

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Psychische Gesundheit und der Erste Weltkrieg: Nervosität, Hysterie,
Kriegsneurose - die Behandlung von Kriegszitterern im Spannungsfeld von
Militärpsychiatrie und Psychoanalyse

verfasst von | submitted by

Julia Umschaden BEd

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Education (MEd)

Wien | Vienna, 2026

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 199 506 511 02

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student record
sheet:

Masterstudium Lehramt Sek (AB) Unterrichtsfach
Deutsch Unterrichtsfach Geschichte und Politische
Bildung

Betreut von | Supervisor:

ao. Univ.-Prof. i.R. Mag. Dr. Alois Ecker

Abstract

Die vorliegende Masterarbeit untersucht die Wahrnehmung und medizinische Behandlung von Kriegsneurotikern im wilhelminischen Deutschland und in Österreich-Ungarn während des Ersten Weltkrieges. Für dieses Vorhaben wurden zwei Quellen aus der Militärpsychiatrie und der Psychoanalyse in Form einer Qualitativen Inhaltsanalyse aufgearbeitet und miteinander verglichen. Die Gegenüberstellung diente dazu, möglichst viele Aspekte in Bezug auf die Wahrnehmung und Behandlung von Kriegsneurotikern abzubilden. Ziel ist es, dadurch Einblick in eine wichtige Zeitperiode der psychiatrischen Geschichte zu gewinnen und den Umgang mit psychischen Erkrankten zu Beginn des 19. Jahrhunderts zu veranschaulichen.

Die Arbeit zeigt, dass der Diskurs um die Kriegsneurose maßgeblich von historisch weit zurückreichenden Theorien zur Hysterie geprägt wurde. Das Aufkommen des Krankheitsbildes der „Neurasthenie“ kurz vor dem Ersten Weltkrieg übte ebenso großen Einfluss aus. Die Analyse der beiden Quellen hat demonstriert, dass die Diagnostik und Behandlung der Kriegsneurosen die Psychiatrie vor große Herausforderungen stellte und von gesellschaftlichen wie auch persönlichen Idealen geprägt wurde. Mit dem Aufkommen der Kriegsneurose rückten anorganische Ursachen für Krankheiten stärker in den Fokus der psychiatrischen Forschung. Der Zugang der Psychoanalyse wurde sanfter als jener der Militärpsychiatrie bewertet, in der ausgewählten Zeitperiode gewährleisteten jedoch beide Forschungsrichtungen keine langfristige Genesung für schwere Neurotiker.

Der Erste Weltkrieg kann als wichtige Zäsur in der Geschichte der Psychiatrie betrachtet werden, durch die Analyse wurde jedoch deutlich, wie sehr psychische Erkrankungen in diesem Zeitraum noch stigmatisiert wurden, da die Diagnostik und Behandlung der Kriegsneurosen letztendlich stark von staatlichen und militärischen Interessen beeinflusst wurde.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
1.1.	Thematische Einführung und Zielsetzung der Arbeit	1
1.2.	Forschungsstand und Forschungslücken	4
1.3.	Methodendesign	6
1.3.1.	Prinzipien der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022).....	7
1.3.2.	Vorstellung des Kategoriensystems	8
1.4.	Hinweis zum Einsatz von KI.....	12
2.	Nervenkrankheiten vor dem Ersten Weltkrieg	12
2.1.	Hysterie	16
2.2.	Neurasthenie.....	22
2.3.	Psychoanalytische Perspektiven auf Nervosität	29
2.3.1.	Hysterie und Neurasthenie aus psychoanalytischer Sicht	29
2.3.2.	Psychiatrie vs. Psychoanalyse – ein Spannungsfeld.....	33
3.	Psychiatrie und gesellschaftlicher Kontext im Ersten Weltkrieg	35
3.1.	Nerven, Wille und Männlichkeit: die Anforderungen an Soldaten im Ersten Weltkrieg	38
3.2.	Das Aufkommen der Kriegsneurose: Ätiologie und Wahrnehmung	41
3.3.	Kranke oder Simulanten? Der Diskurs um die „Rentenneurose“	47
4.	Kontext und Einführung in die ausgewählten Quellen	51
4.1.	Auswahl und Entstehungsgeschichte	51
4.2.	Biografischer Abriss der Mitwirkenden der jeweiligen Quellen	54
4.2.1.	„Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen“	54
4.2.2.	„Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918“	56
5.	Analyse des Materials	58
5.1.	Definitionszugänge zur Kriegsneurose	58
5.1.1.	Militärpsychiatrie	58
5.1.2.	Psychoanalyse.....	61
5.2.	Theorien zu den Ursachen der Kriegsneurose.....	63
5.2.1.	Militärpsychiatrie	63
5.2.2.	Psychoanalyse.....	68
5.3.	Patienten- und Soldatenbild	71
5.3.1.	Zusammenfassung Themenschwerpunkt Rentenneurose und Simulationsverdacht.....	71
5.3.2.	Militärpsychiatrie	73

5.3.3.	Psychoanalyse.....	76
5.4.	Behandlungsmethoden	77
5.4.1.	Militärpsychiatrie	77
5.4.2.	Psychoanalyse.....	82
5.5.	Wirksamkeit, Heilung und Folgen der Behandlungen.....	84
5.5.1.	Militärpsychiatrie	84
5.5.2.	Psychoanalyse.....	86
6.	Diskussion der Ergebnisse	88
6.1.	Gegenseitige Verweise in den Primärquellen.....	88
6.2.	Ergebnisse der Qualitativen Inhaltsanalyse	91
6.2.1.	Definition und Ursachen.....	91
6.2.2.	Das Soldaten- und Patientenbild	94
6.2.3.	Behandlungsmethoden und Wirkung.....	96
7.	Conclusio	99
8.	Literaturverzeichnis	103

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kategoriensystem.....9

1. Einleitung

1.1. Thematische Einführung und Zielsetzung der Arbeit

Der Beginn des 20. Jahrhunderts war von tiefgreifenden gesellschaftlichen Umbrüchen geprägt, die die europäische Gesellschaft nachhaltig veränderten. Besonders der rasante technologische Fortschritt wurde von vielen Menschen als Belastung empfunden. Dies entlud sich in einer schier epidemischen Ausbreitung von Überforderung. Durch sämtliche Alters- und Berufsgruppen hindurch wurde über „zerrüttete Nerven“¹ geklagt: die Menschen litten unter Unsicherheit, Unsicherheit, Erregtheit und Erschöpfung.² Dementsprechend ist es wenig überraschend, dass gerade die medizinischen Felder der Neurologie und Psychiatrie in diesem Zeitraum einen regelrechten Aufschwung erlebten. Maßgebliche Meilensteine lieferten beispielsweise der amerikanische Neurologe George Beard mit seiner Forschung zur „Neurasthenie“³ oder Hermann Oppenheim, ein deutscher Neurologe, mit seinen Theorien zur „traumatischen Neurose“.⁴ Zeitgleich entstand das Feld der Psychoanalyse. Sigmund Freud und seine Kollegen führten nervöse Symptome und dahingehend die Ursprünge von Neurosen auf das Unbewusste zurück und entwickelten dahingehend einen eigenen Methodenkatalog. Dieser „Nervositäts-Diskurs“ wurde stark von der Forschung zur „Hysterie“ beeinflusst, mit der bis zu diesem Zeitpunkt primär Frauen diagnostiziert wurden,⁵ und welche in den 1860er-Jahren durch Ärzte wie Jean-Martin Charcot einen neuen wissenschaftlichen Aufschwung erlebte. Diese Begleiterscheinungen des „nervösen Zeitalters“⁶ intensivierten sich mit dem Ersten Weltkrieg. Im Verlauf des Krieges erlitten viele Kriegsteilnehmer neben körperlichen Verletzungen psychische Traumata, die mitunter auf die industrialisierte Kriegsführung und die Bedingungen des Stellungskrieges zurückzuführen waren.⁷

¹ Philipp Blom, *Der taumelnde Kontinent: Europa 1900-1914*, Deutsche, überarbeitete Auflage (München 2009) 305.

² Blom, *Der taumelnde Kontinent*, 12.

³ Bernd Ulrich, *Die Nerven und Nervositätsdebatte vor 1914 – Organische Schwäche oder traumatische Neurose*, In: *Nerven und Krieg. Psychische Mobilisierungs- und Leidenserfahrungen in Deutschland (1900-1939)*, Gundula Gahlen, Ralf Gnosa, Oliver Janz (Hg.), *Krieg und Konflikt*, Band 10 (Frankfurt/New York 2020) 23–24.

⁴ Bernd Holdorff, *Hermann Oppenheims „traumatische Neurose“ - Aufstieg und Niedergang eines umstrittenen Konzepts*, In: *Hermann Oppenheim – ein Begründer der Neurologie*, Heiko Bewermeyer, Katrin Bewermeyer, Marcus Gerwig, Bernd Holdorff, u. a. (Hg.) (Stuttgart 2016) 108.

⁵ Esther Fischer-Homberger, *Krankheit Frau. Zur Geschichte der Einbildungen*, 2. Auflage, Sammlung Luchterhand 498 (Darmstadt 1988) 113.

⁶ Dieser Ausdruck wurde vom Titel folgenden Werkes von Joachim Radkau übernommen: Joachim Radkau, *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler* (München 1998).

⁷ Hans-Georg Hofer, *Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880-1920)* (Böhlau 2004) 253–254.

Die Betroffenen wurden von Symptomen wie Zuckungen, Depressionen, Lähmungserscheinungen und Zittern geplagt. Durch das mit der Symptomatik einhergehende Erscheinungsbild der Männer entstand der Begriff der „Kriegszitterer“, wobei in der Medizin die Bezeichnung „Kriegsneurosen“ oder „Kriegshysterie“ geläufiger war.⁸

Die vorliegende Masterarbeit setzt sich mit der hier skizzierten Entwicklung der psychiatrischen und neurologischen Forschung auseinander und fokussiert sich dabei auf die Kriegsneurosen und die Entwicklungslinien hin zu diesem Krankheitsbild. Zentral ist hierfür eine Gegenüberstellung der Ansätze zur Definition und Behandlung aus den Forschungsfeldern der Militärpsychiatrie und der Psychoanalyse, welche sich in dem ausgewählten Zeitraum als neue Forschungsrichtung etablierte. Die Diagnose und Behandlung der Kriegsneurose lag primär in der Verantwortung der Militärpsychiatrie, doch die bereits bestehende Krise der Psychiatrie aufgrund des „nervösen Zeitalters“ sowie ein neuer Blickwinkel auf die psychiatrische Praxis verhalf der Psychoanalyse in der Zeit rund um den Ersten Weltkrieg zu Aufstieg in ihrem Ansehen.⁹ Die doch sehr unterschiedlichen Zugänge dieser beiden Forschungsrichtungen ermöglichen somit eine umfangreiche Abdeckung verschiedener Aspekte zum Umgang mit den psychischen Folgen des Krieges. Um diesen Diskurs historisch einzubetten, wird zu Beginn der Arbeit ein medizinhistorischer Abriss über ausgewählte Schwerpunkte in der psychiatrischen und neurologischen Forschung dargeboten. Im Zentrum stehen hier Theorien zu Neurosen, Hysterie und Neurasthenie, die allesamt als prägend für die Überlegungen zu den Kriegsneurosen angesehen werden können. Im Zuge dessen werden auch die Werdegänge der Psychiatrie, der Neurologie und der Psychoanalyse skizziert. Für eine ausreichende Überleitung zu den Kriegsneurosen soll auch das gesellschaftliche Klima vor und während dem Ersten Weltkrieg diskutiert werden. Der Fokus liegt hierbei primär auf den (ehemaligen) Ländern Österreich-Ungarns und auf dem Deutschen Kaiserreich im groben Zeitabschnitt zwischen 1860 und 1930. Um eine schlüssige Gegenüberstellung der Ansätze der Militärpsychiatrie und der Psychoanalyse zu den Kriegsneurosen zu präsentieren, werden zwei ausgewählte Quellen, die die jeweiligen Positionen möglichst prägnant repräsentieren, in Form einer Qualitativen Inhaltsanalyse analysiert und miteinander verglichen.¹⁰ Hierfür dient für die Militärpsychiatrie der vierte Band des „Handbuchs der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege

⁸ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 238–242.

⁹ Edward Shorter, Geschichte der Psychiatrie, Rowohlt's Enzyklopädie 55659 (Reinbek bei Hamburg 2003) 242.

¹⁰ Philipp Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 13., überarbeitete Auflage (Weinheim Basel 2022).

1914/1918“ mit dem Fokus auf „Geistes- und Nervenkrankheiten.“¹¹ In den insgesamt neun Bänden dieser Reihe werden die medizinischen Fortschritte im Ersten Weltkrieg und dazu passende Fallberichte präsentiert. Im ausgewählten Band dienen die Kapitel von Karl Bonhoeffer, Otto Binswanger, Robert Gaupp und Max Nonne – allesamt Neurologen und Psychiater – als Grundlage für die Analyse, da sie ihren Fokus auf die Kriegsneurose und deren Behandlung legen. Um einen ebenso möglichst breiten Überblick über Theorien und Praktiken zu gewinnen, wurde für die Psychoanalyse die Publikation „Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen“ ausgewählt, welche neben allgemeinen Überlegungen von Sigmund Freud und Ernest Jones die Vorträge von Sándor Ferenczi, Karl Abraham und Ernst Simmel vom 5. Psychoanalytischen Kongress in Budapest 1918 enthält.¹² Der Fokus liegt hier besonders auf den Vorträgen von Ferenczi, Abraham und Simmel, jedoch eignet sich auch Freuds einleitendes Kapitel als Basis für die Darstellung der psychoanalytische Perspektive. Ein wie von Mayring beschriebenes Kategoriensystem,¹³ dem ausgewählte Textpassagen zugeordnet werden, bietet Struktur über die inhaltlichen Schwerpunkte der Texte und ermöglicht Vergleichbarkeit. Im letzten Schritt sollen diese Ergebnisse zusätzlich durch Erkenntnisse aus der Sekundärliteratur gestützt werden. In Kombination mit dem sozialhistorischen Abriss über Hysterie, Neurasthenie, Psychiatrie und die Gesellschaft vor und während dem Ersten Weltkrieg soll ein multiperspektivisches Bild über die Definition, Entstehung, Behandlung und Wahrnehmung der Kriegsneurosen entstehen.

Eine allgemeine These, die für dieses Arbeitsvorhaben aufgestellt werden kann, ist jene, dass gerade die ausgewählte Zeitperiode die medizinische, psychiatrische und auch psychologische Forschung nachhaltig prägte. Um diese These zu konkretisieren, könnte man sagen, dass mit dem Aufkommen der Kriegsneurose neue Forschungsansätze entwickelt werden mussten, auch wenn diese von Rückschlägen, Gewalt und Kritik gezeichnet waren. Um das Forschungsvorhaben der vorliegenden Arbeit umsetzen zu können, wurden folgende Fragestellungen formuliert:

- Welche Theorien und Erkenntnisse der Psychiatrie, Neurologie und Psychoanalyse prägten aus medizinhistorischer Perspektive die (gesellschaftliche und fachliche) Wahrnehmung von Kriegsneurosen in Europa?

¹¹ Karl *Bonhoeffer* (Hg.), Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Geistes- und Nervenkrankheiten. Erster Teil, Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen 4 (Leipzig 1922).

¹² Sigmund *Freud*, Sándor *Ferenczi*, Karl *Abraham*, Ernst *Simmel*, u. a., Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Diskussion gehalten auf dem V. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Budapest, 28. und 29. September 1918, Internationale Psychoanalytische Bibliothek 1 (Leipzig/Wien 1919).

¹³ *Mayring*, Qualitative Inhaltsanalyse, 100–103.

- Welche institutionellen und ideologischen Standpunkte beeinflussten die Militärpsychiatrie und die Psychoanalyse im Umgang mit Kriegsneurosen?
- Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zeigen sich in der Behandlung von Kriegsneurosen durch die Militärpsychiatrie und die Psychoanalyse – insbesondere im Hinblick auf deren Wahrnehmung und Wirksamkeit? Welches Fazit lässt sich aus dieser Analyse ziehen?

Für die Beantwortung dieser Forschungsfragen sollen sowohl die Ergebnisse aus der Qualitativen Inhaltsanalyse als auch die intensive Auseinandersetzung mit bereits bestehender Forschungsliteratur dienen. Die ausgewählte Sekundärliteratur besteht aus Werken über die Geschichte der Psychiatrie und Neurologie und über den Ersten Weltkrieg, wird aber auch durch Publikationen, die sich mit einzelnen medizinischen Diagnosen, Psychotraumatologie sowie mit kultur- und sozialhistorischen Fragestellungen zu Beginn des 20. Jahrhunderts auseinandersetzen, ergänzt, um ein möglichst umfangreiches Bild der Geschichte der Kriegsneurosen zeichnen zu können.

1.2. Forschungsstand und Forschungslücken

Die psychischen Folgen des Ersten Weltkrieges waren für viele Historiker_innen bereits von Interesse. Neben diverser Sekundärliteratur zum Ersten Weltkrieg¹⁴ wurden bereits zahlreiche Monografien mit Fokus auf die Kriegsneurosen publiziert, viele auch mit einem länderspezifischen Fokus.¹⁵ Trotzdem mangle es in der Forschung rund um die Traumatisierungen im Ersten Weltkrieg noch an der Aufarbeitung subjektiver Erfahrungen, besonders anderer Personengruppen als Soldaten,¹⁶ ebenso werde der geschlechtergeschichtliche Blick auf diese Thematik immer noch

¹⁴ Beispielsweise die in der vorliegenden Masterarbeit zitierten Sammelbände: Inka *Mülder-Bach* (Hg.), *Modernität und Trauma. Beiträge zum Zeitenbruch des Ersten Weltkrieges*, Edition Parabasen (Wien 2000) und Hermann J. W. *Kuprian*, Oswald *Überegger* (Hg.), *Der Erste Weltkrieg im Alpenraum. Erfahrung, Deutung, Erinnerung = La Grande Guerra nell'arco alpino: esperienze e memoria*, Veröffentlichungen des Südtiroler Landesarchivs 23 (Innsbruck 2006).

¹⁵ Beispielsweise die hier bereits zitierten Publikationen: *Hofer*, *Nervenschwäche und Krieg* (Fokus auf Österreich-Ungarn) und *Gahlen u.a.*, *Nerven und Krieg* (Fokus auf das Deutsche Kaiserreich).

¹⁶ Gundula *Gahlen*, *Nerven, Krieg und militärische Führung. Psychisch erkrankte Offiziere in Deutschland (1890–1939), Krieg und Konflikt 17* (Frankfurt/New York 2022) 16–17.

hintergründig behandelt.¹⁷ Quinkert u.a. benennen auch eine umfangreiche Erforschung der Schicksale der Veteranen des Ersten Weltkriegs nach dem Krieg als ausbaufähig.¹⁸ Diese Lücken wird die vorliegende Masterarbeit nicht füllen können, jedoch argumentiert beispielsweise Hofer, dass die medizinische Geschichte des Ersten Weltkrieges und auch der dahingehende Fokus auf Österreich immer noch nicht ausreichend erforscht sei.¹⁹ Die Arbeit versucht auch, sich einer Verkettung zwischen den Forschungsdisziplinen der Geschichtswissenschaft und Psychologie anzunähern. In diesem Kontext muss auf das relativ neue Forschungsfeld der Psychotraumatologie hingewiesen werden. In diesem psychologischen Forschungsbereich stehen die „akuten und chronischen psychosomatischen Folgen traumatischer Ereignisse“²⁰ im Fokus. Eckart und Seidler beziehen sich hier primär auf posttraumatische Störungen, die ihrer Ansicht nach vielmehr als „psychotraumatisch“ bezeichnet werden sollten, da das Trauma eben nicht vergangen sei, sondern nur das Ereignis, das eben solches ausgelöst hat. Die Psychotraumatologie befasst sich nicht nur mit dem Krankheitsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung, sondern plädiert allgemein für eine Verkettung der psychologischen Praxis mit (medizin-)historischer Forschung.²¹ Für die Forschung zu den Kriegsneurosen bietet auch das Hinzuziehen der Psychoanalyse einen neuen Ansatz. Selbstverständlich gibt es bereits zahlreiche Publikationen, die sich intensiv mit den Lehren Freuds und den Prinzipien der Psychoanalyse (auch kritisch) auseinandersetzen²² und auch die Entstehung der Psychoanalyse mit den Kriegsneurosen in Verbindung setzen.²³ Ziel der Arbeit soll nicht sein, in detailliertem Umfang über die Theorien der Psychoanalyse aufzuklären, sondern vielmehr soll die psychoanalytische Position speziell im Diskurs um die Kriegsneurosen mit in den Fokus genommen werden. Dieser Aspekt wird zwar in historische Überlegungen miteingewoben,

¹⁷ Christa Hämmerle, Ausüben und Erleiden kriegsgerischer Gewalt in geschlechtergeschichtlicher Perspektive. Das Beispiel des Ersten Weltkriegs (1914/1918), In: Geschlecht, Gewalt und Gesellschaft. Interdisziplinäre Perspektiven auf Geschichte und Gegenwart, Eva Labouvie (Hg.), Gender Studies (Bielefeld 2023) 191–194.

¹⁸ Babette Quinkert, Philipp Rauh, Ulrike Winkler, Einleitung, In: Krieg und Psychiatrie 1914-1950, Babette Quinkert, Philipp Rauh, Ulrike Winkler (Hg.), Beiträge zur Geschichte des Nationalsozialismus 26 (Göttingen 2013) 10.

¹⁹ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 187–189.

²⁰ Wolfgang U. Eckart, Günter H. Seidler, Einleitung: „Psychotraumatologie“, eine Disziplin im Werden, In: Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung, Günter H. Seidler, Wolfgang U. Eckart (Hg.), Reihe Psyche und Gesellschaft (Gießen 2005) 7.

²¹ Eckart, Seidler, Einleitung: „Psychotraumatologie“, eine Disziplin im Werden, 7–8.

²² Zu diesem Thema gibt es Sekundärliteratur aus unterschiedlichsten Perspektiven und mit verschiedenen Schwerpunkten. Um hier zumindest zwei Grundlagenwerke zu nennen: Peter Gay, Joachim A. Frank, Freud: eine Biographie für unsere Zeit, Deutsche Erstausgabe, 2. Auflage (Frankfurt am Main 1989) und Michael Schröter, Auf eigenem Weg: Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland bis 1945 (Göttingen 2023).

²³ Alois Ecker, Kriegsneurosen im Ersten Weltkrieg. Der Diskurs der frühen Psychoanalyse zu Kriegsneurosen und Kriegstraumata, PSYCHE. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, In Druck.

jedoch werden die einzelnen Positionen der Psychoanalyse und Militärpsychiatrie einander selten detailliert gegenübergestellt.

Allgemein muss an dieser Stelle betont werden, dass in der Arbeit nur damals gängige Diagnosen diskutiert werden, auch wenn jene aus heutiger Sicht als veraltet einzustufen sind. Die medizinische Landschaft um den Ersten Weltkrieg soll möglichst adäquat beschrieben werden und dadurch auch im weiteren Sinne das Leid der Betroffenen verdeutlichen. Trotzdem stellen Überlegungen zu Traumatisierung ein empfindliches Feld der Geschichtswissenschaft dar. Im einleitenden Kapitel zum Sammelband „Krieg und Psychiatrie (1914-1950)“ wird genau diese Problematik von Quinkert u.a. diskutiert. Eine Rückübertragung medizinischer Kategorien sei nicht sinnvoll, da der historische und kulturelle Kontext für eine Analyse essenziell sei. Man solle

„[...] das psychisch kranke Individuum nicht auf dem heutigen Kenntnisstand basierend mit einem diagnostischen Label versehen, sondern zunächst die zeitgenössische Wahrnehmung der Ereignisse kontextualisieren“.²⁴

Diese Überlegungen beziehen sich in dem zitierten Sammelband zwar primär auf den Zweiten Weltkrieg, können jedoch genauso auf den Ersten Weltkrieg übertragen werden. Hofer vertritt eine ähnliche Position und erachtet eine nachträgliche Umdeutung von Kriegsneurosen zur Post-traumatischen Belastungsstörung als wenig zielführend.²⁵ An diesen Grundsätzen will sich die vorliegende Arbeit orientieren. Die Ergebnisse der Analyse sollen dem heutigen historischen Forschungsstand entgegengesetzt werden, jedoch soll nicht versucht werden, diverse Diagnosen nach heutigen medizinischen Standards umzudeuten.

1.3. Methodendesign

Um die entwickelten Forschungsfragen beantworten zu können, wird in der vorliegenden Arbeit sowohl mit Sekundärliteratur als auch mit Primärquellen gearbeitet. Der erste Teil der Arbeit verfolgt das Ziel, eine medizin- und kulturhistorische Entwicklungslinie hin zur Kriegsneurose zu zeichnen und eine Einführung in die Praxis der Psychiatrie und Psychoanalyse darzubieten. Im zweiten Teil der Arbeit folgt die genaue Gegenüberstellung der einzelnen Positionen. Die

²⁴ Quinkert, Rauh, Winkler, Einleitung, 11.

²⁵ Hans-Georg Hofer, Was waren „Kriegsneurosen“? Zur Kulturgeschichte psychischer Erkrankungen im Ersten Weltkrieg, In: Der Erste Weltkrieg im Alpenraum. Erfahrung, Deutung, Erinnerung = La Grande Guerra nell'arco alpino: esperienze e memoria, Hermann J. W. Kuprian, Oswald Überegger (Hg.), Veröffentlichung des Südtiroler Landesarchivs 23 (Innsbruck 2006) 311.

ausgewählten Quellen bieten durch ihren multiperspektivischen Charakter Aufschluss über die Ideale und Praktiken beider Forschungsrichtungen. Die Quellen wurden sowohl analog als auch digital durchgearbeitet und inhaltlich nach einem auf den Erkenntnissen aus der Sekundärliteratur gestützten Kategoriensystem strukturiert und zusammengefasst. Die kodierten Aussagen wurden einander schlussendlich gegenübergestellt und im Kontext der Sekundärliteratur interpretiert.

1.3.1. Prinzipien der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022)

Das primäre Ziel seiner Methode benennt Mayring als „Analyse von Material, das aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt.“²⁶ Die Methodik, die primär für sozialwissenschaftliche Fragestellungen angewandt wird, wird hier gewissermaßen „zweckentfremdet“. Während für die Qualitative Inhaltsanalyse oft transkribierte Interviews als Datenmaterial fungieren, wird die Methode hier angewandt, um verschiedene historische Quellen systematisch aufzubereiten und miteinander zu vergleichen. Dafür wird sich an Mayrings Methode der Klassifizierung orientiert, die wie folgt beschrieben wird:

„Die Ordnung eines Datenmaterials nach bestimmten, empirisch und theoretisch sinnvoll erscheinenden Ordnungsgesichtspunkten, um so eine strukturierte Beschreibung des erhobenen Materials zu ermöglichen.“²⁷

Die Empirie im vorliegenden Forschungsvorhaben wird zwar durch interpretative Arbeit beeinflusst, richtet sich jedoch grundsätzlich nach diesem Prinzip. Die erarbeiteten Fragestellungen werden zum Teil bereits in der Auseinandersetzung mit der Sekundärliteratur beantwortet, sollen jedoch durch die detaillierte Analyse der Primärquellen verdeutlicht werden. Dieser hermeneutische Prozess wird mit Hilfe der deduktiven Kategorienbildung systematisch präsentiert. Mayring selbst betont, dass die Analyse immer an das jeweilige Material und an das Ziel dieses Arbeitsprozesses angepasst werden muss.²⁸ Somit stellt der hier angewandte Arbeitsprozess eine Kombination aus verschiedenen Techniken der Qualitativen Analyse dar. Da es sich um die Analyse von historischen Quellen handelt, muss das Material zunächst in seine Entstehungsbedingungen und den Kontext eingebettet werden. Dieser Punkt wird einerseits mit dem theoretischen historischen Abriss der Arbeit abgearbeitet, auf der anderen Seite wird auch im Detail auf die Entstehungsgeschichte der verwendeten Quellen und die Biografie der Autoren eingegangen. Ein zentraler Grundsatz der Qualitativen Inhaltsanalyse ist das regelgeleitete Vorgehen, welches hier

²⁶ Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse, 11.

²⁷ Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse, 24.

²⁸ Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse, 51.

durch die Entwicklung inhaltlicher Kategorien gewährleistet werden soll. Um die ausgewählten Texte adäquat miteinander vergleichen zu können, wurden Kategorien, in diesem Fall inhaltliche Schwerpunkte, formuliert, die aus beiden Quellen herausgefiltert werden können.

Um eine sogenannte strukturierende Inhaltsanalyse zu deuten, sind unterschiedliche Interpretationsmethoden und Schwerpunktsetzungen möglich. Eine Valenz- oder Intensitätsanalyse²⁹ wäre für das vorliegende Material unpassend, da sich die Fragestellung der Arbeit nicht auf die Häufigkeit von Begriffen fokussiert. Vielmehr geht es um die Begründung hinter dem wissenschaftlichen und medizinischen Vorgehen, die im weiteren Sinne Aufschluss über die ideologischen Grundsätze hinter den Wissenschaftsrichtungen gibt. Letztendlich wird eine hermeneutische Einordnung der Textquellen geboten, die auf der einen Seite die einzelnen Gesichtspunkte der komplexen Thematik der Behandlung von Kriegsneurosen gegenüberstellend aufdröseln, auf der anderen Seite aber auch die grundlegenden ideologischen Kernideen und Behandlungsmethoden zusammenfassend aufarbeitet. Mayrings Methode fungiert hier als Ausgangspunkt, um aufbauend auf die Inhaltsanalyse eine vergleichende strukturelle Analyse vorzunehmen. Zusätzlich wird diese interpretative Arbeit mit den bisherigen Erkenntnissen aus der Sekundärliteratur verknüpft.

1.3.2. Vorstellung des Kategoriensystems

Zu Beginn muss darauf hingewiesen werden, dass der Kodierungsprozess in dieser Analyse von persönlicher Einschätzung beeinflusst wurde. Grundsätzlich ist dieser Arbeitsschritt reproduzierbar, allerdings bleibt die Möglichkeit bestehen, dass bei erneutem Durcharbeiten bestimmte Textstellen anders bewertet worden wären. Um die Quote solcher Textstellen möglichst gering zu halten, wurden Kodierregeln formuliert und Ankerbeispiele für jede Kategorie festgelegt. Ein quantifizierbarer Anspruch ist hier nicht gegeben, da vielmehr der Inhalt der Äußerungen der Mediziner im Vordergrund steht. Die Passagen wurden in bestmöglichem Umfang kodiert, aber zusammenfassend diskutiert. Sämtliche Textstellen, die für die formulierten Forschungsfragen keine Relevanz innehaben, wurden nicht miteinbezogen. Undeutliche oder unverständliche Äußerungen, die den Forschungsprozess nicht voranbringen, wurden nicht kodiert. Für die Darstellung und die Benennung der Kategorien wurden die von Mayring vorgestellten Beispiele als Richtlinie herangezogen.³⁰ Die Namen der Kategorien sind grundsätzlich selbsterklärend, aber die Ausfor-

²⁹ Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse, 65.

³⁰ Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse, 100–103.

mulierung der Kodierregeln sollte dabei helfen, eine möglichst spezifische und genaue Eingrenzung der Textpassagen zu ermöglichen. Die Definition und Ursache der Kriegsneurosen stellen essenzielle Aspekte des Diskurses dar und veranschaulichen dessen Umfang. Die Kategorie der klinischen Praxis zeigt die Behandlungsrealität des Krankheitsbildes aus Sicht der Mediziner. In der Kategorie Patientenbild und Disposition sollen die ideologischen und moralischen Werte, die die jeweiligen Mediziner vertreten, skizziert werden. Diese Werte zeigen sich teilweise auch in der Kategorie Behandlungsziele und Wirksamkeit, jedoch dient diese Kategorie auch dazu, medizinische Denkprozesse in diesem Zeitraum besser verstehen zu können. Grundsätzlich sind alle Kategorien thematisch miteinander verwoben, um einen zusammenhängenden Überblick zu erleichtern.

Tabelle 1: Kategoriensystem. Eigene Darstellung

Kategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
Definitionszugänge	Umfasst alle Aussagen, die sich mit der Definition des Begriffes der „Kriegsneurosen“ auseinandersetzen. Überlegungen zu Schreckneurosen und Neurasthenie werden ebenso in diese Kategorie eingebettet, um die Positionen der Militärpsychiater ausführlich darstellen zu können. Das ausgewählte Schriftdokument der Psychoanalytiker spricht ausschließlich von Kriegshysterie oder Kriegsneurose.	Die vielfältigen Ursachen und Behandlungsmethoden für Kriegsneurosen spielen für diese Kategorie auch eine Rolle, allerdings werden hier nur ätiologische Überlegungen miteinbezogen, wenn sie zur Definitionsbildung beitragen.	„Die Kriegsneurosen sind, soweit sie sich durch besondere Eigenheiten von den banalen Neurosen der Friedenszeit unterscheiden, aufzufassen als traumatische Neurosen, die durch einen Ichkonflikt ermöglicht oder begünstigt worden sind.“ ³¹

³¹ Sigmund Freud, Einleitung, In: Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Diskussion gehalten auf dem V. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Budapest, 28. und 29. September 1918, Sigmund Freud, Sándor Ferenczi, Karl Abraham, Ernst Simmel, u. a. (Hg.), Internationale Psychoanalytische Bibliothek 1 (Leipzig/Wien 1919) 5. Anmerkung: Sämtliche Zitate in der vorliegenden Arbeit wurden grob an die neue deutsche Rechtschreibung angepasst, um den Lesefluss zu erleichtern.

Hypothesen zur Ätiologie	Umfasst alle Aussagen, die sich auf die Ursprünge der Kriegsneurosen und die Faktoren, die eine ebensolche begünstigen, beziehen.	Die Abgrenzung dieser Kategorie ist am schwierigsten, da Überlegungen zur Ätiologie in sämtliche Gesichtspunkte rund um die Thematik der Kriegsneurosen miteinfließen. Die Kategorie umfasst jegliche Überlegungen zum Ursprung und den Einflussfaktoren der Kriegsneurosen, was auch die Hysterie und z.B. Ausführungen zu „Schreckneurosen“ und „Kriegshysterie“ umfasst.	„Zwischen den seelischen und körperlichen Schädigungen [...] bestehen auch für das Zustandekommen der Kriegshysterien die mannigfachsten pathogenetischen Zusammenhänge. Doch können diesen körperlichen Schädigungen nur die Rolle vorbereitender Ursachen zugemessen werden, das Wesentliche und Ausschlaggebende ist die seelische Veränderung.“ ³²
Patientenbild und Disposition	Umfasst alle Aussagen, die sich explizit auf Betroffene beziehen, und zwar mit der Ätiologie der Kriegsneurose verknüpft sind, jedoch explizit auf den jeweiligen „Charakter“ der Patienten Bezug nehmen. Darunter fallen sämtliche Aussagen zur „Prädisposition“ oder Persönlichkeit der Patienten, aber auch Anmerkungen, die sich auf	Diese Kategorie ist eng mit jener der Ätiologie verknüpft, da der Krieg selbst offensichtlich als Mitverursacher der Kriegsneurose gilt. Trotzdem sollen hier spezifischere Aussagen kodiert werden, die Aufschluss über die Einstellung der Ärzte gegenüber den	„Zu betonen ist die Tatsache: je sorgfältiger wir nach der seelischen Beschaffenheit des Neurotikers vor dem Schreckerlebnis forschten, je mehr wir uns um die Kenntnis der prämorbidem Persönlichkeit bemühten, desto deutlicher sprang meistens die abnorme

³² Otto Binswanger, Die Kriegshysterie, In: Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Geistes- und Nervenkrankheiten. Erster Teil, Karl Bonhoeffer (Hg.), Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen 4 (Leipzig 1922) 47.

	Idealvorstellungen von Männlichkeit beziehen.	Kriegsneurotikern geben. Aussagen zum Simulationsverdacht und der Rentenneurose fließen hier mit ein.	Veranlagung dieser Kranken in die Augen.“ ³³
Klinische Praxis	Umfasst alle Aussagen, die die klinische Praxis in der Behandlung von Kriegsneurosen diskutieren, sowohl im individuellen Schaffen der Mediziner als auch auf institutioneller Ebene.	Die Intention hinter den Behandlungen soll in einer anderen Kategorie dargestellt werden. Ebenso soll nicht zwingend auf die Überlegungen hinter den Behandlungsmethoden eingegangen werden, da sich diese bereits aus der Kategorie der Herkunft der Kriegsneurosen erschließen lassen. Hier steht die reine Methodik im Vordergrund.	„Eine Kombination von analytisch-kartherapeutischer Hypnose mit wachanalytischer Aussprache und Traumdeutung – [...] – hat mir eine Methodik ermöglicht, die durchschnittlich in zwei bis drei Sitzungen eine Befreiung von den kriegsneurotischen Symptomen ergibt.“ ³⁴
Behandlungsziele und Wirksamkeit	Umfasst alle Aussagen, die sich auf die kurz- oder langfristigen Behandlungsziele und die Heilung der Kriegsneurosen beziehen. Im Zuge dessen	Die Kategorie fokussiert sich auf sämtliche Aspekte, die sich auf langfristige körperliche Leistungsfähigkeit,	„Mit dem Schwinden dieser Symptome muss bei dem heutigen Lazarettbetrieb die eigentliche Behandlung des Kriegsneurotikers als

³³ Robert *Gaupp*, Schreckneurosen und Neurasthenie, In: Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Geistes- und Nervenkrankheiten. Erster Teil, Karl *Bonhoeffer* (Hg.), Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen 4 (Leipzig 1922) 72.

³⁴ Ernst *Simmel*, Zweites Koreferat, In: Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Diskussion gehalten auf dem V. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Budapest, 28. und 29. September 1918, Sigmund *Freud*, Sándor *Ferenczi*, Karl *Abraham*, Ernst *Simmel*, u. a. (Hg.), Internationale Psychoanalytische Bibliothek 1 (Leipzig/Wien 1919) 43.

	sollen auch medizinische Hindernisse oder Anmerkungen zur Wirksamkeit der Behandlungsmethoden kodiert werden.	Gesundheit und Heilungsprozesse beziehen. Die Kategorie soll veranschaulichen, mit welchen Intentionen die Mediziner an die Behandlung herangingen. Ebenso soll der Diskurs um die Wirksamkeit der Methoden skizziert werden.	beendet angesehen werden. Eine analytische Heilung der Gesamtpersönlichkeit auch mit einer verkürzten und kombinierten Methodik wird erst der Psycho-Klinik der Zukunft vorbehalten bleiben.“ ³⁵
--	---	---	---

1.4. Hinweis zum Einsatz von KI

Im Arbeitsprozess der vorliegenden Arbeit wurde KI unterstützend als Tool zur sprachlichen Präzision eingesetzt. ChatGPT wurde lediglich herangezogen, um einzelne Textstellen umzuformulieren und Synonyme zu finden. Alle anderen Arbeitsschritte, wie das Formulieren wissenschaftlicher Fragestellungen, die Literaturrecherche, die Analyse von Primär- und Sekundärliteratur sowie die Einordnung der Ergebnisse erfolgten eigenständig. Der Einsatz Künstlicher Intelligenz entspricht somit den Leitlinien der Universität Wien, die Anmerkung dient ausschließlich der wissenschaftlichen Transparenz.

2. Nervenkrankheiten vor dem Ersten Weltkrieg

Die Debatte rund um Kriegsneurosen ist vielschichtig, was gleichermaßen auf die historische Entwicklung des Begriffes an sich zutrifft. Um hierfür ein besseres Verständnis zu entwickeln, muss die Thematik in die Geschichte der Psychiatrie und der Neurologie sowie der Psychoanalyse und Psychotherapie eingebettet werden. Ebenso müssen vorhergehende Krankheitsbilder diskutiert

³⁵ Simmel, Zweites Koreferat, 43.

werden. Durch diese Auseinandersetzung wird deutlich werden, warum sich im und nach dem Ersten Weltkrieg Spannungen zwischen der Militärpsychiatrie und der Psychoanalyse im Umgang mit Kriegszitterern herauskristallisierten.

Shorter datiert den Beginn der psychiatrischen Forschung mit dem 19. Jahrhundert, welches allgemein vom „Aufkommen des medizinischen Spezialistentums“³⁶ geprägt war. Vor der Herausbildung der Psychiatrie als eigenes Forschungsfeld wurden psychisch erkrankte Menschen in der Regel wie Aussätzige behandelt und dementsprechend häufig von ihren Familien isoliert und teilweise auch misshandelt.³⁷ In Städten gab es zwar schon vor dem 19. Jahrhundert Hospize,³⁸ allerdings wurden die erkrankten Personen dort in der Regel nicht medizinisch behandelt, sondern nur gesammelt untergebracht.³⁹ Durch das Zeitalter der Aufklärung popularisierte sich in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts der Gedanke, dass „[...] auch Irrsinn heilbar sein müsste“, ⁴⁰ womit die internationale psychiatrische Reformbewegung eingeleitet wurde. Dieser „Irrsinn“ wurde oftmals mit dem Begriff „Nervosität“ in Verbindung gebracht, woraus sich die Bedeutung der Neurologie für die Entwicklung des psychiatrischen Forschungsfeldes ablesen lässt. Die Begriffsbedeutung des Wortes „Nerven“ spielt hierfür eine tragende Rolle. Im frühindustriellen England des 18. Jahrhunderts wandelte sich die Definition des Begriffes „Nerven“ von Muskeln und Sehnen zu Reizübermittlern.⁴¹ Bereits Anfang des 19. Jahrhunderts wurde von Medizinern ein starker Anstieg an Krankheiten des Nervensystems festgestellt. Die neu definierten Nerven galten somit „als besonders störanfällig.“⁴² Wichtig ist hier zu verstehen, dass die Nerven, wenngleich sie zu diesem Zeitpunkt bereits eine Begriffsverengung durchlebt haben, nicht mit der heutigen neurologischen Auffassung gleichzusetzen sind:

„Zum Teil lebte die alte Säftelehre im Nervengewand fort; man dachte sich die Nerven analog zu den Adern als Röhren, durch die der ‚Nervensaft‘ zirkulierte.“⁴³

Der medizinische Forschungsstand zum Nervensystem war somit immer noch nicht ausgereift. Aus sozialgeschichtlicher Perspektive machte diese neue Begriffsfindung jedoch Sinn: „Irrsinn“, wie

³⁶ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 13.

³⁷ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 14–18.

³⁸ Shorter nennt hier das älteste „psychiatrische“ Krankenhaus in Europa, das „Priory of St. Mary of Bethlem“ in London, als Beispiel. Dieses wurde bereits im 13. Jahrhundert gegründet (Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 18). Ab 20f. geht er auch auf die Entwicklung in anderen europäischen Städten ein.

³⁹ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 18–19.

⁴⁰ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 23.

⁴¹ Joachim Radkau, Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler (München 1998) 27.

⁴² Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, 28.

