

Psychotherapeut 2007 · 52:212–217
 DOI 10.1007/s00278-006-0521-y
 Online publiziert: 12. Dezember 2006
 © Springer Medizin Verlag 2006

Redaktion
 M. Cierpka, Heidelberg

Philipp Kuwert^{1,3} · Carsten Spitzer¹ · Anna Träder¹ · Harald J. Freyberger¹ · Michael Ermann^{2,3}

¹ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald im HANSE-Klinikum Gmbh, Stralsund

² Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Ludwig-Maximilian Universität, München

³ Projekt Kriegskindheit, Universität, München

Posttraumatische Belastungssymptome als Spätfolge von Kindheiten im Zweiten Weltkrieg

Kriegsereignisse führen zu komplexen Traumatisierungen, die körperliche Verletzungen, Todesängste, Heimatverlust, gewaltsamen Tod von Bezugspersonen, emotionale Vernachlässigung und Mangel erleben (Hunger, Armut) beinhalten können (Berman 2001). Kinder stellen eine sehr verletzte Untergruppe dar, deren Nöte im Kriegsgeschehen in der Regel kaum Beachtung und Schutz finden (Barenbaum et al. 2004).

Hintergrund und Fragestellung

Die Studienlage zu posttraumatischen Symptomen bei Kriegskindern ist angesichts der epidemiologischen Bedeutung im Hinblick auf weltweite kriegerische Auseinandersetzungen ausgesprochen dürftig (Shaw 2003). Saigh (1991) stellte bei einem Drittel libanesischer Jugendlicher, die direkten Kriegseinwirkungen ausgesetzt waren, die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Von den Kriegskindern aus Kuwait klagten 70% nach dem ersten Golfkrieg über posttraumatische Symptome (Nader et al. 1993). Bezüglich längerfristiger Auswirkungen ist die Datenlage inkonsistent: Eine irakische Untersuchung ergab, dass posttraumatische Symptome

bei dem überwiegenden Teil der untersuchten Kriegskinder (80%) 2 Jahre nach Kriegsende noch unverändert nachweisbar waren (Dyregrov et al. 2002). Andere Studien fanden eine Abnahme posttraumatischer Symptomatik nach Beendigung kriegerischer Auseinandersetzungen: Aus einer Untersuchung an Kriegskindern des Gazastreifens geht hervor, dass die initiale PTBS-Prävalenz von 40% ein Jahr nach Beginn des Friedensprozesses auf 10% abnahm (Thabet u. Vostanis 1999). Fünf Jahre nach dem Einschlag einer SCUD-Rakete war die posttraumatische Symptomatik bei Kindern deutlich reduziert, aber noch bei 8% der Betroffenen nachweisbar. Die ausbleibende Besserung war signifikant mit Defiziten in der familiären Betreuung und mit dem Verlust des Elternhauses assoziiert (Laor et al. 2001). Die unterschiedlichen Ergebnisse bezüglich der Persistenz posttraumatischer Symptome bei Kriegskindern in Friedenszeiten können verschiedene Gründe haben; hierbei spielen initiale Symptomschwere, fehlende familiäre Unterstützung und fortdauernder Heimatverlust eine herausragende Rolle (Barenbaum et al. 2004).

Die Auswirkungen kriegsbedingter Traumatisierungen auf das höhere Lebensalter sind bislang kaum untersucht worden. Jahrzehnte nach Ende des Krieges

