

„NIEDER MIT DER TRAUMATISCHEN NEUROSE, HOCH DIE HYSTERIE“*

Zum Niedergang und Fall des Hermann Oppenheim (1889-1919)**

Paul Lerner

Zusammenfassung

In einem kurzen Abriß wird die historische Entwicklung der Diagnose der traumatischen Neurose beschrieben, die eng mit dem Namen des Berliner Neurologen Hermann Oppenheim verknüpft ist. Diese Diagnose entstand aus der Beobachtung von Symptomen, die bei Betroffenen nach Eisenbahn- oder Werkunfällen zu beobachten waren und die aus heutiger Sicht viele Gemeinsamkeiten mit den Symptomen der akuten Streßreaktion und der posttraumatischen Belastungsstörung zeigen. Diese Diagnose stand jedoch von Anfang an im Kreuzfeuer der Kritik und im Gegensatz zu Diagnosen wie hysterische Neurose, Renten-neurose und Simulation. Die Auseinandersetzung um das Konzept der traumatischen Neurose kumulierte im Ersten Weltkrieg bei den sog. Kriegszitterern und führte zu einer vehementen Zurückweisung dieser Diagnose zugunsten der einer „männlichen Hysterie“.

Schlüsselwörter:

Traumatische Neurose - hysterische Neurose - männliche Hysterie - posttraumatische Belastungsstörung

Summary

The historical development of the diagnosis of a traumatic neurosis, closely connected with the Berlin neurologist Hermann Oppenheim, is shortly outlined. This diagnosis emerged out of the observation of symptoms presented by sufferers of railway and factory accidents. The symptoms resembled nowadays symptoms of an acute stress reaction and a posttraumatic stress disorder. However, the diagnosis was from the beginning controversial and contrary to diagnoses such as hysterical neurosis, pension neurosis, and simulation. The controversy about the concept of traumatic neurosis accumulated during the First World War with the so called „Kriegszitterer“ and lead to a fierce rejection in favor of a „male hysteria“.

Keywords:

Traumatic neurosis - hysterical neurosis - male hysteria - post-traumatic stress disorder

Kurz vor dem Ende des Ersten Weltkrieges bedauerte der Psychiater Robert Gaupp, daß „... im Laienpublikum die Meinung entstanden (ist), daß der Krieg eine Quelle schweren nervlichen oder geistigen Siechtums sei“. Doch betonte er: „Dies ist gottlob nicht richtig“ (10). Eine ähnliche Bemerkung machte sein Kollege Ewald Stier: „Auch die Ärzte sind ... der übertriebenen allgemeinen Volksneigung von der „nervenzerrüttenden“ Wirkung des Krieges vielfach unterlegen“ (40, S. 171).

Gaupp und Stier waren natürlich die zahlreichen Nervenzusammenbrüche, die während des Ersten Weltkrieges beobachtet wurden, nicht entgangen. Tatsächlich waren beide sehr mit Diagnosestellung, Therapie und Verwaltung von Zehntausenden neurotisch erkrankter Soldaten beschäftigt (zu entsprechenden Arbeiten siehe u.a. 7, 16, 17, 18, 42). Wie die meisten der deutschen Neurologen und Psychiater schrieben sie jedoch diese Zahlen weder dem intensiven psychischen und nervlichen Tribut des langen und grausamen Krieges zu noch dem erschütternden Einfluß der modernen Waffentechnik. Beide Männer richteten mehr den Blick auf die Rolle der

Medizin und bemängelten, daß das Wissen auf dem Gebiet der modernen Psychiatrie bei nichtspezialisierten Medizinern sehr begrenzt sei. Stier behauptete, Allgemeinärzte hätten aufgrund ihrer Unwissenheit häufig eine Fehldiagnose dieser von den Psychiatern als psychogen klassifizierten Zustände gestellt: Hysterische Reaktionen traten nach Meinung von Stier bei geistig minderwertigen Männern auf, denen es an Willensstärke und Patriotismus fehlte und die vor den unangenehmen Kriegsbedingungen in „das bequeme Bett der neurotischen Komplexe“ flohen und in den allermeisten Fällen keine Entschädigung verdienten. Stattdessen seien diese Zustandsbilder von Ärzten verheerend häufig falsch eingeschätzt und als legitime Kriegsfolgeerscheinungen anerkannt worden (40). Wie Stier in seinem nach dem Krieg verfaßten Statement zur Frage der Pensionsberechtigung formulierte, ist dem Staat durch inkompeteten Ärzte wegen Entschädigung der Kriegsveteranen eine enorme und unnötige finanzielle Belastung entstanden, die den gerade flügge gewordenen Weimarer Staat jährlich Milliarden von Reichsmark kostete (40). Auch der Berliner Neurologe Kurt Singer äußerte sich in ähnlicher Weise:

* „... der große Kampf gegen die traumatische Neurose wohl damit endete, daß dieselbe entthront wurde, aber der Wahlsatz lautet nun: ‚Nieder mit der traumatischen Neurose‘.“

Sarbo A.: Granatfernwirkungsfolgen und Kriegshysterie. Neurologisches Zentralblatt 1917; 36: 361.

** Lerner P: From traumatic neurosis to male hysteria: The decline and fall of Hermann Oppenheim, 1889-1919. In:

Lerner P and Micale M, Hrsg.: Traumatic pasts: history, psychiatry and trauma in the modern age, 1870-1930.

Cambridge im Druck.

„Das Chaos vergrößerte sich durch die wissenschaftliche und mit Feuereifer verfochtene Theorie einer ganzen Ärzteschule, die den neurotischen Komplex inhaltlich und in seinen Ausstrahlungen prinzipiell himmelweit von der Hysterie abtrennte und auch in den Rentenzumessungen dieselbe Weitherzigkeit walten ließ“ (39).

