

**ZUM THEMA: DIE SEELISCHEN KRIEGS-FOLGEN DURCH
DEN ERSTEN WELTKRIEG**

Th. Müller, Uta Kanis-Seyfried, B. Reichelt, Renate Schepker (Hrsg.):

PSYCHIATRIE IN OBERSCHWABEN

Die „Weissenau“ bei Ravensburg zwischen Versorgungsfunktion und universitärer Forschung

Verlag Psychiatrie und Geschichte, ZfP Südwürttemberg (Anstalt des öffentlichen Rechts), Zwiefalten 2017. 399 S., € 19,80

ISBN 978-3-931200-24-4

In einer Zeit, in der die Welt zusehends von Gewalt jeglicher Art bis hin zu Terror, Krieg, Vertreibung und Flucht mit allen Folgen beunruhigt bis erschüttert wird, drängt sich immer häufiger ein uraltes Leiden mit neuerem Fachbegriff auf: gemeint ist die posttraumatische Belastungsstörung. Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie, bei denen dann wenigstens ein positiver Aspekt deutlich wird: Leid und leiden sind so alt wie die Menschheit, jetzt aber wenigstens mit wachsendem Forschungs-Interesse und entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und sogar präventiven Empfehlungen. Eines aber bleibt, ja muss unbeantwortet bleiben, nämlich die Frage: Wie sind Hunderte von Generationen mit dieser Extrem-Belastung fertig geworden – oder eben auch nicht. Viel ist aus früheren Generationen dazu nicht zu erfahren, von einigen mehr literarisch konzipierten Ausnahmen abgesehen. Eigentlich finden sich erst im Ersten Weltkrieg konkrete medizinische, vor allem psychiatrische Hinweise, die allerdings auch nicht von Verständnis oder gar Empathie getragen sind, woher auch. Deshalb kann es nicht schaden, wenn man sich einmal mit den wissenschaftlichen Befunden auseinandersetzt, die es dann doch gibt, sofern man sie dem Vergessen entreißt, wissenschaftlich aufarbeitet sowie verständlich und verständnisvoll darlegt.

Dies findet sich beispielsweise in dem Kapitel „*Hurrageschrei*“ und „*Granatschock*“ der Kultur- und Sozialwissenschaftlerin Dr. Uta Kanis-Seyfried, Leiterin der Wissen-

schaftlichen Bibliothek des ZfP Südwürttemberg am Standort Ravensburg-Weissenau in dem Buch *Psychiatrie in Oberschwaben*. Einzelheiten dazu siehe später. Zuvor einige Zeilen zum erwähnten, leider zeitlosen Thema:

Zur Symptomatik des „Granat-Schocks“

1914 begann ein Krieg, der alles Bisherige in den Schatten stellte, was Beteiligte und vor allem Waffensysteme und – neu und unfassbar grausam – chemische Angriffe angeht. Das führte zu körperlichen Verletzungen, wie sie bis dahin noch nie so detailliert beschrieben werden mussten und die – das war dann der zweite große Schlag – kaum auf angemessene Behandlung hoffen konnten (mit Ausnahme der in dieser Hinsicht ungeheuer geforderten „Prothesen-Industrie“).

Ein derart verstümmeltes und für den Rest des Lebens beeinträchtigt Opfer hatte dann aber wenigstens einen Vorteil, sofern man von Vorteil sprechen konnte: Jeder sah das Elend und akzeptierte, dass es das Leben verändern musste, einschließlich des näheren und sogar weiteren Umfelds. Anders jene Opfer, die nach außen hin noch einmal „davon gekommen schienen“, dafür unter einem so genannten „Granat-Schock“ litten, abfällig auch als „Kriegszitterer“ bezeichnet. Denn hier waren keinerlei organische Ursachen zu erkennen, ja, sie waren nicht einmal unter die damals bekannten „Geisteskrankheiten“ einzuordnen. Sie litten unter Weinkrämpfen, Lähmungserscheinungen, Erbrechen, Schlaflosigkeit, Zittern (vor allem dem völlig hilflos ausgelieferten „Ganzkörper-Zittern“), unter Angstzuständen, Depressionen und aggressiven Ausbrüchen ohne erkennbaren Grund. Und es waren keine Einzelfälle, sondern so viele und ständig zunehmend, dass in den front-nahen Militärlazaretten die Ärzte nicht nur überfordert, sondern völlig ratlos und hilflos blieben.

