

Wir empfehlen Ihnen, auf einem Blatt jeweils zwei Seiten dieses Artikels nebeneinander auszudrucken.

We recommend that you print two pages of this article side by side on one sheet.

„Ich hab halt gesponnen“ – Affektordnung, Elektroschocktherapie und Subjektivierung in der Nachkriegszeit

Max Gawlich

English abstract: In this paper, I ask to what extent affective states of mourning or depression were identified as problems and subjected to public discourse and psychiatric treatment in post-war Germany. Casefiles from the Asylum of Eglfing-Haar provide the source material for my analysis of the dynamic tensions between individual affect regulation and the societal affective regime. For this study, affects are conceptualized as relational, embodied states that are realized in situational practices. The study shows that for the therapy and its evaluation the ability to work was considered a central social quality to determine affective well-being. After 1945 the ability to socially adapt to an environment of fellow patients and medical personnel became an important factor too. Patients and psychiatrists, often in accord with each other, somaticized depressive, affective states of despair or the inability to meet the demands of their family or of the society. To them, Electroshocktherapy provided a therapeutic practise which enabled contentment and adaptability. To patients, psychiatrists and public intellectuals alike the notion of shock offered also a productive metaphor to describe their contemporary reality.

Die 32-jährige Josefa H. wurde 1946 nach mehreren Suizidversuchen in Eglfing-Haar aufgenommen. Sie hatte 1943 ihren Mann verloren.

Im Mai 1945 habe sie einen Selbstmordversuch mit Veronal gemacht, nachdem sie die ganze Zeit furchtbar nervös gewesen sei, Angstzustände gehabt habe und nicht mehr schlafen können [!] Sie sei dann wieder in die Nervenklinik München gekommen, dort mit Elektrokrämpfen behandelt worden und nach 8 Wochen wieder entlassen worden. Jetzt habe sie wieder mehrmals hintereinander das Gefühl gehabt, daß sie in der Nacht ohne ihr Wissen mißbraucht worden sei, und habe deswegen einen Selbstmordversuch begangen.¹

Der Bericht ist beispielhaft für Schilderungen über Schicksalsschläge und zerstörte Lebensentwürfe verbunden mit psychopathologischen Diagnosen, die seit dem Kriegsende zunehmend in Akten der Heil- und

* Ich danke dem oder der GutachterIn für die kritische und ausführliche Auseinandersetzung mit dieser Arbeit und den Herausgebern für die aufmerksame und geduldige Begleitung der Beitragsentstehung.

1 HPA E-H: PA Josefa H., 10.03.1946, ABezOB, Signatur: HPA E-H 8087.

Pflegeanstalt begegnen.² Der anamnestische Bericht sollte das Leiden der Patientin bis zu ihrer Aufnahme zusammenfassen. Im zeithistorischen Kontext betrachtet, erscheinen der wiederholte Suizidversuch ebenso wie die Missbrauchsgefühle, die Schlaflosigkeit oder die Nervosität nicht zwangsläufig als Symptome einer schizophrenen Erkrankung, also als Zeichen der mentalen oder affektiven Pathologie, wie sie die behandelnden Ärzte einordneten. Ihre Empfindungen ebenso wie ihre Suizidversuche erscheinen rückblickend als nachvollziehbare Reaktion auf die Zustände ihrer Lebenswelt.³ Die historische Auseinandersetzung mit mentalen, affektiven und somatischen Belastungen der Kriegs- und Nachkriegszeit zwischen 1944 und 1950 – Hunger, Niederlage, Verlust von Angehörigen, Zerstörung, Verletzungen und Unsicherheit – stellt den Ausgangspunkt für diesen Beitrag. Der historische Umgang mit den extremen und außergewöhnlichen Gefühlen bildet den Anlass, nach der psychiatrischen Regulation und Behandlung von affektiven Zuständen zu fragen.

Gesellschaftliche Affektregime und individuelle Affektkontrolle in der Nachkriegszeit von dieser Fallskizze ausgehend zu problematisieren, stellt den Verfasser vor spezifische Herausforderungen. Analyse- und Quellsprache sind unauflösbar miteinander verquickt und erschweren oftmals eine eindeutige Abgrenzung der historischen und historio-graphischen Termini. „Erfahrungen“, „Affekte“, „Gefühle“, „Erlebnisse“ sollen anhand psychiatrischer Quellen thematisiert werden, die allerdings selbst auf diese Begriffe rekurrieren und mit spezifischen historischen Perspektiven und Wissensbeständen verknüpft sind. Bei der Rekonstruktion historischer Wahrnehmungs- und Umgangsweisen stehen ebenso gegenwärtig weit verbreitete Wissensbestände aus der Psychotherapie und Psychoanalyse im Weg.

Um diese Erkenntnisbarrieren zu unterlaufen, betrachte ich, wie Affekte in der Nachkriegszeit problematisiert wurden. Michel Foucault hat die Untersuchung der Genese und Bearbeitung von Problemen – die Problematisierung – als ein Vorgehen skizziert, das die Frage gestattet, weshalb ein Phänomen auf eine historisch spezifische Weise bearbeitet wird, weshalb es in jener Form thematisiert wird. Das von ihm nur knapp umrissene Vorgehen soll hier als Perspektive auf die

2 Die Akten aus der Heil-Pflegeanstalt Egging-Haar (HPA E-H) entstammen dem Archiv des Bezirks Oberbayern (ABezOB); die teilweise zitierten Akten aus der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Münsingen (kHPA M) werden im Psychiatrie Zentrum Münsingen (PZM) bei Bern archiviert.

3 Die Suizidzahlen 1945 belegen die verbreitete Verzweiflung und Zukunftsangst in der deutschen Bevölkerung, Christian Goeschel, Selbstmord im Dritten Reich, Berlin 2011, S. 311-12.