⁴³ Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, 28.

auch die Bezeichnung der Heilanstalten als „Irrenhäuser“, waren stark negativ konnotierte Bezeichnungen.⁴⁴ Für Patient_innen war es somit leichter, „nervös“ als „irre“ zu sein; auch, weil der Ursprung der Symptome mitunter als organisch betrachtet werden konnte.⁴⁵ Mit dieser Entwicklung hängt auch die Entstehung des Krankheitsbildes der „Neurose“ zusammen. Der Begriff kam Ende des 18. Jahrhunderts auf und wurde primär von dem Mediziner William Cullen geprägt. Seine Forschung am Nervensystem brachte ihn zu dem Schluss, dass die Nerven als übergeordnetes und weit ausgebreitetes System im Körper an so gut wie jeder Krankheit beteiligt sein müssten. Aus diesem Gedanken entwickelte sich die Bezeichnung der Neurose, mit der Krankheiten, die primär auf das Nervensystem zurückgeführt werden konnten, assoziiert wurden.⁴⁶ Wenig später entwickelte sich daraus die Diagnose der „traumatischen Neurose“. Müller-Bach beschreibt ihr Aufkommen als epidemische Ausbreitung, die sich zwischen den Jahren 1860 und 1920 erstreckte.⁴⁷ Der Ursprung ist in den 1860er-Jahren zu verorten, als der englische Chirurg John Erichsen erstmals von sogenannten „*railway spines*“ sprach. Darunter verstand er Neurosen, die aufgrund eines Traumas bei einem Eisenbahnunfall entstehen und durch eine Verletzung im Rückenmark ausgelöst werden. Hermann Oppenheim, einflussreicher deutscher Neurologe und Psychiater, gab diesem Phänomen schlussendlich seinen Namen und schuf so ein neues Krankheitsbild.⁴⁸ Wolfgang Schäffner benennt die traumatische Neurose in der Medizin als „Gegenstand heftiger Kontroversen.“⁴⁹

Der Begriff „Trauma“ hat seinen Ursprung im Griechischen und lässt sich grob als „Wunde, Verletzung“ definieren. Dies galt zunächst nur für die äußere Gewalteinwirkung, weitete sich jedoch im 19. Jahrhundert auch auf die „seelische Erschütterung“ aus.⁵⁰ Nach Fischer-Homberger beschäftigte das Trauma somit vor der Entwicklung des Unfall- und Haftpflichtversicherungsgesetzes primär die Chirurgie; für die psychiatrische und neurologische Forschung spielte es lange Zeit

⁴⁴ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 178–179.

⁴⁵ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 175.

⁴⁶ Esther Fischer-Homberger, Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden, Unveränderte Neuauflage, Edition Psychosozial (Gießen 2004) 12.

⁴⁷ Inka Müller-Bach, Einleitung, In: Modernität und Trauma. Beiträge zum Zeitenbruch des Ersten Weltkrieges, Inka Müller-Bach (Hg.), Edition Parabasen (Wien 2000) 8.

⁴⁸ Holdorff, Hermann Oppenheims „traumatische Neurose“ - Aufstieg und Niedergang eines umstrittenen Konzepts, 108–110.

⁴⁹ Wolfgang Schäffner, Das Trauma der Versicherung. Das Ereignis im Zeitalter der Wahrscheinlichkeit, In: Modernität und Trauma. Beiträge zum Zeitenbruch des Ersten Weltkrieges, Inka Müller-Bach (Hg.), Edition Parabasen (Wien 2000) 105.

⁵⁰ Heinz Schott, Das psychische Trauma in medizinhistorischer Perspektive – von Paracelsus zu Freud, In: Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung, Günter H. Seidler, Wolfgang U. Eckart (Hg.), Reihe Psyche und Gesellschaft (Gießen 2005) 41.

keine Rolle. Der Anreiz von finanziellen Ausgleichszahlungen mit der Einführung des Gesetzes führte allerdings dazu, dass das Trauma recht inflationär in diverse Krankheitsbilder miteingewoben wurde.⁵¹ Im Deutschen Kaiserreich trat das Unfallversicherungsgesetz mit dem 6. Juli 1884 in Kraft und eröffnete Mediziner*innen ein neues Beschäftigungsfeld – mit ihrer Diagnosestellung fungierten sie als eine Art Gutachter für die Auszahlungen der Versicherungsleistungen. Die Diagnose einer traumatischen Neurose war schwierig, ebenso war die Intensität der Symptome schwer einschätzbar für die medizinischen Gutachter. Aufgrund dessen wurde vielen Betroffenen hier Simulation, um sich einen finanziellen Vorteil durch die Versicherung zu verschaffen, unterstellt.⁵² Diese Aspekte führten später unter anderem dazu, dass die traumatische Neurose endgültig an Bedeutung verlor.⁵³ Nichtsdestotrotz verdeutlicht ebendieser Diskurs, wie rasant sich die Idee von „Neurosen“ in der medizinischen Forschung verbreitete. Die neuen Thesen und Erkenntnisse befeuerten den Aufschwung des Feldes der Psychiatrie. Anfänglich zeigte sich diese Entwicklung besonders in der Umstrukturierung der Heilanstalten.⁵⁴ Während das Fach der Psychiatrie lange kaum an Universitäten vertreten war – die Ausbildung fand primär an den „Irrenanstalten“ selbst statt – wurden ab 1860 immer mehr universitäre Lehrstühle eingerichtet und der Fachbereich erweiterte sich.⁵⁵ Weickmann merkt an, dass sich die Anzahl an niedergelassenen Ärzt*innen gerade zwischen 1876 und 1887 im deutschsprachigen Raum enorm erhöhte, was mitunter wohl auf das mit dem Berufsbild einhergehende Prestige zurückzuführen gewesen sei.⁵⁶ Dies betraf Psychiater, aber auch die neuen „Nervenärzte“ oder „Nervenpathologen“, welche zu diesem Zeitpunkt mehr oder minder als Synonym für „Neurologen“ betrachtet werden konnten.⁵⁷ Besonders in Großstädten – allen voran in Universitätsstädten – schritt die Spezialisierung der Ärzteschaft, die sich im Anschluss meist privat niederließ, rasant voran. Die immer größer werdende Anzahl an potenziellen Patient*innen machte diese Entwicklung ökonomisch möglich.⁵⁸ Die Spezialisierungsverfahren unterlagen bis dato keinen Regeln und gerade das Berufsbild des „Nervenarztes“ lag im Trend. Dies führte dazu,

⁵¹ *Fischer-Homberger*, Die traumatische Neurose, 11.

⁵² *Schäffner*, Das Trauma der Versicherung. Das Ereignis im Zeitalter der Wahrscheinlichkeit, 104–106.

⁵³ Siehe hierzu: Paul *Lerner*, „NIEDER MIT DER TRAUMATISCHEN NEUROSE, HOCH DIE HYSTERIE“. Zum Niedergang und Fall des Hermann Oppenheim (1889-1919), *Psychotherapie* 2, Nr. 1 (1997) 16–22.

⁵⁴ *Shorter*, Geschichte der Psychiatrie, 29–31.

⁵⁵ Michael *Schröter*, Auf eigenem Weg. Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland bis 1945 (Göttingen 2023) 34.

⁵⁶ Dorion *Weickmann*, Rebellion der Sinne. Hysterie – ein Krankheitsbild als Spiegel der Geschlechterordnung (1880-1920) (Frankfurt 1997) 31–32.

⁵⁷ *Schröter*, Auf eigenem Weg, 31.

⁵⁸ *Schröter*, Auf eigenem Weg, 30.

dass viele dieser selbsternannten Ärzte keine exakt passende Ausbildung in ihrem Fach vorweisen konnten und stattdessen ihre Habilitation an einer Universität als Diplom anführten: „Der akademische Grad ersetzte die fehlende Sonderzulassung als Facharzt.“⁵⁹ Diese Entwicklung wurde gerade in Wien stark kritisiert; vielen Ärzten wurde unterstellt, rein aus monetärer Gier zu handeln. Fakt ist, dass dadurch die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen von den Hospizen auf die Privatpraxen ausgelagert wurde, in denen die Ärzte mit einer Vielzahl an „nervösen“ Patient_innen konfrontiert wurden.⁶⁰ Shorter formuliert diesen Umstand treffend:

„Daraus ergab sich die perfekte Symbiose zwischen Arzt und Patient: Die Psychiater [...] übersprangen gleich mehrere Stufen auf der sozialen Leiter und konnten als Nervenspezialisten, Elektrotherapeuten, Fachärzte für Nerven- und Gemütsleiden oder ähnliches entschieden mehr verdienen als zuvor; und die Patienten konnten sich erleichtert damit trösten, dass ihre Probleme ‚organischer‘ Natur waren und nicht etwa auf eine Degeneration ihrer Familie hindeuteten oder darauf, dass in ihrem Kopf ‚eine Schraube locker‘ war.“⁶¹

Für die bürgerliche Gesellschaft wurden neben den neuen Arztpraxen besonders Bäder und Kuranstalten zu Anlaufstellen für die Linderung ihrer nervösen Symptome.⁶² Die Krankheitsbilder und Diagnosen ähnelten sich in diesem Zeitraum stark. Nach Shorter wurden nervöse Frauen primär mit Hysterie und nervöse Männer (vor der Epoche der Neurasthenie) mit Hypochondrie diagnostiziert, obwohl die Grenze zwischen diesen Diagnosen nicht immer klar voneinander trennbar war. Die Gemeinsamkeit war das Grundproblem der Nerven. Alltagssprachlich seien somit sämtliche Diagnosen mehr oder weniger austauschbar gewesen.⁶³ Um einen Brückenschlag zu den Kriegsneurosen zu vollziehen, lohnt es sich jedoch, besonders auf die Krankheitsbilder der Hysterie und Neurasthenie im Einzelnen einzugehen.

2.1. Hysterie

Die Hysterie gilt als eines der bekanntesten Beispiele für den Begriffswandel von psychischen Krankheitsbildern, von dem besonders Frauen betroffen waren. Die Geschichte des Begriffes der Hysterie ist weitreichend und lässt sich nach Weickmann bis auf das Alte Ägypten rund um 1900 v. Chr. zurückverfolgen.⁶⁴ Damalige Heilpraktiker identifizierten die Gebärmutter als zentrale Ur-

⁵⁹ Schröter, Auf eigenem Weg, 32.

⁶⁰ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 175–176.

⁶¹ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 176.

⁶² Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 184–197.

⁶³ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 198.

⁶⁴ Weickmann, Rebellion der Sinne, 22.

sache für eine Vielzahl weiblicher gesundheitlicher Beschwerden. Diese Idee wurde im Alten Griechenland weiterentwickelt.⁶⁵ Schlägt man den Begriff in aktuellen Lexika der Psychologie nach, wird die Hysterie als ein „[...] psychischer Zustand, bei dem neben seelischen Störungen besonders auch mannigfaltige Symptome auftreten können, ohne dass körperliche Ursachen hierfür nachweisbar sind“⁶⁶ beschrieben. Ersichtlich wird, dass der Krankheitsbegriff aus dem Griechischen stammt (*hystera* = Gebärmutter) und von Hippokrates (460-377 v. Chr.) entwickelt und geprägt wurde.⁶⁷ Die Mystifizierung des Uterus zog sich durch sämtliche Zeiträume und Mediziner – von Plato⁶⁸ bis hin zu Aristoteles⁶⁹ – hindurch,⁷⁰ was das Krankheitsbild der Hysterie nur noch stärker mit dem Geschlecht Frau verknüpfte.⁷¹ Fischer-Homberger hebt für den „modernen“ Umgang mit Hysterie den Zusammenhang mit der Historie der „eingebildeten Krankheiten“ hervor. Diese spielten speziell für die sogenannte „Imaginationslehre“ des 16. und 17. Jahrhunderts eine tragende Rolle.⁷² Für Fischer-Homberger ist diesbezüglich die geschlechtergeschichtliche Perspektive auf Hysterie besonders relevant, da gerade die Gebärmutter aus historischer Perspektive „der Inbegriff eines Organes der Einbildungen“⁷³ sei. Auch sie bezieht sich hier auf das Alte Griechenland und beschreibt, dass beispielsweise Aristoteles eine Schwangerschaft als „Übertragung des Bildes vom Mann auf die Frau“⁷⁴ interpretierte. Dieses Beispiel solle verdeutlichen, dass die Gebärmutter als ein „durchlässiges“ und „beeinflussbares“ Organ betrachtet wurde. Jegliche Vorkommnisse in der Schwangerschaft, bei der Geburt und auch beim Kind selbst wurden eng mit der Gebärmutter und dahingehend auch mit der Psyche der Mutter, die darauf Einfluss nahm, verknüpft.⁷⁵ Die „Kraft der Einbildung“ der Mutter könne so zu Fehlgeburten führen oder das Verhalten des Kindes beeinflussen.⁷⁶ Fischer-Homberger führt hier ein Zitat des Schriftstellers Friedrich Schiller an, das den Kern der Imaginationslehre auf den Punkt bringt: „Es

⁶⁵ Weickmann, *Rebellion der Sinne*, 22.

⁶⁶ Hysterie im Dorsch Lexikon der Psychologie, online unter <<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/hysterie>>, (24.03.2025).

⁶⁷ Hysterie im Spektrum Lexikon der Psychologie, online unter <<https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/hysterie/6886>>, (24.03.2025).

⁶⁸ Weickmann, *Rebellion der Sinne*, 23.

⁶⁹ Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 21.

⁷⁰ Damit einhergehend wurde auch oft die Menstruation als Krankheitsursache und als Symbol für die Schwäche der Frau angesehen und dämonisiert. Für viele Mediziner hing auch die Menstruation eng mit Hysterie zusammen. Mehr hierzu s. Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 61f.

⁷¹ Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 113.

⁷² Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 10–12.

⁷³ Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 20.

⁷⁴ Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 21.

⁷⁵ Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 21–22.

⁷⁶ Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 23–25.

ist der Geist, der sich den Körper baut.“⁷⁷ Zu Beginn des 18. Jahrhunderts erlebte die Imaginationstheorie durch Georg Ernst Stahl⁷⁸ nochmals einen Aufschwung, bis sie im Laufe des Jahrhunderts immer stärker aus einer naturwissenschaftlicheren Perspektive in der Medizin kritisiert wurde, auch hinsichtlich der Überlegungen zur Gebärmutter.⁷⁹ Als maßgeblich kann hier eine Schrift von August Blondel aus dem Jahr 1727 betrachtet werden, welche erstmals vorwiegend „anatomisch, physiologisch, entwicklungsgeschichtlich gegen die Imaginationstheorie“⁸⁰ argumentierte. Interessant ist hier, dass die Entwicklung und das Verhalten von Kindern dadurch nicht mehr mit den „Einbildungen“ der Mutter, zum Beispiel in der Schwangerschaft, begründet wurde, sich jedoch trotzdem viele dieser Vorstellungen im Diskurs über Hysterie langfristig hielten.⁸¹ Allgemein waren im Laufe des 18. Jahrhunderts immer wieder Diskussionen über Hypochondrie und Hysterie und über das Verhältnis der beiden Krankheiten zueinander präsent.⁸² Nach Fischer-Homberger gab es immer wieder Überlegungen, die beiden Begriffe als Synonyme zu betrachten, was mitunter auf Gleichheitsbestrebungen in diesem Zeitraum zurückgeführt werden könne.⁸³ Trotzdem wurde zunächst festgelegt, dass Männer von Hypochondrie und Frauen von Hysterie betroffen seien, woraus später zwei unterschiedliche Hysterie-Modelle resultierten.⁸⁴ Der Unterschied lag darin, dass man die Ursachen der Hysterie bei Männern eher im Gehirn lokalisierte, somit als neurologisch beschrieb, während bei Frauen die bereits genannten Ursachen in Betracht gezogen wurden und „die Störung des Sexualapparates an erster Stelle stand.“⁸⁵ Eine andere, doch im Kern ähnliche Auffassung hatte Moritz Benedikt, ein österreichischer Neurologe. Dieser prägte den Begriff des „Seelen-Binnenlebens“, in welchem die Kraft der Einbildungen ruhe. Benedikt vertrat die Auffassung, dass eben dieses bei Frauen weitaus ausgeprägter und weitreichender sei und Frauen größere Teile ihres Innenlebens von ihrer Außenwelt geheim halten müssen und sich diese Spannung in hysterischen Anfällen entlade. Wenig überraschend spielte auch hier die sexuelle Komponente eine Rolle.⁸⁶ Als Fortschritt kann an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass der Ursprung der Hysterie nicht mehr rein auf die Geschlechtsorgane oder unterdrückte Sexualität

⁷⁷ Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 25.

⁷⁸ Georg Ernst Stahl war ein deutscher Mediziner. Mehr zu seinen Überlegungen bei Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 25-27.

⁷⁹ Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 25–27.

⁸⁰ Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 27.

⁸¹ Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 29–30.

⁸² Weickmann, *Rebellion der Sinne*, 26.

⁸³ Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 30.

⁸⁴ Weickmann, *Rebellion der Sinne*, 26–27.

⁸⁵ Weickmann, *Rebellion der Sinne*, 27.

⁸⁶ Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 31.

zurückgeführt wurde. Trotzdem wurden diese Auffassungen auf das Nervensystem umgemünzt und man ging davon aus, dass das weibliche Nervensystem von Natur aus schwächer als jenes des Mannes sei.⁸⁷ Dass sich diese veralteten Grundvorstellungen hartnäckig in der Medizin hielten, bewertet Fischer-Homberger als nicht unüblich; sie hebt jedoch hervor, dass dies besonders häufig in der Frauenheilkunde und bei psychischen Erkrankungen passiere.⁸⁸

Weickmann betont, dass es schwierig sei, konkrete Zahlen zu Hysterikerinnen zu ermitteln. Was feststeht, ist, dass gerade Publikationen zu Hysterie ab 1880 bis zum Ersten Weltkrieg rapide anstiegen, nach dem Krieg weniger wurden und schlussendlich kaum mehr Platz in wissenschaftlichen Diskursen fanden.⁸⁹ Während man gegen Ende des 19. Jahrhunderts immer noch der Meinung war, dass die Hysterie ein rein weibliches Phänomen sei, traten gerade in diesem Zeitraum immer mehr Männer zum Vorschein, die an derselben Symptomatik litten. Im Jahr 1884 plädierte der deutsche Nervenarzt Emanuel Mendel für eine Abkehr von den „unterleibsfixierten Entstehungstheorien“,⁹⁰ um das Phänomen männlicher Hysterie greifbar zu machen. Nichtsdestotrotz blieben Stereotypen bestehen: betroffene Männer wurden von Mendel als weiblich und willensschwach betitelt.⁹¹ Um 1900 intensivierten sich Diskussionen um simulierte traumatische Neurosen, weshalb der Begriff der „Rentenhysterie“ an Popularität gewann. Im Zentrum dieser Diskussionen stand die Fragestellung, inwiefern psychische Krankheitssymptome Betroffene zu Rentenauszahlungen ermächtigten:⁹²

„Aufgrund der Nähe zwischen Hysterie und Simulation wurde das Hysteriekonzept negativ aufgeladen, da den hysterischen Männern eine betrügerische Absicht unterstellt und ihr Status als Kranke grundsätzlich in Frage gestellt wurde.“⁹³

Die Rentenhysterie betraf auch Frauen, allen voran Telefonistinnen, da sowohl das Telefon wie auch die Eisenbahn „als im höchsten Maße nervös machende technische Neuerungen“⁹⁴ betrachtet wurden. Interessant an männlicher Hysterie ist, dass jene in ihrer Ätiologie zwar losgelöst von sexualisierten Interpretationen betrachtet wurde, dafür aber finanzielle Aspekte und der Simulationsverdacht stärker in den Fokus rückten.⁹⁵ Dies ist mitunter sicherlich darauf zurückzuführen,

⁸⁷ Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 60–61.

⁸⁸ Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 30.

⁸⁹ Weickmann, *Rebellion der Sinne*, 35.

⁹⁰ Weickmann, *Rebellion der Sinne*, 84.

⁹¹ Weickmann, *Rebellion der Sinne*, 84–85.

⁹² Karen Nolte, *Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*, *Geschichte und Geschlechter* 42 (Campus 2003) 137.

⁹³ Nolte, *Gelebte Hysterie*, 136.

⁹⁴ Nolte, *Gelebte Hysterie*, 180.

⁹⁵ Weickmann, *Rebellion der Sinne*, 85.

dass hysterische Männer als regelrechte Entgleisung ihres Geschlechts betrachtet wurden, da es ihnen „[...] misslang, was keinem Mann misslingen durfte, nämlich Körper und Sinne mit den Mitteln des Verstandes zu bändigen.“⁹⁶ Dementsprechend spielte die Hysterie auch im Militär, allen voran in Musterungsverfahren, um 1900 eine tragende Rolle. Man fürchtete eine „Hysterisierung der Armee.“⁹⁷ Durch angeordnete Sanitätsberichte wurde ersichtlich, dass besonders Mannschaften davon betroffen waren und das Krankheitsbild in höheren Rängen weniger häufig auftrat. Diese Erkenntnis festigte die Annahme bei Militärärzten, dass die männliche Hysterie mit Ungehorsam und Verweigerung zusammenhing.⁹⁸ Die Mediziner entwickelten somit verschiedenste Methoden, um diese „Simulanten“ unter den Kranken herauszufiltern. Diese reichten von simpler Verhaltensbeobachtung bis hin zur Pathologisierung grundlegender Charaktereigenschaften (z.B. ein kinderliebes Wesen) – die Zahl der „Methoden“ war vielfältig und ihre Validität zweifelhaft.⁹⁹ Die in der Militärmedizin entstandene Sorge, durch Hysterie kriegstüchtige Soldaten zu verlieren, sollte im und nach dem Ersten Weltkrieg eine noch viel größere Rolle spielen.

Die Behandlung von „Hysteriker_innen“ war nicht weniger diskussionswürdig. Eine ausschlaggebende Persönlichkeit in dieser Thematik ist der französische Neurologe Jean-Martin Charcot, der zwar primär aufgrund seiner Forschung zu Krankheiten wie Multipler Sklerose und Morbus Parkinson Bekanntheit erlangte,¹⁰⁰ aber auch aufgrund seiner Behandlungsmethoden bei Hysterie Aufsehen erregte.¹⁰¹ In einem ehemaligen Salpeter-Museum sperrte er „hysterische“ Frauen ein, deren Verhalten ihn an „mittelalterliche Besessenheit“¹⁰² erinnerte. Didi-Hubermann, der bereits in den 1990er-Jahren ausführlich zu dieser Klinik und Charcots Vorgehensweise geforscht hat, bewertete die Methoden als grausam und in ihrer Wirksamkeit fragwürdig.¹⁰³ Charcots Ansicht nach konnten „hysterische Anfälle“ beispielsweise durch „auf die Bauchdecke ausgeführten Druck auf den Eierstock“¹⁰⁴ hervorgerufen werden. Ebenso griff er auf Methoden wie elektrische Schockbehandlungen und Suggestion zurück und führte seine Patientinnen regelmäßig nackt bei Vorlesungen vor.¹⁰⁵ Ein relevanter Aspekt in der Behandlung von Hysterie war das im 19.

⁹⁶ Weickmann, *Rebellion der Sinne*, 92.

⁹⁷ Weickmann, *Rebellion der Sinne*, 85.

⁹⁸ Weickmann, *Rebellion der Sinne*, 85.

⁹⁹ Weickmann, *Rebellion der Sinne*, 93.

¹⁰⁰ Gerhard Zenaty, *Sigmund Freud lesen. Eine zeitgemäße Re-Lektüre*, Psychoanalyse (Bielefeld 2022) 17.

¹⁰¹ Weickmann, *Rebellion der Sinne*, 27.

¹⁰² Weickmann, *Rebellion der Sinne*, 27.

¹⁰³ Georges Didi-Huberman, Silvia Henke, *Erfindung der Hysterie. Die photographische Klinik von Jean-Martin Charcot* (München 1997) 8. Zitiert nach Zenaty, *Sigmund Freud lesen*, 17.

¹⁰⁴ Weickmann, *Rebellion der Sinne*, 27.

¹⁰⁵ Zenaty, *Sigmund Freud lesen*, 17.

Jahrhundert in der Forschung rund um „Geisteskrankheiten“ bekannte Modell der Reflexepilepsie. „Reflexneurotische Störungen“ galten oftmals als ursächlicher Faktor für die Symptomatik von Hysterie und Neurasthenie. Darunter verstand man die „Reizbarkeit“ des Nervensystems, gepaart mit gereizten Organen.¹⁰⁶ Wenig überraschend waren diese Organe bei Frauen die Geschlechtsorgane, wobei in dieser Theorie weniger die Gebärmutter, sondern vielmehr die Eierstöcke im Fokus standen. Darin dürften auch Charcots Überlegungen begründet gewesen sein, da nach seiner Theorie sogar die Entfernung der Eierstöcke¹⁰⁷ als wirksame Behandlung galt.¹⁰⁸ Diese Lehrmethoden wurden durch das patriarchale gesellschaftliche Bild gefestigt und passten mit der Vorstellung von Frauen (dem „schwächeren Geschlecht“) zusammen, weshalb sie lange Zeit nicht hinterfragt wurden. Charcot war nicht zwingend darauf bedacht, die Psyche seiner Patientinnen zu heilen, vielmehr war sein Forschungsinteresse sein Antrieb. Die Symptome wurden akribisch dokumentiert und photographisch festgehalten.¹⁰⁹ Joseph Babinski, auch Neurologe, und Pierre Janet, Psychiater, die in Charcots Umgebung arbeiteten, stimmten mit seinen Auffassungen überein und sahen die Hysterie als „das Paradigma eines psychischen, psychogenen Leidens mit körperlichen Symptomen.“¹¹⁰ Auch Sigmund Freud reiste im Herbst 1885 im Zuge eines Reisestipendiums für eine Studienreise nach Frankreich, um, wie viele andere Mediziner, von den Praktiken in der Klinik Salpêtrière von Charcot zu lernen.¹¹¹ Nach Freud waren Charcots Überlegungen richtungsweisend, weil Charcot Hysterie nicht mehr als Simulation verstand, sondern „[...] der Neurosen-Theorie den Boden bereitet hat.“¹¹² In diesem Kontext verweist Weickmann auf den immer wiederkehrenden Streit zwischen Gynäkologen, Neurologen und auch Psychiatern über die wirksamste Therapieform bei Hysterie – wobei dieser nicht unbedingt einen altruistischen Hintergrund innehatte. Es ging vielmehr um die „Verteilung finanzieller Ressourcen, Einkünfte, Patientenhonorare und wissenschaftlichen Einfluss und Macht.“¹¹³ Aufgrund des Anstiegs an niedergelassenen Ärzten Ende des 19. Jahrhunderts und der Entwicklung der Psychiatrie und der Sozialversicherungsgesetzgebung kamen deutsche Mediziner auch häufig mit selbst deklarierten Hysterikerinnen in

¹⁰⁶ *Fischer-Homberger*, Krankheit Frau, 60.

¹⁰⁷ Hier muss angemerkt werden, dass in der vorliegenden Arbeit nur oberflächlich auf die Behandlung von „Hysterikerinnen“ eingegangen wird. Neben den hier erwähnten Methoden waren auch Praktiken wie Sterilisation und diverse Operationen üblich. Siehe mehr hierzu beispielsweise bei: *Weickmann*, Rebellion der Sinne, 35f.

¹⁰⁸ *Fischer-Homberger*, Krankheit Frau, 61.

¹⁰⁹ *Zenaty*, Sigmund Freud lesen, 17–18.

¹¹⁰ *Fischer-Homberger*, Krankheit Frau, 31.

¹¹¹ *Zenaty*, Sigmund Freud lesen, 17.

¹¹² *Weickmann*, Rebellion der Sinne, 28.

¹¹³ *Weickmann*, Rebellion der Sinne, 32.

Berührung.¹¹⁴ Diese stammten primär aus oberen Gesellschaftsschichten, weshalb die Krankheit Hysterie teilweise auch mit einem hohen sozialen Stand in Verbindung gebracht wurde.¹¹⁵

Abschließend muss erneut betont werden, dass die Hysterie trotz ihrer langen Geschichte und den zahlreichen Diskursen, die sie auslöste, gegen Ende der 1930er-Jahre vollständig als Diagnose verschwand. Shorter argumentiert, dass dies wohl am damaligen starken „Paradigmenwechsel in der Medizin“ lag, der vom ständigen Fokus auf Symptombehandlung abwich und sich stärker einer Auffassung der Psyche, wie wir sie heute verstehen, zuwandte.¹¹⁶

2.2. Neurasthenie

Neben der Hysterie ist auch das Krankheitsbild der Neurasthenie zentral für den Diskurs um die Kriegsneurosen. Über die Ursache und Symptomatik beider Krankheiten wurde ständig diskutiert. Interessant ist, dass die Neurasthenie trotz der langen Geschichte der Hysterie als der „Prototyp aller funktioneller Nervenkrankheiten“¹¹⁷ angesehen wurde. Eckart betrachtet die Neurasthenie retrospektiv jedoch eher als „Modekrankheit.“¹¹⁸ Diese Einordnung ist nicht abwegig, da sich gerade in höheren Gesellschaftsschichten gerne mit der Diagnose geschmückt wurde. Aussagen wie „Nur Neurastheniker leisten etwas“ legitimierten diese Selbstdiagnosen.¹¹⁹ Die Begriffsdeutung kann nach Shorter auf verschiedene Weisen ausgelegt werden. Zunächst wurde der Begriff als eine neue Umschreibung für einen allgemeinen Nervositätszustand, der mit körperlichen Symptomen einherging, wahrgenommen.¹²⁰ Es gab jedoch präzisere Auslegungsarten, welche unter Neurasthenie „kleinere Depressionen“ oder auch „chronische Erschöpfungszustände“ verstanden.¹²¹ Man könnte die These aufstellen, dass die Neurasthenie in gewisser Weise die Hypochondrie als männliches Gegenstück zur Hysterie ablöste,¹²² was nach der Auseinandersetzung mit der Geschichte der Hysterie als durchaus sinnvolle Interpretation erscheint. Das Krankheitsbild wurde maßgeblich vom US-amerikanischen Neurologen George M. Beard geprägt, der die Bezeichnung zwar nicht

¹¹⁴ Weickmann, *Rebellion der Sinne*, 33.

¹¹⁵ Dasselbe Phänomen konnte wenig später auch bei der Neurasthenie beobachtet werden. Mehr hierzu in Kapitel 2.2.

¹¹⁶ Edward Shorter, Kurt Neff, *Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten* (Reinbek bei Hamburg 1994) 448.

¹¹⁷ Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, 199.

¹¹⁸ Wolfgang U. Eckart, *Medizin und Krieg. Deutschland 1914-1924* (2014) 22.

¹¹⁹ Hofer, *Nervenschwäche und Krieg*, 166.

¹²⁰ Shorter, Neff, *Moderne Leiden*, 374.

¹²¹ Shorter, Neff, *Moderne Leiden*, 380.

¹²² Shorter, Neff, *Moderne Leiden*, 376.

erfand, aber popularisierte.¹²³ In seinem 1869 erschienenen Artikel „*Neurasthenia or nervous exhaustion*“ beschrieb er erstmals die Ursache, Symptomatik und die mögliche Behandlung der Neurasthenie.¹²⁴ Radkau charakterisiert Beard als innovativen, aber auch oberflächlichen Denker, der widersprüchliche Züge in sich trug.¹²⁵ Seine Person sei von Beginn an umstritten gewesen. Interessant an Beards Biografie ist, dass er sich schon lange für Elektrizität interessierte, was wohl einerseits sein Verständnis für das Nervensystem, andererseits aber auch seine Behandlungsmethoden beeinflusste.¹²⁶ Sämtliche Begleiterscheinungen der Leistungsgesellschaft waren für ihn Hauptauslöser der Krankheit, darunter beispielsweise Leistungsdruck aufgrund von technischer Innovation.¹²⁷ Diagnostiziert wurde die Krankheit in der Regel durch ein reines Ausschlussverfahren.¹²⁸ Grundsätzlich vertrat Beard die Meinung, dass das Krankheitsbild primär in wohlhabenden Schichten zu beobachten sei. Darin lag für ihn der Grund, dass die Krankheitssymptome bis dato nicht als ernstzunehmend wahrgenommen wurden. Seine fragwürdige Argumentation dazu war, dass „[...] das medizinische Wissen bis dahin zu einseitig aus dem Hospital und der Armenarztpraxis hervorgegangen sei.“¹²⁹ Die Symptomatik der Krankheit wurde von Beard nicht eingegrenzt, von Kopfschmerzen und Verdauungsproblemen über Schlafprobleme bis hin zu Lähmungserscheinungen – der Umfang der Symptome schien grenzenlos.¹³⁰ Dasselbe galt für die Behandlungsmethoden, Beard setzte auf Experimentierfreudigkeit. Er legte großen Wert auf Gespräche mit seinen Patient_innen, welche in der Regel in seiner Privatpraxis stattfanden.¹³¹ Besonders bekannt war er für seine Elektrotherapie,¹³² die er beispielsweise an Genitalien durchführte; mitunter auch, weil diese Methodik unter Kritik stand. Die ältere Generation an Neurologen in Europa betrachtete Beard zu seinen Anfangszeiten skeptisch, Anklang fand er eher bei jüngeren Nachkömmlingen. Als Beispiel kann man hier den deutschen Nervenarzt Leopold Löwenfeld nennen, der sich entsetzt über Beards Vorgehensweise zeigte.¹³³ Der Neurologe Paul

¹²³ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 51–52.

¹²⁴ George Beard, *Neurasthenia or nervous exhaustion*, The Boston Medical and Surgical Journal 3, Nr. 13 (1869) 217.

¹²⁵ Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, 49–50.

¹²⁶ Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, 51–52.

¹²⁷ Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, 51.

¹²⁸ Beard, *Neurasthenia or nervous exhaustion*, 218.

¹²⁹ Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, 53.

¹³⁰ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 199.

¹³¹ Neben den Psychiatern ließen sich auch immer mehr Nervenärzte ab den 1870er-Jahren privat nieder. S. hierzu: Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 54.

¹³² Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 67.

¹³³ Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, 53–54.

Möbius etwa interessierte sich zwar auch für die Elektrotherapie, lehnte jedoch Beards Thesen ab.¹³⁴ Konrad Rieger betitelte die Neurasthenie sogar als „diagnostisches Faulheitspolster.“¹³⁵ Ebenso kann auf den deutschen Arzt Friederich Siebert hingewiesen werden, der zu diesem Zeitpunkt allgemein davon überzeugt war,¹³⁶ „[...] dass die Nervosität bereits ihren Zenit überschritten habe.“¹³⁷

Trotz der zahlreichen kritischen Stimmen traf Beard mit seiner Diagnose einen Nerv, da sich seine 1880 erschienene Publikation über Neurasthenie wie ein Lauffeuer in Amerika, aber auch in Europa verbreitete. Nach Radkau sei es nicht verwunderlich, dass sich dieses neuartige Krankheitsbild gerade gegen Ende des 19. Jahrhundert popularisierte, da dies „die unruhige Anpassung Amerikas an das Industriezeitalter“ unterstreiche.¹³⁸ Hofer merkt an, dass Beards Lebensmittelpunkt New York eine tragende Rolle für seine Thesen spielte, da man gerade hier durch den urbanen Lebensstil die „sozioökonomischen Transformationsprozesse“¹³⁹ nach dem Sezessionskrieg (1861-1865) besonders stark spürte. Nationalökonomen beobachteten jedoch auch im wilhelminischen Deutschland bereits ab den 1870er-Jahren die „psychischen Folgen des technischen und industriellen Wandels.“¹⁴⁰ 1890 sprach der Internist Wilhelm Erb bei einer akademischen Rede über diesen nervösen Zustand, der aufgrund der modernen Entwicklung der Gesellschaft und den dahingehenden Veränderungen des Lebensalltags in seinen Augen nicht überraschend sei.¹⁴¹ Beards Theorien wurden nicht überall zur Gänze übernommen, jedoch machten sich auch einige kritische Stimmen letztendlich seine Diagnose zu eigen.¹⁴² Sein Lebensweg war in vielerlei Hinsicht unkonventionell, von seinem Erfolg als amerikanischer Neurologe in Europa über seine Behandlungsmethoden bis hin zu seiner neuen Definition von Neurasthenie:¹⁴³ „Beards Einfluss wirkte auch dort, wo man sich nicht auf ihn berief; daran kann man seine Überzeugungskraft ermes- sen.“¹⁴⁴ Hofer erklärt sich Beards Popularität wie folgt:

¹³⁴ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 68–69.

¹³⁵ Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, 85.

¹³⁶ Dieser Punkt wird auch in der hier zitierten Sekundärliteratur diskutiert: Während Radkau in seiner Publikation vom „nervösen Zeitalter“ spricht, empfindet Eckart diese Bezeichnung als überspitzt und merkt an, dass sich gerade die bürgerliche Schicht in dieser Zeit als überdurchschnittlich „nervös“ wahrnahm. (Eckart, Medizin und Krieg, 22).

¹³⁷ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 66.

¹³⁸ Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, 54.

¹³⁹ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 52.

¹⁴⁰ Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, 58.

¹⁴¹ Eckart, Medizin und Krieg, 23.

¹⁴² Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, 85.

¹⁴³ Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, 55.

¹⁴⁴ Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, 55.

„Der Begriff Neurasthenie war zwar keine Neuschöpfung Beards, aber er gewann sinnstiftende Plausibilität und spezifische Attraktivität aus den Erklärungsmustern, Metaphern und Konnotationen, mit denen Beard diesen ausstattete.“¹⁴⁵

Um seine Thesen zu verbreiten, tätigte Beard zahlreiche Besuche in Europa, wobei er besonders an einem Durchbruch im Deutschen Kaiserreich interessiert war. Eine tatsächliche Anzahl an Neurasthenikern außerhalb Amerikas konnte er jedoch nicht benennen.¹⁴⁶ Spätestens nach Veröffentlichung der deutschen Übersetzung seines Neurasthenie-Bandes 1888 war Beard im deutschsprachigen Raum in aller Munde.¹⁴⁷ Der Mödlinger Arzt Adolf Gorhan spricht sogar von einem „begeisterten Widerhall“ im wilhelminischen Deutschland und in Österreich-Ungarn. Hofer trug in seiner Publikation einige Stellungnahmen renommierter Wiener Nervenärzte zusammen, die den Aufstieg und Einfluss Beards in der österreichisch-ungarischen medizinischen Wissenschaftslandschaft ab 1880 verdeutlichen.¹⁴⁸ Im Deutschen Kaiserreich nennt Eckart die Psychiater Otto Binswanger und Richard Freiherr von Krafft-Ebing als wichtige Forscher zur Nervosität in dieser Zeitperiode.¹⁴⁹ Dies war insofern untypisch, da primär Neurologen professionspolitisch von diesem neuen Ansatz der Neuroasthenie profitierten, während sich Psychiater diesbezüglich in der Regel eher zurückhaltend verhielten. In den Vereinigten Staaten sprachen einige Psychiater sogar von einem „strategischem Kalkül“, das die Diagnose innehave.¹⁵⁰ Dieser Konflikt zwischen Neurologen und Psychiatern zeichnete sich auch im deutschsprachigen Raum ab. In der Wiener Psychiatrie standen strenge naturwissenschaftliche Prinzipien im Zentrum der Forschung¹⁵¹ – Beards schwammige Ausführungen zur Neurasthenie bildeten hier einen klaren Gegensatz dazu. Die akademische psychiatrische Forschung in diesem Zeitraum fokussierte sich auf organische Krankheiten und Grundlagenforschungen zum Gehirn. Eine korrekte Diagnose war essenziell, die Behandlung der Betroffenen fand im Hintergrund statt. Praktische Ärzte, die an Neurasthenie forschten, standen wiederum stets im Austausch mit ihren Patient_innen, beschäftigten sich intensiv mit ihren Symptomen und erfüllten somit die neuen Bedürfnisse der Betroffenen. Dementsprechend ist es nicht überraschend, dass Psychiater und Neurologen zu diesem Zeitpunkt nicht unbedingt an einem Strang zogen.¹⁵² Trotz ungenauer Diagnostik und allgemeiner Kritik breitete

¹⁴⁵ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 46.

¹⁴⁶ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 66–67.

¹⁴⁷ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 199–200.

¹⁴⁸ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 70–71.

¹⁴⁹ Eckart, Medizin und Krieg, 25.

¹⁵⁰ Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, 89.

¹⁵¹ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 82–83.

¹⁵² Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 84–88.

sich die Neurasthenie auch in der Gesellschaft rasant aus. Um 1900 beanspruchten schon ganze Berufsgruppen, die unter besonderem Zeitdruck arbeiteten, die Krankheit für sich. Grundsätzlich war es schwierig, eine konkrete Zahl an Betroffenen zu ermitteln, ebendies war aber für Beard selbst nicht relevant.¹⁵³ Fest steht, dass die Patient_innen in den Vereinigten Staaten größtenteils männlich und jung (zwischen 25 und 45 Jahren) waren und oft eine höhere berufliche Position innehatten.¹⁵⁴ Im Jahr 1902 führte Willy Hellpach, Psychiater und Sozialpsychologe, eine Studie zu den Ursachen von Nervosität im wilhelminischen Deutschland durch und kam ebenfalls zu dem Schluss, dass gut situierte Menschen besonders häufig unter nervösen Verstimmungen litten. Ebenso hob er die Altersgruppe der Jugendlichen als gefährdet hervor. Der Grund dafür läge in Unsicherheit und der Überreizung, der man besonders in Großstädten ausgesetzt gewesen sei. Die „nervöse Arbeiterklasse“ wird zwar auch angeschnitten, allerdings als weniger relevant bewertet. Die Ursache nervöser Verstimmungen sei hier vielmehr die stressige Fabrikarbeit als das alltägliche Leben gewesen.¹⁵⁵ Auch Oppenheim etwa vertrat die Ansicht, dass „Kopfarbeiter“ eher an Neurasthenie litten als beispielsweise Handwerker.¹⁵⁶ Shorter argumentiert allerdings, dass sich die Arbeit von (Nerven)Ärzten zu dieser Zeit sehr wohl auf die Arbeiter_innenschicht ausweitete und dass „somatoforme Beschwerden – häufig die Folge von Stress und Armut – bei Bauern und Arbeiten genauso häufig gewesen sein dürften wie bei Mittelstandsbürgern.“¹⁵⁷ Aufgrund des Prestiges, das der Diagnose teilweise zugeschrieben wurde, war die Neurasthenie in europäischen Großstädten wie Wien und Berlin häufig positiv konnotiert. Besonders Jugendliche setzten diese „Nervosität“ mit einem Emanzipationsprozess gleich.¹⁵⁸ Die Diagnose schlich sich schnell in prestigereiche Positionen im Militär und in der Medizin ein, was verdeutlichte, dass die Neurasthenie immer mehr zu einem „medizinischen Schirmkonzept“ wurde, „unter dem bürgerliche Männer ihre Schwächen und Ängste ausleben konnten.“¹⁵⁹ Von dieser positiven Behaftung nervlicher Erkrankungen profitierten primär Männer. Die Auseinandersetzung mit der Geschichte der Hysterie zeigt, dass Nervosität lange weiblich konnotiert war. Durch das Aufkommen der Neurasthenie veränderte sich diese Assoziation jedoch. Besonders in Österreich-Ungarn und im Deutschen Kaiserreich setzte sich eine geschlechterspezifische Zuschreibung von Neurasthenie

¹⁵³ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 115–117.

¹⁵⁴ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 61.

¹⁵⁵ Eckart, Medizin und Krieg, 27.

¹⁵⁶ Nolte, Gelebte Hysterie, 155.

¹⁵⁷ Shorter, Neff, Moderne Leiden, 377–378.

¹⁵⁸ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 128–129.

