André Karger (Hg.)

# Trauma und Wissenschaft

Psychoanalytische Blätter | Band 29

Vandenhoeck & Ruprecht

*Frank W. Stahnisch*

# „Abwehr", „Widerstand" und „kulturelle Neuorientierung"

## Zu Re-Konfigurationen der Traumaforschung bei zwangsemigrierten deutschsprachigen Neurologen und Psychiatern

In diesem Beitrag sollen zum einen verschiedene psychoanalytische, psychiatrische und neurologische Forschungsansätze beschrieben werden, die sich mit dem Kontext einer verletzungsbedingten (äußeren) Traumatologie beschäftigt haben. Mit dem Blick auf diese methodische Perspektive wird hier der Fokus primär auf die Konzeptionen von unfall- und kriegsbedingten Schädigungen und Verletzungen gelegt. Zum anderen standen und stehen auch die psychoanalytischen, psychiatrischen und neurologischen Traumaforscher und -forscherinnen in ihrer je eigenen menschlichen Subjektivität kaum außerhalb desjenigen Kontinuums, das zwischen Trauma, psychischer Gesundheit und Glück als seinen Referenzpunkten unverrückbar aufgespannt ist und von ihnen untersucht worden ist. Dies gilt auch und gerade für die extreme historische Situation der 1930er Jahre (Hobsbawm, 1995), in der durch die Machtergreifung der Nationalsozialisten der größte Teil der deutschsprachigen Psychoanalytiker und Psychoanalytikerinnen ins Ausland, insbesondere in das nordamerikanische Exil, getrieben worden ist – gleich, ob sie aus den Gebieten der Neurologie, Psychiatrie oder Psychologie in dieses Arbeitsfeld eingetreten waren oder Verbindungen hierzu hatten (Kurzweil, 1996; Müller, 2000).

Nicht erst aufgrund dieser eigenen Verfolgungs- und Emigrationserfahrungen, sondern bereits aus ihrer konkreten klinischen und psychologischen Tätigkeit heraus waren vielen Psychoanalytikern und Psychoanalytikerinnen in Deutschland und Österreich die weit reichenden und veränderlichen sozialen Dimensionen des Traumabegriffs nicht fremd. Infolge der dramatischen Entwicklung von Verfolgung und Vertreibung durch die Nationalsozialisten rückte der subjektive Bedeutungsgehalt des Traumas jedoch immer näher an die psychoanalytisch orientierte Traumaforscher und -forscherinnen selbst heran, und als persönlich Betroffene wurden sie gewissermaßen nun selbst zum „Gegenstand" ihrer eigenen wissenschaftlichen Beschäftigung (siehe das individuelle Beispiel von William G. Niederland, 1904–1993, in Focke, 1992).

In diesem Beitrag soll nun, den Titel des Bandes „Trauma und Wissenschaft" aufnehmend, besonders wichtigen Momenten des Austauschs sowie der Rezeption von Termini, Ansätzen und Konzepten nachgegangen werden, um einige Facetten des interdisziplinär bestückten Feldes der Traumaforschung seit den 1920er und 1930er Jahren deutlicher herausarbeiten zu können (siehe etwa Bohleber, 2000, S. 797–800; Tutté, 2004, S. 897–900). Diese sind nicht nur in der psychologisch-psychiatrischen Beschäftigung mit Traumata bis heute gegenwärtig geblieben, da sie etwa narrative Momente, neurologisches Systemdenken und psychoanalytische Behandlungsformen miteinander verbunden haben (für eine aufschlussreiche Fallstudie zu dem britischen Psychiater William Halse Rivers, 1864–1922, siehe Young, 1999). Vielmehr reichten Versatzstücke der Traumaforschung bis weit in die neuroanatomische Beschäftigung und die Suche nach den mikrostrukturellen Veränderungen des Gehirns hinein. Ein exploratives Fallbeispiel ist etwa der Berliner Neuropathologe Max Bielschowsky (1869–1940), der im mittleren Abschnitt dieses Artikels thematisiert wird (siehe auch: Stahnisch, 2003). In Anbetracht dieser weit reichenden methodischen und forschungstheoretischen Wechselbeziehungen ist es in medizin- und wissenschaftshistori-

scher Hinsicht besonders reizvoll und fruchtbar, den Kontext der Traumaforschung in den 1920er und 1930er Jahren näher in den Blick zu nehmen und aufzuarbeiten, um hierdurch die interdisziplinäre Forschungskultur ins Verhältnis zu den später folgenden Re-Konfigurationen von Traumaforschung setzen zu können. Als eine „*seductive hypothesis*" (Reisner, 2003) vermag dies dann, den Blick adäquater auf die Verwendung, Tradierung und Modifikation des Traumabegriffs bei zwangsemigrierten deutschsprachigen Neurologen und Psychiatern richten zu lassen.

## *Traumaforschung als interdisziplinäres Arbeitsfeld (1920er und 1930er Jahre)*

Die Ansätze auf dem Gebiet der Traumaforschung, insbesondere auch der psychoanalytischen Theoriebildung, müssen in den ersten Dezennien des letzten Jahrhunderts als interdisziplinär organisiertes, wenn vielleicht noch nicht explizit hierzu angelegtes Feld biomedizinischer Wissenschaft und klinischer Forschung begriffen werden (Brunner, 1991). Wie der Kulturhistoriker Joachim Radkau in seiner rezenten Arbeit eindrucksvoll dargelegt und nachgezeichnet hat, lassen sich die Ansätze der Traumaforschung gleich welcher *Couleur* – ob psychologischen, psychiatrischen oder neurologischen Traditionen folgend – nur in künstlicher Form von den allgemeinen Besorgnissen sowie dem Unbehagen des „Zeitalters der Nervosität" in Deutschland zwischen der Kaiserzeit und dem Aufkommen des Nationalsozialismus trennen (Radkau, 2000, insbes. S. 173–259). Denn die allgemeinen Erfahrungen des Ersten Weltkriegs von Erschöpfung, Hunger, Invalidität und vielfach empfundener seelischer Verzweiflung sowie die Auswirkungen für Individuen und Kultur waren so einschneidend, dass die weit verbreitete Nervosität der geschäftigen, unsteten wilhelminischen Gesellschaft fast über Nacht durch die somatischen und psychischen Traumata des Kriegs überschattet und abgelöst worden sind. Nun sollten die Wunden an Ge-

hirn und Geist der Soldaten wie der betroffenen Zivilisten schlagartig ins allgemeine Bewusstsein rücken und zu einem Hauptgegenstand medizinischer Beschäftigung werden. Die „Kriegszitterer", gezeichnet von ihren heftigen motorischen Störungen nach tagelangem Granatbeschuss oder schwerem Maschinengewehrfeuer, hatten sich zu einer regelrechten medizinisch-neurologischen Epidemie entwickelt. Diese Epidemie flackerte schon im September 1914 – einen Monat nach Kriegsbeginn – auf und sollte bis zum Ende des Ersten Weltkriegs annähernd 200.000 deutsche Soldaten befallen (Perry, 2005, S. 4 f.). Zu den psychisch traumatisierten Soldaten gesellten sich noch weitere 250.000 bis 300.000 somatisch Verwundete hinzu, die speziell mit Verletzungen am Gehirn sowie Schädigungen des Rückenmarks aus dem Feld nach Hause zurückgekehrt waren. Von Kriegsende an, aber noch durch die Weimarer Zeit hindurch, sollten diese „hirnverletzten Krieger" (siehe Stahnisch 2008a, S. 148) die psychiatrischen Asyle und neurologischen Rehabilitationsanstalten in großer Zahl bevölkern, ja diese sogar weitgehend überfüllen (Crouthamel 2002, S. 166–170).

Der Erste Weltkrieg ist letztlich für die Frage nach den interdisziplinären Untersuchungsformen – im Verhältnis von „Trauma und Wissenschaft" – von ganz besonderem Interesse, weil er zunächst zu der ersten klinischen Diagnose einer „Massentraumatisierung" geführt hat, wie sie etwa von Pierre Janet (1859–1947) in Frankreich, William Halse Rivers (1864–1922) in England oder Sigmund Freud (1856–1939) und Josef Breuer (1842–1925) in Österreich treffend gesehen und beschrieben worden ist. Freud selbst formulierte 1920: „Der eben beendete Krieg hat nun eine ungeheure Zahl solcher Unfallkranken geschaffen und zur Beobachtung gebracht. Dabei ist die Entscheidung der Streitfrage [über die Art ihrer Verursachung; d. Verf.] zugunsten der funktionellen Auffassung gefallen. Die weitaus überwiegende Mehrzahl der Ärzte glaubt nicht mehr daran, dass die sog. Kriegsneurotiker in Folge von greifbaren organischen Verletzungen des Nervensystems krank sind, und die Einsichtigeren unter ihnen haben sich auch bereits entschlossen, anstatt

der unbestimmten Bezeichnung ‚funktionelle Veränderungen' die unzweideutige Angabe ‚seelische' Veränderungen einzusetzen" (Freud, 1972, S. 939).

