

Svenja Goltermann

Die Beherrschung der Männlichkeit

Zur Deutung psychischer Leiden bei den Heimkehrern des Zweiten Weltkriegs 1945-1956

Das Jahr 1947 ging bereits dem Ende zu, als der ehemalige deutsche Gefreite Hubert B. aus russischer Gefangenschaft entlassen wurde. In seiner Heimat angekommen, erhielt er zunächst ärztliche Behandlung in einer für Rußlandheimkehrer eingerichteten Krankenanstalt, bevor er, gerade 23jährig, wieder nach Hause, und das hieß für den mit 18 Jahren zur Wehrmacht Eingezogenen: zu seinen Eltern, zurückkehrte. Kaum ein halbes Jahr später war die Familie erneut getrennt. Der Vater wurde in eine psychiatrische Heilanstalt aufgenommen, sein Sohn hatte selber die Aufnahme mit veranlaßt. Später führte er dazu aus: »Der Vater kam mir verändert vor, als ich aus der russ. Gefangenschaft war. Er war erregbar, was ich sonst nicht an ihm kannte. Es hat eine Auseinandersetzung gegeben. Diesen Feldwebelton, diese Laune konnte ich nicht mehr ertragen.«¹

Zum Zeitpunkt dieser Aussage war Hubert B. seinem Vater bereits in die Psychiatrie gefolgt, wenn auch in eine andere Anstalt. Sein Aufenthalt war nur von kurzer Dauer, die diagnostizierte Symptomatische Psychose klang auch ohne Behandlung wieder ab. Zwar zeigten die Ärzte sich bei der Festlegung auf eine Ursache durchaus unsicher – eine exogene Verursachung im Gefolge eines Fieberanfalls nach Malaria, die aus der Zeit der russischen Gefangenschaft stammte, wurde ebenso erwogen wie der Verdacht auf Schizophrenie –, doch war dieser Patient in ihren Augen ein eher unspektakulärer Fall, verglich man ihn mit unzähligen anderen heimkehrenden Kriegsgefangenen aus der Sowjetunion, die nach ihrer Entlassung aufgrund körperlicher Gebrechen oder psychischer Probleme ärztliche Praxen aufsuchten.²

In weiten Teilen der westdeutschen Öffentlichkeit war die Konfrontation mit den physischen und psychischen Leiden der ehemaligen männlichen Kriegsteilnehmer allgegenwärtig. Davon zeugen eine seit den ausgehenden 1940er Jahren wachsende Anzahl medizinischer Publikationen, unzählige Artikel der verschiedensten Presseorgane, eine breite Memoirenliteratur und nicht zuletzt die in den 1950er Jahren einsetzende Historiographie über die Kriegsgefangenschaft.³ Unverkennbar stand dabei die Wahrnehmung des erlittenen Elends in der Kriegsgefangenschaft im Mittelpunkt, und es war insbesondere die sowjetische Gefangenschaft, die schon nach kurzer Zeit in der öffentlichen Kriegserinnerung zur herausragendsten Erfahrung dieser männlichen Kriegsgeneration avancieren sollte.

Diese spezifische Wahrnehmung ist in jüngster Zeit als Teil eines in der Nachkriegszeit geführten Opferdiskurses interpretiert worden, zu dem unterschiedliche Wissenschaftszweige mit beigetragen hatten.⁴ Auch die Psychiatrie hat diesen Opferdiskurs mit ihren Deutungsmustern genährt und gestützt. Sie hat die inneren Sagbarkeitsregeln der Kriegserfahrung mitbestimmt, wenngleich es sich bei dem Opferdiskurs in erster Linie um eine politisch aufgeladene, öffentlich artikulierte Erzählweise über den Krieg handelte. Es ist eine Erzählweise, die fortwährend die Leiden der Deutschen herausstrich und auf deren dargebrachte Opfer insistierte, und die in jüngeren Studien durchaus zu recht als Abwehrhaltung gegenüber der Auseinandersetzung mit den Massenvernichtungen in den Konzentrationslagern und an der Ostfront interpretiert worden ist. Gleichzeitig aber dokumentiert sie auch eine sehr viel umfassendere, »an Sprachlosigkeit grenzende Unfähigkeit zur Mitteilung«: im Hinblick auf die während des Zweiten Weltkriegs gemachten Erfahrungen des Massentodes⁵, des selber erlittenen Schmerzes oder der am eigenen Leibe erfahrenen Angst vor Verletzung und Tod. Bei manch einem speiste sich diese Unfähigkeit zur Mitteilung sogar aus der Angst vor dem Leben nach dem massenhaften Tod.

Dieses sprachliche Unvermögen einerseits und die gleichzeitig innerlich fortdauernde, »halbwache Präsenz« der Erfahrung des Massentodes im Zweiten Weltkrieg andererseits verfestigten sich, so das Argument Michael Geyers, zu einer »Permanenz der Erstarrung«, die er als eines der Hauptkennzeichen der deutschen Nachkriegszeit bezeichnet hat.⁶ Diese »Erstarrung« aber war durchaus brüchig. Als handelte es sich um abgesunkene, aber nicht stillzustellende Schichten der Erfahrung, brach der als Geräusch, als Bild oder etwa als Schmerz sinnlich präsente Krieg auf ganz unterschiedliche Weise immer wieder hervor: Er trat zutage, entlud sich mitunter regelrecht, in bleibenden, manchmal nur kurze Zeit währenden körperlichen Reaktionen und psychischen Veränderungen, die keiner bewußten Kontrolle unterlagen; und er wurde sichtbar in den Artikulations- und Rationalisierungsversuchen des psychischen und oft auch physischen Leidens, das schon während des Krieges oder erst im Verlauf der Nachkriegszeit auftrat und mit diesem nun in Beziehung gesetzt wurde.

Einblicke in diese Vorgänge geben die Patientenakten der Psychiatrischen Krankenanstalten.⁷ Erfasst ist in ihnen ein relativ breites Spektrum ehemaliger männlicher Kriegsteilnehmer: Die einen unterzogen sich Untersuchungen, die von einer Versicherungsanstalt oder dem Sozialgericht angeordnet worden waren, die den geltend gemachten versorgungsrechtlichen Anspruch überprüften, der von der Diagnose eines sogenannten kriegsbedingten Leidens abhängig war;⁸ andere wiederum folgten der Überweisung ihres behandelnden Arztes, der an die Grenzen der überkommenen Diagnostik und bislang einschlägiger therapeutischer Maßnahmen gestoßen war. Ein weiterer und durchaus großer Teil der Patienten war von nahen Familienangehörigen – meist Ehefrauen oder Eltern – eingeliefert worden, die den veränderten Verhaltensweisen der aus dem Krieg oder der Gefangenschaft heimgekehrten Männer, ob mit oder ohne Verständnis, jedenfalls aber hilflos gegenüber standen.