¹⁵⁹ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 165–166.

fest, während Shorter beispielsweise auch eine weibliche Patientin in den Fokus nimmt.¹⁶⁰ Dies lag mitunter daran, dass die Diagnostik bei Frauen schnell wieder im Krankheitsbild der Hysterie endete. Für Paul Möbius lag der Unterschied zwischen Hysterie und Neurasthenie darin, dass Hysterie genetisch bedingt sei und Neurasthenie durch Einflüsse aus dem Umfeld entstehe. Für ihn stellten allerdings auch Mischformen der beiden Krankheiten eine Möglichkeit dar.¹⁶¹ Sämtliche Zählungen in österreichischen Sanatorien, die Neurasthenie-Erkrankte behandelten, ergaben in der Regel eine höhere Patienten- als Patientinnen-Anzahl. Karen Nolte etwa bezieht sich diesbezüglich auf Krankenakten der Landheilanstalt Marburg.¹⁶² Nolte nimmt hier Bezug auf den deutschen Psychiater Richard von Krafft-Ebing, der ähnlich wie Möbius die Meinung vertrat, dass „männliche“ Neurasthenie durch das moderne Leben verstärkt auftrete, somit exogene Faktoren eine tragende Rolle spielen. Bei Frauen sei diese Prädestinierung für nervöse Krankheiten „aufgrund der Vorgänge im Unterleib“ wiederum bereits gegeben. Ebenso verknüpfte er neurasthenische Symptome bei Frauen mit einer Schwierigkeit, die „natürliche“ Rolle als Ehefrau und Mutter zu spielen.¹⁶³ Ludwig Binswanger pathologisierte dahingehend auch das weibliche Sexualverhalten. Je mehr dieses von der passiven Ehefrau, die in einer heterosexuellen Ehe lebt, abweiche, desto stärker würden nervöse Symptome begünstigt werden. Nolte sieht hier die Verkettung mit Hysterie, da nervöse Störungen begründet im Sexualverhalten der Patientinnen eher mit dem hysterischen Krankheitsbild verknüpft wurden.¹⁶⁴ Spannend ist, dass Binswanger ein vermehrtes Auftreten von Mischformen beider Diagnosen annahm, da sich die Neurasthenie oftmals aus hysterischen Beschwerden heraus entwickle. Möbius wiederum trennte die beiden Krankheitsbilder strikt voneinander ab.¹⁶⁵ Hier wird ersichtlich, dass es nicht unbedingt zielführend ist, die konkreten Auffassungen über weibliche Neurasthenie weiter zu diskutieren, da sie mehr oder weniger ident mit jenen der Hysterie-Debatte sind. Die Benennung der Krankheitsbilder änderte sich, doch die sexistischen Strukturen blieben. Nach Nolte habe die Neurasthenie-Debatte die Ungleichheit der Geschlechter sogar noch stärker gefestigt.¹⁶⁶ Was sich für Frauen jedoch mit der Neurasthenie verbesserte, war der Umstand, dass mit dem Aufkommen der Diagnose diverse Behandlungsmethoden überdacht, als veraltet und nicht mehr zielführend bewertet wurden.

¹⁶⁰ Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, 203–207.

¹⁶¹ Nolte, *Gelebte Hysterie*, 160.

¹⁶² Nolte, *Gelebte Hysterie*, 150.

¹⁶³ Nolte, *Gelebte Hysterie*, 153–154.

¹⁶⁴ Nolte, *Gelebte Hysterie*, 156–159.

¹⁶⁵ Otto Binswanger, *Die Hysterie* (Wien 1904) 17–19.

¹⁶⁶ Nolte, *Gelebte Hysterie*, 161.

Darunter fielen beispielsweise sämtliche Operationen im Genitalbereich, von welchen gerade Frauen gehäuft betroffen waren.¹⁶⁷ Abschließend muss auch betont werden, dass abseits des Geschlechts besonders die soziale Klasse eine tragende Rolle für die Wahrnehmung und Behandlung von Neurasthenie spielte.

Hinsichtlich der Behandlungsmethoden von Neurasthenie hebt Shorter den amerikanischen Nervenarzt Silas Weir Mitchell hervor. Dieser entwickelte im Jahr 1875 die Therapie der „Ruhekur“. Diese passte zu vorhergehenden Überlegungen zur möglichen Behandlung von Nervosität (z.B. die verordnete Isolation vom sozialen Umfeld) und kann somit als neue Interpretation alter Muster verstanden werden.¹⁶⁸ Zentral für die Weir-Mitchell-Ruhekur waren „Isolation von der Außenwelt bei strikter Bettruhe, Mastkur, Elektrobehandlungen und Massagen.“¹⁶⁹ Charcot führte solche Kuren bereits seit 1885 durch, nannte sie aber „Isolutionskuren“, die er unter anderem zur Behandlung von Hysterie einsetzte. Die Kuren waren teuer, was aber zu der populären Annahme passte, dass primär besser situierte Menschen unter Neurasthenie litten.¹⁷⁰ Die Elektrotherapie war ebenso gängig, obwohl ihre Wirksamkeit umstritten war.¹⁷¹ In den USA wurde Betroffenen aus weniger privilegierten Schichten, die sich diese teuren Kuren nicht leisten konnten, häufig pharmazeutische Präparate verkauft.¹⁷² In Österreich-Ungarn wurden viele Behandlungen in neu gegründeten, privaten Sanatorien vollzogen. Hofer nennt hier einige im Umkreis Graz als Beispiel. In der Regel waren die Aufnahmebedingungen in diese Sanatorien streng, es wurden nur gut situierte Menschen und leichte Fälle von psychischer Verstimmung angenommen. Man setzte auf einen breiten Personalstand, der den Patient_innen ausreichend Aufmerksamkeit schenken konnte. Therapeutisch wurde sich oft nach den Wünschen der Betroffenen gerichtet: elektrische Lichtbäder oder Wannenbäder standen an der Tagesordnung.¹⁷³

Trotz dieser Vielfalt an Behandlungen wurde deren organische Wirkung immer wieder in Frage gestellt. Die angespannte Situation zwischen Psychiatern und Neurologen wurde bereits diskutiert, aber Shorter spricht hier auf lange Sicht definitiv den Neurologen mehr Einfluss zu:

„Doch in den Jahren vor dem Ersten Weltkrieg triumphierten die Neurologen; sie waren es, die sich als Psychotherapeuten niederließen. Die privat praktizierte Psychotherapie, die Basis der psychiat-

¹⁶⁷ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 164–168.

¹⁶⁸ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 200–201.

¹⁶⁹ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 202.

¹⁷⁰ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 203–204.

¹⁷¹ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 149.

¹⁷² Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 151–156.

¹⁷³ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 138–143.

rischen Praxis des späten 20. Jahrhunderts, wurde von Neurologen ins Leben gerufen, nicht von Psychiatern.“¹⁷⁴

Dieser Diskurs ist sicherlich Wegbereiter der modernen Psychotherapie, da hier erkannt wurde, dass sich der psychische Zustand der Patient_innen nicht nur durch psychiatrische Behandlungsmethoden, sondern auch durch Aufmerksamkeit und Beziehungsarbeit verbesserte.¹⁷⁵

2.3. Psychoanalytische Perspektiven auf Nervosität

2.3.1. Hysterie und Neurasthenie aus psychoanalytischer Sicht

Dieser Weg zur modernen Psychotherapie wurde auch von der Psychoanalyse geebnet. Grundsätzlich gilt die Publikation „Studien zur Hysterie“ von Josef Breuer¹⁷⁶ und Sigmund Freud, welche im Jahr 1895 in geringer Auflage erschien, als wegweisend für die Disziplin.¹⁷⁷ In dem Werk werden die Krankheitsgeschichten diverser Patientinnen Freuds präsentiert, welche als Grundlage für die Diskussion möglicher Ursachen und Behandlung der Hysterie dienen. Ein Jahr nach Erscheinen dieser Studien bezeichnete Freud seine Methodik erstmals als Psychoanalyse.¹⁷⁸ Das Krankheitsbild Hysterie spielte somit eine tragende Rolle für die Entwicklung psychoanalytischer Grundlagen. Um diese Grundlagen mit den Krankheitsbildern der Hysterie und Neurasthenie verknüpfen zu können, muss zunächst die psychoanalytische Auffassung von Neurosen diskutiert werden, da diese die Basis für weitere Überlegungen darstellt. Im Jahr 1899 erschien Freuds Schrift „Die Traumdeutung“, welcher zwar kurz nach Erscheinen wissenschaftlich kaum Aufmerksamkeit geschenkt wurde,¹⁷⁹ die jedoch insofern bedeutend ist, da hier erstmals das psychoanalytische Prinzip des Unbewussten beschrieben wurde. Freud vertrat die Auffassung, dass viele bedeutende psychologische Prozesse unbewusst stattfinden und sich teilweise in Form von Träumen greifbar machen.¹⁸⁰ Gay betont an dieser Stelle, dass Freud keineswegs das Konzept des Unbewusstseins

¹⁷⁴ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 219.

¹⁷⁵ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 208.

¹⁷⁶ Josef Breuer war Wiener Arzt und Wissenschaftler und pflegte eine enge Freundschaft zu Freud (Zenaty, Sigmund Freud lesen, 19).

¹⁷⁷ Josef Breuer, Sigmund Freud, Studien über Hysterie, Reprint der Erstausgabe (Frankfurt am Main 1895).

¹⁷⁸ Weickmann, Rebellion der Sinne, 123.

¹⁷⁹ Schröter, Auf eigenem Weg, 108.

¹⁸⁰ Peter Gay, Joachim A. Frank, Freud. Eine Biographie für unsere Zeit, Deutsche Erstausgabe, 2. Auflage (Frankfurt am Main 1989) 122–123.

erfunden habe, jedoch der erste gewesen sei, der diese Idee mit Psychologie verband.¹⁸¹ Diese Auffassung von Träumen ist eng mit den Neurosen verknüpft:

„Wie der Träumer von der Herkunft und Bedeutung seiner Traumbilder und Sensationen nichts weiß, so weiß auch der Neurotiker nichts von der Herkunft und Bedeutung seiner krankhaften Symptome.“¹⁸²

Das grundlegende Konzept eines Bewusstseins, das erst „durch Deutungsarbeit erschlossen werden“¹⁸³ und mit einem innerlichen Konflikt verbunden sein kann, bildet somit die Basis für die psychoanalytische Neurosentheorie. Dieses Unbewusste könne nicht direkt beobachtet werden, äußere sich jedoch in der Repräsentanz von Trieben, welche wiederum als Affekte (Gefühlsregungen) wirken.¹⁸⁴ Der Trieb wird als Reiz definiert, der einen Organismus zu diesen Reaktionen drängt. Die Psychoanalyse unterscheidet hier grob Sexual- und Lebenstribe von Destruktions- und Todestrieben. Gerade der Sexualtrieb spielt für die Neurose eine tragende Rolle, da „jedes neurotische Symptom ein Stück des unterdrückten Sexuallebens des Patienten“¹⁸⁵ darstelle. Aus dieser innerlichen Spannung entstehe der Konflikt:

„Jeder psychisch Kranke leidet an einem Übermaß von unerledigten Affekten, die in ihrer Entwicklung gehemmt sind. Da, [...], die Affekte im Psychischen die Triebe repräsentieren, so stellt jede Neurose ein Stück des Unbewussten Trieblebens dar und hat einen unterdrückten, besser einen verdrängten Affekt und Wunsch zum Inhalt.“¹⁸⁶

Somit kann festgehalten werden, dass die Entstehung von Neurosen für die Psychoanalyse mit einer (Trieb-) Verdrängung oder Hemmung zusammenhängt. Dieselben Abwehrreaktionen spielen auch für die Hysterie eine tragende Rolle.¹⁸⁷ Grundsätzlich versteht die Psychoanalyse unter Hysterie eine Untergruppe von Neurosen, die sich in spezifischen Symptomen äußern; darunter fallen beispielsweise Lähmungen, hysterische Anfälle oder Nervenschmerzen.¹⁸⁸ Ein Großteil dieser Theorien geht auf Sigmund Freud selbst zurück. Wie bereits erwähnt, besuchte Freud Jean-Martin Charcot in seiner Klinik „Salpêtrière“, um mehr über ihn und seine Behandlungsmethoden zu er-

¹⁸¹ Gay, Frank, Freud, 149.

¹⁸² Hermann Nunberg, Allgemeine Neurosenlehre. Auf psychoanalytischer Grundlage, 3., unveränderte Auflage (Bern/Stuttgart/Wien 1971) 51.

¹⁸³ Nunberg, Allgemeine Neurosenlehre. Auf psychoanalytischer Grundlage, 51.

¹⁸⁴ Im Rahmen dieser Masterarbeit kann nur oberflächlich auf die Grundlagen der Psychoanalyse eingegangen werden. Konzepte wie das Vorbewusstsein werden hier nicht diskutiert, ebenso ist die psychoanalytische Trieblehre um einiges vielschichtiger. Mehr hierzu bei Breuer, Freud, Studien zur Hysterie und bei Nunberg, Allgemeine Neurosenlehre. Für einen Überblick über das psychoanalytische Verständnis von Sexualität s. auch Ecker, Kriegsneurosen im Ersten Weltkrieg.

¹⁸⁵ Nunberg, Allgemeine Neurosenlehre. Auf psychoanalytischer Grundlage, 79.

¹⁸⁶ Nunberg, Allgemeine Neurosenlehre. Auf psychoanalytischer Grundlage, 53.

¹⁸⁷ Nunberg, Allgemeine Neurosenlehre. Auf psychoanalytischer Grundlage, 65.

¹⁸⁸ Breuer, Freud, Studien über Hysterie, 2.

fahren und kam fasziniert davon wieder nach Wien zurück.¹⁸⁹ Ein wichtiger Punkt war für Freud, dass Charcot einen Zusammenhang zwischen hysterischen Anfällen und traumatischen Erlebnissen anerkannte. Des Weiteren beeindruckte ihn die Hypnosetechnik, die Charcot angewendet hatte, um eben „[...] diese Erinnerungen systematisch an die Oberfläche zu bringen.“¹⁹⁰ Diese Herangehensweise rückte, angeregt durch die methodischen Überlegungen und die praktische Erfahrung von Josef Breuer, in Freuds Interesse. Inspiriert von Charcots hypnotischen Methoden wurde in den „Studien zur Hysterie“ das Behandlungskonzept der „kathartischen Methode“ präsentiert, wodurch Affekte, die durch Hysterie ausgelöst werden, hervorgeholt werden sollen.¹⁹¹ Freud argumentiert, dass hysterische Anfälle an Auslöser wie traumatische Erfahrungen (psychischer Schreck) gekoppelt seien und sich Betroffene oft nur in diesem hypnotischen Zustand an ebendiese erinnern könnten.¹⁹² Erwähnenswert ist in diesem Kontext auch, dass Freud hier eine neue Begriffsbezeichnung entwickelte: die „traumatische Hysterie“, die dieses Phänomen genauer definieren sollte, sich jedoch nicht langfristig hielt.¹⁹³ Grundsätzlich unterscheidet die Psychoanalyse zwischen Konversions- und Angsthysterie. Während die Angsthysterie auf ein bestimmtes Objekt gerichtet sei und somit einer Phobie nahekomme, äußere sich in der Konversionshysterie ein innerlicher psychischer Konflikt in Form von körperlichen Symptomen.¹⁹⁴ Aus den hier diskutierten Überlegungen wird deutlich, dass sich die Psychoanalyse besonders auf die Konversionshysterie in ihrer Forschung fokussierte. Zu den Ursachen der „Nervositäts-Epidemie“ um 1900 hatte Freud ebenfalls eigene Theorien. Diesbezüglich kann seine Schrift „Die kulturelle Sexualmoral und die moderne Nervosität“, die 1907 erschien, hervorgehoben werden. Er interpretierte den rasanten technologischen Fortschritt und die daraus entstandenen neuen Anforderungen an die Gesellschaft als zweitrangige Ursachen für Nervosität und Neurasthenie, vielmehr sei wieder die Verdrängung von sexuellen Neigungen und Trieben der ausschlaggebende Faktor. Dieses Handeln gegen die eigene Natur führe zu nervösen Beschwerden. Eckart merkt an, dass Freud in seinen Überlegungen einen interessanten Unterschied zwischen Männern und Frauen machte: Während Männer seiner Auffassung nach eher „gesund“ waren und sich dafür öfter unmoralisch verhielten, traf auf Frauen

¹⁸⁹ Zenaty, Sigmund Freud lesen, 18.

¹⁹⁰ Zenaty, Sigmund Freud lesen, 18.

¹⁹¹ Breuer, Freud, Studien über Hysterie, 222–223.

¹⁹² Breuer, Freud, Studien über Hysterie, 1.

¹⁹³ Breuer, Freud, Studien über Hysterie, 3.

¹⁹⁴ Jean Laplanche, Jean-Bertrand Pontalis, The Language of Psychoanalysis (London) 194–195, online unter <<https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=de1c623a-c88c-3222-9e94-ea06823e2d64>>, (06.05.2025).

das genaue Gegenteil zu, weshalb sie im Schnitt häufiger „nervös“ waren.¹⁹⁵ Weickmann blickt diesbezüglich kritisch auf Freud und bezieht sich hier speziell auf seine Fallstudien in den „Studien zur Hysterie“. Seine Argumentationen seien zu kurz gegriffen, weil das Leid vieler Frauen auch durch „soziale Abhängigkeit und sexuelle Entmündigung“¹⁹⁶ entstanden sei; diesem Umstand habe Freud zu wenig Bedeutung zugesprochen.

In der Debatte um Neurasthenie war die Neurosenlehre zentral. Oppenheims „traumatische Neurose“ wurde auch in psychoanalytischen Kreisen kritisiert, da für Freud – wie bereits geschildert wurde – vielmehr das psychische, nicht das körperliche Trauma in der Entwicklung von Neurosen im Vordergrund stand. Er ging davon aus,

„[...] dass sich verdrängte sexuelle Erinnerungen und Fantasien aus der frühen Kindheit zu Neurosen auswachsen, wenn sie im Leben des Erwachsenen reaktiviert werden.“¹⁹⁷

Um seine Überlegungen adäquat abgrenzen zu können, entwickelte Freud die Konzepte der „Aktual- und Psychoneurosen“. Er differenzierte hier, ähnlich wie bei den Untergruppen der Hysterie, zwischen Störungen, die durch gegenwärtige schädliche Einflüsse ausgelöst werden und welchen, die aufgrund von sexuellen Erfahrungen und deren (fehlender) Verarbeitung entstünden. Das Krankheitsbild der Neurasthenie würde für ihn somit in die Gruppe der Aktualneurosen fallen. Freuds Beziehung zu Beards Neurasthenie war kompliziert, da Freud die Krankheit in zwei Teile teilte: Neurasthenie hänge nach ihm mit übermäßiger Masturbation zusammen, das Krankheitsbild der sogenannten „Angstneurosen“ sei wiederum in unterdrückter sexueller Erregung begründet, welche sich in Angst umwandle.¹⁹⁸ Beide Krankheitsbilder wurden jedoch der Gruppe der Aktualneurosen zugeordnet. Die „Psychoneurosen“ waren um einiges komplexer, da sie auf die bereits erwähnten unterdrückten sexuellen Triebe oder prägende Erfahrungen im Kindesalter zurückzuführen seien und dementsprechend schwieriger zu behandeln waren. Für diese Neuroseform, in die sich das Krankheitsbild der Hysterie einordnet, sei seine psychoanalytische Therapie die ideale Behandlungsmethode.¹⁹⁹ Neben der kathartischen Methodik legte Freud, wie bereits Beard, großen Wert auf Gespräche mit seinen Patient_innen: „Reden ist eben selbst der adäquate Reflex, als Klage

¹⁹⁵ Eckart, Medizin und Krieg, 28.

¹⁹⁶ Weickmann, Rebellion der Sinne, 123.

¹⁹⁷ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 225.

¹⁹⁸ Schröter, Auf eigenem Weg, 70–71.

¹⁹⁹ Schröter, Auf eigenem Weg, 71–72.

und als Aussprache für die Pein der Geheimnisse (Beichte!).“²⁰⁰ Gerade dieser Ansatz der Gesprächstherapie sollte in der Psychoanalyse bestehen bleiben.

2.3.2. Psychiatrie vs. Psychoanalyse – ein Spannungsfeld

In den vorhergehenden Kapiteln wurde deutlich, dass die psychiatrische Praxis in Europa um 1900 klare Defizite im Umgang mit Patient_innen aufwies. Dieser Umstand erklärte den immensen Anstieg an selbst deklarierten „Nervenärzten“ und bot gleichermaßen Nährboden für die Entwicklung des Forschungsfeldes der Psychoanalyse. Ausführliche Gespräche mit Patient_innen rückten stark in den Fokus der Behandlungen, um diese Lücken in der psychiatrischen Methodik zu schließen.²⁰¹ Dieser „Eingriff“ der Psychoanalyse in die psychiatrische Praxis rief gemischte Reaktionen hervor. Einige Psychiater gingen selbst kurz vor 1900 zur Psychoanalyse über. Dies geschah aus unterschiedlichen Gründen: manche wurden von dem Prestige und möglichen Reichtum, der mit einer psychoanalytischen Privatpraxis einherging, gelockt, andere wiederum waren unzufrieden mit der gängigen psychiatrischen Methodik und strebten eine engere Zusammenarbeit mit ihren Patient_innen an.²⁰² Die andere Gruppe an Psychiatern lehnte sämtliche Prinzipien der Psychoanalyse, allen voran die Theorien zur Sexualität, strikt ab. Der österreichische Psychiater Adolf Friedländer betonte zwar, dass die psychoanalytische Methodik der Gesprächstherapie durchaus sinnvoll sei, betrachtete viele Aussagen der Psychoanalytiker jedoch als frauenfeindlich und weigerte sich, Neurosen auf rein sexuelle Ursprünge zurückzuführen. Ähnlich argumentierte der Kölner Psychiatrieprofessor Gustav Aschaffenburg, der Freuds konkrete Überlegungen zu den Ursachen von Neurasthenie und Angstneurosen als kaum haltbar empfand.²⁰³ Viele Psychiater fürchteten sich laut Shorter auch von einer Entwicklung, die die Abkehr der klinischen Behandlung von „Geisteskrankheiten“ zur Folge haben hätte können.²⁰⁴ Die „Studien zur Hysterie“ wurden in der Forschung aus diesem Grund zunächst nicht sonderlich beachtet. Erst in den darauffolgenden Jahren äußerten sich immer wieder Neurologen in Fachzeitschriften zu Freuds und Breuers Theorien. Grubrich-Simitis zitiert hier beispielsweise den Neurologen Adolf von Strümpell, der besonders das von Freud und Breuer praktizierte tiefe Vordringen in die (sexuelle) Privatsphäre der

²⁰⁰ Breuer, Freud, Studien über Hysterie, 6.

²⁰¹ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 225–226.

²⁰² Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 240–241.

²⁰³ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 238–239.

²⁰⁴ Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 239–240.

Patient_innen als nicht vereinbar mit dem Arztberuf bewertete.²⁰⁵ Die allgemeine Kritik an der kathartischen Methode war, dass sie für die Patient_innen weder rentabel sei noch eine zuverlässige Wirkung zeige.²⁰⁶ Schröter merkt jedoch an, dass es auch deutsche Mediziner wie beispielsweise Friedrich Jolly gab, die Freud in Teilen zustimmten. Dieser lehnte den Einfluss von Sexualität auf Hysterie nicht komplett ab und bewertete Freuds Behandlungsmethoden als etwa gleich zeitintensiv wie jene der Psychiatrie.²⁰⁷ Freuds Ausführungen zur Traumdeutung wurden in medizinischen Kreisen ebenso kritisch beäugt. Seine Deutungsmethode sei weder eindeutig noch objektiv und ihm wurde vorgeworfen, seine Methodik an sein vorliegendes „Material“ anzupassen. Das Konzept des „Unbewussten“ wurde zu diesem Zeitpunkt ebenfalls abgelehnt, vermutlich aufgrund der fehlenden empirischen Daten zu dieser Theorie.²⁰⁸ Aufgrund der immer wiederkehrenden Kritik hielt sich Freud einige Jahre lang von den Universitäten fern. Laut Schröter sei aber gerade diese Phase essenziell für die Psychoanalyse gewesen, da Freud durch diese Isolation vollkommen selbstständig an seinen Theorien arbeiten konnte.²⁰⁹ Der wissenschaftliche Austausch Freuds mit den Züricher Psychiatern des „Burghölzli“ stellte eine wichtige Zäsur für die Weiterentwicklung der Psychoanalyse dar. Ab 1904 gerieten Freuds Theorien stark in das Forschungsinteresse der hiesigen Psychiater, allen voran in jenes von Carl Gustav Jung. Durch diese Zusammenarbeit rückte die Psychoanalyse immer stärker in das öffentliche Interesse.²¹⁰ Für diese Entwicklung waren mitunter auch Persönlichkeiten wie Karl Abraham, der maßgeblich an der Verbreitung der Psychoanalyse in Deutschland beteiligt war, verantwortlich. Abraham war auch in die Gründung der Berliner Psychoanalytischen Vereinigung involviert, die im August 1908 erstmals tagte.²¹¹

²⁰⁵ Ilse Grubrich-Simitis, Urbuch der Psychoanalyse. Hundert Jahre Studien über Hysterie von Josef Breuer und Sigmund Freud, *Psyche: Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 49, Nr. 12 (1995) 1122–1124, doi:10.21706/ps.

²⁰⁶ Schröter, *Auf eigenem Weg*, 100–101.

²⁰⁷ Schröter, *Auf eigenem Weg*, 101–102.

²⁰⁸ Schröter, *Auf eigenem Weg*, 109–110.

²⁰⁹ Schröter, *Auf eigenem Weg*, 76.

²¹⁰ Schröter, *Auf eigenem Weg*, 111–113.

²¹¹ Schröter, *Auf eigenem Weg*, 134.

3. Psychiatrie und gesellschaftlicher Kontext im Ersten Weltkrieg

Die Haltung zur Nervosität in der Psychiatrie wurde in den Jahren nach 1900 für kurze Zeit entspannter. Das Deuten von Nervosität als „positives Begleitmerkmal der Moderne“²¹² und Zeichen des Fortschritts verankerte sich in der Medizin. Dies hing wohl auch damit zusammen, dass der medizinische Ursprung diverser psychiatrischer Erkrankungen immer noch nicht festgemacht werden konnte.²¹³ Dieser Umstand, kombiniert mit den Disputen mit Nervenärzten, war wohl mitunter dafür verantwortlich, dass das Prestige der Psychiatrie um 1900 stark litt. Dementsprechend ist es wenig verwunderlich, dass die deutsche Psychiatrie bereits früh „intensive Verflechtungen mit dem preußisch-deutschen Militärapparat“²¹⁴ innehatte. Besonders nach dem Deutsch-Französischen Krieg 1870-1871 interessierte sich das deutsche Militär immer stärker für die Psychiatrie, unter anderem aus Präventionsgründen. Umgekehrtes Interesse bestand aber ebenso, da die Psychiater im militärischen Bereich sowohl ein neues Versuchsfeld als auch eine mit Prestige einhergehende Tätigkeit sahen.²¹⁵ Besonders relevant war hier neben der Entwicklung von Intelligenztests die nach 1900 durchgesetzte verpflichtende Erfassung des psychischen Zustandes von Menschen im militärischen Dienst. Die Sicherheit, die Ärzte durch die Unterstützung der Krankenkassen erhielten, trug sicherlich dazu bei, dass sich viele Psychiater vor dem Krieg von Individualschicksalen weg zur „Volksgesundheit“ wandten.²¹⁶ Durch diese Entwicklung wird auch klar, warum sich die Psychiatrie zur „[...] führenden Wissenschaft bei der Pathologisierung sozialer Probleme in Kriminalanthropologie, Strafrechtdiskussion und Polizeiwissenschaft“²¹⁷ etablierte. Die Psychiatrie rückte allerdings nicht nur in den Fokus militärischer Interessen, sondern wurde auch für die Politik immer relevanter:

„Gerade die Arbeit der deutschen Psychiater ging zum Krieg hin weit über die Medizin hinaus; sie machten auch wissenschaftlich und rhetorisch *[für den Krieg]* mobil.“²¹⁸

²¹² Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 179.

²¹³ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 178–182.

²¹⁴ Petra Peckl, Krank durch die „seelischen Einwirkungen des Feldzuges“? Psychische Erkrankungen der Soldaten im Ersten Weltkrieg und ihre Behandlung, In: Krieg und medikale Kultur. Patientenschicksale und ärztliches Handeln in der Zeit der Weltkriege 1914-1945, Livia Prüll, Philipp Rauh (Hg.) (Göttingen 2014) 34.

²¹⁵ Quinkert, Rauh, Winkler, Einleitung, 12–13.

²¹⁶ Peckl, Krank durch die „seelischen Einwirkungen des Feldzuges“? Psychische Erkrankungen der Soldaten im Ersten Weltkrieg und ihre Behandlung, 34.

²¹⁷ Quinkert, Rauh, Winkler, Einleitung, 13.

²¹⁸ David Freis, Psyche, Trauma und Kollektiv - Der psychiatrische Diskurs über die erschütterten Nerven der Nation, In: Nerven und Krieg. Psychische Mobilisierungs- und Leidenserfahrungen in Deutschland (1900-1939), Gundula Gahlen, Ralf Gnosa, Oliver Janz (Hg.), Krieg und Konflikt 10 (Frankfurt/New York 2020) 66.

Der deutsche Mediziner Leopold Löwenfeld diagnostizierte etwa der gesamten gegnerischen Nation der Franzosen bereits im Jahr 1914 „Geisteskrankheit“. Diese Stimmung übertrug sich mit der Entwicklung des Begriffs der „Volksseele“ auch auf die eigene Nation. Es wurde von einer kollektiven „erschreckten Volkspsyche“²¹⁹ gesprochen, die sich primär in Angstzuständen, die die Gesellschaft vor den Kriegsfolgen hatte, äußerte. Nach Peckl hatte auch die konservativ-patriotische Haltung der meisten Psychiater einen immensen Einfluss auf den immer stärker werdenden Fokus auf die „Volksgesundheit.“²²⁰ Eckart sieht den Ersten Weltkrieg somit nicht nur als einen militärischen Konflikt, sondern auch als einen „Kampf der Gelehrten, einen Krieg der Kultur“,²²¹ wofür er eine Proklamation diverser deutscher Mediziner von 1914 nach der Kriegserklärung Englands als Beispiel nimmt. In dieser erklärten sich die Mediziner geschlossen dazu, alle englischen Auszeichnungen, die sie jemals erhalten haben, abzulehnen. Er zieht ebenso einen Bericht aus der „Münchener medizinischen Wochenschrift“ vom 4. August 1914 heran, der die Einziehung vieler niedergelassener Ärzte in den Krieg und den Antritt ihres medizinischen Dienstes an der Front thematisiert. Damit verwoben ist eine Anweisung an andere Ärzte, dasselbe zu tun; die Aufrechterhaltung des „Vaterlandes“ habe von nun an Priorität.²²² Deutsche medizinische Printmedien bedauerten bereits im Oktober 1914 die großen Verluste im Sanitätspersonal, nutzten diesen Umstand jedoch auch, um die Grausamkeit der gegnerischen Länder hervorzuheben. Hier zeigte sich die deutschnationale Stimmung im Land erneut. Der Krieg wurde in weiterer Folge sogar als „Rassenkrieg“ titulierte, weil England auch in seinen Kolonien Soldaten rekrutierte. Diesen wurde unterstellt, besonders „barbarisch“ und erpicht darauf zu sein, das „weiße Europa“ auszulöschen.²²³ Die enge Verbindung zwischen Staat und Psychiatrie im Deutschen Kaiserreich um 1900 war sicherlich ausschlaggebend für diese kriegsfreundliche Haltung der meisten Ärzte. Nach Peckl äußerten sich Mediziner kaum kritisch zum Krieg.²²⁴ Eckart betont wiederum, dass aufgrund des lückenhaften Forschungsstandes schwierig zu eruieren sei, wie breit pazifistische Stimmen in der deutschen Ärzteschaft verankert waren. Es habe zwar einige pazifistische Ärzte, primär aus dem sozialistischen Spektrum, gegeben, allerdings findet man kaum öffentliche Artikel von Ärzten, die sich

²¹⁹ Freis, *Psyche, Trauma und Kollektiv - Der psychiatrische Diskurs über die erschütterten Nerven der Nation*, 67.

²²⁰ Peckl, *Krank durch die „seelischen Einwirkungen des Feldzuges“? Psychische Erkrankungen der Soldaten im Ersten Weltkrieg und ihre Behandlung*, 36.

²²¹ Eckart, *Medizin und Krieg*, 32.

²²² Eckart, *Medizin und Krieg*, 33.

²²³ Eckart, *Medizin und Krieg*, 34–35.

²²⁴ Peckl, *Krank durch die „seelischen Einwirkungen des Feldzuges“? Psychische Erkrankungen der Soldaten im Ersten Weltkrieg und ihre Behandlung*, 34.

gegen den Krieg aussprachen. Dies liege mitunter daran, dass eine kriegskritische Haltung zu Repressalien führen konnte.²²⁵ Eckart führt hier als Beispiel Georg Friedrich Nicolai an, der aus diesem Grund aus Europa flüchten musste.²²⁶

Diese Kriegsfreundlichkeit äußerte sich jedoch nicht nur in der Medizin. Maderthaner zitiert diesbezüglich bedeutende literarische Stimmen wie Trotzki, Musil oder Zweig, die die gesellschaftliche Stimmung im deutschsprachigen Raum treffend einfingen. Die Beobachtungen glichen sich. Bezogen auf Trotzki's Ausführungen fasst Maderthaner wie folgt zusammen:

„Die plötzlich so sinnhafte, klassen- und schichtübergreifende Absonderung gegenüber dem feindlichen Außen schien die Harmonie nach Innen ebenso klaglos wie widerspruchsfrei herzustellen.“²²⁷

Der Fakt, mit jedem anderen „Deutschen“ eine Gemeinsamkeit fernab von sozialer Klasse und anderen Faktoren zu teilen, sowie der neu geschaffene „Sinn“, das „Vaterland“ gemeinsam gegen einen Feind zu verteidigen, waren treibende Faktoren für dieses Stimmungsbild.²²⁸ Der Druck durch die Erwartungen des modernen Lebens war somit trotz der veränderten Nervositätsdebatte bis 1914 immer noch präsent. Maderthaner nennt auch eine pessimistische Einstellung zum Leben, die mit fehlendem Lebenssinn einherging, als einflussreich für die Sehnsucht nach dem Krieg, da man auf eine Erneuerung der Gesellschaft hoffte. Ebenso spielte wohl der gesellschaftliche Druck, ausgelöst durch das moderne Leben, immer noch eine Rolle, da Maderthaner ebenso von einer Sehnsucht nach der Rückkehr zum einfachen Leben in diesem Kontext spricht.²²⁹ Die positive Einstellung zum Krieg war auch in der österreich-ungarischen Ärzteschaft präsent. Hofer zitiert hier beispielsweise eine Sitzung der Gesellschaft der Ärzte Wiens im Jahr 1913, in welcher bereits über Vorbereitungen für die kriegsmedizinische Versorgung diskutiert wurde. Hofer merkt an, dass diese Kriegsbereitschaft nicht nur aufgrund des Gruppengefühls entstanden sei. Der immer noch stark vertretene Fokus auf strikte naturwissenschaftliche Prinzipien resultierte in einer sozialdarwinistischen und rassenhygienischen Ansicht auf den Krieg. Löwenfeld etwa setzte Krieg

²²⁵ Eckart, *Medizin und Krieg*, 43–44.

²²⁶ Mehr zu Nicolai bei Eckart, *Medizin und Krieg*, 44–56.

²²⁷ Wolfgang Maderthaner, *Der moderne Massenkrieg*, In: *Parteien und Gesellschaft im Ersten Weltkrieg. Das Beispiel Österreich-Ungarn*, Maria Mesner, Robert Kriechbaumer, Michael Maier, Helmut Wohnout (Hg.) (Wien 2014) 194.

²²⁸ Maderthaner, *Der moderne Massenkrieg*, 194–195.

²²⁹ Maderthaner, *Der moderne Massenkrieg*, 195.

zwischen zwei gegnerischen Parteien sogar mit einem Naturgesetz gleich. Ebenso wurde der Krieg als fruchtbares Experiment für die Medizin betrachtet, das den Fortschritt ankurbeln könne.²³⁰

3.1. Nerven, Wille und Männlichkeit: die Anforderungen an Soldaten im Ersten Weltkrieg

Während zu Anfangsphasen der Neurasthenie Kuraufenthalte und Ruhe als heilend galten, wandte man sich nach der Jahrhundertwende sportlichen Aktivitäten und somit einer „aktivistischen Nerventherapie“²³¹ zu. Dieser Umschwung entstand nicht in den deutschsprachigen Ländern selbst, sondern wurde vielmehr aus dem anglo-amerikanischen Raum übernommen. Radkau spricht hier von einer regelrechten „Sportmanie“, die primär in England, aber auch in Frankreich herrschte. Im Zuge dessen wurde Sport als neues Heilmittel zur „Überwindung der Nervosität“ angepriesen, wovon aber gerade ältere Neurastheniker aufgrund ihrer körperlichen Alterserscheinungen nicht profitierten.²³² Diese Entwicklung mag wie ein unwichtiges Detail erscheinen, veranschaulicht aber einen wichtigen Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Forschung. Radkau zitiert diesbezüglich einen Vortrag von Adolf Friedländer am Internationalen Kongress für Psychotherapie 1910, in welchem Friedländer die bisherigen Behandlungsmethoden der psychiatrischen Praxis in Frage stellt. Der Energie und Willenskraft der Patienten solle eine größere Aufmerksamkeit zu Teil werden, der Fokus in der Behandlung solle somit auf der Stärkung ebendieser Eigenschaften liegen. Dieser Trend setzte sich besonders im wilhelminischen Deutschland schnell durch.²³³ Es ist somit wenig überraschend, dass gerade die Neurasthenie, die auch oftmals als Begleiterscheinung des Friedens²³⁴ angesehen wurde, mit dem Beginn des Ersten Weltkrieges zunehmend verschwand. Hofer betont, dass der Erste Weltkrieg allgemein einen Umschwung in der Beziehung zwischen Krieg und Medizin markiert, da „[...] erstmals militärische und gesundheitliche Interessen komplementär gedacht und als strategische Ressource definiert wurden.“²³⁵ Diese Entwicklung betraf auch die Psychiatrie. Die Neurasthenie rückte in den Hintergrund und das Militär machte sich den Nervenbegriff immer mehr zu eigen. „Starke Nerven“ wurden zu einem Ausdruck von Resilienz

²³⁰ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 198–200.

²³¹ Joachim Radkau, Die Wende zur „Willenskultur“ in der Nerventherapie und das nervöse Doppelgesicht des Krieges, In: Nerven und Krieg. Psychische Mobilisierungs- und Leidenserfahrungen in Deutschland (1900-1939), Gundula Gahlen, Ralf Gnosa, Oliver Janz (Hg.), Krieg und Konflikt 10 (Frankfurt/New York 2020) 44.

²³² Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, 391–392.

²³³ Radkau, Die Wende zur „Willenskultur“ in der Nerventherapie und das nervöse Doppelgesicht des Krieges, 44–45.

²³⁴ Radkau, Die Wende zur „Willenskultur“ in der Nerventherapie und das nervöse Doppelgesicht des Krieges, 47.

²³⁵ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 196.

gegenüber den Herausforderungen des Krieges und infolgedessen zu einem Ideal. Nübel zitiert beispielsweise Binswanger, der im Jahr 1914 demjenigen den Sieg zusprach, der die „besseren Nerven“ habe.²³⁶ Die Industrialisierung des Krieges war auch ein treibender Faktor für das Bedeutungswachstum der „Nerven“. Technische Waffen, die mit Präzision arbeiteten, verlangten kontrollierte Soldaten. Nervosität stellte hier ein gravierendes Hindernis dar.²³⁷ Hofer zitiert diesbezüglich den Psychiater Erwin Stransky, der von einer „neuen seelischen Innenfront“ sprach. Man erwartete Stabilität und eine gute Reaktionsfähigkeit von seinen Soldaten.²³⁸ Die Nerven zu stählen sollte auch den Willen zum Sieg stärken – Hofer argumentiert, dass viele der Annahmen zu dieser Zeit der vormodernen Gleichsetzung von Muskeln und Nerven ähnelten. Diese Nervenstärke sei aber auch von der Zivilbevölkerung gefragt gewesen, wie es Hans Gross, damaliger Leiter des Grazer Kriminologischen Instituts, formulierte. Die mitteleuropäischen Nerven wurden als besonders „stark“ hervorgehoben; diese Zuschreibungen waren eng an Mobilisierungsversuche für den Krieg gekoppelt. Eine siegessichere Einstellung sollte die Kriegsfreudigkeit und die Bereitschaft, freiwillig in den Krieg zu ziehen, ankurbeln. Auf diesen „Nervenkrieg“ reagierte Österreich-Ungarn bereits 1914 mit einer Umsetzung von neuen Verhaltensregeln in den Militärkanzleien, um die Affektkontrolle und emotionale Stabilität des Militärs zu gewährleisten. Hier galt es „Nervenstärke, Ruhe, Entschlossenheit und Besonnenheit“ zu entwickeln, weshalb versucht wurde, die Dienst- und Entscheidungsabläufe möglichst ruhig zu vollziehen.²³⁹ Ebenso häufig wurde die Front zu Beginn des Krieges als nervenstärkend betrachtet, wie hier am Beispiel des Deutschen Kaiserreichs:

„Zahlreiche Texte feierten die Einfachheit des Lebens im Krieg und wünschten ‚jedem Deutschen ein Tag an der Front‘. Solchen Beschreibungen lag ein kulturpessimistisches Weltbild zugrunde. Es besagte, dass die Deutschen durch den Komfort der Moderne verweichlicht seien und im Krieg neue Abhärtung erfahren könnten. Die Front wurde so zu einem Raum nationaler Wiedergeburt.“²⁴⁰

In Österreich-Ungarn wurden die Nerven der Männer von den meisten Psychiatern zunächst als „stark genug“ für den Krieg bewertet. Manche waren auch überrascht davon, dass die Männer den

²³⁶ Christoph Nübel, Zur Ambivalenz der Zermürbung – Die „Nerven“ der Frontsoldaten in öffentlichen und privaten Kriegsdeutungen 1914-1918, In: Nerven und Krieg. Psychische Mobilisierungs- und Leidenserfahrungen in Deutschland (1900-1939), Gundula Gahlen, Ralf Gnosa, Oliver Janz (Hg.), Krieg und Konflikt 10 (Frankfurt/New York 2020) 102–103.

²³⁷ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 197.

²³⁸ Hofer, Was waren „Kriegsneurosen“? Zur Kulturgeschichte psychischer Erkrankungen im Ersten Weltkrieg, 319.

²³⁹ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 210–212.

²⁴⁰ Nübel, Zur Ambivalenz der Zermürbung – Die „Nerven“ der Frontsoldaten in öffentlichen und privaten Kriegsdeutungen 1914-1918, 108.

