

### Zusammenfassung

**Anliegen:** Die Arbeit möchte die psychiatrischen Traumakonzepte in Deutschland seit 1889 im Überblick zusammenstellen. **Methode:** Literaturübersicht und historischer Vergleich. **Ergebnisse:** Die Vorstellung, dass traumatische Erlebnisse zu psychischen Störungen führen können, veranlasste Oppenheim 1889 zur Beschreibung der traumatischen Neurose. Es folgte eine intensive Diskussion unterschiedlicher Konzepte bis 1918. Danach ist die Geschichte psychiatrischer Traumakonzepte in Deutschland von Wechseln, Wiederholungen und Diskontinuität gekennzeichnet. Nach 1945 war ein entsprechendes Störungsbild – bis auf ein vage definiertes KZ-Überlebenssyndrom – in Lehrbüchern kaum zu finden, bis sich insbesondere in den letzten 10 Jahren das von den USA ausgehende Konzept der posttraumatischen Belastungsstörung durchsetzte. **Schlussfolgerung:** Die Psychiatrie in Deutschland kann auf eine lange und wechselvolle Geschichte von Traumakonzepten verweisen. Die historische Sicht kann möglicherweise die gegenwärtige Debatte bereichern, in der das Konzept der posttraumatischen Belastungsstörung zunehmend kritisiert wird.

### Abstract

**Aim:** This paper summarises the psychiatric concepts on trauma in Germany since 1889. **Method:** Literatur review and historical analysis. **Results:** Based on the notion that traumatic experience may lead to mental disorders Oppenheim described the traumatic neurosis in 1889. Subsequently, there was an intensive discussion on different concepts until 1918. Since then, the history of psychiatric concepts of trauma in Germany has been characterised by change, repetition and discontinuity. After 1945, mental disorders following traumatic experience hardly featured in textbooks with the exception of the vaguely defined survivor syndrome. In the last 10 years, the concept of posttraumatic stress disorder as originated in the USA became dominant. **Conclusions:** Psychiatry in Germany has a long and inconsistent tradition of theories and concepts on trauma. The historical view may enrich the current debate in which the concept of posttraumatic stress disorder has been increasingly criticized.

### Einleitung

Extrembelastungen und ihre psychischen Folgen sind inzwischen seit mehr als 110 Jahren Thema der medizinischen Wissenschaft und entsprechender psychiatrischer Publikationen. Die deutsche Psychiatrie setzte dabei mit der Beschreibung der traumatischen Neurose durch Oppenheim im Jahr 1889 einen Anfangspunkt und schuf zumindest bis 1916/18 auf diesem Gebiet einen maßgebenden Bezugspunkt. Danach geriet die Beschäftigung mit Traumakonzepten in den Hintergrund. In der jüngeren

Zeit, insbesondere im letzten Jahrzehnt, gibt es wieder ein verstärktes Interesse, und zahlreiche Publikationen beschäftigen sich mit der so genannten posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD), einem aus den USA übernommenen Konzept, das zunehmend auch Kritik erfährt.

Anliegen der vorliegenden Arbeit ist es, die Traumakonzepte in der deutschen Psychiatrie seit 1889 zusammenzustellen und ihre Geschichte nachzuzeichnen. Naturgemäß kann dies an dieser Stelle nur skizzenhaft geschehen, was aber den Überblick er-

#### Institutsangaben

Unit for Social and Community Psychiatry, St. Bartholomew's and the Royal London School of Medicine, University of London

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Stefan Priebe · Unit for Social and Community Psychiatry · St. Bartholomew's and the Royal London School of Medicine · West Smithfield · London EC1A 7BE · UK

#### Bibliografie

Psychiat Prax 2002; 29: 3–9 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0303-4259

leichtert und das Aufspüren übergreifender Gemeinsamkeiten oder Unterschiede deutlicher zum Vorschein bringen kann.

## Methoden

Die Arbeit basiert auf einer Durchsicht primärer und sekundärer Literatur, vor allem deutschsprachiger Provenienz. Ausländische Literatur wurde stellenweise und ergänzend berücksichtigt, wo dies zum Verständnis der Entwicklung in Deutschland notwendig erschien.

Die Ergebnisse wurden von den Autoren – einem Psychiater (SP), einer Psychologin (MN) und einem Medizinhistoriker (HPS) – gemeinsam diskutiert und ausgewertet.

## Ergebnisse

### Die traumatische Neurose

Dass massive seelische Erschütterungen bei Menschen zu psychophysiologischen Belastungsreaktionen führen können, wurde seit langer Zeit vermutet [18, 63]. Allerdings fehlte bis Ende des 19. Jahrhunderts eine spezifische Diagnose für diese Störungen. Der Begriff der traumatischen Neurose wurde Ende der 1880er Jahre von dem Berliner Neurologen Oppenheim geprägt. Er charakterisierte die Störung als eine *„durch Erschütterung hervorgerufene Funktionsstörung im Bereich des zentralen Nervensystems ... Dabei sind äußere Verwundungen gar nicht entstanden, oder sie sind so unbedeutend und oberflächlich, dass sie für die nervösen Folgeerscheinungen nicht verantwortlich gemacht werden können“* ([46], S. 86). In seiner ersten Monografie zu diesem Thema schilderte er insgesamt 33 Fälle (vornehmlich Opfer von Eisenbahn- und Industrieunfällen) und entwickelte aufgrund der beobachteten Symptomatik das Krankheitsbild der traumatischen Neurose. Er versuchte mit seiner Arbeit, die bis dahin von Erichsen, dem Beschreiber der „railway spine“, vertretene Lehrmeinung, dass chronische Entzündungsprozesse des Rückenmarks [12] für die Symptome verantwortlich seien, zu widerlegen.