Aus diesen Patientenakten scheinen die Kriegs- und Gewalterfahrungen wie auch die psychischen Veränderungen dieser Heimkehrer auf vielfältige Weise und in unterschiedlichen Perspektiven hervor: aus den Protokollen, die zu den einzelnen Behandlungssitzungen – aus der Sicht des Arztes – erstellt wurden; aus den Anamnesen, in denen die Verwandten nicht nur nach der Biographie des Patienten, sondern auch nach ihrer Wahrnehmung seines Leidens und seiner Verhaltensweisen befragt wurden – niedergeschrieben wiederum von Psychiatern, deren mal weiter, mal enger gefaßtes Frageraster meist noch deutlich zu erkennen ist. In Nervenärztlichen Gutachten wiederum faßten Psychiater die ihnen geschilderten Kriegserfahrungen zusammen und beurteilten diese nach ihrer vermuteten Folgeschwere für die diagnostizierte Krankheit. Des weiteren finden sich in den Akten Briefe, mit denen Angehörige des Patienten an den Arzt herantraten, um diesem aus ihrer Sicht den psychischen Zustand des Heimgekehrten zu schildern, teils mit dem Anspruch, die Ursache für dessen psychische Veränderung zu kennen, teils in der Absicht, dem behandelnden Psychiater Einsicht zu geben in die Auswirkungen dieser Verhaltensweisen, die von den Familien mitunter als unerträglich erfahren wurden. In ihren Lebensläufen schließlich, die von den Männern anläßlich ihrer Aufnahme in die Psychiatrie selber verfaßt wurden, hielten diese – der eine ausführlich, der andere in geradezu stenographischem Stil – Kriegs- und Gefangenschaftserfahrungen fest, mit denen einige ihr psychisches und physisches Leiden auch explizit in Beziehung setzten.

Die Dominanz der psychiatrischen ›Handschrift‹ in diesem Quellenkorpus ist unübersehbar, die Gefahr einer verstellten Wiedergabe der Patientenangaben, die der Wahrnehmung und Deutung der Ärzte unterlagen, mithin nicht gering zu veranschlagen. Dennoch geben diese Patientenakten in vielfacher Hinsicht Aufschluß über die hier verfolgte Frage, auf welche Weise Kriegs- und Gewalterfahrungen von seiten der ehemaligen Kriegsteilnehmer überhaupt thematisiert wurden – und werden konnten. In welche Begründungszusammenhänge ordneten sie selber ihre psychischen und physischen Leiden ein? Dabei zeigt sich, wie in einem zweiten Schritt veranschaulicht werden soll, daß ihre Deutungen, und zwar in ihrem ganzen Spektrum, in hohem Maße an spezifische Vorstellungen von »Männlichkeit« gekoppelt waren. Diese bestimmten nicht nur, so soll aus dreifacher Sicht – der Psychiatrie, der Kriegsheimkehrer und ihrer Familienangehörigen – skizziert werden, die Wahrnehmung eines ›kranken‹ oder ›gesunden‹ Verhaltens wesentlich mit; es handelte sich auch um oftmals tief verinnerlichte, die Wahrnehmung und das Denken strukturierende normative Setzungen vermeintlich »männlicher« Eigenschaften und Verhaltensweisen, die den Rahmen für die Möglichkeit der Artikulation der eigenen Kriegs- und Gewalterfahrungen und die Deutung des eigenen psychischen Leidens mit absteckten.

Ein Mißverständnis ist aber zunächst auszuräumen: Es wäre verkürzt und methodisch nicht haltbar, versuchte man mit Hilfe dieser Patientenakten die hervortretenden psychischen und physischen Veränderungen als ein möglicherweise unerkanntes Kriegstrauma zu enttarnen. Und es wäre ebenso irreführend, diese psychischen und physischen Beschwerden ohne weiteres mit

dem englischen »Shell-shock« des Ersten Weltkriegs oder dem amerikanischen »Post-Traumatic Stress Disorder« aus dem späteren Vietnam Krieg gleichzusetzen, da auch diese ihrerseits stets historisiert und als eine spezifische Erzählweise über den Krieg begriffen werden müssen.⁹ Sicherlich, die psychiatrische Diagnostik und Ätiologie der ausgehenden 1940er und 50er Jahre mag aus heutiger Sicht mitunter problematisch erscheinen, nicht zuletzt weil sie den Krieg als die Ursache für psychische »Krankheiten« weitgehend ausblendete.¹⁰ So groß die Verführung deshalb jedoch auch sein mag, gerade jenen Krieg mit seinen Greueltaten für die wahrgenommenen psychischen Veränderungen verantwortlich zu machen – ob das psychische Leiden eines Heimkehrers seine Ursache tatsächlich in den Kriegserfahrungen hatte oder durch diese nur ausgelöst wurde, muß letztlich offen bleiben. Davon unbenommen tritt in den geschilderten Krankheitsbildern und Krankheitsverläufen dennoch ganz unverkennbar ein »Leiden« am Krieg – in einem umfassenden Sinne – zutage. Dieses zeigt sich jedoch nicht nur in unterschiedlichen Ausprägungen, es läßt auch völlig verschiedene Hintergründe für den jeweiligen Leidensdruck erkennen.

Das Erscheinungsbild, das Ehefrauen, Eltern oder Geschwister von den ehemaligen Kriegsteilnehmern zeichneten, läßt darauf zunächst einmal nicht schließen, ergibt sich doch häufig ein relativ kohärentes Bild an Verhaltensmerkmalen. Als müde und erschöpft, in sich zurückgezogen und schweigsam, dennoch nervös, ja, leichter reizbar, unbeherrscht, bei Kleinigkeiten aufbrausend, aber auch ängstlich und mißtrauisch, und dabei immer wieder weinend – so schilderten viele nahe Angehörige die von ihnen wahrgenommenen Reaktionsweisen des nach Hause zurückgekehrten Kriegsteilnehmers, die sie als »Änderung seiner Wesensart«¹¹ begriffen.