Herausforderungen an der Front trotz des nervösen Zeitalters standhielten; dieser Umstand wurde wieder auf die „besonders starken Nerven“ der Bevölkerung zurückgeführt. Jedoch gab es auch in Österreich-Ungarn die sogenannten „Stahlbadfantasien“. Einige Psychiater merkten an, dass der Krieg als Therapie für Neurasthenie fungierte, da man an der Front „die Nerven vergas“. Renommiertere Psychiater wie Binswanger und Pilcz vertraten ähnliche Einstellungen, auch in der Psychoanalyse war diese Auffassung vertreten.²⁴¹ Radkau stellt die These auf, dass die jahrelange Diskussion über schwache Nerven auch in der Medizin zu einem Bedürfnis nach Nervenstärke geführt haben könnte, obwohl die Mediziner die Existenz von „starken Nerven“ genauso wenig beweisen konnten.²⁴² Trotz dessen wurden die Nerven zum Indikator für psychische Gesundheit und zur „kommunikativen Mehrzweckwaffe.“²⁴³

Im Zuge dieser modernen medizinischen Kriegsführung wurden auch Soldaten als wandelbare Ressource betrachtet. Gerade Militärärzte hatten eine wichtige Position inne, da sie für die Erhaltung dieser „Ressource“ – die Auswahl und Behandlung der Soldaten – verantwortlich waren.²⁴⁴ Nübel bezieht sich diesbezüglich beispielsweise auf den preußischen Generalleutnant Ernst von Reichenau, der einer gut ausgebildeten „Waffe Mensch“ mehr Bedeutung als der Artillerie zusprach. In den Anforderungen an die Soldaten zeigt sich auch der diskutierte Zusammenhang zwischen Willen und Sport. Reichenau merkt etwa an, dass gerade sportliche Betätigung einer der wichtigsten Katalysatoren für die Stärkung des „Willens“ und der „Energie“ der Soldaten sei.²⁴⁵ An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass sich das Körperideal nach 1900 im Allgemeinen veränderte. Während es zuvor als Ziel galt, den gesunden Körper als solches zu erhalten, verschob sich der Fokus in Hinblick auf den Krieg auf die bestmögliche Optimierung des Körpers. Gesundheitliche und psychische Schwächen wurden nicht akzeptiert, da sie dem „Volkskörper“ als Ganzes schaden könnten. Dadurch entstand ein Spannungsfeld zwischen Selbstoptimierung und dem Gemeinwohl, in welchem sich die Soldaten bewegen mussten.²⁴⁶ Der männliche Körper glich

²⁴¹ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 217–218.

²⁴² Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, 400.

²⁴³ Susanne Ude-Koeller, „Bis zur Unlöslichkeit verwickelt“ - Zum Konzept von „Krieg und Geistesstörung“ bei Gustav Specht, In: Nerven und Krieg. Psychische Mobilisierungs- und Leidenserfahrungen in Deutschland (1900-1939), Gundula Gahlen, Ralf Gnosa, Oliver Janz (Hg.), Krieg und Konflikt 10 (Frankfurt/New York 2020) 78.

²⁴⁴ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 196–197.

²⁴⁵ Christoph Nübel, „Die Waffe Mensch“. Sport, Ausbildung und soldatische Selbstständigkeit in der Zeit des Ersten Weltkrieges, Militärgeschichtliche Zeitschrift 80, Nr. 2 (2021) 261–262, doi:10.1515/mgzs-2021-0047.

²⁴⁶ Nübel, „Die Waffe Mensch“. Sport, Ausbildung und soldatische Selbstständigkeit in der Zeit des Ersten Weltkrieges, 270.

dem Soldatenkörper und wurde dementsprechend idealisiert, problematisiert und war sowohl körperlichen als auch geistigen Anforderungen unterstellt:

„Während der Charakter Zuschreibungen wie Geist, Wille, Selbstbeherrschung oder Entschlussfreudigkeit umfasste, galten Kraft, Leistungsstärke, Körperbeherrschung oder Gewandtheit als körperliche Fähigkeiten, die alle Soldaten mitbringen sollten.“²⁴⁷

Nübel zitiert in seinem Artikel eine Zeitschrift, die „Militär-Sport“, die seit 1917 erschien und die Bedeutung dieser Thematik verdeutlicht. In der ausgewählten Ausgabe wurden die diversen Anforderungen an Soldaten präsentiert, das Ideal der „strammen Muskeln“ und der einwandfreien Gesundheit wurde besonders hervorgehoben. Aufgrund dessen fand auch eine Bedeutungsverschiebung sportlicher Aktivität statt; der Freizeitaspekt von körperlicher Betätigung wurde belächelt und primär dem Zweck des Militärs untergeordnet.²⁴⁸

Hämmerle betont, dass die Tätigkeit des Soldaten an sich idealisiert wurde und als der Inbegriff von Männlichkeit galt. Dies übertrug sich auch auf die Zivilbevölkerung, die sich nicht im aktiven Kampf befand. Diese sollte die Soldaten als Priorität betrachten, was sich beispielsweise in Form von Verehrung und Pflege äußern sollte. Spannend ist hier, dass der Kriegsdienst einerseits als die Pflicht eines jeden Staatsbürgers betrachtet wurde, andererseits aber rein der Natur des männlichen Geschlechtscharakters zugeordnet wurde.²⁴⁹ Ulrich weist auch auf das bekannte Bild des Soldaten mit Stahlhelm hin. Dieser entwickelte sich zu einem idealisierten Symbol des Krieges und bildete den mental starken und motivierten Kämpfer ab. Der leidende Soldat, sei es in körperlicher oder mentaler Form, passte dementsprechend nicht in diese „Ikonographie.“²⁵⁰

3.2. Das Aufkommen der Kriegsneurose: Ätiologie und Wahrnehmung

Schon kurz nach Ausbruch des Krieges hatte sowohl die deutsche als auch die österreichisch-ungarische Militärmedizin mit zahlreichen nervösen und erschöpften Soldaten zu kämpfen. Rauh zitiert diesbezüglich die Beobachtungen von Willhelm His, dem beratenden Internisten des deutschen

²⁴⁷ Nübel, „Die Waffe Mensch“. Sport, Ausbildung und soldatische Selbstständigkeit in der Zeit des Ersten Weltkrieges, 280.

²⁴⁸ Nübel, „Die Waffe Mensch“. Sport, Ausbildung und soldatische Selbstständigkeit in der Zeit des Ersten Weltkrieges, 280–281.

²⁴⁹ Christa Hämmerle, Opferhelden? Zur Geschichte der k.u.k. Soldaten an der Südwestfront, In: Krieg in den Alpen. Österreich-Ungarn und Italien im Ersten Weltkrieg (1914 – 1918), Nicola Labanca, Oswald Überegger (Hg.) (Wien/Köln/Weimar 2015) 155–156.

²⁵⁰ Bernd Ulrich, Die Kriegropsychologie der zwanziger Jahre und ihre geschichtspolitische Instrumentalisierung, In: Modernität und Trauma. Beiträge zum Zeitenbruch des Ersten Weltkrieges, Inka Mülder-Bach (Hg.), Edition Parabasen (Wien 2000) 66–67.

Heeres im Ersten Weltkrieg, um das Krankheitsbild zu beschreiben. His sprach von den immensen Herausforderungen, die der Krieg an die Soldaten stellte und berichtete von Symptomen wie Müdigkeit, allgemeiner depressiver Verstimmung, Schlafstörungen, Herzstolpern, körperlichen Schmerzen und Verdauungsstörungen.²⁵¹ Für die genannte Palette an Symptomen, die in schweren Ausprägungen zusätzlich in Lähmungserscheinungen und dem klassischen „Zittern“ resultierten, setzte sich in der Medizin schlussendlich die Bezeichnung der „Kriegsneurose“ durch. Hofer betont jedoch, dass der Begriff nicht im Ersten Weltkrieg erfunden wurde, da die Diagnose bereits vor dem Krieg in einigen medizinischen Dokumenten im deutschsprachigen Raum zu finden ist. Sie wurde mit dem Ersten Weltkrieg schlichtweg erst präsent in der Medizin.²⁵² Andere Terminologien wie „Kriegshysterie“, „Schreckneurose“, „Shell-Shock“ oder „Kriegszitterer“ verbreiteten sich ebenso, sind aber mehr oder weniger synonym voneinander zu verstehen. Die Anzahl der Kriegsneurotiker ist schwierig zu konkretisieren, Eckart spricht im Deutschen Kaiserreich von rund 200.000 Betroffenen.²⁵³ Hofer zitiert eine Quelle, die allein in Wien von circa 120.000 Patienten spricht.²⁵⁴ Die Situation an der Front, die zu diesen Zahlen führte, formuliert Eckart treffend:

„Der moderne, hoch technisierte Krieg traf an allen Fronten Menschen, die dem apokalyptischen Inferno des pausenlosen Kugel- und Granathagels, dem grellen Leuchten, Blitzen und Flackern der Frontabschnitte, dem infernalischen Brüllen und Kreischen bestehender Metallgeschosse, dem perfiden Zwitschern, Summen und Pfeifen der Projektile und Querschläger, dem Kreischen und Gurgeln der Verletzten, dem tausendfachen Anblick entseelter Leiberfetzen [...] nicht mehr standhalten konnten und wollten.“²⁵⁵

Diese vorherrschenden Bedingungen führten bei zahlreichen Soldaten zu Traumatisierungen. Helmut Lethen hebt aus diesen Faktoren besonders den Lärm hervor, der teilweise über Tage ausgehalten werden musste: „Die Ohrenbetäubung habe eine Art hypnotischen Zustands erzeugt, der nicht in die symbolische Ordnung der Sprache habe übertragen werden können.“²⁵⁶ Welche Umstände die Soldaten am meisten belasteten, ist schwer zu sagen, jedoch steht fest, dass Kriegsneurotiker im Grunde Menschen waren, die den Bedingungen des Krieges sowohl psychisch als auch in Folge körperlich nicht mehr gewachsen waren. Trotzdem war die Ätiologie der

²⁵¹ Philipp *Rauh*, Die Behandlung der erschöpften Soldaten im Ersten Weltkrieg, In: Krieg und medikale Kultur. Patientenschicksale und ärztliches Handeln in der Zeit der Weltkriege 1914-1945, Livia *Prüll*, Philipp *Rauh* (Hg.) (Göttingen 2014) 90–91.

²⁵² Hofer, Was waren „Kriegsneurosen“? Zur Kulturgeschichte psychischer Erkrankungen im Ersten Weltkrieg, 310.

²⁵³ Eckart, Medizin und Krieg, 142.

²⁵⁴ Hans-Georg Hofer, Mobilisierte Medizin. Der Erste Weltkrieg und die Wiener Ärzteschaft, In: Im Epizentrum des Zusammenbruchs. Wien im Ersten Weltkrieg, Alfred *Pfoser*, Andreas *Weigl* (Hg.) (Wien 2013) 306.

²⁵⁵ Eckart, Medizin und Krieg, 143.

²⁵⁶ Helmut Lethen, „Knall an sich“. Das Ohr als Einbruchsstelle des Traumas, In: Modernität und Trauma. Beiträge zum Zeitenbruch des Ersten Weltkrieges, Inka *Mülder-Bach* (Hg.), Edition Parabasen (Wien 2000) 192.

Kriegsneurose, wie auch schon bei der Hysterie und der Neurasthenie, schwierig und Gegenstand heftiger Diskussionen. Aus diesem Grund rückte die traumatische Neurose von Hermann Oppenheim zu Kriegsbeginn wieder stärker in den wissenschaftlichen Diskurs, wobei die ursprüngliche Kritik dadurch nicht verstummte. Durch seine Arbeit als beratender Neurologe in einem Kriegslazarett in Berlin sah sich Oppenheim in seinen Grundannahmen bestätigt und vertrat die Auffassung, dass sich „[...] Neurasthenie und die Kombination von Hysterie und Neurasthenie mehrheitlich in die Kriegsneurose einreihen lassen.“²⁵⁷ Die traumatischen Erlebnisse des Krieges würden im weiteren Sinne eine neurologische Störung auslösen. Darunter fielen für ihn besonders Muskelkrämpfe und das Zittern. Sowohl für Oppenheim, aber auch für die weitere Entwicklung der Militärpsychiatrie, stellte die kriegspsychiatrische Tagung, die am 22. und 23. September 1916 in München stattfand, eine bedeutende Zäsur dar. In diesem Kriegskongress sollte nach einer gemeinsamen Lösung für das Problem der Kriegsneurose gefunden werden. Oppenheims Thesen zur traumatischen Neurose wurden von seinen Kollegen jedoch größtenteils abgelehnt. Die Psychiater Nonne und Bonhoeffer bewerteten Oppenheims Argumentation als lückenhaft und plädierten für einen psychogenen Erklärungsansatz.²⁵⁸ Diese Ablehnung sollte für Oppenheim gravierende Folgen haben:

„Die fachliche Kontroverse um die traumatische Neurose ging bei den Neurologen einher mit einem Machtkampf über Deutungshoheit bzw. Vormachtstellung und mündete schließlich in einer Demontage Hermann Oppenheims, der als Mitbegründer und langjähriger Vorsitzender die Geschicke der Fachgesellschaft bis dahin maßgeblich geprägt hat.“²⁵⁹

Interessant daran ist, dass Oppenheims Fokus auf eine mögliche organische Ursache der Kriegsneurose den Soldaten die Eigenverantwortung für ihren gesundheitlichen Zustand entzog. Der gängige wissenschaftliche Standard suchte den Ursprung der Kriegsneurose jedoch vielmehr im schwachen Willen der Soldaten, weshalb der Zusammenhang zwischen Kriegserfahrung und psychischem Leid oft nicht anerkannt wurde.²⁶⁰ Den Patienten wurde ein innerer Widerwille gegen den Krieg und ein allgemein schwacher Wille unterstellt, ebenso wurde über genetische Faktoren

²⁵⁷ Holdorff, Hermann Oppenheims „traumatische Neurose“ - Aufstieg und Niedergang eines umstrittenen Konzepts, 111.

²⁵⁸ Philipp Rauh, Der Münchener Kriegskongress der Psychiater und Neurologen vom September 1916 – Kontroversen, Inszenierungen und Ränkespiele, In: Psychiatrie im Ersten Weltkrieg, Thomas Becker, Heiner Fangerau, Peter Fassl, Hans-Georg Hofer, u. a. (Hg.), 2. Auflage, Irseer Schriften 12 (Tübingen 2021) 44–48.

²⁵⁹ Rauh, Der Münchener Kriegskongress der Psychiater und Neurologen vom September 1916 – Kontroversen, Inszenierungen und Ränkespiele, 48.

²⁶⁰ Rauh, Der Münchener Kriegskongress der Psychiater und Neurologen vom September 1916 – Kontroversen, Inszenierungen und Ränkespiele, 49.

diskutiert. Spannend ist, dass französische Ärzte den deutschen Blick auf die Kriegsneurose bereits zu dieser Zeit als unterkomplex einordneten.²⁶¹ Der Diskurs über exogene versus endogene Faktoren bei psychischen Krankheiten und die Beziehung zwischen Neurasthenie und Hysterie spielten somit auch im Ersten Weltkrieg wieder eine Rolle. Shephard umschreibt das Aufkommen der Kriegsneurose treffend als „Hysterie und Neurasthenie in neuer Gestalt.“²⁶² Infolgedessen wurde auch die Diskussion über die männliche Hysterie neu aufgerollt.

Das Symptom des Zitterns stellte die Kriegspsychiater vor ein Rätsel. Solche Fälle wurden in der Regel mit Neurasthenie diagnostiziert, zitterähnliche Zustände wurden jedoch in Friedenszeiten eigentlich mit Hysterie in Verbindung gebracht.²⁶³ Besonders in Österreich-Ungarn wollte man die männliche Hysterie allerdings weiterhin nicht anerkennen. Neurologen wie Nonne oder Meynert lehnten das Vorkommen der Hysterie bei Männern entweder vollständig ab oder betrachteten Betroffene als Ausnahmefälle. Mögliche Erklärungsversuche über männliche Hysterie waren in Österreich-Ungarn ebenso von rassenhygienischen Argumenten durchzogen. Das sexistische Stigma der Diagnose ging auch im wilhelminischen Deutschland nicht verloren, jedoch galt die Hysterie im militärischen Kontext besonders in Österreich-Ungarn als unehrenhaft und deplatziert.²⁶⁴ Aufgrund dieser Entwicklungen hielt die anfängliche Kriegsfreude nicht lange an. Hofer merkt an, dass die Auswirkungen des Krieges gerade in der österreichisch-ungarischen Militärmedizin aufgrund des fast naiven Vertrauens in die eigene sanitäre Kriegsvorbereitung massiv unterschätzt wurden. Dies betraf auch psychische Kriegsfolgen. Wohl auch, weil der realen Gefahr der Infektionskrankheiten und Seuchen im Krieg mehr medizinische Beachtung geschenkt wurde. Der Zusammenhang zwischen Psyche und Krieg war zwar vor der Jahrhundertwende immer wieder in der psychiatrischen Forschung präsent, rückte aber aufgrund anderer Schwerpunkte in der Militärpsychiatrie in den Hintergrund. Relativ bald nach Kriegsbeginn wurde klar, dass die getroffenen Sanitätsmaßnahmen unzureichend waren, die Lazarette waren schnell überfüllt.²⁶⁵ Psychische Folgen des Krieges waren zwar bereits zu Kriegsbeginn ersichtlich, wurden aber zunächst als Einzelfälle behandelt. Hofer betont diesbezüglich, dass gerade zu Kriegsbeginn der Begriff der „Kriegsneurose“ breitgefächert betrachtet wurde. Besonders der psychische Stress im

²⁶¹ *Peckl*, Krank durch die „seelischen Einwirkungen des Feldzuges“? Psychische Erkrankungen der Soldaten im Ersten Weltkrieg und ihre Behandlung, 42–43.

²⁶² Ben *Shephard*, *A War of Nerves. Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century* (Cambridge 2001) 99.

²⁶³ *Hofer*, Nervenschwäche und Krieg, 236–237.

²⁶⁴ *Hofer*, Nervenschwäche und Krieg, 226–229.

²⁶⁵ *Hofer*, Nervenschwäche und Krieg, 203–206.

Heimatland und das Spannungsverhältnis der Bevölkerung zwischen Kriegsbegeisterung und die Sorge um Angehörige im Krieg, wovon besonders Frauen betroffen waren, standen noch stärker im Fokus.²⁶⁶ Im wilhelminischen Deutschland war die Situation ähnlich. Auch hier übertrafen die gravierenden psychischen Folgen des Krieges alle Erwartungen der Militärmedizin. In den Lazaretten waren dementsprechend wenig Betten für psychisch Erkrankte eingeplant. Dies lag jedoch nicht nur an reiner Unwissenheit. Gahlen bezieht sich hier beispielsweise auf den Russisch-Japanischen Krieg 1905, in welchem psychische Folgen bereits in großem Ausmaß bei den Soldaten zu verzeichnen waren.²⁶⁷ Riedesser und Verderber verweisen darauf, dass der Erste Weltkrieg in seiner Intensität psychischer Folgen zwar ein Novum darstellte, es jedoch bereits Aufzeichnungen zum Preußisch-Österreichischen Krieg 1866 gab, die auf psychische Auffälligkeiten bei Soldaten hingen, wenn auch nur in Einzelfallstudien.²⁶⁸ Somit kann durchaus argumentiert werden, dass psychischen Kriegsfolgen zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet und darüber nicht ausreichend reflektiert wurde. Mit diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass es in der Anfangsphase des Krieges noch kein einheitliches Vorgehen in der Behandlung von psychisch erkrankten Kriegsteilnehmenden gab. In den meisten Fällen wurden Betroffene im Heimatgebiet in Lazarette geschickt, welche jedoch nicht zwingend auf psychische Erkrankungen spezialisiert waren. Je nach militärischem Rang und Wohlstand gab es auch die Möglichkeit, für die Behandlung und Erholung in private Kureinrichtungen zu gehen.²⁶⁹ Hofer führt diese Entwicklung auf ein erneutes Hoch der Neurasthenie zurück, da sich in den ersten beiden Kriegsjahren die Diagnosen erneut häuften. Gerade in den oberen militärischen Rängen litten viele Männer unter den Kriegsbedingungen und wurden dementsprechend häufig mit Neurasthenie diagnostiziert, da der psychische Stress in diesen Positionen als „gerechtfertigt“ empfunden wurde. In Österreich-Ungarn war es zunächst gängig, dass sich hochrangige Offiziere und auch Militärärzte in privaten Einrichtungen von den Strapazen des Krieges erholten. Dies hielt allerdings nur bis zum Jahr 1916 an, da ab diesem Zeitpunkt auch die privaten Sanatorien in Lazarette umgewandelt werden mussten.²⁷⁰ Hier ist als Exkurs anzumerken, dass die Zustände in den Lazaretten in Österreich-Ungarn weitestgehend unzureichend waren. Sämtliche hygienische Mindeststandards konnten nicht erfüllt werden, was,

²⁶⁶ Hofer, *Nervenschwäche und Krieg*, 217–218.

²⁶⁷ Gahlen, *Nerven, Krieg und militärische Führung*, 107–108.

²⁶⁸ Peter Riedesser, Axel Verderber, *Maschinengewehre hinter der Front. Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie*, Geschichte Fischer (Frankfurt 1996) 21.

²⁶⁹ Gahlen, *Nerven, Krieg und militärische Führung*, 108–109.

²⁷⁰ Hofer, *Nervenschwäche und Krieg*, 220–223.

kombiniert mit dem Platzmangel, dazu führte, dass sich Epidemien wie Typhus oder Cholera rasant ausbreiteten. Gerade die Anfangsphase des Krieges war für Österreich-Ungarn eine militärische Katastrophe, bis Ende 1914 waren rund dreiviertel aller ausgebildeten Soldaten durch Tod, Krankheit oder Verwundung ausgefallen.²⁷¹

In deutschen Lazaretten wurde den Patienten häufig schon früh eine ernsthafte Beschäftigung gegeben, um sie so Schritt für Schritt wieder an den Kriegsdienst heranzuführen. Darunter fielen diverse Arbeitsaufgaben und Turnübungen, welche besonders bei „Nervenproblemen“ für die Heilung essenziell gewesen seien. Die Arbeit in den Lazaretten, sei es im Haushalt oder im Garten, diene auch dazu, den Betrieb ebendieser aufrecht erhalten zu können. Auf der einen Seite wollte man so die Leistungsbereitschaft der einzelnen Patienten feststellen, auf der anderen Seite verfolgte man das Ziel, das Lazarett nicht zu angenehm zu gestalten, „[...] damit der Soldat auch die seelische Spannkraft entwickle und sich wieder danach sehne gesund zu werden und wieder Dienst zu tun.“²⁷² Peckl betont diesbezüglich das starke Machtgefälle, das in den Lazaretten herrschte, aufgrund von Ranghöhe oder Verletzungsgrad. Darunter litten Kriegsneurotiker besonders, die teilweise widerwillig zu schmerzhaften Therapien gezwungen wurden.²⁷³ Die Kriegsneurose war für viele Mediziner auch eng mit der allgemeinen Opferzahl des Ersten Weltkrieges verknüpft. Die Auffassung, dass starke und fähige Soldaten an der Front „verheizt“ werden würden, während (unter anderem) „nervenschwache“ Männer durch ihre Dienstunfähigkeit geschützt werden, war in medizinischen Kreisen nicht unpopulär. Auf der einen Seite ist hier beispielsweise der Hygieniker Max von Gruber zu nennen, der diesen Umstand zwar anerkannte, aber doch recht positiv in die Zukunft blickte, da diese Verluste „[...] durch die ausgiebige Fortpflanzung der Gesunden und Leistungsfähigen“²⁷⁴ ausgeglichen werden könnten. Nonne wiederum vertrat hier eine düsterere Position und kritisierte den Verlust der „besten Soldaten“ und die dahingehende „Bevorzugung“ von beeinträchtigten Männern scharf.²⁷⁵

²⁷¹ Maderthaner, *Der moderne Massenkrieg*, 197.

²⁷² Peckl, *Krank durch die „seelischen Einwirkungen des Feldzuges“? Psychische Erkrankungen der Soldaten im Ersten Weltkrieg und ihre Behandlung*, 38.

²⁷³ Peckl, *Krank durch die „seelischen Einwirkungen des Feldzuges“? Psychische Erkrankungen der Soldaten im Ersten Weltkrieg und ihre Behandlung*, 40.

²⁷⁴ Wolfgang U. Eckart, *Kriegsgewalt und Psychotrauma im Ersten Weltkrieg*, In: *Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung*, Günter H. Seidler, Wolfgang U. Eckart (Hg.), Reihe *Psyche und Gesellschaft* (Gießen 2005) 86.

²⁷⁵ Eckart, *Kriegsgewalt und Psychotrauma im Ersten Weltkrieg*, 86–87.

3.3. Kranke oder Simulanten? Der Diskurs um die „Rentenneurose“

Die medizinische Wahrnehmung von Kriegsneurosen verschlechterte sich im Laufe des Krieges rapide. Bereits kurz nach Kriegsbeginn wurde darüber diskutiert, inwieweit die Symptome der Kriegsneurotiker valide oder nur simuliert seien. In der vorliegenden Arbeit wurde bereits gezeigt, wie tief der Aspekt der Simulation im Kontext von psychischen Krankheiten verankert ist. Bereits mit dem Aufkommen der traumatischen Neurose erlebte die sogenannte „Rentenneurose“ eine Hochphase. Mit der steigenden Anzahl an Kriegszitterern wurde dieser Diskurs mit Kriegsbeginn neu aufgerollt. In der kriegspsychiatrischen Tagung 1916 wurde Oppenheim zwar für seine Theorien und sein lasches Forschungsvorgehen kritisiert, jedoch spielte auch der ökonomische Aspekt, der mit der Anerkennung der traumatischen Neurose zusammenhing, keine unwichtige Rolle für den Ausgang dieser Zusammenkunft. Diesbezüglich ist wichtig hervorzuheben, dass die teilnehmenden Ärzte in diesen Tagungen weniger auf das Wohl der Soldaten, sondern vielmehr auf das Erreichen von Kriegszielen fokussiert waren. Zusätzlich nutzten viele Ärzte diese Kongresse, um schlichtweg die Bedeutung ihres eigenen Fachbereiches hervorzuheben.²⁷⁶ Oppenheims Fokus auf das Trauma widersprach dem psychogenen Ansatz, den die meisten anderen seiner Kollegen vertraten. Diese psychogene Auslegung der Kriegsneurose ermöglichte eine individualisierte Betrachtung der Erkrankung und legte im selben Atemzug jeglichen Rentenanspruch, der bei der traumatischen Neurose durch den als organisch betrachteten Schaden eine Rolle spielen würde, ad acta.²⁷⁷ Fischer-Homberger weist hier auf die wichtige Verkettung mit der Willenskultur hin:

„Die Annahme die Kriegshysterie sei psychogen, konnte den militärischen, politischen und ökonomischen Bedürfnissen Deutschlands nur dienen, wenn man zugleich die Abhängigkeit der hysterischen Symptome vom ‚Willen‘ annahm.“²⁷⁸

Sie betont somit, dass das Idealbild von Soldaten und die Willenskultur immer noch vorherrschten und dass mitunter aus diesem Grund für Kriegsneurotiker nicht die gleichen Regeln wie für körperlich Verwundete galten. Es sei wichtig zu verstehen, dass hier eine Verkettung mit jener Auffassung von Hysterie stattfand, welche Hysterie als von Betroffenen beeinflussbar interpretierte. So konnte man auch die Behandlungsmethoden adaptieren. Heilung und Ruhe rückten in den Hintergrund; der Wille der Soldaten musste wieder gestärkt werden und – etwa

²⁷⁶ *Rauh*, Der Münchener Kriegskongress der Psychiater und Neurologen vom September 1916 – Kontroversen, Inszenierungen und Ränkespiele, 48.

²⁷⁷ *Schäffner*, Das Trauma der Versicherung. Das Ereignis im Zeitalter der Wahrscheinlichkeit, 108.

²⁷⁸ *Fischer-Homberger*, Die traumatische Neurose, 143.

durch Frontarbeit – wiederhergestellt werden. Ziel war es, den Willen, für das „Vaterland“ zu sterben, erneut zu entfachen.²⁷⁹ Für die prekäre ökonomische Situation im Krieg war diese Entwicklung von Vorteil, da dadurch jegliche Entschädigungszahlungen ausgesetzt werden konnten und Möglichkeiten, vom Kriegsdienst ausgeschlossen zu werden, minimiert werden sollten. Max Lewandowsky, ein Schüler Karl Bonhoeffers, plädierte für einen möglichst unangenehmen Lazarettaufenthalt für Kriegshysteriker, zum Beispiel durch ein Lese- und Sprechverbot, um sie möglichst schnell wieder in den Kriegsdienst integrieren zu können. Eckart bezieht sich folglich auch auf den Pädiater Franz Lust, der im selben Jahr den Vorschlag machte, die Kriegsneurose fortan als „Dienstunfähigkeitshysterie“ zu bezeichnen.²⁸⁰ Aus wirtschaftlicher Sicht stellte die Anzahl an Kriegsneurotikern eine Bedrohung für die militärische Führung in der Monarchie Österreich-Ungarn und im Deutschen Kaiserreich dar. Alle Kriegszitterer als finanziell entschädigungsberechtigt zu klassifizieren wäre einem ökonomischen Ruin gleichgekommen. Der im Krieg immer stärker werdende Fokus weg vom individuellen hin zum kollektiven Wohl gliederte sich perfekt in diese Entwicklung ein.²⁸¹ Wie bereits erläutert wurde, hatten die Ärzte im Ersten Weltkrieg eine besondere Stellung inne. Die Verbindung zu Militär und Staat und die daraus entstehende Doppelverantwortung zwischen Patient_in und Staat brachte die Ärzte somit in einen Konflikt „[...] zwischen den humanitären Zielen der Medizin und ihren eingegangenen staatspolitischen Verpflichtungen.“²⁸² Fischer-Homberger argumentiert, dass der daraus entstandene Druck viele Ärzte dazu bewegte, sich eher an der gängigen Sozialethik als an ihren eigenen ethischen Einstellungen zu orientieren.²⁸³ Diese Umstände befeuerten somit die Simulationsdebatte. Köhne sieht hier viele Parallelen zur Konstruktion des Krankheitsbildes der Hysterie im Allgemeinen und veranschaulicht die Problematik dieser Zuschreibungen wie folgt:

„Die ‚Simulation‘ war ebenso wie die ‚Hysterie‘ eine Hilfskonstruktion, die Vorstellungsbilder, kulturelle Einstellungen, subjektive Beobachtungen und Erfahrungen zu einem Interpretationsbild zusammensetzte.“²⁸⁴

²⁷⁹ Fischer-Homberger, Die traumatische Neurose, 143–144.

²⁸⁰ Eckart, Medizin und Krieg, 140–141.

²⁸¹ Esther Fischer-Homberger, Der Erste Weltkrieg und die Krise der ärztlichen Ethik, In: Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985, Johanna Bleker, Heinz-Peter Schmiedebach, Christine Eckelmann (Hg.) (Frankfurt am Main 1987) 127.

²⁸² Hans-Georg Hofer, Effizienzsteigerung und Affektdisziplin. Zum Verhältnis von Kriegspsychiatrie, Medizin und Moderne, In: Aggression und Katharsis. Der Erste Weltkrieg im Diskurs der Moderne, Petra Ernst, Sabine A. Haring, Werner Suppanz (Hg.), Studien zur Moderne 20 (Wien 2004) 231.

²⁸³ Fischer-Homberger, Der Erste Weltkrieg und die Krise der ärztlichen Ethik, 128.

²⁸⁴ Julia Köhne, Kriegshysteriker. Strategische Bilder und mediale Techniken militärpsychiatrischen Wissens (1914–1920), Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 106 (Husum 2009) 62.

Die Annahme einer simulierten Kriegsneurose oblag somit größtenteils individueller Interpretation der Militärärzte und wurde von militärpolitischen Strategien beeinflusst. Auch Köhne weist darauf hin, dass viele Ärzte sowohl versuchten, ihr gewähltes Vorgehen zu legitimieren, als sich auch gleichermaßen an militärische Normen anzupassen.²⁸⁵ Ziel war es, die Simulation zu „entlarven“, was aber selten erreicht werden konnte. Ebenso wurde den Betroffenen sowohl bewusstes als auch unbewusstes Handeln in diesem Kontext unterstellt. Diese Unsicherheit über die Simulation spiegle laut Köhne die ursprüngliche Hysterie-Debatte wider – das Krankheitsbild an sich war diffus und nicht greifbar, was auf die Kriegsneurosen überschwappte.²⁸⁶ Der österreichische Psychiater Julius Wagner-Jauregg tendierte dazu, die Hysterie bewusst mit Simulation zu verknüpfen. Nach ihm sei die Hysterie nur dazu da, sich Vorteile zu verschaffen und Selbstermächtigung zu erleben, auch wenn dies unbewusst geschehe. Aufgrund dieser Annahme waren für ihn gewissermaßen alle Kriegsneurotiker Simulanten. Die „Vermischung“ dieser beiden Aspekte war in der psychiatrischen Praxis keinesfalls unüblich.²⁸⁷ Für die Vollständigkeit des Simulationsdiskurses muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass es durchaus Soldaten gab, die eine Kriegsbefreiung anstrebten, etwa beispielsweise durch Selbstverstümmelungen.²⁸⁸ Die Anzahl der tatsächlichen psychischen „Simulanten“ ist allerdings unklar. Köhne beispielsweise betont, dass es dazu widersprüchliche Aufzeichnungen gäbe; manche Ärzte gingen von einer regelrechten Epidemie aus, während andere die Simulation als seltenes Vorkommnis bewerteten.²⁸⁹ Im Hinblick auf die Sekundärliteratur kann aber von einer Tendenz zu wenigen Simulanten ausgegangen werden. Nach der Auswertung ärztlicher Aufzeichnungen der psychiatrischen Abteilung des Ersten Garnisonsspitals in Wien kam Hofer beispielsweise zu dem Ergebnis, dass lediglich etwa jeder fünfzigste der über siebentausend erfassten Patienten als Simulant diagnostiziert worden war.²⁹⁰ Die individuelle Interpretation der jeweiligen Ärzte führte auch zu einer Ungleichbehandlung im Umgang mit der Kriegsneurose. Gahlen hebt nach der Auswertung diverser deutscher Krankenakten hervor, dass der Rang im Militär eine ausschlaggebende Rolle für die Simulationsdebatte spielte. Bei der

²⁸⁵ Köhne, *Kriegshysteriker*, 62–63.

²⁸⁶ Köhne, *Kriegshysteriker*, 66–73.

²⁸⁷ Peter Schwarz, „Die Opfer sagen, es war die Hölle“. Vom Tremolieren, Faradisieren, Hungern und Sterben. Krieg und Psychiatrie in Wien, In: *Im Epizentrum des Zusammenbruchs. Wien im Ersten Weltkrieg*, Alfred Pfoser, Andreas Weigl (Hg.) (Wien 2013) 328.

²⁸⁸ Steffen Bruendel, *Ideologien. Mobilmachungen und Desillusionierungen*, In: *Erster Weltkrieg. Kulturwissenschaftliches Handbuch*, Niels Werber, Stefan Kaufmann, Lars Koch (Hg.) (Stuttgart 2014) 307.

²⁸⁹ Köhne, *Kriegshysteriker*, 62–63.

²⁹⁰ Hofer, *Effizienzsteigerung und Affektdisziplin. Zum Verhältnis von Kriegspsychiatrie, Medizin und Moderne*, 234.

Behandlung von kriegsneurotischen Mannschaftssoldaten war dieser Aspekt immer präsent, während Offiziere ein gewisses Grundvertrauen seitens der Ärzte genossen – ihnen wurde so gut wie nie Simulation unterstellt. Dies wurde zwar bereits in dieser Zeit teilweise innerärztlich kritisiert, war aber trotzdem üblich. Nach Gahlen hing dies auf der einen Seite mit dem Idealbild, das viele von Offizieren hatten, zusammen, aber auch mit dem Faktum, dass der Dienst als Offizier freiwillig war.²⁹¹ Bei psychisch erkrankten Ärzten und Sanitätshelfern zeichnete sich ein ähnliches Bild ab, auch hier wurde selten der Verdacht auf Simulation gestellt. Gahlen nennt hier den „gemeinsamen Erfahrungshorizont“ und eine gewisse „Standessolidarität“ als mögliche Gründe. Ebenso gab es vermutlich einen Zusammenhang mit der Idealisierung des medizinischen Kriegsdienstes, der ähnlich wie bei Offizieren von Idealismus und Selbstaufopferung geprägt war.²⁹² Hofer spricht auch den ethnischen Pluralismus im habsburgischen Militär an. Rassismus und Stereotypen spielten hier auch bei der Simulationsdebatte eine Rolle, da oftmals gerade „fremdsprachige“ Soldaten öfter unter Simulationsverdacht gerieten als ihre deutschsprachigen Kameraden. Gerade Soldaten slawischer und romanischer Herkunft wurde eine Prädisposition zu Nervenkrankheiten nachgesagt, weshalb sich Ärzte ihnen gegenüber strenger verhielten.²⁹³ Diese Ungleichbehandlung lag jedoch auch dem allgemeinen Problem im Umgang mit Kriegsgeschädigten zu Grunde. Die staatliche Versorgung der Betroffenen in der Habsburgermonarchie war prekär, auch bei körperlicher Invalidität. Durch die Wehrpflicht oblag dem Staat eine Versorgungspflicht über seine Soldaten, der aber kaum nachgekommen werden konnte. Nach Pawlowsky und Wendelin war Wien hier noch am besten aufgestellt, beispielsweise in der Invalidenschule in Favoriten, wenngleich dies nur bedingt für psychisch versehrte Patienten galt. Bis zum Jahr 1919 konnte kein einheitliches System entwickelt werden, dass alle Kriegsgeschädigten adäquat versorgte und (finanziell) entschädigte, was die Behandlung und den Umgang mit Kriegsneurotikern nur weiter erschwerte.²⁹⁴ Die Rentenproblematik wurde zwar primär aufgrund von fehlenden ökonomischen Mitteln befeuert, jedoch fürchtete man auch, dass eine zu lasche Rentenpolitik dazu führen könnte, dass sich Betroffene auf der finanziellen Unterstützung ausruhen und nicht mehr ins Arbeitsleben zurückfinden würden. Dafür wurde sogar der eigene

²⁹¹ Gahlen, *Nerven, Krieg und militärische Führung*, 396–398.

²⁹² Gahlen, *Nerven, Krieg und militärische Führung*, 401–402.

²⁹³ Hofer, *Effizienzsteigerung und Affektdisziplin. Zum Verhältnis von Kriegspsychiatrie, Medizin und Moderne*, 233–234.

²⁹⁴ Verena Pawlowsky, Harald Wendelin, *Der Krieg und seine Opfer. Kriegsbeschädigte in Wien*, In: *Im Epizentrum des Zusammenbruchs. Wien im Ersten Weltkrieg*, Alfred Pfoser, Andreas Weigl (Hg.) (Wien 2013) 312.

Begriff der „Rentenkommotion“ entwickelt. Die prekäre Situation für Kriegsgeschädigte am Arbeitsmarkt wurde im Zuge dessen erneut auf den fehlenden Willen von Betroffenen zurückgeführt.²⁹⁵ Im Deutschen Kaiserreich war die Lage für Kriegsgeschädigte ähnlich prekär. Hier bildeten sich immer wieder politische Gruppierungen, die versuchten, Druck auf den Staat auszuüben. Spannend ist hier, dass die Kriegsneurose auch innerhalb dieser Gruppe an Invaliden herabgewürdigt wurde. Psychisch geschädigte Soldaten wurden der Gruppe der körperlich Verehrten untergeordnet und die Simulationsdebatte fand auch hier Einkehr. Die – zumeist sozialdemokratisch sozialisierten – Arbeiter lehnten Rentenauszahlungen für Kriegsneurotiker ab und hegten besonders bei Soldaten mit sonst geringem Einkommen Simulationsverdacht.²⁹⁶ Eckart weist hier auch auf die Bevorzugung der Offiziere bei den Rentenauszahlungen hin und bezeichnet die Behandlung der Geschädigten in den ersten Kriegsjahren allgemein als „schlichtweg ungerecht“. Trotzdem hatten Kriegszitterer eine noch schlechtere Auszahlungsgrundlage, da anderen Verwundeten zumindest eine geringe „Verstümmelungszulage“ zustand.²⁹⁷ Eckart zählt diese Herabwürdigung der psychischen Folgen des Ersten Weltkrieges im Deutschen Kaiserreich und in Österreich-Ungarn, die sich durch sämtliche Bereiche zog, „[...] sicher zu den dunkelsten Kapiteln der Psychiatriegeschichte.“²⁹⁸ Es wurde ersichtlich, wie Soldaten entmenslicht und als reine Ressource betrachtet wurden.

4. Kontext und Einführung in die ausgewählten Quellen

4.1. Auswahl und Entstehungsgeschichte

Um die Theorien, Positionen und Behandlungsmethoden der Militärpsychiatrie diskutieren zu können, wurde, wie bereits in Kapitel 1 der vorliegenden Arbeit erwähnt, der vierte Band des „Handbuchs der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918“ – und davon der erste Teil – ausgewählt, der sich auf „Geistes- und Nervenkrankheiten“²⁹⁹ bezieht. Die insgesamt neun Bände des Handbuchs erschienen zwischen 1921 und 1934 unter dem Herausgeber Otto von Schjerning.

²⁹⁵ Thomas Rohringer, Kriegsbeschädigte und Kriegsfolgenbewältigung, In: Im Epizentrum des Zusammenbruchs. Wien im Ersten Weltkrieg, Alfred Pfoser, Andreas Weigl (Hg.) (Wien 2013) 321.

²⁹⁶ Eckart, Medizin und Krieg, 310.

²⁹⁷ Eckart, Medizin und Krieg, 316–317.

²⁹⁸ Eckart, Medizin und Krieg, 142.

²⁹⁹ Bonhoeffer, Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Geistes- und Nervenkrankheiten. Erster Teil.

Schjerning selbst agierte im Krieg als Chef des deutschen Feldsanitätswesens und veröffentlichte bereits im Jahr 1920 einen kurzen einleitenden Band zur Reihe. In diesem hebt er die Grausamkeiten des Ersten Weltkrieges hervor, erkennt allerdings auch an, dass der Krieg für die Medizin „[...] in gewisser Weise ein Wohltäter gewesen sei.“³⁰⁰ Dies argumentiert er neben neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen mit Erfahrungsreichtum und neu gewonnener Charakterstärke für die praktizierenden Ärzte. In diesem Einleitungsband werden zunächst die wichtigsten Verläufe des Krieges sowie die damit verbundenen Herausforderungen für die Medizin skizziert. Der Fokus liegt stark auf dem Fortschritt bei Infektionskrankheiten wie Tuberkulose und Typhus, aber auch auf den Errungenschaften und Entwicklungen in der Chirurgie.³⁰¹ Schjerning betont, dass Fehler und Irrtümer im Kriegsverlauf zwar durchaus präsent waren, betont aber die Normalität ebendieses Umstandes und hebt immer wieder die pflichtbewusste Arbeit der Ärzte hervor.³⁰² Die Fortschritte in der psychiatrischen Therapie und Praxis werden nur kurz angeschnitten, jedoch werden die Erfolge bei der Behandlung von Kriegsneurotikern betont, die den Betroffenen „[...] wieder zum Menschen gemacht und der Arbeit und dem würdigen Leben wiedergegeben haben.“³⁰³ In diesen neun Bänden sollte somit das gesamte Krankheitsmaterial, das im Laufe des Krieges von Ärzten zusammengetragen wurde, präsentiert werden und dementsprechend wegweisend für zukünftige Forschung sein. Schjerning betont auch, dass mit diesen Publikationen an die „glorreiche aufopfernde Tätigkeit der Ärzte“³⁰⁴ erinnert werden sollte. Der Band vier über Nervenkrankheiten bietet somit einen zusammengefassten, aber doch umfangreichen Überblick über die Theorien und Behandlungen der Militärpsychiatrie und berichtet von den Entwicklungen aus den Perspektiven verschiedener Nervenärzte und Psychiater. Karl Bonhoeffer merkt im Vorwort an, dass der Band überblicksmäßig alle neuen pathologischen Erkenntnisse aus dem Krieg in dieser Thematik anführen soll. Trotzdem merkt er an, dass gerade die Ergebnisse in Bezug auf die Kriegshysterie teilweise (noch) diffus und unstimmig seien. Er schlussfolgert jedoch:

³⁰⁰ Otto Von Schjerning, Die Tätigkeit und die Erfolge der deutschen Feldärzte im Weltkriege. Zugleich Einleitung zu dem „Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege“ (Leipzig) 1, online unter <<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb11123707?page=,1>>, (03.09.2025).