Fischer-Homberger zeichnet in ihrem 1975 erschienenen Buch die Entwicklung der traumatischen Neurose bis 1918 detailliert nach. Ihrer Ansicht nach verlief diese Entwicklung „vom Rückenmark hirnwärts“, wobei der Stellenwert einer anatomisch nachweisbaren Läsion immer unbedeutender wurde, bis schließlich nur noch weitgehend unspezifische, mit Schreck verbundene Ereignisse als Auslöser in Betracht gezogen wurden [13]. Oppenheim trat dafür ein, die traumatische Neurose als eigenständiges Krankheitsbild anzuerkennen, und bemühte sich vor allem um eine inhaltliche Abgrenzung zur Hysterie. Die Hysterie hatte Ende des 19. Jahrhunderts bereits eine wechselvolle Geschichte hinter sich. Im 18. Jahrhundert stand fest, dass die Verortung der Krankheitsursache im Unterleib sich nicht bestätigen ließ. Erst durch die Arbeiten Charcots und Janets wurde die Diskussion um die Hysterie wieder intensiviert. Eine Darstellung der Arbeiten Charcots und der (männlichen) Hysterie findet sich bei Micale [43]. Charcot konzentrierte sich besonders auf die Bedeutung der (Auto-)Suggestion für die Entstehung der hysterischen Symptomatik und lieferte durch die Annahme unbewusster Prozesse einen frühen psychologischen Erklärungsansatz. Für ihn

ließ sich auch die traumatische Neurose auf dieser Grundlage erklären, weshalb er Oppenheims Auffassung, es handle sich bei der traumatischen Neurose um ein eigenständiges Krankheitsbild, nicht teilte. Unter den deutschen Nervenärzten forcierte vor allem Möbius die psychologischen Erklärungsansätze der Hysterie. Die pathologischen Veränderungen des Körpers wurden seinen Annahmen zufolge „durch ein mit Vorstellung verbundenes Wollen“ ausgelöst [57]. Die Einführung des Willens im Zusammenhang mit pathologischen Prozessen führte zu einer Schwächung des Krankheitskonzepts der traumatischen Neurose.

Die Kontroverse um die Eigenständigkeit der traumatischen Neurose blieb lange Zeit bestehen, nicht zuletzt auch bedingt durch die Möglichkeit einer Berentung, die allerdings nur im Fall der traumatischen Neurose und nicht bei einer Hysterie möglich war. Neben der Hysterie wurde insbesondere die Neurasthenie, aber auch die Hypochondrie als primär zugrunde liegende Erkrankung diskutiert. Um die Jahrhundertwende, verbunden mit den massiven Veränderungen der Lebens- und Arbeitswelt durch die Moderne, gewann die Neurasthenie an Popularität („das nervöse Zeitalter“). Als anatomische Grundlage der „Nervenschwäche“ wurde zunächst eine spinale, später eine zerebrale Irritation vermutet [13], aber auch eine durch Anstrengung veränderte Nervensubstanz. Radkau zeichnet die Entwicklung dieses Krankheitsbildes nach [53, 54]. Beide Krankheitsbilder, die Hysterie ebenso wie die Neurasthenie, wurden von verschiedenen Vertretern der Ärzteschaft als Ergebnis von „Willenschwäche“ oder „Charakterlosigkeit“ auf der Basis einer individuellen Disposition gedeutet. Sie galten aber andererseits eher als Erkrankungen der „gebildeten Stände“, während die traumatische Neurose primär die Arbeiterschaft zu betreffen schien [56, 57]. Die Anerkennung der traumatischen Neurose als eine eigenständige Erkrankung, die durch einen Unfall bzw. traumatisches Erleben kausal verursacht wurde, bedeutete auch die Möglichkeit, dass den Betroffenen für ihre (bleibenden) Schäden eine Rentenzahlung gewährt wurde. Young [63] prägte dafür den Begriff der „service-connected disability“, da die Störung einen direkten Zugang zu den Versorgungssystemen ermöglicht. Im Rahmen der Unfallbegutachtung spaltete die traumatische Neurose die Ärzteschaft in zwei Lager. Die Sozialgesetzgebung forderte von den Ärzten, ihre professionelle Kompetenz im Spannungsfeld von individuellen und gesellschaftlichen Interessen neu zu gestalten. Insbesondere von Gaupp wurde die gesunkene Moral der Arbeiterschaft zu Beginn des 20. Jahrhunderts angeprangert und der Begriff des „Rentenkampfes“ geprägt; andere sprachen von der traumatischen Neurose als „Begehrungsneurose“ bzw. „Rentenneurose“ [57]. Die harten Auseinandersetzungen innerhalb der Ärzteschaft erreichten in den 1890er Jahren einen Höhepunkt. Das fehlende anatomisch nachweisbare Substrat und die Schwierigkeiten bei der Objektivierbarkeit der Symptome veranlassten einen Teil der Ärzteschaft zu der Sichtweise, dass es sich bei den Betroffenen um Simulanten handelte, die ihre Beschwerden übertrieben, um in den Genuss von Rentenzahlungen zu gelangen. Während Ärzte wie Oppenheim davon ausgingen, dass höchstens 5% der Betroffenen simulierten, veranschlagte die Gegenseite die Zahl der Simulanten mit etwa 30%. Die Konflikte um das Krankheitsbild der traumatischen Neurose reflektieren in hohem Maße die Verflechtung von Medizin, Sozialpolitik und gesellschaftlichen Interessen.