Gegenstand von Singers und Stiers Attacke waren die Theorie der „traumatischen Neurose“ und ihr Autor, der Berliner Neurologe Hermann Oppenheim. Die Theorie, die Oppenheim zum ersten Mal in den 1880ern formulierte und während des Ersten Weltkrieges wieder aufnahm, besagte, daß posttraumatische nervöse Symptome eine eigene diagnostische Entität darstellen und sich direkt aus den anatomischen oder psychischen Folgeerscheinungen der traumatischen Erfahrungen herleiten lassen. Die Mehrheit der Kollegen Oppenheims schrieb diese neurotischen Symptome hysterischen oder psychogenen Reaktionen zu und wies die Theorie der traumatischen Neurose mit zunehmender Feindseligkeit zurück, die in der Demütigung von Oppenheim auf der Kriegstagung der Deutschen Psychiater und Neurologen 1916 gipfelte.

Hermann Oppenheim und die traumatische Neurose

Hermann Oppenheim (1857-1919), wurde in einer etablierten jüdischen Familie im westfälischen Wartburg geboren, studierte Medizin in Bonn und schloß das Medizinstudium 1881 mit einer Dissertation über Ernährung und Nierenerkrankungen ab (13). Kurze Zeit später zog er nach Berlin, absolvierte eine kurze psychiatrische Ausbildung am Maison de Santé in Berlin-Schöneberg und wurde dann Assistenzarzt an der Charité bei Carl Westphal, einer der führenden Persönlichkeiten der „wissenschaftlichen“ Neuropsychiatrie. In dieser Umgebung entwickelte er seine Theorie der „traumatischen Neurose“. In seiner 1889 erschienenen Monographie (29) präsentierte der junge Neurologe 41 Kasuistiken, die auf seinen klinischen Erfahrungen an der Charité (1883-1888) basierten und männliche und weibliche Patienten mit Symptomen wie Desorientiertheit, Aphasie, Unfähigkeit zu stehen und verschiedene Schüttelzustände sowie Schlafstörungen als Folge von Eisenbahn- und Fabrikunfällen zeigten. Mit Ausnahme zweier Männer stammten alle aus der anwachsenden Berliner Arbeiterklasse; die meisten waren Eisenbahnwerker oder Arbeiter in Fabriken oder auf Baustellen. Bei 16 der 41 Fälle schienen die nervösen Symptome im Zusammenhang mit Eisenbahnunfällen zu stehen (3, 12, 37); 17 wurden nach Unfällen auf Baustellen und in Fabriken beobachtet und bei den übrigen acht Fällen konnten die Symptome auf andere Unfälle zurückgeführt werden.

Oppenheim vermutete, daß diese Zustände eine abgegrenzte Krankheitseinheit darstellten, die er „traumatische Neurose“ nannte. Der Kern dieser Erkrankung liege in nicht sichtbaren (und nicht behandelbaren) mikroskopischen Veränderungen des Gehirns oder zentralen Nervensystems, bedingt durch die physisch unangenehme Unfallereignisse. Diese Schädigung könnte die sensorischen Fähigkeiten der Betroffenen beeinträchtigen, Schmerzen verursachen und zeitweilig zu einer

Paralyse führen oder, wie er später vermutete, zu einer funktionellen Paralyse durch den Mechanismus der „Amnestica askina“, in der die Nerven rätselhafterweise „vergessen“, wie sie auf Reize reagieren. Aber diese Folgeerscheinungen des Traumas umfaßten nur die Hälfte von Oppenheims ätiologischen Vorstellungen. Was die Aufmerksamkeit vieler seiner Kritiker eigentlich auf ihn selbst lenkte und ihn erbarungslos zu einem rigiden Somatiker stempelte, war Oppenheims Erkenntnis, daß psychologische Konsequenzen des Traumas ebenfalls eine bedeutende Rolle spielen.

Er schrieb in der zweiten Auflage seines Buches:

„Für die Entstehung der Krankheit ist das physische Trauma nur zum Teil verantwortlich zu machen. Eine wichtige und in vielen Fällen selbst die Hauptrolle spielt das Psychische: der Schreck, die Gemütsbewegung. Die Verletzung kann allerdings auch dort, wo eine äußere Verwundung nicht vorliegt, direkte Folgezustände schaffen, die aber in der Regel keine wesentliche Bedeutung gewinnen würden, wenn nicht die krankhaft alterierte Psyche in ihrer abnormen Reaktion auf diese krankhaften Beschwerden die dauernde Krankheit schüfen“ (30).

Oppenheim formulierte seine Ideen im Kontext hitziger Debatten über Unfälle und ihre pathologischen Konsequenzen, nachdem sich neue Technologien im Bereich von Produktion, Vernichtung und Transport überall in Europa sich bemerkbar gemacht hatten. Die Debatten begannen um 1866, als der englische Chirurg John Eric Erichsen seine Studien über Überlebende von Eisenbahnunfällen und seine „Railway spine“-Diagnose publizierte. Der berühmte Pariser Neurologe Jean-Martin Charcot hatte schon vor Oppenheim posttraumatische Symptome beschrieben und sie mit der Hysterie in Verbindung gebracht. Dadurch hat er viel dazu beigetragen, die vage Assoziation zwischen der Krankheit Hysterie und dem weiblichen reproduktiven System aufzulösen (22). Für Charcot trat die Hysterie in der Folge von traumatischen Ereignissen bei jungen, robusten Männern (der Arbeiterklasse) auf, während für Oppenheim Hysterie und posttraumatische Neurosen getrennte diagnostische Entitäten blieben. Oppenheim postulierte, daß traumatische Neurosen hätten ihre eigenen Regeln und Prognosen, und sah ihre Symptome in direktem Zusammenhang mit dem Trauma. Er befürchtete, daß Charcots Diagnose einer traumatischen Hysterie zu großes Gewicht auf Ideen und Gedanken des Betroffenen legte und die Unterscheidung zwischen Krankheit und Simulation gefährlich verwischte. Obwohl er anerkannte, daß zu einem gewissen Grad eine Überschneidung zwischen den Symptomen der Hysterie (und Neurasthenie) und jenen der traumatischen Neurose bestand, hob Oppenheims Diagnose eher den primären pathogenetischen Effekt des Traumas hervor als die Wünsche, Befürchtungen und sekundäre mentale, mit Hysterie assoziierte Prozesse.

