazu wurde **H. Linden** (Suizid 1945) 1939 zum Leiter des „**Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden**“ und 1941 zum „**Reichsbeauftragten für Heil- und Pflegeanstalten**“ ernannt, beides „Tarnorganisationen“, um die Euthanasie durchführen zu können. Er wollte die psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen von „nicht behandelbaren“ Patienten entlasten und die Grundlagen für eine „aktive Therapie“ organisieren.

- **Das NS-Regime beeinflusste noch nach seinem Zusammenbruch Nachkriegsuntersuchungen und Behandlungen der psychotraumatisierten Bevölkerung**

Zur Gruppe der Naziärzteⁱⁱ, die weiter tätigⁱⁱⁱ waren, gehörte auch u.a. ein Prof. Panse^{iv}-(T4 Gruppe), nach dem Krieg hoch geehrter medizinischer Lehrer an der Heinrich Heine Universität zu Düsseldorf, der vom April 1945 bis Juli 1945 ca. 110 kriegstraumatisierte Menschen untersuchte und zu dem Schluss kam, dass bleibenden Schäden an den Betroffenen nicht zu erwarten seien,

„da sie abklingen, sobald die auslösenden, unterhaltenden und steigernden Angsterlebnisse aufgehört haben. Dies aber ist nach einem Kriegs alsbald der Fall.“

II Die unbewusste Bewertung der Begriffe im Sprachgebrauch

- **Trauma (gr):**

Ist die völlig wertneutrale Beschreibung des Resultates einer Einwirkung auf einen lebenden Organismus;

- **Psychotraumatisierung:**

löst bereits subjektiv unbewusste Wertungs- und Glaubwürdigkeits- Assoziationen gegenüber Verursachern und Geschädigten, Tätern und Opfern aus. Die Assoziationen erschweren unwillkürlich eine wertfreie Betrachtung der individuellen Folgen.

- **Kriegstraumatisierung:**

wirft unbewusst zusätzlich Schuldzuschreibungen auf, besonders Fragen der juristischen, politischen und moralischen Schuld des Staates oder seiner Vertreter; (neuerdings Fragen nach Kollateralschäden). Damit wohnt diesem Thema eine erhebliche politische Brisanz inne und wird in der Öffentlichkeit schwerer diskutierbar.

Es hat bisher keine wertfreie Feststellung und Diskussion psychotraumatischer Beeinträchtigungen der deutschen Bevölkerung als Gesamtheit geben. Die empfundene und zugeordnete monumentale deutsche „Kollektivschuld“ des „Tätervolks“ wegen des millionenfachen Massakers an Besiegten und des Mordens von Juden blieb diffus und muss näher angeschaut werden.

Bei dem Gebrauch des Wortes „Kollektivschuld“ gehen wir gemeinhin davon aus, dass die gesamte Volksmasse schuldig geworden sei an der Judenvernichtung. Ich halte das für ungenau. Tatsächlich gab es eine Anzahl von Tätern, eine größere Anzahl von mitwissenden Schweigern und eine unbekannt große Gruppe Nichtwissender. Das ist die äußere Realität. Viele der ersten beiden Gruppen blieben noch in der dem Dritten Reich folgenden Bundesrepublik unentdeckt oder entdeckt aber unbestraft. Aber nur relativ wenige Deutsche gemessen an der Gesamteinwohnerzahl, empörten sich wirklich darüber. Die 68-Bewegung zeigte sich letztlich zu schwach und zu kurzlebig.

Mir scheint als innere Realität ein darunter liegender individueller neurotischer Konflikt bedeutsam. Er steht seltsamerweise im Zusammenhang mit der heutzutage immer wieder zitierten Headline: „Kriegskinder brechen ihr Schweigen“. Ich vervollständige den Satz: „nachdem die Eltern verblichen sind.“ Das meine ich wörtlich. Durch das „Entfallen“ der Eltern haben sich abgekapselte, intergenerationale Schuldkonflikte scheinbar „verflüchtigt“ die eigentlich in ödipaler Auseinandersetzung hätten geklärt werden müssen: „Warum habt ihr **damals** zugelassen, dass wir Kinder **jetzt** leiden müssen?“

Nicht die direkte Schuld der Kriegskinder an den Gräueln ist das Wesentliche, sondern deren Versäumnis, die eigenen Eltern nicht für das Elend der Anderen und ihrer selbst verantwortlich gemacht zu haben. Diese Hypothek lastet auf dieser Generation. Kriegskinder hatten nicht (mehr?) den Mut, sich in individuelle ödipale Auseinandersetzung mit ihren Eltern, so sie wieder vorhanden waren, einzulassen. Die Lebenslagen der zu früh parentifizierten Kinder schien das zu verbieten. Sie konnten die belastenden Zusammenhänge nicht klarifizieren, sondern dissoziierten sie.