Doch sie Symptome, in denen sich diese psychischen Veränderungen ausdrückten, waren unspezifisch, ihre Ähnlichkeit, die oft erheblich sein konnte, nur vordergründig. Auf eine spezifische Kriegserfahrung sind sie ebensowenig umstandslos zurückzuführen, wie sie auf eine gemeinsam geteilte, innere Haltung gegenüber dem erlebten Krieg mit seiner verheerenden und vernichtenden Gewalt hindeuten. Der Obergefreite Reinhard K. etwa wurde von schweren Schlafstörungen heimgesucht, die bereits auf die Zeit des Krieges datierten, wo man sie während seines 1942 beginnenden und offenbar über zwei Jahre dauernden Lazarettaufenthaltes schon beobachtet hatte. Den damals an Schweißausbrüchen, Hautrötungen und Fingerzittern Leidenden, dessen »nervöse Ängstlichkeit und Schreckhaftigkeit« als auffallend im Arztbericht festgehalten wurde, ließen Träume von Rußland nachts laut aufschreien, aus dem Bett herausfahren, herumkommandieren, um sich schlagen. Als »zerschlagen, verfallen, bleich aussehend« beschrieb man seine Verfassung in den nachfolgenden Tagen, auch einwöchige »nervös-spastische Durchfälle« schlossen sich den Angstträumen zu dieser Zeit an. Noch zu Beginn des Jahres 1945 zeugte schon die erste Nacht, die er in der Psychiatrie verbrachte, erneut von diesen Träumen, die ihn auch drei Jahre später in offenbar gleicher Weise heimsuchten: er schreckte hoch, wurde laut, kommandierte, schlug um sich. Er war in dem Glauben, in Rußland zu sein.¹²

Der bei Kriegsausbruch bereits 45jährige Hermann Z. hingegen war nur für

eine äußerst kurze Zeit direkt nach Kriegsausbruch zu einer Sanitätsabteilung eingezogen worden, ging daher während des Krieges überwiegend seinem zivilen Beruf als Weber weiter nach. Dennoch begann er im Verlauf des Sommers 1944 das Essen zu verweigern, es plagten ihn Unruhe, schlechter Schlaf und Selbstvorwürfe, mitunter gar Selbstmordideen. Im Winter 1945 wurde er daraufhin zum ersten Mal in die Psychiatrie eingewiesen. Während seines einmonatigen Aufenthalts erläuterte er dort seine Grübeleien: Sorgen um seinen Sohn, der sich auf der Unteroffiziersschule nicht wohl fühle, gehörten dazu. Auch zeigte er sich beunruhigt durch »verschiedene Kameraden, die politisch anders eingestellt« seien als er, »sich nicht so zu der Führeridee bekennen [würden] wie er.« Im Sommer 1946 folgte eine zweite Aufnahme, nachdem er in ein erneutes häufiges Klagen und Weinen verfallen war, das sich seit der unerwarteten Heimkehr des Sohnes aus dem Krieg anscheinend noch gesteigert hatte: Gejammert habe er nun, so war in der Zusammenfassung seiner Schilderung zu lesen, »über all das, was der – an sich kriegsgewohnte Soldat –, wie er offenbar selber verwundert betonte, »hier zu sehen bekäme«. Seine Darstellung war von Weinen unterbrochen, doch gab er, nachdem er sich erneut gefaßt hatte, vor, »es sei diesmal nicht so schlimm, er würde nach wenigen Tagen hiermit fertig werden, er wolle seinem Sohn kein schlechtes Beispiel geben.«¹³ Theodor M. schließlich galt bei seiner ersten Aufnahme in die Psychiatrie im September 1946 als »suizidal«. »Dieses Ungerechte, was heute in der Welt herrsche, bedrücke ihn«, erläuterte er dem behandelnden Psychiater, und dieser notierte dessen Ausführungen im Krankenblatt weiter: »In der letzten Zeit seien die Lebensüberdruß- und Suizidgedanken wieder sehr stark gewesen: Warum soll man sich über alles aufregen, es hat ja doch keinen Zweck! Die Versklavung Deutschlands läßt ihm keine Ruhe. Er macht sich immer wieder Gedanken, ob man nicht etwas erfinden könne, um den Tommies auf jedem Gebiet ein Schnippchen schlagen zu können.«¹⁴

Tatsächlich ist das Leiden am Krieg ausgesprochen häufig als ein Leiden an den Folgen des verlorenen Krieges zur Sprache gebracht worden. So mancher zeigte sich offen enttäuscht über den Verlauf des Krieges und den schließlich erfolgten »Zusammenbruch«, und führte darauf seine psychische Verfassung der tiefen Niedergeschlagenheit, der Verzweiflung, ja des Lebensüberdrußes zurück. Nicht immer aber wurde der Zusammenhang zwischen dem politischen und dem eigenen psychischen Kollaps mit der gleichen Freimütigkeit zu einem Bestandteil der eigenen Selbststilisierung gemacht. Manch einer war dazu auch gar nicht in der Lage. So gibt es zahlreiche Fälle, in denen eine geradezu beißende und von dem einzelnen kaum mehr zu kanalisierende Angst vor den Folgen des nationalsozialistischen Vernichtungskrieges für die eigene Biographie durchbrach. Keiner aber sprach konkret über die von deutscher Seite begangenen Verbrechen in diesem Krieg. Nur in jenen Fällen, in denen sich die Furcht vor der Reaktion der Alliierten – meist waren die Russen gemeint – in Halluzinationen und Wahnvorstellungen Raum schuf, kamen sie in Andeutungen zur Sprache. Diese verrieten mindestens die Ahnung, wenn nicht gar das Wissen über das Geschehene, das gleichwohl keiner begangen und niemand gesehen zu haben schien. Adolf W. etwa, der sich im Jahr 1948 keines-

