

GEORGIA BÖWING
 HARALD J. FREYBERGER
 PHILIPP KUWERT
 STEFAN GEORG
 SCHRÖDER

Vergewaltigungen am Ende des II. Weltkriegs

Eine Kasuistik zur PTSD mit verzögertem Beginn und depressiver Komorbidität bei Trauma-Reaktivierung nach diagnostischer Koloskopie

Zusammenfassung

Gerontopsychiatrische Patienten haben oft traumatisierende Kriegserfahrungen. Jahrzehnte später können erstmals belastende Erinnerungen im Gedächtnis wieder auftauchen. Im Osten Deutschlands waren Gewaltanwendungen am Ende des II. Weltkriegs häufiger als im Westen. Neben einer verzögert auftretenden posttraumatischen Belastungsstörung (Posttraumatic Stress Disorder PTSD) wird bei diesen Patienten oft eine depressive Komorbidität diagnostiziert. Stellt diese eine Zweiterkrankung dar oder ist sie Teil der PTSD im Sinne einer komplexen PTSD? Der besondere Fall: In Folge einer diagnostischen Koloskopie traten bei einer bislang psychisch gesunden 89-jährigen Patientin erstmals Alpträume und Intrusionen auf. Anamnestisch waren vielfache Vergewaltigungen durch sowjetische Militärangehörige zu eruieren. Eine schwere wahnhaft-depressive Depression mit Schuld-, Versündigungs- und nihilistischem Wahn maskierte eine PTSD. Zusammenfassung: Zeitgeschichtliches Denken bei der Anamneseerhebung ist erforderlich. Bei sexuell traumatisierten gerontopsychiatrischen Patienten ist die Notwendigkeit invasiver

genitaler und analer Untersuchungen kritisch abzuwägen und eine interdisziplinäre geriatrische und gerontopsychiatrische Zusammenarbeit unabdingbar. Die diagnostische Klassifikation der verzögert auftretenden PTSD nach ICD-10 ist problematisch, da sie nur eingeschränkt auf gerontopsychiatrische Patienten anwendbar ist. Depressive Komorbidität sollte extra verschlüsselt werden.

Schlüsselbegriffe

verzögert auftretende PTSD, Vergewaltigung, Trauma-Reaktivierung, depressive Komorbidität, Gerontopsychiatrie

Einleitung

Am Ende des II. Weltkrieges kam es zu massiven Gewaltanwendungen durch sowjetische Militärangehörige gegenüber der deutschen Bevölkerung. Nach Schätzung von Gerhard Reichling (Sander & Johr, 1992) fanden mindestens 1,9 Mio. Vergewaltigungen statt. Etwa 1,4 Mio. Frauen und Mädchen waren davon in den ehemaligen Ostgebieten und während der Flucht und Vertreibung betroffen. 500 000 Vergewaltigungen ereigneten sich in der späteren sowjetischen Besatzungszone, 100 000 in Berlin.

Danach war die Sicherheit der eigenen Unversehrtheit an Leib und Seele zerstört (Spranger, 2002; Treichel, 2002). Frauen fühlten sich schuldig, Opfer geworden zu sein und schwiegen aus Scham über die demütigenden Vergewaltigungen sowohl gegenüber den Partnern als auch später gegenüber den Kindern (Naimark, 1997). In vielen Familien wurde das Thema »totgeschwiegen«; »die Unfähigkeit zu trauern«

(Mitscherlich & Mitscherlich, 1967) wurde von den Eltern und Großeltern auf die Kriegskinder übertragen. Kuwert, Knaevelsrud & Freyberger (2010) beschrieben anhand typischer Diskussionsbeiträge in Resonanz auf eine Pressemitteilung über eine angekündigte Studie zur sexualisierten Kriegsgewalt die Problematik der Scham, aber auch die Folgen des Unverständnisses der Partner. So forderte ein aus der Kriegsgefangenschaft heimkehrender Ehemann die Scheidung aufgrund »ehewidrigen Verhaltens«.

Nach Sack (2004) sind Schuld- und Schamgefühle kennzeichnend für die Selbstbewertung von früh und lang anhaltend traumatisierten Menschen. Diese verzerrten Wahrnehmungen haben eine wichtige stabilisierende Funktion und schützen vor psychischer Desintegration. Die Annahme eigener Schuld kann als subjektives Erklärungsmodell verstanden werden, um Gefühle eigener Ohnmacht und Hilflosigkeit zu vermindern (Feinauer & Stuart, 1996; McCann & Pearlman, 1990).