Das Konzept der traumatischen Neurose konnte sich im ausgehenden 19. Jahrhundert innerhalb der Ärzteschaft nicht als eigenständiges Krankheitsbild durchsetzen. Die implizierte Kausalität zwischen einem Trauma und der daraus resultierenden Symptomatik, die die Besonderheit der Diagnose ausmacht, wird im Prinzip bis heute kritisiert. Der Konflikt besteht darin, ob eine bereits vor dem traumatischen Ereignis bestehende Grunderkrankung oder pathologische Disposition angenommen werden muss, so dass das Trauma den Auslöser, nicht aber die Ursache der Symptomatik darstellt. Seit 1895 gerieten die Verfechter der Krankheit in die Defensive, da die Diskussion eine immer stärkere politische Färbung bekam. Ihre endgültige Niederlage erlitten sie im Ersten Weltkrieg, als auch von der Ärzteschaft eine vaterländische Gesinnung und damit ein Kampf gegen die „Kriegsneurotiker“ erwartet wurde. Einen detaillierten Überblick über die Bedeutung und Entwicklung der posttraumatischen Störungen in der deutschen Psychiatrie in den Jahren zwischen 1914 und 1921 geben die Arbeiten von Lerner [37,38], Kaufmann [31] und Lembach [36], der auch in einer Skizze die Entwicklung von der Kriegsneurose zum Syndrom der PTSD streift ([36], S. 21–33). Die Sichtweise der deutschen Nervenärzte unterschied sich von der ihrer Kollegen aus anderen europäischen Ländern insbesondere durch die Annahme einer konstitutionellen Psychopathologie bzw. Prädisposition. Während in England oder Frankreich die Erfahrungen des Ersten Weltkrieges zu einer Erweiterung des Verständnisses seelischer Störungen führten, verhinderte in Deutschland die Betonung eines konstitutionellen Faktors das Akzeptieren der Möglichkeit, dass extreme externe Belastungen psychische Erkrankungen bewirken können. Bonhoeffer [4] räumte in seinem 1921 herausgegebenen „Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/18“ zwar ein, dass sich durch den Krieg die Notwendigkeit der breiteren Bearbeitung psychoneurotischer Zustände ergeben habe; im Resultat hätten sich aber die schon vor dem Krieg vorherrschenden Auffassungen (gegenüber den Unfallneurosen und der Hysterie) nun endgültig bestätigt. Während in anderen Ländern Organisationen der Kriegsveteranen entstanden, die Pensionen für Soldaten übernahmen, erhielten die deutschen Soldaten nur in geringem Maße eine Entschädigung für ihre Leiden und liefen Gefahr, als „pension seekers“ [37] verhöhnt zu werden. Diese Entwicklung führte schließlich dazu, dass im Jahr 1926 der traumatischen Neurose der Status einer rentenberechtigenden Erkrankung vom deutschen Reichsversicherungsamt wieder aberkannt wurde. Die Bedeutung der klassischen „Kriegsneurosen“ im Zweiten Weltkrieg ging zwar zurück; dennoch existierte das Krankheitsbild auch damals [3,55].

### **Zwischen traumatischer Neurose und posttraumatischer Belastungsstörung**

Die Debatte um posttraumatische Erkrankungen wurde aber nach 1940 besonders in den USA von dem Psychoanalytiker Kardiner wiederbelebt, der Veteranen des Ersten Weltkrieges behandelte und dabei insbesondere verzögert einsetzende und chronifizierte Formen der Störung festgestellt hatte [30]. Dabei wurden aber die kontextuellen Bezüge der Symptomatik neu definiert. Von den wissenschaftlich tätigen Psychiatern wurde diese Errungenschaft damals jedoch weitgehend ignoriert [63]. Etwa zeitgleich veröffentlichte Lindemann [39] seine Arbeit über das „acute grief syndrome“ (akute Trauerreaktion) als Folge eines Brandes in einem Bostoner Nachtclub, bei dem es 500 Todesopfer gab. Theoretisch bezog er sich dabei auf Freuds Veröffentlichung

über Trauer und Melancholie von 1917 [15]. Freud hatte sich schon früh mit den Aktualneurosen beschäftigt, die im Erwachsenenalter erstmals auftreten können. In seiner Arbeit „Jenseits des Lustprinzips“ von 1920 legte er eine psychologische Theorie der traumatischen Neurosen vor, indem er einen „durchbrochenen Reizschutz“ als Ursache für die zu beobachtenden Symptome, z. B. bei Kriegsveteranen, annahm [16]. Diese Arbeiten – wie auch die Janets zum Traumagedächtnis [27,28] – fanden unter den Psychiatern in Deutschland nahezu keine Beachtung. Die Arbeiten, die hier die Diskussion über traumatisches Erleben erneut stimulierten, wurden erst viel später publiziert und beschäftigten sich mit den Folgen von Verfolgung und Konzentrationslagerhaft [42,61]. Zuvor konzentrierte sich die Debatte auf die psychischen Spätschäden des Zweiten Weltkrieges nach Kriegsgefangenschaft und bei Spätheimkehrern [5,35]. Wenn auch die Existenz eines unscharf definierten Überlebenden-Syndroms im Zusammenhang mit Verfolgung und KZ-Haft allgemein konstatiert wurde [45], so wurde dies doch nicht als Anlass gesehen, ein entsprechendes Traumakonzept in die psychiatrische Lehrmeinung aufzunehmen, vermutlich da man das zugrunde liegende Trauma einer KZ-Haft für einmalig und nicht verallgemeinerbar hielt. In der „Psychiatrie der Verfolgten“ [61] wird anhand mehrerer hundert Gutachten von nationalsozialistisch Verfolgten eine symptomatologische Differenzierung dreier Haupttypen erlebnisreaktiver Syndrome vorgelegt. Ältere Bezeichnungen wie „KZ-Neurose“ werden von den Autoren aufgrund einer zu geringen Beziehung zur üblichen psychiatrischen Terminologie abgelehnt. Bereits im Vorwort der Arbeit findet eine Abgrenzung von der traumatischen Neurose statt; diese wird als „Sozialneurose“ bezeichnet, die in hohem Maße an die Unfallgesetzgebung und das Bestehen von Versicherungen geknüpft sei. „In den Konzentrationslagern wurden die traumatischen Neurosen ... so gut wie ganz vermisst“ ([61], S. 24). Die Autoren fordern eine psychiatrische Traumatologie, die neben somatischen Schäden und stresstheoretischen Vorstellungen [58] vor allem einen sozial-anthropologischen Ansatz [59] und Ideen von von Gebattel [62] enthält und damit dem veränderten Weltbezug der Extremtraumatisierten gerecht wird. Die Arbeit von Matussek [42], die sich auf die Untersuchung einer unausgewählten Stichprobe von 245 KZ-Überlebenden stützt, beleuchtet die Probleme der Ärzte bei der diagnostischen Klassifizierung der psychischen Spätschäden sowie deren Bewertung. Er problematisiert in seiner Arbeit auch die Anerkennung der Verfolgungsbedingtheit der Beschwerden durch die begutachtenden Ärzte und die Entschädigungsbehörden. Dabei stellt er fest, dass nur ein vergleichsweise geringer Prozentsatz Betroffener psychiatrisch begutachtet wurde. Außerdem wurden – anders als im Ausland – überwiegend hirnorganische Veränderungen und chronische reaktive Depressionen als verfolgungsbedingt anerkannt, nicht aber neurasthenische und neurotische Störungen. Matussek selbst kommt in seiner Untersuchung zu einem breiten Spektrum körperlicher und psychischer Beschwerden, die er aufgrund der Zuordnungsprobleme zu gängigen psychiatrischen Diagnosen zu vier unterscheidbaren Syndromen zusammenfasste (Kontaktstörungen, Vitalstörungen, Angst und Depressivität).