wegs mehr sicher war, ob der Krieg nicht in Wirklichkeit doch »nur Schein« gewesen sei, ist nur ein Beispiel von vielen. Eingefangen in der Wahrnehmung, man halte ihm den ganzen Tag sein Spiegelbild entgegen, zeigte er sich eines Tages davon überzeugt, daß »das ganze eine Erziehungsarbeit am Volk oder an den Völkern« sei. Daß nun eine »gute Zeit« komme, in der »alle Unredlichen und Untauglichen«, zu denen er allerdings auch gehöre, »ausgemerzt« würden, formulierte er in dieser Sprache, die eine mühelose Handhabung des nationalsozialistischen Vokabulars erkennen läßt, allerdings nur während seines Zustands der psychischen Verwirrung. Vier Tage später war sein Auftreten wesentlich gefaßter, seine Angst deutlich kontrollierter. Unübersehbar eröffnete sich damit die Möglichkeit einer ganz anderen Selbstinszenierung. Bei dieser zeigte er sich nicht nur deutlich distanziert gegenüber seinem ängstlichen Verhalten, sondern spielte – in verändertem umgangssprachlichem Ton – auch die Bedeutung seines Handelns während des Nationalsozialismus herunter. Mit Blick auf seine Furcht bezeichnete er sich nun als einen »Dummkopf«, der »sich von seinen Ideen so habe in die Enge treiben lassen«, und beteuerte, er werde jetzt statt dessen »aufs Leben losgehen«. Früher habe er alles auf sich bezogen, doch habe ihm ja niemand etwas getan. Und er ergänzte auf Nachfragen des Psychiaters: »Na ja, ich bin ja früher völkisch gewesen, wir hatten früher oft sehr schön für den Feldherrn das Schau fenster dekoriert. Nach dem Zusammenbruch glaubte ich, werde man den Spieß umdrehen und ich wäre dran. Ich habe alles was passierte in der Richtung gedeutet. Jetzt bin ich überzeugt, daß das nicht der Fall war und ist. Aber so ganz zweifelsfrei bin ich immer noch nicht.«¹⁵

Auch der bei Kriegsende 25jährige Rolf S., der als Eisenbahn pionier »nur in Polen und Rußland eingesetzt worden war, erschien bei seiner Aufnahme in die Psychiatrie im Jahre 1948 geradezu getrieben von Angst. Während seines dortigen Aufenthaltes glaubte er nicht nur, Truman und Stalin bei ihren Verhandlungen über das Schicksal der Kriegsverbrecher gesehen zu haben; er meinte auch, »im Untersuchungsgefängnis für Kriegsverbrecher in Berlin zu sein« und »die Schreie der Gefolterten und Hingerichteten gehört« zu haben. Das »Klappern der Teller«, berichtete er nach wiedergewonnenem Bewußtsein, habe er »für Geräusche von Folterungen« gehalten, ja, »habe selbst gemeint, daß er hingerichtet würde«.¹⁶

Eine solch tiefsitzende Furcht, die sich in der plötzlich auftretenden Überzeugung artikulierte, selber ermordet zu werden, war keine Seltenheit. Der potentielle Täterkreis, auf den sie sich richtete, schloß neben den am meisten gefürchteten Russen auch andere Alliierte, ja selbst die eigene Ehefrau mit ein. Zahlreiche andere Beispiele eines enormen, von Angst gespeisten Mißtrauens gegenüber den Besatzern wie der nächsten Umgebung ließen sich hinzufügen. Das Gefühl, verfolgt und beobachtet, belauscht und möglicherweise denunziert zu werden, nahm so manchen gefangen.¹⁷ Wer dabei unter den Eindruck geriet, daß man seine Gedanken ohnehin würde lesen können, trat mitunter sogar die Flucht nach vorne an: Er stellte sich den englischen oder amerikanischen Besatzungsbehörden.¹⁸

Ganz anders als der öffentliche Diskurs der ausgehenden 40er und 50er Jahre

deutlich werden läßt, zeichnete sich in diesen Angstzuständen ein geradezu nagendes Gefühl von Schuld, aber auch Scham ab.¹⁹ Deren Konturen jedoch blieben schemenhaft, ihr Adressat in aller Regel unbestimmt. Gleichwohl war der Rechtfertigungszwang, unter dem viele der Patienten zu stehen schienen, unverkennbar, ohne daß sie ihre moralische Schuld klar benannt hätten. Immer wieder erwecken die Protokolle dabei den Eindruck, als ob diese Kriegsteilnehmer darum rangen, ihre Verhaltensweisen im Krieg mit ihrem moralischen Empfinden in Einklang zu bringen. Eine solche Abgleichung aber, die durch die von den Besatzern initiierte öffentliche Beschämung befördert worden sein mochte, war prekär und, wie die Krankenakten zeigen, immer wieder brüchig. Nahm die Unsicherheit gegenüber dem eigenen moralanalogen Verhalten überhand, trat eine psychische Veränderung zutage, mit der häufig eine weitere Konsequenz zutage trat: Die eigene ›Männlichkeit‹ – oder das, was man dafür gehalten hatte – stand auf dem Spiel. Diese unterlag keineswegs nur dem eigenen, versteckten Selbstzweifel; vielmehr schienen gerade jene oben beschriebenen Symptome, vor allem die der Traurigkeit und des Weinens, der Angst, aber auch der unberechenbaren Aggression sowie der tiefen Erschöpfung, die ›Männlichkeit‹ des Heimkehrers mit einem öffentlich sichtbaren Makel gezeichnet zu haben.

So frappierend die verschiedenartigen Artikulationen der Kriegs- und Gewalterfahrungen in den Krankengeschichten daher auch sein mögen, zeigt sich gleichzeitig, in welchem Maße sich das ›Leiden‹ am Krieg in den meisten Fällen auch – und manchmal sogar primär – als Leiden an einer als defekt wahrgenommenen ›Männlichkeit‹ gestaltete, die während des Krieges beschädigt oder durch den Krieg gänzlich deformiert worden zu sein schien. Ein solches Urteil resultierte freilich nicht allein aus der eigenen Wahrnehmungsweise; es formierte sich im Zusammenspiel mit den Denk- und Wahrnehmungsschemata etwa der Angehörigen und eben nicht zuletzt auch den psychiatrischen Deutungen, die dieses maßgeblich mit produzierten.²⁰

Der bereits erwähnte ›Fall‹ des Adolf W.²¹ ist dafür lediglich *ein* Beispiel. Während seines Aufenthaltes in der Psychiatrie erzählte W. nur wenig über seine Beobachtungs- und Verfolgungsängste, die ihn seit seiner Heimkehr 1946 peinigten und ihn in dem Gefühl leben ließen, daß er »abgeholt würde«. Einen weitaus größeren Raum nahmen indes seine Schilderungen über sein Verhalten als Mann innerhalb der Familie ein. Diese waren deutlich flankiert von der Wahrnehmung seiner Frau, deren Angaben in der sogenannten »Objektiven Vorgeschichte« aufgenommen wurden. Als »schlapp und hängerisch«, als jemand, der »sich vielfach gehen ließ«, war ihr sein Verhalten schon vor dem Krieg erschienen. Und immer wieder, so gab sie an, habe sie ihm deswegen einen Vorwurf gemacht und ihn ermahnt, »sich nicht so hängen zu lassen und sich besser zusammenzureißen«, bevor sie schließlich gemerkt habe, »daß es sich um eine Krankheit« handelte.