hat Schepank (1990) Mitte der 1980er-Jahre in einer epidemiologischen Felduntersuchung in Mannheim beim Vergleich der Jahrgänge 1935, 1945, 1955 in der Nachuntersuchung deutliche Unterschiede zwischen den Kohorten bezüglich psychisch bedingter Erkrankungen gefunden: 40% der „Spätkriegskinder“ des Jahrgangs 1945, 30% der „Frühkriegskinder“ des Jahrgangs 1935 und 20% der Nachkriegskinder des Jahrgangs 1955 zeigten seelisch bedingte Erkrankungen. Demnach gibt es deutliche Hinweise dafür, dass die Entwicklungsbedingungen der Kriegs- und Nachkriegszeit nachhaltige Folgen auf die spätere Gesundheit hatten. Teegen und Meister (Teegen u. Meister 2000) fanden in einer Stichprobe von vertriebenen Jugendlichen des Zweiten Weltkrieges eine PTBS-Prävalenz von 5%. In einer Studie an 47 Überlebenden der Bombardierung von Dresden (zum Zeitpunkt des Bombenangriffs darunter 17 Kinder) wurde eine vergleichsweise niedrige Prävalenz von PTBS-Symptomen gefunden (Maercker u. Herrle 2003). Eine jüngst erschienene Untersuchung an Vertriebenen, die während des Zweiten Weltkriegs überwiegend Jugendliche und junge Erwachsene waren, kam zu einer PTBS-Prävalenz von 9,8% (Fischer et al. 2006). Andererseits haben die meisten Kinder des Zwei-

ten Weltkriegs augenscheinlich ihr Leben bislang gut bewältigt: Der Wiederaufbau als beeindruckende Kollektivleistung, Familiengründungen und berufliche Karrieren sprechen auch für die Leistungsfähigkeit der Generation. Nun – im Rahmen der anstehenden oder schon stattgefundenen Berentung – kann es zu einem stärkeren Anfluten von kriegsassozierten Erinnerungen kommen. Der Wegfall identitätsstiftender – und ablenkender – beruflicher Tätigkeit, die Begrenztheit der eigenen Lebensperspektive und zunehmende Verlusterfahrungen werden als mögliche Einflüsse diskutiert (Radebold 2003). Die vorliegende Studie untersuchte im Rahmen des Projekts „Kriegskindheit“ an der Universität München (Ermann 2005; Ermann u. Müller 2007) bei einer Gruppe früherer deutscher Kriegskinder Art und Häufigkeit kriegsbedingter Traumatisierungen, posttraumatische Symptome und die psychopathologische Beeinträchtigung in der Gegenwart.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Probanden

Die Studienteilnehmer wurden über einen Artikel in der „Ostseezeitung“ (Stralsunder Regionalzeitung) und ein Radiointerview des Norddeutschen Rundfunks (NDR 1) gewonnen. Der Artikel und der Radiobeitrag waren bewusst zurückhaltend formuliert: Es wurden zwischen 1933 und 1945 geborene Probanden gesucht,

um über ihre Erlebnisse während des Zweiten Weltkriegs zu berichten. Stattgehabte Kriegstraumatisierung war ausdrücklich kein Aufnahmekriterium. Es nahmen 93 Probanden an der Studie teil, davon 50 Frauen (53,8%) und 43 Männer (46,2%). Aus den ehemaligen Ostgebieten bzw. Gebieten, die nach 1933 dem Dritten Reich „angeschlossen“ wurden, stammten 57 Teilnehmer (60,6%); 37 Probanden (39,4%) lebten in den Grenzen der heutigen Bundesrepublik Deutschland. Das Alter der Betroffenen reichte von 61–72 Jahren, im Durchschnitt waren die Probanden 67,3 Jahre alt (Standardabweichung=3,4 Jahre).

Instrumente

Die „posttraumatic diagnostic scale“ (PDS; Foa et al. 1997) wurde in ihrer deutschen Fassung (Ehlers et al. 1996) als Verfahren zur Erhebung posttraumatischer Symptome verwendet. Sie ist ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung, der die Häufigkeit und Schwere der im „diagnostic and statistical manual of mental disorders- (DSM-IV“ (American Psychiatric Association 1994) genannten PTBS-Symptome erfasst. Für unsere Studie wurde der Fragebogen wie folgt modifiziert: Die Probanden wurden qualitativ nach den drei schlimmsten Erlebnissen im Zweiten Weltkrieg gefragt; anschließend sollte das schlimmste Erlebnis angekreuzt werden. Die weitere Erfassung der PTBS-Symptomatik bezog sich auf dieses Ereignis. Die im qualitativen Teil des Fragebogens erhobenen

Narrative wurden zur quantitativen Erfassung mithilfe einer kategorialen Checkliste differenziert. Die Checkliste unterteilte in die Kategorien *Frontkontakt, Traumata durch Besatzungssoldaten, Flucht/Vertreibung, kriegsbedingter Tod von Angehörigen, Trennung von der Familie, Miterleben von NS-Verfolgung* und *sonstige Kriegstraumata*.