Die traumatische Neurose und ihre Gegner

Ähnlich wie Oppenheims eigene Karriere war die Theorie der traumatischen Neurose zu Beginn vielversprechend, erfuhr dann frühe Rückschläge und endete letztlich tragisch. Oppenheims Doktrin war im gewissen Sinne verurteilt durch

ihren großen Erfolg. 1884 etablierte Bismarck die Reichsversicherungsordnung mit Unfall- und Rentenversicherung, um u.a. mit dieser Maßnahme das revolutionäre Potential der organisierten Arbeiterklasse zu unterlaufen. Fünf Jahre später erkannte die Reichsversicherungskammer die posttraumatischen Neurosen als erstattungspflichtig an (7). Dies bedeutete, daß Arbeiter einen Anspruch auf Rente hatten, wenn ein Unfall sie nervlich oder geistig arbeitsunfähig machte. Gemäß dem deutschen „byzantinischen“ Rentensystem richtete sich die Höhe der Pension nach dem Ausmaß der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit, bedingt durch die bestehenden Symptome.

Bald danach wurde die Theorie der traumatischen Neurose für eine vermeintliche Epidemie von „Rentenneurosen“ verantwortlich gemacht. Im Kontext einer zunehmend kritischer werdenden Einstellung gegenüber einem wachsenden deutschen Wohlfahrtsstaat führte dies zu einem medizinisch-politischen Rückschlag, wobei vieles direkt gegen Oppenheim persönlich gerichtet war („Der Kampf richtete sich nicht nur gegen die Sache, sondern auch vielfach gegen die Person.“ [32, S. 258]). Obwohl faktisch die Häufigkeit von psychologisch begründeten Rentenanträgen gering war (5), generierte dieses Thema eine Panik, die in keinem Verhältnis zur Realität stand, so daß zeitgenössische Kritiker diese legislative Maßnahme als einen fatalen Irrtum für Deutschlands öffentliche Gesundheit und nationale Stärke ansahen.

Unter den Psychiatern war Alfred Hoche einer der schärfsten und offensten Kritiker der Doktrin der traumatischen Neurose. Hoche hielt Oppenheims Theorien verantwortlich für eine „nervöse Epidemie“, die er in seiner Ansprache als Rektor der Universität Freiburg 1910 beklagte:

„Vor 30 Jahren noch ein unbekannter Begriff, heute eine Krankheit, die als ein tatsächlicher Krebschaden am Organismus unserer gesamten Arbeiterschaft mit Recht Gegenstand schwerer Besorgnis ist. Diese Volksseuche ist nicht nur zeitlich nach dem Inkrafttreten der Unfallgesetzgebung entstanden, sondern auch in direkter, ursächlicher Abhängigkeit von ihr. Das Gesetz hat, daran ist kein Zweifel, die Krankheit erzeugt.“ ... „Der jetzt wohlbekannte Hergang ist dabei der, daß nach Unfällen, die an sich beliebig klein und belanglos sein können, nervöse Beschwerden der verschiedensten Art auftreten, verbunden mit einer allgemeinen hypochondrischen Verstimmung, die den davon Betroffenen arbeitsunfähig macht und ihm gleichzeitig das gesetzliche Recht eines nach dem Zustande abgestuften Rentenbezuges sichert. Es ist nicht so, wie man anfangs annahm, daß es sich um Simulation, um absichtliche Vortäuschung nicht vorhandener Beschwerden handelt. Die Menschen sind tatsächlich krank, aber sie würden - merkwürdig genug - gesund sein, wenn das Gesetz nicht wäre“ (14).

In der eben zitierten Passage schreibt Hoche die nach dem Unfall auftretenden Symptome dem pathologischen Begehren nach Rente zu und richtete das Augenmerk auf das Krankhafte der Ideen und Wünsche der Patienten. Die traumatischen Ereignisse haben für sich kein pathogenetisches Gewicht, in seiner Konzeption dienen sie lediglich ein wenig mehr als Entschuldigung oder einem Katalysator in dem unerbittlichen

Rentenbegehren, endemisch für die „arbeitscheue“ Arbeiterklasse.

Zahlreiche medizinische Kritiker teilten Hoche Einwände. Andere widersprachen Oppenheims Konzeption der traumatischen Neurose als autonome Krankheitseinheit und zogen eine Sichtweise vor, die von einem ganzen Bündel psychopathologischer Reaktionen auf ein Trauma ausging. Wieder eine andere Gruppe von Gegnern lasteten Oppenheim an, daß er die Rolle der Simulation außer acht ließ, d.h. das bewußte Vorgeben von Nervensymptomen zur Erlangung einer nicht gerechtfertigten Entschädigung. Schließlich gab es noch den Einwand der unterschätzten Rolle der Prädisposition; solche Ärzte gingen wie Charcot davon aus, daß die traumatische Erfahrung nur das katalysierende Moment für konstitutionell prämorbid Individuen war (6, 8). Allerdings verband diese verschiedenen Einwände die Sorge, daß die traumatische Neurose Deutschland teuer zu stehen komme und zu einer zunehmenden den Staat finanziell ausblutenden Epidemie führen könnte, die das produktive Potential untergrabe (6, S. 58).