Seine Antriebsarmut seit Kriegsende, die sich mit der Überzeugung paarte, »unter den heutigen Verhältnissen« für eine Stellung als Vertreter »zu untauglich« zu sein; seine Abwehr gegenüber »der heutigen Art des Geschäftsverkehrs«, die schon bei geringfügigen Tätigkeiten mit der Befürchtung einherging, »von Spitzeln verfolgt und bestraft« zu werden; seine »zunehmende

Untätigkeit«, bei der er schließlich auch kleinere Hilfeleistungen im Haushalt unterließ und seine überhandnehmenden Minderwertigkeitsgefühle – all das ließ sich sowohl von Seiten seiner Frau und des Psychiaters als auch von W. selber einlesen in den Rahmen der an ihm bereits beobachteten »unmännlichen« Verhaltensmuster, die nun freilich, nach seinem vom Arzt als »schwachlich« bezeichneten Suizidversuch, rückwirkend als »krank« gedeutet wurden.

Tatsächlich ist auch in Ws. Schilderungen ein erheblicher Leidensdruck erkennbar, der ihn allerdings nicht ohne die Hoffnung ließ, während seines Aufenthaltes in der Psychiatrie seine seit dem Krieg nun gänzlich verlorengegangene Willens- und Tatkraft zurückzugewinnen. Gerade in ihnen schien das Versprechen auf ein höheres Maß an »Männlichkeit« zu liegen, die er in so vieler Hinsicht nicht zu beherrschen glaubte: Durch seine mangelnde Durchsetzungskraft – schon gegenüber den Kindern war er »nicht stark genug, den Vater herauszukehren« –, seinen fehlenden Mut, sein Herabsinken zur Unselbstständigkeit, seine fehlende Energie, durch die auch das Verhältnis zu seiner Frau – »sie verurteilt meine Schlappeheit« – nicht so war, »wie es hätte sein sollen«. Die Auskunft über die »Geschlechtskraft«, die der Psychiater an dieser Stelle routinemäßig erfragte, schien auch diesem schließlich ein weiteres, untrügliches Indiz darüber zu geben, wie es um Ws. »Männlichkeit« beschaffen war.

Die Furcht des Adolf W., man werde nun, da er »früher völkisch gewesen sei«, »den Spieß umdrehen«, schien dem behandelnden Psychiater als Grund für dessen auch im Verlauf der Behandlung immer wieder wahrgenommene Ängstlichkeit und »empfindliche Weichlichkeit«, die ihn »gelegentlich den Tränen nahe« brachte, hingegen unerheblich zu sein. Ein Zusammenhang wurde nicht hergestellt wie auch Adolf Ws. wahnhaft Äußerungen, mit allen »Unredlichkeiten und Untauglichen ... ausgemerzt« zu werden, lediglich mit der schon regelrecht süffisant anmutenden Bemerkung versehen wurden, seine »Wahnideen« nähmen »eine immer abenteuerliche Form an«. Seine Erläuterung, er »habe manches durchgemacht, der Kriegsverlauf u. –ausgang sei für ihn eine schwere Erschütterung gewesen«, gab keinen Anlaß für weitere Nachfragen.

Eine solche Ausblendung des Krieges als einer möglichen Ursache für das psychische Leiden entsprach dem psychiatrischen Diskurs der Nachkriegszeit vollkommen. Das »Leiden« am Krieg, in welcher Form es auch immer zutage trat, wurde in der psychiatrischen Praxis pathologisiert, die Einsicht in die »Krankheit« in jedem Fall verlangt.²² Mit wenigen Ausnahmen galt das für jede Art von Kriegserfahrung²³, die alle der gleichen Grundannahme unterlagen. Diese verdeutlicht kaum ein Beispiel besser als folgende kurze Sequenz aus dem Gespräch eines Psychiaters mit dem bei Kriegsende erst 17jährigen Rudolf H. Im Jahre 1944 war er zur Flak als Luftwaffenhelfer gekommen. Aus dieser Zeit berichtete er: »Ich machte mehrere Angriffe mit. Ein Kamerad fiel neben mir durch Kopfschuß. Das Gehirn spritzte herum«. Der Arzt, so deutet ein Fragezeichen im Protokoll an, schien zu stutzen, woraufhin H. erneut bekräftigte: »Ja, dort machte ich mehrere Tiefangriffe mit, wo ich die ersten Erschütterungen bekam«, und er beteuerte nach einem erneuten, nun deutlich artikulierten Einwurf des Psychiaters weiter: »Es war manchmal derart furchtbar. An mir vorbei flog das Geschoß und riß meinem Nebenmann buchstäblich

den Kopf entzwei. Das hat mich sehr, sehr mitgenommen.« Der Einwurf des Psychiaters war durch Unverständnis gekennzeichnet gewesen: »Man muß«, hatte er kommentiert, »als junger Mensch doch darüber hinwegkommen.«²⁴

Die gesamte Diagnostik und Ätiologie der frühen Nachkriegspsychiatrie war von einer solchen Auffassung, daß der gesunde Mensch, und wie man ergänzen könnte: Mann, dazu in der Lage sein mußte, den Krieg mit all seinen Strapazen ohne nachhaltige psychische Beeinträchtigungen zu ertragen, durchzogen.²⁵ Es wäre allerdings verkürzt anzunehmen, daß die Psychiatrie von dem psychischen Leiden eines Kriegsheimkehrers zwangsläufig auf dessen »Unmännlichkeit« geschlossen hätte. Doch stand bei der Beurteilung der Symptome, der Beschreibung der Krankheitsbilder und der Prognose über ihren Verlauf die »Männlichkeit« stets auf dem Prüfstand, ihre wahrgenommene Beschaffenheit war sogar maßgeblich für die eingeschlagene Therapie.