Die Symptom-Check-Liste 90 (SCL-90; Derogatis et al. 1973) wurde in ihrer revidierten Fassung als deutsche Übersetzung (Franke 2002) zur Beurteilung der allgemeinen Psychopathologie eingesetzt. Anhand der 90 Items lassen sich insgesamt 9 syndromale Scores sowie ein Gesamt-Schwere-Index (GSI) berechnen. Die Skalen sind im Einzelnen: *Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken* und *Psychotizismus*. Die SCL-90 ist ein in der Psychotherapieforschung sehr verbreitetes Verfahren mit guten psychometrischen Kennwerten (Geiser et al. 2001).

Statistik

Die Datenanalyse erfolgte mit dem Computerprogramm SPSS („statistical package for the social sciences“, Version 11.5). Für Gruppenvergleiche wurden Mann-Whitney-U-Tests gerechnet. Das Signifikanzniveau wurde bei $p < 0,05$ festgesetzt.

Hier steht eine Anzeige.

Tab. 1 Traumatische Erlebnisse von ehemaligen Kriegskindern, erfasst mit der modifizierten Posttraumatic diagnostic scale

Erlebnis	Alle berichteten Erlebnisse		Schlimmstes Erlebnis		Schlimmstes Erlebnis und PTBS-Symptomatik	
	n	% ^a	n	%	n	% ^b
Frontkontakt	62	66,7	20	21,5	3	30,0
Traumata durch Besatzungssoldaten	50	53,8	16	17,2	3	30,0
Flucht/Vertreibung	49	52,7	16	17,2	3	30,0
Kriegsbedingter Tod von Angehörigen	27	29,0	12	12,9	0	0
Hunger	16	17,2	2	2,2	0	0
Trennung von der Familie	14	15,1	10	10,8	0	0
Miterleben von Verfolgung durch die Nationalsozialisten	6	6,5	2	2,2	0	0
Sonstige Erlebnisse	33	35,5	11	11,8	1	10,0

PTBS posttraumatische Belastungsstörung.
^a„Drei schlimmste Erlebnisse im Zweiten Weltkrieg“, bezogen auf die Gesamtzahl der Probanden (n=93);
^bbezogen auf die „PTBS+-Untergruppe“ (n=10).

Tab. 2 Vergleich der aktuellen Psychopathologie (SCL-90-R) bei früheren Kriegskindern ohne posttraumatische Symptomatik („PTBS–“, n=83) und solchen mit kriegsassozierten PTBS-Symptomen („PTBS+“, n=10)

SCL-90-R	PTBS–		PTBS+		Z	p
	M	SD	M	SD		
Somatisierung	0,7	0,6	1,0	0,6	–1,60	0,110
Zwanghaftigkeit	0,7	0,5	1,3	0,8	–2,63	0,009
Soziale Unsicherheit	0,7	0,6	1,4	0,9	–2,59	0,009
Depressivität	0,7	0,6	1,4	0,7	–3,23	0,001
Ängstlichkeit	0,5	0,5	1,0	0,6	–2,35	0,019
Aggressivität	0,4	0,5	0,7	0,6	–1,50	0,133
Phobische Angst	0,3	0,4	0,7	0,6	–2,01	0,045
Paranoides Denken	0,6	0,7	1,1	0,7	–2,36	0,018
Psychotizismus	0,3	0,4	0,6	0,4	–2,56	0,010
GSI	0,6	0,4	1,1	0,5	–3,00	0,003

M Mittelwert, SD Standardabweichung, Z Bitte geben Sie hier eine Erklärung für die Variable „Z“ an.
#; p Signifikanzniveau.
GSI Gesamt-Schwere-Index, SCL-90-R „symptom checklist-90-R“.