Medizinisch-psychiatrisch wurde der Traumadiskurs in dieser Zeit jedoch immer noch weitgehend von den Konzeptionen und dem Einfluss des Berliner Neurologen Hermann Oppenheim (1858–1919) bestimmt, der schon früh – 1889 – den Begriff der „traumatischen Neurose" eingeführt hatte. Dieser Begriff erlebte auch und gerade während des Ersten Weltkriegs eine neue Konjunktur und verwies auf ein gesellschaftliches Massenphänomen (siehe Oppenheim, 1889; Barwinski Fäh, 2001, S. 24).

Oppenheim hatte die „traumatische Neurose" als eine psychophysische Reaktion auf schwerste Verletzungsformen gesehen und bestimmt, wobei sich die Erkrankung zudem in einer organischen Veränderung des Nervensystems niederschlagen sollte: „Für die Entstehung der Krankheit ist das physische Trauma nur zum Teil verantwortlich zu machen. Eine wichtige und in vielen Fällen selbst die Hauptrolle spielt das Psychische, der Schreck, die Gemüthserschütterung" (Oppenheim, 1889, S. 178). Demgegenüber – und anders als für die Neurosen im Allgemeinen – unterschied Freud zeitlebens von den wesentlich durch die „psychische Realität" bedingten traumatischen Erlebnissen die durch äußere Einflüsse herbeigeführten Traumata, etwa traumatische Unfalls- und Kriegsneurosen oder deutliche, „die bisherigen Grundlagen des Lebens erschütternden" realtraumatische Ereignisse. Er sah sie einerseits für die Betroffenen als mit schweren Leiden und einer „Fixierung" an die Vergangenheit verbunden an, suchte aber die realtraumatischen Ereignisse andererseits deutlich aus der Psychopathogenese der Neurosen auszuklammern (Freud, 1916/17, S. 285).

Als ein kulturelles Deutungsmuster entfaltete der Traumabegriff jedoch schon ab 1900 deutliche Brisanz, in dem Moment als Freud erstmals mit dem Konzept des Traumas als einer psychoanalytischen Denkfigur einen lesbaren Text dessen herstellte, was als „Moderne" beziehungsweise „das Andere der Moderne" anzusehen ist (siehe Horn, 1999,

S. 635–639). In der gemeinsamen Erfahrung eines „Kollektiven Traumas" der Zeit gruben sich Krieg, Vertreibung, Hunger und wirtschaftliche Depression tief und nachhaltig in das Gedächtnis der Individuen ein, wie aus historiographischer Perspektive immer wieder betont worden ist (Weitz, 2007, S. 2–7). „Trauma" wurde zu einem dominanten Konzept der Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie der Zeit und transportierte Vorstellungen von Heilung und Ganzheit auch in Kontexte hinein, die in den ursprünglichen Ort der theoretischen Auseinandersetzung um Traumaentstehung und -heilung nicht mehr eingepasst blieben. In dieser Hin- und Herwendung zwischen subjektiven Krankengeschichten und kollektivem historischen Deutungsmuster verlor der Traumabegriff jedoch nicht nur seine Kontur, sondern markierte auch die Erweiterungsstellen einer medizinischen Erkenntnistheorie, die psychische wie morphologische Marker gleichermaßen zu integrieren wusste: Zusätzlich verbarg sich hinter den Aporien von Übertragbarkeit, Entgrenzung und Erweiterung des Traumabegriffs das Problem der „Objektivität", einer Leerstelle, die gleich mehrere Disziplinen zu füllen hofften. Freud selbst war sich unsicher, was die Aporien solcher Referentialität anbelangte: „Ich glaube an meine Neurotica nicht mehr", heißt es im Brief vom 21. September 1887 an Wilhelm Fließ (1858–1928) (Freud, 1986, S. 283). Woran Freud hier jedoch nicht mehr so recht glauben wollte oder konnte, war die Realität des sexuellen Missbrauchs als Ursache der Hysterie und damit einer traumatischen Ätiologie derselben. Die Abkehr von seiner Verführungstheorie, die Freud zwischen 1885 und 1887 ausgearbeitet hatte, rief in der Folge heftige Kontroversen hervor. Bezeichnenderweise stellt Freud das auslösende „Ereignis" nur im Kontext der allgemeinen Verführungstheorie zur Disposition; im besonderen Zusammenhang der Kriegsneurosen, der Unfalltraumata sowie der Struktur des Wiederholungszwangs, der die Ökonomie traumatischer Erinnerung bestimmen sollte, stand der Realitätscharakter des Traumas als reales Ereignis außer Zweifel (Freud, 1905, S. 152).

Seit den unmittelbaren Nachkriegsjahren ist jedoch das Traumamodell der Dissoziation, das auf Pierre Janets Forschungen beruhte, in das Zentrum therapeutischen Interesses vorgerückt. Es unterscheidet sich insbesondere in Hinsicht auf die theoretische Auffassung von Gedächtnisprozessen und die Lokalisierung von Erinnerungsanteilen von Freuds und Josef Breuers Konzeptionen. Erinnerungen werden bei Freud aus Gründen der Abwehr aus dem Bewusstsein in das Unbewusste verlagert. Sie gelten als aus dem Bewusstsein verdrängt, also gewissermaßen „vertikal" verschoben. Janet hingegen fasste Erinnerung als aktiven Bestandteil des Bewusstseins auf. „Erinnerung ist definiert durch Bewusstheit, und als solche alles andere als pathologisch, sondern Grundlage der Anpassung des Menschen an seine Umwelt. Werden Erfahrungen zwar wahrgenommen, aber nicht durch eine persönliche Erzählung – eine Erinnerung, die Handlung ist – integriert, sondern dissoziiert, so sind sie das Gegenteil von Erinnerung, nämlich Amnesie: der Verlust des Zusammenhangs" (Janet nach Hantke, 1999, S. 107). Erinnerung wird hierdurch Handeln, nämlich Sprachhandeln – und somit zu der Fähigkeit, eine Geschichte erzählen zu können. Und das Trauma unterbindet dieses Geschichtenerzählen wie auch die Kontinuität in der Entwicklung der Persönlichkeit. Nach Janet kann die traumatische Erfahrung aber nicht länger in den Selbstentwurf des Individuums integriert werden und wirkt dissoziiert und fragmentiert auf das Bewusstsein fort. Wo Freud also „ein Repressionsmodell unakzeptablen Begehrens annahm und dementsprechend nur verschiedene hysterische Aggregatzustände seiner Patientinnen auffand", diagnostizierte Janet jetzt „multiple Persönlichkeiten". Auch in der Therapie gingen Freud und Janet unterschiedliche Wege: Beide versuchten anfangs, unter Hypnose Erinnerung freizulegen, das Ursprungstrauma in eine entzifferbare Biographie des traumatisierten Individuums zu überzuführen. Jedoch schien Janet weit mehr an die Heilkraft der Amnesie zu glauben und favorisierte das Vergessen in therapeutischer Hinsicht: Durch Suggestion versuchte er seine Patientinnen von der

Nichtexistenz des Traumas zu überzeugen, was auf eine „Amputation", nicht auf die Integration der pathogenen Erinnerung hinauslief (Horn, 2000, S. 135).

Bereits vor dem Beginn des Ersten Weltkriegs hatten sich im Arbeitsumfeld Sigmund Freuds umfangreiche psychoanalytische Forschungen zu Fragen von Trauma wie der folgenden psychischen Reaktionen entwickelt, die in eine rege Produktion von Texten und Büchern eingemündet ist. Von Österreich und Wien aus, jedoch keinesfalls nur dort allein, fand die psychoanalytische Beschäftigung mit den Traumata schnell Einzug in medizinische, psychologische und philosophische Zirkel (siehe auch Hofer, 2004, S. 9–17). Insbesondere neben den psychiatrisch-neurologischen Adversivbehandlungen (physikalische Anwendungen, Deprivation oder Elektrotherapie) begannen sich die psychoanalytisch beeinflussten beziehungsweise ausgebildeten Ärzte zunehmend mit der Behandlung der „traumatischen Neurosen" auseinanderzusetzen (vgl. etwa Freud, 1919, S. 5). Besonders aktiv auf dem Gebiet der Behandlungen der kriegsbedingten Erkrankungen und der traumatischen Neurosen waren etwa der Berliner Neurologe und Psychiater Karl Abraham (1877–1925), der Budapester Psychoanalytiker Sándor Ferenczi oder der Berliner Sozialmediziner Ernst Simmel (1882–1947), der später in die USA nach Los Angeles emigrieren musste. Ihre einschlägigen Erfahrungen und wissenschaftlichen Untersuchungen präsentierten sie im September 1918 auf dem Fünften Internationalen Psychoanalytikerkongress in Budapest „Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen" (publiziert als: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1919), der gewissermaßen zu einem Gegenentwurf zum Kriegskongress der Neurologen von 1916 stilisiert worden war (vgl. etwa Holdorff, 2003).