Schon der eingangs erhobene körperliche Befund gab erste Anhaltspunkte für ihre Bestimmung. Genitalien und sekundäre Geschlechtsmerkmale wurden routinemäßig überprüft, eine »feminine Behaarung« oder etwa ein breites Becken als auffallend notiert.²⁶ Auch die Physiognomie schien aufschlußreich, und bei der Inspizierung der Gesichtszüge ließen »weiche, hängende Backen«, eine »glatte Haut« und »spärlicher Haarwuchs« einen »femininen Typ« erkennen.²⁷ Die körperliche Gestalt und Verfassung war gewiß nicht mehr als ein Indiz, gegenläufige Beobachtungen zwischen bestimmten Körpertypen und Verhaltensweisen wurden durchaus vermerkt, nicht allerdings ohne ein gewisses Erstaunen über die beobachtete Diskrepanz.²⁸ Hinterließ der Betroffene jedoch einen rundweg »weichlichen Eindruck«, verriet, wie das etwa Wilhelm H. zugeschrieben wurde, einen im Ganzen »femininen Habitus«, war die therapeutische Konsequenz gezielt auf eine Stärkung der »Männlichkeit« gerichtet. H. litt seit einem Bombenangriff an einem Zittern seiner rechten Körperhälfte. Nach der Diagnose einer »starken psychogenen Reaktion« teilte der behandelnde Psychiater seinem Patienten mit, »daß ein wirklicher Grund zu seinem Zittern nicht vorliege«. Da die konventionelle Therapie mit faradischen Strömen keinen dauerhaften Erfolg zeitigte, wurde die Behandlung zu seiner »Umstimmung«, wie es hieß, durch die Verabreichung des männlichen Hormons Testosteron ergänzt.²⁹ Es ging um die Steigerung männlicher Stärke und Willenskraft.³⁰

Das Vorhandensein vermeintlich »männlicher« Eigenschaften wurde in jede Richtung überprüft. Biographische Angaben aus Kindheit und Jugendzeit wurden in die Anamnese aufgenommen.³¹ Sie unterfütterten, wie etwa im Falle Johannes G., der nicht wie »andere Jungens gewesen« war, »sich nicht draußen herumgetrieben, keine Streiche gemacht«, sich »nie an ein Mädchen herangewagt« hatte, das während der Behandlung gewonnene Bild einer »unmännlich[en], unsichere[en] Gestalt«, ohne »jegliche vitale Durchschlagkraft«. Sowohl sein Leiden während des Krieges – er zeigte Zittern an Händen und Knien, kam mehrmals ins Lazarett – als auch seine leichte Erregbarkeit und Schlaflosigkeit in dessen Folge gaben demnach keinen Anlaß zur Annahme eines »wehrdienstbedingten« Leidens. Die diagnostizierte Schizophrenie schien sich »schleichend ohne scharfe Absetzung aus seiner prämorbidem Persönlichkeitsstruktur heraus entwickelt« zu haben.³²

Die von den Psychiatern erfragten Verhaltensweisen und die von ihnen festgehaltenen Beobachtungen sprachen im Hinblick auf ihr Männlichkeitsbild eine klare Sprache: Es war, und es wurde als solches in der unmittelbaren Nachkriegszeit auch kenntlich gemacht, ein soldatisches Männlichkeitsideal. Zeichen einer »soldatische[n] Erziehung« waren mit einer zweifellos positiven Konnotation verbunden und wurden wohlwollend zur Kenntnis genommen, so etwa bei einem Patienten, der die Fähigkeit zeigte, »sich disziplinar einzuordnen und den ärztlichen Anweisungen ohne Widerrede zu folgen.« Als dieser dennoch eines Tages Angst vor einer weiteren Elektroschockbehandlung zeigte, wurde sie zwar als Abweichung seiner »sonst immer ... militärisch stramme[n] Haltung« registriert; ein Ausdruck der »Unmännlichkeit« schien sie aber nicht zu sein. Der abschließende Bericht attestierte lediglich eine leichte Empfindsamkeit. Er hatte die Angst auch »stark zu verbergen« versucht.³³

Der »soldatische Charakter im besten Sinne«, der »einen frischen, frohen und lebendigen Eindruck« hinterließ, sich »offen und klar, tatkräftig und gerade« zeigte,³⁴ umschrieb die in der Nachkriegspsychiatrie gängigen Verhaltensmaßgaben der Willens-, Leistungs- und Durchsetzungskraft sowie der Selbstbeherrschung und Selbstüberwindung, die in ihrer Wahrnehmung einen »wirklichen« Mann kennzeichneten. Ein solch »vollkommenes« Bild erblickten die Ärzte bei der Aufnahme eines Patienten freilich nur selten; es leitete jedoch in jedem Fall die Stoßrichtung ihrer Therapie. Das sollte in den wichtigsten Grundzügen auch dann noch gelten, nachdem die Rede vom »soldatischen Charakter« aus den Krankenakten längst verschwunden war.³⁵

So kann eine »totale Abwertung des Militärs und alles Militärischen schlechthin«, wie sie in jüngeren Arbeiten für die Nachkriegszeit konstatiert wird,³⁶ in dieser Absolutheit zumindest für die frühe Nachkriegspsychiatrie mitnichten geltend gemacht werden. Die Artikulationsfähigkeit der Kriegs- und Gewalterfahrungen wurde jedoch, wie man zunächst vielleicht meinen könnte, durch das damit verbundene Männlichkeitsbild keineswegs erhöht. Im Gegenteil, der Deutungsraum für psychische Leiden war durch diesen Überhang des soldatischen Männlichkeitsideals begrenzt und präfiguriert.

Diese Konsequenz kann freilich nicht allein auf die Wahrnehmungskategorien, die der psychiatrischen Diagnostik und Ätiologie unterlagen, zurückgeführt werden. Diese fügten sich vielmehr nahtlos in die in weiten Teilen der Gesellschaft offenbar tief verinnerlichten Vorstellungen eines vermeintlich normalen Verhaltens im Umgang mit dem Krieg ein, das nicht nur über die Bewährung der »Männlichkeit« entschied, sondern auch den »gesunden« oder eben »kranken« Zustand eines Mannes kennzeichnete.