Ergebnisse

Nach dem PDS erfüllten 13 Probanden (14,0%) die DSM-IV-Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung im Längsschnitt; 10 Probanden (10,8%) litten zum Zeitpunkt der Untersuchung unter signifikanten PTBS-Symptomen. Durchschnittlich 2,8 traumatische Erlebnisse wurden berichtet (■ **Tab. 1**). Über

direkten Frontkontakt berichteten 66,7% der Teilnehmer, mehr als 50% beschrieben Misshandlungen durch sowjetische Besatzungstruppen und ebenfalls über 50% nannten Flucht bzw. Vertreibung aus den ehemaligen Ostgebieten als schlimmstes Erlebnis. Etwa ein Drittel berichtete über den kriegsbedingten Tod von direkten Angehörigen. Traumata durch Besatzungssoldaten, Heimatverlust und di-

rekter Frontkontakt trugen in gleichem Ausmaß zu 90% der aktuellen posttraumatischen Symptomatik bei.

Davon ausgehend wurden folgende Untergruppen gebildet:

1. Studienteilnehmer ohne aktuelle kriegsassozierte posttraumatische Symptomatik (n=83; 89,2%), im Folgenden „PTBS-negativ“ und
2. Probanden mit aktuell signifikanten Symptomen im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung (n=10; 10,8%), „PTBS-positiv“ genannt.

Es zeigten sich signifikante Unterschiede im Hinblick auf die aktuelle Psychopathologie, gemessen mit dem SCL-90-R: Probanden mit weltkriegsassoziierter PTBS-Symptomatik waren in den meisten Subskalen und im GSI hochsignifikant bis signifikant belasteter als ehemalige Kriegskinder ohne posttraumatische Symptome im Sinne einer PTBS (■ **Tab. 2**). Ausnahmen bildeten lediglich die Subskalen Somatisierung und Aggressivität, die sich zwischen beiden Gruppen nicht signifikant unterschieden.

Diskussion

Die Untersuchung hatte zum Ziel, Art und Schwere der Traumatisierung, die posttraumatische Symptomatik und die aktuelle psychopathologische Belastung bei Probanden zu evaluieren, die ihre Kindheit während des Zweiten Weltkriegs verbracht haben. Bisherige Studienergebnisse zu Kriegskindern bestätigend, fanden wir ein hohes Ausmaß an traumatischer Erfahrung (Laor et al. 2001; Saigh 1991; Teege u. Meister 2000; Thabet u. Vostanis 1999): Über 50% berichteten über direkte Kriegseinwirkungen, gewaltsame Übergriffe durch Besatzungssoldaten und Heimatverlust. Etwa ein Drittel der Studienteilnehmer beklagten den kriegsbedingten Tod naher Angehöriger.

Noch 60 Jahre nach Kriegsende litten 10,8% der Probanden unter signifikanten posttraumatischen Symptomen im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die bislang wenigen Studien, die posttraumatische Symptome bei Kriegskindern evaluiert haben, nennen sehr unterschiedliche PTBS-Prävalenzen, die zwischen 8 und 80% beziffert werden (Dyreg-

rov et al. 2002; Laor et al. 2001; Shaw 2003; Thabet u. Vostanis 1999). Fast alle bisherigen Untersuchungen evaluierten die Probanden während oder wenige Jahre nach Beendigung des Konflikts, während die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung den Einfluss kindlicher Kriegstraumatisierung auf das höhere Lebensalter unterstreichen. Inwiefern es sich hierbei um einen nachhaltigen Einfluss im Sinne einer Chronifizierung oder um Phänomene der Reaktualisierung handelt, lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht beurteilen. Im Gegensatz zu den Untersuchungen der Arbeitsgruppen von Maercker bzw. Teegen war die Prävalenz von posttraumatischen Symptomen in der vorliegenden Studie vergleichsweise hoch (Maercker u. Herrle 2003; Teegen u. Meister 2000). Beide Autoren untersuchten nur zu einem Teil ehemalige *Kriegskinder*, die insbesondere in der Arbeit von Maercker und Herrle den kleineren Teil der untersuchten Stichprobe stellten (Maercker u. Herrle 2003). Es ist bekannt, dass jüngere Erwachsene bezüglich sozialer Traumatisierung im Vergleich zu traumatisierten Kindern eine geringere Vulnerabilität besitzen (Maercker 1999).