Konzeptionell gesehen hatte Freud, in Erweiterung seiner Neurosenlehre, die Krankheitssymptome dabei als Folge des Ich-Konflikts verstanden, welcher zwischen dem früheren Friedens-Ich und dem martialisch-kriegerischen Ego der Soldaten bestand. Dieser Konflikt sollte sich insbesondere dann bemerkbar machen, wenn das Friedens-Ich das Aus-

maß zu realisieren begann, in dem sein neu geformtes, „parasitäres" Alter-Ego von ihm Besitz ergriff und dessen Leben vollkommen umzugestalten begann (siehe Freud, 1919, S. 5). Das gesunde Ich, insbesondere der kriegstüchtigen Soldaten, sah Freud in der Lage, sogar den Selbsterhaltungstrieb zu unterdrücken, in dem es im Interesse für die abstrakte Idee einer allgemeinen Sache des Krieges, sich „selbst für das Ganze opfern" (Abraham, 1919, S. 34) konnte. Die psychoanalytische Idee einer „Flucht in die Krankheit" als unbewusstem Arbeitsmechanismus bei den „Kriegsneurotikern" ist sehr schnell auch von den klinischen Psychiatern aufgenommen worden. Die auf dem Budapester Kongress vertretenen Psychoanalytiker sahen die Behandlung der „Kriegsneurotiker" als eine wichtige Chance an, nun den Beweis der Effizienz und praktischen Relevanz ihrer Behandlungsformen anzutreten, um auf diese Weise die allgemeine Akzeptanz der Psychoanalyse verbessern zu können (Freud, 1919, S. 3).

Da auch hohe Repräsentanten des Militärs den Internationalen Kongress der Psychoanalytiker in Budapest besuchten, wurde der weitere Aufbau von psychoanalytischen Krankenstationen ins Auge gefasst und detaillierter geplant. Doch wie Freud deutlich herausstellte, konnte dies nicht mehr realisiert werden, da der Erste Weltkrieg mit dem Sieg der Entente zu Ende gegangen und die Akutbehandlung von Kriegsneurotikern nicht mehr in großem Umfang gesellschaftlich benötigt worden war (Freud, 1919, S. 3). Auch als eine Folge des geringen Austauschs zwischen Neurologie und Psychoanalyse benahmen sich noch nach Kriegsende viele der Armeeärzte wie Offiziere, die die Kriegsneurotiker als „Drückeberger" und „Simulanten" bezeichneten, ohne ihnen in medizinischer Hinsicht eine reale psychische oder somatische Traumatisierung zusprechen zu wollen (siehe auch Freud, 1972, S. 945).

Zu Beginn der Weimarer Republik standen damit sozialmedizinisch gesinnte Psychoanalytiker den klinischen Psychiatern und Neurologen häufig unversöhnlich gegenüber: Noch immer wirkte die vom Nestor der deutschen Klinik-

psychiatrie, Emil Kraepelin (1856–1926), favorisierte Vorstellung einer „Degenerierung" der Kriegsversehrten in psychopathologischer Hinsicht nach, da sie nicht durch externe Bedingungen, sondern aufgrund ihrer internen Veranlagung „nervenkrank" geworden wären. Folglich hat die positivistische klinische Empirie zu Anfang des 20. Jahrhunderts und auch aufgrund nationalistischer Voreingenommenheiten vieler ihrer Vertreter die mit der traumatischen Neurose verbundenen Symptome und Diagnosebefunde meist abgestritten und sie als tendenziöse Verhaltensreaktionen auf ein geändertes Sozial- und Unfallerstattungsrecht interpretiert.

Auch Emil Kraepelin hatte diesbezüglich seine eigenen Vorannahmen einer somatischen Begleitverursachung der traumatischen oder Unfallneurose nach und nach wieder zurückgenommen und diese als Verhalten einer „prämorbiden minderwertigen" Konstitution der Patienten gedeutet. Kraepelins Begriff der „tendenziösen Wunsch- oder Zweckreaktion zur Erlangung von Vorteilen" – mit dem impliziten Ziel einer Befreiung vom Front- oder Arbeitseinsatz – entwickelte sich zur herrschenden Lehrmeinung in der deutschen und österreichischen Psychiatrie und Versicherungsmedizin: „Fasst man die traumatische Neurose als die den Willen lähmende Wirkung der Unfallversicherung auf psychopathische und willensschwache Menschen auf, so liegt eben das Krankhafte in der Unfähigkeit, die ungünstigen Einflüsse zu überwinden, in der Unterjochung von Tatkraft und Stimmung durch die Rücksicht auf die Entschädigungsfrage, und die Übertreibung ist nur ein Zeichen für das hilflose Unterliegen des Kranken im Kampfe um die Selbstbehauptung seiner Persönlichkeit" (Kraepelin, 1915, S. 1973 f.). Die „Neurosen des Schützengrabens" und das „Rentenbegehr" wurden nun zu Abwehrdiagnosen und psychiatrischen Kampfbegriffen umgemünzt, denen die psychoanalytischen Ansätze gegenüberstanden beziehungsweise sich ausgesetzt sahen. Daneben versuchten einige wenige sozialmedizinisch und somatisch orientierte Neurologen – in der Folge Oppenheims – ein strukturelles Korrelat für die „traumatischen Neurosen" zu finden, um den offensichtlich bestehen-

den Erscheinungsformen einen ätiologischen Platz in der Psychopathologie und medizinischen Diagnostik zuweisen zu können.

### *Veränderte Paradigmen der Traumaforschung*

Seit 1927 standen die psychoanalytischen Traumaforscherinnen und -forscher nicht mehr vollkommen allein, da nun auch die neuromorphologische Forschung in ihren Bemühungen, ein somatisches Korrelat der psychopathologischen Phänomene nachzuweisen, weitere Fortschritte gemacht hatte. So wurde jetzt besonders nach den mikrostrukturellen Veränderungen der Gedächtnisanteile des Gehirns – wie des Hippocampus –, nach sprachbezogenen, strukturellen Veränderungen durch Traumata (insbesondere den Wernicke- und Broca-Arealen der Hirnrinde) sowie regenerativen Phänomenen im visuellen Kortex gefragt (Stahnisch u. Nitsch, 2002). Während Oppenheim – neben den Psychoanalytikern – für lange Zeit der einzig sichtbare Vertreter dieser somatischen Verletzungstheorie bei „Traumatischen Neurosen" und „Kriegsneurosen" im deutschen Sprachraum gewesen war, sprangen nun mehrere junge, forschungs- und interdisziplinär orientierte Neurologen auf diesen Wagen auf: Sie beeinflussten, ja gründeten ein frühes Forschungsprogramm der Neurotraumatologie *avant la lettre*, das in besonderer Weise die plastischen Phänomene des Zentralen Nervensystems auf externe und interne Schädigungen hin in den Blick nahm. Dabei schritten die einzelnen Arbeiten jedoch häufig in Isolation oder in einer losen Kooperation voran, und die Austauschverhältnisse mit Psychoanalytikern waren oft von eher lokaler Natur.

Als ein besonders prominentes Beispiel ist sicherlich der Neurologe Kurt Goldstein (1878–1965) zu nennen, der später selbst nach New York emigrieren musste. Für Goldsteins Arbeit in Frankfurt am Main war nicht nur der direkte Bezug zu Experimentalpsychologen, wie Adhémar Gelb (1887–1936), oder Neurophysiologen, beispielsweise Albrecht

Bethe (1872–1954), bedeutsam. Vielmehr sollte sich auch der enge Austausch mit den Frankfurter Psychoanalytikern als besonders fruchtbar erweisen (Plänkers, Laier u. Otto, 1996), mit denen über philosophische und psychosomatische Ansätze heftig und konstruktiv gestritten wurde, was in Goldsteins „Holistischer Neurologie" seinen nachhaltigen Widerhall fand (Harrington, 2002, S. 259–292). Im lokalen Frankfurter Forschungsmilieu – besonders auch im gemeinsamen Kolloquium mit Karl Landauer (1887–1945) vom Frankfurter Psychoanalytischen Institut – wurden Fragen der Sprachveränderungen sowie der Verhaltenswechsel vor dem Hintergrund kriegsbedingter Schädigungen des Nervensystems diskutiert. Landauer war sowohl ein Schüler Kraepelins wie auch Freuds gewesen und stand Goldsteins theoretischen Ambitionen sehr nahe. Vor den Nationalsozialisten in das Amsterdamer Exil geflohen, wurde Landauer nach der Besetzung Hollands wieder nach Deutschland verschleppt und ist kurz vor Kriegsende im KZ Bergen-Belsen umgebracht worden (siehe in: Benzenhöfer u. Kreft, 1997).

Keineswegs standen Goldstein, seine Frankfurter und später Berliner Arbeitsgruppen in dieser neurowissenschaftlichen Forschungsausrichtung vollkommen allein, denn mikrostrukturelle de- und regenerative, plastische Prozesse begannen nun eine ganze Reihe offen interessierter Neurologen, Neurochirurgen und Neuropathologen zu beschäftigen, denen etwa Alfred Goldscheider in Berlin (1858–1935), Wilhelm Tönnis (1898–1978) in Würzburg oder Max Bielschowsky am Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung in Berlin-Buch angehörten. Entgegen der dominierenden Einschätzung seit Kraepelin, welcher die Kriegsneurosen auf eine „psychopathische Konstitution" oder eine „somatisch degenerative Disposition" zurückführen wollte, nahmen die neuen Untersuchungsbemühungen zur traumatischen Genese mikrostruktureller Veränderungen des zentralen Nervensystems seit dem Ende des Ersten Weltkriegs zu (vgl. Aschaffenburg, 1923, S. 5).