Auseinandersetzung mit Affekten in den 1940er Jahren dienen, denn es integriert semantische und materiell praktische Ebenen. So wird versucht die psychiatrisch-therapeutische Auseinandersetzung mit Patienten und ihren Affekten als Bündel von Effekten, Körper- und Wissenspraktiken sowie sozialen Beziehungen zu analysieren. Die Untersuchung der Problematisierung des Affektes erfolgt an einer spezifischen historischen Form – der Elektrokrampftherapie.⁴

Im Vordergrund der Elektrokrampftherapie stand die erschlaffte, niedergedrückte Haltung der Patientin, der bewusstlose, den ganzen Körper erfassende Anfall oder die aufrechte, aktive Zuwendung, welche der Patient nach erfolgter Remission zeigte. So muss auch der historiographische Blick verstärkt auf das körperliche Ausleben und dessen Zurichtung sowie die Gestaltung von Affekten durch therapeutische Maßnahmen gerichtet werden. Es steht also nicht die immer wieder reproduzierte Dichotomie von Psyche und Soma im Zentrum der Studie, sondern eine Verkörperung von Affekten, die Psychiater als Depression diagnostizierten und mit der Elektrokrampftherapie behandelten.⁵

Die Nachkriegszeit bildete einen Erfahrungsraum, der anhaltend hohe emotionale und kognitive Anforderungen an den Einzelnen stellte. Die Gegenwart von Gewalt, Tod und Sterben sowie Zerstörung, Mangel und Hunger waren ubiquitäre Belastungen und forderten ihren emotionalen und mentalen Tribut.⁶ Hans-Ulrich Wehler beschreibt dies in seiner Gesellschaftsgeschichte besonders illustrativ.

Jahrelang wirkten die Sorgen des Alltags erdrückend. Den Kampf um Lebensmittel und Wohnraum, um Brennstoff und Kleidung, millionenfach begleitet von der dumpfen Trauer um die Toten oder von der Sorge um Kriegsgefangene, Vermißte, Verwundete, verschollene oder vertriebene Familienangehörige, schnürte die Lebenswelt in einen engen privaten oder allenfalls lokalen Erfahrungshorizont ein.⁷

4 Michel Foucault, *Polemics, Politics and Problematizations*, in: Paul Rabinow (Hg.), *The Foucault reader*, New York 2010, S. 288.

5 Diesen Versuch eines kulturwissenschaftlichen Zugriffs auf den materiellen, erkrankten Körper zu wagen, hat insbesondere Annemarie Mol vorgebracht, *Annemarie Mol, body multiple*, Durham 2003, S. 11-12.

6 Besonders eindrucksvoll beschrieben bei Richard Bessel, *The Shadow of Death in Germany at the end of the second World War*, in: Alon Confino u.a. (Hg.), *Between Mass Death and Individual Loss. The Place of the Dead in Twentieth Century Germany*, New York 2008, S. 52.

7 Hans-Ulrich Wehler, *Deutsche Gesellschaftsgeschichte 1914 - 1949*, Bd. 4, *Vom Beginn des Ersten Weltkriegs bis zur Gründung der beiden deutschen Staaten*, Bonn 2010, S. 953.

Seine universalistisch ausgreifende Darstellung von Leid und Trauer in der deutschen Nachkriegsgesellschaft greift eine allgemeine Stimmung der Verzweiflung auf, die auch von den Zeitgenossen vergleichsweise undifferenziert vorgebracht wurde. Sie wäre unter anderem hinsichtlich Stadt und Land zu differenzieren, wie Richard Bessel in einer kurzen Arbeit zur Entstehung dieses Opfernarrativs in der Kriegsendphase und unmittelbaren Nachkriegszeit herausstellt.⁸ Beispielhaft für die pauschalen Viktimisierungen steht der folgende Abschnitt aus der Eröffnung des ersten Nachkriegsexemplars des deutschen Ärzteblattes von Carl Oelemann.

Die Männer, Frauen und Kinder unsres Volkes sind nach den furchtbaren Schicksalsschlägen des nationalsozialistischen Regimes, des grausamsten Krieges aller Zeiten mit Terror, Bombennächten, Verlust lieber Angehöriger und oft aller Habe, Hunger und Kleidungsnot der Nachkriegsjahre, Wohnungselend und Wintersorgen, Verlust der Heimat, Arbeitslosigkeit, Furcht vor neuen Machthabern in einer seelischen Not und Verzweiflung, wie sie nie größer gewesen ist. Diesen Armen muss geholfen werden, wenn Deutschland nicht innerlich zusammenbrechen will, wenn nicht die Neurose, die seelische Angst, ihre Geißel über unserem ganzen Volke schwingen soll.⁹

Die Untersuchung von psychiatrischen Patientenakten soll das Material bieten, intensive und extreme affektive Zustände in der Nachkriegszeit, sowie die psychiatrischen und gesellschaftlichen Umgangsweisen mit ihnen zu untersuchen.

In einer Vielzahl von Zeitschriften und Zeitungen unterzog sich die westdeutsche Gesellschaft der Nachkriegszeit einer eindringlichen und angesichts der 1950er Jahre bemerkenswerten Selbstbeurteilung sowie Kritik.¹⁰ Besatzer und Besetzte bäugten skeptisch das richtige Fühlen,

8 Richard Bessel, Gewalterfahrung und Opferperspektive. Ein Rückblick auf die beiden Weltkriege des 20. Jahrhunderts in Europa, in: Jörg Echternkamp u. Stefan Martens (Hg.), *Der Zweite Weltkrieg in Europa: Erfahrung und Erinnerung*, Paderborn 2007, S. 253–267, hier 254.

9 Carl Oelemann, Hilfe und Errettung aus seelischer Not. Psychotherapie - ein bedeutendes, weites ärztliches Arbeitsgebiet, in: *Ärztliche Mitteilungen* 34, 1949, S. 156-159, zit. n. Sigrid Stöckel, Psychotherapie als Reformbewegung im Nachkriegsdeutschland, in: Christine Wolters u.a. (Hg.), *Abweichung und Normalität. Psychiatrie In Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit*, Bielefeld 2012, S. 309–323. hier 310.