Neurosenpsychologisch gesehen identifizierten sie sich unbewusst mit dem negativ besetzten Introjekt des fantasierten Täters, banden sich so in die vermutete Mittäterschaft ein und wurden damit Teil der angenommenen elterlichen Schuld. Unbewusste Wut und Enttäuschung über die stummen Väter und die dazu schweigenden Mütter und Neid Ausländern gegenüber, die mit dieser Hypothek nicht leben mussten, wurden wieder unter dem Diktat des ÜBER-ICH schuldhaft verarbeitet.

Trotz ausgeprägter somatopsychischer Folgen von Kriegstraumatisierungen konnten sie die eigene Opferseite nicht leben, sondern blieben in einer hohen Ambivalenz stecken. Sie lebten, „als ob“ nichts Außergewöhnliches geschehen sei. So schleppte sich Jahrzehntelang ein unlösbarer unbewusster Konflikt durch die Familien, bis die Eltern endlich starben. Vieles deutet daraufhin, dass das immer wieder von allen Seiten beklagte Nachkriegsschweigen in den Familien ursächlich damit im Zusammenhang steht.

Mein Vater war Offizier, zuletzt in Holland. Anlässlich seines 80. Geburtstags, bei dem er während der Gratulation des Gemeindepfarrers in Tränen ausbrach, fragte ich ihn, ob er im Krieg getötet hatte. Er schaute mich mit schwer definierbarem Blick an, drehte sich um und ließ mich stehen. Ich selbst bin nie mehr, auch nicht nach seinem Tod, aus der schuldhaften Befangenheit meinem Vater gegenüber heraus gekommen.

Ich glaube, dass die innere Realität unbewusster Schuldgefühle der Kriegskinder sich vermischt hat mit der äußeren Realität in Form der Zuweisung realer kollektiver Schuld. Sie verhinderten das Durcharbeiten über kriegsbedingte seelische Schäden in der deutschen Bevölkerung.

Die Enkelgeneration hat eine unkomplizierte Beziehung zu ihren Vorfahren. Die Kinder müssen nicht riskieren, mit ihren Fragen die wieder angeknüpften Bindungen der Nachkriegsfamilie zu belasten oder gar zu zerstören.

Internationale Forschungsergebnisse zum Thema Kriegstraumatisierungen

Weltweite Migrationsbewegungen von Asylsuchenden Menschen mit Kriegstraumatisierungen geben die Möglichkeit, vergleichende Daten zu erheben. Kriege, wie Vietnam-Krieg (1946 -1975) Golf-Krieg (1990), Jugoslawien (1991), Afghanistan und Irak haben aufschlussreiche und besorgniserregende Einzelergebnisse erbracht. ^v

Wir fanden unsere Hypothesen bestätigt dass häufige, kumulative Traumatisierungen eher zu PTSD führen als einmalige. Besonders Sequenzen von kumulativen Traumatisierungen bewirken nachhaltige Beeinträchtigungen. „Man made disaster“ werden schwerer verarbeitet als Traumatisierung mit Kriegsgeräten.

In den letzten Jahren wurde die Prävalenz der PTSD (DSM3) bei Kriegsveteranen des Vietnamkriegs, Kriegsteilnehmer aus d. Afghanistan-Krieg, Golfkrieg, Irakkrieg, Bevölkerung in Bosnien, Asylbewerber in verschiedenen Ländern untersucht.

Aus der Universität Konstanz liegen neue Forschungsergebnisse aus 2005 vor^{vi}.