Nach Oppenheim waren die Ärzte, die keine klinische Erfahrung in Neurologie und Psychiatrie aufwiesen, nicht in der Lage, die Legitimität von Symptomen ohne manifeste somatische Basis anzuerkennen. Sie neigten dazu, posttraumatische Zustände als pure Simulation zu interpretieren. Falls die Psychiater aber ihre Aufmerksamkeit auf das Trauma richteten, würden sie die psychologische Dimension betonen unter totalem Ausschluß der somatischen Seite. Die zunehmende Beachtung der Rentenfrage zuungunsten der Frage des Traumas als Ursache für die Pathologie beunruhigte ihn stark, wie er sich später erinnerte:

„Es lag in der Natur der Sache, daß für den Psychiater das psychische Trauma den entscheidenden Faktor bildete. Da war nun der nächste Schritt, daß nicht in der seelischen Erschütterung durch den Unfall, sondern in den Gemütsbewegungen des Rentenkampfes, dessen verschlimmernden Einfluß auch ich von vornherein betont hatte, die Ursache des Leidens erblickt wurde“ (32, S. 258).

Den Status seiner Theorie vor dem Krieg zusammenfassend, zog der Neurologe den Schluß:

“Das Wort traumatische Neurose (wurde) fast überall ausgemerzt und verpönt, der Begriff traumatische Hysterie anerkannt, aber mit dem Beigeschmack, daß es zwischen ihr und Simulation keine scharfe Grenze gibt. Das Trauma wird nicht von dem Unfall, sondern von den Begehrungsvorstellungen gebildet ... Da kam der Krieg“ (32, S. 259).

In den Jahren nach seinem Weggang von der Charité bis zum Beginn des Krieges hatte Oppenheim seine Aufmerksamkeit von der traumatischen Neurose abgewandt. In seiner privaten Praxis wurde er mit anderen Patienten und mit anderen Symptomen konfrontiert, und er konzentrierte seine Energien auf andere Themen, wie etwa die Psychopathologien von russischen Juden (31), und beschäftigte sich bis zum Anfang des Krieges zwei Jahrzehnte später nicht explizit mit dem Trauma.

In diesen Jahren wurden jedoch bedeutende Änderungen in der Psychiatrie und in der deutschen Gesellschaft sichtbar. Unter dem Einfluß von Emil Kraepelins diagnostischen System verankerten Ärzte wie Hoche, Sommer und Hellpach Psychologie und psychologische Beobachtung im Gebiet der Psychiatrie; parallel dazu widmeten sie mehr Aufmerksamkeit der Frage nach der Prädisposition zu geistigen und nervösen Störungen. Zusätzlich huldigten diese jüngeren Ärzte weniger dem „liberalen“ Individualismus, der die deutsche Medizin in der Mitte des 19. Jahrhunderts geprägt hatte. Während Oppenheims Ideen eine intensive Betrachtung des Individuums verlangten, repräsentierten Ärzte wie Hoche und Gaupp den wachsenden Einfluß kollektiver und organischer Perspektiven. Wie viele ihrer Kollegen in der eugenischen Bewegung neigten diese Ärzte dazu, die individuelle Gesundheit im Rahmen der Bedürfnisse der nationalen Gemeinschaft zu sehen (44, 45). Die Kombination von Generationswechsel, diagnostischen Präferenzen und unterstellter Epidemie der Renten neurose färbte auf die Ideen Oppenheims ab, auf die er während des Krieges zurückkam und die schließlich von der Diagnose der traumatischen Neurose zu der einer männlichen Hysterie führten.

Der Erste Weltkrieg und die traumatische Neurose

Als die deutschen Truppen nach einem schnellen Vormarsch durch Belgien und Nordfrankreich zum Stillstand kamen, begannen die Soldaten in epidemischem Ausmaß zusammenzubrechen und funktionelle Störungen des Sehens, des Hörens, der Sprache und des Ganges zu zeigen, ebenso wie Schlaflosigkeit, Zittern und unkontrollierbare Affektausbrüche. Oppenheim wurde mit genau dem Patiententypus konfrontiert, den er 25 Jahre zuvor an der Charité gesehen hatte: hauptsächlich Männer der Arbeiterklasse, die traumatische Ereignisse erlebt hatten. Ende Dezember 1914 wurde Berlins Kunstgewerbemuseum in ein Militärhospital umgewandelt, um mit der steigenden Zahl der Kriegsoffer fertig zu werden, wobei Oppenheim für zweihundert Betten zuständig war, die zur Behandlung der Nervenkranken bereitstanden (13, S. 72). Zunächst teilte Oppenheim nach seinen eigenen Angaben den Eindruck, daß die Symptome einer Kriegsneurose nur bei prädisponierten Individuen auftauchten, d.h., daß die traumatische Erfahrung im Vergleich zur Konstitution der Betroffenen eine sekundäre Rolle spielte:

„Bei diesem oder jenem Soldaten erfolgte ein nervöser Zusammenbruch, aber das waren ja Disponierte, Nervenschwächlinge oder Psychopathen. Die psychischen Traumen des Krieges schienen nur zur Reife zu bringen, was im Keime schon vorhanden war. Ich hatte anfangs denselben Eindruck“ (32, S. 258).

Nach längerer Konfrontation mit diesen Fällen kehrte Oppenheim zu seinen früheren Theorien zurück in einer Zeit, als die traumatische Neurose von den meisten seiner Kollegen verworfen worden war und nahezu synonym mit der epidemischen Renten hysterie wurde. So bemerkte er 1915:

„Bezüglich der Symptome und Symptomkomplexe, auf welche die Bezeichnung der traumatischen Neurose angewandt werden kann, hat der Krieg unsere früheren Erfahrungen bestätigt, unsere Kenntnisse vertieft und unseren Theorien eine festere Unterlage gegeben ...“ (32, S. 259).