In der internationalen psychiatrischen Diagnostik wurden mit der Entwicklung des DSM und dessen erster Ausgabe im Jahr 1952 erlebnisreaktive Störungen berücksichtigt (DSM-I „schwere Belastungsreaktion“, gross stress reaction). Diese hatten den Charakter vorübergehender Persönlichkeitsstörungen. Einzelne

Symptome wurden nicht benannt, eine Behandlung direkt nach dem Ereignis empfohlen. Anhaltende Symptome wurden nicht als situationsbedingte Belastungsreaktion begriffen, sondern als Ausdruck intrapsychischer Konflikte, die durch den externen Stressor aktiviert wurden. Im DSM-II (1968) wurde die Diagnose zugunsten der „Anpassungsreaktion im Erwachsenenalter“ (adjustment reaction of adult life) wieder aufgegeben.

Entstehungsmodelle posttraumatischer Störungen berücksichtigen heute vor allem kognitiv-psychologische Faktoren [11,14,25]. Man geht davon aus, dass prinzipiell jedes Individuum eine posttraumatische Symptomatik entwickeln kann. Horowitz [25] beschreibt die posttraumatische Symptomentwicklung als Übersteigerung normalpsychologischer emotionaler Reaktionen auf ein traumatisches Ereignis, das sich, sofern keine Auseinandersetzung mit dem Trauma erfolgt, in psychosomatischen Reaktionen und einem tiefgreifenden Persönlichkeitswandel niederschlagen kann. Als Hintergrundvariablen der Traumaentwicklung und -verarbeitung werden eine Reihe von Faktoren, wie z. B. Traumacharakteristika (Art und Dauer sowie Vorhersehbarkeit des Ereignisses), Personenmerkmale (Vorerfahrungen, Überzeugungen, körperlicher Zustand) und Umgebungsfaktoren (z. B. Reaktion der Umwelt und Verfügbarkeit sozialer Unterstützung), identifiziert, die aber weder als notwendige noch als hinreichende Bedingungen zur Vorhersage (chronischer) posttraumatischer Störungen angesehen werden können [11].

Die posttraumatische Symptomatik wird durch die Wahrnehmung einer andauernden Bedrohung genährt und aufrecht erhalten. Diese Wahrnehmung hängt wiederum mit individuellen Unterschieden in der Verarbeitung des erlebten Traumas (Charakteristika des Traumagedächtnisses und Interpretation des Traumas) zusammen. Bei den Betroffenen wurde festgestellt, dass das traumatische Ereignis nur bruchstückhaft erinnert werden kann, was andererseits zu ungewolltem Wiedererleben von Teilen des Ereignisses führt (Intrusionen). Ehlers u. Clark (zit. nach [11]) postulieren, dass das Trauma ungenügend verarbeitet und nicht in den Kontext anderer autobiografischer Erinnerungen eingebettet wurde. Die Betonung von Verarbeitungsmechanismen des Gedächtnisses als wesentlicher Grundlage für die posttraumatische Symptomentwicklung findet sich bereits in den frühen Arbeiten Janets ([27,28], auch [60]). Traumatisierte Personen scheinen sich körperlich zudem in einem „mobilisierten“ Zustand, bereit zu Kampf und Flucht, zu befinden, auch wenn keine äußere Bedrohung mehr besteht. Was mit den Arbeiten Cannons [6,7] zur Stressreaktion begann, wurde später von Selye [58] in seinem Konzept der Heterostase ausdifferenziert. Aktuelle Arbeiten zu den komplexen psychobiologischen Veränderungen bei Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen wurden insbesondere von der Arbeitsgruppe um van der Kolk vorgelegt [60].

### Die posttraumatische Belastungsstörung und ihre Kritik

Die posttraumatische Belastungsstörung (posttraumatic stress disorder) nahm man 1980 als eigenständiges Krankheitsbild in das DSM-III auf und ordnete sie den Angststörungen zu. Dies geschah aber wiederum erst nach heftigen, politisch motivierten Auseinandersetzungen um die gehäuft auftretenden Beschwerden vieler Vietnam-Veteranen, die unter psychischen Störungen infolge des Krieges litten, aber bis dahin undiagnostiziert blieben [63]. Erstmals wurden auch einzelne Krankheitssymptome be-

schrieben. In der revidierten Fassung der dritten Ausgabe des DSM von 1987 (DSM-III-R) nahm man eine Differenzierung der Symptome vor und führte ein Zeitkriterium ein. In der aktuellen Ausgabe des DSM (DSM-IV) wurde im A-Kriterium das Spektrum potenzieller Auslöser erweitert und das subjektive Erleben stärker betont, da sich das Gefühl der Bedrohung des eigenen Lebens als der konstanteste Prädiktor einer posttraumatischen Störung erwiesen hat [41]. Zudem wurde mit der akuten Belastungsstörung eine neue diagnostische Kategorie geschaffen. Die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung erschien 1991 auch in der 10. Ausgabe der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10), wobei man sich im Wesentlichen an die im DSM-III-R formulierten Kriterien anlehnte. Im ICD-10 wird mit der Diagnose der „andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ außerdem der Tatsache Rechnung getragen, dass traumatische Erlebnisse zu dauerhaften Beeinträchtigungen im Bereich sozialer Beziehungen und zu tiefgreifenden Persönlichkeitsveränderungen führen können. Es wird jedoch darauf hingewiesen, die Diagnose nach einer relativ kurzfristigen Bedrohung (wie z. B. einem Auto-unfall) nicht zu stellen, da eine Persönlichkeitsveränderung in derartigen Fällen auf eine vorbestehende psychische Vulnerabilität hindeute.

Die Einführung der PTSD-Diagnose hat die Forschung auf dem Gebiet der psychischen Traumafolgen stark stimuliert, so dass sich der Kenntnisstand über die Häufigkeit und das Erscheinungsbild posttraumatischer Störungen sowie deren Behandelbarkeit erheblich verbesserte. Dennoch ist mit dem Interesse an dem Störungsbild auch die Kritik am gegenwärtigen PTSB-Konzept gewachsen [18,23,26,34,47]. Ein Kritikpunkt betrifft die Tatsache, dass posttraumatische Belastungsstörungen nicht traumaspezifisch, sondern traumaübergreifend diagnostiziert werden, obgleich sich traumatisierende Ereignisse erheblich unterscheiden. Durch Menschenhand verursachte Traumata wie sexuelle und körperliche Misshandlungen führen in vielen Fällen zu stärkeren und persistierenderen Folgeerscheinungen als beispielsweise Traumatisierungen durch Naturkatastrophen [40]. Die PTSD-Diagnose erweist sich häufig als unzureichend, um Folgestörungen nach Extremtraumatisierung, wie sie z. B. bei Überlebenden des Holocaust festgestellt wurden, zu beschreiben. Diese wurden daher auch als Typ-II-Traumatisierung oder als komplexe posttraumatische Belastungsstörung charakterisiert [10,21,22].