Auch Flüchtlinge wurden von der ortsansässigen Bevölkerung oft als Bedrohung angesehen: Sie erinnerten an den verlorenen Krieg und forderten Verständnis und materielle Hilfe ein (Faulenbach, 2004). Damit hatte die gesellschaftliche Situation in Deutschland nach Kriegsende ebenfalls einen Einfluss auf die erheblichen Latenzzeiten bis zur Manifestation einer zugehörigen PTSD. So galt ein Zurücknehmen der Frage nach deutschen Opfern als politische Notwendigkeit. Aus Scham über die Geschichte durfte man sich nicht mit dem eigenen Leid befassen. Die schrecklichen Ereignisse wurden lange Zeit verdrängt (Radebold,

2003). Eine besondere Situation ergab sich in der sowjetischen Besatzungszone. Das Phänomen der Vergewaltigungen wurde in Ausmaß und Häufigkeit zu einem Teil der Sozialgeschichte der sowjetischen Besatzungszone, wie sie im Westen in dieser Form unbekannt war (Naimark, 1997).

Die traumatisierenden Kriegserfahrungen können auch noch im höheren Lebensalter zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (Posttraumatic Stress Disorder = PTSD) führen. So konstatierten Kuwert, Klauer & Eichhorn (2010) bei 19 % von 27 interviewten deutschen Frauen, die schwer kriegstraumatisiert waren, Symptome, die eine aktuell bestehende PTSD wahrscheinlich machten.

Maercker (2002) unterscheidet im höheren Lebensalter drei lebensspannenbezogene PTSD-Typen: 1. die chronische posttraumatische Belastungsstörung (z.B. Holocaustopfer), 2. die posttraumatische Belastungsstörung nach aktuellem Trauma (z.B. Raubüberfall) und 3. die hier interessierende verzögert auftretende PTSD. Bei dieser können Jahre und Jahrzehnte nach traumatischen Erlebnissen erstmals belastende Erinnerungen auftreten (Böwing, Schmidt & Schröder, 2007). Generell erhöht sich durch Traumatisierungen die psychische Vulnerabilität.

Wenn zu den in der ICD 10-Klassifikation (WHO, 1994) beschriebenen Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung weitere Symptome hinzukommen, sollte beurteilt werden, ob es sich um eine komplexe PTSD (Sack, 2004) handelt. Hierbei treten zusätzlich zu den PTSD-Symptomen hauptsächlich Störungen der Affektregulation sowie Störungen der Selbstwahrnehmung und Selbst-

regulation auf. Kennzeichnend sind weiterhin dissoziative Symptome, eine Neigung zur Somatisierung, Störungen der Sexualität und der Beziehungsgestaltung sowie Veränderungen persönlicher Glaubens- und Wertvorstellungen.

Andererseits sind aber komorbide seelische Störungen mit bis zu 80 % differenzialdiagnostisch in Erwägung zu ziehen (Creamer, Burgess & McFarlane, 2001; Kessler, Sonnega, Bromet et al., 1995). Soziale Ängste, andere Angststörungen und depressive Störungen stehen hier im Vordergrund. Hinzu kommen Zwangssymptome, Essstörungen sowie Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit, die ebenso als Zweiterkrankung verstanden werden können.

Der besondere Fall

Die akute Einweisung der 89-jährigen Frau erfolgte nachts durch den hausärztlichen Notdienst wegen eines depressiven Wahns mit passiver Suizidalität. Nach Fremdanamnese durch Sohn und Tochter hatte eine agitiert-depressive Symptomatik 14 Tage zuvor nach einer diagnostischen Koloskopie wegen einer chronischen Eisenmangelanämie begonnen. Zunächst war eine ambulante nervenärztliche Behandlung mit Risperidon versucht worden. Die Patientin hätte zu Hause berichtet, sie sehe »ein Knäuel« und komme »da nicht raus«. Sehr aufgeregt und kaum zu beruhigen wäre sie gewesen und hätte davon gesprochen, vor Gericht zu müssen, die Polizei suche sie. Das Geld und alle Unterlagen seien weg. Vor der Tochter wäre sie auf die Knie gefallen und hätte sie um Verzeihung gebeten, denn sie

wäre eine schlechte Mutter gewesen. Sie sei zuvor nie manifest psychisch krank gewesen.