10 Zur publizistischen Nachkriegsöffentlichkeit siehe Doris von der Brélie-Lewien u. Ingrid Laurien, Zur Politischen Kultur im Nachkriegsdeutschland. Politisch-kulturelle Zeitschriften 1945-1949: Ein Forschungsbericht, in: *Politische Vierteljahresschrift* 24. 1983, S. 406–427, hier 409; Erhard Schütz, Nach dem Entkommen, vor dem Ankommen. Eine Einführung, in: Elena Agazzi u. Erhard Schütz (Hg.), *Handbuch Nachkriegskultur*, Berlin 2013, S. 51-54; zur Wandlung insbesondere Monika

den öffentlichen Ausdruck von Trauer, Verzweiflung und Leidenschaft. Die kritischen Stellungnahmen der Herausgeber der *Wandlung*, Karl Jaspers und Dolf Sternberger vom Anfang und vom Ende der unmittelbaren Nachkriegszeit sind beispielhaft für diese intellektuelle Auseinandersetzung mit dem Affekthaushalt der Deutschen.

Wir werden nicht jubelnd vom ‚Aufbruch‘ reden, nicht noch einmal dem falschen Pathos verfallen.¹¹

Niemand zu liebe und niemand zu leide eine Basis schaffen, einen sicheren, wengleich harten Boden im Meer der Erregungen, Affekte und Ressentiments finden.¹²

Die öffentliche Inszenierung der ‚fanatischen‘ Volksgemeinschaft im Nationalsozialismus, die über Radiowellen und in den Wochenschauen ausgestellt und praktizierte ‚frenetische Begeisterung‘ der Volksgenossen war die negative Folie, welche der Einordnung von Erlebnissen und Erfahrungen diene. Nun sollte Denken, und nicht etwa das unreflektierte Reagieren auf affektive Impulse, Grundlage des ‚Zurechtfindens in der ungeheuren Not‘ sein, wie Karl Jaspers es in der ersten Ausgabe der Zeitschrift „die Wandlung“ im November 1945 formulierte.¹³ Während Jaspers sich in die moderne Tradition der zunehmenden Rationalisierung stellt, wurde u.a. von Ärzten wie Viktor v. Weizsäcker die Abkehr vom gewalttätigen Rationalismus und die Rückbesinnung auf den ganzen Menschen eingefordert.¹⁴ Über das psychiatrische Lehrgebäude hinaus, hat besonders Norbert Elias die Affekte in der sozialen Verflechtung bestimmt. Er untersuchte die historisch gewachsenen und kulturell reglementierten Grenzen der Intensität und Formen von Affektäußerungen. Individuelle und soziale Entwicklung der Affektbeherrschung beziehungsweise der ‚Zivilisation‘ sind in seiner Darstellung aufeinander bezogen und miteinander verwoben. Das Individuum hat in seiner Deutung die Aufgabe, sich an die Ansprüche der fortschreitend differenzierteren und in immer tiefer

Waldmüller, *Die Wandlung. Eine Monatsschrift. 1945-1959. Ein Bericht* (= Deutsches Literaturarchiv - Verzeichnisse Berichte Informationen), Marbach 1988.

11 Dies forderte Karl Jaspers in seiner Rede zur Eröffnung der Universität Heidelberg, Karl Jaspers, *Erneuerung der Universität. Eine Rede*, in: *Die Wandlung* 1. 1945, S. 74.

12 Dolf Sternberger, *Versuch zu einem Fazit*, in: *Die Wandlung* 4. 1949, S. 701–2.

13 Karl Jaspers u.a., *Geleitwort der Herausgeber und des Verlegers*, in: *Die Wandlung* 1. 1945, S. 3–7.

14 Andreas Reckwitz, *Praktiken und ihre Affekte*, in: *Mittelweg* 36 24. 2015, S. 32; zum Rationalismus und dem entgegengesetzten Holismus der psychosomatischen Schulen unter anderem von Viktor v. Weizsäcker und Alexander Mitscherlich vgl. Stöckel, *Psychotherapie als Reformbewegung*, 2012, S. 319.

gestaffelten Handlungsketten verästelten Gesellschaft anzupassen.¹⁵ Im Gegensatz zum psychiatrischen Rationalismus sowie zur verbreiteten Kultur der Unterkühlung in der Zwischenkriegszeit und im Nationalsozialismus, entwirft Elias die Norm eines sensiblen, adaptiven und gemäßigten Bürgersubjekts.¹⁶ Diese Positionen markieren die Spannung innerhalb derer Affekte in der Zusammenbruchsgesellschaft verkörpert und diskutiert wurden; sie belegen ihre klinisch-therapeutische ebenso wie die politisch diskursive Problematik. Die anhaltenden Belastungen im Alltagsleben und die Sehnsucht nach Sicherheit sowie Stabilität in der Nachkriegszeit förderten nicht nur die publizistische Tätigkeit. Das Individuum war auf vielfältige Weise zur Selbstregulation und -beschränkung aufgefordert.

Endlich ist die Zeit vorüber, wo wir (nicht mehr) im Keller hausen müssen. Wenn die Sirenen ertönten, hatten wir schon immer vorher Angst. [...] Heute sind wir alle zufrieden und glücklich, dass alles vorbei ist und der böse Krieg ein Ende hat. Und wir wollen gar nichts mehr davon wissen.¹⁷

In diesem kleinen Ausschnitt aus einem Schulaufsatz von 1946 formuliert Winfried Schubarth die Grundstimmung von Angst, die Beschwörung des Kriegsendes und den damit einhergehenden Wunsch nach Normalität; diese neue Normalität ging mit ruhiger Glücklichkeit und Zufriedenheit einher. In den Augen von Angehörigen oder Ärzten gelang dies dem oder der Einzelnen nicht immer, wie das Beispiel zu Beginn verdeutlichte. Die Kontrolle über die Stimmung sollte klinisch unter Rückgriff auf somatische Schockverfahren wiederhergestellt werden. Der Elektroschock bildete hierzu das therapeutische Standardrepertoire. Nach einer näheren Auseinandersetzung mit zu heftigen, falschen oder abwesenden Affekten in der psychiatrischen Therapie und ihren Quellenspuren werde ich anschließend die therapeutische Verwendung des Schocks betrachten. Die bemerkenswerte Verwendung des Begriffs und Konzepts *Schock* zur Beschreibung der Erfahrungen von Krieg und Zusammenbruch untersuche ich im vierten Abschnitt. Diese zeitliche Parallelität bietet den Anlass, das psychiatrische Behandlungsverfahren und seine Verwendung in der Nachkriegszeit zu verorten.