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die Frage, welche Symptome einer posttraumatischen Störung unbedingt zuzuordnen bzw. wie diese zu gewichten sind [17]. Bei Oppenheim [46] umfasste die Diagnose der traumatischen Neurose ein breites Spektrum psychiatrischer und neurologischer Symptome, die sofort nach dem Trauma oder aber zeitlich verzögert auftreten konnten. Die aktuellen Kriterien zur Diagnosestellung beinhalten das Wiedererleben des traumatischen Erlebnisses („Intrusionen“), die Vermeidung von Stimuli, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, bzw. die gegenüber der Zeit vor dem Trauma herabgesetzte Reagibilität sowie die anhaltenden Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus. Viele Symptome, die über die Zeit von verschiedenen Autoren benannt wurden, wie z. B. die Dissoziation von Janet, finden keinen Niederschlag in den aktuellen diagnostischen Kriterien der PTSD oder werden anderen Diagnosen zugeordnet (z. B. stellen dissoziative Symptome ein entschei-



dendes Kriterium der akuten Belastungsstörung nach DSM-IV dar). Umgekehrt weisen psychische Störungen nach traumatischem Erleben nicht immer alle geforderten Symptome der PTSD auf. Die empirischen Arbeiten zu psychischen Folgestörungen politischer Haft in der SBZ/DDR zeigen, dass das PTSD-Konzept für eine Beschreibung der Symptomatik nicht ausreicht. Die Untersuchungen ergaben, dass insbesondere Angststörungen, Depressionen und somatoforme Störungen bei den Betroffenen sehr häufig sind [9,48–50]. Außerdem war bei vielen Betroffenen eine PTSD-Teilsymptomatik feststellbar, die zwar eine Diagnosestellung nicht zulässt, aber von den Untersuchern auf ein Trauma in der Anamnese zurückgeführt wurde und mit einem hohen Ausmaß an psychischer und sozialer Beeinträchtigung verbunden ist. Die Erkenntnis, dass infolge einer extremen traumatischen Erfahrung keineswegs nur die posttraumatische Belastungsstörungen im engeren Sinne, sondern ein Spektrum verschiedener Belastungsreaktionen im Sinne der „stress response syndromes“ auftreten können, wurde bereits von Horowitz geäußert [24–26]. Unter klinischen Gesichtspunkten erwog man, distinkte Typen von PTSD anhand der zusätzlich zu den Kernsymptomen vorherrschenden Symptomatik zu unterscheiden [1]. Neben der Unterscheidung von Typen von PTSD findet auch der Begriff „partielle PTSD“ Eingang in die Literatur, um Störungsbilder zu beschreiben, die einige, aber nicht alle Kriterien von PTSD erfüllen. Darüber hinaus tragen sowohl ICD-10 mit der „andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ als auch DSM-IV mit der zusätzlichen Kategorie DE-NOS („disorder of extreme stress, not otherwise specified“) dem Umstand Rechnung, dass PTSD zunehmend als ein unzureichendes Konzept zur umfassenden Erfassung posttraumatischer Störungen betrachtet wird.

Ein weiterer Kritikpunkt am PTSD-Konzept bezieht sich auf die noch immer bestehende Unklarheit hinsichtlich der Prozesse, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung entscheidend sind, sowie das hohe Ausmaß an komorbiden Störungen, insbesondere Major Depression, Angststörungen und Substanzmissbrauch, die in neueren epidemiologischen Studien mit rund 80% angegeben werden [32,33]. Die Fragen nach der primären Störung und dem Wechselspiel pathologischer Einflussfaktoren bleiben hierbei ungeklärt, weshalb Hoffmann-Richter u. Hiltbrunner [23] das Konzept der PTSD auch als simplifizierend und auf monokausales Denken reduzierend kritisierten.

Schließlich wird kritisiert, dass die Diagnose der PTSD wegen der ätiopathogenetischen Implikation eine Sonderstellung innerhalb der ansonsten atheoretischen und deskriptiven Störungskonzeption in den Diagnosemanualen (DSM und ICD) erhält und tautologische Züge aufweist, da zunächst bestimmte Symptome als posttraumatisch definiert wurden und dann vom Vorliegen solcher zum Teil wenig spezifischen Symptome auf eine traumatische Ursache geschlossen wird, ohne dass der pathogenetische Prozess im konkreten Fall nachvollziehbar sein muss [52]. Dies erschwert unter anderem die Feststellung eines kausalen Zusammenhanges in Begutachtungsfragen [2,23,47].

## Diskussion

Die Geschichte psychiatrischer Traumakonzepte in Deutschland lässt sich im Hinblick auf die Intensität der Diskussion sehr ver-

einfachend in vier Phasen einteilen: eine lebhaft und international führende Diskussion bis 1918, eine geringere Bedeutung entsprechender Konzepte bis weit nach dem Zweiten Weltkrieg, eine vereinzelte Diskussion von Folgestörungen bei Überlebenden der Konzentrationslager ab den 60er Jahren und ein erneutes Interesse, vornehmlich in den letzten 10 Jahren, bezogen auf das PTSD-Konzept. Aus medizingeschichtlicher Perspektive bereits gut aufgearbeitet ist der Zeitraum zwischen 1890 und 1918. Dies gilt weniger für die Zeit danach, insbesondere für den Zeitraum zwischen 1920 und 1960. Die Arbeiten Charcots und Janets sowie weitere psychoanalytische Traumakonzepte, die die damalige Debatte bestimmten, wurden hierzulande kaum rezipiert; die Diskussion um das Störungsbild verlagerte sich vornehmlich in die USA, so dass mit dem Erscheinen des DSM-III im Jahr 1980 die posttraumatische Belastungsstörung in Deutschland aufgrund der fehlenden Kontinuität in der Diskussion als neue Krankheitsentität rezipiert werden musste. Auch später fand eher eine langsame Rezeption der Diagnose statt. In den 90er Jahren ist dann eine rapide Popularisierung des Konzeptes zu verzeichnen. Die Verbreitung des Konzeptes in jüngster Zeit ist eng mit angloamerikanischen Denkweisen und der entsprechenden Literatur verbunden. Eine eigenständige originäre Diskussion zum Thema von PTSD hat sich in Deutschland bisher kaum entwickelt.