So war der Eindruck, ob jemand im Krieg offenbar ganz »seinen Mann gestanden« hatte, bevor die psychische Veränderung Raum griff, nicht nur ein Beurteilungskriterium der Psychiatrie für die Einordnung seines Leidens;³⁷ von seiten der Kriegsheimkehrer vorgebracht, lag in dieser Zusicherung immer auch die – wohl sich selbst wie dem Arzt geltende – Beschwörung einer ursprünglich vorhandenen »normalen« Männlichkeit, die man in der erbrachten Leistungs- und Durchhaltefähigkeit während des Krieges gezeigt zu haben glaubte, und die man nach der Überwindung der psychischen Veränderung

auch wieder erringen zu können hoffte.³⁸ Die Voraussetzung für die Möglichkeit einer solchen Wiedergewinnung der ›Männlichkeit‹ setzte freilich eine Einsicht als grundlegend voraus: Ein offen zur Schau getragenes, betontes Leiden war ausgeschlossen. Zumindest innerhalb der Psychiatrie reagierte man abweisend, bisweilen rigoros: Sie konstatierte »unmännliche« Geschwätzigkeit³⁹, schärfte Patienten ein, sofern eine Psychogenität ihres Leidens bestand, möglichst wenig an dieses zu denken und sich zu benehmen »wie jeder Gesunde«;⁴⁰ selbst von Ratschlägen an die Ehefrauen, »ihren Mann scharf anzufassen«, sahen sie nicht ab; »nachsichtige« Mütter und allzu verständnisvolle Frauen, die das Verhalten ihrer Männer bei geltend gemachten Ansprüchen auf eine Kriegsversehrtenrente »ungünstig« zu beeinflussen schienen, erhielten mitunter in den Akten einen mißbilligenden Vermerk.⁴¹

So beherrscht man sich jedoch auch zeigte – bei anhaltenden Beschwerden schien die Wiedergewinnung einer ›wirklichen Männlichkeit‹ eine vergebliche Anstrengung zu sein, die gleichwohl keiner aufgeben konnte. Egon R. etwa konnte, wie ein Nervenärztliches Gutachten aus dem Jahre 1979 festhielt, seine »seelisch-geistigen Beeinträchtigungen«, die infolge seiner Kriegsbeschädigung aufgetreten waren, »durch bewußte Anstrengung heute nicht mehr so gut kompensieren« wie in früheren Zeiten. Er selber, der bei einem Tief-fliegerangriff schwer verwundet und nach dem Krieg an fortwährenden Kopfschmerzen und Schwindelgefühlen litt, erschien gleichwohl immer noch geradezu mustergültig gefaßt, wie es vor allem auch die für ihn im Jahre 1946 erstellte Diagnose, ein »egozentrischer, geltungsbedürfter Psychopath mit hysterischen Zügen« zu sein, nicht hätte errahnen lassen. So hieß es in dem Gutachten weiter: »Wenn er gefragt werde, ob er leicht reizbar sein, dann müsse er sagen, daß ein Mann ja viel direkter sei ... Im Grunde sei er ja mit seiner Hirnverletzung recht glimpflich davongekommen. Außer den Kopfschmerzen habe er keine Beschwerden. Die Kopfschmerzen nehme ihm keiner ab. Man soll eben auch nicht auf jeden Pup achten.« Das Gefühl eines Verlustes freilich blieb. Denn eine Überlegung, der er mit Wehmut nachhing, ließ ihn nicht los: »Wenn er keine Hirnverletzung hätte, was er dann für ein Mann geworden wäre!«⁴²

Anmerkungen

- 1 Der Name des Patienten ist, wie alle nachfolgenden, anonymisiert. Hauptarchiv Bethel (= HAB). Psychiatrieakten Morija, Karton 42 (4710).
- 2 Die Zahl der Betroffenen ist kaum zu bestimmen. Die Nachkriegsstatistiken mit ihren Angaben zu den versorgungsberechtigten Kriegsbeschädigten bieten nur grobe Richtwerte: Sie erfaßten im März 1950 etwa 1,44 Millionen, im September 1960 ca. 1,42 Millionen. Seelische Belastungen der Kriegsbeschädigten flossen offiziell erst seit einer Gesetzesänderung im Juni 1960 bei der Berechnung zur Minderung der Erwerbsfähigkeit mit ein. Vgl. dazu Neumann (1999), 144 u. 158; die Angaben zu 1960 in: Schönleiter (1961), 9.
- 3 Zu denken ist hier insbesondere an das von Erich Maschke geleitete Forschungsprojekt über die Kriegsgefangenen (Zur Geschichte der deutschen Kriegsgefangenen des Zweiten Weltkriegs, 22 Bde., München 1962-1974).

- 4 Vgl. vor allem Moeller (1996); die Verbindung mit der psychiatrisch-medizinischen Wissenschaft bei Biess (1999), und Goltermann (1999).
- 5 Vgl. Geyer (1995), 682.
- 6 Ebd.
- 7 Die nachfolgenden Angaben zu den Patientenakten beziehen sich zum weitaus überwiegenden Teil auf den Bestand des Hauses Morija der psychiatrischen Abteilung der v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel. Ausgewertet wurden ca. 190 Patientenakten der Jahrgänge 1945 bis 1956 (Aufnahmedatum).
- 8 Unter den Begriff des »kriegsbedingten Leidens« fielen auch jene gesundheitlichen Schäden, die während der Kriegsgefangenschaft verursacht oder durch diese erheblich verschärft worden waren.
- 9 Zum Shell-shock vgl. v. a. Winter (2000) u. Bourke (1996 u. 2000); zum Post-Traumatic Stress Disorder u. a. Young (1995).
- 10 Goltermann (1999), 89ff.
- 11 Paradigmatisch HAB. Psychiatrieakten Morija, Karton 36 (4053).
- 12 HAB. Psychiatrieakten Morija, Karton 32 (3635).
- 13 HAB. Psychiatrieakten Morija, Karton 32 (3687).
- 14 HAB. Psychiatrieakten Morija, Karton 37 (4185).
- 15 HAB. Psychiatrieakten Morija, Karton 41 (4559).
- 16 HAB. Psychiatrieakten Morija, Karton 41 (4560).
- 17 Beispielhaft HAB. Psychiatrieakten Morija, Karton 40 (4473).
- 18 Vgl. u. a. Psychiatrische und Neurologische Klinik Heidelberg, Nr. 47/163.
- 19 Vgl. zu dieser Beobachtung auch Geyer (1995), 683.
- 20 Zum Einfluß der Medizin bei der Wissensproduktion über »Geschlecht« vgl. u. a. Jordanova (1989), u. die Beiträge in Orland u. Scheich (1995). Zum Männlichkeitsbild der 1950er Jahre, das durch die Wahrnehmung der Heimkehrer aus sowjetischer Gefangenschaft mit geprägt wurde, vgl. Moeller (1998).
- 21 Vgl. HAB. Psychiatrieakten Morija, Karton 41 (4559).
- 22 Beispielsweise HAB. Psychiatrieakten Morija, Karton 37 (4189).
- 23 Anders gewichtet wurde offensichtlich ein Fall, bei dem der Patient während des Krieges dafür zuständig gewesen war, nach den Bombenangriffen im Ruhrgebiet die Beseitigung der Trümmer und die Einsargung der Leichen vorzunehmen. HAB. Psychiatrieakten Morija. Karton 43 (4793).
- 24 HAB. Psychiatrieakten Morija. Karton 41 (4555).
- 25 Konzidiert wurden lediglich sog. »kriegsübliche Schädigungen«, die als »Erschöpfungsercheinungen« charakterisiert wurden und innerhalb von kurzer Zeit als prinzipiell rückbildungsfähig galten. Vgl. Goltermann, 89f.
- 26 So etwa HAB. Psychiatrieakten Morija. Karton 32 (3633).
- 27 Paradigmatisch HAB. Psychiatrieakten Morija. Karton 36 (4053).
- 28 Vgl. u. a. HAB. Psychiatrieakten Morija. Karton 34 (3860), wo »eine gewisse Weichheit trotz seines athletischen Habitus« vermerkt wurde.
- 29 HAB. Psychiatrieakten Morija. Karton 32 (3633).
- 30 Zur ätiologischen Bedeutung des Willens schon in der Psychiatrie des Ersten Weltkriegs vgl. Lerner (1996).
- 31 Vgl. hierzu aber auch die Vorgehensweise und Wahrnehmungsschemata in der englischen Psychiatrie des Ersten Weltkriegs bei Bourke (2000), 59.
- 32 HAB. Psychiatrieakten Morija. Karton 44 (4862). Die Ablehnung eines wehrdienstbedingten Zusammenhangs im beiliegenden Nervenärztlichen Gutachten aus dem Jahre 1949 enthielt zur Bekräftigung eines Verweis auf ein offenbar gleichlautendes Urteil seitens der Wehrmacht aus dem Jahre 1942.
- 33 HAB. Psychiatrieakten Morija. Karton 34 (3788).
- 34 HAB. Psychiatrieakten Morija. Karton 43 (4749).
- 35 Anders als der Opferdiskurs der Nachkriegszeit erwarten läßt, in dem die Leiden der aus