15 Norbert Elias, Über den Prozeß der Zivilisation, Frankfurt am Main 1983, S. 314.

16 Gerd Krumeich, Der Mensch als „Material“. in: Stig Förster/Markus Pöhlmann/Dierk Walter (Hg.): Schlachten der Weltgeschichte, München 2001, S. 295-305, hier 297; Helmut Lethen, Verhaltenslehren der Kälte. Lebensversuche zwischen den Kriegen, Frankfurt am Main 1994.

17 Winfried Schubarth 1946, zit. n. Richard Bessel, Gewalterfahrung und Opferperspektive, S. 253.

Emotionen, Affekte und Psychiatrie

Gefühle und Affekte scheinen als historischer Untersuchungs- und Diskussionsgegenstand allgegenwärtig, und seit den 1990er Jahren hat sich eine Forschungslandschaft ergeben, die durch einen kaum mehr zu überblickenden Publikationsstand geprägt ist.¹⁸ Eine Fülle konzeptueller und theoretischer Annäherungen an den Forschungsgegenstand der historischen Gefühle, Emotionen sowie Affekte werden durch immer neue Erörterungen beziehungsweise Definitionsversuche ergänzt.¹⁹ Insbesondere an Emotionen entwickelte kognitivistische Deutungsversuche setzen sich meist mit der tradierten Dichotomie von Natur und Kultur auseinander und versuchen zu ergründen, wie wenig oder wie sehr Gefühle durch sie bestimmt seien.²⁰ Jüngere Ansätze versuchen dagegen, in praxeologischer Weise diese Dichotomie zu unterlaufen.²¹ Unter anderen hat Monique Scheer eine analytische Perspektive zur Historisierung von Emotionen, Gefühlen und Affekten als Praktiken vorgeschlagen, die in Anlehnung an Pierre Bourdieu erfolgt. Affekte können ebenso wie Empfindungen als verkörperte und situative Praktiken untersucht werden.²² Die Auseinandersetzung mit dem Quellenmaterial der Patientenakten und der psychiatrischen Behandlungen, sowie des klinischen Diskurses zur Elektrokrampftherapie erfolgt daran angelehnt mit einem besonderen Interesse für die geäußerten, registrierten, ausgelebten, kurz die praktizierten Affekte, Gemütszustände und therapeutischen Handlungen.

Für die kritische Lektüre von Patientenakten und Behandlungsanweisungen sind so Anhaltspunkte formuliert. Sie erfolgt anhand der

18 Was wenig überraschend eine Vielzahl, sich teils explizit widersprechender Positionen und konzeptueller Entwürfe zur Folge hat, vgl. Bettina Hitzer, Emotionsgeschichte – ein Anfang mit Folgen, in: H-Soz-Kult. 2011, S. 2–3. Online: <<http://www.hsozkult.de/literaturereview/id/forschungsberichte-1221>>, Stand: 20.10.2016;

19 Florian Weber, Von den klassischen Affektenlehren zur Neurowissenschaft und zurück. Wege der Emotionsforschung in den Geistes- und Sozialwissenschaften, in: Neue Politische Literatur 53. 2009, S. 21–42; Nina Verheyen, Geschichte der Gefühle, in: Docupedia-Zeitgeschichte, 6.2010. Online: <http://docupedia.de/docupedia/index.php?title=Geschichte_der_Gef%C3%BChle&oldid=73289>.

20 Monique Scheer, Are Emotions a Kind of Practice (and is that what makes them have a History)? A Bourdieuan approach to understanding emotion, in: History and Theory 51. 2012, S. 195.

21 Andreas Reckwitz, Praktiken und ihre Affekte, 2015, S. 27; Anne Schmidt u. Christoph Conrad, Introduction, in: Anne Schmidt u. Christoph Conrad (Hg.), Bodies and affects in market societies, Tübingen 2016, S. 18

22 Monique Scheer, Are Emotions a Kind of Practice, 2012, S. 215–17.

Beschreibung und Benennung von Praktiken, Handlungen und weniger mit Blick auf Bewertungen und Introspektion.²³ Dies findet seine Entsprechung in der Quellenform, denn der Fokus der Notizen und Beschreibungen lag auf dem Verhalten der Patientinnen. Der Blick des Historikers richtet sich damit auf die gleichen Phänomene wie die Aufmerksamkeit des Arztes, wie der folgende Ausschnitt verdeutlicht.

30.6.47: War sehr ruhelos und unruhig, drängte ständig hinaus, musste immer im Bett gehalten werden. Nach Elektrokrampfbehandlung rasche und auffallende Besserung, Pat[ient] steht jetzt auf, ist ruhig, geordnet und freundlich, hilft fleißig auf der Abteilung.²⁴

Diese Analogie der Perspektiven wirft die Frage auf, ob sich die historische Untersuchung damit nicht unkritisch den ärztlichen Blick aneigne, der die festgehaltenen Verhaltensweisen und Äußerungen nur aufgrund ihrer Pathologisierbarkeit notierte.²⁵ Kehrt mit der historischen Praxis also jener unkritische Positivismus zurück, der die ärztliche Notiz als Repräsentation des Patientenverhaltens versteht und die Aufzeichnung in der Krankenakte für eine adäquate Repräsentation des Anstaltsalltags hält?²⁶ Die Untersuchung der Patientenakten aus der Perspektive der Praxis bietet die Möglichkeiten, die wahrgenommenen, von Ärzten oder Pflegepersonal als ausschlaggebend registrierten Körperhandlungen zu bestimmen; das Kranksein wird so als relationale Beziehung unter Einschluss des Körpers historisiert. Häufig formulierten sie, dass dieses Verhalten oder jene Handlungen ‚die Therapie erzwang‘ beziehungsweise der Patient ‚geschockt werden musste‘. Die behandelnde Auseinandersetzung, sei es in Form von Morphinum-Skopolamin-Injektionen zur Beruhigung oder die Elektrokrampftherapie, stellte für die historischen Akteure das Gegenstück zum erratischen Handeln der Patienten dar und bezog aus dieser Gegenüberstellung ihren Sinn.