Zur **biografischen Anamnese** war zu erfahren, dass die Patientin in einem Dorf im Süden Mecklenburgs aufgewachsen war, bereits mit 19 Jahren heiratete und einer Tochter das Leben schenkte. Bald darauf fiel der Ehemann im II. Weltkrieg. Gegen Ende des Krieges wurde sie von sowjetischen Militärangehörigen in Anwesenheit der Tochter 7-fach vergewaltigt. Die Tochter war kurz zuvor von einem sowjetischen Soldaten mit einem Gewehr bedroht worden und hatte die Mutter um Hilfe gerufen. Im weiteren Verlauf wurde die Patientin über Wochen nachts aus dem Bett geholt und wiederholt vergewaltigt. »*Ich war noch jung. Da ist das doch normal.*« Im Alter von 33 Jahren ging sie eine 2. Ehe ein und gebar in den folgenden 3 Jahren 2 Söhne. Bereits nach 5 Ehejahren verlor sie diesen Mann durch einen Unfall; er ertrank. Mit 55 Jahren heiratete sie ein drittes Mal und verwitwete wiederum nach nur 7 Ehejahren. Im Folgenden lebte sie alleine, zuletzt im betreuten Wohnen. Es bestand ein enger und liebevoller Kontakt zu Kindern und Enkeln.

Psychopathologischer Aufnahmebefund: Unter 1 mg Lorazepam wirkte die Patientin wach, kontaktbereit und vollständig orientiert. Die Auffassung war etwas erschwert, Konzentration und Aufmerksamkeit mäßig reduziert. Merkfähigkeit, Kurz- und Langzeitgedächtnis erschienen gesprächsbezogen unauffällig. Das formale Denken war etwas verlangsamt, aber geordnet.

Unter der sedierenden Medikation konnte in der nächtlichen Notfallsituation keine wahnhaftes Symptomatik eruiert werden. Die Patientin berichtete emotional unbeteiligt über vereinzelte optische Halluzinationen und Phoneme. Die Stimmung wirkte anfangs freundlich ausgeglichen, im Gesprächsverlauf zunehmend bedrückt bis verzweifelt. Affektiv erschien die Patientin vermindert mit-schwingend, psychomotorisch ruhig; der Antrieb war unauffällig. Es bestand Lebensüberdruß, aber keine akute Suizidalität.

Geleitet vom klinischen Eindruck, aber auch der eindringlichen Fremdanamnese wurde die **Arbeitsdiagnose** einer schweren wahnhaften Depression mit maskierter PTSD gestellt, die sich in den Folgetagen als sicher bestätigte.

Im **Verlauf** wurde zunächst die Risperidonmedikation abgesetzt und eine Einstellung auf Quetiapin, intermittierend bis 350 mg vorgenommen. Antidepressiv erhielt die Patientin zunächst 50–100 mg Sertralin. Auch darunter blieb sie misstrauisch und beobachtend. Im Verlauf wurde sie immer wahnhafter. »*Meine Seele ist zu Steinkohle geworden. Ich bin alles losgeworden. Ist so ein Wirrwarr. Ich steh leer da*«. Sie wirkte völlig ratlos, getrieben, war tief verzweifelt und hatte panische Angst vor dem Bett (Vermeidungsverhalten, PTSD Cluster C). Jegliche Medikation erlebte sie als *Strafe*. Gespräche empfand sie als *Verhöre*. Nach 19 Tagen begann eine Umstellung auf Venlafaxin wegen mangelnder Response und progredienter Hyponatriämie. Im Weiteren kam es zu einer zunehmenden Nahrungsverweigerung bei nihilistischem Wahn. »*Wie soll ich trinken, ich habe doch gar kei-*

nen Magen mehr. Sehen Sie nicht, da ist ein großes Loch, da fällt alles raus und dann wird der Fußboden schmutzig.« (Vermeidungsverhalten).