Dies ist insbesondere in den neurohistologischen Untersuchungen von Max Bielschowsky, eines der prominentesten

deutschen Neuropathologen am Kaiser-Wilhelm-Institut (KWI) für Hirnforschung in Berlin-Buch, spürbar. Gewissermaßen im Kontext der allgemeinen medizinischen Reparaturarbeiten an den Weltkriegs- wie Nachkriegskörpern der Weimarer Republik, suchte er nach spezifisch somatischen Antworten auf die oben genannten Fragen zu Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems. Er interessierte sich diesbezüglich auch für die Wirkungen rehabilitativer und tiefenpsychologischer Therapieverfahren, wie sie etwa vom Direktor dieses KWI, Oskar Vogt (1870–1959), angewendet wurden: „Die biologisch interessante Seite des Regenerationsproblems ist die Wiederherstellung der Funktion in den durch die Kontinuitätstrennung eines gemischten Nervenstammes ausgeschalteten Innervationsgebieten. Es wurde früher angenommen, dass beim Zusammenwachsen der Stümpfe die vorher zusammengehörigen Fasern vermöge irgendwelcher geheimnisvollen Kräfte wieder aufeinander träfen, weil sonst die funktionelle Reparation, insbesondere die Wiederherstellung der sensiblen Lokalisation, ganz unverständlich wäre. Die experimentelle Forschung hat gelehrt, dass es in Wirklichkeit niemals zu einer Wiedervereinigung ganz identischer Fasern kommt, und man glaubte den Schlüssel zur Lösung des Rätsels in einer ganz außerordentlichen Anpassungsfähigkeit des Zentralnervensystems gefunden zu haben" (Bielschowsky u. Unger, 1917, S. 309).

Nimmt man das Beispiel des Neurohistologen hier näher in den Blick, so bildet es nur einen Nebenstrang zu den Großentwicklungen in der Neurologie, Psychiatrie und Psychoanalyse der Zeit. Es ist jedoch keine große Herausforderung, bedeutende Mediziner und Kulturphilosophen wie Sigmund Freud oder Kurt Goldstein selbst in einen größeren kulturwissenschaftichen Rahmen zu setzen, zu sehr haben sie selbst mit ihren experimentellen und klinischen Arbeiten den Kontext der Weimarer Zeit mitbestimmt (siehe etwa Bronfen, Erdle u. Weigel, 1999; Harrington, 2002). Aber so profund ihr Beitrag und so illustrativ ihr Beispiel für das kulturelle Deutungsmuster des Traumas letztlich gewesen ist,

umso herausfordernder für das Verhältnis von „Trauma und Wissenschaft" ist letztlich der historiographische Versuch, auch die Normalwissenschaftler und besonders die weniger bekannten zwangsemigrierten Psychiater und Neurologen wie Bielschowsky in den Blick zu nehmen. Wie entwickelten und veränderten sich ihre Konzeptionen des Leib-Seele-Verhältnisses im Kontext der Traumaforschung an den Arbeitsbänken des Labors, in den Kliniksälen und den psychoanalytischen Praxen?

Zwar hatten in der Folge des Ersten Weltkriegs alle Kulturnationen enorme Beträge an Forschungsmitteln für die Klärung von Traumafolgen aufgewandt (besondere Unterstützung erfuhren etwa die Regenerations-, Tumor- und Rehabilitationsforschung; vgl. Pfeiffer, 2004, S. 374), aber nun warfen sich in der Weimarer Zeit auch die Neuropathologen wie Bielschowsky auf diese innovativen Forschungsfragen. Für Bielschowsky schien die Zuwendung zu diesem Weltproblem im anatomischen Experimentallabor, nach den Schrecken des Krieges, sogar eine willkommene „Weltflucht" zu sein. Dabei entsprach dies in seinem Fall kaum der Realität, da Bielschowsky während der Zeit der Weimarer Republik mehrere Duzend Publikationen aus der Neuropathologischen Abteilung des KWI für Hirnforschung zu Fragen des Nerventraumas, der Regeneration und der Behandlung der Nervenleiden vorgelegt hatte. Bielschowsky, der 1869 wie viele einflussreiche Psychiater und Neurologen der Zeit in der liberalen Stadt Breslau geboren worden war und dort auch sein Medizinstudium begonnen hatte, ging zu seiner weiteren Ausbildung nach Berlin und München, um von Alois Alzheimer (1864–1915) promoviert zu werden. Nach einer Zeit in der Neuroanatomie am Edinger-Institut in Frankfurt, wo er mit Carl Weigert (1845–1905) zusammen arbeitete und die nach ihm benannte Silberimprägnation der Nervenzellen entwickeln konnte, entschied sich Bielschowsky als Hirnforscher an die von Emanuel Mendel (1839–1907) geleitete Neurologische Klinik nach Berlin zu gehen. Über lange Jahre hinweg war er hier parallel in nervenärztlicher Praxis tätig. Nach der Gründung des KWI für

Hirnforschung wurde ihm von Oskar Vogt die Leitung einer eigenständigen Abteilung für Neuropathologie angeboten, eine Position, die ihm sehr attraktiv erschien und wo er bis zu seiner Entlassung durch die Nationalsozialisten auch gearbeitet und geforscht hat (Will, 2000, S. 130 f.).

Die weitere Entwicklung der neuroanatomischen Traumaforschung Bielschowskys, die heute weitgehend vergessen und nur noch in Spezialistenkreisen bekannt ist, erscheint recht aufschlussreich für das allgemeine Verhältnisses von „Trauma und Wissenschaft", spiegelt sie doch in mehr oder weniger direkter Form die Veränderung der kulturellen Begleitumstände neurologisch-psychiatrischer Grundlagenforschung vom Kaiserreich bis in die 1920er und 1930er Jahre wider. Es ist aber durchaus notwendig, zu erwähnen, dass Bielschowskys Forschungsinteresse um die Jahrhundertwende noch primär den Gehirntumoren gegolten hatte und somit onkologisch orientiert war. Die rezente Forschung zur Geschichte der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft konnte in diesem Zusammenhang zeigen, dass die imperiale Biomedizin in besonderer Weise mit Fragen der Krebsforschung befasst war, weil in der moralischen Ökonomie der Zeit das schleichende Phänomen unkontrollierbarer Krebserkrankungen in der wilhelminischen Gesellschaft als besondere Gefahr für den Fortbestand des wachsenden Kaiserreiches gedeutet worden ist (vgl. etwa: Richter, 1996). Sowohl in ideeller wie finanzieller Hinsicht waren in diesen Bereich der Hirnforschung besondere Unterstützungsbemühungen sichtbar, obwohl die Heilung von Hirntumoren noch bei Weitem eine Frage zukünftiger medizinischer Ansätze geblieben ist. In Bielschowskys Arbeit „Über das Verhalten der Achsencylinder in Geschwülsten" (1906) bestand beispielsweise die Problemstellung darin, wie die verschiedenen „normalen" und „pathologischen Wachstumsformen" bei Tumoren voneinander differenziert werden könnten. Als Bielschowsky dann 1914 zum Kriegsdienst eingezogen und als Militärarzt an die Ostfront entsandt wurde, veränderten sich plötzlich seine Forschungsinteressen deutlich in Hinsicht auf traumatologische Fragen der Kriegswunden an Gehirn, Rückenmark und

peripherem Nervensystem. Zusammen mit den Chirurgen Ernst Unger (1875–1938) und Bruno Valentin (1885–1969) begann er ein interdisziplinäres Forschungsprogramm zwischen Neurologie, Neuropathologie und Neurochirurgie (z. B. Bielschowsky u. Unger, 1917) zu entwickeln, das insbesondere nach frühen therapeutischen Optionen sowie Heilungschancen bei Mikrotraumata suchte.

Bis zum Ausbruch des Krieges gab es hier kaum etablierte chirurgische Standards, wann etwa ein operativer Eingriff Besserung verhieß oder zu welchem Zeitpunkt mit physikalisch-rehabilitativen Maßnahmen begonnen werden sollte. Dabei fußte auch diese neuropathologische Forschung auf den früher von Bielschowsky selbst entwickelten Färbeverfahren, welche mit Ammoniumsilberlösungen besonders die zerfallenden, degenerierenden Achsenzylinder traumatisierter Nervenstränge mikroskopisch sichtbar werden ließen. Zwar könnte argumentiert werden, dass er damit immer noch „an dem selben Problem" wie zehn Jahre zuvor arbeitete, doch verschob sich hier die allgemeine Ausrichtung seiner Untersuchungen im Kontext des Krieges deutlich. In Bielschowskys Arbeitsprogramm fand somit eine deutliche Änderung vom Kontext der imperialen Neuroepistemologie – Fragen der Krebsdiagnostik – hin zu praktischen Problemen der Kriegstraumatologie und der unfallchirurgischen Problemstellungen statt, worin besonders das Problem von Wundheilung und funktioneller Restitution nach Krankenhausbehandlung adressiert worden ist.

Mit Eintritt ins Vogt'sche KWI für Hirnforschung entwickelte Bielschowsky diese Ansätze dann zunehmend zu einer umfassenden Neurotaumatologie weiter. Anstöße hierzu mögen über weite Strecken auch seine eigenen therapeutischen Arbeiten mit Hirnverletzten und Kriegsneurotikern in der privatärztlichen Praxis sowie der Austausch mit Vogt selbst über dessen Hypnosebehandlungen bei seinen Patienten und Patientinnen gegeben haben. Zudem bestand der Gesamtansatz des Berliner KWI darin, nach der Veränderbarkeit der Zytoarchitektur des Gehirns in unterschiedlichen sozialen Kontexten (Klinik des Pathoklisenkonzepts, Samm-

lung von Gehirnpräparaten der Neuro- und Psychopathen, Elitegehirnforschung – etwa an Lenins Gehirn) zu fragen (Hagner, 2004).