Diese Beziehung kann mit Verweis auf die Körpersoziologie von Stephan Hirschauer näher bestimmt werden. Affekte, Verhaltensweisen und Behandlungen finden nicht im leeren Raum statt, sondern werden durch soziale, historische und wissende Subjekte körperlich realisiert. In

23 Ebd., S. 215.

24 HPA E-H: PA Josefa H., 1946.

25 Michel Foucault, Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, Frankfurt/M. 1976, S. 181–184.

26 Oder wie Jakob Tanner so treffend festgestellt hat, „[i]n einer Anstalt passiert immer mehr als sich die Akteure vergegenwärtigen (können oder wollen)“, Jakob Tanner, Ordnungsstörungen, in: Marietta Meier u. Jakob Tanner (Hg.), Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870-1970, Zürich 2007, S. 301.

seinem Entwurf ist die doppelte Natur des Körperwissens – ein Wissen vom Körper und ein durch den Körper ausgeführtes Wissen – der Ausgangspunkt und bietet auch der historischen Untersuchung eine analytische Perspektive auf affektives Verhalten und den therapeutischen Umgang damit. Dieser Blick auf die Krankenakten, in denen das Verhalten von Patienten durch Ärzte und Pflegepersonal notiert wurde, konzentriert sich demnach auf die reziproke Konstellation.²⁷ Die Krankheit wurde in der klinischen Situation im Handeln der Patienten verkörpert, sodass Ärzte, Pfleger und Mitpatienten das mehr oder weniger problematische Verhalten erkannten und darauf reagierten. Der folgende Ausschnitt aus der Akte einer Patientin aus Münsingen in der Schweiz verdeutlicht diesen generellen Zusammenhang.

9.7.48 Hdt Sitzt verzweifelnd weinend und schluchzend auf ihrem Stuhl, kann kaum reden, bringt nur heraus: "ich will mit meinem Mann wieder heim". [...] kann nicht mehr schlafen, will abends nicht mehr ins Bett, arbeitet nicht mehr, jammert: sie könne ihre Pflichten nicht mehr erfüllen, man habe kein Geld mehr, alles ginge kaputt, man habe nichts mehr zu essen. [...] Beginn mit ES nach den ersten 2 Schocks, die gut vertragen wurden, leichte Besserung, sie weint nicht mehr ohne weiteres ist viel aufgeschlossener, schaut etwas umsich, fühlt sich leichter.

[...] 28.8.48 B. Ist seither ausgeglichen geblieben, freundlich u. zufrieden. Nimmt heute von allen nett Abschied, dankt für alles u. aeussert ihre volle Zufriedenheit mit ihrem Aufenthalt hier, bes. dass man so viel Geduld u. Liebe ihr entgegengebracht habe.²⁸

Die Resonanz der Patientin in der Anstaltsgemeinschaft bestimmte die Beschreibung, Behandlung und Adressierung der ‚krankhaften‘ Gemütszustände. Einzelne Verhaltensweisen und Äußerungen wie Weinen, Antriebslosigkeit oder Niedergeschlagenheit wurden als depressiver Gemütszustand benannt und können ebenso wie die therapeutische Auseinandersetzung historisch untersucht werden. Damit ist bereits an dieser Stelle festzuhalten, dass der Körper in der psychiatrischen Beurteilung und Behandlung sowohl Medium als auch Ort der Affekte war. Er bildete dementsprechend den Angriffspunkt der Behandlung und der Bewertung ihrer Effekte, wie die Untersuchung anhand einzelner Fälle zeigen wird. Die Evaluation der therapeutischen Praxis erfolgte über die An- oder Abwesenheit der problematischen Handlungen. Die Bewusstlosigkeit, welche auf den Krampfanfall in der EKT folgte, war daher eine schlagartige Beruhigung der „erregten

27 Stefan Hirschauer, Körper macht Wissen, in: Karl-Siegbert Rehberg (Hg.), Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006, Frankfurt/Main [u.a.] 2006, S. 978–80.

28 kHPA Müns.: Dora M.-H., Münsingen 1944, ArchPZ Münsingen, Signatur: 12432, S. 4.

Patientin“, wie ein Ausschnitt aus dem Therapiehandbuch von Anton v. Braunmühl darstellt.

Symptomatische Krampfbehandlung nennen wir die Methode, einzelne Heilkrämpfe dann zu setzen, wenn besonders krankhafte Symptome, wie etwa eine schwere psychomotorische Erregung oder eine Nahrungsverweigerung, ärztliches Eingreifen erfordern.²⁹

Die anhaltende Beruhigung, die Auflockerung oder die straffere und aufrechte Haltung war folglich Verkörperung der erhofften Linderung oder gar Heilung.³⁰

Die untersuchten Patientenakten stammen vorwiegend aus der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar im Süden Münchens. Die Klinik in der amerikanischen Besatzungszone galt durch die Insulinstation von Anton von Braunmühl als Zentrum der somatischen Behandlungsverfahren und konnte sich durch die Zusammenarbeit mit den Siemens Reiniger Werken Erlangen bei der Entwicklung von Elektrokrampftherapiegeräten seit 1942 als Vorreiterin etablieren. Von Braunmühl führte die Klinik nach Kriegsende zunächst als kommissarischer Leiter und nach einem kurzen Intermezzo 1946 durch Gerhardt Schmidt später auch als Direktor.³¹ Die Insulinkomatherapie und die pharmakologischen Krampfbehandlungen wurden in den 1930er Jahren europaweit in der Psychiatrie erprobt und eingeführt.³² Im Anschluss an

29 Anton von Braunmühl, *Insulinschock und Heilkrampf in der Psychiatrie*, Stuttgart 1947, S. 185.

30 Vgl. dazu auch Cornelia Brink, *Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860 - 1980*, Göttingen 2010, S. 22–26. Deutlich wird dieser Zusammenhang auch in den Dienstanweisungen an das Pflegepersonal zum Rapportieren, vgl. Sabine Braunschweig, *Zwischen Aufsicht und Betreuung*, Zürich 2013, S. 182–183.