Wenn man den Beginn des Vietnamkrieges mit 1946 ansetzt, liegen über die Nachuntersuchung der Soldaten mittelbare und unmittelbare Forschungsergebnisse über lange zurückliegende Kriegstraumatisierungen vor, die vom Grundsatz her eine zeitliche Parallelbetrachtung der Traumatisierung Deutscher zulässt. Die ersten Ergebnisse in Verbindung mit den später folgenden aus anderen Kriegen und unsere praxisorientierten Beobachtungen an älteren deutschen Kriegskindern verbinden sich in der Beschwerdeliste zu einem einheitlichen Bild. Es lässt darauf schließen, dass selbst nach Jahrzehnten nicht aufgedeckte Kriegstraumatisierungen sich stumm abgekapselt fortsetzen, bis die durchgehaltene Dissoziation des traumatischen Ursprungs sich durch Kräfteverfall und Gebrechlichkeits- Retraumatisierung auflöst, somit der partielle traumatische Konflikt erneut, aber modifiziert zum Ausbruch kommt.

ASylbwerber In Austral	Kambo a.d. Tail. Grenze	Bosnien u. Alb in Kroatien und Serb- Monten.	Bosn. In Schweden	Somalier In Holland	Afghan. In Holland	Kambod. In USA	Alban. In UK	Sudanisch i. Uganda
37%	32-37 %	17-37 %	18-33%	32%.	35%	45-86%	65%	32-37%

„Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis“ Gäbel et al Uni Konstanz 2005

Früher und an anderer Stelle ging ich von einer Morbidität in der damaligen deutschen Bevölkerung (1939: 62 Millionen) von ca. 30% aus. Das deckt sich in etwa mit den eben zitierten Forschungsergebnissen aus Konstanz, bedeutet aber auch, dass von der verbleibenden lebenden Bevölkerung ca. 16 Millionen eine Prävalenz für PTSD aufgewiesen haben.

Die derzeit in den Vordergrund tretende Resiliensforschung versucht herauszufinden, welche Faktoren oder besondere persönliche Ausstattung ein Individuum vor einer PTSD schützen. Es braucht nicht viel Fantasie, um sich vorzustellen, dass entsprechende Ergebnisse zuerst bei Soldaten zur praktischen Anwendung kommen werden, um die „Kampfkraft der Truppe“ zu stärken; s.o.!

Gruppen kriegstraumatisierter Menschen in Deutschland

Eine exakte zeitliche Einordnung für Kriegskinder gibt es nicht. (Die Kriegstraumatisierten des Ersten Weltkriegs sind zu beachten). Wir können aber die Hauptgruppe von etwa 1930 bis 1948 annehmen. Es liegt eine große Streuung vor. Dementsprechend sind die Psychotraumatisierungen und deren Folgen durch Kriegseinwirkungen sehr unterschiedlich verarbeitet worden. Je nach Reife des Organismus und der seelisch-sozialen Kompetenz sowie der sozialen Brüche und der Bindungsabbrisse konnten sich unterschiedlichste Verläufe entwickeln, die sich mehr oder weniger deutlich in die nächste Generation fortgesetzt haben.

Daraus ergeben sich erste Einsichten, die in einer Stichprobe überprüft werden:

Aufgrund des zunehmenden öffentlichen Interesses und unsere Bekanntheitsgrades als therapeutisch tätiger Verein, erhalten wir in Kiel und der ev. Akademie Bad Boll viele Briefe, Mails und Anrufe die unsere therapeutischen Überzeugungen zusätzlich abrunden.

Wir haben inzwischen 17 verschiedene Gruppen kriegstraumatisierter Deutscher aufschlüsseln können:

- 1 Jüdische Menschen mit Holocaust- Traumatisierungen in der Familie
- 2 Euthanasie-Traumatisierte und ihre Familien
- 3 Direkt Betroffene durch Bomben, Flucht und Vertreibung, die im russischen Besatzungsbereich verblieben und in der ehemaligen DDR lebten und zum Teil zusätzlich politisch verfolgt wurden
- 4 Direkt Betroffene durch Bomben, Flucht und Vertreibung, die in der BRD beheimatet waren oder wurden
- 5 Menschen, die in den Wirren des Kriegsendes in psychiatrischen Großkrankenhäusern als Auffanglager Aufnahme fanden und dort hospitalisiert wurden
- 6 Waisenkinder, die in der Psychiatrie oder in Heimen aufwuchsen
- 7 Waisenkinder, die zur Adoption freigegeben wurden, weil sich akut kein Angehöriger fand
- 8 So genannte „Wolfskinder“, die sich im ehemaligen Ostpreußen alleine gelassen durchschlagen mussten und nicht mehr nach Deutschland zurückkehren konnten.
- 9 Lebensborn –Kinder
- 10 Vergewaltigungs-Kinder
- 11 Kinder, die im Ausland von deutschen Soldaten gezeugt wurden.
- 12 Von Russen verschleppte Kinder, Frauen und Männer, die erst nach Jahren nach Deutschland zurück kehren konnten
- 13 Kriegsheimkehrer
- 14 Politisch Verfolgte und KZ-Insassen der deutschen Bevölkerung
- 15 „Täter-Kinder“
- 16 „Besatzer“ – Kinder
- 17 Heute im Ausland lebende „Kriegskinder“, die nach Kriegsende Deutschland verließen