Eine Infusionsbehandlung wurde erforderlich. Nach 22 Tagen erfolgte wegen einer transitorischen ischämischen Attacke mit inkompletter Hemiparese eine Verlegung in eine neurologische Klinik. Dort entwickelte sich eine schwere Pneumonie mit Pleuraerguss, von der sich die Patientin jedoch erholte. Nach 39 Tagen wurde die Patientin in die psychiatrische Klinik zurück verlegt. »*Ich hab ja nur gelegen und geschlafen. Keine Lust. Alles versaut, alles verdorben, alles verzerrt.*« Die Patientin war der Meinung, sie sei »*illegal alt geworden in Deutschland*«. Der Vater sei Pole gewesen und vor dem Krieg weggelaufen. Sie schäme sich so und müsse bestraft werden. Von nächtlichen Alpträumen (PTSD Cluster B) berichtete sie, etwas drücke sie runter, bis sie »*ganz platt*« sei. Dabei wirkte sie tief verzweifelt, die Stimmung war nicht auflockerbar. Sie war affektiv vollkommen starr, antriebsgehemmt und psychomotorisch agitiert. Dabei hatte sie Todeswünschedanken ohne akute Suizidalität. Es erfolgte eine Aufdosierung des Venlafaxin bis 225 mg unter Beibehaltung des Quetiapin. Im Weiteren kam es zu einem Rückgang der Wahnsymptomatik; sie war weniger agitiert, aber weiter schwer depressiv. Nach 46 Tagen entwickelte die Patientin eine Diarrhoe. Am gleichen Tag erlitt sie eine erneute transitorische ischämische Attacke mit kurzzeitiger phonematischer Paraphasie. Nach weiterer Verschlechterung des Allgemeinzustands gab es einen Kon-

sens mit der Familie über einen Verzicht auf Wiederbelebung. Es erfolgte eine symptomatische Therapie. Erstaunlicherweise markierte dies einen Umschwung in der Behandlung. Die Patientin begann wieder mit dem selbstständigen Essen und wirkte insgesamt lebensbejahender und gewillt, um ihr Leben zu kämpfen. Nach 53 Tagen wurde sie deshalb in erneuter Absprache mit der Familie bei akuter Diarrhoe mit u. a. CRP von 151 mg/l in eine Klinik für Innere Medizin verlegt und doch intensivtherapeutisch behandelt. Von dort kam nach einigen Tagen die telefonische Rückmeldung, dass die Patientin komatös sei und ein Multiorganversagen beginne. Nach einer weiteren Woche rief der Sohn an und berichtete erstaunlicherweise, er habe seine Mutter heute aus der Klinik geholt. Sie sei wieder aufgewacht und nicht mehr depressiv. Jeglicher Wahn sei verschwunden. Sie sei in ihrem ganzen Wesen wie früher. Eine erneute Vorstellung in der Klinik wurde angesichts des langen Krankenhausaufenthalts von der Familie abgelehnt, sodass ein abschließender psychopathologischer Befund nicht zu erheben war.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Patientin hatte eine schwere Kriegstraumatisierung mit vielfachen Vergewaltigungen erlitten und war dennoch über weite Strecken ihres Lebens psychisch gesund geblieben.

Erst nach einer diagnostischen Koloskopie kam es zu einem Wiederaufleben des Traumas. Eine wesentliche Rolle bei Traumareaktivierungen spielt das Erleben von Hilflosigkeit

im Rahmen körperlicher Erkrankungen im Alter (Böwing & Schröder, 2009), deren emotionale Qualität der in der Traumasituation nahe kommt (Heuft, 1999). Auch in diesem Fall dürfte das Erleben zunehmender körperlicher Gebrechlichkeit und Schwäche in Kombination mit dem Ausgeliefertsein in der Untersuchungssituation der wesentliche pathogenetische Faktor gewesen sein. Vermutlich wurden durch die Manipulation im Analbereich zusätzlich Flashbacks ausgelöst. In der Klinik wurde eine schwere wahnhafte Depression diagnostiziert, welche die posttraumatische Belastungsstörung maskierte. Die wahnhafte Symptomatik hatte dabei deutliche Bezüge zum Traumageschehen, ein Phänomen, welches auch schon von Böwing, Schmidt, Juckel et al. (2008) beschrieben wurde. Die emotionale Starre in der Situation des Ausgeliefertseins transferiert die Patientin in die aktuelle Situation und beschreibt sie mit den Worten: »Meine Seele ist zu Steinkohle geworden«. Mangelnde Response auf antidepressive und antipsychotische Medikation sowie supportive psychologische Gesprächsführung weisen einerseits auf die Schwere der Erkrankung hin und andererseits auf das möglicherweise stark regressiv wirksame stationäre Behandlungsangebot. Die Spontanremission der psychopathologischen Symptome nach mehreren schweren Erkrankungen, die schließlich in eine akut lebensbedrohliche somatische Erkrankung mündeten, ist nicht ohne Weiteres erklärbar.