Unbewältigbare Versorgungs-Folgen

Da die Aufnahme-Kapazität überall bald erschöpft war, musste man Reservelazarette in oder häufig wenigstens in der Nähe von Heil- und Pflegeanstalten unterbringen, bis schließlich – reichlich spät – spezielle Kriegsneurotiker-Lazarette eingerichtet wurden (die fachliche Diagnose lautete: „Neurose“ bzw. „Hysterie“, was ja beides nicht zutraf, sondern die diagnostische Ratlosigkeit charakterisierte).

Das aber reichte nicht, schon gar nicht zu Beginn bis Mitte des Ersten Weltkriegs, wo man noch Sieges-Hoffnung hatte und andere Schwerpunkte bediente. Schließlich mussten auch die psychiatrischen Anstalten psychisch erkrankte Militärangehörige übernehmen, obgleich dort schon der Pflegenotstand (und Nahrungsmittel-Mangel) herrschten, denn die Mobilmachung beraubte diesen Kliniken in kurzer Zeit drei Viertel ihres männlichen Personals.

Der „Ersatz durch Wärterinnen“, selbst auf den Männerabteilungen, bewährte sich jedoch auf das Beste, vor allem was die Sauberkeit, den Tonfall unter Patienten und Personal sowie die Pflege der Kranken anbelangt, wie voller Respekt allseits zugegeben wurde. Die Folge war übrigens auch später in Friedenszeiten eine konstruktive Mischung aus beiden Geschlechtern. Allerdings wurde die Pflegesituation schon bei grundlegenden Bedürfnissen immer schwieriger, was von Brennstoffen und Haushaltsgegenständen bis zu Bekleidung und Seife ging. Auch die Verpflegung wurde immer unzureichender, was in manchen Anstalten in den Kriegsjahren sogar zu Hungerkrankheiten und Tod führte. Denn die Einschränkung der Nahrungsmittel führte beispielsweise bei Tuberkulösen zum erneuten Aufflackern der Krankheitsprozesse – mit allen Konsequenzen. Auch Grippe-Epidemien forderten unter diesen Bedingungen mehr Opfer als sonst.

Seelische, psychosomatische und psychosoziale Folgen

Ein besonderes Problem aber war die psychische Situation mancher Front-Opfer. So sollen laut „Sanitätsbericht über das Deutsche Heer im Weltkriege 1914/1918“ mehr als 600.000 Soldaten allein an Erkrankungen des Nervengebietes behandelt worden sein. Dabei versuchte man aber den größten Teil der ohnehin schwer erklärbaren Beschwerden ursächlich auf frühere Zeiten vor dem Fronteinsatz zu verlegen, um etwaige Rentenansprüche zu blockieren. Stichwort: Mögliche erbliche Veranlagungen sowie andere „Vorschäden“ sozialer oder körperlicher Art, die die „hysterischen Anfälle“ bzw. „neurotischen“ Reaktionen erklären könnten.

Das betraf sogar jene Opfer, die im Schützengraben verletzt wurden, bis hin zu Splitterverletzungen am Kopf, was aber zur abschließenden Beurteilung des Geisteszustands nicht ins Gewicht fiel (bzw. fallen durfte). Dafür entlarvte die Wortwahl in den meisten Patientenakten eine eindeutige Einstellung zur damaligen Zeit, in der

nur ein „echter deutscher Mann“ etwas galt. Beispiele: „von Hause aus moralisch minderwertig“, „erblich vorbelastet“, „Psychopathie mit hysterischen Zügen“, „weich veranlagte, reizbare, mit sich selbst und der Welt unzufriedene Neuro- und Psychopathen“, „Degenerierte“, „Hysteriker“ und „plumpe Simulanten“ u.a.m.