Durch meine langjährige Erfahrung in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie und die Erfahrungen meiner Kolleginnen in der speziellen Arbeit mit dieser Patientengruppe können wir die Bedürfnisse, Erkrankungen und Genesungschancen der betroffenen Menschen gut einordnen. Wir arbeiten tiefenpsychologisch fundiert, stark analytisch orientiert auch nonverbal, jedoch immer stabilisierend und Ressourcen beachtend.

- Wir erhalten fast nur Briefe, Mails oder Anrufe von Menschen, die wirklich unter den Spätfolgen lange zurück liegender Traumatisierung leiden. Dementsprechend können wir keine vergleichenden Morbiditätsangaben machen.
- Das Alter der Menschen dieser Gruppe liegt meist zwischen 60 und 75 Jahren in der 1. Generation und etwa bei 45 Jahren in der 2. Generation
- Viele leben allein
- Es melden sich fast nie Ehepaare
- Nur sehr wenige, auch die, die jünger als 65 Jahre sind, stehen noch in einem Beruf
- Die meisten Meldungen werden von Frauen gemacht
- Frauen aus dem Bereich der BDH (Bund der Heimatvertriebenen) sind in der Beschreibung ihrer Leiden versierter
- Immer wieder erscheint der überlegende Vorwurf: "damals hat uns keiner geholfen"
- Fast alle haben kaum einen emphatischen Zugang zu sich selbst hinsichtlich ihrer Beschwerden „Anderen ist es noch schlechter gegangen“.
- Viele Frauen haben keine, nicht ihren Wünschen entsprechende oder späte Ausbildung gemacht

Einige methodische Anmerkungen zu Psychotherapien

- Die vorgetragenen Beschwerden wirken zunächst häufig banal, verbergen jedoch meist eine sog. **Frühe Störung**
- Es ist unabdingbar, bei Patienten eine historische, geographische und Entwicklungsanamnese neben der Familienanamnese zu erheben
- Nicht gelungene Therapien treten nicht häufig auf (bei mir waren es 2 Patientinnen mit depressiver Symptomatik und gleichzeitig zwanghaftem Abwehrmodus in den letzten 7 Jahren von etwa 30)
- Hochfrequente Sitzungen sind nur angebracht in wirklichen Krisensituationen. Diese Patienten brauchen eine lange Therapiezeit, nicht unbedingt eine erhöhte Stundenzahl.
- Bei tief verankerter Symptomatik sollte gleich ein Antrag auf 50 Sitzungen gestellt werden.
- Die gründlichen Anträge auf Kostenübernahme werden gutachterlich positiv beschieden
- Eine Gruppenbehandlung innerhalb einer geschlossenen Gruppe mit tiefenpsychologischer Kurzzeittherapie (25 Sitzungen) ist erfolgreich
- Die von uns selbst therapierten Patienten erfahren anscheinend durch die Therapie eine erleichternde Hilfe
- Die Therapeuten sollten sich eigener Übertragungstraumatisierungen gewärtig sein. Super- oder Intervision ist unabdingbar!

Einzel – und Gruppentherapien sind methodisch möglich und erfolgreich. Darum sollten überall, wo es durchführbar ist, therapeutisch geleitete geschlossene Selbsterfahrungsgruppen eingerichtet werden. Unser Verein widmet sich gerade dieser Aufgabe und braucht dringend Vernetzungsangebote.