Dadurch daß man eine Verbindung zwischen den Explosionen, Erschütterungen sowie den Schrecken des Krieges und den neurotischen Reaktionen sah, wurde die alte Debatte neu entfacht. Die Frage, ob Kriegsneurotiker die Diagnose einer traumatischen Neurose oder einer Hysterie erhalten, wurde während des Krieges zur größten Kontroverse im Bereich der Nervenheilkunde und erreichte ihren Höhepunkt auf dem Münchner Kongreß. Zwischen Dezember 1914, als die ersten Berichte von sich ausbreitenden Kriegsneurosen Deutschland erreichten, und dem Kongreß 1916 beschäftigten sich die meisten Neurologen und Psychiater mit der traumatischen Neurose. Bis auf wenige Ausnahmen attackierten sie die Theorie Oppenheims und gingen davon aus, daß die neurotischen Reaktionen von Natur aus psychogen (oder ideopathisch) seien und daher weniger mit traumatischen Erfahrungen zu tun hätten als vielmehr mit Angst, dem Bedürfnis nach Sicherheit oder einem (höchstwahrscheinlichen) Rentenbegehren bei konstitutionell prämorbidem Männern.

Drei grundsätzliche Argumente gegen die traumatische Neurose wurden ins Feld geführt (19): die auffallend seltenen Neurosen bei Kriegsgefangenen (Der Koblenzer Arzt Fritz Mohr beobachtete ein Sample von 12.000 Kriegsgefangenen, von denen 2.000 durch schweres Artilleriefeuer Schocks und Schüttellähmungen erlitten hatten, und konstatierte keinen einzigen Fall einer Neurose; Karl Wilmanns berichtet von nur fünf Fällen von Hysterie unter 80.000 Gefangenen und von keinem einzigen Fall unter 20.000 Gefangenen, die in der Schweiz interniert waren; und eine Studie über französische Gefangene in Baden ergab nur einen Fall von Hysterie unter 80.000 Männern. Der Psychiater Friedrich Mörchen aus Wiesbaden, der mehrere Studien über französische Gefangene leitete, fand bei mehr als 60.000 Männern, die er in seiner Eigenschaft als Lagerarzt gesehen hatte, insgesamt nicht mehr als acht Fälle von posttraumatischen Neurosen. [1, 21, 23, 24, 25]), die Beobachtung, daß Patienten mit schweren Verwundungen oder Verletzungen kaum Neurosen zeigten (K. Pönitz: *„Hysterische Erscheinungen treten nur dort auf, wo ein gewisser Zweck damit verfolgt wird, wo sie den Betroffenen (subjektiv!) einen gewissen Nutzen zu bringen scheint und für die Leute, die organisch ernstlich krank sind, hat eine hysterische Erkrankung in der Regel eben keinen praktischen Zweck.“* [34]) und die berühmten scheinbaren Wunderheilungen durch Hypnose und andere Formen suggestiver Behandlungen (27).

Was als Debatte zwischen psychogenen und somatischen Sichtweisen hingestellt wurde, war eigentlich ein Disput über das relative ätiologische Gewicht traumatischer Erfahrungen bei Kriegsneurosen, und die Verbindung zwischen den Kriegstraumen und den neurotischen Symptomen wurde aus der Sicht der meisten Neurologen und Psychiater eher schwächer. Während die Untersuchung von Kriegsgefangenen und schwer Verwundeten zeigte, daß viel Soldaten mit Kampferfahrung

keine neurotischen Reaktionen entwickelten, konnten Studien an Zivilpersonen in sicherer Distanz zum Kampfgeschehen demonstrieren, daß Neurosen auch ohne jegliche Konfrontation mit traumatischen Kampferfahrungen entstehen können. Robert Gaupp zum Beispiel enthüllte 1916 und 1917 die provokative Tatsache, daß Neurosen häufiger hinter den Frontlinien und bei Männern, die niemals am Kampfgeschehen beteiligt waren, auftraten als bei Frontsoldaten:

„Die Ursache (der nervösen Schüttellähmung) ist manchmal Schreck und Aufregung im Felde nach Granat- oder Minenexplosion, Verschüttung, Verwundung. Häufiger entsteht das Symptom nicht unmittelbar an der Front, sondern nachher als Ausdruck der Angst vor der Rückkehr an die Front. Wir sehen es neuerdings sehr oft bei Soldaten, die nie im Feld waren, sondern erst ins Feld hinaus sollten. ...“ (9, 11)

Anstelle den Krieg verantwortlich zu machen, suchte steigende Anzahl von Ärzten in der „Heimat“ nach der Ursache dieser Neurosen und sah die Wehrpflicht als eine gesunde und stärkende Alternative zu den „schwächenden“ Einflüssen der „effeminierten“ Zivilbevölkerung (4, 20). Und für diejenigen Neurotiker, die vom Kampfgeschehen kamen, wurde die „nervöse Konstitution“ betont, die die Rolle von Kampferschüttungen, Verschüttetsein und Explosionen aufwog. Für viele Ärzte stellte das Frontgebiet eine therapeutisch günstige Atmosphäre dar (46). Kurzum, die meisten deutschen Psychiater und Neurologen zogen den Schluß, daß die „Kriegsneurosen“ wenig mit Krieg zu tun haben; im wesentlichen identisch mit den Unfallneurosen in Friedenszeiten, konnten sie als psychologische oder „hysterische“ Reaktionen bei verängstigten, willensschwachen oder faulen Männern erklärt werden.

Oppenheim entgegnete seinen Kollegen, daß sie den Einfluß der modernen Kriegsführung drastisch unterschätzt hätten: „Was gibt uns das Recht“, fragt Oppenheim in seinem 1916 erschienenen Buch über die Kriegsneurosen, „die Bedeutung des physikalischen Traumas so gering einzuschätzen?“ (33, S. 230). Er fuhr fort: „Gewiß gibt es rein psychisch bedingte Neurosen. Aber ob all die Symptome und Symptomkomplexe, die als Folgen von Trauma von mir und anderen geschildert worden sind, auf psychischem Wege zu Stande kommen können, das bleibt erst noch festzustellen“ (33, S. 230).