sowjetischer Kriegsgefangenschaft Heimkehrenden schon geradezu penetrant herausgestellt wurden, gibt es in den Krankenakten auch zahlreiche Belege im Hinblick auf diese Gruppe der Kriegsgefangenen, die hier nur angedeutet werden können.

- 36 Vgl. dazu Kühne (1996), 523.
- 37 HAB. Psychiatrieakten Morija. Karton 40 (4474).
- 38 HAB. Psychiatrieakten Morija. Karton 43 (4887). Ähnlich interpretieren ließe sich die Aussage einer Ehefrau, daß ihr Mann sich nicht vor dem Krieg drücken wollte, sondern sogar ehrgeizig gewesen sei, in: HAB. Psychiatrieakten Morija. Karton 36 (4053).
- 39 HAB. Psychiatrieakten Morija. Karton 42 (4666).
- 40 HAB. Psychiatrieakten Morija. Karton 34 (3860).
- 41 HAB. Psychiatrieakten Morija. Karton 32 (3687), Karton 34 (3828), u. 8879.
- 42 HAB. Psychiatrieakten Morija. Karton 34 (3828).

Literatur

- Biess, Frank (1999): Vom Opfer zum Überlebenden des Totalitarismus: Westdeutsche Reaktionen auf die Rückkehr der Kriegsgefangenen aus der Sowjetunion, 1945-.1955. In: Bischof, Günter/Overmans, Rüdiger (Hrsg.): *Kriegsgefangenschaft. Eine vergleichende Perspektive*. Ternitz-Potschach, S. 365-98.
- Bourke, Joanna (1996): *Dismembering the Male. Men's Bodies, Britain, and the Great War*. Chicago.
- Bourke, Joanna (2000): Effeminacy, Ethnicity and the End of Trauma: The Sufferings of ›Shell-shocked‹ Men in Great Britain and Ireland, 1914-39. In: *Journal of Contemporary History*, Jg. 35, S. 57-69.
- Geyer, Michael (1995): Das Stigma der Gewalt und das Problem der nationalen Identität. In: Jansen, Christian u. a. (Hrsg.): *Von der Aufgabe der Freiheit. Politische Verantwortung und bürgerliche Gesellschaft im 19. u. 20. Jh.* Berlin, S. 673-98.
- Goltermann, Svenja (1999): Verletzte Körper oder »Building National Bodies«. Kriegsheimkehrer, »Krankheit« und Psychiatrie in der westdeutschen Nachkriegsgesellschaft. In: *Werkstatt Geschichte*, Jg. 8. H. 24, S. 83-98.
- Jordanova, Ludmilla (1989): *Sexual Visions. Images of Gender in Science and Medicine between the Eighteenth and Twentieth Centuries*. Madison.
- Kühne, Thomas (1996): Kameradschaft – »das Beste im Leben eines Mannes«. Die deutschen Soldaten des Zweiten Weltkriegs in erfahrungs- und geschlechtergeschichtlicher Perspektive. In: *Geschichte und Gesellschaft*, Jg. 22, S. 504-29.
- Lerner, Paul (1996): »Ein Sieg deutschen Willens«: Wille und Gemeinschaft in der deutschen Kriegspsychiatrie. In: Eckard, Wolfgang u. Gradmann, Christoph (Hrsg.): *Die Medizin u. der Erste Weltkrieg*. Pfaffenweiler, S. 85-108.
- Moeller, Robert G. (1996): War Stories: The Search for a Usable Past in the Federal Republic of Germany. In: *American Historical Review*, Jg. 101, S. 1008-48.
- Moeller, Robert G. (1998): »The Last Soldiers of the Great War« and Tales of Family Reunions in the Federal Republic of Germany. In: *Signs*, Jg. 24, S. 129-45.
- Neumann, Vera (1999): *Nicht der Rede wert. Die Privatisierung der Kriegsfolgen in der frühen Bundesrepublik*. Münster.
- Orland, Barbara/Scheich, Elvira (Hrsg.) (1995): *Das Geschlecht der Natur*. Frankfurt.
- Schönleiter, W. (1961): *Die Kriegsopferversorgung*. (Sozialpolitik in Deutschland, Nr. 42) Stuttgart.
- Winter, Jay (2000): Shell-shock and the Cultural History of the Great War: In: *Journal of Contemporary History*, Jg. 35, H. 1, S. 7-11.
- Young, Allan (1995): *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton.