

Markus Brunner

TRAUMA UND GESELLSCHAFTLICHER KONTEXT

1. *Trauma und Gesellschaft*

Als ich eingeladen wurde, einen Vortrag über „Trauma und Gesellschaft“ zu halten, fühlte ich mich im ersten Moment ziemlich überfordert. Einmal ist das Thema ungeheuer umfangreich, vor allem aber lässt sich das Verhältnis von Trauma und Gesellschaft auf zwei sehr unterschiedliche Weisen betrachten – zwei Perspektiven, die sich nicht leicht zusammen bringen lassen, ja sich im Grunde fast widersprechen, die aber m.E. doch beide sehr wichtig sind.

Da ist *erstens* die Dimension der Traumadiskurse und ihrer Geschichte. Von psychischen Traumata spricht man erst seit dem Ende des 19. Jahrhunderts, die sogenannte „Posttraumatische Belastungsstörung“ ist eine Erfindung der späten 1970er Jahre, und die Tatsache, dass heutzutage jedes Leiden und jede schmerzhaft Erfahrung als Trauma bezeichnet wird, ist die Folge eines regelrechten Booms des Traumabegriffs in den vergangenen zwanzig Jahren. Die inflationäre Verwendung des Traumabegriffs könnte und müsste aus dieser Perspektive historisch untersucht und auf ihre Auswirkungen befragt werden.

Es ist z.B. – dazu später mehr – sicher kein Zufall, dass im Zentrum des deutschen Diskurses über den Zweiten Weltkrieg seit Ende des 20. Jahrhunderts das Bild der traumatisierten nichtjüdischen Deutschen steht. Der Traumabegriff umfasst in diesem Diskurs über die angeblich traumatisierten nicht-verfolgten Deutschen alle denkbaren Aspekte und sehr

Unterschiedliches: die Kriegserfahrungen der Soldaten an der Front ebenso wie jene der Zivilbevölkerung in den deutschen Städten, die Vertreibung und Flucht, die Folgen der autoritären NS-Kindererziehung, die Erschütterung angesichts der Kriegsniederlage oder den Schock, plötzlich mit den deutschen – oder mit den eigenen – Verbrechen konfrontiert zu werden.¹ Ein derart ausgeweiteter, undifferenzierter Traumabegriff erklärt nichts mehr, sondern arbeitet eher suggestiv, indem er nur noch Eines zu sagen scheint: „Wir haben alle gelitten und wir sind alle Opfer.“

Während sich die erste Perspektive auf das Verhältnis von Trauma und Gesellschaft demnach auf die Entstehung von *Traumaezählungen* oder *Traumadiskursen* richtet, bezieht sich die *zweite* Perspektive auf dieses Verhältnis innerhalb des psychologischen Traumadiskurses selbst. Die Frage hierbei lautet, welchen „Einfluss“ gesellschaftliche Faktoren auf ein Trauma sowie auf Heilungsprozesse haben. Ich denke, und auch dazu wird später noch mehr zu sagen sein, dass jedes Trauma ohnehin immer schon ein gesellschaftliches ist. Jedes Trauma entsteht und entwickelt sich in einem spezifischen sozialen Kontext. Wann ich absolute Hilflosigkeit erlebe und wie ich sie verarbeiten kann, hängt davon ab, unter welchen Machtverhältnissen ich lebe, wie ich sozial positioniert und vernetzt bin und ob und wie ich dadurch unter Umständen aufgefangen werden kann.

¹ Vgl. dazu Markus Brunner, Rezension zu 7 Aufsätzen mit traumatheoretischen Zugängen zur deutschen Nachkriegsgesellschaft, *Psychosozial* 31 (2008), Bd. 114, Heft IV: Ist die ‚Unfähigkeit zu trauern‘ noch aktuell? Eine interdisziplinäre Diskussion, hrsg. von Gudrun Brockhaus, 145–149.

Zugleich hängt es auch davon ab, welche sinnstiftenden Erzählungen mir für das Geschehene zur Verfügung stehen, ob mein Leiden von mir Nahestehenden, eventuell aber auch von Tätern und Täterinnen anerkannt wird, und ob ich mich zumindest im Nachhinein irgendwie sicher und geschützt fühle – oder ob all diese stützenden Momente eben nicht gegeben sind. Eine Traumatheorie, die diese Faktoren nicht in den Blick nimmt, kann Traumatisierungsprozesse kaum verstehen und vergrößert eher das Leid.

Beide Perspektiven lassen sich nicht wirklich miteinander vereinen, widersprechen einander sogar, besitzen jedoch beide ein kritisches Potential:

a) Wenn ich der Entstehung des Begriffs des Traumas und den Ursachen seines Booms nachspüre, blende ich das Leid von Menschen aus. Ich verfolge gerade die *diskursive Konstruktion* traumatisierter Menschen. Das ermöglicht es mir, auch ideologische Opferdiskurse kritisch zu beleuchten: Wer behauptet in welchem Moment, dass jemand traumatisiert sei? Was ist mit Trauma gemeint, was ist damit impliziert? Und was hat etwa die Rede von einer Generation traumatisierter „Kriegskinder“ für eine gesellschaftliche und politische Funktion?

b) Betone ich hingegen die gesellschaftliche Dimension von Traumatisierungsprozessen, so befinde ich mich bereits selbst innerhalb des Traumadiskurses: Ich gehe davon aus, dass die Menschen, über die ich spreche, traumatisiert seien – was auch immer das bedeuten mag. Das aber erlaubt es mir nicht nur, tatsächlich das Leiden von Menschen an und nach Gewalterfahrungen ernst zu nehmen, sondern auch, und zwar gerade indem die gesellschaftlichen Umstände in den Blick genommen werden, zwischen sehr unterschiedlichen Formen und Wegen von Traumata zu differenzieren. Das Trauma von KZ-Überlebenden ist nicht dasselbe wie dasjenige von ehemaligen deutschen sogenannten „Volksgenossen“ und „Volksgenossinnen“, die den Bombenkrieg überlebt haben. Und schon gar nicht ist das Trauma der KZ-Überlebenden in irgendeiner Hinsicht mit dem Schock zu vergleichen, den manche der ehemaligen „Volksgenossen“ und „Volksgenossinnen“ möglicherweise erlitten haben, als sie nach dem Krieg mit den Details des deutschen Vernichtungskrieges, also mit der Shoah konfrontiert wurden.² Es ist deshalb ungenau wichtig, genau hinzuschauen, um welche konkreten und immer spezifisch zu kontextualisierenden Prozesse es jeweils geht, d.h. von welchen Ursachen, Wegen und Auswirkungen die Rede ist.