Der Neurologe Max Nonne wurde Oppenheims schärfster Widersacher und ein sichtbarer und lautstarker Verfechter der Hysteriediagnose. Nonne beschwor die Ärzte, die traumatische Neurose abzulehnen, und bestand darauf, daß die Diagnose Unheilbarkeit einschloß, was nicht nur irreführend sei, sondern auch eine destruktive Wirkung auf deren Prognose hätte. Daß diese Zustände schnell und zuverlässig mit hypnotischer Suggestion „geheilt“ werden könnten, sei Beweis genug für den hysterischen Charakter. Auf der Versammlung der südwestdeutschen Psychiater in Baden-Baden im Mai 1915 unterstrich Nonne seine Argumente mit der ersten seiner vielen Demonstrationen der Hypnotisierung von Kriegsneurotikern (26). Für Nonne war diese diagnostische Wahl nicht einfach nur eine theoretische Frage. In der Tat erleichterte die Diagnose einer Hysterie die Einführung von einem ganzen Bündel von auf Suggestion basierenden soge-

nannten Wunderheilungen und einen „rationalen“ Zugang zur psychiatrischen Versorgung, der eine ökonomische (wenn nicht militärische) Rehabilitation von Tausenden von Soldaten ermöglichte.

Einzigartig für die Debatte in Deutschland war die absolute Verschmelzung von Eisenbahn- und Werkunfällen in Friedenszeiten mit dem Problem der Kriegsneurose während und nach dem Ersten Weltkrieg (42). Die deutschen Psychiater und Neurologen wurden mobilisiert und dazu aufgerufen, einen erneuten Ausbruch der sogenannten Renten neurosen zu verhindern. Der Krieg und seine Konsequenzen für die geistige Gesundheit wurde als ein großer Industrieunfall angesehen (46). Diese Befürchtung und die Vorkriegsdebatten über die traumatische Neurose beeinflussten von Kriegsbeginn an ganz entschieden den Umgang mit den traumatisierten Soldaten von Kriegsbeginn an, und die erhöhte Sorge um die Gesundheit und die ökonomische Stärke der Volksgemeinschaft übertrug sich stark auf die diagnostischen Formulierungen und therapeutischen Ziele der Ärzte.

Die direkten Konsequenzen des Kampfgeschehens außer acht lassend, fürchteten viele deutsche Ärzte, daß der Krieg und speziell das Wiederaufleben von Oppenheims Ideen als eine Entschuldigung für eine massiv schwächende Epidemie unter Soldaten und Veteranen dienen könnten, eine Parallele zu den sogenannten Renten neurosen unter den „arbeits scheuen“ Arbeitern. 1915 bezog sich der Neurologe Alfred Sänger zum Beispiel auf die „schrecklichen Erfahrungen“, bedingt durch die Diagnose einer traumatischen Neurose:

„Auch in Hinsicht auf den enormen wirtschaftlichen Schaden für den Staat ist diese Auffassung nicht nur vom wissenschaftlichen, sondern auch vom praktischen Standpunkt aus abzuweisen“ (35).

Für den Psychiater Walter Cimbald aus Altona war der Feind eindeutig:

„Ich befürchte auch nicht, daß nach dem Krieg zahlreiche Rentenhysteriker die Weiterarbeit des Volkes erschweren werden, wenn wir nicht künstlich eine Epidemie von Kriegsneurosen schaffen. Es gilt nur die Wiederholung der Irrlehre von den Unfallneurosen zu vermeiden, wodurch einflußreiche Kreise unserer Fachkollegen dem deutschen Volke die schwere Last tausender Arbeitsunlustiger auferlegt haben. Ich meine damit die Unfallhysteriker, deren epidemisches Auftreten lediglich durch die Schaffung eines neuen ungreifbaren und unumgrenzbaren Begriffs ermöglicht wurde“ (38).

Es wird für Cimbalds Zeitgenossen offensichtlich gewesen sein, daß diese „einflußreichen Kreise“ vor allem Hermann Oppenheim betrafen, dem Cimbald vorwarf, durch sein „unkontrollierbares“ Konzept der traumatischen Neurose eine ökonomisch verheerende Epidemie von Unfallhysterien verursacht zu haben. Ein ungarischer Neurologe, Arthur von Sarbo, nahm an, daß die Erfahrung mit der Renten neurose die Quelle für die Bitterkeit über die traumatische Neurose und die heftig verfochtene Psychogenie war:

„Sie befürchten die gleiche Gefahr wie die, welche nach denselben Autoren bei den traumatischen Neurosen durch die Auffassung Oppenheims entstanden ist“ (36).

Oppenheim verstand die feindselige Reaktion auf die traumatische Neurose. Er selbst hatte viele Fälle von Simulation oder übertrieben dargebrachten Symptomen an der Charité beobachtet. Er gestand zu, daß Fälle von posttraumatischer Invaldität einen enormen Zeitaufwand für Psychiater und Neurologen bedeuteten und daß in den Jahren vor dem Krieg solche Patienten die Hospitäler zu überschwemmen begannen und sich den Zorn des Berufsstandes zuzogen. Niedergelassene Ärzte wie Oppenheim hatten mehr mit der eher wohlhabenden Kategorie solcher Patienten zu tun, während die Ärzte an den Universitäten und den öffentlichen Krankenhäusern dem Ansturm der Rentenneurosen-„Epidemie“ ausgesetzt waren und die Simulanten und „rentensüchtigen“ Patienten ausmerzen mußten. Bonhoeffer schrieb:

„Diese Kategorie, die in jener Zeit vor dem Kriege im Westen Berlins sich in reichem Maße vorfand, suchte ich mir bald fernzuhalten, da es gegen das Interesse meiner eigenen Aufgabe war, eine Dauerbehandlung dieser zeitraubenden Klientel zu übernehmen.“ (2).