Die frühen Arbeiten zur traumatischen Neurose erhielten sehr schnell auch eine politische Dimension. Als eine Störung, die in Entschädigungsfragen eine besondere Rolle spielt, ging auch in den USA mit der Einführung der posttraumatischen Belastungsstörung in das DSM-III eine politische Debatte einher. Hierzulande, so scheint es, geriet die traumatische Neurose mit dem Wegfall der Entschädigungsberechtigung im Jahr 1926 zunehmend in Vergessenheit. Die besondere Situation der Nachkriegszeit, die sich stark auf den Wiederaufbau konzentrierte, war der Beschäftigung mit psychotraumatologischen Fragestellungen eher abträglich. Im Zentrum der eher geringen Beschäftigung mit psychischen Traumata in den 60er Jahren standen die Erfahrungen der Überlebenden der Konzentrationslager. Auch die theoretische Debatte wurde mit den Arbeiten zu den psychischen Folgen von Konzentrationslagerhaft kurzzeitig wiederbelebt. Ein Rückgriff auf bestehende Forschungstraditionen bzw. das Konzept der traumatischen Neurose gab es allerdings nicht. Stattdessen wurde nach anderen diagnostischen Klassifikationen gesucht, die der Singularität der erlebten Belastung gerecht würden.

Die Frage, ob es sich bei den psychischen Folgen traumatischen Erlebens um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt, war seit dem Entstehen des Konzepts der traumatischen Neurose umstritten. Auch nach 1980 gab es Kritik an der Konzeptualisierung der Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung, die Veränderungen im DSM-IV (insbesondere im Hinblick auf das A-Kriterium, d.h. das traumatische Ereignis) zur Folge hatte. Allerdings scheint im Unterschied zur historischen Debatte heutzutage weitgehend akzeptiert, dass ein Trauma grundsätzlich als Ursache auch anhaltender seelischer Störungen infrage kommt, ohne dass unbedingt eine besondere individuelle Disposition vorliegen muss. Über die Zeit hat eine Erweiterung des Traumbegriffs stattgefunden (von der „railway spine“ hin zu einer Palette unterschiedlicher lebensbedrohlicher Ereignisse). Aufgrund dieser Tatsache wird die Frage nach der Einheitlichkeit bzw. Unterschiedlichkeit der psychischen Folgen traumatischen Erlebens

bedeutend. Zudem hat eine Abkehr von einer quasi-reflektori-schen zugunsten einer psychologischen Betrachtungsweise stattgefunden, die das Erleben der betroffenen Person miteinbezieht. Damit hat sich die Diskussion von der ätiologischen Seite weg auf das posttraumatische Prozessgeschehen und die individuellen Bewältigungsmechanismen verschoben.

In der gegenwärtigen Diskussion ist PTSD weiterhin ein wesentlicher Bezugspunkt, auch wenn das Konzept zunehmend kritisiert wird. Dabei ist zur Zeit unklar, ob die Literatur zukünftig eher zu einer weiteren Differenzierung von PTSD oder zu dessen Aufgabe tendieren wird [51,52]. In jedem Fall ist zu erwarten, dass trotz der intensiven Debatte, insbesondere in den letzten 10 Jahren, die Kontroversen um die Entwicklung, Klassifizierung und Behandlung psychischer Folgen von Extrembelastung vorerst bestehen bleiben. Die historische Betrachtung zeigt, dass Grundzüge dieser Kontroversen seit mehr als 110 Jahren wiederkehren, auch wenn die Geschichte psychiatrischer Traumakonzepte in Deutschland insgesamt durch eine auffallende Diskontinuität gekennzeichnet ist. Der historische Vergleich mag dabei helfen, die gegenwärtige Debatte einzuordnen und Konstanten und Diskontinuitäten sowie neue Qualitäten zu erkennen. Sie weist insbesondere darauf hin, dass die Diskussion von psychiatrischen Fachvertretern nicht isoliert geführt, sondern stets vom politisch-sozialen Kontext beeinflusst wird.