Ich möchte im Folgenden beiden Perspektiven nachgehen, indem ich zunächst einen kurzen Ausflug in die Geschichte des Traumbegriffs unternehme, mich aber anschließend hauptsächlich auf die zweite Dimension konzentriere. Dabei geht es mir darum, zu zeigen, wie sich Gesellschaft – also das Geflecht sozialer Beziehungen, Deutungsmuster und insbesondere Machtverhältnisse – immer schon auf das Trauma und seine Verarbeitungswege auswirkt, und auf diese Weise zu erläutern, weshalb sich Traumatisierungsprozesse ohne einen Blick auf die gesellschaftliche Rahmenbedingungen gar nicht verstehen lassen.

2. Zur Geschichte des Traumbegriffs

In meinen kurzen Ausführungen zur Geschichte des Traumbegriffs möchte ich von zwei zentralen Wegmarken ausgehen, ohne die weder der Boom des Traumadiskurses noch der heutige Blick auf das Trauma verständlich werden. Das sind *erstens* die Veränderung im Traumbegriff, die die Auseinandersetzung mit dem Trauma von Shoah-Überlebenden mit sich brachte, und *zweitens* das Konzept der „Post-Traumatischen Belastungsstörung“ (PTBS), das – wie erwähnt – in den späten 1970er Jahren entworfen wurde und heute die Traumadiskurse wie die professionelle Traumaarbeit dominiert.

Der Traumadiskurs war immer schon ein umstrittener. Er tauchte seit Ende des 19. Jahrhunderts in unterschiedlichen Zusammenhängen auf, und meist ging es dabei sowohl um die Anerkennung eines Leides als auch um die Frage nach Kompensation – etwa bei Arbeiter/innen, die nach Fabrikunfällen die Fabrikbesitzer auf Entschädigungsleistungen aufgrund ihrer Arbeitsunfähigkeit verklagten, oder bei Zugunfällen, nach denen Reisende die Reiseunternehmen haftbar zu machen versuchten. Zur Massenerscheinung wurde dies schließlich während des Ersten Weltkriegs und in seinem Gefolge, als die Militärärzte mit den sogenannten „Kriegszitterern“ zu tun hatten.³ In all diesen Fällen wurde immer dort, wo keine körperliche Verletzung nachgewiesen, sondern „bloß“ eine psychische Schädigung „behauptet“ werden konnte, wo es also um *seelische* Folgewirkungen ging, der Verdacht laut, die Betroffenen simulierten, um sich Entschädigungsleistungen zu erschleichen. In der Medizin wurde abschätzig von „*Renten*neurotikern und -neurotikerinnen“ gesprochen, und die Ärzt/innen suchten nach Wegen, die Menschen der

² Neben der Rede von den Kriegstraumatisierungen ist das die zweite Verwendung des Traumbegriffs im Diskurs über das deutsche Trauma: Die Shoah oder die „Entdeckung“ der NS-Verbrechen habe die Deutschen nachträglich traumatisiert.

³ Vgl. dazu José Brunner, Politik der Traumatisierung. Zur Geschichte des verletzten Individuums, Westend. Neue Zeitschrift zur Sozialforschung 1 (2004), Heft 1, 7–24.

Simulation zu überführen, um sie mittels Zwangsmaßnahmen wie Stromschlägen wieder „zur Vernunft zu bringen“, oder aber sie diagnostizierten bei den Erkrankten schlicht eine „schwache biologische Disposition“, womit deren Anspruch auf Rentenzahlungen verwirkt war.

Auch als in den 1950er Jahren die ersten Überlebenden der Shoah aufgrund des ihnen Widerfahrenen Klage gegen die Bundesrepublik Deutschland einreichten, reagierten die deutschen Gerichte mit einem solchen Verdachtsdiskurs: Dass das psychische Leiden der jüdischen Kläger/innen eine Folge der deutschen Verbrechen war, wurde verleugnet. Die deutschen Ärzt/innen und Psychiater/innen, die meist ehemals in Diensten der Nazis gestanden hatten, machten für die Krankheitssymptome der Überlebenden stattdessen eine schwache Konstitution oder einen labilen Charakter verantwortlich.⁴ Einen grausameren Zynismus kann man sich kaum vorstellen: Dieselben Ärzt/innen, die auf der Grundlage der NS-Ideologie schon zuvor den Jüdinnen und Juden bescheinigt hatten, sie seien „biologisch minderwertig“, bescheinigten nun den Überlebenden noch einmal einen biologischen oder psychischen Makel.

Es waren insbesondere amerikanische Psychiater/innen und Psychoanalytiker/innen, die im Namen der Kläger/innen die Gegengutachten schrieben. Sie hatten bei den Überlebenden typische Symptome entdeckt, die bald als Teil des sogenannten „Überlebenden-Syndroms“ bekannt wurden.⁵ Die Forscher/innen konnten nachweisen, dass dieses Syndrom eindeutig auf die KZ- und Verfolgungserfahrungen zurückzuführen war, die Symptome der Überlebenden also die Folge einer Extremtraumatisierung waren.

Die Erfahrung der Shoah änderte schließlich das Sprechen über das Trauma radikal: Weil die Überlebenden die einzigen Zeug/innen des unvorstellbaren Grauens der nationalsozialistischen Verbrechen waren, wurde das Trauma zu einem „Zeugnis für das Unaussprechbare“. In den Symptomen zeigte sich nun das, was den Betroffenen und vor allem auch den Toten widerfahren war, die nicht mehr Zeugnis ablegen konnten. Das Trauma wurde nicht mehr angezweifelt, im Gegenteil – es wurde zum *Beweis* für die erlebten Schrecken.

Hierin liegt der Auslöser für eine vollkommen neue Funktion des Traumabegriffs. Sofern das psychische Trauma zum unbezweifelbaren Beweis für das

Erlittene geworden ist, wird auch die Trauma-Diagnose zur zwangsläufigen Notwendigkeit: Wer sein eigenes Leiden glaubhaft machen will, wer für die Anerkennung erlittenen Unrechts kämpft, beruft sich auf ein Trauma. Das Trauma bürgt für den eigenen Status als Leidende/r und als Opfer.

Auch der Begriff der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ ist im Kontext eines solchen Kampfes um die Anerkennung von Leid entstanden, und zwar im Zuge der Auseinandersetzungen um Veteranen, die aus dem Vietnamkrieg zurückgekehrt waren. Sie wurden innerlich von den Kriegserlebnissen heimgesucht, erlebten zuweilen Flashbacks und waren vielfach unfähig, sich wieder ins zivile Sozial- und Arbeitsleben einzufügen. Sie gründeten Selbsthilfegruppen, betrieben – mit der Unterstützung von Ärzt/innen – Öffentlichkeitsarbeit und konnten durch öffentlichem Druck den Staat dazu veranlassen, Entschädigungszahlungen zu leisten, aber auch staatliche Hilfszentren zu öffnen und medizinische Forschungstätigkeit zu den Folgewirkungen von Traumatisierungen zu finanzieren.⁶

Interessanterweise war insbesondere die Aufdeckung eines berüchtigten Massakers während des Vietnamkrieges für die Debatten um den Traumabegriff ausschlaggebend: Im vietnamesischen Dorf My Lai hatten amerikanische Soldaten 1968 Dutzende von Frauen vergewaltigt und alle 500 Dorfbewohner/innen – Frauen, Kinder und Greise – ermordet. In den Kontroversen über diese Tat tauchte die Frage auf, was „normale Männer“ zu derart blutrünstigen Verbrechen hatte werden lassen. Robert Jay Lifton, ein Psychiater und Kriegsgegner, betonte immer wieder, dass es einerseits der Militärdrill und andererseits der Krieg selbst sei, der die Menschen dazu bringe, Taten zu begehen, die sie unter gewöhnlichen Umständen niemals begehen würden. Soldaten seien *gewöhnliche* Menschen in einer *außergewöhnlichen* Situation, in der jeder von uns dazu imstande sei, andere Menschen abzuschlachten.⁷

Der Traumabegriff impliziert demnach durchaus auch den Versuch, nicht nur die erschütternden Erlebnisse der Soldaten zu verstehen, sondern auch ihre grausamen *Taten* zu erklären. Lifton selbst war kritisch genug, um nicht einfach bloß die Kriegssituation für die Taten verantwortlich zu machen. Er analysierte vielmehr auch die Herstellung von Männlichkeit, Gewaltbereitschaft und Feindbildungsprozessen in der militärischen Ausbildung. Aber im Konzept der sogenannten „Posttraumati-

⁴ Mit seinem Aufsatztitel „Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können um eine normale Konstitution zu haben?“ hat Kurt Eissler die Absurdität und Brutalität dieser Diagnosen drastisch auf den Punkt gebracht; vgl. *Psyche* 17 (1963), 241–291.

⁵ Vgl. William G. Niederland, *Folgen der Verfolgung. Das Überlebenden-Syndrom*, Frankfurt am Main 1980.

⁶ Zur Geschichte der Etablierung der PTBS vgl. Allan Young, *The Harmony of Illusions*, Princeton, NJ 1995, 107ff.

⁷ Vgl. Robert Jay Lifton, *Home from the War. Vietnam Veterans – Neither Victims nor Executioners*, New York 1973.

schen Belastungsstörung“, das aus den Debatten um die Leiden der Vietnam-Veteranen erwuchs, ist davon nichts mehr zu spüren – dort ist nur noch von einer unspezifischen Belastungssituation die Rede.

Dieser Begriff der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ tauchte schließlich erstmals 1980 in der 3. Fassung des amerikanischen Standard-Diagnostik-Handbuchs der Psychiatrie auf, dem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, kurz DSM-III.

Bevor wir uns gleich etwas näher mit diesem Konzept beschäftigen, möchte ich jedoch kurz innehalten und klar machen, weshalb ich mich so ausführlich mit dieser Geschichte beschäftigt habe.

Es ging mir *erstens* darum, zu zeigen, in welchem Maße die Entstehung und Etablierung des Traumbegriffs mit gesellschaftlichen und politischen Kämpfen um die Anerkennung und Nicht-Anerkennung von Leid verbunden war. Es ging dabei selten um einzelne Menschen, sondern zumeist um Personengruppen, die einem erschütternden historischen Ereignis oder einer Situation der Ohnmacht ausgesetzt gewesen waren. Der Traumbegriff ist nicht einfach nur ein klinischer, sondern immer auch ein politischer.

Diese wichtigen politischen Kämpfe prägten auch die Konzeption dessen, was wir heute als Trauma verstehen. Denn es geht *zweitens* immer um sehr konkrete, spezifische und vor allem um sehr unterschiedliche Phänomene, die im Traumbegriff verallgemeinert werden. Der Vietnamkrieg wurde aus der Perspektive der amerikanischen Vietnamsoldaten in den Blick genommen. Diese hatten nicht nur den Militärdress vor dem Einsatz in Vietnam hinter sich, sondern sahen sich nach der Rückkehr zusätzlich damit konfrontiert, dass sich die Stimmung in den USA während des Krieges verändert hatte: Sie wurden nicht – wie noch die amerikanischen Soldaten nach dem Zweiten Weltkrieg – als Helden gefeiert, sondern mussten erkennen, dass sie an einem mittlerweile von der Öffentlichkeit als sinnlos wahrgenommenen Krieg teilgenommen hatten und deshalb wenig Anerkennung erfuhren. Dass dies ein weiteres Element der erschütternden Erfahrung der Soldaten war, leuchtet wohl ein, doch konnte in den Kämpfen um die Anerkennung von Leid in der amerikanischen Öffentlichkeit darüber nicht geredet werden. Dies prägte auch, wie gleich zu zeigen sein wird, den Begriff der „Posttraumatischen Belastungsstörung“.

Auch über etwas Anderes wurde überhaupt nicht geredet – über die Machtverhältnisse. In der ganzen Debatte wurden nämlich die wirklichen Opfer des Vietnamkrieges ausgeblendet: die Frauen, Kin-

der oder alten Menschen in den vietnamesischen Dörfern, deren Leid in der Trauma-Diagnose keinen Niederschlag fand. Gerade eine Gegenüberstellung von deren Leid und dem der Soldaten hätte wohl die Problematik des Konzepts der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ schlagartig offen gelegt.

Drittens sollte aus den Ausführungen deutlich geworden sein, weshalb der Traumbegriff auf einmal so große Bedeutung erlangte: Nicht nur ließ er sich auf ganze Gruppen beziehen, mit der Verschiebung hin zum Trauma als *Beweis* für erlittenes Leid wurde es zudem attraktiv, ja notwendig, jedes widerfahrene Leid als Trauma zu bezeichnen.

3. „Posttraumatische Belastungsstörung“

Die „Posttraumatische Belastungsstörung“, kurz PTBS, gilt mittlerweile als *der* Standard-Traumbegriff und als jenes Konzept, mit dem heutzutage über Traumata geredet wird und unter dem Traumata weltweit behandelt werden.

Im aktuellen – von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen – Diagnose-Handbuch ICD-10 wird die „Posttraumatische Belastungsstörung“ (F43.1) wie folgt definiert:

„Posttraumatische Belastungsstörung:

Diese entsteht als eine verzögerte [...] Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. [...] Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung [Überaufmerksamkeit], einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann.“⁸

8 World Health Organisation (Hg.), Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10), BMG-Version 2014.

Diese Beschreibung trifft wohl ganz gut die Vorstellungen, die wir alle vom Trauma und seinen Symptomen haben: Die Flashbacks, die Vergangenheit, die einen immer wieder einholt, die emotionale Stumpfheit und Gleichgültigkeit, eine depressive Symptomatik, gepaart mit einer permanenten Anspannung, ständigen Alarmhaltung und Schreckhaftigkeit, die bestimmte, mit der Trauma-Ursache verbundene Thematiken betrifft, zuweilen begleitet von heftigen Aggressionsausbrüchen.

Gerade vor dem Hintergrund meiner Erzählungen über die Vietnamsoldaten fällt allerdings sofort auf, ist wie unspezifisch die Trauma-Ursache gekennzeichnet wird: Es handelt sich um ein „belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“. Diese Bezeichnung kann alles umfassen: die jahrelange Internierung in einem Konzentrationslager, die Erfahrung als Soldat im Krieg ebenso wie einen schwereren Autounfall oder eine Krebsdiagnose. Es ist mehr als fraglich, ob wir bei diesen doch sehr unterschiedlichen sogenannten „Belastungssituationen“ dieselbe Symptomatik finden werden.

Auch fällt auf, dass wir es hier mit einem einfachen Reiz-Reaktionsschema zu tun haben: Die PTBS ist schlicht eine „verzögerte Reaktion auf ein belastendes Ereignis“. Schon die kurze Auseinandersetzung mit dem Schicksal von Vietnamsoldaten, die nach dem Krieg in ein Land zurückkehrten, das ihren Kampfeinsatz nicht mehr würdigte, zeigt, dass auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nach der traumatischen Situation in den Blick genommen werden müssen. Das Trauma ist immer *ein Prozess*.

Das Zusammenspiel dieser beiden Momente, der Annahme eines Reiz-Reaktions-Zusammenhangs und des Nichtthematisierens des Reizes, d.h. der immer konkreten traumatischen Situation, führt dazu, dass die gesellschaftlichen Ursachen und die individuellen Reaktionen voneinander entkoppelt werden. Das Trauma wird individualisiert. Es ist kein gesellschaftliches Problem mehr, sondern ein psychologisches oder medizinisches, mit dem der oder die Einzelne zu kämpfen hat und für die psychologische Hilfe zur Verfügung gestellt wird.

Jean Améry, der als jüdischer Widerstandskämpfer von den Nationalsozialisten verhaftet und später in verschiedene Konzentrationslager deportiert wurde, wehrte sich stets gegen solche Psychologisierung. Was ihn bedränge, sei nicht eine Neurose (heute

würde man sagen: eine Posttraumatische Belastungsstörung), sondern es sei die Realität, die sich in seinen Körper eingeschrieben habe. Nicht die Überlebenden der Shoah seien gestört, vielmehr liege die Pathologie „auf Seiten des geschichtlichen Geschehens“.⁹ Das gilt, wie gleich noch zu zeigen sein wird, nicht nur im Konzentrationslager. Die „pathologische“ gesellschaftliche Situation setzt sich dort fort, wo die meisten Täter noch ungestraft frei herumlaufen dürfen oder eine z.B. auch rechtliche und finanzielle Anerkennung des Leides der Verfolgten verweigert wird. Überhaupt wird die Täterschaft in der Traumadefinition in der Regel ausgeklammert, obwohl doch in vielen Fällen gesellschaftlicher Gewalt gerade die unmittelbare Beziehung von Täter/innen und Opfer sowohl in der traumatischen Überwältigungssituation wie auch danach eine zentrale Rolle im Traumatisierungsprozess spielt.

Kurzum: Im Konzept der „posttraumatischen Belastungsstörung“ wird der Traumaprozess entkontextualisiert, individualisiert, pathologisiert und infolgedessen entpolitisiert.¹⁰ Dies ist jedoch nicht nur auf der Ebene soziopolitischer Debatten problematisch, weil damit die gesellschaftlichen Ursachen und die Täterschaft ausgeblendet werden, sondern zieht zudem verheerende Folgen für die Arbeit mit Traumatisierten nach sich. Statt dass präzise nach deren konkreten Erlebnissen, dem daraus folgenden Leid, ihrem Umgang damit und ihrer heutigen Situation gefragt wird, werden sie zu Kranken gemacht, deren irrationale Symptome als Reaktion auf ein längst vergangenes Ereignis gedeutet werden. Wo die Rede vom Trauma eigentlich gerade den Blick auf das spezifische gesellschaftlich produzierte Leid und auf den Zusammenhang von gesellschaftlichen Ereignissen und dem eigenen Leid richten sollte, gehen dieser Zusammenhang und die individuelle Geschichte und Erlebnisebene im Begriff der PTBS gerade wieder unter.

⁹Jean Améry, *Jenseits von Schuld und Sühne. Bewältigungsversuche eines Überwältigten*, Stuttgart 1977, 150.

¹⁰Zur Kritik des Konzepts der PTBS vgl. ausführlicher David Becker, *Prüfstempel PTSD – Einwände gegen das herrschende ‚Trauma‘-Konzept*, in: *Medico International e.V. (Hg.), Schnelle Eingreiftruppe ‚Seele‘: Auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft. Texte für eine kritische ‚Trauma-Arbeit‘*, Frankfurt am Main 1997, 25–47.

4. Trauma und gesellschaftlicher Kontext

Ich will demgegenüber im Folgenden einige Erkenntnisse aus einer differenzierteren und kritischeren Traumaforschung näher bringen, die zeigen, wie sehr und in wie vielerlei Hinsicht Traumatisierungsprozesse immer auch als gesellschaftliche zu lesen sind.

Als erstes sind hier Ernst Simmels Reflexionen zum Verhältnis von Massenbindung und Kriegstrauma anzuführen. Ernst Simmel hatte während des Ersten Weltkriegs als junger Militärarzt des deutschen Heeres gedient und dabei Hunderte von kriegsneurotischen, d.h. schocktraumatisierten Soldaten in Kurztherapien behandelt. „Behandelt“ – dies nur nebenbei – ist vielleicht ein etwas beschönigender Begriff, denn dies bedeutete damals in erster Linie, die Soldaten wieder für die Rückkehr in die Schützengräben fit zu machen. Immerhin entwickelte Simmel jedoch durch eine Mischung aus Hypnose und Abreaktionstherapie eine Alternative zur damals üblichen sogenannten „Kaufmann-Kur“, mit der man die Soldaten durch Elektroschocks wieder zur Gesundheit zu zwingen versuchte.

Dieser junge Arzt reflektierte schon nach dem Krieg (1918)¹¹ und dann im Angesicht des Zweiten Weltkriegs noch einmal ausführlicher seine Erfahrungen mit den Kriegsneurotikern und machte dabei auf die Bedeutung des spezifischen Beziehungs-Kontextes der Traumatisierungen aufmerksam. 1944 analysierte Simmel – wie später ja auch Lifton bei den Vietnamsoldaten – die Prägung eines soldatischen Mannes in der militärischen Ausbildung. Dort lernten die Soldaten, sich einer Gruppe mit einem autoritären, aber auch beschützenden Truppenleiter unterzuordnen. Der Leiter gab Halt und übernahm die Realitätsprüfung, d.h. auch die stellvertretend an ihn delegierte Aufgabe, abzuschätzen, wie gefährlich eine Situation sei. Ihm musste vollstes Vertrauen entgegengebracht werden. Dieser Halt – ebenso wie jener in der eng zusammengeschweißten Truppe – gab den Soldaten in der unüberschaubaren Kriegssituation „ein Gefühl der Sicherheit und sogar eine *Immunität gegen Todesangst*“.¹² In dieser Gruppen-Situation, so Simmel, seien die Soldaten somit tendenziell gegen Traumatisierungen geschützt. Sogar wenn Kameraden neben einem getötet worden oder die Männer selbst durch den Tod bedroht gewesen seien, hätten sie sich als Teil ihrer Gemeinschaft sicher gefühlt.

Die Kriegsneurosen, d.h. die Zusammenbrüche, tauchten Simmel zufolge nur da auf, wo sich schon vorher diese Bindung an den Vorgesetzten und die Gruppe aufzulösen begonnen hatte. Simmel fand heraus, dass den Zusammenbrüchen meist eine Situation vorausging, in der sich der Soldat vom Vorgesetzten enttäuscht oder gedemütigt fühlte und deshalb wütend auf ihn war. Mit der Auflösung der Gruppenbindung und vor allem der Entfremdung vom schützenden Vorgesetzten, der so etwas wie eine „Eltern-Figur“ darstellte, kamen in der realen Gefahrensituation nun nicht nur die entsprechenden Todesängste auf, vielmehr vermischten sich letztere zusätzlich mit Schuldgefühlen gegenüber dem Vorgesetzten. Die Wut gegen den Gruppenleiter, die nicht ausagiert werden konnte, richteten die Soldaten nach innen, gegen sich selbst. Diese innere, von Kleinheits-, Verlassenheits- und Schuldgefühlen bestimmte Situation führte laut Simmel dazu, dass die emotional von der Gruppe entfremdeten Soldaten sogar anfälliger für Zusammenbrüche waren als die Zivilbevölkerung in vergleichbaren bedrohlichen Situationen. Weil in der militärischen Ausbildung das individuelle Ich und die eigenen Abwehrstrukturen in der Gruppe aufgelöst wurden, die Soldaten also innerpsychisch gleichsam auf eine „Eltern-Kind-Beziehung“ regredieren mussten, d.h. als erwachsene Individuen vollkommen destabilisiert wurden, waren die von der Gruppe entbundenen Soldaten doppelt hilflos.

Diese Analyse scheint mir sehr bemerkenswert: Selbst bei einem einfachen Schocktrauma ist es also nicht einfach das unmittelbare Gewalterlebnis, das die traumatischen Reaktionen auslöst. Verantwortlich für den Zusammenbruch der Soldaten ist vielmehr die komplexe Verschränkung verschiedener Ursachen: Ausgangspunkt ist zunächst eine spezifische Gruppen- oder Massenbindung, die im Grunde sogar gegen Traumatisierungen immunisiert, zugleich jedoch die individuellen Abwehrstrukturen der Soldaten schwächt; sodann kommt es mit Blick auf den Vorgesetzten zu einem Umschlagen von Liebe in Wut, das erstens die schützende Bindung zur Gruppe auflöst und zweitens Schuldgefühle verursacht; diese komplexen Gefühlslagen und Beziehungskrisen treffen schließlich auf eine massiv bedrohliche Kriegssituation, die realistische Todesängste weckt, wobei sich diese mit der beschriebenen innerpsychischen Situation mischen. Erst all diese Momente zusammen lösen den traumatischen Zusammenbruch aus, so dass wir es wahrlich nicht mit einem einfachen Reiz-Reaktions-Schema zu tun haben.

¹¹Ernst Simmel, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen (1918, in: ders., Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Ausgewählte Schriften, Frankfurt am Main 1993, 21–35.

¹²Ernst Simmel, Kriegsneurosen (1944), in: ebenda, 204–226, hier 212.

Simmel lässt es jedoch nicht dabei bewenden. Von größter psychologischer Bedeutung für eine Traumaresistenz ist aus seiner Sicht neben der Bindung an den Truppenleiter und die Gruppe noch ein weiterer stabilisierender Faktor, nämlich eine gemeinsame Ideologie, geteilte Ideale, die den Soldaten mit seinen Kameraden, seinen Vorgesetzten und mit seinem Land verbinden. Die gemeinsame ideologische Orientierung, die den Einzelnen zum Teil einer größeren Gruppe macht, könne, so Simmel, die Soldaten auch dann noch stützen, wenn sich die unmittelbare Verbindung zum Truppenleiter lockere. Selbst eine Ideologie könne demnach dazu beitragen, den individuellen Zusammenbruch zu verhindern. Und da in totalitären Staaten bereits im Zivilleben eine starke Massenbindung vorherrsche, seien Soldaten solcher Länder auch resistenter gegen Traumatisierungen.