Psychodynamisch zeigen sich deutlich ausgeprägt folgenden Phänomene bei dieser Patientengruppe

anamnestisch	Auswirkungen
Bindungsabbrüche	Bindungsstörungen
Frühe Parentifizierung	Identitätsstörungen, Herausfallen aus der geschlechterspezifischen Rolle, Störung der geschlechtsspezifischen Identität, Leben eines „falschen Selbst“
Sozialer Mangel oder Überflutung	Soziale Rigidität,
Härte gegen sich selbst	Empathiestörung
Aufopferung	altruistische Betonung und Symptomatik, mangelnde Abgrenzung
Anpassung an alimentäre und Mangelsituationen	Ich syntone Verhaltensweisen oder aber auch, Neid, Geiz, nicht vererben wollen
Todesangst	Depression, Sucht
Zusammenbruch unter Traumatisierung oder deren Folgen	Psychosen und deren Verläufe

Schlussbetrachtung und Ausblick

Der Schleier über den Bildern kriegstraumatisierter Menschen in Deutschland ist gewebt aus politischer Vergangenheit sowie bewusster und unbewusster schuldhafter intrapsychische Konflikte. Immer wieder verhindern sie den Zugang zu individuellen Psychotraumafolgen und intergenerationalen Konflikten. Erst durch das Wiedererkennen schuld- und konfliktfreierer Zusammenhänge bei ausländischen Betroffenen wird uns der eigene Zugang erleichtert. Diese Erkenntnis hat unsere Zusammenarbeit mit anderen europäischen Kollegen geradezu beflügelt. Es werden zusätzlich weitere Aspekte sichtbar: Neben der inhaltlichen Ähnlichkeit der Symptome aus vergangenen Traumatisierungen wird auch die gegenwärtige Gefahr sichtbar: 35 Kriege, die derzeit auf der Welt toben, produzieren minütlich neue Opfer.

Die „Wiederkehr des Verdrängten (Freud)“, „das Wiederholen verdrängter Szenen der Kränkung und Verletzung und die unbewusste Weitergabe dieser Prozesse von Generation zu Generation (Ermann)^{viii}“ zu entflechten, ist unsere Aufgabe, die der Psychotherapeuten.

-
- ⁱ **Karen Brecht:** „Hier geht das Leben auf ein sehr merkwürdige Weise weiter“, zur Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland Verlag Michael Kellner 1985 S.152 ff
- ⁱⁱ **Ernst Klee,** „Das Personallexikon zum Dritten Reich“, Ernst Fischer, 2003
- ⁱⁱⁱ **Michael H. Kater:** „Ärzte als Hitlers Helfer“, Europa, Verlag Wien , 2000
- ^{iv} **Friedrich Panse,** „Angst und Schreck“, Arbeit und Gesundheit, sozialmedizinische Schriftenreihe aus dem Gebietes des Bundesministeriums für Arbeit, Heft 47, Georg Thieme- Verlag 1952, S. 184 ff
- ^v **Rosner, R., Gavranidou, M.**
Psychische Erkrankung als Folge von Flucht und Vertreibung
Das Ende der Geborgenheit
Pabst Science Publisher 2003
S. 386 ff
- Gavranidou, M., Rosner, R**
Psychologische Probleme von Kindern und Jugendlichen nach dem Krieg in Ex-
Jugoslawien
Das Ende der Geborgenheit
Pabst Science Publisher 2003
S.435 ff
- Hoge, Charles W. et al**
Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care
The New England Journal of Medicine Vol .351:13-22 July 1, 2004 Number 1
- Friedman, M J.**
Acknowledging the Psychiatric Cost of War
The New England Journal of Medicine Vol .351:13-22 July 1, 2004 Number 1
- Rosner, R, Powell, St., Butollo**
Posttraumatic Stress Disorder three years after the Siege of Sarajevo
Clinic al Psychology
Ludwig-Maximilians-University Munich, Germany
- Rosner, Rita**
Introduction to the Special Series Psychosocial Consequences of the War in the Region
of former Yugoslavia
IB Clinical Psychology and Psychotherapy Ludwig-Maximilians-University Germany
- Powell, St.**
Posttraumatic Growth after War
A Study with former refugees and displaced people in Sarajevo
Clinic al Psychology
Ludwig-Maximilians-University Munich and University of Sarajevo, Bosnia-
Herzegovina,
- Spranger, H.**
War-children yesterday, seniors today, consequences of never treated „far ago
traumatisation“
Vortrag Univ. Reading 2004
- ^{vi} **Gäbel et al.** „Prävalenz der posttraumatischen und Möglichkeiten der Ermittlung in der
Asylverfahrenspraxis
Universität Konstanz 2005
- ^{vii} **Ermann, Michael** Wandlungen der Psychotherapie und Psychoanalyse im Spannungsfeld des
Nationalsozialismus
Vortrag Lindau 1991
-