Mit diesem Transfer einer „traumatischen Regenerationsforschung" während der Weimarer Republik, aus dem vorherigen *Setting* des Militärhospitals in das hygienische, ruhige und gut ausgestattete KWI-Laboratorium, verortete Bielschowsky gewissermaßen auch die Frage nach der Differenzierung zwischen normalen und pathologischen Wachstumsprozessen im zentralen Nervensystem in einem neuen epistemologischen Kontext der „Degeneration beziehungsweise Erschöpfung" des Nervensystems durch die vorbestehenden Kriegserfahrungen und zentralnervösen Traumata. Nachdem hirnstrukturelle Veränderungen in der Vergangenheit eher faserpräparatorisch von Paul Flechsig (1847–1929), Ludwig Edinger (1855–1918) oder Freuds frühem Mentor Theodor Meynert (1833–1892) angegangen worden sind (Kästner u. Schröder, 1990, S. 4–7), suchten Bielschowsky und die Weimarer Neuropathologen nun nach den zugrunde liegenden neurohistologischen Veränderungen, mit denen das Gehirn auf externe Verletzungen, psychische Traumata und sowie Formen der Gehirndegeneration reagiert: „Und nun das Silberbild! Hier ist man schon bei Betrachtung des Präparates mit dem bloßen Auge überrascht, keine Grenze zwischen normalem und sklerotischem Gewebe zu sehen. [...] Unter dem Mikroskop sieht man in dem sklerotischen Gebiete eine ungeahnte Fülle von Nervenfasern, die an Dichtigkeit der Anordnung denjenigen in den markhaltigen Bezirken kaum nachstehen [...]. Hier ist der Eindruck der Reproduktion vielleicht noch überzeugender, dass in dem erkrankten Gebiete die Nervenfasern nur ihre Markscheiden eingebüßt haben. Die stellenweise hervortretende starke Schlängelung der Fasern findet sich auch in normalen Längsschnitten und ist von der Fixierung abhängig [...]. Es ist damit ein seit langer Zeit bestehendes Desiderat der Klinik erfüllt" (Bielschowsky, 1904, S. 186 f.).

Durch seine langjährige Beschäftigung mit dem Tumorwachstums des Nervensystems sowie einzelnen Fragestellun-

gen zur Vererbung der Gehirnmorphologie war Bielschowsky sehr bewusst, dass diese Forschungen weit reichende Konsequenzen auch für das Problem der neuronalen De- und Regeneration hatten. Wo der Militärarzt und Traumaforscher – Hauptmann Bielschowsky – noch sehr positiv von der Existenz und Veränderbarkeit der Regenerationskraft des peripheren und des zentralen Nervensystems überzeugt war, blieb der KWI-Abteilungsleiter bei den heredodegenerativen Erkrankungsformen deutlich weniger optimistisch: Mit seinen Laboruntersuchungen, die er nun ganz in den Kontext des „Weimarer Degenerations- und Erschöpfungsdiskurses" durchführte, begann Bielschowsky, etwa die axonalen Phänomene des Wachstums, der Gliazellinvasion oder kontinuierliche Nervenreparaturen als einen „klaren Ausdruck der Nekrobiosis" beziehungsweise „Defektheilung" aufzufassen: Mikrotraumata des Gehirns fanden ihren Ausdruck in Bielschowskys „Silberbild" als klare Form einer neurologischen Defektheilung, so dass in der Folge nun einige Anatomen auf die Seite der Psychoanalytiker und Versicherungsmediziner wechselten und dafür argumentierten, dass externe Verletzungen und psychische Traumata durchaus zu internen, lang anhaltenden Mikroschädigungen wichtiger Bereiche des Gehirns und Rückenmarks führen konnten. Diese eher pessimistischere Ausrichtung, die zugleich als Korrektiv gegenüber der klinischen Ablehnung der Kraepelin-Schule wahrgenommen wurde, ging konform mit den ebenfalls pessimistischen kulturellen Annahmen vieler der Psychiater und Psychoanalytiker der Weimarer Republik. Illustrativ kann hier ein später Brief des Landsberger Pathologen Julius Hallervorden (1882–1965) vom 18. Dezember 1931 an den Münchner Krebsspezialisten Walther Spielmeyer (1879–1935) stehen: „Besuch bei Bielschowsky und bei der eigenen Behörde [der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft] in Berlin. Alle tief deprimiert. ‚Jeder hat das Gefühl, dass wir mit beschleunigter Geschwindigkeit dem Chaos entgegen treiben'" (zit. nach Peiffer, 2004, S. 463).

Natürlich muss zugestanden werden, dass diese Darstellungsweise der histopathologischen Traumaforschung

Bielschowskys im kulturellen Kontext der Weimarer Republik nur als ein Indizienbeweis angesehen werden kann und letztlich weitere historiographische Untersuchungen nötig sind, um diese Entwicklung in der Neuro- und Psychotraumatologie weiter zu erhärten. Dennoch, und dies gilt natürlich erst recht für die Psychoanalyse der Zeit (s. Zuckermann, 2004), wird hier deutlich, dass es einen beträchtlichen Einfluss, ja nachgerade eine Inskription allgemeiner kultureller Dimensionen während der Weimarer Republik in die neurologischen Theorien, klinischen Praktiken wie auch die Laborforschung der größeren Hirnforschungsinstitute in Deutschland gegeben hat – diesbezüglich ist der Fall Bielschowskys besonders aufschlussreich und wertvoll. Bis 1933 setzte er schließlich seine Arbeiten am Berliner KWI fort, bis das so genannte „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums" tief in die Wissenschafts- und Forschungslandschaft Deutschlands einschnitt und er wie über ein Drittel aller Psychiater, Neurologen und Psychoanalytiker aus seiner Staatsposition im Hirnforschungsinstitut vertrieben worden ist (Shevell, 1999, S. 132 f.). Nach seiner Flucht 1934 blieb diese Position über vier Jahre vakant, bis sie schließlich von Julius Hallervorden eingenommen wurde, der nun vom KWI in Buch aus seine erschütternden Untersuchungen an den ermordeten Patienten und Patientinnen aus brandenburgischen NS-Kindereuthanasieanstalten aufnahm. Und auch hier hielten die kulturellen Neuorientierungen und Einflüsse nicht an der Tür des Wissenschaftslabors an, sondern formten dieses von einem Ort der Traumaforschung in den mörderischen Autopsiesaal der psychobiologischen Degenerationsforschung (Peiffer, 1998).

## *Traumaforschung im transatlantischen Exil*

Wie der Neuropathologe Max Bielschowsky, der kurz vor seinem Tod von Holland aus noch weiter ins Londoner Exil fliehen musste, sahen sich die meisten der psychoanalytischen Traumaforscher und -forscherinnen

schon früh vom NS-Regime verfolgt und gezwungen, ins Ausland – insbesondere nach Großbritannien, wie Sigmund Freud oder Michael Balint (1896–1970), beziehungsweise in die USA, wie Ernst Simmel, Gustav Aschaffenburg (1866–1944), William G. Niederland oder Helene Deutsch (1884–1982) – zu emigrieren. Bereits 1937 waren 27 Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker geflohen und dieser Trend sollte sich bis zum Kriegseintritt der USA weiter fortsetzen und dramatisch verstärken (Kurzweil, 1996, S. 143). Wie viele der auf dem Gebiet der Nervenheilkunde – mit seinen unscharfen Grenzen zwischen Neurologie, Psychiatrie und Psychoanalyse – tätigen Ärzte und Wissenschaftler, sahen sich insbesondere die Psychoanalytiker und -analytikerinnen der Diffamierung als „jüdische", „sozialistische" Mediziner beziehungsweise als solche Ärzte ausgesetzt, denen es primär um die Heilung ihrer Patienten und Patientinnen und nicht um die „Ausmerzung von Degenerierten" gegangen ist. Die mit Hilfe der NS-Gleichschaltungspolitik sowie der gewaltsamen Attacken des Straßenmobs ausgeübte Gewalt zwang letztlich mehr als ein Drittel aller Akademiker und Mediziner in diesem ärztlich-psychiatrischen Feld dazu, in das transatlantische Exil zu gehen (Peiffer, 1998, S. 99).