³⁰¹ Von Schjerning, Die Tätigkeit und die Erfolge der deutschen Feldärzte im Weltkriege. Zugleich Einleitung zu dem „Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege“, 3–5.

³⁰² Von Schjerning, Die Tätigkeit und die Erfolge der deutschen Feldärzte im Weltkriege. Zugleich Einleitung zu dem „Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege“, 2.

³⁰³ Von Schjerning, Die Tätigkeit und die Erfolge der deutschen Feldärzte im Weltkriege. Zugleich Einleitung zu dem „Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege“, 9.

³⁰⁴ Von Schjerning, Die Tätigkeit und die Erfolge der deutschen Feldärzte im Weltkriege. Zugleich Einleitung zu dem „Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege“, 2.

„Denn darüber ist kein Zweifel, dass der Krieg gerade über den wesentlichsten Punkt in diesen Fragen, den psychogenen Charakter der Kriegsneurosen, weitgehende Übereinstimmung gebracht und damit die schon vor dem Kriege von zahlreichen Forschern vertretene Auffassung der Unfallneurosen und des Hysterieproblems wohl endgültig bestätigt hat.“³⁰⁵

Zumindest die Grundzüge der Kriegsneurosen haben sich somit durch die Kriegserfahrung erforschen lassen. Der Band setzt sich aus Aufsätzen verschiedener Militärpsychiater zusammen. Für die vorliegende Arbeit sind lediglich Unterkapitel des Abschnitts A „Psychosen und Psychoneurosen“ relevant, da sich der zweite Teil der Publikation auf organische Verletzungen des Nervensystems fokussiert. Nach dem Vorwort leitet ein Aufsatz von Karl Bonhoeffer mit dem Titel „Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathologie und Ätiologie der Geisteskrankheiten“ die Publikation ein. Darauf folgt ein Abschnitt von Otto Binswanger über die Kriegshysterie. Daran schließt ein Kapitel von Robert Gaupp an, der sich wiederum auf die Schreckneurose und die Neurasthenie bezieht. Max Nonne präsentiert schlussendlich seine „Therapeutischen Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918“. Die Kapitel von Gustav Aschaffenburg über Psychopathie und von Konrad Alt über die Idiopathische Epilepsie sind für die Arbeit wiederum irrelevant und finden in der Analyse keine Betrachtung.

Für die gegenüberstellende Analyse mit der Psychoanalyse musste somit eine Quelle herangezogen werden, die einen möglichst breiten Überblick über die Theorien und Praktiken der Psychoanalyse in Bezug auf den Ersten Weltkrieg darbietet. Aus diesem Grund wurde die Publikation „Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen“ ausgewählt, welche neben einer allgemeinen Positionierung Sigmund Freuds und Ernest Jones zur Kriegshysterie die Vorträge von Sándor Ferenczi, Karl Abraham und Ernst Simmel vom 5. Psychoanalytischen Kongress in Budapest 1918 enthält. Ursprünglich hätte der Kongress bereits im September 1914 in Dresden stattfinden sollen, wurde jedoch aufgrund des Ausbruchs des Krieges abgesagt. Durch die Entwicklungen im Ersten Weltkrieg wurde jedoch die Notwendigkeit nach einem solchen Kongress für die Psychoanalytiker wieder deutlich, weshalb dieser nachträglich am 28. und 29. September 1918 in Budapest an der Ungarischen Akademie der Wissenschaften stattfand. Ziel des Kongresses war es, die Erfolge in der Behandlung der Kriegsneurosen zu präsentieren und für eine klinische psychoanalytische Praxis zu plädieren. Neben anderen Psychoanalytikern nahmen auch Vertreter der Kriegsministerien der Mittelmächte teil. Die Staaten waren besorgt um die hohe Anzahl an psychisch Kriegsversehrten und die Rentenproblematik. Diese Regierungsvertreter waren primär Militärärzte, darunter unter

³⁰⁵ Karl Bonhoeffer, Vorwort, In: Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Geistes- und Nervenkrankheiten. Erster Teil, Otto Von Schjerning (Hg.), Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen 4 (Leipzig 1922).

anderem Adalbert Pausz für Österreich und Sándor Szepessy für Ungarn. Anwesend waren insgesamt 32 Mitglieder der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung, acht ebendieser Vertreter und 45 Zuhörer_innen.³⁰⁶ Ferenczi, Abraham und Simmel fokussieren sich in ihren Vorträgen auf unterschiedliche Schwerpunkte innerhalb der Forschung zur Kriegsneurose. Während Ferenczi einen allgemeinen Überblick über die Standpunkte der Psychoanalyse zu dieser Thematik darbietet, fokussiert sich Abraham auf den Sexualitäts-Aspekt in der Ätiologie der Neurosen und untermauert ebendiesen mit eigenen Fallstudien. Simmel bietet wiederum Einblick in seine Arbeit in den Kriegslazaretten und diskutiert neben der Ätiologie auch verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, die er durchgeführt hat. Dadurch entsteht ein – zwar nicht vollständiges – aber doch breites Bild über die psychoanalytische Praxis im Ersten Weltkrieg.

4.2. Biografischer Abriss der Mitwirkenden der jeweiligen Quellen

4.2.1. „Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen“

Der Band beginnt mit einer kurzen Einleitung von Sigmund Freud,³⁰⁷ der über die psychoanalytischen Perspektiven auf die Kriegsneurosen spricht und zunächst wichtige Grundkonzepte klärt. Der erste Vortrag des Kongresses wurde von Sándor Ferenczi gehalten, welcher sämtliche Aspekte rund um Kriegsneurosen herunterbricht, die wichtige Rolle der Psychoanalyse betont und zum Teil auch kritisch auf die psychiatrische Forschung blickt. Ferenczi gilt als einer der wichtigsten Schüler Freuds, jedoch nach Walter auch als „einer der meistumstrittenen psychoanalytischen Autoren.“³⁰⁸ Nach seinem Medizinstudium und kurzer Praxis als Arzt stieß der ungarische Neurologe im Jahr 1907 auf die Psychoanalyse. Sein Interesse wurde zu Beginn besonders von Carl Gustav Jung geweckt. Ferenczi begann schnell, eigene Thesen zu entwickeln und zu publizieren und kam folglich bald in engen Kontakt mit Freud. Sein Interesse an der Psychoanalyse war groß; dementsprechend umfangreich waren seine Publikationen, sowohl auf Deutsch als auch auf Ungarisch. Ebenso war er aufgrund seiner Vorliebe für Vorträge maßgeblich an der Verbreitung psychoanalytischer Theorien beteiligt.³⁰⁹ Interessant ist, dass für

³⁰⁶ Pedro Muñoz, Sílvia Correia, The Great War and the Fifth International Psychoanalytic Congress in Budapest. Psychoanalysis in the 1910s, *Historia Crítica*, Nr. 84 (2022) 16–17, doi:10.7440/historit84.2022.01.

³⁰⁷ Auf einen biografischen Abriss von Sigmund Freuds Person wird an dieser Stelle verzichtet, da sein Lebensweg bereits in den vorigen Kapiteln grob skizziert wurde.

³⁰⁸ Hubert Walter, Sándor Ferenczi, In: *Wandlungen der Psychoanalyse*, Josef Rattner (Hg.) (Wien/München/Zürich 1980) 53.

³⁰⁹ Walter, Sándor Ferenczi, 54–56.

ihn die Neurose vielmehr eine Realitätsverneinung darstellte, während sie für Freud mit Verdrängung verknüpft war. Ferenczi fokussierte sich besonders auf den Ausbau von Therapieverfahren und suchte oft nach sozialen Ursachen für die Probleme seiner Klient_innen. Er selbst war auch im Ersten Weltkrieg Regimentsarzt und beschäftigte sich in dieser Periode mit der Ätiologie und Behandlung der Kriegsneurosen.³¹⁰

Den zweiten Vortrag hielt Karl Abraham, wie Ferenczi ein bedeutender Schüler Freuds. In seinem Koreferat fokussiert sich Abraham auf die sexuelle Ätiologie der Kriegsneurosen und gibt somit einen konkreten Einblick in die psychoanalytischen Konzepte zur Sexualität. Um seine Theorien zu untermauern, verknüpft er seine Ausführungen mit Fallberichten aus der eigenen Praxis. Seine Rolle in der Gründung der Berliner Psychoanalytischen Vereinigung 1910, sowie seine Arbeit am Burghölzli wurde bereits angeschnitten, weshalb es wenig verwunderlich ist, dass er hohes Ansehen unter Psychoanalytikern genoss.³¹¹ Er gilt als der erste deutsche Psychoanalytiker und war maßgeblich für die Entstehung und Festigung der Disziplin in Deutschland verantwortlich. Im Hinblick auf seine ersten Publikationen wird deutlich, dass sich Abraham bereits in den Anfängen seiner psychoanalytischen Karriere auf das Thema Sexualität fokussierte.³¹² Rattner merkt an, dass Abraham vergleichsweise wenig publizierte und vielmehr Freuds Thesen weiter ausführte, als eigene Grundtheorien zu entwickeln.³¹³

Das zweite Koreferat präsentierte Ernst Simmel. Simmel wuchs in Berlin auf und schloss im Jahr 1908 sein Medizinstudium ab. Dort war er auch bis zum Ersten Weltkrieg als Arzt tätig. Im Laufe des Krieges wurde Simmel zum Leiter eines Speziallazarets für Kriegsneurotiker und führte dort erfolgreich unterschiedliche psychoanalytische Behandlungsmethoden durch. Simmels Erfahrungen im Krieg waren ausschlaggebend für seine weitere psychoanalytische Arbeit und insbesondere auch für sein Wirken in dem Forschungsbereich zentral. Dementsprechend gelang er etwas später in psychoanalytische Forschungskreise, sein Einfluss ist eher nach dem Krieg zu verorten. Er gründete relativ bald nach Kriegsende eine eigene psychoanalytische Klinik und übernahm nach Abraham auch für eine kurze Zeit die Leitung der Berliner Psychoanalytischen Vereinigung.³¹⁴

³¹⁰ Walter, Sándor Ferenczi, 62–84.

³¹¹ Josef Rattner, Karl Abraham, In: Wandlungen der Psychoanalyse, Josef Rattner (Hg.) (Wien/München/Zürich 1980) 9.

³¹² Rattner, Karl Abraham, 13–15.

³¹³ Rattner, Karl Abraham, 27.

³¹⁴ John S. Peck, Ernst Simmel. Psychoanalytic Pioneering in California, In: Psychoanalytic Pioneers, Franz Alexander, Samuel Eisenstein, Martin Grotjahn (Hg.) (New Brunswick NJ 1995) 373–375.

4.2.2. „Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918“

Karl Bonhoeffer ist der Herausgeber des hier diskutierten vierten Teiles des „Handbuchs der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918“, geht in seinem Kapitel eher allgemein auf den Einfluss des Krieges auf psychopathologische „Geisteskrankheiten“ ein und fokussiert die Kriegsneurose dementsprechend nur bedingt. Bonhoeffer war ein einflussreicher deutscher Psychiater, der ab 1912 in Berlin Vorsitzender der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie am Charité-Krankenhaus war und im Krieg selbst als „fachärztlicher Berater des Gardekorps“ fungierte.³¹⁵ Bonhoeffer trat auch als einer der „Gegner“ von Oppenheims traumatischer Neurose zu Beginn des Ersten Weltkrieges auf.³¹⁶ Zu Beginn des Krieges bewertete er – wie viele andere Psychiater – die Rolle der Psychiatrie im Kriegsverlauf als unbedeutend und zweifelte die Existenz von „Kriegspsychosen“ an. Bonhoeffer nahm auch während des Krieges eine kritische Haltung gegenüber den Kriegsneurosen ein und setzte sie oft mit Kriegsverweigerung gleich.³¹⁷ Demnach ist es wenig verwunderlich, dass er nach dem Krieg zu denjenigen Ärzten zählte, die „[...] vehement gegen den Krankheitswert und Behandlungswürdigkeit der Leiden psychisch Versehrter argumentierten und dementsprechend auch Berentungen rigoros ablehnten.“³¹⁸

Otto Binswanger, ein ebenso einflussreicher Psychiater und Arzt, diskutiert in seinem Kapitel die „Kriegshysterie“. Binswanger war nach Abschluss seines Medizinstudiums bereits 1880 an der Charité tätig, hatte bereits mit dreißig Jahren einen Lehrstuhl in Jena inne und war Direktor der „Irreanstalt Jena“. Sein Forschungsinteresse war breit gefächert, besonders ausschlaggebend war etwa seine Forschung zur Epilepsie. Binswanger zählt auch zu einem bedeutenden deutschsprachigen Vertreter im Neurasthenie-Diskurs³¹⁹ und ist ebenso für seine Publikationen zur Hysterie bekannt.³²⁰

Robert Gaupp, fachärztlicher Beirat im Krieg und Generaloberarzt in Tübingen, fokussiert sich in seinem Kapitel auf „Schreckneurosen und Neurasthenie“. Von 1906 bis 1936 hatte er eine Professur

³¹⁵ Andreas Ströhle, Jana Wrase, Henry Malach, Christof Gestrich, u. a., Karl Bonhoeffer (1868–1948), *American Journal of Psychiatry* 165, Nr. 5 (2008) 575, doi:10.1176/appi.ajp.2008.07061031.

³¹⁶ Holdorff, Hermann Oppenheims „traumatische Neurose“ - Aufstieg und Niedergang eines umstrittenen Konzepts, 110–111.

³¹⁷ Eckart, *Medizin und Krieg*, 147–148.

³¹⁸ Stephanie Neuner, Die Rückkehr in den Alltag. Zur sozioökonomischen und gesundheitlichen Situation psychisch Kriegsbeschädigter in der Zwischenkriegszeit, In: *Psychiatrie im Ersten Weltkrieg*, Thomas Becker, Heiner Fangerau, Peter Fassl, Hans-Georg Hofer, u. a. (Hg.), 2. Auflage, Irseer Schriften 12 (Tübingen 2021) 391.

³¹⁹ Eckart, *Medizin und Krieg*, 25.

³²⁰ Paul Hoff, Otto Binswanger (1852–1929), *American Journal of Psychiatry* 159, Nr. 4 (2002) 538, doi:10.1176/appi.ajp.159.4.538.

für Psychiatrie inne und war Direktor der Nervenlinik in Tübingen.³²¹ Gaupp galt mit Nonne als Hauptakteur in der Arbeit gegen Oppenheims traumatische Neurose, wobei Gaupp beim psychologischen Kongress 1916 als besonders ungehalten beschrieben wurde. Gaupp vertrat eine radikale Ansicht zur Thematik und lehnte sowohl die Existenz der traumatischen Neurose als auch die der Kriegsneurose ab. Dies wurde teils mit rassistischen Stigmata argumentiert; Gaupp galt als Vertreter der Rassenhygiene.³²² In diesem Kontext ist es wenig überraschend, dass die Simulationsdebatte auch für seine Thesen eine große Rolle spielte.³²³

Max Nonne kombiniert seine Auffassung der Kriegsneurose mit seinen „therapeutischen Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918“. Nonne, ein Hamburger Neurologe, spielte eine tragende Rolle in der Militärpsychiatrie. Im Krieg war er als fachärztlicher Beirat für Neurologie tätig und arbeitete als Oberarzt in der Universitäts-Nervenlinik in Hamburg-Eppendorf. Seine medizinische Ausbildung führte ihn wie viele andere zunächst zu Charcot nach Frankreich. Diese Reise sollte seine späteren Behandlungsmethoden prägen, da Nonne in der Behandlung von Kriegsneurotikern primär mit Hypnose und Suggestion arbeitete. Seine Methodik ist jedoch nicht mit der Hypnosetherapie der Psychoanalytiker zu vergleichen, sondern stellt nach Lerner das Gegenteil davon dar. Nonne arbeitete nicht mit der kathartischen Hypnose, sondern nutzte Suggestion, um die Willenskraft seiner Patient_innen zu beeinflussen und so die Symptome zu lindern.³²⁴ Nonne galt mitunter als der Haupttrivale Oppenheims, da er die Symptomgrundlage der Kriegsneurose anders verortete. Eckart verweist auch bei Nonne darauf, dass viele seiner Diskussionsgrundlagen auf dem Simulationsverdacht gegenüber Soldaten beruhten.³²⁵

³²¹ *Gahlen*, Nerven, Krieg und militärische Führung, 25.

³²² *Rauh*, Der Münchener Kriegskongress der Psychiater und Neurologen vom September 1916 – Kontroversen, Inszenierungen und Ränkespiele, 53–55.

³²³ *Eckart*, Medizin und Krieg, 140.

³²⁴ *Paul Lerner*, Rationalizing The Therapeutic Arsenal. German Neuropsychiatry in World War I, In: *Medicine and Modernity. Public Health and Medical Care in Nineteenth- and Twentieth-Century Germany*, Geoffrey *Cocks*, Manfred *Berg* (Hg.), Publications of the German Historical Institute (Cambridge 1997) 138–139.

³²⁵ *Eckart*, Medizin und Krieg, 163–164.

5. Analyse des Materials

5.1. Definitionszugänge zur Kriegsneurose

5.1.1. Militärpsychiatrie

Wie bereits in Kapitel 3.2. veranschaulicht wurde, verlief die Diagnostik der Kriegsneurosen alles andere als geradlinig. Aus diesem Grund kann in den analysierten Texten nicht von der „einen“ Auffassung von Kriegsneurosen aus militärpsychiatrischer Sicht gesprochen werden. Dieser Umstand erklärt auch die Begriffsvielfalt in der vorliegenden Primärquelle. Otto Binswanger und Max Nonne sprechen von Kriegshysterie und Kriegsneurose, wobei Binswanger stärker auf Hysterie im Allgemeinen eingeht. Karl Bonhoeffer und Robert Gaupp wiederum fokussieren sich primär auf andere Krankheitsbilder, wie auf die Kriegspsychose und auf die Schreckneurose. Zusätzlich wird auch die Neurasthenie in Kriegszeiten diskutiert. Die Ausführungen zeigen jedoch, dass sich all diese Ansätze durchaus unter dem Schirmbegriff der Kriegsneurosen klassifizieren lassen, wenngleich die spezifischen Schwerpunkte gegebenenfalls abweichen.

Das Kapitel von Karl Bonhoeffer kann als zusammenfassende Einleitung zu den allgemeinen Auswirkungen des Krieges auf die „Geisteskrankheiten“ verstanden werden. Bonhoeffer fokussiert sich in diesem Kapitel mitunter stark auf Kriegspsychosen, da besonders hier ein großer Fortschritt in der psychiatrischen Forschung zu verzeichnen sei.³²⁶ Bonhoeffer betont, dass gerade der „psychologische Aspekt“ der Kriegsneurose nicht unbedingt im Forschungsinteresse der Psychiatrie liege:

„Die Darstellung kriegspsychologischer Erfahrungen gehört nicht zu unserem Thema. Natürlich bestehen aber mancherlei Berührungspunkte schon deshalb, weil es sich bei den Kriegseinwirkungen vielfach nicht um von vornherein krankmachende Einflüsse handelt, sondern um psychologische Vorgänge, bei denen erst durch ihre Intensitätssteigerung oder durch ihre lange Dauer die Frage eines pathogenen Einflusses sich erhebt. Die normalpsychologischen Wirkungen des Kriegslebens auf die Psyche des im Felde Stehenden, [...] die Verschiedenartigkeit der Wirkung des Front- und Etappenlebens usw. sind, soweit es sich dabei um massenpsychologische Wirkungen handelt, auch psycho-pathologisch interessant, im Einzelnen gehören sie aber nicht in den Rahmen unserer Betrachtung.“³²⁷

³²⁶ Karl Bonhoeffer, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, In: Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Geistes- und Nervenkrankheiten. Erster Teil, Karl Bonhoeffer (Hg.), Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen 4 (Leipzig 1922) 3.

³²⁷ Bonhoeffer, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 4.

Aus diesem Abschnitt wird deutlich, dass der klinische Fokus der Psychiatrie trotz des durch die Kriegsneurosen entfachten Diskurses um die psychogene Natur bestimmter Krankheitsbilder bestehen blieb. Er spricht einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit den psychischen Auswirkungen des Krieges nur deshalb Bedeutung zu, da die Grenzen zu Psychosen und anderen für die Psychiatrie relevanten Krankheiten verschwimmen. Trotzdem sieht er im „Schreckmoment“ medizinische Relevanz. Zu der Auffassung, Hysterie sei mit einer Schreckkrankheit gleichzusetzen, argumentiert er wie folgt:

„Für viele war es feststehend, dass die spezifische Schreckkrankheit die Hysterie sei. [...] Diese und andere Erfahrungen veranlassten mich 1911 zu der Behauptung, dass, wo im Gefolge von Schreck Hysterien auftreten, noch andere psychogene Faktoren, vor allem Wunschkonstruktionen, wirksam sind. Diese Auffassung ist nicht unbestritten geblieben. Es war anzunehmen, dass der Krieg hier Klärung bringen würde. Es hat sich nun allerdings gezeigt, dass reine Schreckwirkungen, wie sie bei Erdbebenkatastrophen und ähnlichen Vorgängen beobachtet werden, im Kriege nicht so häufig sind, als man erwartet hatte.“³²⁸

Schreckwirkungen könne man somit nicht mit Kriegsneurosen gleichsetzen, da sich jene komplexer gestalten. Hier wird anerkannt, dass die (Kriegs-)Hysterie von diversen psychologischen Prozessen geprägt ist und nicht als simple Reaktion auf ein bestimmtes „Schreckmoment“ verstanden werden kann. Binswanger basiert seinen Zugang zur Kriegsneurose auf seinen Auffassungen zur Hysterie. Die Hysterie – und folglich auch die Kriegsneurose – sei geprägt von „Zerlegungen, Verschiebungen innerhalb der seelischen Vorgänge, die die Einheitlichkeit der seelischen Geschehnisse zunichtemachen und hier zu seelischer Hyperfunktion, dort zu seelischer Afunktion führen.“³²⁹ Binswanger bewertet die Symptomatologie der Kriegshysterie als eindeutiger im Vergleich zu Friedenszeiten, betont aber trotzdem die Komplexität des Krankheitsbildes. Die Diagnostik hinge primär von dem prävalentesten Symptom bei den jeweiligen Betroffenen ab.³³⁰ Binswanger präsentiert somit keine Definition der Kriegshysterie per se, sondern betrachtet sie gewissermaßen als eine Unterkategorie der Hysterie. Ebenso verschränkt er spezifische Symptomatiken mit Erkrankungen wie Psychosen. Es ist dementsprechend nicht überraschend, dass Binswanger zu dem Schluss kommt, dass sich durch den Krieg sämtliche Annahmen über Hysterie bestätigt hätten.³³¹

³²⁸ *Bonhoeffer*, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 7.

³²⁹ *Binswanger*, Die Kriegshysterie, 55.

³³⁰ *Binswanger*, Die Kriegshysterie, 46.

³³¹ *Binswanger*, Die Kriegshysterie, 67.

Wie der Name des Kapitels – „Schreckneurosen und Neurasthenie“ – bereits verrät, nimmt Gaupp in seinem Kapitel einen etwas anderen Fokus ein. Die Schreckneurose und besonders die Neurasthenie sind nicht mit der Kriegsneurose gleichzusetzen, aber sie sind nichtsdestotrotz mit ebendieser verkettet. Gaupp definiert die Schreckneurose als Schreckfolgen, die über einen überdurchschnittlichen Zeitraum anhielten und für den jeweiligen Patienten als „untypisch“ und „unverhältnismäßig“ galten. Er weist auf die fehlende klinische Einordnung der Schreckneurosen hin und betont die diagnostische Schwierigkeit der Unterscheidung von Hysterie, Neurasthenie und Schreckneurose.³³² Verknüpft mit der Anzahl an Betroffenen argumentiert er:

„Eine genaue Statistik liegt nicht vor, kann auch nie gegeben werden, weil die Diagnosen der Frontärzte und der Lazarette sehr verschieden waren. Vieles Hysterische, das erst hinter der Front, oft sogar erst im Lazarett entstanden war, aber symptomatologisch einer akuten Schreckwirkung gleichsah, kam als ‚Verschüttung‘ oder ‚Nervenschock‘ in die Heimat.“³³³

Dieses Zitat bestätigt die in der Sekundärliteratur diskutierte Schwierigkeit der Ermittlung der Anzahl an Betroffenen. Dies ist insofern für die Fragestellung nach der Definition der Kriegsneurosen relevant, da dadurch deutlich wird, dass die Definition und Diagnostik stark von der individuellen Einschätzung der Ärzte abhängig war. Gaupp plädiert für eine strikte Abgrenzung von Schreckneurose und Hysterie, da nach ihm „[...] weitaus das meiste, was als ‚Schreckneurose‘ ging, in Wirklichkeit diesen Namen nicht verdiente, sondern gewöhnliche Hysterie, vereinzelt auch echte Täuschung war.“³³⁴ An dieser Stelle wird klar, dass sich die von Binswanger angesprochene Berufung auf bestehende Theorien zur Hysterie durch die Überlegungen der Militärpsychiater hindurchzieht. In der Praxis seien sämtliche Diagnosen mehr oder minder gleichzusetzen gewesen, da es sich nach dem Stande der Publikation bei den meisten Fällen für Gaupp um „gewöhnliche Hysterie“ handelte.³³⁵ Es wird deutlich, dass die Spezifikation „Kriegsneurose“ für viele Militärpsychiater eine untergeordnete Rolle spielte. Gerade Binswanger und Gaupp erachten eine erneute Aufarbeitung bereits bestehender Theorien zur Hysterie als dringlicher. Die Neurasthenie betreffe nach Gaupp nur gesunde Menschen, die keine Disposition für psychische Krankheiten innehaben und besonders „rüstige“ Menschen blieben in der Regel von dauerhaften Symptomen verschont. Er kritisiert auch hier die diagnostische Vermischung von neurasthenischen und hysterischen Krankheitsbildern.³³⁶ Nonne geht in seinen Ansätzen zur Definition ein wenig mehr ins

³³² Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 69.

³³³ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 70.

³³⁴ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 71.

³³⁵ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 80.

³³⁶ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 86–90.

Detail. Er teilt die Neurosen in verschiedene Untergruppen ein, in die „Erschöpfungsneurosen, Schreckneurosen, Neurosen von hysterischem Charakter, die entweder als ideogene Neurosen oder als Zweck- bzw. Abwehrneurosen imponierten und Organneurosen.“³³⁷ Jedoch merkt auch er an, dass alle Symptome, die bei den hier beschriebenen Neurosenarten auftreten können, der „normalen“ Hysterie ähneln würden und somit habe „[...] dieses Schmerzenskind der Psychiatrie [durch den Krieg] ein neues Gesicht bekommen.“³³⁸ Nonne hebt diesbezüglich hervor, dass die Anerkennung des „seelischen Ursprungs“ der Symptome bei einer Kriegsneurose sowohl für die Deutung als auch für die Behandlung essenziell sei.³³⁹ In seinem Kapitel wird man am ehesten nach einer Definition von Kriegsneurosen aus militärpsychiatrischer Sicht fündig:

„Man wird sich vielleicht [*nach dem Krieg*] daran erinnern, dass die irrige Meinung von irgendeiner organischen Grundlage dieser Form der Neurosen überzeugend widerlegt wurde, dass die Kriegsneurosen als eine Zweckreaktion auf pathologischer Grundlage, als eine Abwehrkrankheit erkannt wurden [...].“³⁴⁰

Dieser Abschnitt ist stark mit den Kategorien der Ursachen und Heilung von Kriegsneurosen verknüpft, gibt allerdings schlüssig wieder, durch welche Parameter die Kriegsneurose sich für ihn von anderen Krankheiten abgrenzt. Durch das Zitat wird auch erneut die Abkehr von Oppenheims traumatischer Neurose deutlich. Unter „Zweckreaktion“ ist das Ziel der Betroffenen zu verstehen, von der Front zu flüchten. Nonne führt dies auf fehlenden Kriegswillen zurück und nimmt somit primär einen militärischen Blick auf die Kriegsneurose ein.

5.1.2. Psychoanalyse

Im Vergleich zu den Militärpsychiatern fährt die Psychoanalyse eine gerade Linie in ihren Begrifflichkeiten und spricht im ausgewählten Werk fast durchgehend von Kriegsneurosen. Freud fasst die psychoanalytischen Definitionszugänge in dem einleitenden Kapitel des Bandes zusammen. Der Unterschied zu Neurosen in Friedenszeiten sei, dass es sich bei den Kriegsneurosen um „traumatische Neurosen, die durch einen Ichkonflikt ermöglicht oder begünstigt worden sind“³⁴¹ handle. An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass Freud an dieser Stelle vermutlich von Neurosen spricht, die durch ein Trauma entstanden sind und nicht auf Oppenheims Konzept

³³⁷ Max Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, In: Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Geistes- und Nervenkrankheiten. Erster Teil, Karl Bonhoeffer (Hg.), Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen 4 (Leipzig 1922) 102.

³³⁸ Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, 103.

³³⁹ Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, 105.

³⁴⁰ Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, 118.

³⁴¹ Freud, Einleitung, 5.

der traumatischen Neurose anspielt. In Kapitel 2.3. wurden bereits die Grundzüge der psychoanalytischen Überlegungen formuliert, auf welche sich hier bezogen wird. Unter diesem „Ichkonflikt“ versteht Freud im vorliegenden Fall eine Abwehrreaktion der Betroffenen, die durch einen Konflikt zwischen den Trieben und der Realität entsteht, welche oft auch in Verdrängung resultiert. Ferenczi spezifiziert Freuds Ansatz nochmals:

„Die Kriegsneurosen gehören eben laut der Psychoanalyse zu einer Neurosengruppe, bei der nicht nur, wie bei der gewöhnlichen Hysterie, die Genitalsexualität, sondern auch eine Vorstufe davon, der sogenannte Narzissmus, die Selbstliebe, betroffen ist, ähnlich wie auch bei der Dementia praecox und der Paranoia.“³⁴²

Generell lässt sich somit daraus ableiten, dass die Psychoanalyse in den Kriegsneurosen eine ganz eigene Komplexität sieht und dass sich ihre theoretischen Überlegungen grundlegend von jenen der Militärpsychiatrie unterscheiden. Simmel betont, dass sich durch die Kriegshysterie die psychoanalytische Theorie, „nach der alle körperlichen Symptome Konvertierung des Psychischen darstellen“,“³⁴³ bestätigt habe. Das Unbewusste ist für die Psychoanalytiker im Diskurs über die (Kriegs-)Neurosen somit essenziell. Simmel geht auch so weit, dass er die Kriegsneurose als „Schutzmechanismus“ des Körpers bezeichnet, der die Betroffenen vor der Entwicklung einer Psychose beschützen soll. Er stützt seine These auf die vergleichsweise geringe Anzahl von Kriegspsychotikern im Ersten Weltkrieg. Gewissermaßen könne somit die Kriegsneurose sogar als eine Form der Persönlichkeitsspaltung betrachtet werden.³⁴⁴ Die Psychoanalytiker halten sich aber weniger mit definitionstechnischen Feinheiten auf, sondern erläutern in ihren Aufsätzen primär die psychoanalytische Ätiologie; mitunter aus diesem Grund gibt es im Rahmen dieser Publikation wenig Diskussion über die Definition.

³⁴² Sándor *Ferenczi*, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, In: Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Diskussion gehalten auf dem V. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Budapest, 28. und 29. September 1918, Sigmund *Freud*, Sándor *Ferenczi*, Karl *Abraham*, Ernst *Simmel*, u. a. (Hg.), Internationale Psychoanalytische Bibliothek 1 (Leipzig/Wien 1919) 25.

³⁴³ *Simmel*, Zweites Koreferat, 43.

³⁴⁴ *Simmel*, Zweites Koreferat, 45–46.

5.2. Theorien zu den Ursachen der Kriegsneurose

5.2.1. Militärpsychiatrie

Grundsätzlich erkennen die Militärpsychiater die herausfordernden Bedingungen im Truppendienst an und verneinen den Einfluss dieser Strapazen auf die menschliche Psyche nicht. Gaupp formuliert die Situation an der Front treffend:

„Die ungeheure Steigerung der Kriegstechnik, die furchtbare Zerstörungskraft der modernen Artilleriegeschosse, das Trommelfeuer, die Gasgranaten, Fliegerbomben, Flammenwerfer und all die anderen Formen überraschender Schädigung aus nächster Nähe und weiter Ferne haben zu einer Häufung heftigster Schreckwirkungen geführt, wie sie sicher noch kein Krieg auf der Erde gesehen hat.“³⁴⁵

Gaupp schlussfolgert daraus, dass alle Kriegsteilnehmer Schreckwirkungen jeglicher Art ausgesetzt waren. Ab einem gewissen Zeitpunkt hätten die meisten Betroffenen diese Reize zwar aufgrund eines Gewöhnungseffektes verarbeiten können, jedoch betont Gaupp die erhöhte psychische Belastung in einem Stellungskrieg gegenüber einem Bewegungskrieg.³⁴⁶ Bonhoeffer hebt auch das hohe Risiko für die neuronale Gesundheit im Krieg hervor:

„Bei einer so außerordentlichen Inanspruchnahme des Gehirns durch die mannigfaltigen Einwirkungen, wie sie der Krieg mit sich brachte — Gemütsbewegungen, Erschöpfung, Blutverluste, Intoxikation, Infektion, direkte Verletzung, Explosivwirkung, Verschüttung, unnatürliche Lebensbedingungen im Schützengraben, in der Gefangenschaft, im Massenzusammenleben, im Flugzeug und unter Wasser, — durfte man wichtige Ergebnisse über die Belastungsfähigkeit des nervösen Zentralorgans des Gesunden, wie über die Beeinflussung pathologischer Hirnkonstitutionen erwarten.“³⁴⁷

Die gesundheitlichen Folgen des Krieges waren somit für Bonhoeffer erwartbar, darunter falle auch „[...] eine krankmachende Rückwirkung auf das seelische Befinden.“³⁴⁸ Die zuvor lange Friedensperiode habe diese nervlichen Belastungen nur noch mehr verstärkt. Binswanger spricht auch von hysterischen körperlichen Schmerzen; somit kann festgehalten werden, dass die Militärpsychiater sowohl organische als auch anorganische Folgen nach dem Krieg, wie auch Mischformen beobachten konnten.³⁴⁹

³⁴⁵ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 69.

³⁴⁶ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 69.

³⁴⁷ Bonhoeffer, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 4.

³⁴⁸ Bonhoeffer, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 5.

³⁴⁹ Binswanger, Die Kriegshysterie, 55.

Zusätzlich habe der militärische Druck die Gesundheit belastet. Bei den Soldaten sei ein inneres Spannungsfeld zwischen Pflichtbewusstsein und dem Wunsch, den extremen Bedingungen an der Front zu entfliehen, entstanden:

„Das Ausbleiben hysterischer Reaktionen unter den besonderen Verhältnissen der Kriegsgefangenschaft und der Verwundung, denen beiden das gemeinsame psychologische Moment des Entferntseins aus dem Gefahrenbereich zukommt, macht es in höchstem Maße wahrscheinlich, dass bei der Entwicklung der hysterischen Symptome ein anderer pathogener Faktor wirksam ist als der Schreck. Es liegt wohl am nächsten, diesen Faktor in dem Wunsche, aus der Situation herauszukommen, zu sehen.“³⁵⁰

Den Zusammenhang dieser Spannung mit der Kriegshysterie sieht Bonhoeffer als bewiesen an.³⁵¹ Damit verknüpft sei das Konzept der „Massenpsyche“, das für viele Psychiater einen treibenden Faktor für die Entstehung der Kriegsneurose darstellte. Er selbst habe nur vereinzelt massenpsychogene Reaktionen beobachtet, schlussfolgert aber trotzdem, dass „[...] die pathogenetische Bedeutung des psychischen Massengeschehens an der Front sehr viel stärker ist als die psychologischen Massenerscheinungen in der Zivilbevölkerung.“³⁵² Dies sei wiederum eng mit den außergewöhnlichen Bedingungen an der Front verknüpft. Bonhoeffer benennt hier Umstände wie fehlende Ruhe, Panik, Erschöpfung und Hunger als belastend für die Psyche.³⁵³ All diese Aspekte schaffen somit einen Nährboden für Neurosen und Psychosen. Neben dem allgemeinen Risiko, das der Krieg für die Gesundheit mit sich brachte, bewerten die Militärpsychiater auch bestimmte Personengruppen als weniger geeignet für den Kriegsdienst. Bonhoeffer und Gaupp sprechen hier insbesondere über jugendliche Soldaten, die freiwillig in den Krieg zogen:

„Diese unerfreulichen Erfahrungen dürfen uns aber natürlich nicht abhalten, die Tatsache anzuerkennen, dass die unerhörten seelischen Erschütterungen des vierjährigen Krieges bei sehr vielen Soldaten, namentlich bei den jugendlichen Kriegsfreiwilligen und dem ungedienten Landsturm, echte primäre Schreckwirkungen erzeugten, die allerdings dann sehr häufig in ihrem weiteren Verlaufe durch andere Umstände in Symptombild und Verlauf wesentlich beeinflusst wurden.“³⁵⁴

³⁵⁰ Bonhoeffer, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 7.

³⁵¹ Bonhoeffer, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 28.

³⁵² Bonhoeffer, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 10.

³⁵³ Bonhoeffer, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 11–13.

³⁵⁴ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 70.

Es wird ersichtlich, dass besonders Soldaten ohne Truppenerfahrung hervorgehoben werden. Bonhoeffer diskutiert, dass sich in dieser Personengruppe ein „psychopathologischer Kriegstypus“ entwickelt haben könnte. Dieser Hang zur Psychopathie sei gerade bei Jugendlichen häufig erst durch den Krieg zu Tage getreten. Die innerliche Unausgeglichenheit, die die Pubertät mit sich bringe, äußere sich „[...] vielfach in einer gewissen Überheblichkeit, in einem Teil meiner Fälle in Sexualdelikten aus Alkoholintoleranz, in einer Neigung zu narkotischen Mitteln, Morphin- und Zigarettenmissbrauch.“³⁵⁵ Für Bonhoeffer ist diese Entwicklung logisch, da die Unausgeglichenheit in Jugendlichen in einer Kriegssituation nicht auf normalen Wegen abebben könne. Zu dem Zeitpunkt der Publikation könne Bonhoeffer noch keine Prognose darüber geben, ob es sich hier um Dauerzustände handelt. Umgekehrt benennt er auch ältere Kriegsteilnehmer – über 45 Jahre – als Risikogruppe, da sich jene nach dem Krieg schwieriger wieder in die Gesellschaft eingegliedert hätten. Ihnen fehle die positive Grundeinstellung der Jüngeren. Für diese Altersgruppe würden aber auch die aus dem Krieg resultierten körperlichen Beschwerden eine größere Rolle spielen.³⁵⁶ Sehr junge freiwillige Kriegsteilnehmer seien laut Gaupp auch besonders anfällig für Neurasthenie, wobei er hier auch Alkoholmissbrauch als Auslöser benennt.³⁵⁷ Ebenso bestünde die Möglichkeit, dass die Kriegsneurose aus einer Neurasthenie hinaus entstehe.³⁵⁸ Nach Gaupp seien ausgebildete Heerestruppen im Allgemeinen weniger anfällig für neurasthenische und kriegsneurotische Symptome gewesen.³⁵⁹ Gegen Ende des Krieges war die Stimmung im Heer jedoch allgemein angespannt und zehrte an den Nerven aller:

„Mit dem Mangel an frischem Nachschub, mit der Verlängerung der Perioden des vorderen Grabendienstes, mit der Abnahme der Hoffnung auf einen endgültigen Sieg, mit dem Einsetzen von Rückzügen wuchs die Unlustspannung als massenpsychologische, neurasthenisch machende Erscheinung. Bei den einen nahm mehr Erregbarkeit zu, bei den anderen dumpfe Hoffnungslosigkeit.“³⁶⁰

Die Herausforderungen an der Front wurden somit immer schwerwiegender, je weiter der Krieg voranschritt. Durch diese Bedingungen seien persönliche Eigenschaften wie Hang zur Reizbarkeit,

³⁵⁵ Bonhoeffer, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 26.

³⁵⁶ Bonhoeffer, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 26–27.

³⁵⁷ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 89.

³⁵⁸ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 72.

³⁵⁹ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 88.

³⁶⁰ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 91.

Sensitivität oder Müdigkeit zu Hindernissen geworden, welche nach Gaupps Überlegung in anderen Berufen womöglich nie zu Problemen geführt hätten.³⁶¹

Die bereits kurz angeschnittene psychopathische Konstitution³⁶² war für die meisten Militärpsychiater ein zentraler Diskussionspunkt. Gaupp beispielsweise bezeichnet Neurotiker als „[...] Psychopathen von Haus aus, deren labiles Nervensystem schon früher auf Gemütsbewegungen mit abnorm tiefen und andauernden Reaktionen antwortete.“³⁶³ Binswanger präsentiert ein ähnliches Argumentationsmuster.³⁶⁴ Grundsätzlich ist der Diskurs um die Ätiologie von ebendieser psychopathischen Konstitution und bestehenden Theorien zur Hysterie durchzogen. Binswanger spricht von den durch den Krieg gewonnen Erkenntnissen über die „akute Hysterisierung“, die bei vorher gesunden Menschen durch die Kriegseinwirkung entstanden sei. Er unterscheidet hier zwischen „Front- und Lazarethhysterie“. Die akute Hysterisierung entstünde im Kriegsdienst, weshalb diese als Fronthysterie bezeichnet wird. Unter Lazarethhysterie versteht Binswanger hysterische Zustände, die sich abseits der Front entwickeln und durch Faktoren wie Disposition und Nachahmung beeinflusst werden und mit einem hysterischen Grundzustand in Verbindung stehen.³⁶⁵ Diesen Grundzustand beschreibt er wie folgt:

„[...] die hysterische Veränderung besteht in einer eigenartigen krankhaften Verschiebung des dynamischen Gleichgewichtszustandes der seelischen Vorgänge, durch die einzelnen Psychismen, d.i. Gruppen inhaltlich zusammengehöriger seelischer Ereignisse einen überwertigen, andere einen unterwertigen Charakter im dynamischen Getriebe erlangen. Diese dynamische Verschiebung führt zu einer Art Spaltung oder Zerlegung der Persönlichkeit und damit der Einheitlichkeit unserer Bewusstseinsvorgänge.“³⁶⁶

Im Zuge dieser Erläuterung spricht er auch von Affektausbrüchen, die sich gegenseitig beeinflussen und „Spannung“ beziehungsweise eine „Teilung“ innerhalb der Persönlichkeit begünstigen. Nonne thematisiert in diesem Zuge die „Abwehr-“ oder „Zweckneurosen“, da diese den Zweck verfolgten, dem unbewussten Wunsch des Patienten [=in diesem Fall dem Krieg zu entfliehen] nachzukommen: „Die Ursache der Abwehrsymptome lag weniger in dem, was das Individuum erlebt hatte, als in dem, was es nicht erleben wollte oder zu erleben fürchtete.“³⁶⁷ Dieser Interessenskonflikt war für die Militärpsychiatrie somit ein treibender Faktor in der Entstehung

³⁶¹ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 97.

³⁶² Dieser Aspekt wird in Kapitel 6.3.1. noch genauer diskutiert.

³⁶³ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 72.

³⁶⁴ Binswanger, Die Kriegshysterie, 47.