Die Kriegstagung und das Ende der Debatte

Jahrzehnte später beschrieb der Hamburger Neurologe Max Nonne, einer der Hauptgegner Oppenheims, den Tag, an dem er, Oppenheim und Robert Gaupp auf der Kriegstagung der deutschen Psychiater und Neurologen 1916 das Thema der traumatischen Neurose diskutierten. Nonne erinnerte sich:

„Ich habe noch niemals sonst eine so große Beteiligung an einer Diskussion erlebt: 36 Herren sprachen in der Diskussion, und 30 von ihnen erklärten sich mit meinen Ausführungen einverstanden. Professor Oppenheim, der damals die allgemein anerkannte führende Persönlichkeit der deutschen Neurologen war, sah sich in seiner Auffassung der „traumatischen Neurose“, die er auf die anatomische Folge des Traumas zurückführte, gänzlich isoliert. ... Der hochverdiente Mann, der vielen Neurologen Lehrer war, der schwer daran trug, keine offizielle Lehrstelle erhalten zu haben, der hyperästhetisch gegen Angriffe war, konnte diese Niederlage - für seine Auffassung der traumatischen Neurose hatte er jahrelang gekämpft, und das Thema war schwer „mit Affekt beladen“ - nicht überwinden. Ein Jahr später erlag er einem Herzanfall, zu dem er, an „Hypertonie“ leidend, schon lange disponiert war“ (28).

Daß die Debatte um die traumatische Neurose äußerst persönlich wurde und oft in gegen den Menschen Oppenheim gerichtete Angriffe abglitt, ließ sie einen besonderen Stellenwert in der deutschen Medizinwissenschaft einnehmen und blieb ein bemerkenswertes Ereignis in der Erinnerung ihrer Teilnehmer. Fälschlicherweise als der letzte Stand der somatischen Psychiatrie angesehen, nahm der Kongreß einen nahezu mythologischen Status in der deutschen Nervenheilkunde ein. Der Düsseldorfer Psychiater Philipp Jolly (15) zum Beispiel notierte 1930: *„Für den, der diese dramatische Szene miterlebte, wird es ein unvergleichlicher Anblick bleiben, wie der Altmeister Oppenheim seine von ihm seit Jahren verfochtene, aber durch die Kriegserfahrungen unhaltbar geworde-*

ne Auffassung gegenüber allen Angriffen zu verteidigen suchte.“ Ewald Stier beschrieb 1936 (41) in der ersten Ausgabe der neuen medizinischen Wehrmachtzeitschrift die Niederlage des jüdischen Arztes in fast mythischen Formulierungen, das Ereignis als den letzten Wissensstand der traumatischen Neurose feiernd.

Literatur

1. Badischer Landesauschuß der Kriegsbeschädigtenfürsorge: Merkblatt für die Fürsorge für nervöse Kriegsteilnehmer. Universitätsarchiv Tübingen, Nervenklinik-Bestand, Akte # 308/89 „Kriegsneurose“, S. 2.
2. Bonhoeffer K: Lebenserinnerungen von Karl Bonhoeffer - Geschrieben für die Familie. In: Zutt J et al., Hrsg.: Karl Bonhoeffer. Zum hundertsten Geburtstag am 31. März 1968. Berlin 1969, 84-85.
3. Caplan EM: Trains, brains and Sprains: railway spine and the origins of psychoneuroses. Bull Hist Med 1995; 69: 387-419.
4. Domansky E: Der Erste Weltkrieg. In: Niethammer L et al.: Bürgerliche Gesellschaft in Deutschland. Frankfurt a.M., 1990, 285-322.
5. Eghigian G: Hysteria, insurance, and the rise of the pathological welfare state in Germany, 1884-1926. Unveröffentlichtes Manuskript.
6. Fischer-Homburger E: Die Traumatische Neurose: Vom somatischen zum sozialen Leiden. Bern, 1975.
7. Fischer-Homburger E: Der Erste Weltkrieg und die Krise der ärztlichen Ethik. In: Bleker J, Schmiedebach H-P, Hrsg.: Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985. Frankfurt a.M., 1987, 122-134.
8. Gaupp R: Zur Kritik der Verwendung des Begriffs „Trauma“ in der Ätiologie der Nervenkrankheiten. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1898; 21: 388-393.
9. Gaupp R: Die Nervenkranken des Krieges: Ihre Beurteilung und Behandlung. Ein Wort zur Aufklärung und Mahnung unseres Volkes. Stuttgart, 1917, 5-6.
10. Gaupp R: Krieg und Seelenleben. Deutsche Revue 1918: 168.
11. Gaupp R: Die Behandlung der nervösen Schüttellähmung durch starke elektrische Ströme. Universitätsarchiv Tübingen, Nervenklinik-Bestand, Akte # 308/89 „Kriegsneurose“.
12. Harrington R: Trains, terror and trauma: the railway accident in Victorian Britain (keine näheren Angaben).
13. Herz E: Hermann Oppenheim: Auszug aus den Erinnerungen. Undatiert, unveröffentlichtes Manuskript. Herz Collection, Archive of the Leo Baeck Institute, New York.
14. Hoche A: Geisteskrankheit und Kultur. Aus der Werkstatt. München, 1935, 16.
15. Jolly Ph: Über den weiteren Verlauf hysterischer Reaktionen bei Kriegsteilnehmern und über die Zahl der jetzigen Rentenempfänger. Neurologisches Zentralblatt 1930; 38: 590-591.
16. Lerner P: Ein Sieg deutschen Willens: Wille und Gemeinschaft in der deutschen Kriegspsychiatrie. In: Eckart W, Gradmann C, Hrsg.: Die Medizin und der Erste Weltkrieg. Freiburg i.Br., 1996 a, 85-107.
17. Lerner P: Hysterical men: war, neurosis and German mental medicine, 1914-1921. Ph.D. Diss. Columbia University 96 b.
18. Lerner P: Rationalizing the therapeutic arsenal: German neuropsychiatry in the First World War. In: Cocks G, Berg M, Hrsg.: Medicine and modernity: public health and medical care in 19th and 20th Century Germany. New York, 1997.