Resümierend ist wiederum daran zu erinnern, dass zeitgeschichtliches

Denken bei der Anamneseerhebung dringend erforderlich ist. Bei sexuell traumatisierten gerontopsychiatrischen Patienten (besonders bei Hochbetagten!) sind Risiko und Nutzen invasiver genitaler und analer Untersuchungen kritisch abzuwägen.

Hierzu muss die interdisziplinäre Zusammenarbeit, v. a. mit Gynäkologen, Internisten und Chirurgen, weiter verbessert werden. Hier liegen Chancen in der Vernetzung gerontopsychiatrischer und geriatrischer Versorgung.

Bei der Anamneseerhebung ist zeitgeschichtliches Denken dringend erforderlich.

Eine klare diagnostische Klassifikation der verzögert auftretenden PTSD ist nach ICD 10 (WHO, 1994) generell schwierig, da sie nur eingeschränkt auf gerontopsychiatrische Patienten anwendbar ist. Psychotische Symptome sind in den Symptomclustern B, C und D nicht verschlüsselbar. Die Diagnose einer komplexen PTSD nach Sack (2004) ist in der ICD 10 (WHO, 1994) nicht existent und könnte schon aus dieser Sicht nur beschreibend verwendet werden. Im vorliegenden Fall der jahrzehntelangen Symptomfreiheit und akut aufgetretenen, im Vordergrund stehenden schweren wahnhaften Depression sollte diese – therapieleitend – als Hauptdiagnose und die (»einfache«) PTSD als komorbide Diagnose verschlüsselt werden.

Rape at the End of World War II – A case of delayed-onset PTSD and depressive comorbidity following trauma reactivation after diagnostic colonoscopy

Summary

Many psychogeriatric patients are marked by traumatic war experiences. Stressful memories may surface for the first time decades after the event. In the eastern part of Germany acts of violence occurred more frequently at the end of World War II than in the west of the country. Alongside delayed-onset PTSD (posttraumatic stress disorder) these patients are frequently diagnosed with depressive comorbidity. Is this a disorder in its own right, or is it part of a complex instance of PTSD? The case: Subsequent to diagnostic colonoscopy, an 89-year-old patient apparently in the best of mental health was suddenly affected by nightmares and intrusion. Anamnesis revealed that she had been raped on various occasions by members of the Soviet armed forces. PTSD was masked by severe delusional depression with feelings of guilt, sin and nihilistic delusion. Discussion: The investigation of a patient's medical history invariably calls for consideration of the relevant biographical and social context. In the case of sexually traumatised psychogeriatric patients, the necessity for invasive genital and anal explorations needs to be given close critical scrutiny, and interdisciplinary geriatric and psychogeriatric cooperation is indispensable. Diagnostic classification of delayed-onset PTSD in accordance with ICD is problematic because of the restrictions besetting the classification of psychogeriatric patients. Depressive comorbidity should be encoded separately.

Keywords

delayed-onset PTSD, rape, trauma reactivation, depressive comorbidity, psychogeriatrics

Zur Person



Dr. med. Georgia Böwing hat 3 Kinder und ist Fachärztin für Psychiatrie. Sie arbeitet als gerontopsychiatrische Oberärztin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Greifswald im Hanse-Klinikum Stralsund und ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Standort Greifswald (DelpHi-MV). Ihr klinischer Schwerpunkt ist die Behandlung älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen, ihr Forschungsschwerpunkt Traumafolgestörungen im Alter.

Kontaktadresse

Dr. med. Georgia Böwing
Gerontopsychiatrische Institutsambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald am Hanse-Klinikum Stralsund
Rostocker Chaussee 70
18437 Stralsund
Tel.: +49 38 31-45 31 72
Fax: +49 38 31-45 31 75
georgia.boewing@dzne.de

Zur Person



Prof. Dr. med. Harald J. Freyberger ist Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald am Hanse-Klinikum Stralsund sowie Mitherausgeber der Zeitschrift Trauma & Gewalt.