Entlang dem oben thematisierten Beispiel von Max Bielschowsky ist bereits deutlich geworden, dass die psychiatrische und neurologische Traumaforschung in sich parallel verschiebenden soziokulturellen Kontexten eingebunden war, was nicht ohne Relevanz für die wissenschaftlichen Konzeptionen und deren Rekonfiguration geblieben ist: So forderte auch der überaus einflussreiche, in Wien geborene Psychoanalytiker Heinz Hartmann (1894–1970), dass etwa viele Probleme der Sozialwissenschaften selbst mit den Mitteln der Psychoanalyse untersucht werden müssten (Hartmann, 1964, S. 19). Das gilt auch und gerade für Fragen nach dem Trauma als ein kulturelles Deutungsmuster, wie es seit Oppenheims und Freuds Konzeptionen in den europäischen Ländern – nicht nur auf dem Gebiet der Nervenheilkunde – verbreitet gewesen ist. Mit ihrer Entwurzelung aus dem europäischen Kontext und dessen besonderen Eigen-

entwicklungen sollte sich auch eine wichtige Transformation in der Praxis der Traumaforschung unter den zwangsemigrierten Neurologen und Psychiatern einstellen, denen im vorliegenden Beitrag nun in Beziehung zu einigen nordamerikanischen Entwicklungen nachgegangen werden soll: Diese standen für viele der Emigraten auch im direkten Zusammenhang mit ihren Lebens- und Arbeitserfahrungen, wobei zumindest die Psychoanalyse auf US-amerikanischem Boden schnell in der klinischen Psychiatrie heimisch werden konnte (Kurzweil, 1996, S. 140). Ähnlich der Situation in den USA rückten dabei auch in Kanada im Verlauf der 1940er und 1950er Jahre psychoanalytische Behandlungsverfahren schnell zu anerkannten Methoden der klinischen Psychiatrie auf (siehe etwa Clinghorn, 1984, S. 551–556).

Doch bereits lange Zeit bevor die meisten Psychoanalytiker und -analytikerinnen in die USA emigrieren mussten und damit die psychoanalytische Richtung der Traumaforschung ihren europäischen Geburtsort verließ, hatten einige Theoretiker wie Hartmann und Simmel den Boden für die nachhaltige Rezeption bereitet, so dass sich die Psychoanalyse in einer neuen existentiellen Situation gewissermaßen nun neu erfinden konnte. Dies gilt sowohl in Bezug auf die amerikanische Lebenswelt wie die eigene traumatische Erfahrung des Vertrieben-Werdens und Entwurzelt-Seins, in einer für viele deutschsprachige Psychoanalytiker, Mediziner und Neurowissenschaftler recht fremden wissenschaftlichen Umgebung (s. Stahnisch, 2008b, S. 422–426). Da insbesondere Psychoanalytiker gewohnt waren, ihre Entfremdungserfahrungen und eigenen traumatischen Erlebnisse von Verfolgung, Entkommen und Neuanfang zu reflektieren, gingen diese Momente direkt in die jeweilige Theoriebildung mit ein. Die Gesamtheit der emigrationsbedingten traumatischen Erfahrungen dieser Individuen schloss beispielsweise die folgenden mit ein: 1) den Schock, in der eigenen Autorität und Anerkennung als Psychoanalytiker und -analytikerin angegriffen worden zu sein, 2) als Opfer den Nazis, ihren Schlägertrupps und der Geheimpolizei ausgeliefert gewesen

zu sein, 3) bei Flucht und Neuanfang von anderen Kollegen und Freunden, nicht aber vom eigenen psychoanalytischen Können, abhängig gewesen zu sein, 4) in einer prekären Situation ohne privaten Besitz und in völliger Armut Nordamerika erreicht zu haben – abhängig allein vom *Goodwill* der Familie und von Bekannten, die mit ihrem Affidavit für die Geflüchteten einstanden, 5) mit ungenügenden Englischkenntnissen in einer neuen Umgebung bestehen und ein neues Arbeitsfeld entwickeln zu müssen, 6) oftmals auf die Ablehnung und Indifferenz in der medizinischen *Community* und nahen Umgebung zu treffen, die die Ankömmlinge häufig als Konkurrenten auf dem Gesundheitsmarkt wahrnahm, sowie 7) den Verlust von Familie, Freunden und Kollegen verkraften zu müssen, welche sich noch immer in Europa aufhielten und denen am Ende die Flucht häufig nicht mehr gelang (s. Niederland, 1988a).

Wie zum Beispiel Gerald N. Grob (2000, S. 232) gezeigt hat, hatte die Medikalisierung der Psychoanalyse nicht nur in ärztlichem und institutionellem Sinn bereits begonnen, sondern war im pragmatischen Umfeld nordamerikanischer Lebenswelten bereits zu einem deutlich wahrnehmbaren kulturellen Faktum geworden. Dennoch sahen sich die Psychoanalytiker und -analytikerinnen in psychiatrisch-klinischen Arbeitskontexten und in eine szientistische Sprachumwelt eingepasst, die nicht immer auf Gegenseitigkeit und gemeinsame Akzeptanz hinaus gelaufen sind. Solche Arbeitssituationen konnten ebenso nichtanalytischen Ärzten als Problem begegnen, wenn sie größere theoretische Ansprüche in ihrer medizinischen Arbeit hegten: Nicht selten sahen sich die emigrierten Neurologen und Psychiater im direkten Aufeinandertreffen mit wenig rezeptiven Wissenschaftskulturen konfrontiert, wobei auch die Psychotraumatologie zumeist eher ein Nischendasein fristen musste (wie dies im Gewand der physiologischen Stressforschung ebenfalls deutlich ist, die bezeichnenderweise von einem weiteren österreichischen Emigranten Hans Selye, 1907–1982, an der McGill Universität entwickelt wurde; siehe auch Young, 1995, S. 40), ohne deutliche Anbindung an die lokalen neu-

rologischen und psychiatrischen Arbeitsgruppen zu bekommen.

Außerdem setzte die emigrierten Psychoanalytiker und -analytikerinnen eine weitere Situation zunehmend unter Druck: Natürlich war den im Exil Lebenden bekannt, dass Ärzte und Ärztinnen nicht alleine aufgrund der Quotenregelungen erleichterte Einreisebedingungen vorfanden, sondern dass ihnen etwa das *Emergeny Committee for Displaced Physicians* oder das *Psychoanalyst's Emergency Committee* Affidavits und Hilfestellungen wirtschaftlicher Art verschafft und hierdurch die Emigration und den Neuanfang sehr erleichtert hatten. Als reflektierte Therapeutinnen und Therapeuten war ihnen diese privilegierte Situation durchaus bewusst und sie hatten häufig mit dieser Dimension ihres eigenen Überlebens im Angesicht der fürchterlichen Entwicklungen in Europa zu kämpfen (Niederland, 1988a, S. 423). Nicht wenige entwickelten selbst ein „Überlebenden-Syndrom" (*survivors' syndrome*), wie dies in den 1960er Jahren durch den deutsch-amerikanischen Psychiater und Psychoanalytiker William G. Niederland beschrieben und publiziert worden ist.

Er hatte zur Frage des Überlebens, des Neuanfangs und der Trennung von Familie und Freunden bereits in Holland Untersuchungen durchgeführt und Veröffentlichungen zum Thema vorgelegt, in die seine eigenen Erfahrungen auf der langen Flucht über Italien, Shanghai, die Philippinen bis nach San Francisco und New York mit eingegangen sind. Dabei beschrieb er das „Überlebenden-Syndrom" als ein traumatisches Erleben, das „ein chronisches mit Tod assoziiertes Engramm" darstellt und sich wie die zuvor bekannten Kriegs- und Unfallneurosen in einer ganzen Reihe von Symptomen niederschlägt, welche durch Angst und Agitation, Misstrauen wie Spannungen im Umgang mit anderen Menschen und chronisch widersprüchlichen Interessen etc. gekennzeichnet sind. Dies drückte sich letztlich in einem Prozess der „Entmenschlichung" aus (Niederland, 1968, S. 313):

„Wer sich als Forscher, Kliniker oder allgemein psychologisch orientierter Beobachter in das Gebiet der seelischen

Störungen begibt, die nicht selten im Gefolge massiver rassistischer und politischer Verfolgungen auftreten, gelangt fast unversehens in eine der düstersten Regionen tragischen Geschehens, eine Region, in der die seelischen Auswirkungen des Erlebten und dessen vielschichtige Verkettung mit Terror, Hass, Schuld, Grauen und Entmenschlichung in so krassem Maße sichtbar werden, dass es selbst dem an strenge Disziplin der Objektivität gebundenen Wissenschaftler schwerfällt, jene unvoreingenommen untersuchende und prüfende Grundhaltung zu bewahren, die gerade angesichts der Verstrickung psycho-historischer Ereignisse und tiefgehender seelischer Reaktionen geboten ist. Als im Bereiche der Psychiatrie und Psychoanalyse tätiger Kliniker werde ich mich daher im folgenden hauptsächlich mit den klinischen Forschungsergebnissen auf dem Gebiete der Verfolgungspsychiatrie und Verfolgungspathologie befassen. Einige einleitende Bemerkungen zum Problem der Entmenschlichung seien jedoch kurz vorausgeschickt. Was verstehen wir darunter?

Ich definiere Entmenschlichung und das hierauf gezielte Handeln als den systematisch durchgeführten Versuch, einen Menschen seiner psychophysischen Funktionen und Fähigkeiten so zu entkleiden, dass als Endresultat dieses Prozesses – falls er überhaupt überstanden werden kann – ‚etwas' verbleibt, das noch in menschlicher Form, Gestalt und Artung lebt, oder, richtiger gesagt, vegetiert, jedoch in seinen psychischen Eigenschaften zum großen Teil bzw. in toto ‚anders' geworden ist" (Niederland, 1988b, S. 1055).