31 Max Gawlich, *Medizinisch handeln und wirken. Entwicklungen und Handhabungen der apparategestützten Elektrokrampftherapie 1939–1950*, in: *Technikgeschichte* 82. 2015, S. 233–235; Sascha Lang, *Psychiatrie, technische Innovation und Industrie. Die Siemens-Reiniger-Werke und die Entwicklung des Elektrokrampftherapiegerätes Konvulsator im Zweiten Weltkrieg*, in: Hans-Walter Schmuhl u. Volker Roelcke (Hg.), *'Heroische Therapien'. Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich 1918–1945*, Göttingen 2013, S. 225–227. Diese Entwicklung erfolgte parallel zur Funktion Eglfing-Haars zwischen 1939 und 1942 als wichtiger Sammel- und Zwischenstation der ‚Aktion T4‘. Nach dem Ende der zentral in Berlin gesteuerten Patientenmorde wurden unter dem Direktor Hermann Pfannmüller 1943 Hungerhäuser in Eglfing-Haar eingerichtet, Winfried Süß, *Der 'Völkörper' im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939–1945*, München 2003, S. 324–25.

32 Niall McCrae, *'A Violent Thunderstorm'. Cardiazol Treatment in British Mental Hospitals*, in: *Hist. Psych.* 17. 2006, S. 67–90; Therese Walther, *Die 'Insulin-Koma-*

die 1917 von Julius Wagner-Jauregg vorgestellte Malariabehandlung der sogenannten Neurosyphillis experimentierten Psychiater in der Zwischenkriegszeit mit einer Vielzahl von Substanzen und Techniken, um Schockzustände in Patienten auszulösen.³³ Selten wurden bei diesen Behandlungen psychiatrischer Erkrankungen wie Schizophrenie und Manisch-Depressives Irresein explizite Wirkhypothesen verfolgt. Der Fokus lag weniger auf der Erklärung als auf der Produktion gewünschter Effekte wie Ruhe, Ordnung und Arbeitsfähigkeit.³⁴ Die Elektrokrampftherapie, 1938 erstmals von Ugo Cerletti in Rom vorgestellt, verwandte elektrische Reize im Bereich von 0,5 sec., 300 mA und 70-100 V, um epileptische Krampfanfälle auszulösen. Cerletti versuchte damit, die quälende und Widerstand erzeugende Aura der pharmakologischen Verfahren zu vermeiden und die teuren Medikamente durch günstigeren Strom zu ersetzen.³⁵

Affekte waren in der psychiatrischen Perspektive körperliche Aufwallungen, welche das Individuum kognitiv und emotional mitreißen und potentiell unbeherrschbar sind; ihre Beherrschung und Kontrolle stellten im zeitgenössischen klinischen Diskurs hingegen Gesundheit und soziale Ordnung dar.³⁶ Die Affekte als historischer Untersuchungsgegenstand waren damit psychiatrisch-klinische Objekte und situativ in Praktiken verkörperte Gemütszustände, die von anderen erlebt, registriert und notiert wurden. Die Elektroschocktherapie und die depressiven Gemütszustände werden als spezifische theoretische und praktische Problematisierungen der Affekte, also als Affektordnung, untersucht.³⁷

Behandlung'. Erfindung und Einführung des ersten modernen psychiatrischen Schockverfahrens in Deutschland, Berlin 2000.

33 E. M. Brown, Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for General Paresis of the Insane, in: *Hist. Psych.* 11. 2000, S. 371–382.

34 Monika Ankele, Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Eine Einführung in den Sammelband, in: Monika Ankele u. Eva Brinkschulte (Hg.), *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit (= Medizingeschichte)*, Stuttgart 2015, S. 11.

35 Giorgio Sogliani, Eine neue Methode der Krampftherapie: die Elektroschocktherapie. Erste Ergebnisse, in: *DZfN* 149. 1939, S. 163.

36 Den Begriff des Affekts definiert Jaspers in seinem Handbuch als „augenblickliche komplexe Gefühlsverläufe von großer Intensität und auffallenden körperlichen Begleit- und Folgeerscheinungen“, Jaspers, Karl: *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin, Heidelberg 1946, S. 108.

37 Diese Methodik muss sich den Vorwurf des Historismus gefallen lassen, was allerdings in einem historiographischen Feld wie der Psychiatriegeschichte, das immer noch von der Dichotomie zwischen Affirmation und radikaler Ablehnung geprägt ist, vorteilhaft erscheint.

Schocks als Therapie

In Patientenakten der Nachkriegszeit wurde die diagnostizierte Krankheit von Patienten nur selten in ihrer individuellen Geschichte intensiv beleuchtet.³⁸ Stattdessen versammelten die Akten häufig den täglichen oder wöchentlichen Ausdruck des Krankseins. Merkwürdigkeiten im Fühlen, im Wahrnehmen oder im Denken wurden durch den Patienten, seine Angehörigen, durch Ärzte, Arbeitgeber oder Polizisten bemerkt und festgehalten. Weinen, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und Gedächtnisstörungen ebenso wie Kontaktlosigkeit, körperliche, kognitive und emotionale Erstarrung oder unmotiviertes bzw. inadäquates Lachen und Weinen wurden dabei in das Feld der affektiven Störungen eingeordnet. Häufig wurde auch das von Patienten als besonders quälend empfundene Fehlen von Gefühlen notiert, das mit Sinnleere einherging.³⁹

Die einzelnen Therapiesitzungen wurden in sehr knappen Notizen festgehalten. Auch die Wirkungen wurden nur in kurzen Schilderungen notiert, welche meist die Abwesenheit derjenigen Verhaltensweisen feststellten, welche die Behandlung ‚erzwungen‘ hatten. Dies ist in der folgenden Patientenakte exemplarisch abgebildet. Sie gehört zu einer Patientin, die 1946 in Eglfing-Haar aufgenommen wurde. Das widerstrebende Verhalten der Nahrungsverweigerung war Ausdruck ihrer Unzugänglichkeit und ihrer Erkrankung.