³⁶⁵ Binswanger, Die Kriegshysterie, 45–46.

³⁶⁶ Binswanger, Die Kriegshysterie, 46.

³⁶⁷ Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, 103.

von Kriegsneurosen. Binswanger betont, dass auch körperliche Verletzungen in die Entwicklung von Kriegshysterie miteinspielen, wenn auch nur als „vorbereitende Ursache“, da der Kern der Krankheit in der psychischen Veränderung liege.³⁶⁸

Gaupp geht von einer „psychogenen Weiterentwicklung“ der im Krieg erlebten Schreckwirkungen aus, da viele Kriegsneurotiker erst abseits der Front Symptome zeigten.³⁶⁹

„Die wichtigste Frage in der Pathogenese der im Kriege entstandenen Schreckneurosen und -psychosen ist die nach den wahren Ursachen für die Umwandlung der akuten Schreckwirkung (die normalen psychophysischen Vorgänge) in die Krankheit, die als Neurose bzw. Psychose betrachtet werden muss. Das ganze Hysterie-problem taucht hier auf und der Kampf der Meinungen ist hierüber noch nicht zur Ruhe gekommen.“³⁷⁰

Die Komplexität des medizinischen Diskurses über die Ursachen der Kriegsneurose zeigt sich in diesem Abschnitt deutlich, wobei Gaupp darauffolgend argumentiert, dass seiner Ansicht nach die psychopathische Konstitution hier das fehlende Puzzlestück darstelle.³⁷¹ Durch Gaupp wird auch das bereits in Kapitel 3.1. diskutierte Männlichkeitsbild und die Willenskultur im Ersten Weltkrieg ersichtlich. Für die Militärpsychiatrie ist der Wille, gesund zu werden, eng mit dem kriegsneurotischen Krankheitsbild verknüpft. Nach Gaupp sei eine „feindselige Haltung zur Kriegspflicht“ die Grundlage für fehlenden Genesungswillen und ende häufig in einer „hartnäckigen“ Ausprägung von (Kriegs-)Hysterie.³⁷² Ausschlaggebend für die diagnostische Unterscheidung zwischen einfachem „Schreck“ und einer Kriegsneurose sei die Dauer der Symptome.³⁷³ Trotzdem war die diagnostische Praxis laut Gaupp unzureichend. In den Nervenlazaretten seien zu viele Kriegshysteriker als Neurastheniker diagnostiziert worden, während die Neurasthenie allgemein stärker ausgeprägt war als die Hysterie. Ebenso hätte nur eine Minderheit dieser Neurastheniker während des Krieges in Lazaretten behandelt werden müssen.³⁷⁴ Diesen Umstand führt er auch wieder auf den Kriegswillen zurück: „Nirgends war ja die Frage der Krankmeldung so sehr eine Frage der inneren Einstellung zum Kriege, eine Frage des Pflichtgefühls und der Vaterlandsliebe, als bei den Kriegsneurosen.“³⁷⁵ Die Unterscheidung zwischen Hysterie und Neurasthenie war für Gaupp somit zentral, wobei er die Neurasthenie als Risikofaktor für die Ent-

³⁶⁸ Binswanger, Die Kriegshysterie, 47.

³⁶⁹ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 70.

³⁷⁰ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 72.

³⁷¹ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 72.

³⁷² Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 73.

³⁷³ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 70.

³⁷⁴ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 88.

³⁷⁵ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 88.

wicklung der Hysterie betrachtete.³⁷⁶ Oftmals seien Neurasthenien durch lange Behandlungen im Lazarett „hysterisiert worden“, wodurch der Genesungswille bei den Patienten vermindert worden sei.³⁷⁷ Aus diesem Grund habe er in seiner Diagnostik versucht, Symptome, die seines Erachtens untypisch für Neurasthenie waren, auch nicht als solche zu diagnostizieren, was bei anderen Ärzten häufig nicht der Fall gewesen sei. Nach einer gewissen Zeit sei dann bei den betroffenen Patienten auch die psychopathische Konstitution sichtbar geworden und er sah sich in seinem Vorgehen bestätigt. Nichtsdestotrotz erkennt er nochmals an, dass ebendiese diagnostische Unterscheidung keine einfache war.³⁷⁸

Bonhoeffer schlussfolgert, dass man, um alle möglichen Ursachen für die Kriegsneurose zu erläutern, eine „Persönlichkeitsanalyse“ jedes einzelnen Betroffenen hätte durchführen müssen, was aufgrund fehlender Ressourcen nicht möglich gewesen sei.³⁷⁹ Binswanger bewertet die Krankengeschichte der Patienten als besonders wertvoll, weil man so einen möglichst genauen Einblick in die seelischen Vorgänge der Betroffenen bekäme; dies sei besonders für die Behandlung des „Zitterns“ relevant gewesen.³⁸⁰

5.2.2. Psychoanalyse

Freud betont bereits zu Beginn, dass die Psychoanalyse schon vor dem Ersten Weltkrieg von der psychogenen Natur von Neurosen ausging und sieht im Diskurs über die Kriegsneurosen viele bereits bestehende psychoanalytische Hypothesen bestätigt, darunter beispielsweise den Aspekt der Verdrängung und den Zusammenhang zwischen Neurosen und Sexualität.³⁸¹ Er merkt allerdings an, dass viele Thesen speziell zu den Kriegsneurosen nicht als bewiesen bezeichnet werden können, weil [zu diesem Zeitpunkt] noch keine langfristigen Beobachtungen durchgeführt worden sind. Trotzdem erläutert er den Zusammenhang zwischen der psychoanalytischen Triblehre und den Kriegsneurosen wie folgt:

„Er [=der Ich-Konflikt] spielt sich zwischen dem alten friedlichen und dem neuen kriegerischen Ich des Soldaten ab, und wird akut, sobald dem Friedens-Ich vor Augen gerückt wird, wie sehr es

³⁷⁶ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 94.

³⁷⁷ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 99.

³⁷⁸ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 97–98.

³⁷⁹ Bonhoeffer, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 29–30.

³⁸⁰ Binswanger, Die Kriegshysterie, 54.

³⁸¹ Freud, Einleitung, 4.

Gefahr läuft, durch die Wagnisse seines neugebildeten parasitischen Doppelgängers ums Leben gebracht zu werden.“³⁸²

Freud spricht hier somit von zwei unterschiedlichen „Persönlichkeiten“ innerhalb eines Menschen, die sich in diesem Fall in eine in Friedens- und Kriegspersönlichkeit unterteilen. Die „Friedenspersönlichkeit“ stößt sich somit sowohl mit der neuentwickelten „Kriegspersönlichkeit“ und erzeugt gleichzeitig eine Neurose, die einen schützenden Effekt auf die Person haben soll.³⁸³ Nach Simmel fungieren Kriegsneurosen als „Sicherungen“, die die Soldaten vor einer Psychose bewahren sollen.³⁸⁴ Somit wird in den Kriegsneurosen besonders der Lebenserhaltungstrieb bedeutend, der mit der militärischen Praxis und gegebenenfalls auch mit den eigenen Idealen in einem Konflikt steht. Problematisch war laut Freud zunächst, die in der Psychoanalyse zentrale Libido-Theorie mit ebendiesen besonderen Bedingungen im Krieg und der Entstehung der Kriegsneurosen zu verknüpfen. Hier hat sich wenig später die neue Begrifflichkeit der „narzisstischen Libido“ durchgesetzt, in welcher die Libido nicht nur auf ein Objekt, sondern auch auf die Person selbst gerichtet sein könne.³⁸⁵ Bezogen auf die Ätiologie spricht die Psychoanalyse weniger von einer psychopathischen Konstitution, sondern vielmehr von einer „ätiologischen Reihe“, in der Anlage und traumatischer Anlass als reziproke Werte figurieren.“³⁸⁶ Ferenczi hebt im Zuge dessen die Wechselwirkung zwischen Trauma und Disposition hervor und argumentiert, dass eine leichte Schreckwirkung bei bestimmten Personen einen ähnlichen Effekt haben könne wie eine starke Schreckwirkung auf andere, gegebenenfalls resilientere Personengruppen.³⁸⁷ Die „Zitterneurose“ symbolisiere nach Ferenczi „die Aktivierung eines unbewussten Gegenwillens, der sich den bewusst gewollten Leistungen in den Weg stellt.“³⁸⁸ Hier wird der von Freud beschriebene innere Konflikt erneut deutlich. Ferenczi spricht sich auch – vermutlich im Hinblick auf die Kritik an der Psychoanalyse zu dieser Zeit – für die Komponente der narzisstischen Libido aus und plädiert hier für eine breitere Auffassung von Sexualität, welche nicht mit Genitalität gleichzusetzen sei. Trotzdem merkt er an, dass er auch Symptome wie Potenzstörungen bei Kriegsneurotikern festgestellt habe.³⁸⁹ Die Ursache der Kriegsneurose liege für Ferenczi in einer „gesteigerten Ich-Empfindlichkeit“, die durch ein psychisches Trauma ausgelöst wird und dazu

³⁸² Freud, Einleitung, 5.

³⁸³ Freud, Einleitung, 5–6.

³⁸⁴ Simmel, Zweites Koreferat, 45.

³⁸⁵ Freud, Einleitung, 6.

³⁸⁶ Ferenczi, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, 20.

³⁸⁷ Ferenczi, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, 20.

³⁸⁸ Ferenczi, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, 22.

³⁸⁹ Ferenczi, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, 25–26.

führt, dass sämtliche Interessen und eben auch die Libido ins Unbewusstsein gedrückt werden. Eine „Erschütterung des Selbstvertrauens“ trete auf.³⁹⁰ Diese Veränderungen in Libido und Triebverhalten machen sich laut Abraham bei Patienten in einem Gefühl von Verlust bemerkbar, durch welches „eine wichtige Grundlage des Selbstgefühls eingebüßt wird.“³⁹¹ Abraham schließt sich grundsätzlich Ferenczis Ausführungen an und betont, dass sich das Trauma auf die Sexualität Betroffener in dem Sinne verhalte, „dass es den Anstoß zu einer regressiven Veränderung gibt, welche dem Narzissmus zustrebt.“³⁹² Der Zusammenhang zwischen Disposition und Sexualität ist in Abrahams Überlegungen stark verankert. Grundsätzlich spielt für ihn bereits dagewesene „sexuelle Labilität“ und Unterdrückung ebendieser eine tragende Rolle für die Entstehung einer Kriegsneurose.³⁹³ Bezogen auf die von den Militärpsychiatern diskutierte Lazarettneurosen argumentiert Ferenczi, dass dem Nachahmungseffekt keine böswillige Absicht zu Grunde liege, vielmehr sei „das primäre Krankheitsmotiv das Vergnügen selbst, im sicheren Hort der einstmal ungerne verlassenen kindlichen Situation zu verbleiben.“³⁹⁴ Diese Argumentation basiert auf den Vorstellungen von ebendieser narzisstischen Libido, die die Betroffenen psychisch ins Kindesalter zurückversetze.

Abraham spricht darüber hinaus einen wichtigen Punkt an, der bis dato weder von den Militärpsychiatern noch von anderen Psychoanalytikern in dieser Form angesprochen wurde:

„Es wird von ihnen [=den Soldaten] im Felde aber nicht nur das Erdulden gefahrvoller Situationen – also eine rein passive Leistung – verlangt, sondern noch ein Zweites, das viel zu wenig beachtet wird. Es handelt sich um die aggressiven Leistungen, zu denen der Soldat stündlich bereit sein muss. Neben der Bereitschaft zum Sterben wird auch die Bereitschaft zum Töten von ihm gefordert.“³⁹⁵

Neben der Angst zu Sterben hebt Abraham somit auch die Angst vorm Töten hervor, welche für ihn ebenfalls eine große Belastung für die menschliche Psyche darstellte. Dies argumentiert er wieder mit dem Narzissmus, der sich in diesem Aspekt in der Vorstellung äußert, unverwundbar zu sein. Die Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit erschüttere diesen. Hierzu bräuchte es „nur“ eine Explosion oder eine Verwundung, die diese Überzeugung ins Wanken bringen könne.³⁹⁶

³⁹⁰ Ferenczi, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, 27.

³⁹¹ Karl Abraham, Erstes Koreferat, In: Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Diskussion gehalten auf dem V. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Budapest, 28. und 29. September 1918, Sigmund Freud, Sándor Ferenczi, Karl Abraham, Ernst Simmel, u. a. (Hg.), Internationale Psychoanalytische Bibliothek 1 (Leipzig/Wien 1919) 39.

³⁹² Abraham, Erstes Koreferat, 32.

³⁹³ Abraham, Erstes Koreferat, 33.

³⁹⁴ Ferenczi, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, 28.

³⁹⁵ Abraham, Erstes Koreferat, 34.

³⁹⁶ Abraham, Erstes Koreferat, 36.

Simmel sieht auch in der geforderten militärischen Disziplin eine relevante Komponente, da dadurch jegliche persönliche Entfaltung sowie individuelle Verarbeitungsprozesse des Erlebten unterdrückt werden.³⁹⁷ Im Hinblick auf seine Erfahrungen im Lazarett ist es für ihn naheliegend, dass sich die Soldaten als „unwesentlicher Bestandteil der Masse“ empfinden. Dieses „Aufgeben“ der eigenen Identität begünstige folglich den Akt der Verdrängung. Kombiniert mit den hohen Anforderungen des Krieges und der jahrelangen körperlichen Erschöpfung entstehe somit ein unterdrückter Teil der Persönlichkeit, welcher dann durch ein traumatisierendes Ereignis hervortritt. So gestalte sich nach Simmel der Prozess bis zum „Erscheinen“ der Kriegsneurose.³⁹⁸

„Das Bewusstsein sträubt sich, Vorstellungen aufzunehmen, beziehungsweise im Moment zu verarbeiten, die in ihrer Realität zu grausig sind, um bewusst ertragen werden zu können.“³⁹⁹

Aus dem Zitat wird erneut erkenntlich, dass in diesem Prozess besonders der Selbsterhaltungstrieb in Form von Selbstschutz im Zentrum der Überlegungen steht. Die Symptome der Kriegsneurose werden von der Psychoanalyse zum Teil bereits als Beginn des Heilprozesses verstanden. Gerade in plötzlich auftretenden kriegsneurotischen Symptomen sieht Simmel eine Form von „Autosuggestion“. Ebenso repräsentieren körperliche Symptome für Simmel bestimmte traumatische Situationen, was er mit Hilfe einer Auswahl von Fallakten zu belegen versucht.⁴⁰⁰

5.3. Patienten- und Soldatenbild

5.3.1. Zusammenfassung Themenschwerpunkt Rentenneurose und Simulationsverdacht

Wenig überraschend ist gerade für die Militärpsychiatrie das Patientenbild stark von dem Diskurs um die Rentenneurose geprägt. Bonhoeffer spricht, besonders gegen Ende des Krieges, von einer „[...] willkürlichen Benützung hysterischer Ausdrucksformen durch Gesunde,“⁴⁰¹ was nach Gaupps Ausführungen um die immer höher werdende psychische Belastung gegen Ende des Krieges⁴⁰² etwas widersprüchlich erscheint. Bonhoeffer geht davon aus, dass viele Betroffene die Krankheit bewusst einsetzen, um dem Kriegsdienst zu entkommen. Gaupp unterstellt vielen Kol-

³⁹⁷ *Simmel*, Zweites Koreferat, 43.

³⁹⁸ *Simmel*, Zweites Koreferat, 45–46.

³⁹⁹ *Simmel*, Zweites Koreferat, 48.

⁴⁰⁰ *Simmel*, Zweites Koreferat, 49.

⁴⁰¹ *Bonhoeffer*, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 30.

⁴⁰² *Gaupp*, Schreckneurosen und Neurasthenie, 91.

legen diesbezüglich eine gewisse Naivität in der Diagnostik und spricht ebenso von einer erhöhten Anzahl von Simulanten ab 1917.⁴⁰³ Die nach dem Krieg andauernde Problematik argumentiert er damit, dass die Absicht, dem Krieg zu entfliehen, gegen das Bedürfnis nach Ausgleichszahlungen ausgetauscht worden sei. Die Symptome betitelt Gaupp als „gut eingeschliffen“ und „jederzeit demonstrierbar.“⁴⁰⁴ Nonne vertritt den Ansatz, dass man „Simulanten“ gleich wie andere Neurotiker behandeln müsse, weil er davon ausging, dass viele nicht einmal aktiv wissen würden, dass sie simulieren. Ziel der Behandlung sei dann ebendiese Erkenntnis, wobei der Arzt dem Patienten den Simulationsverdacht nicht mitteilen solle.⁴⁰⁵ Nonne spricht sich aber trotzdem für eine strikte Renten- und Versicherungspolitik aus, da dies den Interessen des Staates entspreche. Besonders Rückfälle von Kriegsneurosen seien nicht versicherungspflichtig, diesbezüglich verweist er wieder auf die „Konstitution“ der Betroffenen, die den Krieg als alleinigen Auslöser für die Kriegsneurose ausschließe. Er erklärt sich dadurch auch beispielsweise neuropathische Symptome, die im Heimaturlaub auftraten.⁴⁰⁶ Nonne geht davon aus, dass die Simulation theoretisch verschwinden müsse, sobald es keinen Anreiz mehr für Ausgleichszahlungen gäbe.⁴⁰⁷

Ferenczi wiederum kritisiert, dass man Betroffene und „Simulanten“ auf dieselbe Weise behandelte. Er merkt an, dass der Grundgedanke in Bezug auf die Verdrängung zwar nicht abwegig, aber zu einfach gedacht sei. Primär bezieht sich Ferenczi hier auf Strümpell, der zwar eine psychologische Behandlung von Simulanten vorschlägt, aber seine Arbeitsmethode nicht offenlege.⁴⁰⁸ Die Psychoanalytiker sehen in der Rentenneurose vielmehr den Wunsch, Ausgleich für das im Krieg erlebte Leiden zu erhalten. Abraham bezieht sich hier auf einen „innerlichen Verlust“ und schlussfolgert:

„Die Rente entschädigt stets nur für die objektiv nachweisbare Beschränkung der Erwerbsfähigkeit, nicht aber für das, was der Kranke subjektiv am höchsten bewertet; für seine Verarmung an Objektliebe kann er nicht entschädigt werden.“⁴⁰⁹

Simmel betont, wie oft Betroffene fälschlicherweise der Simulation bezichtigt wurden. Er sieht in seiner Methodik der Traumdeutung den geeigneten Weg, Kranke von Simulanten zu unterscheiden. In seinen Augen sei die Rentenneurose auch vielmehr als Minderwertigkeitsneurose zu verstehen.

⁴⁰³ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 70.

⁴⁰⁴ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 82.

⁴⁰⁵ Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, 112.

⁴⁰⁶ Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, 115.

⁴⁰⁷ Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, 117.

⁴⁰⁸ Ferenczi, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, 13–14.

⁴⁰⁹ Abraham, Erstes Koreferat, 39.

Betroffene würden die eigenen militärischen Opfer und Leistungen viel höher bewerten als sie objektiv betrachtet waren. Hier werde somit Anerkennung beim Staat für die eigenen Leiden gesucht, die während des Krieges nicht erhalten wurde.⁴¹⁰

5.3.2. Militärpsychiatrie

Neben dem immer wiederkehrenden Diskurs um die Simulation berufen sich die Militärpsychiater fortwährend auf die geringe Anzahl an Kriegsneurotikern. Für Bonhoeffer sei es Fakt, „[...]“, dass der Überblick über das gesamte Schädigungsbereich der Kriegseinflüsse auf psychischem Gebiet keine große Mannigfaltigkeit zeigt.“⁴¹¹ Dieses Fazit umfasst sowohl Erkrankungen wie Schizophrenie und Psychosen, aber auch die Kriegsneurosen. Bonhoeffer startet seine Ausführungen mit einem Diskurs über die beobachteten Psychosen besonders zu Beginn des Krieges und betont hier, dass es sich nicht um Gesunde handele, die erkrankten:

„Es sind Alkoholdelirien, Exazerbationen aller Geisteskrankheiten und akute Reaktionen psychopathischer Konstitutionen gewesen. Auch der dem Laien besonders naheliegende Gedanke, dass fortgesetzte Sorge, Trauer und Schmerz, wie sie die in der Heimat Gebliebenen oft durch Jahre hindurch begleiteten, gewissermaßen in Steigerung des depressiven Affektes zu melancholischen Depressionen führte, hat durch die Kriegserfahrung keine Bestätigung erfahren.“⁴¹²

Bonhoeffer bewertet den Faktor Krieg als alleinige Ursache für psychische Erkrankungen als unwahrscheinlich und bezieht hier im weiteren Sinne auch die Neurosen mit ein. Die „psychopathische Konstitution“ – deren Definition aus den Texten nicht erkenntlich ist – wird als Begründung für alle psychischen Kriegsverletzungen herangezogen. Seiner Erfahrung nach war „eine große Überzahl“ an von ihm beobachteten kriegshysterischen Fällen „einer vorher bestehenden psychopathischen Konstitution“⁴¹³ geschuldet. In Binswangers Ausführungen wird der Zusammenhang zwischen Patientenbild und Disposition noch deutlicher. Er teilt Kriegsteilnehmer in drei Kategorien ein: die „Robusten“, die körperlich und auch psychisch „Schwachen“ und die „Ausreißer“, wozu sämtliche bereits zum Kriegsbeginn psychisch Kranke zählen.⁴¹⁴ Die psychopathische Konstitution spielt hier für die „Schwachen“ und die „Ausreißer“ eine ausschlaggebende Rolle. Die von Binswanger selbst so benannte zweite Gruppe der

⁴¹⁰ *Simmel*, Zweites Koreferat, 56–57.

⁴¹¹ *Bonhoeffer*, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 44.

⁴¹² *Bonhoeffer*, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 7.

⁴¹³ *Bonhoeffer*, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 30.

⁴¹⁴ *Binswanger*, Die Kriegshysterie, 45.

„Schwächlinge“ sei besonders anfällig für kriegsneurotische Symptome gewesen, beispielsweise sei die Lazarethhysterie gehäuft in dieser Gruppe entstanden.⁴¹⁵

„Nach meiner Erfahrung waren die protahierten Anfälle in der Lazarettperiode nur bei schwer hysteropathischen (meist früher schon, in der Friedenszeit, mit Anfällen behafteten) degenerativen Individuen vorhanden, bei denen Krankheit und schauspielerisches Gebaren so unmerklich ineinander überfließen.“⁴¹⁶

Dieses Zitat von Binswanger zeigt das harsche Bild vieler Militärpsychiater gegenüber den Kriegsneurotikern, da Betroffene hier als „degenerativ“ bezeichnet und ihre Symptome als „Schauspielerei“ abgetan werden. Hinsichtlich des Symptoms des Zitterns merkt Binswanger an, dass bereits vor dem Krieg gesunde Menschen darunter gelitten haben. Die Symptome seien hier aber bereits nach kurzer Zeit wieder abgeklungen. Die in den Quellen immer wieder angesprochene hohe „Rückfallquote“ dieses Symptoms betreffe somit nur „schwächliche, affektiv leicht erregbare Menschen“. Ein Großteil der Kriegszitterer bestehe daher aus Menschen mit psychopathischer Konstitution, die nach Binswanger auch „unliebsame Gäste“ in den Lazaretten waren.⁴¹⁷ Diese Betroffenen mit längerfristig andauernden Symptomen setzen sich seiner Ansicht nach größtenteils aus einer Gruppe von „intellektuell geringwertigen, oft geradezu puerilen Menschen“⁴¹⁸ zusammen. Nonne spricht Neurotikern Eigenschaften wie allgemeine Schwäche und die Neigung zu übermäßigem Jammern und fehlenden Fleiß zu.⁴¹⁹ Gaupp geht einen Schritt weiter und reproduziert Vorurteile jeglicher Art. So seien laut ihm polnische und jüdische Menschen anfälliger für Kriegsneurosen, ebenso seien Soldaten häufiger betroffen als Offiziere. Die angesprochene psychopathische Konstitution stellt für ihn eine „abnorme Veranlagung“ dar.⁴²⁰ Er betont auch immer wieder, dass der „von Haus aus rüstige Manne“⁴²¹ selten an Neurasthenie oder einer Neurose erkrankte. Wie bereits Binswanger argumentiert er hier, dass jene zwar an Symptomen leiden könnten, diese jedoch vorübergehend und gut behandelbar gewesen seien. Soldaten litten nach ihm ebenso selten an „richtiger“ Neurasthenie, sondern waren Kriegshysteriker.⁴²² Aus dieser Argumentation lässt sich die unterschiedliche Bewertung von Neurasthenie und Hysterie, die bereits die Zeit vor dem Krieg prägte, erkennen.

⁴¹⁵ Binswanger, Die Kriegshysterie, 47–48.

⁴¹⁶ Binswanger, Die Kriegshysterie, 50.

⁴¹⁷ Binswanger, Die Kriegshysterie, 51.

⁴¹⁸ Binswanger, Die Kriegshysterie, 64.

⁴¹⁹ Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, 116.

⁴²⁰ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 70–72.

⁴²¹ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 88.

⁴²² Binswanger, Die Kriegshysterie, 89.

Max Nonne ließ seine persönliche Einstellung am deutlichsten in seine Aufarbeitung miteinfließen. Seine eugenische Haltung wird deutlich: schwer heilbare Neurotiker seien „kriminelle Elemente“, die schneller aus Nervenlazaretten entfernt hätten werden müssen, um die Ärzte und das restliche Gesundheitspersonal zu schonen.⁴²³ Nonne macht deutlich, wer nach seinem Empfinden eine adäquate Behandlung verdiente:

„Der alte Jammer hat uns ja täglich gepackt, dass der Krieg Darwinsche Zuchtwahl in umgekehrtem Sinne mit großem Erfolge betrieb: die Besten werden geopfert, die körperlich und geistig Minderwertigen, Nutzlosen und Schädlinge werden sorgfältig konserviert, anstatt dass bei dieser günstigen Gelegenheit eine gründliche Katharsis stattgefunden hätte, die zudem durch den Glorienschein des Heldentodes die an der Volkskraft zehrenden Parasiten verklärt hätte.“⁴²⁴

In diesem Zitat wird die stark von Rassenhygiene geprägte Einstellung der Militärpsychiatrie sichtbar. Die zahlreichen Kriegsoffer dienen als Werkzeug, eine negative Entwicklung der Gesellschaft im negativen Sinne zu propagieren, während Überlebende mit medizinischen Problemen, die mitunter durch den Krieg entstanden sind, als „Hindernisse“ wahrgenommen werden. Nonne unterscheidet klar zwischen organischen und anorganischen Krankheiten und betont,

„[...], dass die funktionellen Krankheitssymptome niemals den organischen Krankheitszeichen auch in der praktischen Bewertung gleich oder nur nahestellt werden dürfen, denn alle Neurose behandelnden und begutachtenden Ärzte haben erfahren, dass die Neurose bei gutachtlichem Untersuchen erheblich aktiviert wird.“⁴²⁵

Hier wird indirekt wieder auf den Diskurs über den Simulationsverdacht Bezug genommen, weshalb man wohl organische Krankheiten als ernstzunehmender bewertete. Nonne spricht sich gegen die Rentenbescheinigung aus und plädiert für die Notwendigkeit von Arbeit für schwere Neurotiker. Es hier sei essenziell, die Erwerbsfähigkeit von der Erwerbstätigkeit zu unterscheiden.⁴²⁶

„Echte pathologische Neurosen und Psychoneurosen sehe ich nur selten; und instinktiv haben die Bewerber es erfasst, nur solche Beschwerden vorzubringen, die, ganz vager Natur, objektiv nicht kontrollierbar sind [...].“⁴²⁷

Für Nonne ist folglich die Anzahl an Kriegsneurotikern auch aus dem Grund gering, da er viele von ihnen als reine Simulanten, die einen monetären Nutzen verfolgten, deklarierte. Demzufolge sprach er sich für eine besonders geringe Rentenzahlung für Neurotiker aus, da so nicht noch mehr

⁴²³ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 112.

⁴²⁴ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 112.

⁴²⁵ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 115.

⁴²⁶ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 115.

⁴²⁷ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 117.

Simulanten motiviert werden sollten, „in ihrer Neurose zu bleiben“.⁴²⁸ Im Zuge dessen wurde wenig überraschend auch die Tätigkeit im Frontdienst von den Militärpsychiatern abgewertet. Bonhoeffer spricht zwar von einer belastenden psychisch angespannten „Massenstimmung“ an der Front, sieht jene aber von einer „primitiven Vorstellung von Todesbedrohtheit“⁴²⁹ belastet. Die Wortwahl „primitiv“ fällt auch im Hinblick auf die Kriegszitterer in der Öffentlichkeit nach dem Krieg. Viele Betroffene seien zwar arbeitsunfähig, suchtkrank und nervös gewesen, jedoch sei dies für Bonhoeffer ein „normales“ Phänomen, welches jeder Krieg in diesem Ausmaß mit sich bringe:

„Es handelt sich um das Zurücksinken auf ein primitiveres seelisches Niveau, das sich anscheinend gesetzmäßig bei dem akuten Zusammenbruch massenbeherrschender ideeller Vorstellungskomplexe einstellt, bis es zur Bildung eines neuen überwertigen Vorstellungsinhaltes, dem sich die Masse unterordnet, kommt.“⁴³⁰

Bonhoeffer setzt in diesem Absatz somit die schwerwiegenden Folgen für die Bevölkerung nach dem Krieg als erwartbare Notwendigkeit herab, welche wieder vorübergehe.

5.3.3. Psychoanalyse

Die Psychoanalytiker benennen zwar auch eine gewisse Disposition zur Kriegsneurose, gehen jedoch etwas vorsichtiger mit ihren persönlichen Einstellungen um. Ferenczi beispielsweise merkt an, dass grundsätzlich niemand risikobefreit von der Entstehung einer Neurose sei.⁴³¹ Die Wutausbrüche, die Neurotiker oft zeigen, bezeichnet aber auch er als „primitive Reaktionsweise.“ Die Gleichsetzung von Neurotikern mit Kindern ist für die Psychoanalyse zentral:

„Die Gesamtpersönlichkeit der meisten Traumatiker entspricht der eines infolge Erschreckens verängstigten, sich verzärtelnden, hemmungslosen, schlimmen Kindes. Es passt zu diesem Bilde das übermäßige Gewicht, das fast alle Traumatiker auf gutes Essen legen. [...] Die meisten wollen nicht arbeiten, sie wollen wie ein Kind erhalten und ernährt werden.“⁴³²

Aus diesem Zitat wird deutlich, dass auch die Psychoanalytiker Beobachtungen, die sie selbst in der Praxis gemacht haben, verallgemeinern und auf sämtliche Patienten ummünzen, wie hier mit dem Gewicht der Patienten und fehlendem Arbeitswillen.

Abraham fokussiert sich in seinem Text auf die psychoanalytische Auffassung von individueller Disposition. Abraham spricht – wie auch schon die Militärpsychiater – von energielosen Persön-

⁴²⁸ Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, 119.

⁴²⁹ Bonhoeffer, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 9.

⁴³⁰ Bonhoeffer, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 27.

⁴³¹ Ferenczi, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, 27.

⁴³² Ferenczi, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, 28.

lichkeiten, die eine verringerte sexuelle Aktivität und eine gehemmte Libido aufweisen.⁴³³ Dies hänge mit der bereits diskutierten narzisstischen Libido zusammen. Abraham klammert aber den Krieg indirekt aus, weil er argumentiert, dass diese Männer diese Neurosen auch abseits der Kriegssituation entwickeln hätte können.⁴³⁴ Nach ihm seien viele von diesen Männern zwar grundsätzlich gerade für das Militär geeignet, da sie in der Gruppe stark sein können; ebenso schnell können sie jedoch durch ein traumatisches Ereignis aus dieser Zurückhaltung herausgerissen werden und „gänzlich passiv“ werden.⁴³⁵ Simmel nimmt auch auf die psychosexuelle Konstitution Bezug,⁴³⁶ hält sich jedoch mit sonstigen verallgemeinernden negativ behafteten Zuschreibungen zurück. Spannend an Simmel ist, dass er die Neurasthenie-Diagnose bei Offizieren als „Gefälligkeitsdiagnose“ betitelt, auch wenn er anerkennt, dass ausgebildete Heeresmitglieder womöglich resilienter in Kriegssituationen sein könnten. Trotzdem vertritt er hier eine gegenteilige Position der Militärpsychiater, da er die Kluft zwischen kriegsneurotischen Soldaten und Offizieren in der (falschen) Diagnostik begründet sieht.⁴³⁷

5.4. Behandlungsmethoden

5.4.1. Militärpsychiatrie

Binswanger geht nur vereinzelt auf Behandlungsmethoden der Kriegshysterie ein, er diskutiert aber beispielsweise den psychogenen Tremor, eines der häufigsten Symptome der Kriegsneurosen. Hier präsentiert er verschiedene Herangehensweisen für die Behandlung, angepasst an den Schweregrad des Zitterns. Trete der Tremor nur in einzelnen Gliedmaßen auf, sei es üblich gewesen, mit Hilfe von reiner Ablenkung der Patienten oder Willkürbewegungen anderer Glieder, Abhilfe zu schaffen. Allerdings galten gerade die „schweren allgemeinen Schüttelkramp fzustände“ als besonders hartnäckig. Nach Binswanger sei eine auf längere Zeit durchgeführte Isolationstherapie und psychische Abstinenzkuren in späterer Kombination mit einer ausreichenden Beschäftigungstherapie die einzige Behandlungsmethode mit Erfolg gewesen, wenngleich auch hier Ausnahmen auftraten.⁴³⁸ Ein weiteres häufiges Symptom war bei vielen Patienten eine eingeschränkte Bewegungsfunktion der

⁴³³ Abraham, Erstes Koreferat, 32–33.

⁴³⁴ Abraham, Erstes Koreferat, 33–34.

⁴³⁵ Abraham, Erstes Koreferat, 35.

⁴³⁶ Simmel, Zweites Koreferat, 44.

⁴³⁷ Simmel, Zweites Koreferat, 45.

⁴³⁸ Binswanger, Die Kriegshysterie, 54.

Gliedmaßen. Sanfte körperliche Unterstützung bei Bewegungen sei hier bei leichteren Fällen für eine Besserung der Symptome ausreichend gewesen. Besonders in den Lazaretten seien nach Binswanger jedoch „energischere Hilfsmittel“ nötig gewesen, wie beispielsweise den Geh-Akt gewaltsam zu erzwingen. Nach diesen „ersten Überwindungen“ habe es genügt, mit den Patienten ein paar Schritte zu gehen, um ihnen Sicherheit zu vermitteln.⁴³⁹ Binswanger spricht auch noch andere Symptome wie Sprachstörungen an, geht aber nicht genauer auf die Behandlung von ebendiesen ein.⁴⁴⁰ Gaupp wiederum nennt ein ganz anderes, laut ihm wichtiges Heilmittel: das Wissen, nicht mehr an die Front zurückzumüssen. Dies war für Gaupp in der Behandlung der Schreckneurosen gewichtiger als die, besonders von Nonne propagierten, Suggestivmethoden. Seinen Beobachtungen nach kam es oft schon allein auf der Rückreise zur Front zu Rückfällen bei Betroffenen.⁴⁴¹ Eine Schwierigkeit in der Behandlung der Schreckneurosen lag laut Gaupp darin, psychische Ursachen von organischen zu unterscheiden. Im Zuge dessen merkt er nochmal an, dass hier viele diagnostizierte Schreckneurosen eigentlich als Hysterie zu verstehen waren, was er mit der langen Dauer vieler Symptome begründet.⁴⁴² Grundsätzlich stellte absolute Ruhe in der Behandlung von Schreckwirkungen aller Art den Ausgangspunkt der Behandlung dar. Darunter fällt für Gaupp auch der Abzug der Betroffenen aus dem Frontdienst – bei härteren Fällen auch für längere Zeit. Eine gründliche medizinische Untersuchung habe ebenso bei der Emotionsregulation geholfen:

„Das Bewusstsein, einer großen Gefahr mit heilem Leib entronnen zu sein, stärkte dann mutige, nicht von Haus aus ängstliche Männer und ließ sie die unmittelbaren Schreckwirkungen rasch überwinden und vergessen.“⁴⁴³

Gaupp spricht dem Lazarett dementsprechend bis zu einem gewissen Grad eine selbstheilende Wirkung zu. Hierfür sei die Erfüllung der individuellen Bedürfnisse der Patienten zentral gewesen. Bei vielen haben Ruhe und diverse, von den Betroffenen selbst ausgewählte, Aktivitäten bereits Besserung versprochen, wiederum andere mussten mit Suggestion behandelt werden. Gaupp spricht hier der Persönlichkeit des Arztes mehr Bedeutung als der Methodik zu.⁴⁴⁴ Trotzdem habe

⁴³⁹ Binswanger, Die Kriegshysterie, 60.

⁴⁴⁰ Binswanger, Die Kriegshysterie, 64.

⁴⁴¹ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 73.

⁴⁴² Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 80.

⁴⁴³ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 84.

⁴⁴⁴ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 83–84.

die Art der Behandlung an den Patienten und den Schweregrad der Symptome angepasst werden müssen:

„Die Hypnose eroberte sich, durch geschickte Neurologen angewandt, eine wichtige Stelle im Behandlungsplan; die brüskten Methoden, die KAUFMANN⁴⁴⁵ zuerst planmäßig ausbildete, leisteten bald sehr Gutes, brachten aber freilich auch manche Rückfälle. Auf die Dauer erwies sich diejenige Art des heilenden Vorgehens als die beste, die auf klaren pathogenetischen Anschauungen, auf bester Menschenkenntnis und psychologischer Einfühlungsfähigkeit beruhte und von der militärischen Autorität des Arztes einen maßvollen und verständigen Gebrauch machte.“⁴⁴⁶

Bezogen auf die Neurasthenie empfahl Gaupp „körperliche und seelische Ruhe“ mit folgender Aktivitätstherapie, wie es auch schon vor dem Krieg üblich gewesen war. Besonders „rüstige Männer“ seien bereits durch die Wegnahme von der Front rasch geheilt gewesen. Nur bei Schlafstörungen habe man auch hier teilweise medikamentös nachhelfen müssen. Gaupp nennt Alkoholabusus, der oft aufgrund der Schlafstörungen entstand, und fehlende Willenskraft, an die Front zurückzukehren, als Risikofaktoren für die Wirkung der Behandlungen.⁴⁴⁷

Aufgrund seiner Tätigkeit in den Lazaretten geht Nonne am detailliertesten auf die militärpsychiatrischen Behandlungsansätze ein. Nach ihm sei essenziell, stets die psychogene Natur der Kriegsneurosen vor Augen zu haben. Die anfänglichen Behandlungen in Kurorten seien laut ihm „sinnlos“ gewesen, weshalb er sich schnell auf seine Herangehensweise, die Hypnose, fokussiert. Sein Kollegium sei ihm diesbezüglich skeptisch begegnet; trotzdem sei die Hypnose zu diesem Zeitpunkt die einzige Methode gewesen, die gewirkt habe. Nonne spricht in diesem Zuge auch das Kaufmann'sche Verfahren an, das den Weg zu seiner Suggestionstherapie ebnete. Kaufmann schaffte mit Hilfe seiner gewaltsamen Schocktherapie, Patienten gänzlich von Symptomen zu befreien, was zunächst das Hauptziel in der Behandlung war.⁴⁴⁸ Wenn Nonne auf die Prinzipien hinter diesen Methoden zu sprechen kommt, stellt er allerdings fest:

„Etwas Neues hat der Krieg uns in dieser Beziehung nicht gelehrt. Es sind alte Erfahrungen und alte Weisheiten, die nur vergessen oder nur ad acta gelegt worden waren.“⁴⁴⁹

⁴⁴⁵ Die Militärpsychiater weisen in ihren Überlegungen immer wieder auf den Psychiater Fritz Kaufmann hin, der die berühmte Kaufmann-Kur entwickelte. Dabei handelte es sich grob gesagt um eine intensive Form der Elektrotherapie, die auch unter starker Kritik stand. Für die ausgewählten Psychiater und die Fragestellung der Masterarbeit spielt sie zwar eine untergeordnete Rolle, war jedoch trotzdem weit verbreitet.

⁴⁴⁶ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 84.

⁴⁴⁷ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 98–99.

⁴⁴⁸ Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, 105.

⁴⁴⁹ Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, 105.

Nonne war es in diesem Zuge auch wichtig zu betonen, dass nur Menschen über die Kriegsneurosen schreiben sollten, die sie auch selbst behandelt haben:

„[...] denn nur dann kann man die Summe der geistigen und physischen Arbeit würdigen, die darin steckt, durch physio-psychologische Pädagogik einen Neurotiker dazu zu bringen, die Flucht in die Gesundheit der Flucht der Krankheit vorzuziehen.“⁴⁵⁰

Nonne sah somit die Behandlung als Herausforderung an und impliziert auch hier wieder, dass sich die Kriegsneurotiker selbst in die Krankheit flüchteten. Wie auch bereits Gaupp merkt Nonne an, dass es nicht die „eine richtige“ Behandlungsmethode für die Kriegsneurosen gäbe. Auch Nonne setzt primär auf die Persönlichkeit des Arztes und dessen Fähigkeit, für jeden Patienten die richtige Vorgehensweise zu finden. Er appelliert auch für Methodenvielfalt, die jeder Arzt in diesem Gebiet besitzen müsse. Zentral in der Behandlung war für Nonne, Betroffene als Motivation mit bereits geheilten Fällen zu konfrontieren und als Arzt mit Ehrgeiz zu handeln; so weit, dass sie [=die Ärzte] „keine Ungeheilten duldeten.“⁴⁵¹ Allgemein spricht er sich auch für eine Behandlung in einem Ärzte-Team aus und empfiehlt, bei Behandlungen immer zusätzliches medizinisches Personal mit im Raum zu haben. Diese Teams sollten auch stets am gleichen Strang ziehen. Nonne vergleicht die Neurotiker wie die Psychoanalytiker mit Kindern, die in einer Wechselwirkung zwischen Lob und Strafe behandelt werden sollen. Unter Strafen versteht er eine strikte Rationierung der Mahlzeiten oder Nichtbeachtung, unter Lob die Gewährleistung von Wohltaten jeglicher Art.⁴⁵² Wie bereits Charcot sprach sich Nonne für eine Vorführung der Patienten bei anderen Kranken aus, da „Lob und Tadel mehr vor Zeugen wirke.“⁴⁵³ Er weist die Anschuldigung zurück, dass Neurose-Ärzte mit militärischen Vorgesetzten gleichzusetzen seien, da er auch gute Ergebnisse bei Zivilärzten beobachtet habe; ausschlaggebend sei für ihn, dass die Neurotiker von jemandem behandelt würden, den sie als über sich stehend empfinden. Er spricht sich auch für detaillierte körperliche Untersuchungen der Patienten aus, trotz der Befürchtung einiger seiner Kollegen, eine solche könne die Neurose verstärken.⁴⁵⁴ An einem praktischen Beispiel erklärt Nonne seine Vorgehensweise wie folgt: er habe seine Patienten zunächst in einem Zeitraum zwischen einem und drei Tagen nicht beachtet. Als Vorbereitung auf ihre Behandlung sollten seine Patienten in dieser Zeit das Geschehen um sich herum, vom medizinischen Personal bis hin zu anderen

⁴⁵⁰ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 106.

⁴⁵¹ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 106.

⁴⁵² Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 106–107.

⁴⁵³ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 107.

⁴⁵⁴ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 107.

Betroffenen, beobachten. Für die Elektrotherapie wandte Nonne „nur faradische Ströme“⁴⁵⁵ an. Doch die elektrischen Ströme an sich seien ohnehin zweitrangig, denn „die Befehle leisteten die Hauptsache.“⁴⁵⁶ Durchhaltevermögen des Arztes und nicht aufhörendes Lob und Tadel waren für eine erfolgreiche Behandlung für Nonne unabdingbar.