Fast alle Probanden nannten mehrere schwere Traumata; dies gilt in der Literatur als ein Faktor, der zu höheren PTBS-Prävalenzen führt (Laor et al. 2001). Kriegserleben ist in diesem Sinne eine kumulative Extremtraumatisierung (Berman 2001). Einen besonderen Einfluss hat in diesem Rahmen offenbar der Heimatverlust mit Flucht- bzw. Vertreibungserleben: Es stammten 60,6% der Probanden aus den ehemaligen Ostgebieten bzw. Regionen, die nach 1933 dem Deutschen Reich „angeschlossen“ wurden. Mehr als 50% der Studienteilnehmer – und somit 86% aller Vertriebenen unter den Probanden – benannten die Flucht aus den ehemaligen Ostgebieten (überwiegend Hinterpommern und Ostpreußen) als traumatisierende Erfahrung. Dies steht im Einklang mit bisherigen Studienergebnissen, die diesem Faktor eine besondere Bedeutung in der Pathogenese posttraumatischer Symptome einräumen (Fischer et al. 2006; Laor et al. 2001; Shaw 2003; Teegen u. Meister 2000). Mutmaßlich führen in der Gruppe der Heimatvertriebenen kumulative Effekte zu hoher posttrau-

Psychotherapeut 2007 · 52:212–217 DOI 10.1007/s00278-006-0521-y
© Springer Medizin Verlag 2006

Philipp Kuwert · Carsten Spitzer · Anna Träder · Harald J. Freyberger · Michael Ermann **Posttraumatische Belastungssymptome als Spätfolge von Kindheiten im Zweiten Weltkrieg**

Zusammenfassung

Die langfristigen Auswirkungen kriegsassoziierter Traumatisierungen während der Kindheit auf die psychische Gesundheit im späteren Lebensalter haben klinisch und wissenschaftlich bislang kaum Beachtung gefunden. Die vorliegende Studie untersuchte 93 Probanden, die ihre Kindheit während des Zweiten Weltkrieges verbrachten, im Hinblick auf posttraumatische Symptomatik und aktuelle Psychopathologie. Noch 6 Jahrzehnte nach Kriegsende ließen sich bei jedem zehnten Probanden posttraumatische Symptome mit dem Schweregrad einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nachweisen. Zusätzlich bestand eine signifikante psy-

chopathologische Symptombelastung. Die Ergebnisse unterstreichen den dringenden Bedarf nach weiterer Forschung für den Bereich der kriegsassozierten Traumafolgen. Die diagnostische und therapeutische Relevanz von kriegsassozierten Spätfolgen wird diskutiert, und klinische Empfehlungen für die psychotherapeutische Behandlungspraxis werden gegeben.

Schlüsselwörter

Kriegskindheit · Zweiter Weltkrieg · Trauma · Posttraumatische Belastungsstörung · Psychopathologie

Posttraumatic stress disorder as long-term sequelae of childhood during World War II

Abstract

Psychological late-life sequelae of war childhood have rarely been examined. The study evaluated posttraumatic symptoms and current psychopathology in a sample of former German war children of which 10.8% reported significant posttraumatic symptoms indicating a possible posttraumatic stress disorder (PTSD). The presence of PTSD symptoms was significantly associated with cur-

rent psychopathological distress, even 6 decades after World War II. Our data underline the urgent need for research in this field. Clinical implications for a psychotherapeutic approach are discussed.

Keywords

War childhood · World War II · Trauma · Posttraumatic stress disorder · Psychopathology

matischer Symptombelastung, da sie über den traumatischen Verlust des Elternhauses hinaus mit der gesamten Spannweite von Kriegseinwirkungen ohne jeglichen Schutz konfrontiert waren (Fischer et al. 2006; Teegen u. Meister 2000). Insbesondere die Mütter dieser Kriegskinder waren multiplen Extremtraumatisierungen, u. a. auch durch Massenvergewaltigungen der sowjetrussischen Armee, ausgesetzt (Teegen u. Meister 2000). Selbst traumatisiert konnten sie inmitten der Kriegswirren als verlässliche Bindungspersonen für ihre Kinder kaum zur Verfügung stehen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Laor et al., in denen Heimatverlust und Symptombelastung der Mütter mit der Persistenz posttraumatischer Symptome bei Kriegskindern korreliert waren (Laor et al. 2001). Zusätzlich könnte nach klinischer Erfahrung bei den Studienteilnehmern zur Prävalenz der posttraumatischen Symptome beigetragen haben, dass Traumatisierungen durch russische Besatzungssoldaten in der späteren DDR öffentlich nicht thematisiert und somit nicht in ein kollektives Narrativ eingebunden werden konnten.