13.5.1946: Pat[ientin] verweigert fast täglich die Nahrung und muß mit der Sonde gefüttert werden. Es wurde mit einer Elektrokrampfbehandlung begonnen.

16.6.1946 Pat[ientin] hat inzwischen 16 Elektrokrämpfe bekommen. Es trat daraufhin zunehmende Besserung ein. Die Pat[ientin] aß wieder, stand auf, wurde etwas zugänglicher und geordneter.⁴⁰

Therapeutische Wirksamkeit hatte neben dem unmittelbaren Grand-Mal Anfall also Effekte, die in den Beziehungen zwischen Patient und Anstaltsgemeinschaft, Angehörigen und Ärzten festgestellt und körperlich realisiert wurden. Auch die nachfolgende Abschlussnotiz in der Akte eines im April aufgenommenen Patienten verdeutlicht diesen Zusammenhang und stellt die affektive Färbung, besser Durchdringung

38 Braunmühl erklärte bereits während des Krieges, dass der therapeutische Notstand ein Warten bis zur Klärung der Ätiologie verböte, Anton von Braunmühl, Einige grundsätzliche Bemerkungen zur Schock- und Krampfbehandlung, in: Allg. Z. Psych. 118. 1941, S. 70.

39 Karl Jaspers, Allgemeine Psychopathologie, S. 110.

40 HPA E-H: PA Anna H., 05.04.1946, ABezOB, Signatur: E-H 7738.

dieser Körperpraktiken heraus. Der 51-jährige Landwirt hatte nach den Angaben seiner Schwester „stundenlang herumgesessen“ und aus dem Fenster starrend gegrübelt. Dabei hing er angstvoll und „schwermütig“ Gedanken über finanziellen Ruin nach. Auch in der Klinik wurde sein Erscheinen als niedergedrückt und besonders gequält beschrieben.

19.5.50: Abschluss der Insulinbehandlung. Der Patient zeigt ein geordnetes Verhalten. [...] Er pflegt guten Kontakt mit andern und betont, dass er sich leistungsfähig, wie lange nicht mehr, fühle.⁴¹

Der Schock in der Krampftherapie bildete dabei das therapeutische Werkzeug der Psychiater. Spezifische Kombinationen, die Addition zu Krampfblöcken, die alternierende Verknüpfung oder die Summation mit der Insulinkomatherapie sowie Serien zu 6, 12 oder 18 Behandlungssitzungen, sollten die Wirksamkeit maximieren oder bei ‚schwierigen Fällen‘ überhaupt Effekte zeitigen. Das therapeutische Ziel war grundsätzlich die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, um den hausfraulichen Pflichten oder der Berufstätigkeit nachgehen zu können.⁴² Das Aufnahmegespräch mit dem Ehemann der Patientin Maria H. stellt dar, wie die Kategorie der Arbeitsfähigkeit auch für Angehörige von zentraler Bedeutung war und diese durch anhaltende Niedergeschlagenheit, depressive Gefühle, Antriebs- sowie Entschlossenlosigkeit beeinträchtigt wurde.

24.9.45: Pat[ientin] geht heute in Begleitung des Ehemannes als Priv[at] Pat[ientin] von Herrn Medizinalrat v Braunmühl zu.

Angaben des Ehemannes:

[...] Seit etwa 2 Monaten Beginn einer depressiven Phase: liess alles verwahrlosen u[nd] verschmutzen, war entschlossenunfähig, antriebslos. Die Scheidung ist beabsichtigt. Entlassung zu Ehemann kommt nicht mehr infrage, sondern zu Bruder, der von dem Arzt entsprechend aufzuklären ist.⁴³

Anhand der Patientenakten lassen sich für die Nachkriegszeit dabei zwei wesentliche Verschiebungen in der Bewertung der Arbeitsfähigkeit und in der Behandlungspraxis der EKT feststellen. Der im Folgenden zu entwickelnde Zusammenhang dieser beiden scheinbar unverbundenen Elemente hängt mit einem grundsätzlichen Wandel im Menschenbild nach 1945 zusammen. Für Ärzte und Ingenieure waren zunächst die

41 HPA E-H: PA Gottfried H., 15.04.1950, ABezOB, Signatur: BKH 1836.

42 Stefanie Coché, An der Schwelle von Inklusion und Exklusion. Zur Bedeutung der Kategorie 'Arbeit' in der psychiatrischen Einweisungspraxis 1941-1945, in: Monika Ankele u. Eva Brinkschulte (Hg.), Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag, Stuttgart 2015, S. 218.

43 HPA E-H: PA Maria H., 24.09.1945, ABezOB, Signatur: E-H 7814.

mechanischen Effekte der Elektrokrampftherapie auf die Muskulatur und das Skelett das zentrale Problem ihrer Arbeit. Gebrochene Wirbelkörper, Frakturen der oberen Gliedmaßen sowie luxierte Schultern und Kiefer setzten die körperliche Arbeitsfähigkeit aufs Spiel und konnten die erreichten therapeutischen Effekte in Frage stellen.⁴⁴ Zunächst wurde durch mechanische Manipulation versucht, diese kinetischen Folgen zu kompensieren. Durch die vollständige Relaxierung der Muskulatur mittels Curare verlor dieses Problem rasch seine Brisanz. Parallel zu dieser Stillstellung des Körpers erfolgte mit der Elektrokrampftherapie eine gestische Konzentration auf den Patientenschädel. Die Handhabung der Elektroden realisierte den Krampfanfall direkt am Gehirn.⁴⁵

In der Nachkriegszeit wurden nun auch zunehmend die Beeinträchtigungen des Gedächtnisses thematisiert. Dieses neue Interesse für die mnestischen und kognitiven Effekte der EKT bildete das Äquivalent zur therapeutisch-praktischen Konzentration auf das Gehirn. Die deutschen Ärzte und Ingenieure knüpften dabei an laufende Debatten in der Schweiz, Großbritannien und besonders den USA an und versuchten durch die Position der Elektroden oder die Stärke des Behandlungsstromes Einfluss auf die Gedächtnisstörungen zu nehmen.⁴⁶ Da aber keine stichhaltige Wirktheorie vorlag, konnten die Effekte der Behandlung nicht differenziert werden, wie unter anderem Walter v. Baeyer 1948 feststellte.⁴⁷ Die verminderte Gedächtnisleistung war folglich ebenso wie die Abwesenheit des Traurigseins Beleg der therapeutischen Effektivität.⁴⁸ Die Isolation des Krampfanfalls durch die therapeutischen Praktiken verstärkte im Einklang mit der zunehmenden