„Es gibt alle Übergänge des Kaufmann’schen Verfahrens von ruhiger Überredung und Überzeugung, bei der allein die Anwesenheit des elektrischen Apparates schon genügt, über eine lebhafte Demonstration mit Stromeshilfe bis zur agitierten Szene, ja bis zum Ringen miteinander.“⁴⁵⁷

Nonne betont hier die Notwendigkeit, jede Behandlung bis zum Ende durchzuführen. Körperliche Betätigung stellte für ihn die Nachbehandlung dar. Als weitaus „eleganter“ empfand er doch seine Hypnose-Methode. Durch jene sollte der positive Willen der Patienten gestärkt werden. Er traf kaum Vorkehrungen vor der Hypnose und hielt das „Überraschungsmoment“ der Behandlung für einen bedeutenden Einflussfaktor im Wirkungsprozess, jedoch behandelte er seine Patienten nur nackt – was ebenso an Charcot erinnert – „[...]“, denn ich finde, dass dadurch das Gefühl der Abhängigkeit beziehungsweise Hilflosigkeit erhöht wird.“⁴⁵⁸ Je tiefer die Hypnose gelinge, die aus verbalen und körperlichen Suggestionen bestand, desto schneller können die Patienten geheilt werden. Trotzdem spricht er sich auch für eine Hypnosetherapie in kleinen Schritten aus, um Genauigkeit und langanhaltende Erfolge zu gewährleisten. Diese Methodik wirkte laut ihm früher oder später bei fast jedem Patienten, wobei er „Geisteskranke, Schwachsinnige und Individuen mit zwangsartigen Angst- und sonstigen Zwangszuständen“⁴⁵⁹ sowie Kinder für diese Vorgehensweise als nicht geeignet empfand. Nach langsam Aufwachen nach der Hypnose solle den Patienten vermittelt werden, dass die nun geheilt seien. Die Arbeitstherapie sei schlussendlich ein wertvolles Mittel für die Nachbehandlung. Ob der behandelnde Arzt nun seine Methode der Hypnose oder die Elektrotherapie nach Kaufmann bevorzuge, obliege in den meisten Fällen den persönlichen Vorlieben des Arztes – besonders, da die Hypnose eine große Anstrengung für den Arzt darstelle.⁴⁶⁰ Ein Grundsatz Nonnes ist, dass die Ärzte die Behandlung eigenständig und nicht durch Vertretung von Pflegepersonal ausüben sollen. Er fokussiert somit stark die Beziehung des Arztes zu den Patienten. Er spricht sich nur für anfängliches Ignorieren der Patienten aus, lehnt aber die komplette

⁴⁵⁵ Kaufmann arbeitete in der Regel mit Sinusströmen, die als intensiver galten.

⁴⁵⁶ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 108.

⁴⁵⁷ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 109.

⁴⁵⁸ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 110.

⁴⁵⁹ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 110.

⁴⁶⁰ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 110–112.

Isolation ab – aufgrund von Zeit- und Platzmangel, aber auch aufgrund von fehlender Wirksamkeit.⁴⁶¹ Nonne widerspricht Gaupp, was die Heilung durch Abkehr von der Front betrifft:

„Man hat auch behauptet, der wesentliche Heilfaktor in der Suggestionstherapie der Kriegsneurosen sei die Gewissheit, nach der Heilung nicht wieder ins Feld zu kommen. Das ist nicht richtig, denn ich erlebte es im ersten und auch im zweiten Kriegsjahre nicht selten, dass die Leute wünschten, wieder hinaus zu kommen; keinem wurde vorher versprochen, dass er hinter der Front bleiben würde und die Leute erlebten es öfter, dass sie geheilt als k.v. entlassen wurden.“⁴⁶²

Hier wird Nonnes extremer Fokus auf die Heilung ersichtlich. Er betont erneut die Beharrlichkeit, mit der die Ärzte an die Behandlung herangehen sollten. Ebenso müsse die Behandlung in Teilen unangenehm sein, da ansonsten die Quote für Rückfälle steige. Gerade bei „Simulanten“ und „Gesundheitsverweigerern“ müsse besonders hart durchgegriffen werden.⁴⁶³

5.4.2. Psychoanalyse

Die Psychoanalyse hält in ihren Ausführungen eine relativ gerade Linie in Bezug auf die Behandlung der Kriegsneurosen. Zentral ist die „kathartische Methode“. Ferenczi argumentiert allerdings auch, dass bei leichten Fällen der „Zitterneurose“ bereits wenige hypnotische Maßnahmen und eine einzige suggestive Elektrisierung ausreichend gewesen seien.⁴⁶⁴ Wie für die Psychoanalyse üblich, spricht Ferenczi auch die Bedeutung der Träume an. In diesem Falle Angsträume, unter denen viele Kriegsneurotiker litten. Diese Träume interpretiert Ferenczi als „selbsttätige Heilungsversuche“, in denen die Kranken durch ein Wiedererleben die Erlebnisse ins Bewusstsein rufen und dadurch aufarbeiten können.⁴⁶⁵ Die Situation zu Beginn des Krieges, als man Kriegsneurotiker ohne ein konkretes Behandlungsregelwerk in Erholungsheime schickte, wird wie von Nonne auch von Abraham kritisiert. Nach ihm seien viele Psychiater auch danach von der Kaufmann'schen Methode geblendet gewesen, welche nicht, wie versprochen, eine langfristige Wirkung mit sich brachte. Abraham betont, dass sich die Psychoanalyse bezüglich der Kriegsneurosen sanfter und zurückhaltender verhalte und dass er selbst weder gewaltsame Elektro- noch Hypnosetherapien durchgeführt habe. Er berichtet, dass er allein durch eine kurze Gesprächstherapie bei einigen Patienten bereits eine Besserung der Symptome verzeichnen konnte; auch, weil sich die Patienten von ihm verstanden gefühlt hätten.⁴⁶⁶ Eine ausführliche Erläuterung

⁴⁶¹ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 113.

⁴⁶² Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 114.

⁴⁶³ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 118.

⁴⁶⁴ Ferenczi, *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen*, 21.

⁴⁶⁵ Ferenczi, *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen*, 29.

⁴⁶⁶ Abraham, *Erstes Koreferat*, 40–41.

der psychoanalytischen Behandlungsweise findet man durch seine Arbeit in den Kriegslazaretten bei Simmel. Dieser merkt bereits zu Beginn seines Textes an, dass man die Suggestivbehandlung in Form von Hypnose nicht nur als „leere Technik“ betrachten sollte.⁴⁶⁷ Grundsätzlich sei er – obwohl er durch den Lazarettbetrieb innerhalb einer sehr kurzen Behandlungsdauer arbeiten musste – wie folgt vorgegangen:

„Eine Kombination von analytisch-kathartischer Hypnose mit wachanalytischer Aussprache und Traumdeutung — letztere sowohl im Wachen wie in tiefer Hypnose ausgeübt — hat mir eine Methodik ermöglicht, die durchschnittlich in zwei bis drei Sitzungen eine Befreiung von den kriegsneurotischen Symptomen ergibt.“⁴⁶⁸

Er baut seine Methodik somit auf mehrere Grundpfeiler der psychoanalytischen Praxis auf: In der konsequenten Durchführung der Hypnose sah er die Theorien der Psychoanalyse bestätigt, da sich in der Kriegsneurose körperliche Symptome als eine Art „Hilfeschrei“ der Konflikte im Unterbewusstsein der Betroffenen manifestierten.⁴⁶⁹ Eben diesen „Sinn der neurotischen Heiltendenz, der im Symptom liegt, zu erkennen, ist der erste Teil unserer seelenanalytischen Therapie, unsere Erkenntnis den Kranken zu vermitteln, die zweite.“⁴⁷⁰ Diese Vorgehensweise hat wohl auch das von Abraham beschriebene Gefühl des Verstanden-seins bei seinem Patienten hervorgerufen. Grundsätzlich ist für Simmel die Hypnose in der Therapie der Kriegsneurosen entscheidend. Durch das Versetzen des Betroffenen in den Moment des Traumas erreiche man ein Wieder-Erleben beim Patienten, welches Raum für eine emotionale Verarbeitung des erlebten Traumas schaffe. Ebenso gewinne der Arzt dadurch einen besseren Einblick in das Erlebte: „Wir erfahren von qualvollen Schmerzen, die im Zustande der Verschüttung niemals zur bewussten Apperception gelangten.“⁴⁷¹ Neben der kathartischen Hypnosetechnik war für Simmel auch die Traumdeutung wichtig für seine Behandlungen: „Ich behandle keinen Kranken, dessen Träume ich nicht kenne.“⁴⁷² Er sieht darin einen inneren Versuch der Betroffenen, sich selbst zu heilen. Erkenntnisse aus der Traumdeutung nahm er wiederum, um diese bei der Hypnose gezielt einsetzen zu können, beispielsweise um eine Situation weiterzuführen. Simmel versteht die Hypnose nicht als künstlichen Schlaf, sondern vielmehr als einen anderen Abschnitt des natürlichen Schlafes.⁴⁷³ Die Hypnose könne aber auch die Träume beeinflussen, somit liege hier eine Wechselwirkung vor. Manch ein Patient von ihm habe

⁴⁶⁷ *Simmel*, Zweites Koreferat, 43.

⁴⁶⁸ *Simmel*, Zweites Koreferat, 43.

⁴⁶⁹ *Simmel*, Zweites Koreferat, 46.

⁴⁷⁰ *Simmel*, Zweites Koreferat, 47.

⁴⁷¹ *Simmel*, Zweites Koreferat, 48.

⁴⁷² *Simmel*, Zweites Koreferat, 51.

⁴⁷³ *Simmel*, Zweites Koreferat, 51–52.

auch nicht zu Ende geführte Wege in der Hypnose in seinem Traum beendet. Bezogen auf Krampfanfälle geht er auf ein besonderes Fallbeispiel ein, bei welchem es ihm sogar gelungen sei, diesen autohypnotischen Zustand des Krampfes als Therapie für den Patienten zu nutzen. Dieser musste während seiner Anfälle von seinen Gedanken und „Wahnvorstellungen“ berichten, die Simmels Arbeitsgrundlage bildeten.⁴⁷⁴

5.5. Wirksamkeit, Heilung und Folgen der Behandlungen

5.5.1. Militärpsychiatrie

Zur Wirkung der Behandlung der Kriegsneurose betont Binswanger zunächst, dass die von ihm als „akute Hysterisierung“ definierte Form der Neurose bei robusten Patienten mit richtiger Behandlung „in der Regel restlos heilte“. Bei den von ihm als Härtefälle deklarierten „Lazarethhysterikern“ verlief der Heilungsprozess weniger geradlinig. Mitunter aufgrund der fehlenden körperlichen Leistungsfähigkeit seien diese Betroffenen auch nicht mehr für den Truppendienst geeignet gewesen.⁴⁷⁵ Er zeigt allerdings anhand einer Fallakte, dass grundsätzlich auch schwere Neurotiker „[...] einer völligen Heilung des Zitterns und der Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit zugänglich sind.“⁴⁷⁶ Die bereits von ihm in Kapitel 5.4.1. erläuterten Kuren seien die einzige Chance auf Heilung gewesen. Sein Fazit ist allgemein:

„Die erworbene – ich möchte sie die echte Kriegshysterie nennen – ist, wenn sie nicht mit anderen, durch Kriegsschäden bedingte Erkrankungen verbunden ist, eine restlos heilbare Erkrankung. Dass ein Bruchteil dieser Fälle nicht geheilt worden ist, fällt nicht der Krankheit, sondern sozialen und ethischen Folgewirkungen des Krieges zur Last, für die wir Ärzte nicht verantwortlich gemacht werden können.“⁴⁷⁷

Binswanger spricht in diesem Zitat wohl die prekäre wirtschaftliche Situation in der Zwischenkriegszeit sowie fehlende medizinische Ressourcen während und nach dem Krieg an, vermutlich spielte auch der Diskurs über die Rentenneurose eine Rolle in seinen Überlegungen. Gaupp hält ebenso in Bezug auf die Schreckneurose fest: „[...] die Prognose der Schreckwirkungen ist trotz anfänglich alarmierender Symptome gut.“⁴⁷⁸ Auch Gaupp spricht in diesem Kontext primär von „robusten Menschen“, die von Schrecksymptomen betroffen waren und weist auch, wie die ande-

⁴⁷⁴ *Simmel*, Zweites Koreferat, 53–54.

⁴⁷⁵ *Binswanger*, Die Kriegshysterie, 47–48.

⁴⁷⁶ *Binswanger*, Die Kriegshysterie, 54.

⁴⁷⁷ *Binswanger*, Die Kriegshysterie, 67.

⁴⁷⁸ *Gaupp*, Schreckneurosen und Neurasthenie, 82.

ren Militärpsychiater, auf die in seinen Augen doch geringe Zahl von psychisch Erkrankten nach dem Krieg hin. Gaupp thematisiert wie schon Binswanger die Rentenneurose und problematisiert die Existenz der Kriegsneurose als ein „soziales Problem, bei dem eine richtige Psychologie die bestmögliche Lösung finden muss.“⁴⁷⁹ Gaupp erkennt allerdings an, dass es durchaus Betroffene „in sicherer sozialer Lage“ gibt (Stand April 1920), die immer noch erkrankt sind. Dies könne man nicht nur auf fehlenden Genesungswillen zurückführen. Gaupp vermutet, dass es sich hier unter anderem um Patienten handeln könnte, deren organische Schädigung am Hirn von der Medizin noch nicht als solche erkannt worden ist. Die hohe Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr von Schrecksymptomen gepaart mit der allgemeinen Schwierigkeit rund um die Diagnostik erschwere auch die Beurteilung der Ärzte für die zukünftige Erwerbstätigkeit und Tauglichkeit fürs Militär. Hier fänden nach Gaupp viele Überschätzungen der Krankheitssymptome statt.⁴⁸⁰ Er zieht für sich das Fazit, dass die Nervositätsperiode vor dem Krieg maßlos überschätzt worden sei, da ein Großteil der Menschen die Strapazen des Krieges „ohne schwere Schädigung ihrer Gesundheit erduldet hatte.“⁴⁸¹ Die Unterscheidung zwischen Neurasthenie und anderen Neurosen ist für ihn zentral und er sieht hier die größte Fehlerquelle in der Diagnostik und dementsprechend auch in den Heilungschancen. Er unterstellt vielen Ärzten Fehleinschätzungen und prangert eine Bevorzugung falscher Personengruppen an:

„Es wären nicht erschöpfte Neurastheniker als Hysteriker oder gar Drückeberger an die Front geschickt oder mit dem sogenannten ‚Starkstrom‘ behandelt und dadurch verbittert worden, und man hätte namentlich nicht, was so vielfach geschah, weiche Psychopathen und abulische Hysteriker ohne Gesundheitswillen als ‚Schwererschöpfte‘ monatelang ins Bett gelegt oder in Lazaretten in Untätigkeit verkommen lassen.“⁴⁸²

Der Abschnitt zeigt, dass eine präzisere Diagnostik mögliche Verschlimmerungen verhindern hätte können und dass hier in Gaupps Augen eine falsche Ressourcenverteilung vorherrschte.

Nonne beschreibt den anfänglichen Umgang mit der Kriegsneurose zwar als unzulänglich und von wenig Erfolg gekennzeichnet, ist aber der Meinung, dass man die Krankheit danach relativ schnell in den Griff bekam.⁴⁸³ Wie bereits erwähnt, war für ihn der psychogene Charakter der Kriegsneurose inhärent mit der Heilung ebendieser.⁴⁸⁴ Im Allgemeinen seien alle Methoden und besonders die persönliche Einstellung der Ärzte und des medizinischen Personals ausschlaggebend

⁴⁷⁹ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 82.

⁴⁸⁰ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 83–84.

⁴⁸¹ Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 87–88.

⁴⁸² Gaupp, Schreckneurosen und Neurasthenie, 98.

⁴⁸³ Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, 102.

⁴⁸⁴ Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, 105.

für die Heilerfolge gewesen.⁴⁸⁵ Nonne entließ seine Patienten, „[...] wenn sie vier bis sechs Wochen tadellos exerziert und gearbeitet hatten“⁴⁸⁶ und sprach sich bei Rückfällen für ein striktes Wiederholen seiner Methodik – gegebenenfalls mit mehr Strenge – bis zur Heilung aus. Für Nonne stand die Heilbarkeit im Zentrum seines Schaffens, deshalb appellierte er auch an alle Ärzte, sich nicht zu lange mit Patienten zu beschäftigen, „[...] die nicht gesund werden können oder nicht gesund werden wollen.“⁴⁸⁷ Nonne sieht in seiner energischen Vorgehensweise den Grund für das stetige Verschwinden bleibender Kriegsneurotiker aus der Öffentlichkeit. Bezüglich der Rentenauszahlungen müssten den Neurotikern sämtliche Anreize genommen werden; dieser Aspekt hing für ihn auch eng mit der Heilung zusammen.⁴⁸⁸ Seines Erachtens könne man die meisten Kriegsneurotiker wieder in den Kriegsdienst integrieren, der Truppenarzt müsse jedoch über die Krankheitsgeschichte der Betroffenen in Kenntnis gesetzt werden. Seien sie symptomfrei, können sie problemlos im Krieg dienen. Er empfahl auch, die Patienten bei Rückfällen (z.B. bei Symptomen wie Bettnässen) nicht zu schnell von der Front abzuziehen und vertrat hier eine sehr radikale Ansicht:

„Vielleicht empfiehlt sich auch direkt ein Verbot, Leute wegen Schüttelzitterns, Bettnässens usw. von der Front in die Heimat zurückzuschicken.“⁴⁸⁹

Diese Sichtweise hing wohl mit seiner allgemeinen Einstellung zusammen, dass körperliche Arbeit im Krieg Rückfälle vorbeugen könne. Jene, die wirklich ungeeignet für den Truppendienst seien, sollten nach Nonne zumindest in der Kriegsindustrie eingesetzt werden. Dies könne man auch gut in Form von Drohungen durchsetzen. Sollten sie diese Arbeit nicht wahrnehmen wollen, könne man ihnen drohen, sie wieder an die Front zu schicken.⁴⁹⁰

5.5.2. Psychoanalyse

Die Psychoanalytiker gingen etwas vorsichtiger mit dem Begriff „Heilung“ um. Die von Ferenczi angesprochene Behandlung von leichteren Neurosefällen führte zwar zur Wiederherstellung der vollen körperlichen Leistungsfähigkeit, sei aber nicht mit einer vollständigen Genesung gleichzusetzen.⁴⁹¹ Abraham war zwar von der Wirkung der psychoanalytischen Methode überzeugt,

⁴⁸⁵ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 107–108.

⁴⁸⁶ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 109.

⁴⁸⁷ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 112.

⁴⁸⁸ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 118.

⁴⁸⁹ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 119.

⁴⁹⁰ Nonne, *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918*, 120.

⁴⁹¹ Ferenczi, *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen*, 21.

konnte aber im Vergleich zu Simmel wenig praktische therapeutische Erfahrung vorweisen. Womöglich zog er aus diesem Grund ein eher vorsichtiges Fazit in Bezug auf die Heilung der Kriegsneurosen: „Ob die Psychoanalyse nachhaltig wirken wird, muss erst die Erfahrung lehren.“⁴⁹² Er sah in der psychoanalytischen Methodik jedoch den einzigen Weg, die Struktur der Kriegsneurosen vollends verstehen zu können, weshalb er trotzdem positiv gegenüber der Wirksamkeit eingestellt war.⁴⁹³

Simmel bezeichnet den militärpsychiatrischen Ansatz als „leere Hypnose“, da sie die gesamte „psychische Konstellation“ der Betroffenen außer Acht lasse. Dies habe zu körperlichen Neben- und Nachwirkungen der Hypnosetherapie führen können, wie beispielsweise Kopfschmerzen, Schlafstörungen oder Minderung geistiger Fähigkeiten.⁴⁹⁴ Er selbst habe seine Patienten lieber über einen längeren Zeitraum behandelt und sieht die kurze mögliche Behandlungsdauer in den Lazaretten als Hindernis für eine langfristige Heilung an:

„Mit dem Schwinden dieser Symptome muss bei dem heutigen Lazarettbetrieb die eigentliche Behandlung des Kriegsneurotikers als beendet angesehen werden. Eine analytische Heilung der Gesamtpersönlichkeit auch mit einer verkürzten und kombinierten Methodik wird erst der Psycho-Klinik der Zukunft vorbehalten bleiben.“⁴⁹⁵

Er bedauert, dass das gesamte „unbewusste Material“ durch so eine kurze Behandlung nicht ergründet werden könne, was er auch mit Fallberichten untermauert.⁴⁹⁶ Simmel betont auch, dass eine unzureichende Hypnosetechnik, die das Unterbewusstsein missachte, zu einer Verschlimmerung der Symptome führen könne. Ausschlaggebend in der kathartischen Methodik sei für ihn, dass die in der Hypnose hervorgeführte traumatisierende Situation, wie beispielsweise eine Verschüttung, die Möglichkeit bot, die hier erlittenen Schmerzen auch gebührend als solche anzuerkennen, was im Moment selbst eben nicht möglich gewesen war.⁴⁹⁷ Simmel benennt die Kriegsneurosen grundsätzlich als behandel- und im weiteren Sinne auch heilbar. Die häufigen Rückfälle führt er auf die verkürzte Behandlungsdauer während des Krieges zurück. Er sieht aber in der Wiedereinkehr in den Truppendienst einen Risikofaktor, da hier die Neurose als wiederaktivierter Schutzmechanismus fungieren könne.⁴⁹⁸ Grundsätzlich blickt er, wie auch

⁴⁹² Abraham, Erstes Koreferat, 41.

⁴⁹³ Abraham, Erstes Koreferat, 41.

⁴⁹⁴ Simmel, Zweites Koreferat, 42.

⁴⁹⁵ Simmel, Zweites Koreferat, 43.

⁴⁹⁶ Simmel, Zweites Koreferat, 57.

⁴⁹⁷ Simmel, Zweites Koreferat, 47–48.

⁴⁹⁸ Simmel, Zweites Koreferat, 55–57.

Abraham, positiv in die Zukunft der klinischen psychoanalytischen Arbeit.⁴⁹⁹ Simmel fasst die Essenz dieser psychoanalytischen Methodik in seinem Schlusswort wie folgt zusammen:

„Der psychoanalytisch geschulte Seelenarzt hat nicht nötig, seinem, in die Krankheit gehetzten Patienten nach entgegengesetzter Richtung zu jagen. Er nimmt ihm die Ketten seines Unbewussten und ist so imstande, den Neurotiker in die Gesundheit als Erlösung hinüberzuleiten.“⁵⁰⁰

Die zentrale Bedeutung des Unbewussten in der Psychoanalyse wird hier nochmals betont, ebenso wird indirekt auf die harten Methoden der Militärpsychiatrie Bezug genommen und die eigene Methodik als die einzig zielführende dargestellt.

6. Diskussion der Ergebnisse

6.1. Gegenseitige Verweise in den Primärquellen

Um ein Fazit für die Analyse stellen zu können, müssen die Positionen der Forschungsrichtungen einander nochmals gebündelt gegenübergestellt werden. Allerdings nehmen die hier zitierten Militärpsychiater und Psychoanalytiker in den ausgewählten Texten bereits selbst teilweise Bezug aufeinander. Zu Beginn seiner Ausführungen argumentiert etwa Bonhoeffer:

„Wenn es neuerdings von Ferenczi und anderen Freud-Schülern so dargestellt wird, als ob erst der Krieg die Bedeutung der Wunschkomplexe bei der Hysterie unter psychoanalytischer Hilfe klargemacht hätte, so liegt darin eine starke Selbsttäuschung.“⁵⁰¹

Bonhoeffer schätzt somit den Einfluss der Psychoanalyse im Kontext der Kriegsneurosen als gering ein. Er vertritt die Auffassung, dass sämtliche wissenschaftliche Theorien über den Zusammenhang zwischen der Entstehung von Neurosen und dem Wunsch nach Selbsterhaltung bereits zu Friedenszeiten diskutiert worden seien und daher keine neuen Erkenntnisse darstellen. Davon abgesehen spielt der Selbsterhaltungstrieb für die Militärpsychiater zwar eine Rolle, wird jedoch nicht als ausschlaggebender Faktor für die Entstehung der Kriegsneurose interpretiert. Hierfür zieht Bonhoeffer Kriegsgefangene, die seiner Erfahrung nach selten an hysterischen Symptomen litten, als Beispiel heran. Aus dieser Argumentation heraus weist er wieder auf die Bedeutung der

⁴⁹⁹ *Simmel*, Zweites Koreferat, 47.

⁵⁰⁰ *Simmel*, Zweites Koreferat, 60.

⁵⁰¹ *Bonhoeffer*, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 29.

psychopathischen Konstitution hin.⁵⁰² Bei Binswanger wiederum ist eine Art Brückenschlag zur Psychoanalyse ersichtlich. In Bezug auf Kriegspsychosen spricht er von einer Untergruppe an Betroffenen,

„[...] bei denen der Akt der Verdrängung die ‚katathyme‘ Abspaltung ganzer Komplexe von Vorstellungen, die von einem gemeinsamen Affekt erfüllt sind, am offensichtlichsten wird.“⁵⁰³

Diese Argumentation in Zusammenhang mit Verdrängung trägt psychoanalytische Züge, da sich Binswanger hier auf die Ausführungen der Schweizer Psychiater Hans W. Mayer und Eugen Bleuler bezieht. Beide waren zeitweise am Klinikum Burghölzli tätig und besonders Bleuler stand der Psychoanalyse nahe. Somit erkennt Binswanger zumindest teilweise psychoanalytische Ansätze an, auch wenn es hier nicht um die (Kriegs-)Hysterie geht. Nonne nimmt ebenso direkten Bezug auf die psychoanalytische Lehre, sieht jedoch in der Theorie der unterdrückten (Sexual)Triebe eine „[...] maßlose Übertreibung und Einseitigkeit der Einschätzung des sexuellen Faktors,“⁵⁰⁴ was der Ansicht vieler Militärpsychiater in diesem Zeitraum entspricht. Ferenczi wiederum führt diesen Kritikpunkt auf ein fehlendes Verständnis von Sexualität im psychoanalytischen Sinne zurück.⁵⁰⁵ Nonne sieht wie Bonhoeffer keinerlei Innovation in den psychoanalytischen Theorien zum Ursprung der Kriegsneurose, da ein ausschlaggebender Teil davon bereits vor dem Krieg in der Forschung zur Hysterie diskutiert worden sei.⁵⁰⁶ Bezüglich der Behandlung der Kriegsneurosen steht Nonne der Psychoanalyse allerdings positiver gestimmt gegenüber. Die „kathartische Methode“ erachtet er als legitim, da sie seiner eigenen Vorgehensweise ähnelt. Er bewertet die psychoanalytische Therapie als geeignet für Patienten mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen, schätzt jedoch eine solch umfangreiche Behandlung für Kriegsneurotiker als nicht notwendig ein.⁵⁰⁷ Ferenczi widmet der Militärpsychiatrie in seinem Kapitel „Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen“ einen großen Teil. Seines Erachtens wurden die Nervenärzte im Ersten Weltkrieg „[...] gleichfalls zur Einsicht gezwungen, dass in ihrer Berechnung etwas gefehlt habe, und dieses etwas war – das Seelische.“⁵⁰⁸ Er betont hier somit gleich zu Beginn nochmals die Notwendigkeit der Anerkennung von anorganischen Ursachen für

⁵⁰² Bonhoeffer, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 29.

⁵⁰³ Binswanger, Die Kriegshysterie, 49.

⁵⁰⁴ Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, 103.

⁵⁰⁵ Ferenczi, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, 25.

⁵⁰⁶ Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, 103.

⁵⁰⁷ Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, 113.

⁵⁰⁸ Ferenczi, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, 10.

die Entstehung von Kriegsneurosen. Teilweise argumentiert Ferenczi zynisch (z.B. „der sarkastische Gaupp“⁵⁰⁹) gegen die Militärpsychiatrie und vertritt den Standpunkt, dass viele der militärpsychiatrischen Überlegungen im Kern der Psychoanalyse gleichen. Dies sei auf die Rückkehr zu Charcots Behandlungsschwerpunkten zurückzuführen, aus welchen ursprünglich auch Freuds und Breuers kathartische Methode entstammte.⁵¹⁰ Ferenczi schlussfolgert dementsprechend: „die Erfahrungen an Kriegsneurotikern führten allmählich weiter als zur Entdeckung der Seele, — sie führten die Neurologen beinahe zur Entdeckung der Psychoanalyse.“⁵¹¹ Er sieht beispielsweise in der psychiatrischen Vermutung, dass ein innerer Interessenskonflikt über Leben und Tod Treiber für die Kriegsneurose sei, die „Freud’sche Annahme bestätigt.“⁵¹² Ferenczi bezieht sich auf die unterschiedlichsten Neurologen und Psychiater und nennt Bonhoeffer, Gaupp und Nonne auch namentlich. Ferenczi kritisiert beispielsweise den Fokus auf die „psychopathische Disposition“, da jene nicht eindeutig definiert worden sei.⁵¹³ Abraham weist auch nochmals auf die psychoanalytische Kritik an der „Kaufmann’schen Methode“ hin, die in seinen Augen keine langfristige Wirkung zeige.⁵¹⁴ Simmel betont, dass die Psychoanalyse sämtliche gewalttätige Behandlungsmethoden schon immer abgelehnt habe und dies auch so bleiben werde.⁵¹⁵ Des Weiteren argumentiert er:

„Jene Ärzte, welche ein System von Qualen ersonnen haben – Hungerkuren, Dunkelzimmer, Briefsperr, schmerzhaftes Starkströme u.a. – um die Preisgabe der neurotischen Symptome vom Kranken zu erpressen, erkennen unbewusst in der Umkehrung des Freudschen Prinzip seine Grundanschauung an.“⁵¹⁶

Hier wird erneut deutlich, dass sich die Psychoanalytiker im weiten Sinne in der Methodik der Militärpsychiatrie bestätigt sehen; auch, wenn die hier zitierten Psychiater diese Anschauung nicht teilen.

In den vorliegenden Quellen sind diese thematischen Überlappungen zum Teil ersichtlich. Der Wunsch nach Selbsterhaltung stellt definitiv eine Gemeinsamkeit in der Ätiologie der Kriegsneurosen dar. Bonhoeffer beispielsweise spricht im Zuge dessen auch von „Trieben“, die in der Kriegssituation wirksam werden, führt seine Auffassung von diesen Trieben jedoch nicht weiter

⁵⁰⁹ Ferenczi, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, 11.

⁵¹⁰ Ferenczi, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, 16–17.

⁵¹¹ Ferenczi, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, 19.

⁵¹² Ferenczi, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, 18.

⁵¹³ Ferenczi, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, 20–23.

⁵¹⁴ Abraham, Erstes Koreferat, 41.

⁵¹⁵ Simmel, Zweites Koreferat, 42.

⁵¹⁶ Simmel, Zweites Koreferat, 59.

aus.⁵¹⁷ Abraham und Ferenczi weisen auf sexuelle Probleme, die durch die Kriegsneurosen entstanden seien, hin. Gaupp beobachtet ebenfalls beispielsweise „plötzlich homosexuelle Neigungen“ oder Erektionsstörungen, verknüpft diese Symptome jedoch eher mit der Neurasthenie im Krieg.⁵¹⁸ Eine Gemeinsamkeit ist, dass sowohl die Militärpsychiatrie als auch die Psychoanalyse Oppenheim kritisieren und seine Thesen ablehnen. Grundsätzlich sehen auch beide Forschungsrichtungen die Rentenneurose als Phänomen an, wenngleich die Thematik für die Militärpsychiater ein viel höheres Gewicht innehat.

6.2. Ergebnisse der Qualitativen Inhaltsanalyse

6.2.1. Definition und Ursachen

Aus der Analyse wurde ersichtlich, dass es im Diskurs um die Kriegsneurosen sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede in den Theorien der ausgewählten Forschungsrichtungen gibt. Hinsichtlich der Definition der Kriegsneurosen konnte festgestellt werden, dass die Psychoanalyse eine einheitliche Deutungslinie verfolgt. Die einzelnen Psychoanalytiker nehmen zwar verschiedene Schwerpunkte in ihren Überlegungen ein, stützten sich jedoch alle auf die bereits in der Einleitung von Freud formulierte Theorie zu den Neurosen, die sowohl mit dem Begriff des infantilen Narzissmus und als auch mit der Trieblehre in Verbindung steht. Die Militärpsychiatrie wiederum spricht im „Handbuch der ärztlichen Erfahrungen“ zunächst von verschiedenen Diagnosen. Darin liegt sicherlich mitunter der Versuch, die Kriegsneurose konkret als eigenes Krankheitsbild abgrenzen zu können. „Leichtere“ Kriegstraumatisierungen würden dann unter die Krankheitsbilder der Schreckneurose oder Neurasthenie fallen. Retrospektiv betrachtet sind diese Unterscheidungen schwierig, da sich die Diagnostik als nicht einheitlich und stark individuell gestaltete. Diesbezüglich kann auf die von Peckl durchgeführte Analyse verschiedener Lazarettakten hingewiesen werden. Peckl spricht von einer großen Varietät an nervenbedingten Diagnosen, darunter Hysterie und Neurasthenie, aber auch „Nervenschock“ oder „Schwachsinn“. Mitunter aus diesem Grund existiere „kein zeitgenössisches Klassifikationsschema, das helfen könnte, die im Krieg aufgetretenen Störungen zahlenmäßig genauer zu erfassen.“⁵¹⁹ Es seien wenige Patienten

⁵¹⁷ *Bonhoeffer*, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 28.

⁵¹⁸ *Gaupp*, Schreckneurosen und Neurasthenie, 93.

⁵¹⁹ *Peckl*, Krank durch die „seelischen Einwirkungen des Feldzuges“? Psychische Erkrankungen der Soldaten im Ersten Weltkrieg und ihre Behandlung, 53.

mit einer Kriegsneurose diagnostiziert worden, vielmehr wurde sich auf reine Symptombeschreibungen oder andere Diagnosen gestützt.⁵²⁰ Die teils verworrene Diagnostik untermauert Peckl mit Fallakten ausgewählter Patienten. Sie führt dies unter anderem auf die fehlende Erfahrung vieler Truppenärzte zurück.⁵²¹ Aufgrund der Vielfalt und fehlenden Einheitlichkeit an Diagnosen können diese nach Eckart mehr oder weniger als synonym betrachtet werden, da sie allesamt den gleichen Umstand beschreiben: „Somatisch-neurogene Erkrankungsbilder, die durch plötzliche Kriegsereignisse ausgelöst auch zu einer posttraumatischen Verhaltensveränderung der Soldaten führten.“⁵²² Retrospektiv betrachtet sind die Unterscheidungen somit von wenig Relevanz, was die Sinnhaftigkeit der Kategorie Definition als Schirmbegriff für alle von den Militärpsychiatern diskutierten Diagnosen (Schreckneurose, Neurasthenie, Kriegshysterie) untermauert. Der Diskurs um den Unterschied zwischen organischen und anorganischen Krankheitsursachen ist für die Definition der Kriegsneurosen sowohl in der Militärpsychiatrie als auch der Psychoanalyse zentral. Der psychogene Charakter der Erkrankung wird in beiden Quellen hervorgehoben.⁵²³ Allgemein muss festgehalten werden, dass die Militärpsychiatrie die Kriegsneurose vielmehr als eine Form der Hysterie sieht, die im Krieg auftrat, ihr jedoch nicht zwingend ein neues Definitionsrastraster gibt. Die Psychoanalyse weist eine stärkere Tendenz dazu auf, spezifiziert letztendlich aber auch nur bereits vorhandene Theorien.

Der Diskurs um die Ursachen der Kriegsneurosen ist noch vielschichtiger. Für die Militärpsychiatrie ist in der Ätiologie die von ihnen definierte psychopathische Konstitution zentral, wenngleich die Strapazen des Truppendienstes grundsätzlich anerkannt und die gesundheitlichen Herausforderungen, die der Krieg mit sich brachte, hervorgehoben werden. Spannend ist, dass die ausgewählten Psychiater immer wieder auf missbräuchlichen Alkoholkonsum hinweisen, der auch eine Rolle in der Entstehung der Kriegsneurosen und besonders der Neurasthenie spiele. Hier stellt sich allerdings die Frage, in welchem Maße übermäßiger Alkoholkonsum als Risikofaktor fungiert oder vielmehr bereits eine Selbstbehandlung nervöser Symptome darstellt. Gahlen benennt diesbezüglich besonders Offiziere als Risikogruppe, die häufig zu Suchtmitteln wie Alkohol gegriffen

⁵²⁰ Peckl, Krank durch die „seelischen Einwirkungen des Feldzuges“? Psychische Erkrankungen der Soldaten im Ersten Weltkrieg und ihre Behandlung, 53–54.

⁵²¹ Peckl, Krank durch die „seelischen Einwirkungen des Feldzuges“? Psychische Erkrankungen der Soldaten im Ersten Weltkrieg und ihre Behandlung, 56–58.

⁵²² Eckart, Medizin und Krieg, 142.

⁵²³ Beispielsweise bei Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, 116 und bei Freud, Einleitung, 4-5.

haben, um den fordernden Frontalltag bewältigen zu können.⁵²⁴ Hofer spricht beispielsweise besonders bei Kriegsheimkehrern in der Zwischenkriegszeit von erhöhtem Alkoholkonsum, der mitunter auf die schwierige Wiedereingliederung in die Gesellschaft zurückgeführt werden konnte.⁵²⁵ Es ist somit nicht unwahrscheinlich, dass der Alkoholkonsum auch bereits während des Krieges auf eine versuchte Bewältigung des erlebten Traumas hindeutet.

Die Bedeutung der psychopathischen Konstitution, auf die sich die Militärpsychiater ständig beziehen, ist ebenso diskussionswürdig. Rauh beispielsweise kritisiert in der Auseinandersetzung mit Gaupps Thesen den starken Fokus auf Disposition, da dadurch jegliche staatliche und medizinische Verantwortung in den Hintergrund gerückt werde. Seiner Einschätzung nach verdeutlichen diese Argumentationslinien vielmehr die rassenhygienischen Einstellungen der Medizin zu dieser Zeit.⁵²⁶ Dies bestätigt sich durch Aussagen Gaupps, der auch gewissen Volksgruppen pauschal ein höheres Risiko für die Entwicklung von Kriegsneurosen zuschreibt.⁵²⁷ Es ist somit wenig überraschend, dass nach Hofer die hohe Anzahl an „eigenen“ hysterischen Soldaten das Weltbild vieler konservativer Psychiater erschütterte.⁵²⁸ In den vorliegenden Texten entsteht der Eindruck, dass die psychotraumatischen Bedingungen des Krieges immer wieder abgeschwächt werden und eine Individualisierung der Problematik stattfindet – trotz der hohen Anzahl an Betroffenen. Nach Hofer sei diese starke Fokussierung auf die psychopathische Konstitution in einem Rückschritt zu alten, vor dem Krieg in der psychiatrischen Forschung bereits verworfenen Theorien begründet, welche die eigenen ideologischen Vorstellungen untermauern sollten.⁵²⁹ Laut den Militärpsychiatern werde diese Disposition durch gewisse Risikofaktoren sichtbar, darunter Stress, Angst, Hunger und fehlende Hygiene. Immer wieder wird die Personengruppe von jungen Soldaten, die als Freiwillige in den Krieg zogen, als besonders anfällig hervorgehoben. Dies sei sowohl auf die fehlende Ausbildung als auch auf einen gewissen jugendlichen Leichtsinn zurückzuführen. Dieser Trend lässt sich durch vereinzelte Analysen der Dokumente deutscher Lazarette erkennen⁵³⁰ und ist allgemein im Hinblick auf die Anzahl junger Männer im Krieg nicht unwahrscheinlich. Die Psychiater sind sich einig darüber, dass bei Betroffenen ohne „psychopathischer Konstitution“ zwar kriegs-

⁵²⁴ *Gahlen*, Nerven, Krieg und militärische Führung, 183–184.

⁵²⁵ *Hofer*, Nervenschwäche und Krieg, 367–368.

⁵²⁶ *Rauh*, Der Münchener Kriegskongress der Psychiater und Neurologen vom September 1916 – Kontroversen, Inszenierungen und Ränkespiele, 53–54.

⁵²⁷ *Gaupp*, Schreckneurosen und Neurasthenie, 70.

⁵²⁸ *Hofer*, Nervenschwäche und Krieg, 230.

⁵²⁹ *Hofer*, Nervenschwäche und Krieg, 352–355.

⁵³⁰ *S. Lemke*, Die posttraumatischen Belastungsstörungen bei deutschen Soldaten des 1. Weltkrieges: Eine medizinhistorische Studie, *Der Nervenarzt* 78, Nr. 1 (01.2007) 95–98, doi:10.1007/s00115-006-2103-1.

neurotische Symptome auftreten können, diese aber in der Regel schnell wieder abklingen würden. Im Zuge dessen wird auch immer wieder über die Schwierigkeit in der Diagnostik geklagt. Nach Bonhoeffer wäre eine individuelle Persönlichkeitsanalyse der Patienten sicherlich hilfreich gewesen, sei jedoch in der Realität nicht umsetzbar gewesen.⁵³¹ Mischformen der (Kriegs)Hysterie, die sowohl aus anorganischen als auch organischen Ursachen entstünden, wurden auch kurz von Binswanger diskutiert.⁵³²

Für die Psychoanalytiker sind die Ursprünge von Neurosen fest mit der psychoanalytischen Triblehre verknüpft. Speziell für die Kriegsneurosen wird diese mit dem Aspekt des „infantilen Narzissmus“ erweitert. Simmel erläutert in diesem Zuge auch den Selbstschutz und den Beginn des Heilungsprozesses traumatischer Erfahrungen, für welchen seiner Meinung nach die Kriegsneurosen fungieren. Ebenso geht die Psychoanalyse davon aus, dass sich die jeweiligen traumatischen Situationen in den jeweiligen Symptomen spiegeln. Der Faktor der Prädisposition spielt auch für die Psychoanalyse eine Rolle, wobei dieser weniger stigmatisierend als in der Militärpsychiatrie formuliert wird. Grundsätzlich sind sich die Psychoanalytiker in der Ätiologie einig, während die Militärpsychiatrie durchaus verschiedene Theorien zum Ursprung der Krankheit anschneidet, wobei auch hier die Zurückführung auf die Hysterie ein gemeinsames Merkmal darstellt. Ebenso muss zur Militärpsychiatrie gesagt werden, dass sich die ausgewählten Psychiater im Unterschied zu den Psychoanalytikern stärker auf spezifische Aspekte der Erkrankung fokussieren.

6.2.2. Das Soldaten- und Patientenbild

Die Problematik, eine genaue Anzahl an Kriegsneurotikern zu ermitteln, wurde bereits diskutiert, jedoch entsteht besonders bei den Militärpsychiatern der Eindruck, dass die Anzahl von Betroffenen bewusst heruntergespielt wird. Die Ausführungen zur Theorie über die „psychopathische Konstitution“ gestalten sich als durchaus stigmatisierend, da eine bleibende Kriegsneurose auf Schwäche und die Disposition eines Individuums reduziert wird. Die psychischen Risikofaktoren des Krieges werden zwar angesprochen und anerkannt, allerdings bei „Härtefällen“ als sekundäre Ursache betrachtet. Es mag durchaus stimmen, dass manche Menschen anfälliger für die Entwicklung einer Kriegsneurose waren als andere und in diesem Kontext auch die erbliche

⁵³¹ Bonhoeffer, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 29–30.