Die beschriebenen Phänomene der Andersartigkeit der Betroffenen in der psychotraumatologischen Theoriebildung wie auch im Lebensbezug waren nicht nur bei Niederland selbst deutlich erkennbar. Sie werden besonders in der individuellen Situation spürbar, etwa in der tragischen Lage des Wiener Arztes und Psychoanalytikers Paul Federn (1871–1950), dessen Familie nicht mehr nach New York nachreisen konnte, nachdem er selbst über den privilegierten Zugang als Arzt ein frühes Einreisevisum für die USA bekommen hatte. Wohl auch aus diesem Grund ist Federn

1950 im Exil in den Freitod gegangen (Mühlleitner, 2005, S. 135 f.). Doch während diese existentielle Ausnahmesituation natürlich gravierende Auswirkungen auf jedes Individuum hatte, und selbst Psychotraumatologen und -traumatologinnen keine Ausnahme bildeten, konnte die äußere Bedrohung auch durch bestehende Netzwerke und Unterstützungsgruppen abgemildert, die Erlebnisse von Flucht- und Vertreibung ausgetauscht und bearbeitet sowie die Vorerfahrungen positiv als „Anpassung an die sozialen Strukturen" gedeutet werden, in denen die „Kooperation als essentielles Moment der Humanität" sichtbar blieb und so die Ansätze in der Traumaforschung beeinflussen konnte (Hartmann, 1964, S. 31). Auch aus dieser Grundüberzeugung heraus rührte etwa der weite Einfluss der (europäischen) Psychoanalyse auf dem nordamerikanischen Kontinent, so dass emigrierte Psychoanalytiker und Psychoanalytikerinnen vielerorts neue kulturelle Strömungen – bis in die philosophische Theoriebildung hinein mit anregen konnten (siehe etwa: Klibansky, Panofsky u. Saxl, 1964). Dieser Prozess ging sogar so weit, dass wiederum andere „Importprodukte" zwangsemigrierter Neurologen und Psychiater – wie die rehabilitative Neurologie Kurt Goldsteins, die psychiatrische Genetik Franz Josef Kallmanns (1897–1965) oder die Chlorpromazin-Therapie Hans Lehmanns (1911–2000) – lange im kulturellen Schatten der Psychoanalyse verblieben (Mildenberger, 2002; Harrington, 2002; Stahnisch, 2008b), bevor auch aus diesen Entwicklungen Hauptströmungen der neuen biomedizinisch orientierten Neurowissenschaften entstehen konnten.

Es ist interessant zu sehen, wie stark hierbei die Entwicklungen auf allen Gebieten der Psychiatrie, Psychoanalyse und der Neurologie vom weitgreifenden Einfluss des Schweizer Emigranten Adolf Meyer (1866–1950) abhängig waren, der nicht nur in Berufungsfragen und in unzähligen Besetzungskommissionen als externer Gutachter agierte, in zahlreichen Vorständen führender neurowissenschaftlicher Gesellschaften Nordamerikas wirkte, persönliche Kontakte in die Carnegie- und Rockefeller-Stiftungen hinein besaß und

Beziehungen zu hocheinflussreichen US-amerikanischen und kanadischen Politikern genoss (siehe beispielsweise in ARBC, 1936, S. 2). Meyer war überdies für die psychiatrische Traumaforschung – in ihren psychoanalytischen wie später psychopharmakologischen Ausprägungen – ein zentraler Knotenpunkt des nordamerikanischen Netzwerks der Neurowissenschaften geworden. Er fungierte dort als Moderator, als Kritiker, als Referent wie *Elder Statesman*, dem viele der zwangsemigrierten Psychiater und Psychoanalytiker persönlich ihre Position und ihren Neuanfang in den USA und in Kanada verdankten (so etwa in Brown, 1997). Aus diesem Engagement ging letztlich eine Stärkung und Verfestigung vorher bestehender Netzwerke hervor, da mehrere der Emigranten bereits „vor Ort" gewesen sind (wie dies natürlich in der internationalen Wissenschaftslandschaft der Physik oder den Biowissenschaften der 1920er und 1930er Jahre gang und gäbe war). Wie Franz Alexander (1891–1964) und Sándor Radó (1890–1972) aus Budapest oder Felix Deutsch (1884–1964) und Helene Deutsch (1884–1882) aus Wien entschlossen sie sich nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten dazu, in den USA zu bleiben, da sich die politischen Umstände in Europa nur zu ihren Ungunsten entwickeln konnten (vgl. Roazen, 2004).

Durch den Einfluss solcher *Key Players* wie Adolf Meyer wurden auch die Beziehungen zwischen Forschern, Klinikern und Praktikern enger gespannt, woraus interdisziplinäre Arbeitsbezüge mit Psychiatern und Neurologen erwuchsen, akademische Institutionen wie die Kliniken der Johns Hopkins Universität, eine intellektuelle Stärkung und Zunahme ihres Einflusses erhielten, größere Forschungsförderungsinstitutionen auch in die Psychoanalyse zu investieren begannen – etwa in die Gründung des von Karl Menninger (1893–1990) inaugurierten *Institute for Psychoanalysis* in Topeka, Kansas. Alle diese Vorstöße und Entwicklungen bedingten auch, dass das Netz zwischen Traumaforschung und Wissenschaft immer enger gespannt werden konnte, nachdem seit den 1940er Jahren diejenigen Ärzte und Wissenschaftler, die vor den Verheerungen des NS-Regimes geflo-

hen waren, in die lokalen Arbeitsbezüge der nordamerikanischen Wissenschaftslandschaft mit einbezogen worden sind.

## *Schluss*

Am (vorläufigen) Ende dieser Entwicklungen stehen heutige Auffassungen des „psychische[n] Trauma[s als] ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt" (Fischer, 2000, S. 11 f.), die das eigene Erleben zwangsemigrierter Psychiater, Psychoanalytiker und Neurologen während ihrer Verfolgung in Europa und in der unsteten Zeit ihres Neuanfangs in Nordamerika begleitet haben. Es ist überaus interessant und aufschlussreich, die derzeitige Konjunktur des Traumabegriffs als ein kulturelles Deutungsmuster zu betrachten: Der Traumabegriff verbindet erneut Einzeldiskurse aus der Medizin, der Psychoanalyse, der Kunst- und Literaturtheorie wie auch der Sozialgeschichte zu einem gemeinsamen Bedeutungsnetz, das schließlich nicht allein die Geschichte der individuellen Subjekte mit einbezieht, sondern das kollektive Gedächtnis selbst mitbestimmt (vgl. Assmann, 1999, S. 95 f.).

Insofern kann und muss das Verhältnis der individuellen Abwehr und des Widerstands als ein wichtiges Moment des Selbstschutzes in Zeiten kultureller Neuorientierung je neu rekonstruiert werden. Deutlich ist, dass hierbei die Rekonfigurationen der Traumaforschung bei zwangsemigrierten deutschsprachigen Neurologen und Psychiatern nicht nur ein kontingentes Zeitsymptom des frühen 20. Jahrhunderts ausmachen. Vielmehr haben sie sich zu Symbolen und Repräsentanten derjenigen Widersprüche und Aporien der Moderne selsbt entwickelt, die Freud gerade um 1900 im Konzept des Traumas als einer psychoanalytischen Denkfigur herausgestellt hat, wodurch er deutlich machte, was

„Moderne" beziehungsweise „das Andere der Moderne" im Sinne der Psycho- und Neuropathologie gemeinsam umgreift.

## *Literatur*


Abraham, K. (1919). Erstes Korreferat. In Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Internationale Psychoanalytische Bibliothek, Band 1 (S. 31–41). Leipzig u. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

ARBC – Archives and Rare Books Collection of the Becker Library, Washington University School of Medicine (1936): (RG1C15:2, Department of Neurology and Psychiatry, Series 2, Dr. Gregg's List, Am. Assoc. of Colleges Med. Schools – of 1936).

Aschaffenburg, G. (1923). Handbuch der Psychiatrie. Leipzig: Deuticke.

Assmann, A. (1999). Trauma des Krieges und Literatur. In E. Bronfen, B. R. Erdle, S. Weigel (Hrsg.): Trauma. Zwischen Psychoanalyse und kulturellem Deutungsmuster (S. 95–116). Köln, Weimar, Wien: Böhlau.

Barwinski Fäh, R. (2001). Trauma, Symbolisierungsschwäche und Externalisierung im realen Feld. Forum Psychoanal., 17, 20–37.

Benzenhöfer, U., Kreft, G. (1997). Bemerkungen zur Frankfurter Zeit (1917–1933) des jüdischen Neurologen und Psychiaters Walther Riese. SDGGN, 3, 31–40.

Bielschowsky, M. (1904). Die Silberimprägnation der Neurofibrillen. J. Psych. Neurol., 3, 169–189.

Bielschowsky, M. (1906). Über das Verhalten der Achsencylinder in Geschwülsten des Nervensystems und in Kompressionsgebieten des Rückenmarks. J. Psych. Neurol., 7, 101–139.

Bielschowsky, M., Unger, E. (1917). Die Überbrückung großer Nervenlücken. J. Psychol. Neurol., 22, 267–314.

Bohleber, W. (2000). Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. Psyche, 54, 797–839.

Bronfen, E., Erdle, B. R., Weigel, S. (1999). Trauma. Zwischen Psychoanalyse und kulturellem Deutungsmuster. Köln, Weimar, Wien: Böhlau.