Mit diesen Überlegungen bringt Simmel einen Aspekt zur Sprache, dem meines Wissens in der Traumaliteratur ansonsten so gut wie keine Beachtung geschenkt wird. Nachdem er – wie viele andere – gezeigt hat, dass das Trauma nicht einfach einen schlichten „Einbruch“ darstellt, sondern stets Folge eines Zusammenspiels von innerpsychischer Lage und äußerem Ereignis ist, legt er dar, dass auch die innere Situation nicht bloß als individuelle verstanden werden kann. Weil Menschen immer auch Teil von sozialen Zusammenhängen sind, und zwar „im Kleinen“, d.h. weil wir persönliche Bindungen an andere haben, aber auch „im Großen“, weil wir uns mit größeren Kollektiven identifizieren, gilt es beim Blick auf die innerpsychische Situation auch diese sozialen oder psychosozialen Prozesse genau zu betrachten. Sie können nicht nur stützend wirken, sondern eben auch destabilisierend. Zumindest bei kollektiven Gewalterfahrungen wäre deshalb auch stets nach den potenziell stabilisierenden oder schwächenden Massen- oder Großgruppenprozessen zu fragen, die für die Entstehung oder das Fehlen innerer Abwehrstrukturen und für die Symptombildung von entscheidender Bedeutung sein können.

Doch auch Simmels Therapie ist bemerkenswert, insofern er erkannte, dass das Ausagieren von Wut und Aggression half, die traumatischen Symptome wieder zum Verschwinden zu bringen. Simmel animierte deshalb in der Therapie seine Patienten, also die Soldaten, dazu, gegen eine zum „leibhaftigen Feind“ erklärte lebensgroße Puppe kämpfen.¹³ Das brachte einerseits eine Entlastung mit sich: In psychoanalytischer Hinsicht kann man von einer Affektumwandlung von Angst in Wut sprechen, die es ermöglicht, im aktiven Handeln wieder aus der

Ohnmachtssituation herauszukommen. Aber der Kampf gegen die Puppe und die gelungene Tötung des in ihr imaginierten Feindes ermöglichten noch mehr: Auf diesem Weg sicherte sich der Traumatisierte zudem in seiner Phantasie – und bestärkt durch den Arzt – erneut die Anerkennung durch die Vorgesetzten und das Kollektiv. Indem die Patienten den imaginierten Feind besiegten, wurden sie wieder als Soldaten – gar als Helden – anerkannt. Dies bedeutete eine massive Aufwertung und stellte die alte Stabilität der Gruppenbindung wieder her.

Diese Stabilität konnte also durch zwei Momente erneuert werden – einerseits durch die aufwertende Teilhabe an der Gruppe und die erneute Anerkennung des Gruppenleiters, andererseits durch die Herstellung eines Feindbildes, auf das sich die Aggressionen richten konnten. Das bedeutet mit Blick auf Traumatisierungsprozesse, dass stets auch danach zu fragen ist, in welchem sozialen Kontext und über welche Narrative traumatische Erlebnisse verarbeitet werden. Es gibt massenpsychologische Mechanismen bzw. ideologische Angebote, die Traumatisierungen wieder auffangen oder kompensieren können.

Um es vielleicht noch einmal mit anderen Worten auszudrücken: Es sind drei Momente, die meines Erachtens traumatische Situationen kennzeichnen, nämlich Wehrlosigkeit, Hilflosigkeit und Sinnlosigkeit. Mit *Wehrlosigkeit* ist die Überforderung des Einzelnen angesichts einer Gewalterfahrung gemeint, die Erstarrung in Angst und die damit aufgezwungene Ohnmacht und Passivität. Die *Hilflosigkeit* meint das Fehlen von Hilfe, also von schützenden Beziehungen zu Personen, Institutionen und Strukturen, auch von der Möglichkeit, sich im Kollektiv groß und stark zu fühlen. Dies führt zu einem Gefühl der Verlassenheit. Die *Sinnlosigkeit* schließlich bezieht sich darauf, dass das Geschehene einen Menschen völlig überwältigt und daher nicht verstanden und eingeordnet, d.h. nicht symbolisiert werden kann.

Nach dem bisher Gesagten sollte deutlich geworden sein, dass alle diese Dimensionen, insbesondere aber die letzten beiden, auch gesellschaftliche sind. Simmel zeigt, dass ein Gruppenzusammenhalt oder die imaginäre Teilhabe an einer Masse erstens verhindern können, dass diese Gefühle der Wehr-, Hilf- und Sinnlosigkeit überhaupt auftauchen, d.h. gegen sie zu immunisieren vermögen, und dass zweitens die Identifizierung mit einem starken Kollektiv die möglicherweise doch auftauchenden potenziell traumatischen Gefühle und ihre immens zerstörerische Wirkung zumindest tendenziell wieder aufheben bzw. Kompensationsmöglichkeiten bieten kann.

¹³ Ebenda, 222.

Wir kennen diese Prozesse auch aus der Forschung mit Überlebenden der Shoah. So ist etwa nachgewiesen worden, dass sehr religiöse Jüdinnen und Juden, aber auch Verfolgte, die sich schon vorher politisch engagiert hatten, weniger tiefgreifende Symptome entwickelten als andere NS-Verfolgte. Sie hatten einen – vielleicht auch nur imaginären – Gruppenzusammenhalt und konnten daher den ebenso grausamen wie sinnlosen Erlebnissen zumindest einen gewissen Sinn abringen, sei es indem sie sie als „Prüfung Gottes“ deuteten, oder sei es dass sie sich – wie etwa Jean Améry – als *politische* Gefangene verstehen konnten.