## Literatur

- 1 Alarcon RD, Deering CG, Glover SG. Should there be a clinical typology of posttraumatic stress disorder? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997; 31: 159 – 167
- 2 Bauer M, Priebe S. Zur Begutachtung psychischer Störungen nach politischer Haft in der DDR. *Nervenarzt* 1995; 66: 388 – 396
- 3 Blaßneck K. Militärpsychiatrie im Nationalsozialismus: Kriegsneurotiker im Zweiten Weltkrieg. Würzburg: Deutscher Wissenschafts-Verlag, 2000
- 4 Bonhoeffer K. Geistes- und Nervenkrankheiten. Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/18 Bd. IV. Berlin: 1921
- 5 Bürger-Prinz HH. Die seelische und soziale Situation des Heimkehrers. In: *Extreme Lebensverhältnisse und ihre Folgen: Handbuch der ärztlichen Erfahrungen aus der Gefangenschaft*. Bad Godesberg: Verband der Heimkehrer, Kriegsgefangenen u. vermissten Angehörigen Deutschlands e.V., 1959
- 6 Cannon WB. The emergency function of the adrenal medulla in pain and the major emotions. *American Journal of Physiology* 1914; 33: 356 – 372
- 7 Cannon WB. *The wisdom of the body*. New York: Norton, 1939
- 8 Davidson JRT, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological Medicine* 1991; 21: 713 – 721
- 9 Denis D, Eslam J, Priebe S. Psychische Störungen nach politischer Inhaftierung in der Sowjetischen Besatzungszone und der ehemaligen DDR von 1945 – 1972. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie* 1997; 65: 524 – 530
- 10 Dreßing H, Berger M. Posttraumatische Streßerkrankungen. Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzepts. *Nervenarzt* 1991; 62: 16 – 26
- 11 Ehlers A. Posttraumatische Belastungsstörung. *Fortschritte der Psychotherapie* Bd. 8. Göttingen: Hogrefe, 1999
- 12 Erichsen JE. On railway and other injuries of the nervous system. Philadelphia: H. C. Lea, 1867
- 13 Fischer-Homberger E. Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden. Bern: Huber, 1975
- 14 Foa EB, Rothbaum BO. *Treating the trauma of rape. Cognitive-behaviour therapy for PTSD*. New York: Guilford, 1998
- 15 Freud S. *Trauer und Melancholie*. Studienausgabe Bd. 3. Frankfurt am Main: Fischer, 1917
- 16 Freud S. *Jenseits des Lustprinzips*. Studienausgabe Bd. 3. Frankfurt am Main: Fischer, 1920
- 17 Gersons BPR. Patterns of post-traumatic stress disorder among police officers following shooting accidents. The two dimensional model and some treatment implications. *Journal of Traumatic Stress* 1989; 2: 247 – 257
- 18 Gersons BPR, Carlier I. Post-traumatic stress disorder: The history of a recent concept. *British Journal of Psychiatry* 1992; 161: 742 – 748
- 19 Gersons BPR, Denis D. Das Konzept der posttraumatischen Belastungsstörung. In: Priebe S, Denis D, Bauer M (Hrsg): *Eingesperrt und nie mehr frei – Psychisches Leiden nach politischer Haft in der DDR*. Darmstadt: Steinkopff, 1996: 3 – 12
- 20 Green BL, Lindy JD, Grace MC, Leonard AC. Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1992; 180: 760 – 766
- 21 Herman JL. *Trauma and recovery*. New York: Basic Books, 1992
- 22 Herman JL. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1992; 5: 377 – 391
- 23 Hoffmann-Richter U, Hiltbrunner B. Von der Neurose zum Trauma – zur Diskussion um Diagnostik, Behandlung und Entschädigung psychischer Unfallfolgen. *Spectrum* 2001; 30: 58 – 64
- 24 Horowitz MJ. *Stress response reactions*. New York: Basic Books, 1976
- 25 Horowitz MJ. Stress-response-syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital and Community Psychiatry* 1986; 37: 241 – 249
- 26 Horowitz MJ. Stress-Response Syndromes. A review of posttraumatic stress and adjustment disorders. In: Wilson JP, Raphael B (eds): *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press, 1993: 49 – 60
- 27 Janet P. L'Amnesie et la dissociation des souvenirs par l'emotion. *J Psychologie* 1904; 4: 417 – 453
- 28 Janet P. *Les medicaments psychologiques*. Paris: Alcan, 1919
- 29 Kapfhammer H-P. Posttraumatische Belastungsstörung. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P (Hrsg): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer, 2000: 1247 – 1270
- 30 Kardiner A. Traumatic Neuroses of War. In: Arieti S (Hrsg): *American Handbook of Psychiatry*. New York: Basic Books, 1959: 245 – 257
- 31 Kaufmann D. *Science as cultural practice: psychiatry in the First World War and Weimar Germany*. Berlin: Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte Berlin, 1998; Reprint 90
- 32 Keane TM, Wolfe J. Comorbidity in Post-Traumatic Stress Disorder: an analysis of community and clinical studies. *Journal of Applied Psychology* 1990; 20 (21): 1776 – 1788
- 33 Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry* 1995; 52: 1048 – 1060
- 34 Kinzie DJ, Goetz RR. A century of controversy surrounding posttraumatic stress-spectrum syndromes: The impact on DSM-III and DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress* 1996; 9: 159 – 179
- 35 Kornhuber W. *Psychologie und Psychiatrie der Kriegsgefangenschaft*. Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III. Berlin: 1961
- 36 Lembach F. Die „Kriegsneurose“ in deutschsprachigen Fachzeitschriften der Neurologie und Psychiatrie von 1889 bis 1922. *Heidelberg: Diss. med*, 1998
- 37 Lerner PF. *Hysterical Men: War, neuroses and german mental medicine 1914 – 1921*, Columbia University: Ph.D. dissertation, 1996
- 38 Lerner P. Rationalizing the Therapeutic Arsenal. German Neuropsychiatry in World War I. In: Berg M, Cocks G (eds): *Medicine and Modernity. Public Health and Medical Care in Nineteenth- and Twentieth-Century Germany*. Cambridge, New York, Melbourne: Cambridge University Press, 1997: 121 – 148
- 39 Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry* 1944; 101: 141 – 148
- 40 Maercker A. Erscheinungsbild, Erklärungsansätze und Therapiefor-schung. In: Maercker A (Hrsg): *Die Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen*. Berlin: Springer, 1997: 3 – 49
- 41 March JS. What constitutes a stressor? The „criterion A“ issue. In: Davidson JRT, Foa EB (eds): *Post-traumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington: American Psychiatric Press, 1993: 37 – 56
- 42 Matussek P. *Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen*. Berlin: Springer, 1971
- 43 Micalé MS. Charcot and the idea of hysteria in the male: gender, mental science and medical diagnosis in late nineteenth-century France. *Medical History* 1990; 34: 363 – 411
- 44 Möller HJ, Laux G, Kapfhammer H-P. *Psychiatrie und Psychotherapie* Kap. 54. Berlin: Springer, 2000: 1247 – 1270