Brown, T. M. (1997). Friendship and Philanthropy: Henry Sigerist, Alan Gregg and the Rockefeller Foundation. In E. Fee, T. M.

Brown (Eds.). Making Medical History. The Life and Time of Henry E. Sigerist (S. 288–312). Baltimore u. London: John Hopkins University Press.

Brunner, J. (1991). Psychiatry, Psychoanalysis and Politics during the First World War. J. Hist. Behav. Sci., 27, 352–365.

Clinghorn, R. (1984). The emergence of psychiatry at McGill. Can. J. Psych., 29, 551–556.

Crouthamel, J. (2002). War neurosis versus savings psychosis: working-class politics and psychological trauma in Weimar Germany. J. Contemp. Hist., 37, 163–182.

Fischer, G. (2000). Psychoanalyse und Psychotraumatologie. Trauma. Jahrb. Lit. Psychoanal., 19, 11–26.

Focke, W. (1992). William G. Niederland. Psychiater der Verfolgten, seine Zeit, sein Leben, sein Werk, ein Porträt. Würzburg: Königshausen & Neumann.

Freud, S. (1905). Meine Ansichten über die Rolle der Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. G. W. Bd. V (S. 147–157). Frankfurt a. M.: Fischer.

Freud, S. (1916/17). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. G. W. Bd. XI (S. 282–295). Frankfurt a. M.: Fischer.

Freud, S. (1919). Einleitung. Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. G. W. Bd. XII (S. 321–324). Frankfurt a. M.: Fischer.

Freud, S. (1972). Über Kriegsneurosen, Elektrotherapie und Psychoanalyse (ein Auszug aus dem Protokoll des Untersuchungsverfahrens gegen Wagner-Jauregg im Oktober 1920). Psyche, 26, 939–951.

Freud, S. (1986). Brief an Wilhelm Fließ in Berlin (vom 21. Sept. 1897). In J. M. Masson (Hrsg.), S. F., Briefe an Wilhelm Fließ 1887–1904. Ungekürzte Ausgabe. Bearbeitung der deutschen Fassung von M. Schröter. Transkription von G. Fichtner (S. 283–286). Frankfurt a. M.: Fischer.

Grob, G. N. (2000). Mental Health Policy in Late Twentieth Century America. In R. W. Menninger, J. C. Nemiah (Eds.): American Psychiatry after World War II (1944–1994). Washington, D.C.: American Psychiatric Pub.

Hagner, M. (2004). Geniale Gehirne. Zur Geschichte der Elitegehirnforschung. Göttingen: Wallstein.

Hantke, L. (1999). Trauma und Dissoziation. Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. Berlin: Wiss Verl Berlin.

Harrington, A. (2002). Die Suche nach Ganzheit. Die Geschichte biologisch-psychologischer Ganzheitslehren: Vom Kaiserreich bis zur New-Age-Bewegung. Hamburg: Reinbek.

Hartmann, H. (1964). Essays on Ego Psychology: Selected Papers in Psychoanalytic Theory. New York: Internat Univ Press.
Hobsbawm, E. (1995). Das Zeitalter der Extreme – Weltgeschichte des 20. Jahrhunderts. Frankfurt a. M. u. Wien: Fischer Tb.
Hofer, H.-G. (2004). Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920). Wien: Böhlau.
Holdorff, B. (2003). Über Max Lewandowskys Kriegsaufsatz (1915) zur Internationalität der Wissenschaft. SDGGN, 9, 61–66.
Horn, E. (1999). Krieg und Krise. Zur anthropologischen Figur des Ersten Weltkriegs. In G. v. Graevenitz (Hrsg.), Konzepte der Moderne. DFG-Symposion 1999 (S. 633–655). Stuttgart u. Leipzig: Metzler.
Horn, E. (2000). Erlebnis und Trauma. Die narrative Konstruktion des Ereignisses in Psychiatrie und Kriegsroman. In I. Mülder-Bach (Hrsg.), Moderne und Trauma (S. 131–162). Wien: WUV.
Internationaler Psychoanalytischer Verlag (1919): Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Internationale Psychoanalytische Bibliothek, Band 1. Leipzig u. Wien.
Kästner, I., Schröder, C. (1990). Sigmund Freud (1856–1939). Hirnforscher, Neurologe, Psychotherapeut. Ausgewählte Texte. Leipzig: Barth.
Klibansky, R., Panofsky, E., Saxl, F. (1964). Saturn and Melancholy. Studies in the History of Natural Philosophy, Religion, and Art. New York: Basic Books.
Kraepelin, E. (1915). Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. (8. Aufl.) Leipzig: Barth.
Kurzweil, E. (1996). Psychoanalytic Science: From Oedipus to Culture. In M. Ash, A. Söllner (Eds.): Forced Migration and Scientific Change. Émigré German-Speaking Scientists and Scholars after 1933 (S. 139–155). Cambridge: Cambridge University Press.
Mildenberger, F. (2002). Auf der Spur des „scientific pursuit": Franz Josef Kallmann (1897–1965) und die rassenhygienische Forschung. Medhist. J., 37, 183–200.
Mühlleitner, E. (2005). Federn, Paul. In G. Stumm et al. (Hrsg.), Personenlexikon der Psychotherapie Teil 6 (S. 135–136). Wien: Springer.
Müller, T. (2000). Von Charlottenburg zum Central Park West. Henry Lowenfeld und die Psychoanalyse in Berlin, Prag und New York. Frankfurt a. M.: Deja Vu.

Niederland, W. G. (1968). Clinical observations on the survivor syndrome. Int. J. Psychoanal., 49, 313–315.

Niederland, W. G. (ca. 1988a). A Refugee's Life – The First Year. Typoskript mit handschriftl. Anmerk. (= Niederland Box, Holocaust Memorial Center San Francisco).

Niederland, W. G. (1988b). Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Sonderdruck aus dem fünfzehnbändigen Informationswerk: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Zürich: Kindler. S. 1055–1067 (= Niederland Box, Holocaust Memorial Center San Francisco).

Oppenheim, H. (1889). Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenklinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen. Berlin: Hirschwald.

Peiffer, J. (1998). The persecution of German neuropathologists. 1933–1939. Nervenarzt, 69, 99–109.

Peiffer, J. (2004). Hirnforschung in Deutschland 1849–1974. Briefe zur Entwicklung von Psychiatrie und Neurowissenschaften sowie zum Einfluss des politischen Umfeldes auf Wissenschaftler. Berlin u. a.: Springer.

Perry, H. R. (2005). Recycling the Disabled: Army, Medicine, and Society in World War I Germany. Med. Diss. Indiana.

Plänkers, T., Laier, M., Otto H.-H. (Hrsg.) (1996). Psychoanalyse in Frankfurt am Main. Zerstörte Anfänge. Wiederannäherung. Entwicklungen. Tübingen: Brandes & Apsel.

Radkau, J. (2000). Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler. Düsseldorf: Econ.

Reisner, S. (2003). Trauma: the seductive hypothesis. J. Am. Psychoanal. Assoc., 51, 381–414.

Richter, J. (1996). Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung und die Topographie der Groâhirnhemisphären – Ein Beitrag zur Institutsgeschichte der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft und zur Geschichte der architektonischen Hirnforschung. In B. vom Brocke, H. Laitko (Hrsg.), Die Kaiser-Wilhelm-/Max-Planck-Gesellschaft und ihre Institute – Das Harnack-Prinzip (S. 349–408). Berlin u. New York: Akademie.

Roazen, P. (2004). Helene Deutsch. A Psychoanalyst's Life. Boston: Simon & Schuster.

Shevell, M. I. (1999). Neurosciences in the Third Reich: from Ivory Tower to Death Camps. Can. J. Neurol. Sci., 26, 132–138.

Stahnisch, F. W. (2003). Zur Bedeutung der Konzepte der „neuronalen De- und Regeneration" sowie der „Pathoarchitektonik

der Hirnrinde" in den neurohistologischen Arbeiten Max Bielschowskys (1869–1940). SDGGN, 9, 243–269.

Stahnisch, F. W. (2008a). Ludwig Edinger (1855–1918) – Pioneer in Neurology. J. Neurol., 255, 147–148.

Stahnisch, F. W. (2008b). Zur Zwangsemigration deutschsprachiger Neurowissenschaftler nach Nordamerika: Der historische Fall des Montreal Neurological Institute. SDGGN, 14, 414–472.

Stahnisch, F. W., Nitsch, R. (2002). Santiago Ramón y Cajal's concept of neuronal plasticity: the ambiguity lives on. Trends Neurosci., 25, 589–591.

Tutté, J. C. (2004). The concept of psychoanalytical trauma: a bridge in interdisciplinary space. Int. J. Psychoanal., 85, 897–921.

Weitz, E. D. (2007). Weimar Germany. Promise and Tragedy. Princeton, Oxford: Princeton University Press.

Will, M. (2000). Max Bielschowsky – Eine Bioergographie. Diss. med. Münster.

Young, A. (1995). The Harmony of Illusions: Inventing Posttraumatic Stress Disorder. Princeton: Princeton University Press.

Young, A. (1999). W. H. R. Rivers and the war neuroses. J. Hist. Behav. Sci., 35, 359–378.

Zuckermann, M. (Hrsg.) (2004). Geschichte und Psychoanalyse. Göttingen: Wallstein.