19. Lerner P, Micale M, Hrsg.: Traumatic pasts: history, psychiatry and trauma in the modern age, 1870-1930. Cambridge im Druck.
20. Liebermeister G: Verhütung von Kriegsneurosen. Medizinisches Correspondenzblatt des Württembergischen ärztlichen Landesvereins 1918; 88: 308.
21. Lust F: Kriegsneurosen und Kriegsgefangene. Munch Med Wochenschr 1916; 52: 1829-1832
22. Micale MS: Hysteria male/hysteria female: reflections on comparative gender construction in nineteenth-century France and Britain. In: (Benjamin, M., Hrsg.) Science and sensibility: gender and scientific enquiry, 1780-1945. Oxford 91, 200-239
23. Mörchen F: „Traumatische Neurosen“ und Kriegsgefangene. Munch Med Wochenschr 1916; 63: 1188-1190.
24. Mörchen F: Der Hysteriebegriff bei den Kriegsneurosen auf Grund neuerer Gefangenenbeobachtungen. Berl Klin Wochenschr 1917; 54: 1214-1215.
25. Mohr F: Die Behandlung der Kriegsneurosen. Therapeutische Monatshefte 1916; 30: 131-141.
26. Nonne M: Soll man wieder traumatische Neurosen diagnostizieren? 40. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte am 29. und 30. Mai 1915 in Baden-Baden. Arch Psychiatr Nervenkr 1915; 56: 337-339.
27. Nonne M: Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918. In: Bonhoeffer K, Hrsg.: Geistes- und Nervenkrankheiten, Bd. 4. In: Schjerning O, Hrsg.: Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkrieg 1914-1918. Leipzig, 1922, 102-121.
28. Nonne M: Anfang und Ziel meines Lebens. Hamburg, 1971: 179-180.
29. Oppenheim H: Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den 8 Jahren 1883-1891 gesammelten Beobachtungen. Berlin, 1889.
30. Oppenheim H: Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den 8 Jahren 1883-1891 gesammelten Beobachtungen. 2. Aufl. Berlin, 1892, 178.
31. Oppenheim H: Zur Psychopathologie und Nosologie der russisch-jüdischen Bevölkerung. Journal für Psychologie und Neurologie 1908; 13: 1-9.
32. Oppenheim H: Der Krieg und die traumatische Neurose. Berl Klin Wochenschr 1915; 52: 257.
33. Oppenheim H: Die Neurosen infolge von Kriegsverletzungen. Berlin, Karger, 1916, 230.
34. Pönitz K: die klinische Neuorientierung zum Hysterieproblem unter dem Einflusse der Kriegserfahrungen. Berlin, 1921, 14.
35. Sänger A: Über die durch den Krieg bedingten Folgezustände am Nervensystem. Vortrag im ärztl. Verein, Hamburg am 26.1. und 9.2.1915. Munch Med Wochenschr 1915; 62: 564-565.
36. Sarbo A: Granatfernwirkungsfolgen und Kriegshysterie. Neurologisches Zentralblatt 1917; 36: 361.
37. Schivelbusch W: The railway journey: the industrialization of time and space in the 19th Century, Kapitel 9. Berkely, 1977.
38. Zitiert nach Schmidt W: Die psychischen und nervösen Folgezustände nach Granatexplosionen und Minenverschüttungen. Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie 1917; 29: 538.
39. Singer K: Die zukünftige Begutachtung traumatischer Nervenkrankheiten. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1919; 25: 103.
40. Stier E: Rentenversicherung bei nervösen und psychisch erkrankten Feldzugsteilnehmern. In: Bonhoeffer K, Hrsg.: Geistes- und Nervenkrankheiten, Bd. 4. In: Schjerning, O., Hrsg.) Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkrieg 1914-1918. Leipzig, 1922, 168-171.
41. Stier E: Psychiatrie und Heer. Der Deutsche Militärarzt 1936; 1: 19.
42. Ulrich B: Nerven und Krieg: Skizzierung einer Beziehung. In: Loewenstein B, Hrsg.: Geschichte und Psychologie: Annäherungsversuche. Pfaffenweiler, 1992, 163-191.
43. Wagner F: Die Dienstbeschädigung bei nerven- und geisteskranken Soldaten. Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie 1917; 37: 227.
44. Weindling P: Health, race and Germin politics between National Unification and Nazism, 1871-1945. Cambridge 19: 14-20.
45. Weiss S: Race hygiene and national efficiency: the eugenics of Wilhelm Schallmayer. Berkely, 1987, bes. 16-19.
46. Whalen R: Bitter wounds: German victims of the First World War. Ithaca, 1984.
47. Wilmanns K: Bericht über die Sitzung des bad. Landesausschusses der Kriegsbeschädigtenfürsorge, 26.10. 1917, 43, Bundesarchiv Potsdam, Reichsarbeitsministerium Bestand, Kriegsbeschädigtenfürsorge, Bd. 8863, Film # 36069.

Paul Lerner, PhD

The Wellcome Institute for the History of Medicine
 183 Euston Road, London NW1 2BE
 Tel: 0044-171-611 8888/8646
 Fax: 0044-171-611 8545/8562

Deutsche Übersetzung: Thomas Bronisch