- <sup>45</sup> Niederland WG. Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom, Seelenmord. Frankfurt a. M.: Edition Suhrkamp N.F. 15, 1980
- <sup>46</sup> Oppenheim H. Die traumatische Neurose. Berlin: August Hirschwald, 1889
- <sup>47</sup> Priebe S, Bauer M. Leitlinien für die Begutachtung psychischer Störungen nach politischer Haft. Der medizinische Sachverständige 1996; 92: 20–25
- <sup>48</sup> Priebe S, Rudolf H, Bauer M, Häring B. Psychische Störungen nach politischer Inhaftierung in der DDR – Sichtweisen der Betroffenen. Fortschritte Neurologie Psychiatrie 1993c; 61: 55–61
- <sup>49</sup> Priebe S, Bolze K, Rudolf H. Andauernde psychische Störungen nach Repressalien infolge eines Ausreiseantrages in der damaligen DDR. Fortschritte Neurologie Psychiatrie 1994; 62: 433–437
- <sup>50</sup> Priebe S, Denis D. Leiden bis heute – über die psychischen Folgen politischer Verfolgung in der DDR. Nervenheilkunde 1998; 17: 84–90
- <sup>51</sup> Priebe S. Gegenwart und Perspektiven. In: Priebe S, Denis D, Bauer M (Hrsg): Eingesperrt und nie mehr frei – Psychisches Leiden nach politischer Haft in der DDR. Darmstadt: Steinkopff, 1996: 89–92
- <sup>52</sup> Priebe S. A special challenge to mental health care. In: Braidwood A (ed): Psychological Injury – Understanding and Supporting. London: The Stationary Office, 2001: 103–113
- <sup>53</sup> Radkau J. Industrialisierung des Bewußtseins und moderne Nervosität: Zur Mythologie und Wirklichkeit der Neurasthenie im Deutschen Kaiserreich. In: Milles D (Hrsg): Gesundheitsrisiken, Industriegesellschaft und soziale Sicherung in der Geschichte. Schriftenreihe Gesundheit-Arbeit-Medizin 7. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 1993: 363–385
- <sup>54</sup> Radkau J. Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler. München, Wien: Carl Hanser Verlag, 1998
- <sup>55</sup> Roth KH. Die Modernisierung der Folter in den beiden Weltkriegen: Der Konflikt der Psychotherapeuten und Schulpsychiater um die deutschen „Kriegsneurotiker“ 1915–1945. 1999. Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts 1987; 2, H. 3: 8–75
- <sup>56</sup> Schmiedebach H-P. Die „traumatische Neurose“ – Soziale Versicherung und der Griff der Psychiatrie nach dem Unfallpatienten. In: Hubenstorf M, Lammel HU, Münch R, Schleiermacher S, Schmiedebach H-P, Stöckel S (Hrsg): Medizingeschichte und Gesellschaftskritik. Festschrift für Gerhard Baader. Husum: Matthiesen, 1997: 123–134 (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 81)
- <sup>57</sup> Schmiedebach H-P. Post-traumatic neurosis in nineteenth-century Germany: a disease in political, juridical and professional context. History of Psychiatry 1999; 10: 27–57
- <sup>58</sup> Selye H. Homeostasis and the reactions of stress: a discussion of Walter B. Cannon's contributions. In: The life and contributions of Walter Bradford Cannon 1871–1945. New York: State University of New York Downstate Medical Center, 1975
- <sup>59</sup> Straus E. Geschehnis und Erlebnis. Berlin: Springer, 1930
- <sup>60</sup> van der Kolk BA, Brown P, van der Hart O. Pierre Janet on post-traumatic stress. Journal of Traumatic Stress 1989; 2: 365–379
- <sup>61</sup> v Baeyer W, Häfner H, Kisker KP. Psychiatrie der Verfolgten. Berlin: Springer, 1964
- <sup>62</sup> v Gebattel V. Die phobische Fehlhaltung. Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie Bd. II. München: Urban & Schwarzenberg, 1959: 102ff
- <sup>63</sup> Young A. The harmony of illusions. Inventing post-traumatic stress-disorder. Princeton: Princeton University Press, 1995

## Buchbesprechung

### ■ **Nymphomanie: Eine Historikerin auf der Jagd nach dem fliegenden Holländer**

Das beste an Carol Gronemans Buch ist das Nachwort; und das ist ganze zweieinhalb Seiten lang. Ansonsten fragt der interessierte Leser sich, was sie in den zehn Jahren, die sie, wie sie im Vorwort schreibt, über das Phänomen Nymphomanie geforscht hat, denn so getrieben hat. Möglicherweise war ihr Problem – und sie deutet das auch an –, dass sie sich als Historikerin mit Problemen vertraut machen musste, die in die Medizin und in die Rechtswissenschaften gehören; und das wiederum erklärt möglicherweise, dass das fleißige, gut lesbare Buch absolut nichts Neues bringt; und das ist eindeutig zu wenig. Dennoch vermittelt es einen passablen Überblick über diesen fliegenden Holländer der Sexualwissenschaften.

Groneman verfolgt „die Nymphomanie“, die Vorstellungen davon, durch die vergangenen zweieinhalb Jahrhunderte. Sie beschreibt die Zeitgebundenheit der moralischen und medizinischen Ideen dazu, die barbarischen Methoden, der tatsächlichen oder angeblichen, wahrscheinlich eher angeblichen Hypersexualität mit dem Messer zu Leibe zu rücken (die wir aus anderen Gebieten der Medizin zu genüge kennen, und von denen fast immer Frauen betroffen sind!). Sie zeigt die Veränderung des Bildes von der Nymphomanie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, insbesondere im Zusammenhang mit der so genannten sexuellen Revolution im Kapitel „Happy Nymphos and Sexual Addicts“, das zu lesen sich lohnt.

Bemerkenswert und interessant zu lesen ist auch die Geschichte der Diagnose Nymphomanie im DSM, dem diagnostischen und statistischen Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft: Es gab sie, diese Diagnose, in den ersten drei Versionen des DSM. Erst im DSM-III-R von 1987 verschwand sie. Stattdessen tauchte der Begriff der „Sexual Addiction“ auf, der im DSM-IV wieder aufgegeben wurde, der als „Seksucht“ in Feuilletons, Zeitschriften und Talk-Shows aber weiterhin fröhliche Urstände feiert.

Am Ende bleibt die Frage: Nymphomanie gibt es die? Bereits Alfred Kinsey hatte in den 50er Jahren mit einem klaren Nein! geantwortet; und so wird es wohl sein. Andererseits: „Obwohl die sexuelle Revolution die doppelten Standards der Vergangenheit über die Freude am Sex – und darüber, wie viel Sex ‚normal ist‘ – verändert hat, besteht weiterhin eine tiefgreifende Zwiespältigkeit gegenüber der weiblichen Sexualität. Frauen sehen sich immer noch in einer Beziehungsfalle: Sie sollen sexuelle Wünsche haben, aber nicht zu aggressive; sie sollen sexuell erfahren sein, aber nicht erfahrener als ihre Partner.“ Nymphomanie meint Carol Gronemann abschließend, „auf die Gefahr hin die Methapern zu vermischen“, sei wie ein Eisberg. Der sichtbare Teil an der Oberfläche sei weniger wichtig (und gefährlich) als der verborgene Teil unter Wasser. Asmus Finzen, Basel

▶ Groneman C. **Nymphomania – A History**. 2001, 243 Seiten. (Fusion Press, London.) £ 9,99