Auch nach dem Ersten Weltkrieg änderte sich für den größten Teil der Betroffenen wenig, zumal sich die deutschen Psychiater in der Einschätzung dieser Krankheitsformen in zwei Lager zu spalten begannen: Die einen erklärten die epidemieartig zunehmenden psychiatrisch-neurologischen Erkrankungen als „traumatische Neurosen“ bzw. „Kriegsneurosen“, die anderen bedienten sich des abfälligen Terminus „Kriegshysterie“, was sich dann auch leider durchsetzte.

Therapeutische Hilflosigkeit

Um die Beschwerden zu behandeln, wendete man im ersten Kriegsjahr noch herkömmliche Bäder- und Freiluftkuren, Bettruhe, Arbeitstherapien oder Heimaturlaube an. Im Verlaufe des Krieges mussten zunehmend Schlaf- und Schmerzmittel verordnet werden. Waren diese erfolglos, wurden die Kranken mit einer Versehrten-Rente aus dem Kriegsdienst entlassen.

Zu diesem Zeitpunkt dominierte noch die Vorstellung von einer Art „Unfallneurose“, die als direkte neurologische Veränderung aufgrund eines äußeren Ereignisses begriffen wurde, sprich pausenlose Granat-Einschläge, Trommelfeuer, aber auch der Einsatz von Gas, Flammenwerfern bzw. Verschüttungen im Schützengraben. Vor allem für die Behandlung der „Kriegszitterer“ stand keine Basis an ausreichend geschultem therapeutischem Personal sowie an medikamentösen Hilfen zur Verfügung, geschweige denn adäquate psychologische, psychotherapeutische, soziologische oder sozialmedizinische Kenntnisse. Insbesondere die unscharfe Terminologie aufgrund überforderter fachlicher Ausbildung und Erkenntnisse führte zu jenen abwertenden Bezeichnungen wie Hysterie, Neurasthenie, Nervenschock, Zitterlähmung, traumatische Neurose u. a., die nicht nur die diagnostische Ratlosigkeit, sondern auch therapeutische Hilflosigkeit dokumentierten. Oder kurz: „Auf Diffuses reagierten die Ärzte mit Diffusität“. Dies nahm vor allem mit dem Übergang vom Bewegungskrieg zum Stellungskrieg im Winter 1915 dramatisch zu. So wurde es immer schwieriger,

den erforderlichen Nachschub für die kämpfende Truppe, aber auch kriegswichtige Produktionsstätten oder die Landwirtschaft zu sichern.

Vorurteile, Vorwürfe, Diffamierungen und ihre „Behandlung“

Da im Verlaufe des Krieges die Nervenkranken zur weitaus wichtigsten Kategorie aller Kranken der gesamten Armee wurden (so der Neuropsychiater und Generaloberarzt Robert Gaupp, 1917), wurde auch der Umgangston auf allen Ebenen schärfer. Vor allem die „Kriegszitterer“ bekamen alle nur erdenklichen (Vor-)Urteile des 19. Jahrhunderts zu spüren, in denen sich rassistische, sozial-darwinistische, klassen- oder auch nur landes-eigentümliche Irrationalismen widerspiegelten, um zu belegen, dass diese anlagebedingten „haltlosen Affektmenschen“, „Kriminelle“, „Entartete“, „reizbare Querulierer und Hetzer“ die geordnete Heeresstruktur zu unterminieren drohten und entsprechend in ihre Schranken verwiesen werden sollten.

Das zeigte sich vor allem in den Behandlungsmethoden. In der Annahme, dass Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten seien und Schockerlebnisse mittels eines Gegen-Schocks therapiert werden könnten, setzte man auf drastische Maßnahmen, die „zur Vernunft“ bringen und wieder kampffähig machen sollten. Das ging von elektrischen Starkstromstößen über absichtlich erzeugte Erstickungsanfälle („Kehlkopftherapie“) bis zu Hypnose und suggestiven Techniken (die noch am ehesten zu tolerieren waren). Und schließlich zu disziplinarischen Verfahren, die schon härter ausfielen, z. B. Zwangs-Exerzieren, Einzelhaft, Dunkelzimmer u. a.