Als weiteres Studienergebnis waren kriegsassozierte posttraumatische Symptome mit signifikant höherer psychopathologischer Belastung zum Studienzeitpunkt korreliert. Davon ausgenommen waren die Subskalen Somatisierung und Aggressivität, in denen sich ein Unterschied unterhalb des Signifikanzniveaus zeigte. Dies könnte zum einen an der zu kleinen Stichprobe liegen, möglicherweise aber auch Ausdruck eines Problems des Rekrutierungsmodus der Studie bzw. der Altersgruppe sein: Aggressive Probanden könnten einem Forschungsprojekt ablehnend gegenüberstehen und sich nicht beteiligen. Somatische Beschwerden wiederum sind im höheren Lebensalter generell höher prävalent, sodass der Effekt der Kriegstraumatisierung bei unserer Stichprobengröße nicht distinkt abgebildet werden konnte (Hessel et al. 2001).

Der auch bei anderen PTBS-Risikogruppen nachgewiesene Zusammenhang mit psychopathologischer Belastung (Creamer et al. 2005; Spitzer et al. 2000) ist für die psychotherapeutische Praxis von erheblicher klinischer Relevanz: Psychotherapeutische Patienten der

entsprechenden Altersgruppe sollten im Hinblick auf eine mögliche Reaktualisierung kriegsassoziierter Traumata einfühlsam exploriert werden. Für die posttraumatische Abwehr sind Verleugnung und Dissoziation unerträglicher Erlebnisfragmente kennzeichnend (Ermann 2004b), sodass nach klinischer Einschätzung den Betroffenen ein Zusammenhang mit der eigenen Kriegskindheit häufig nicht bewusst ist.

Methodenkritisch müssen mehrere Einschränkungen der vorliegenden Arbeit genannt werden; hierbei wäre die relativ kleine Teilnehmerzahl als Erstes zu nennen. Es handelt sich nicht um eine epidemiologisch relevante Stichprobe, vielmehr wurden die Probanden über einen – wenn auch neutral formulierten – Aufruf in der Tagespresse rekrutiert. Somit könnte man schlussfolgern, dass besonders belastete Kriegskinder zur Teilnahme motiviert wurden. Andererseits ist aus der Literatur zur PTBS bekannt, dass massiv traumatisierte Menschen die Teilnahme an wissenschaftlichen Studien vermeiden, um nicht erneut mit dem für sie Unerträglichen konfrontiert zu werden (Newman u. Kaloupek 2004). Als weiteres methodisches Problem wurde die PTBS-Symptomatik mit einem Selbstbeurteilungsinstrument (PDS) erfasst und nicht mit einem strukturierten Interview validiert. Obwohl der Fragebogen eine gute Übereinstimmung (82%) mit dem PTSD-Modul des „structured clinical interview for DSM“ (SCID) zeigte (Foa et al. 1997), muss die kategoriale Diagnose einer PTBS über ein Selbstbeurteilungsinstrument als vorläufig bezeichnet werden. Da lediglich die drei schlimmsten Traumata erfasst wurden, können Aussagen zur Häufigkeit der Traumatisierungen nur eingeschränkt vorgenommen werden. Potenzielle Traumatisierungen im späteren Leben der Probanden wurden nicht erfragt. Mithilfe der PDS kann nicht ausgesagt werden, ob die Symptomatik bis zum Untersuchungszeitpunkt ununterbrochen bestanden hat oder etwa fluktuierend verlief.