Überhaupt kommt den sozialen Bezügen und der sozialen Einbettung auch im späteren Verlauf für die Verarbeitungsmöglichkeiten zentrale Bedeutung zu. Um dies zu zeigen, möchte ich mich noch kurz einem zweiten Traumaforscher zuwenden – Hans Keilson. Keilson untersuchte in den 1970er Jahren jüdische Menschen, die als Kinder oder Jugendliche von den Nationalsozialisten in den Niederlanden verfolgt und deren Eltern von den Nazis ermordet worden waren. Ein besonderes Augenmerk legte er dabei auf die entweder heilenden oder zusätzlich traumatisierenden Erfahrungen nach dem Ende der unmittelbaren Verfolgung. Er differenzierte drei traumatische Sequenzen, die alle jeweils einzeln detailliert betrachtet werden müssten: Erstens die Phase, in der sich mit der Besetzung der Niederlande die Verfolgung anbahnte, d.h. die Phase des Beginns des Terrors gegen die jüdischen Familien; zweitens die Phase der unmittelbaren Verfolgung, in der die Kinder von ihren Eltern getrennt wurden und die Zurückgelassenen im Versteck oder in Konzentrationslagern jahrelang ausharren mussten, während ihre Eltern ermordet wurden; bei der dritten zu analysierenden Phase handelt es sich um die Nachkriegszeit, in der die Kinder in unterschiedlichen Milieus – Pflegefamilien und Heimen – aufwuchsen.¹⁴

In seinem Vergleich zwischen den Kindern, die langfristig bei Pflegefamilien bleiben konnten, und Heimkindern, denen dies nicht vergönnt war, machte er die bemerkenswerte Entdeckung, dass die dritte Sequenz, also jene der Erfahrungen nach dem Krieg, die Heilungsperspektiven stärker beeinflusste als der Schweregrad der Traumatisierung in den vorhergehenden Phasen. Damit wies er nach, wie entscheidend das jeweilige soziale Umfeld für die Traumatisierten war, und damit auch, dass es sich nicht wirklich um eine „posttraumatische Situation“ handelte, sondern dass das Trauma als ein langer

Prozess zu verstehen ist, der immer in einen spezifischen sozialen Kontext eingebettet ist.

David Becker schlug in den 1990er Jahren eine weitere Differenzierung von Keilsons Konzept der „sequentiellen Traumatisierung“ im Lichte seiner Erfahrungen mit politisch Verfolgten in Lateinamerika vor. Er bezog in sein Modell mit insgesamt sechs Sequenzen die Vorgeschichte mit ein, unterteilte jedoch vor allem die zweite Sequenz noch einmal in Phasen der unmittelbaren Gewalterfahrung und in Ruhephasen, in denen insbesondere die Angst vorherrscht, die Gewalt könne erneut über die Betroffenen hineinbrechen. In diesen Zeiten der beklemmenden Ruhe nähmen die Angst und die Symptome chronischen Charakter an.¹⁵

Ich kann hier nicht noch weiter ins Detail gehen, meine jedoch, dass der Sinn des Konzepts der „sequentiellen Traumatisierung“ klar ist: Die Aufteilung der traumatischen Erfahrung in verschiedene Sequenzen soll helfen, den Blick für die Prozesshaftigkeit von Traumatisierungen zu schärfen, aber auch für die sich verändernden sozialen Umstände, die sich stets auch auf den Traumaprozess auswirken.

All diese Überlegungen zeigen, dass der Verweis auf ein Trauma oder eine „Posttraumatische Belastungsstörung“ eigentlich sehr wenig aussagt und den Blick eher von dem weglenkt, was eigentlich zählt: Um die Situation der Betroffenen, die Entstehung des Leids und die Verarbeitungswege von überwältigenden Situationen wirklich verstehen zu können, müssten wir stets alle Phasen, die psychische und psychosoziale Vorgeschichte, die konkrete traumatische Situation wie auch die späteren Verarbeitungsmöglichkeiten und -grenzen bedenken. Das Trauma muss als Prozess verstanden werden, der „durch die Wechselwirkungen zwischen der sozialen Umwelt und der psychischen Befindlichkeit der Menschen bestimmt wird und keine statische Gestalt hat, sondern sich ständig verändert und weiterentwickelt.“¹⁶

Dass dieser Prozess auch mit Machtverhältnissen zu tun hat, kann nicht genug betont werden: 1) Je nach sozialer Position sind die Heilungschancen unterschiedliche; 2) für die Sinnggebungsmöglichkeiten ist es von entscheidender Bedeutung, welche Erzählungen über das Geschehene sich auch gesellschaftlich durchsetzen; 3) das Sicherheits- und Gerechtigkeitsgefühl der Betroffenen hängt ganz wesentlich davon ab, ob sich an den Machtkonstellationen, unter denen es zur Traumatisierung gekommen ist, etwas ändert. Wenn also die Täter/innen ungestraft davonkommen

¹⁴ Vgl. Hans Keilson, *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden*, Stuttgart 1979.

¹⁵ Vgl. David Becker, *Die Erfindung des Traumas – Verflochtene Geschichten*, Berlin 2006.
¹⁶ Ebenda, 196.

oder sogar immer noch in Machtpositionen sitzen – etwa wenn die gleichen Ärzt/innen, die vorher Täter/innen waren, die Gutachten in Entschädigungsverfahren schrieben – hat das unmittelbare Folgen für das Wohl und die Verarbeitungschancen der Traumatisierten.

Bei einer Analyse der Auswirkungen massenhafter Gewalterfahrungen muss demnach immer auch der gesellschaftliche, psychosoziale und ideologische oder diskursive Kontext vor, während und nach der unmittelbar traumatisierenden Situation in den Blick genommen werden, da diese für die Sinngebungs-, Integrations- und Stabilisierungschancen entscheidend sind.

Damit bin ich am Schluss meiner Ausführungen angelangt und möchte nur noch kurz und stichwortartig aufzeigen, welche Bedeutung den hier dargestellten Perspektiven auf das Verhältnis von Trauma und Gesellschaft möglicherweise auch für die deutsche Debatte über die traumatisierten ehemaligen „Volksgenossen“ und „Volksgenossinnen“ zukommen könnte.