⁵³² Binswanger, Die Kriegshysterie, 55.

Komponente eine Rolle spielte.⁵³³ Trotzdem wird der Anschein erweckt, dass die Bedingungen des Krieges in den Argumentationen der Militärpsychiater in den Hintergrund rücken. Dieser Umstand wurde auch bereits in der Sekundärliteratur diskutiert.⁵³⁴ Medizinische Kriegsfolgen seien für Bonhoeffer erwartbar gewesen und es drängt sich die Annahme auf, dass der Erste Weltkrieg, trotz der bereits vielfach diskutierten überdurchschnittlichen Herausforderungen,⁵³⁵ für ihn keine Ausnahmesituation darstellt. Die rassenhygienischen Vorurteile vieler Militärpsychiater zeigen sich ebenso in der teils ablehnenden Haltung gegenüber Kriegsneurotikern. Für Nonne sind organische Erkrankungen ernstzunehmender als anorganische. Diese Einstellung ist eng mit dem Rentendiskurs verwoben, der die gesamte Argumentation der Militärpsychiater durchzieht. Ebenso wurde deutlich, dass die Psychiater Soldaten und Offiziere unterschiedlich wahrnehmen. Während Offiziere nach Peckls Analyse⁵³⁶ in Lazaretten nicht zwingend häufiger mit Neurasthenie als Hysterie diagnostiziert wurden, habe sich die ungerechte Behandlung oftmals in der Behandlung gezeigt. Die hier diskutierten Psychiater gehen trotzdem davon aus, dass Offiziere eher an Neurasthenie litten und seltener hysterisch waren. Gahlen kommt mitunter deshalb zu dem Schluss, dass die Symptome bei Offizieren anders bewertet wurden.⁵³⁷ Die Ergebnisse hierzu mögen divers sein, jedoch ist es mit dem Hintergrund der anderen hier diskutierten Faktoren wahrscheinlich, dass auch die persönliche Einstellung der Ärzte gegenüber dem militärischen Rang der Patienten in die Diagnostik miteinfluss.

Obwohl die Situation im Krieg und insbesondere an der Front von den Militärpsychiatern als stark herausfordernd bezeichnet wird und mit Hinblick auf die Todesopfer auch als bedrohlich galt, bezeichnet Bonhoeffer die Todesängste der Patienten als „primitiv.“⁵³⁸ Diese Bewertung deutet erneut auf eine herablassende Haltung hin. In den Ausführungen der Psychiater zur Rentenneurose verhärtet sich dieser Eindruck, besonders im Hinblick darauf, dass die Anzahl der Simulanten nach heutigem Stand vermutlich vergleichsweise gering war.⁵³⁹ Allgemein kann geschlossen werden, dass besonders die Militärpsychiatrie gegenüber den Kriegsneurotikern, die langfristig an Symptomen litten, nicht gerade positiv eingestellt war und anhaltende Probleme wie fehlerhafte oder

⁵³³ Lemke, Die posttraumatischen Belastungsstörungen bei deutschen Soldaten des 1. Weltkrieges, 95–96.

⁵³⁴ S. hierzu beispielsweise: Eckart, Kriegsgewalt und Psychotraumata im Ersten Weltkrieg.

⁵³⁵ S. hierzu beispielsweise: Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 203–206 und Gahlen, Nerven und Krieg, 107–108.

⁵³⁶ Peckl, Krank durch die „seelischen Einwirkungen des Feldzuges“? Psychische Erkrankungen der Soldaten im Ersten Weltkrieg und ihre Behandlung, 72–74.

⁵³⁷ Gahlen, Nerven, Krieg und militärische Führung, 315–317.

⁵³⁸ Bonhoeffer, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten, 9.

⁵³⁹ S. Kapitel 3.3.

nicht adäquate Behandlungen, Schädigungen durch den Krieg und die prekäre gesellschaftliche Situation wenig Platz in den hier niedergeschriebenen Überlegungen finden.

Die Psychoanalytiker gehen in ihren Kapiteln etwas verschlossener mit ihrem Patientenbild um. Die militärische Komponente steht bei ihnen nicht unbedingt im Vordergrund, aber trotzdem gehen sie mit der Theorie des „infantilem Narzissmus“ auch von einer Art „Disposition“ aus. Teilweise werden Betroffene auch hier als „schwache Charaktere“⁵⁴⁰ oder „labile Menschen“⁵⁴¹ charakterisiert, was ebenso auf Vorurteile schließen lässt. Simmel begegnet seinen Patienten in seinen Ausführungen am offensten, womöglich aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit im Lazarett. Er kritisiert beispielsweise auch die Militärpsychiatrie für ihr übermäßig positives Bild von Offizieren. In Bezug auf die Psychoanalyse muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass viele Psychoanalytiker in privaten Praxen tätig waren und sie somit viele Diskurse, wie beispielsweise jene über mögliche Simulation, ganz anders bewerten konnten.

6.2.3. Behandlungsmethoden und Wirkung

Über die Behandlungsmethoden und deren erwünschte Wirkung geben in den Quellen besonders die Kapitel von Nonne und Simmel Aufschluss, was mit ihrer beruflichen Erfahrung in Lazaretten zusammenhängt. Bei den Militärpsychiatern schneiden Bonhoeffer, Gaupp und Binswanger nur vereinzelte Methoden an und diskutieren etwa den Einfluss des Frontalltags auf die Heilungschancen von Neurosen. Nonne präsentiert seine Herangehensweise konkret und steht auch hinter der Effektivität seiner Methodik. Er war der Elektrotherapie zwar nicht abgeneigt, fokussiert sich aber in seinem Vorgehen primär auf die Hypnose, die auf den (Genesungs-)Willen der Patienten abzielte. Für eine in seinen Augen erfolgreiche Durchführung greift er auf Ideen von Charcot zurück, wie etwa auf das vollständige Entkleiden und Vorführen seiner Patienten. Die Persönlichkeit des Arztes sei für die Heilung ausschlaggebend, weshalb er auch für die Aneignung eines breiten Methodenpools plädiert, der der individuellen Expertise und dem Charakter der Ärzte entsprechen solle. Bereits kurz nach dem Krieg wurde viel Kritik an der militärpsychiatrischen Praxis während des Krieges geübt, besonders hinsichtlich der Elektrotherapie.⁵⁴² Eckart blickt ebenso kritisch auf die Militärpsychiatrie und benennt viele der Therapiemethoden als „pervertiert“, gewaltsam und traumatisierend. Diesbezüglich hebt er besonders die Elektro- und die Isolationstherapie hervor.

⁵⁴⁰ Ferenczi, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, 27.

⁵⁴¹ Abraham, Erstes Koreferat, 33.

⁵⁴² Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 336–338.

Dementsprechend sei die Hypnotherapie nach Nonne noch harmlos gewesen, auch wenn er die langfristige Wirksamkeit aller gängigen Behandlungsmethoden, auch jene der Psychoanalytiker, in Frage stellt.⁵⁴³

Der Fokus auf Hypnose vereint die Militärpsychiater und die Psychoanalytiker in den vorliegenden Texten in ihrer Vorgehensweise. Wie auch bereits bei den vorherigen Kategorien vertreten die Psychoanalytiker hier eine recht einheitliche Position und erachten die von Freud und Breuer entwickelte „kathartische Methode“ als zentral für die Behandlung von Kriegsneurotikern. Ebenso flossen Gesprächstherapie und Traumdeutungen in die Behandlungen mit ein. Hofer beispielsweise betitelt die Psychoanalytiker mitunter als größte Kritiker der militärpsychiatrischen Behandlungen während des Krieges,⁵⁴⁴ was auch aus der vorliegenden Quelle ersichtlich wird. Die „Peinigungen“⁵⁴⁵ in der Militärpsychiatrie werden kategorisch abgelehnt. Abraham diskutiert auch die in seinen Augen zweifelhafte Wirkung der Elektrotherapie und argumentiert im Zuge dessen, dass er allein durch Gesprächstherapie bessere Ergebnisse erzielen konnte. Für Simmel ermöglicht die Hypnose dem Patienten, das erlebte Trauma hervorzuholen und dadurch verarbeiten zu können, weshalb er sie als Grundlage für die Behandlung erachtet, die mit Traumdeutungen und Gesprächstherapien kombiniert werden könne. Auf der anderen Seite nehmen auch die Militärpsychiater die psychoanalytischen Behandlungsmethoden nur teilweise ernst und zweifeln ihre langfristige Wirksamkeit an.

Die Wirksamkeit sowie die Heilungschancen werden von den beiden Fachrichtungen unterschiedlich diskutiert. Die Militärpsychiatrie betrachtet die Kriegsneurosen grundsätzlich als heilbar und erkennt dementsprechend die Wirksamkeit der vorgestellten Behandlungsmethoden an. Es gäbe nur wenige Fälle von langfristiger Kriegsneurose und auch bei diesen Fällen sei fraglich, ob es sich hier um „richtige“ Kriegsneurosen und nicht um Hysterie oder Psychopathie handle. Binswanger betont die grundsätzliche Heilbarkeit der Neurosen, merkt allerdings an, dass eine langfristige Heilung teilweise auch an den medizinischen Ressourcen scheiterte. Gaupp weist wiederum erneut auf die schwierige Diagnostik hin und vermutet hinter überdurchschnittlich lang andauernden Symptomen teilweise auch organische Hirnschädigungen, die man zu diesem Zeitpunkt noch nicht als solche bestimmen hätte können. Neben diesen Ausnahmefällen steht sowohl der Heilungswille der Ärzte als auch der Genesungswille der Betroffenen im Fokus der

⁵⁴³ Eckart, Kriegsgewalt und Psychotrauma im Ersten Weltkrieg, 96.

⁵⁴⁴ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 335–338.

⁵⁴⁵ Simmel, Zweites Koreferat, 59.

vorliegenden psychiatrischen Argumentationskette. Gerade Nonne schien besessen von Heilung, wenngleich sein Umgang mit Härtefällen und „rückfälligen“ Patienten (z.B. in Form von Drohungen) seine Definition von Heilung fragwürdig erscheinen lässt. Eckart spricht in der Militärpsychiatrie von einem „[...] regelrechten Kampf mit den Patienten dessen ‚Heilung‘ herbeizuführen.“⁵⁴⁶ Die analysierten Ausführungen der Psychiater machen deutlich, dass die Wiederherstellung der militärischen Leistungsfähigkeit zunächst im Vordergrund stand, da die „Heilung“ natürlich auch den Zweck hatte, den Staat zu entlasten.⁵⁴⁷ Trotzdem sind in der Wahrnehmung der Psychiater in Bezug auf die Gesamtbevölkerung ohnehin wenig bleibende medizinische „Kriegsschädigungen“ geblieben, was im Hinblick auf die Kriegsoffer und Verwundeten fraglich erscheint.

In der Psychoanalyse geht man grundsätzlich auch davon aus, dass die Kriegsneurosen problemlos geheilt werden können. Simmel beklagt ebenso fehlende Ressourcen, um für eine adäquate Heilung sorgen zu können, weshalb hier eher von vorübergehender Heilung oder Verbesserung der Symptome gesprochen wird. Ebenso wird in dem Text der Einfluss der Fronterfahrung als wirksame Behandlungsweise diskutiert. Spannend ist, dass die Psychoanalytiker der Militärpsychiatrie fehlende langfristige Wirksamkeit vorwerfen, welche sie jedoch selbst nicht gewährleisten können. Nach Eckart sei dies nicht verwunderlich gewesen, da gegen Kriegsende zunächst wenig dagegensprach, die psychoanalytische Therapie stärker in die Medizin miteinzubeziehen. Letztendlich scheiterte die von den Psychoanalytikern erhoffte große Wende bezogen auf die Kriegsneurosen in der Psychiatrie jedoch, wie Eckart beschreibt:

„Inhaltlich allerdings bedeutete die Einschätzung Freuds nichts weniger als die vollständige Rehabilitierung des größten Teils der Kriegsneurotiker, zumindest aus der Perspektive seiner analytischen Affektlehre. Dass die Rentenämter ihr aber nach dem Krieg weder in Deutschland noch in Österreich freudig folgten, hat einerseits viel mit der Beharrlichkeit militaristischer Denkstrukturen und den Zwängen staatsökonomischen Nachkriegskrisen zu tun, andererseits aber auch mit personalen Kontinuitäten.“⁵⁴⁸

Die Situation nach dem Krieg gestaltete sich somit als politisch komplex und orientierte sich vielmehr an staatlichen und militärischen Interessen. Trotzdem blickten die Psychoanalytiker der Zukunft der behandelten Kriegsneurotiker und ihrer Forschung gegenüber zu diesem Zeitpunkt positiv entgegen.

⁵⁴⁶ Eckart, Medizin und Krieg, 153.

⁵⁴⁷ Eckart, Medizin und Krieg, 141.

⁵⁴⁸ Eckart, Medizin und Krieg, 155.

7. Conclusio

Die Auseinandersetzung mit der Entwicklung der Psychiatrie in Europa um 1900 veranschaulichte den komplexen Diskurs rund um die Kriegsneurosen. Obwohl der Begriff des „nervösen Zeitalters“ für damalige Militärpsychiater Diskussionsgegenstand war und auch in der heutigen Forschungsliteratur nicht unumstritten ist, bestätigte sich die medizinhistorische Relevanz der psychiatrischen Forschung in diesem Zeitraum, wenngleich monetäre und staatliche Interessen in diesem Diskurs Einfluss übten. Die historische Entwicklung des Nervenbegriffs sowie ausgewählte Krankheitsbilder wie Hysterie und Neurasthenie prägten und ebneten die Überlegungen zu den Kriegsneurosen. Die Geschichte der Hysterie geht historisch weit zurück und beeinflusste diverse Theorien zu psychischen Erkrankungen. Die Entstehung und Bewertung der Neurasthenie, die Ende des 19. Jahrhunderts aufkam, ist eng mit diesem Themenkomplex verknüpft, da auch sie stark von gesellschaftlichen und medizinischen Trends und Idealen geprägt wurde. Die Aufarbeitung der Geschichte dieser beiden Krankheitsbilder veranschaulicht, wie gesellschaftliche Vorstellungen sowie teilweise sexistisch und klassistisch geprägte Weltanschauungen die Bewertung und Behandlung psychischer Erkrankungen beeinflussten. Dies zeigte sich in der Abwertung bestimmter betroffener Personengruppen oder dem Fakt, dass sich in höheren Gesellschaftsschichten teilweise mit Erkrankungen geschmückt wurde und eine gewisse Ästhetisierung gesundheitlicher Probleme stattfand. Zu den gesellschaftlichen Einflüssen zählt auch die im Ersten Weltkrieg herrschende Willenskultur, die eng mit Idealbildern von Männlichkeit und dem Kriegsdienst verwoben war. In diesem Zuge wuchs auch das militärische Interesse an der Erhaltung psychischer Gesundheit.

Diese Geschichte der Psychiatrie war ebenso geprägt von Ansätzen der Psychoanalyse, welche besonders im Diskurs über Hysterie präsent war und sich in diesem Zeitraum zur eigenen Forschungsrichtung entwickelte. Die Psychoanalyse konnte durch das Aufkommen der Kriegsneurosen sowohl in ihrem Prestige als auch in ihrer Forschung voranschreiten. Die neuen Konzepte der narzisstischen Libido sowie die Erweiterung der Triblehre können hier als spezifische Beispiele genannt werden. Daraus entstand ein Spannungsfeld zwischen Psychiatrie, Psychoanalyse und Neurologie, welches die medizinische Forschung sicherlich vorantrieb. Diese Entwicklung wurde von vielen Persönlichkeiten wie Oppenheim oder Freud geprägt, wobei für den Diskurs um die Kriegsneurosen besonders Charcot als bleibender Einfluss hervorgehoben werden kann. Zu Beginn des Ersten Weltkrieges wurden Militär und Medizin aufgrund der gravierenden körper-

lichen und psychischen Folgen des Truppendienstes vor große Herausforderungen gestellt. Im Zuge dessen entwickelte sich die Krankheitsbezeichnung der Kriegsneurose oder Kriegshysterie, welche bei Opfern oft mit starken körperlichen Symptomen wie Lähmungen oder Zittern einherging. In der Behandlung dieser Neurosen taten sich neue Spannungsfelder auf, besonders zwischen der Ressourcenverteilung und medizinischen und militärischen Interessen. Hier zeigte sich die Bedeutung der Krankheitsbilder von Hysterie und Neurasthenie, da bereits vor dem Ersten Weltkrieg diskutierte Theorien erneuten Aufschwung erlebten, sowohl in der Diagnostik als auch in der Behandlung der Neurosen.

Die Analyse der beiden Primärquellen ermöglichte eine detaillierte Aufarbeitung der bereits im Theorieteil angeschnittenen Aspekte in diesem Diskurs. Es wurde deutlich, dass die Definition der Erkrankung als schwierig galt und man sich in vielen Belangen uneinig war. Zentral für die Militärpsychiatrie war die psychopathische Konstitution, auf der viele ihrer ätiologischen Überlegungen zur Kriegshysterie aufbauten. Risikofaktoren wie die herausfordernden Bedingungen des Krieges, Suchtverhalten oder körperliche Einschränkungen wurden zwar diskutiert, diesen lag jedoch stets die individuelle Prädisposition zu Grunde. Das lässt sich zwar einerseits mit fehlendem Weitblick in der medizinischen Forschung zu diesem Zeitpunkt erklären, war aber andererseits auch stark mit den Interessen des Staates, die die Militärpsychiater vertraten, verknüpft. Die Anerkennung der Kriegsneurose als reine Kriegsfolge hätte gravierende finanzielle Probleme mit sich getragen, weshalb dies in großen Teilen abgelehnt wurde. Diese Problematik wurde besonders durch die Auseinandersetzung mit dem Begriff der „Rentenneurose“ oder „Rentenhysterie“ deutlich. Die Psychoanalytiker folgten diesbezüglich ihren eigenen Theorien und weiteten diese durch das Aufkommen der Kriegshysterie aus. Für sie lag der Schlüssel zur Erkrankung in der psychoanalytischen Triebtheorie verankert. Sie entwickelten ihre eigenen Behandlungsmethoden: darunter fielen Traumdeutung und Gesprächstherapie, aber allen voran die „Kathartische Methode“, welche von Breuer und Freud konzipiert wurde. In der analysierten Quelle fokussiert sich auch der Militärpsychiater Nonne in seiner Methodik auf Hypnose. Andere Militärpsychiater bevorzugten oft „härtere“ Behandlungsmethoden, wobei auch Nonne selbst für eine gewisse Härte im Umgang mit Kriegsneurotikern plädierte. An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass diese Härte und der Fokus auf die „Heilung“ der Erkrankung wieder eng mit den staatlichen Interessen der Militärpsychiater verknüpft waren. Dieses Interesse war bei den Psychoanalytikern weniger ausgeprägt, weshalb sie sich eher auf die Ätiologie und Überlegungen zu einer langfristig wirksamen und sanfteren Behandlungsweise fokussieren konnten. Dieser Faktor dürfte mitunter auch die kritische Einstellung

vieler Militärpsychiater gegenüber den Kriegsneurotikern geprägt haben, wenngleich gezeigt werden konnte, dass viele dieser Überzeugungen von rassenhygienischen und konservativen Idealen gezeichnet waren. Grundsätzlich muss betont werden, dass sich viele der Erkenntnisse, die sowohl Psychiater als auch Psychoanalytiker präsentieren, auf die Präsentation eigener, ausgewählter Fallakten beziehen. In diesem Aspekt nehmen die Psychiater öfter Bezug auf bereits bestehende medizinische Erkenntnisse zu dieser Zeit, während sich alle hier diskutierten Psychoanalytiker auf die Theorien Freuds stützen und diese mit eigenen Patientenakten zu untermauern versuchen. Die Analyse zeigte ebenso, dass sich der vor dem Ersten Weltkrieg bereits entstandene Interessenskonflikt und Kampf um Deutungshoheit zwischen der Psychiatrie und der Psychoanalyse weiterzog, worauf auch viele direkte gegenseitige Bezugnahmen hinweisen. Während die Theorien zur Ätiologie im Grunde verschieden sind, wurden doch einige Parallelen in den Behandlungsmethoden und Überlegungen zur Wirksamkeit sichtbar. Dies ist sowohl auf die bereits vorherige medizinische Erfahrung der Psychoanalytiker, aber auch auf den allgemeinen Einfluss Charcots auf den Umgang mit Hysterie, der sich im Kriegsneurosendiskurs weiterhin durchzog, zurückzuführen.

Die Arbeit ermöglichte zwar eine direkte und detailreiche Gegenüberstellung psychoanalytischer und militärpsychiatrischer Theorien und Methoden, kann aber trotzdem große Forschungslücken im wissenschaftlichen Diskurs über die „Kriegszitterer“ nicht füllen. Es hätte sich hier angeboten, noch auf die Zwischenkriegszeit einzugehen, um die hier diskutierten Ideale und die Wirkung der Behandlungsmethoden weiter verfolgen zu können. Zusätzlich muss betont werden, dass nur eine ausgewählte Gruppe von Psychiatern und Psychoanalytikern diskutiert wurde. Hätte man diese Perspektiven ausgeweitet, wären vermutlich noch andere Aspekte in die Thematik miteingeflossen. Der bekannte „Konflikt“ zwischen Freud und Wagner-Jauregg⁵⁴⁹ fand in der Arbeit aufgrund des fehlenden Fokus der Psychiater auf die Elektrotherapie beispielsweise auch keinen Eingang, wenngleich diese Thematik für die vorliegende Arbeit womöglich Interesse gewesen wäre. Ebenso fokussiert sich die Arbeit stark auf Soldaten und Offiziere, während andere Personengruppen, die womöglich auch unter kriegshysterischen Symptomen gelitten haben könnten und genauso die gravierenden Folgen des Krieges tragen mussten, keine Aufmerksamkeit in der Arbeit finden.⁵⁵⁰

⁵⁴⁹ Julius Wagner-Jaureg musste sich nach dem Krieg vor einer Kommission für seine Behandlungsmethoden bei Kriegszitterern während des Krieges verantworten. Sigmund Freud wurde dafür als externer Gutachter herangezogen. S. hierzu: Kurt R. Eissler, *Freud und Wagner-Jauregg vor der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen*, Veröffentlichungen des Ludwig-Boltzmann-Institutes für Geschichte und Gesellschaft 55 (Wien 1979).

⁵⁵⁰ S. zu diesem Thema beispielsweise: *Hämmerle*, Ausüben und Erleiden kriegerischer Gewalt in geschlechtergeschichtlicher Perspektive. Das Beispiel des Ersten Weltkriegs (1914/1918).

Eine geschlechtergeschichtliche oder alltagsgeschichtliche Perspektive auf die Kriegsneurose wäre hier sicherlich auch spannend gewesen. Die Arbeit verdeutlicht vielmehr die prekäre Situation psychisch erkrankter Opfer des Ersten Weltkrieges und bietet einen neuen, detaillierten Blick auf die Zusammenhänge und Unterschiede zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse, die beide die heutige Psychotherapie maßgeblich geprägt haben. Eine historische Aufarbeitung nach diesem Schema für andere psychologische Erkrankungen, die bestimmte Zeitperioden prägten, wären in diesem Umfang sicherlich ebenso von Interesse und förderlich für die Weiterentwicklung des Feldes der Psychotraumatologie.

8. Literaturverzeichnis

Karl *Abraham*, Erstes Koreferat. In: Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Diskussion gehalten auf dem V. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Budapest, 28. und 29. September 1918, herausgegeben von Sigmund Freud, Sándor Ferenczi, Karl Abraham, Ernst Simmel, Ernest Jones, 31–41 Internationale Psychoanalytische Bibliothek 1 (Leipzig/Wien 1919).

George *Beard*, Neurasthenia or nervous exhaustion. The Boston Medical and Surgical Journal 3, Nr. 13 (1869) (1869) 217–221.

Otto *Binswanger*, Die Hysterie (Wien 1904).

Otto *Binswanger*, Die Kriegshysterie. In: Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Geistes- und Nervenkrankheiten. Erster Teil, herausgegeben von Karl Bonhoeffer, 45–67 Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen 4 (Leipzig 1922).

Philipp *Blom*, Der taumelnde Kontinent: Europa 1900-1914. Deutsche, Überarbeitete Auflage. (München 2009).

Karl *Bonhoeffer* (Hg.), Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Geistes- und Nervenkrankheiten. Erster Teil Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen 4 (Leipzig 1922).

Karl *Bonhoeffer*, Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathie und Ätiologie der Geisteskrankheiten. In: Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Geistes- und Nervenkrankheiten. Erster Teil, herausgegeben von Karl Bonhoeffer, 3–44 Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen 4 (Leipzig 1922).

Karl *Bonhoeffer*, Vorwort. In: Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Geistes- und Nervenkrankheiten. Erster Teil, herausgegeben von Otto Von Schjerning Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen 4 (Leipzig 1922).

Josef *Breuer*, Sigmund *Freud*, Studien über Hysterie. Reprint der Erstausgabe. (Frankfurt am Main 1895).

Steffen *Bruendel*, Ideologien. Mobilmachungen und Desillusionierungen. In: Erster Weltkrieg. Kulturwissenschaftliches Handbuch, herausgegeben von Niels Werber, Stefan Kaufmann, Lars Koch, 280–310 (Stuttgart 2014).

Georges *Didi-Huberman*, Silvia *Henke*, Erfindung der Hysterie. Die photographische Klinik von Jean-Martin Charcot (München 1997).

Wolfgang U. *Eckart*, Kriegsgewalt und Psychotrauma im Ersten Weltkrieg. In: Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung, herausgegeben von Günter H. Seidler, Wolfgang U. Eckart, 85–105 Reihe Psyche und Gesellschaft (Gießen 2005).

Wolfgang U. *Eckart*, Medizin und Krieg. Deutschland 1914-1924 (2014).

Wolfgang U. *Eckart*, Günter H. *Seidler*, Einleitung: „Psychotraumatologie“, eine Disziplin im Werden. In: Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung, herausgegeben von Günter H. Seidler, Wolfgang U. Eckart, 7–25 Reihe Psyche und Gesellschaft (Gießen 2005).

Alois *Ecker*, Kriegsneurosen im Ersten Weltkrieg. Der Diskurs der frühen Psychoanalyse zu Kriegsneurosen und Kriegstraumata. PSYCHE. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, In Druck.

Kurt R. *Eissler*, Freud und Wagner-Jauregg vor der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen Veröffentlichungen des Ludwig-Boltzmann-Institutes für Geschichte und Gesellschaft 55 (Wien 1979).

Sándor *Ferenczi*, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. In: Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Diskussion gehalten auf dem V. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Budapest, 28. und 29. September 1918, herausgegeben von Sigmund Freud, Sándor Ferenczi, Karl Abraham, Ernst Simmel, Ernest Jones, 9–30 Internationale Psychoanalytische Bibliothek 1 (Leipzig/Wien 1919).

Esther *Fischer-Homberger*, Der Erste Weltkrieg und die Krise der ärztlichen Ethik. In: Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985, herausgegeben von Johanna Bleker, Heinz-Peter Schmiedebach, Christine Eckelmann, 122–134 (Frankfurt am Main 1987).

Esther *Fischer-Homberger*, Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden. Unveränderte Neuauflage. Edition Psychosozial (Gießen 2004).

Esther *Fischer-Homberger*, Krankheit Frau. Zur Geschichte der Einbildungen. 2. Auflage. Sammlung Luchterhand 498 (Darmstadt 1988).

David *Freis*, Psyche, Trauma und Kollektiv - Der psychiatrische Diskurs über die erschütterten Nerven der Nation. In: Nerven und Krieg. Psychische Mobilisierungs- und Leidenserfahrungen in Deutschland (1900-1939), herausgegeben von Gundula Gahlen, Ralf Gnosa, Oliver Janz, 53–75 Krieg und Konflikt 10 (Frankfurt/New York 2020).

Sigmund *Freud*, Einleitung. In: Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Diskussion gehalten auf dem V. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Budapest, 28. und 29. September 1918, herausgegeben von Sigmund Freud, Sándor Ferenczi, Karl Abraham, Ernst Simmel, Ernest Jones, 1–7 Internationale Psychoanalytische Bibliothek 1 (Leipzig/Wien 1919).

Sigmund *Freud*, Sándor *Ferenczi*, Karl *Abraham*, Ernst *Simmel*, Ernest *Jones*, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Diskussion gehalten auf dem V. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Budapest, 28. und 29. September 1918 Internationale Psychoanalytische Bibliothek 1 (Leipzig/Wien 1919).

Gundula *Gahlen*, Nerven, Krieg und militärische Führung. Psychisch erkrankte Offiziere in Deutschland (1890–1939) Krieg und Konflikt 17 (Frankfurt/New York 2022).

Robert *Gaupp*, Schreckneurosen und Neurasthenie. In: Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Geistes- und Nervenkrankheiten. Erster Teil, herausgegeben von Karl Bonhoeffer, 68–101 Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen 4 (Leipzig 1922).

Peter *Gay*, Joachim A. *Frank*, Freud. Eine Biographie für unsere Zeit. Deutsche Erstausgabe, 2. Auflage. (Frankfurt am Main 1989).

Ilse *Grubrich-Simitis*, Urbuch der Psychoanalyse. Hundert Jahre Studien über Hysterie von Josef Breuer und Sigmund Freud. Psyche: Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 49, Nr. 12 (1995) (1995) 1117–1155, doi:10.21706/ps.

Christa *Hämmerle*, Ausüben und Erleiden kriegsgerichtlicher Gewalt in geschlechtergeschichtlicher Perspektive. Das Beispiel des Ersten Weltkriegs (1914/1918). In: Geschlecht, Gewalt und Gesellschaft. Interdisziplinäre Perspektiven auf Geschichte und Gegenwart, herausgegeben von Eva Labouvie, 189–208 Gender Studies (Bielefeld 2023).

Christa *Hämmerle*, Opferhelden? Zur Geschichte der k.u.k. Soldaten an der Südwestfront. In: Krieg in den Alpen. Österreich-Ungarn und Italien im Ersten Weltkrieg (1914 – 1918), herausgegeben von Nicola Labanca, Oswald Überegger, 155–180 (Wien/Köln/Weimar 2015).

Hans-Georg *Hofer*, Effizienzsteigerung und Affektdisziplin. Zum Verhältnis von Kriegspsychiatrie, Medizin und Moderne. In: Aggression und Katharsis. Der Erste Weltkrieg im Diskurs der Moderne,

herausgegeben von Petra Ernst, Sabine A. Haring, Werner Suppanz, 219–242 Studien zur Moderne 20 (Wien 2004).

Hans-Georg *Hofer*, Mobilisierte Medizin. Der Erste Weltkrieg und die Wiener Ärzteschaft. In: Im Epizentrum des Zusammenbruchs. Wien im Ersten Weltkrieg, herausgegeben von Alfred Pfoer, Andreas Weigl, 302–309 (Wien 2013).

Hans-Georg *Hofer*, Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920) (Böhlau 2004).

Hans-Georg *Hofer*, Was waren „Kriegsneurosen“? Zur Kulturgeschichte psychischer Erkrankungen im Ersten Weltkrieg. In: Der Erste Weltkrieg im Alpenraum. Erfahrung, Deutung, Erinnerung = La Grande Guerra nell'arco alpino: esperienze e memoria, herausgegeben von Hermann J. W. Kuprian, Oswald Überegger, 309–322 Veröffentlichung des Südtiroler Landesarchivs 23 (Innsbruck 2006).

Paul *Hoff*, Otto Binswanger (1852–1929). American Journal of Psychiatry 159, Nr. 4 (2002) (2002) 538–538, doi:10.1176/appi.ajp.159.4.538.

Bernd *Holdorff*, Hermann Oppenheims „traumatische Neurose“ - Aufstieg und Niedergang eines umstrittenen Konzepts. In: Hermann Oppenheim – ein Begründer der Neurologie, herausgegeben von Heiko Bewermeyer, Katrin Bewermeyer, Marcus Gerwig, Bernd Holdorff, Axel Karenberg, Hans-Dieter Mennel, Anja Pech, 108–122 (Stuttgart 2016).

Hysterie im Dorsch Lexikon der Psychologie, online unter <<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/hysterie>>, (24.03.2025).

Hysterie im Spektrum Lexikon der Psychologie, online unter <<https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/hysterie/6886>>, (24.03.2025).

Julia *Köhne*, Kriegshysteriker. Strategische Bilder und mediale Techniken militärpsychiatrischen Wissens (1914–1920) Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 106 (Husum 2009).

Jean *Laplanche*, Jean-Bertrand *Pontalis*, The Language of Psychoanalysis (London), online unter <<https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=de1c623a-c88c-3222-9e94-ea06823e2d64>>, (06.05.2025).

S. *Lemke*, Die posttraumatischen Belastungsstörungen bei deutschen Soldaten des 1. Weltkrieges: Eine medizinhistorische Studie. Der Nervenarzt 78, Nr. 1 (01.2007) (01.2007) 92–99, doi:10.1007/s00115-006-2103-1.

Paul *Lerner*, „NIEDER MIT DER TRAUMATISCHEN NEUROSE, HOCH DIE HYSTERIE“. Zum Niedergang und Fall des Hermann Oppenheim (1889–1919). Psychotherapie 2, Nr. 1 (1997) (1997) 16–22.

Paul *Lerner*, Rationalizing The Therapeutic Arsenal. German Neuropsychiatry in World War I. In: Medicine and Modernity. Public Health and Medical Care in Nineteenth- and Twentieth-Century Germany, herausgegeben von Geoffrey Cocks, Manfred Berg, 121–148 Publications of the German Historical Institute (Cambridge 1997).

Helmut *Lethen*, „Knall an sich“. Das Ohr als Einbruchsstelle des Traumas. In: Modernität und Trauma. Beiträge zum Zeitenbruch des Ersten Weltkrieges, herausgegeben von Inka Müller-Bach, 192–210 Edition Parabasen (Wien 2000).

Wolfgang *Maderthaner*, Der moderne Massenkrieg. In: Parteien und Gesellschaft im Ersten Weltkrieg. Das Beispiel Österreich-Ungarn, herausgegeben von Maria Mesner, Robert Kriechbaumer, Michael Maier, Helmut Wohnout, 193–208 (Wien 2014).

Philipp Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 13., Überarbeitete Auflage. (Weinheim Basel 2022).

Inka Mülder-Bach, Einleitung. In: Modernität und Trauma. Beiträge zum Zeitenbruch des Ersten Weltkrieges, herausgegeben von Inka Mülder-Bach, 7–18 Edition Parabasen (Wien 2000).

Pedro Muñoz, Sílvia Correia, The Great War and the Fifth International Psychoanalytic Congress in Budapest. Psychoanalysis in the 1910s. Historia Crítica, Nr. 84 (2022) (2022) 3–27, doi:10.7440/historit84.2022.01.

Stephanie Neuner, Die Rückkehr in den Alltag. Zur sozioökonomischen und gesundheitlichen Situation psychisch Kriegsbeschädigter in der Zwischenkriegszeit. In: Psychiatrie im Ersten Weltkrieg, herausgegeben von Thomas Becker, Heiner Fangerau, Peter Fassl, Hans-Georg Hofer, Markwart Herzog, 2. Auflage., 387–408 Irseer Schriften 12 (Tübingen 2021).

Karen Nolte, Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900 Geschichte und Geschlechter 42 (Campus 2003).

Max Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918. In: Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Geistes- und Nervenkrankheiten. Erster Teil, herausgegeben von Karl Bonhoeffer, 102–121 Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen 4 (Leipzig 1922).

Christoph Nübel, „Die Waffe Mensch“. Sport, Ausbildung und soldatische Selbstständigkeit in der Zeit des Ersten Weltkrieges. Militärgeschichtliche Zeitschrift 80, Nr. 2 (2021) (2021) 261–287, doi:10.1515/mgzs-2021-0047.

Christoph Nübel, Zur Ambivalenz der Zermürbung – Die „Nerven“ der Frontsoldaten in öffentlichen und privaten Kriegsdeutungen 1914-1918. In: Nerven und Krieg. Psychische Mobilisierungs- und Leidenserfahrungen in Deutschland (1900-1939), herausgegeben von Gundula Gahlen, Ralf Gnosa, Oliver Janz, 101–119 Krieg und Konflikt 10 (Frankfurt/New York 2020).

Hermann Nunberg, Allgemeine Neurosenlehre. Auf psychoanalytischer Grundlage. 3., Unveränderte Auflage. (Bern/Stuttgart/Wien 1971).

Verena Pawlowsky, Harald Wendelin, Der Krieg und seine Opfer. Kriegsbeschädigte in Wien. In: Im Epizentrum des Zusammenbruchs. Wien im Ersten Weltkrieg, herausgegeben von Alfred Pfoer, Andreas Weigl, 310–317 (Wien 2013).

John S. Peck, Ernst Simmel. Psychoanalytic Pioneering in California. In: Psychoanalytic Pioneers, herausgegeben von Franz Alexander, Samuel Eisenstein, Martin Grotjahn, 373–383 (New Brunswick NJ 1995).

Petra Peckl, Krank durch die „seelischen Einwirkungen des Feldzuges“? Psychische Erkrankungen der Soldaten im Ersten Weltkrieg und ihre Behandlung. In: Krieg und medikale Kultur. Patientenschicksale und ärztliches Handeln in der Zeit der Weltkriege 1914-1945, herausgegeben von Livia Prüll, Philipp Rauh, 30–89 (Göttingen 2014).

Babette Quinkert, Philipp Rauh, Ulrike Winkler, Einleitung. In: Krieg und Psychiatrie 1914-1950, herausgegeben von Babette Quinkert, Philipp Rauh, Ulrike Winkler, 9–38 Beiträge zur Geschichte des Nationalsozialismus 26 (Göttingen 2013).

Joachim Radkau, Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler (München 1998).

Joachim Radkau, Die Wende zur „Willenskultur“ in der Nerventherapie und das nervöse Doppelgesicht des Krieges. In: Nerven und Krieg. Psychische Mobilisierungs- und Leidenserfahrungen in Deutschland

(1900-1939), herausgegeben von Gundula Gahlen, Ralf Gnosa, Oliver Janz, 37–52 Krieg und Konflikt 10 (Frankfurt/New York 2020).

Josef *Rattner*, Karl Abraham. In: Wandlungen der Psychoanalyse, herausgegeben von Josef Rattner, 9–30 (Wien/München/Zürich 1980).

Philipp *Rauh*, Der Münchener Kriegskongress der Psychiater und Neurologen vom September 1916 – Kontroversen, Inszenierungen und Ränkespiele. In: Psychiatrie im Ersten Weltkrieg, herausgegeben von Thomas Becker, Heiner Fangerau, Peter Fassl, Hans-Georg Hofer, Markwart Herzog, 2. Auflage., 43–66 Irseer Schriften 12 (Tübingen 2021).

Philipp *Rauh*, Die Behandlung der erschöpften Soldaten im Ersten Weltkrieg. In: Krieg und medikale Kultur. Patientenschicksale und ärztliches Handeln in der Zeit der Weltkriege 1914-1945, herausgegeben von Livia Prüll, Philipp Rauh, 90–125 (Göttingen 2014).

Peter *Riedesser*, Axel *Verderber*, Maschinengewehre hinter der Front. Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie Geschichte Fischer (Frankfurt 1996).

Thomas *Rohringer*, Kriegsbeschädigte und Kriegsfolgenbewältigung. In: Im Epizentrum des Zusammenbruchs. Wien im Ersten Weltkrieg, herausgegeben von Alfred Pfoser, Andreas Weigl, 318–325 (Wien 2013).

Wolfgang *Schäffner*, Das Trauma der Versicherung. Das Ereignis im Zeitalter der Wahrscheinlichkeit. In: Modernität und Trauma. Beiträge zum Zeitenbruch des Ersten Weltkrieges, herausgegeben von Inka Mülder-Bach, 104–120 Edition Parabasen (Wien 2000).

Heinz *Schott*, Das psychische Trauma in medizinhistorischer Perspektive – von Paracelsus zu Freud. In: Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung, herausgegeben von Günter H. Seidler, Wolfgang U. Eckart, 41–55 Reihe Psyche und Gesellschaft (Gießen 2005).

Michael *Schröter*, Auf eigenem Weg. Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland bis 1945 (Göttingen 2023).

Peter *Schwarz*, „Die Opfer sagen, es war die Hölle“. Vom Tremolieren, Faradisieren, Hungern und Sterben. Krieg und Psychiatrie in Wien. In: Im Epizentrum des Zusammenbruchs. Wien im Ersten Weltkrieg, herausgegeben von Alfred Pfoser, Andreas Weigl, 326–335 (Wien 2013).

Ben *Shepherd*, A War of Nerves. Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century (Cambridge 2001).

Edward *Shorter*, Geschichte der Psychiatrie Rowohlt's Enzyklopädie 55659 (Reinbek bei Hamburg 2003).

Edward *Shorter*, Kurt *Neff*, Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten (Reinbek bei Hamburg 1994).

Ernst *Simmel*, Zweites Koreferat. In: Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Diskussion gehalten auf dem V. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Budapest, 28. und 29. September 1918, herausgegeben von Sigmund Freud, Sándor Ferenczi, Karl Abraham, Ernst Simmel, Ernest Jones, 42–60 Internationale Psychoanalytische Bibliothek 1 (Leipzig/Wien 1919).

Andreas *Ströhle*, Jana *Wrase*, Henry *Malach*, Christof *Gestrich*, Andreas *Heinz*, Karl *Bonhoeffer* (1868–1948). American Journal of Psychiatry 165, Nr. 5 (2008) (2008) 575–576, doi:10.1176/appi.ajp.2008.07061031.

Susanne *Ude-Koeller*, „Bis zur Unlöslichkeit verwickelt“ - Zum Konzept von „Krieg und Geistesstörung“ bei Gustav Specht. In: Nerven und Krieg. Psychische Mobilisierungs- und Leidenserfahrungen in Deutschland (1900-1939), herausgegeben von Gundula Gahlen, Ralf Gnosa, Oliver Janz, 77–98 Krieg und Konflikt 10 (Frankfurt/New York 2020).

Bernd *Ulrich*, Die Kriegpsychologie der zwanziger Jahre und ihre geschichtspolitische Instrumentalisierung. In: Modernität und Trauma. Beiträge zum Zeitenbruch des Ersten Weltkrieges, herausgegeben von Inka Mülder-Bach, 63–78 Edition Parabasen (Wien 2000).

Bernd *Ulrich*, Die Nerven und Nervositätsdebatte vor 1914 – Organische Schwäche oder traumatische Neurose. In: Nerven und Krieg. Psychische Mobilisierungs- und Leidenserfahrungen in Deutschland (1900-1939), herausgegeben von Gundula Gahlen, Ralf Gnosa, Oliver Janz, 21–36 Krieg und Konflikt, Band 10 (Frankfurt/New York 2020).

Otto *Von Schjerning*, Die Tätigkeit und die Erfolge der deutschen Feldärzte im Weltkriege. Zugleich Einleitung zu dem „Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege“ (Leipzig), online unter <<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb11123707?page=,1>>, (03.09.2025).

Hubert *Walter*, Sándor Ferenczi. In: Wandlungen der Psychoanalyse, herausgegeben von Josef Rattner, 53–86 (Wien/München/Zürich 1980).

Dorion *Weickmann*, Rebellion der Sinne. Hysterie – ein Krankheitsbild als Spiegel der Geschlechterordnung (1880-1920) (Frankfurt 1997).

Gerhard *Zenaty*, Sigmund Freud lesen. Eine zeitgemäße Re-Lektüre Psychoanalyse (Bielefeld 2022).