Auch unter Würdigung der methodischen Einschränkungen kann man den Studienergebnissen entnehmen, dass im Hinblick auf die Spätfolgen kindlicher Traumatisierungen während des Zweiten Weltkriegs dringender Forschungsbedarf

besteht. Über diagnostische Implikationen hinaus sollten Konsequenzen für die psychotherapeutische Versorgung der epidemiologisch relevanten Patientengruppe entwickelt und evaluiert werden. Die ehemaligen Kriegskinder haben mittlerweile erwachsene Kinder und Enkelkinder; dies wirft die Frage nach der transgenerationalen Weitergabe traumatischen Erlebens auf (Yehud et al. 2001). Bislang ist der Effekt von Kriegstraumatisierungen auf sehr kleine Kinder, deren neurobiologisch begründete kindliche Amnesie explizite Erinnerung an Traumata nicht ermöglicht, völlig unklar (Bruce et al. 2005); diese stellen aber entwicklungspsychopathologisch eine besonders vulnerable Untergruppe der Kriegskinder dar. Inhaltsanalytische Ansätze könnten mit einem qualitativen Design komplexere Folgewirkungen erfassen (Ermann 2004a; Ermann 2005; Radebold 2003). Schlussendlich ist der Beleg psychischer Belastungen 60 Jahre nach Ende des Zweiten Weltkriegs ein zwingendes Argument für den Schutz von Kindern in aktuellen Kriegsgebieten, wie z. B. im Irak, in Tschetschenien oder in anderen Konfliktregionen dieser Welt: Der UN-Konvention über die Rechte des Kindes sind mittlerweile fast alle Staaten – außer Somalia und den U.S.A. – beigetreten. Doch zwischen der völkerrechtlichen Anerkennung von verbindlichen Grundrechten für Kinder und ihrer praktischen Umsetzung in den weltweiten Kriegsregionen klafft eine eklatante Lücke. „Wenn in einem Land Krieg geführt wird, müssen die Kinder, die Frauen und die alten Menschen besonders geschützt werden“ (Unicef 2005).

Fazit für die Praxis

Ein signifikanter Anteil ehemaliger Kriegskinder des Zweiten Weltkriegs leidet unter posttraumatischen Symptomen, die mit psychopathologischer Beeinträchtigung einhergehen können. Flüchtlingskinder sind eine besonders belastete Risikogruppe. Die klinische Erfahrung lehrt, dass bei Reaktualisierungen ein Zusammenhang mit der eigenen Kriegskindheit für Betroffene oft bewusst nicht herstellbar ist. Somit bedarf es der empathischen – und historisch bewussten – Gesprächsführung, um Ein-

sicht zu ermöglichen. Im Einzelfall muss abgeklärt werden, ob über kathartische Phänomene hinaus eine spezifische Traumatherapie erfolgen sollte. In Erinnerung an meinen Vater.

Korrespondierender Autor

Dr. med. Philipp Kuwert

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald im HANSE-Klinikum GmbH
Rostocker Chaussee 70, 18437 Stralsund
kuwert@uni-greifswald.de

Interessenkonflikt. Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Literatur

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Press, Washington DC

Barenbaum J, Ruchkin V, Schwab-Stone M (2004) The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. *J Child Psychol Psychiatry* 45: 41–62

Berman H (2001) Children and war: current understandings and future directions. *Public Health Nurs* 18: 243–252

Bruce D, Wilcox-O’Hearn LA, Robinson JA et al. (2005) Fragment memories mark the end of childhood amnesia. *Mem Cognit* 33: 567–576

Creamer M, McFarlane AC, Burgess P (2005) Psychopathology following trauma: the role of subjective experience. *J Affect Disord* 86: 175–182

Derogatis LR, Lipman RS, Covi L (1973) SCL-90: an out-patient psychiatric rating scale – Preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 9: 13–28

Dyregrov A, Gjestad R, Raundalen M (2002) Children exposed to warfare: a longitudinal study. *J Trauma Stress* 15: 59–68

Ehlers A, Steil R, Winter H (1996) Deutschsprachige Übersetzung der Posttraumatic Scale von Foa. Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford, unveröffentlichtes Manuskript

Ermann M (2004) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. Kohlhammer, Stuttgart