5. Trauma der Opfer – Trauma der Täter/innen?

Im Diskurs über den sogenannten „Bombenkrieg“ und die „Kriegskinder“ wurden über den Traumbegriff immer wieder Parallelen zwischen der Traumatisierung der Verfolgten des NS-Regimes und den ehemaligen Täter/innen und Mitläufer/innen gezogen. Alle sind auf je eigene Weise durch unterschiedliche Ereignisse traumatisiert – wenn auch immer wieder betont wird, dass natürlich nicht alle gleich „stark“ betroffen seien: Krieg, Verfolgung, Flucht und Vertreibung hätten bei allen schwere Schäden hinterlassen. Ich kann hier diesen Debatten nicht im Einzelnen nachgehen, aber es mutet zuweilen wirklich zynisch an, auf welche Weise Erkenntnisse aus der Überlebendensforschung unmittelbar auf die Dynamiken in Familien von ehemaligen Täter/innen und Mitläufer/innen übertragen werden.¹⁷

In diesem Fallbeispiel kann die erste Perspektive mit Blick auf die Entstehung von Traumadiskursen die Frage aufwerfen, wer aus welchem Interesse und in welcher Situation eine *Traumazerzählung* ins Spiel bringt und wie sie sich in der Öffentlichkeit durchsetzt. Nicht umsonst wurde der deutsche Bomben-

kriegs-Traumadiskurs von Kritiker/innen als weiterer Versuch gedeutet, mittels Opferinszenierungen Deutschland endlich von der Schande der NS-Verbrechen reinzuwaschen. Ein solcher historischer Blick kann auch nach den Effekten fragen, die eine solche Erzählung für die Menschen haben, die ihn sich zu eigen machen: So hat Michael Heinlein jüngst minutiös analysiert, wie sich plötzlich eine ganze Generation als „Kriegskinder“ versteht und ihr eigenes Leben nun im Lichte einer angeblichen Traumatisierung neu zu konstruieren versucht.¹⁸ Ein solcher Blick auf die Konstruktion von Traumaerzählungen kann uns zumindest dazu veranlassen, vorsichtiger mit dem Traumbegriff umzugehen. Ich bezweifle sehr, dass so viele sogenannte „Kriegskinder“ wirklich als traumatisiert zu bezeichnen sind.

Wir sollten uns in Erinnerung rufen, dass es auch vor der Etablierung des Traumbegriffs Möglichkeiten gab, über Leid, Erschütterung, Schmerz, Verlust und Trauer zu sprechen, und zwar möglicherweise viel differenzierter als heute.

Die zweite Perspektive, die sozialpsychologische Analyse, kann dagegen den Blick auf die konkrete Situation und den spezifischen Kontext des sogenannten „Bombenkrieges“ werfen. Der massenpsychologische und ideologische Halt der Mitglieder der deutschen „Volksgemeinschaft“ war ein anderer als jener der in den Konzentrationslagern systematisch in die Isolation gezwungenen Verfolgten des Nationalsozialismus: Historische Untersuchungen haben gezeigt, dass sich in der deutschen Bevölkerung während des alliierten Luftkriegs auf die deutschen Städte sowohl die Bindung an den „Führer“ als auch der Antisemitismus noch einmal erheblich verstärkten.¹⁹ Die Frage, die dadurch aufgeworfen wird, lautet: Boten die schon zuvor in der Zivilbevölkerung verankerte Ideologie der „Volksgemeinschaft“ wie auch die verstärkte Hassbereitschaft gegenüber Jüdinnen und Juden eine Möglichkeit zu einer „Schiefeilung“ eines Traumas, um mit dem Sozialpsychologen Jan Lohl zu reden, d.h. zu der von Simmel beschriebenen vorgängigen oder nachträglichen Abwehr auch von traumatischen Gefühlen? Wenn ja, was bedeutete dies für eine spätere Verarbeitung des Geschehenen? Dies wären Fragen, die es konkret-historisch zu untersuchen gälte. Ein solcher Blick, und darum geht es mir, öffnet zweifellos die Augen für klare Differenzen.

¹⁷ Vgl. dazu Markus Brunner, Rezension zu 7 Aufsätzen (wie Anm. 1); zur Problematik dieser Parallelisierung und zum Versuch einer Differenzierung zwischen dem Trauma der Verfolgten und der „Krypta“ der ehemaligen „Volksgenossen“ und „Volksgenossinnen“ vgl. ders., Trauma, Krypta, rätselhafte Botschaft. Einige Überlegungen zur intergenerationellen Konfliktdynamik, Psychosozial 34 (2011), Bd. 124, Heft II, 43–59.

¹⁸ Vgl. Michael Heinlein, Die Erfindung der Erinnerung. Deutsche Kriegskindheiten im Gedächtnis der Gegenwart, Bielefeld 2010.
¹⁹ Vgl. dazu ausführlicher Jan Lohl, „Jüdischer Krieg“ und „mörderische Wut“. Zum Stellenwert psychoanalytischer Traumakonzepte im wissenschaftlichen Diskurs über den Umgang mit der NS-Vergangenheit auf der „Täterseite“, Psychosozial 29 (2006), Bd. 106, 125–137; Markus Brunner, „Unsere Mauern brechen, aber unsere Herzen nicht.“ Die ‚Volksgemeinschaft‘ als Trauma-Schiefeilungsangebot (Vortrag am Internationalen Zentrum Kulturwissenschaften, Wien, 9. Januar 2012); ders., ... für jeden deutschen Menschen zwanzig Juden ...“ Trauma-Schiefeilungsangebote im „Bombenkrieg“, Psychosozial 38 (2015), Bd. 139 (im Druck).

Um diese in einem drastischen Bild zu veranschaulichen: Wo im Falle von KZ-Häftlingen jede Aggressionsäußerung in den sicheren Tod führte und Aggressionen daher meist selbstzerstörerisch nach innen gerichtet wurden, wo sich die unter schrecklichsten Bedingungen Inhaftierten um ihrer Rettung vor dem Zusammenbruch willen ausgerechnet mit den einzigen Mächtigen in den Lagern, nämlich ihren Peinigern, identifizieren mussten (das ist die Idee der traumatischen Identifikation mit dem Aggressor), wo also Wut ebenso wie die Suche nach stabilisierenden Identifizierungen bei den Überlebenden der Lager nur noch weiteres persönliches Leid produzierten, da standen den NS-„Volksgenossinnen“ und „Volksgenossen“ im Gegensatz dazu andere Wege der Verarbeitung offen. Diese tiefgreifenden Differenzen mit Blick auf die Kontexte sowie die Verarbeitungschancen und -wege nicht wahrzunehmen, hat nicht allein hochproblematische Täter-Opfer-Relativierungen zu Folge, sondern führt zudem dazu, dass es auch therapeutisch unmöglich wird, an die traumatischen Emotionen von Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht heranzukommen.