Zur Person



PD Dr. Philipp Kuwert leitet als Oberarzt die Depressionsstation an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald am Hanse-Klinikum Stralsund. Er ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Balintgruppenleiter und in Ausbildung zum Psychoanalytiker.

Zur Person



PD Dr. med. Stefan Georg Schröder ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit Geriatrie, Nervenarzt, Forensischer Psychiater, gerontopsychiatrisch habilitiert, Dozent für Psychiatrie an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald und Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am KMG Klinikum Güstrow.

Literatur

- Böwing, G., Schmidt, K. U. R. & Schröder, S. G. (2007). Erfüllen kriegstraumatisierte, gerontopsychiatrische Patienten aus Mecklenburg-Vorpommern PTSD-Kriterien? *Psychiatrische Praxis*, 34, 122–128.
- Böwing, G., Schmidt, K. U. R., Juckel, G. & Schröder, S. G. (2008). Psychotische Syndrome bei kriegstraumatisierten älteren Patienten. *Nervenarzt*, 79, 73–79.
- Böwing, G. & Schröder, S. G. (2009). Spätfolgen von Kriegserlebnissen – Brückensymptome, Trauma-Reaktivierung und Retraumatisierung. *Trauma & Gewalt*, 3(4), 294–302.
- Creamer, M., Burgess, P. & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31, 1237–1247.
- Faulenbach, B. (2004). Flucht und Vertreibung in der individuellen und kollektiven Erinnerung und als Gegenstand von Erinnerungspolitik. In A. Surminski (Hrsg.), *Flucht und Vertreibung. Europa zwischen 1939 und 1948* (S. 224–231). Hamburg: Ellert & Richter.
- Feinauer, L. L. & Stuart, D. A. (1996). Blame and resilience in women sexually abused as children. *American Journal of Family Therapy*, 24, 31–40.
- Heuft, G. (1999). Die Bedeutung der Trauma-Reaktivierung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 225–230.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1048–1060.
- Kuwert, P., Klauer, T., Eichhorn, S., Grundke, E., Dudeck, M., Schomerus, G. & Freyberger, H. J. (2010). Trauma and current posttraumatic stress symptoms in elderly German women who experienced wartime rape in 1945. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 450–451.
- Kuwert, P., Knaevelsrud, C. & Freyberger, H. J. (2010). Sexualisierte Kriegsgewalt im II. Weltkrieg – Resonanz auf eine Studienankündigung als Kaleidoskop deutscher Ansätze zur Erinnerungskultur. *Trauma & Gewalt*, 4(1), 68–73.
- Maercker, A. (2002). Posttraumatische Belastungsstörungen und pathologische Trauer. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 245–28). Berlin: Springer.
- McCann, D. L. & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, Therapy and transformation*. New York: Brunner & Mazel.
- Mitscherlich, A. & Mitscherlich, M. (1967). *Die Unfähigkeit zu trauern*. München: Piper.
- Naimark, N. M. (1997). Sowjetsoldaten, deutsche Frauen und das Problem der Vergewaltigungen. In N. M. Naimark (Hrsg.), *Die Russen in Deutschland* (S. 91–179). Berlin: Propyläen.
- Radebold, H. (2003). *Kriegsbeschädigte Kindheiten: die Geburtsjahrgänge 1930–32 bis 1945–48*. *Psychosozial*, 26, 9–15.
- Sack, M. (2004). Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt*, 75, 451–459.
- Sander, H. & Johr, B. (Hrsg.) (1992). *Befreier und Befreite. Krieg, Vergewaltigung, Kinder* (S. 58–60). München: Fischer.
- Spranger, H. (2002). Retraumatisierungen der Eltern und Kindergeneration des 2. Weltkriegs. *Psychotraumatologie – Online*, 3(4), 48. Verfügbar unter <http://www.thieme-connect.com/ejournals/html/psychotrauma>
- Treichel, H.-U. (2002). *Das Schweigen*. In GEO-Epoche 09. *Deutschland nach dem Krieg 1945–1955* (S. 100–102). Hamburg: Gruner & Jahr.
- Weltgesundheitsorganisation. (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F): Forschungskriterien*. Bern: Huber.