Ermann M (2004) Wir Kriegskinder. *Forum Psychoanal* 20: 226–239

Ermann M (2005) Projekt Kriegskindheit. <http://www.kriegskindheit.de>. Gesehen 29 Nov 2006

Ermann M, Müller C (2007) Not und Notwendigkeit des Erinnerns. Kann und soll man die Kriegskindheit nach 60 Jahren noch erforschen? (im Druck)

Fischer CJ, Struwe J, Lemke MR (2006) Langfristige Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf somatische und psychische Beschwerden. Am Beispiel von Vertriebenen nach dem Zweiter Weltkrieg. *Nervenarzt* 77: 58–63

Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K (1997) The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the posttraumatic diagnostic scale. *Psychol Assess* 9: 445–451

Franke GH (2002) Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Beltz, Göttingen

Geiser F, Imbierowicz K, Conrad R et al. (2001) Zur Unterscheidung von „geheilten“ und „gebesserten“ sowie von „unveränderten“ und „verschlechterten“ Patienten in einer Therapieerfolgsstudie. *Z Psychosom Med Psychother* 47: 250–261

Hessel A, Geyer M, Brähler E (2001) Psychische Beschwerden im Alter – Standardisierung der Symptomcheckliste SCL-90-R bei über 60-Jährigen. *Z Gerontol Geriatr* 34: 498–508

Laor N, Wolmer L, Cohen DJ (2001) Mothers’ functioning and children’s symptoms 5 years after a SCUD missile attack. *Am J Psychiatry* 158: 1020–1026

Maercker A (1999) Lifespan psychological aspects of trauma and PTSD: symptoms and psychosocial impairments. Hogrefe & Huber, Seattle

Maercker A, Herrle J (2003) Long-term effects of the Dresden bombing: relationships to control beliefs, religious belief, and personal growth. *J Trauma Stress* 16: 579–587

Nader KO, Pynoos RS, Fairbanks LA et al. (1993) A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf crisis. *Br J Clin Psychol* 32: 407–416

Newman E, Kaloupek DG (2004) The risks and benefits of participating in trauma-focused research studies. *J Trauma Stress* 17: 383–394

Radebold H (2003) Kindheiten im II. Weltkrieg und ihre Folgen. Psychosozial, Gießen

Saigh PA (1991) The development of posttraumatic stress disorder following four different types of traumatization. *Behav Res Ther* 29: 213–216

Schepank H (1990) Verläufe. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Shaw JA (2003) Children exposed to war/terrorism. *Clin Child Fam Psychol Rev* 6: 237–246

Spitzer C, Effler K, Freyberger HJ (2000) Posttraumatische Belastungsstörung, Dissoziation und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten. *Z Psychosom Med Psychother* 46: 273–285

Teege F, Meister V (2000) Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des II. Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. *Z Gerontopsychol Psychiatrie* 13: 112–124

Thabet AA, Vostanis P (1999) Post-traumatic stress reactions in children of war. *J Child Psychol Psychiatry* 40: 385–391

Unicef (2005) Artikel 38, U.N. Konvention über die Rechte des Kindes. <http://www.unicef.de>. Gesehen 29 Nov 2006

Yehud R, Hallig SL, Grossman R (2001) Childhood trauma and risk for PTSD: relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Dev Psychopathol* 13: 733–753

Heigl-Preis 2008

Der Heigl-Preis mit einer Dotierung von 10.000 Euro wird auch im Jahr 2008 wieder verliehen. Ausgezeichnet werden empirische oder konzeptuelle Arbeiten aus dem Bereich der psychodynamisch orientierten Psychotherapieforschung quantitativer oder qualitativer Ausrichtung. Eigenbewerbungen und Vorschläge durch Dritte oder durch eine Forschungseinrichtung sind möglich.

Einzureichen ist die Arbeit (deutsch oder englisch) in dreifacher Ausfertigung mit Lebenslauf des Erstautors bis zum 31. Oktober 2007 an die Heigl-Stiftung in der Gesellschaft von Freunden und Förderern der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Geschäftsführung: Diplom-Volkswirt Othmar Kalthoff, Ernst-Schneider-Platz 1, 40212 Düsseldorf.

Quelle: www.unifreunde-duesseldorf.de