So sah man sich beispielsweise genötigt, „starke faradische Ströme und scharfe Kommandos anzuwenden, da es die Zeit oft nicht erlaube, einen psychotherapeutisch schwierig zu beeinflussenden Fall mit sanftem Zuspruch umzustimmen“. Immerhin – so die zwiespältige Erkenntnis – „kam man bei intelligenten Leuten, insbesondere bei Offizieren, mit der geringsten elektrischen Kraft aus“...

Positive Ansätze

Es soll aber nicht verschwiegen werden, dass man damals unter erschwerten Bedingungen mit einer traumatisierten Klientel auch versuchte, so genannte kathartische Methoden, also Vorläufer der späteren Psychoanalyse einzusetzen, eine den Um-

ständen angepasste, kürzere psychoanalytische Behandlung. Das konnte sich allerdings nicht generell durchsetzen, vor allem weil auch die politischen Umwälzungen nach dem Kriege ganz neue Bedingungen schufen, bis hin zu Revolten in der Bevölkerung und sogar zu Aufständen in verschiedenen Anstalten und Reserve-Lazaretten.

Es gab aber auch in schwierigen Kriegszeiten die andere Seite, wie die Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten Schussenried und Weissenau belegt. So die Autorin Dr. Uta Kanis-Seyfried in ihrem informativen Kapitel: „Die Diskrepanz zwischen den schriftlich wiedergegebenen emotionalen Berichten der Kranken und den nüchternen, (scheinbar) empathielosen Kommentaren und Beurteilungen der behandelnden Ärzte lässt auf den ersten Blick wenig Verständnis für das Leiden der Patienten vermuten. Die Resultate der Gutachten sprechen jedoch eine andere Sprache: So wurde die überwiegende Zahl der militärischen Patienten im Weissenauer Lazarett entweder für vollkommen kriegsuntauglich befunden oder bedingt tauglich in Ersatztruppenteile fern der Front versetzt“.

Das hatte allerdings auch zwei Seiten. Denn wer mehrheitlich als psychisch vorgeschädigt oder generell „schwachsinnig“ eingestuft wurde, hatte als nicht-kriegsbeschädigter Kranker kein Recht auf eine Rente, war aber aufgrund seines Beschwerdebildes kaum oder gar nicht mehr in der Lage, seinen Lebensunterhalt selber zu verdienen.

Informative psychiatrie-historische Übersicht

Der Sammelband *Psychiatrie in Oberschwaben* ist ein faktenreicher und sorgfältig redigierter Beitrag zu dem inhalts- und folgenreichen Themen-Spektrum zur Geschichte der Psychiatrie und angrenzender Gebiete in dieser Region. Historisch untersucht und gut dokumentiert werden Fragen der Fürsorge und der Unterbringung seelisch kranker Menschen, der Entwicklung verschiedener Berufsfelder und die Geschichte einzelner Subdisziplinen der Psychiatrie. 15 Experten geben Einblick in den internationalen Wissenstransfer, den Funktionswandel psychiatrischer Einrichtungen sowie deren Zweckentfremdung in den beiden Weltkriegen. Abgerundet wird das Forschungs-Angebot durch Studien zur Psychiatrie im Nationalsozialismus oder zum Geschlechterverhältnis im Rahmen der im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen.

„Die Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg setzen sich mit ihrer Geschichte auseinander und fördern eine Kultur der historischen Aufarbeitung und des Geschichtsbewusstseins“, so der Geschäftsführer der Zentren für Psychiatrie in Südwürttemberg und Reichenau, Dr. Dieter Grupp. „Das Württembergische Psychiatriemuseum in Zwiefalten, die aktive Erinnerungskultur an die Opfer der Nationalsozialistischen Gewaltherrschaft in den Zentren, das Denkmal der Grauen Busse, der Zwiefalter Verlag für Psychiatrie und Geschichte und nicht zuletzt ein aktiver Forschungsbereich „Geschichte der Medizin“ in Weissenau belegen den hohen Stellenwert, den diese Institutionen der Beschäftigung und Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen und politischen Dimension ihrer Tätigkeit beimessen“.

Ein vielschichtiges Informations-Angebot, das nicht nur historisch oder psychiatrisch Interessierte zum Nachdenken anregen sollte. Vor allem in dieser zunehmend unruhigen Zeit (VF).