44 Bis zur kriegsbedingten Unterbrechung der Arbeit bei den Siemens-Reiniger-Werken standen diese mechanischen Effekte gemeinsam mit der technischen Effizienz der ‚Konvulsator‘-Geräte im Zentrum der Entwicklungsbemühungen. Max Gawlich: *Medizinisch handeln und wirken*, 2015, S. 249–250; Gerrit Hohendorf, Therapieunfähigkeit als Selektionskriterium. Die ‚Schocktherapieverfahren‘ und die Organisationszentrale der nationalsozialistischen ‚Euthanasie‘ in der Berliner Tiergartenstraße 4, 1939-1945, in: Hans-Walter Schmuhl u. Volker Roelcke (Hg.), *‚Heroische Therapien‘*, S. 297–299.

45 Die Einsperrung des Krampfanfalls in den Schädel des Patienten war so effektiv, dass nur das EEG-Bild vom erfolgreich ausgelösten Krampfanfall zeugen konnte, Rudolf W. Meyer-Mickeleit, *Das Elektrencephalogramm beim Elektrokrampf des Menschen*, in: *Arch. f. Psych. u. Nervenkr.* 183. 1949, S. 30–31.

46 Manfred Lindner, *Über neue Verfahren in der Elektrokrampftherapie*, in: *Nervenarzt* 20. 1949, S. 311; Frederick L. Golla u.a., *Electrically Induced Convulsions*, in: *Proc. R. Soc. Med.* 33. 1940, S. 263; Max Müller, *Die Elektrokrampfbehandlung. (Cerletti)*, in: *Fortschr. Neur. Psych.* 13. 1941, S. 219–220.

47 Walter Baeyer u. Wilhelm Grobe, *Psychopathologische Erfahrungen mit der Elektrokrampfmethode*, in: *Z. Neur.* 179. 1948, S. 192-3.

48 Ebd. S. 184.

Konzentration auf kognitive, mnestiche und affektive Effekte die Tendenz zur Lokalisierung des Gemütshaushalts und seiner Krankheiten im Gehirn.

Diese Verschiebung hatte darüber hinaus ein Äquivalent im terminologischen und qualitativen Wandel von der Arbeits- zur Erwerbsfähigkeit. Die Güte der Remission wurde weiterhin in der Beziehung von Arbeitsfähigkeit und Gemütszustand qualifiziert, erfolgte nun aber differenzierter. Sie nahm nun eine Form an, die weniger grundsätzlich, binär strukturiert war, sondern graduell bemessen wurde. Der Entlassungseintrag in der bereits oben zitierten Akte von 1950 veranschaulicht diese Entwicklung.

19.5.50: [...] Heilkrämpfe wurden mit Curarinvorbereitung gegeben. [...]

24.5.50: nach Hause entlassen [...] Erwerbsfähigkeit: zunächst 80%.⁴⁹

Wie das folgende Beispiel von 1947 zeigt, rückten zudem die intellektuellen und sozialen Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten, ihre Kompetenz sich offen und anpassungsfähig in Gruppen einfügen und integrieren zu können, ins Zentrum der Behandlungsbewertung.

16.10.1947: Pat[ientin] geht zu aus der UNKLM auf Haus 1 EE [...] Der Kopf tue ihr weh vor lauter spekulieren, sie schlafe schlecht und mache sich über alles Gedanken. Ratlos, depressives Zustandsbild, inadäquate Antworten, schwer besinnlich, affektlahm, in sich gekehrt, kaum kontaktfähig. [...]

12.11.47 Nach 10 Elektrokrämpfen Abschluß der Behandlung. Pat[ientin] wirkt wesentlich freier, lacht auch hier u[nd] da. Der Schlaf sei gut. Sitzt meist still bei der Arbeit. Bedeutend kontaktfähiger als vor einem Monat.⁵⁰

Die Ergänzung der Remissionskennzeichen um soziale und affektive Fähigkeiten erfolgte parallel zur Neubewertung von Gedächtnisstörungen. Sie waren keine nützlichen Effekte mehr, die im Gegensatz zur furchterregenden Aura in der pharmakologischen Krampftherapie Kooperation und Ruhe garantierten. Besonders mit Blick auf ‚intelligente Kranke‘ und Menschen in sogenannten ‚Kopfberufen‘ galten Gedächtnisstörungen als problematisch und bildeten den Anlass einer intensiveren Auseinandersetzung. Die Schockwirkung des Vergessens, die Desintegration des Bewusstseins und teilweise der Persönlichkeit, war für zahlreiche Theoretiker allerdings ein zentraler Bestandteil ihrer Wirktheorien zur EKT. Die therapeutischen Ziele Offenheit und Kontaktfähigkeit wurden diesen Theorien zufolge ebenso wie die

49 HPA E-H: PA Gottfried H., 1950.

50 HPA E-H: PA Maria H., 1945.

Gedächtnisstörungen durch Prozesse erreicht, welche der epileptische Anfall auslöste. Den Zusammenhang von affektiver Aufhellung und mnestischer Störung erörterten besonders Walter v. Baeyer und Wilhelm Grobe in ihrer phänomenologischen Bestandsaufnahme der EKT.

Es scheint sich um ein ‚Nicht-Haben-Können‘ depressiver Erlebnisse zu handeln, dass durch das organische Symptom der Euphorie herbeigeführt wird. Besonders deutlich ist das bei den erfolgreich behandelten reaktiven Depressionen, wo von Krampf zu Krampf die Bedeutung des verstimmenden Anlasses, der an sich unveränderten, niederdrückenden Lebenssituation, abbläst oder optimistischer beurteilt wird.⁵¹

Eine besonders drastische Variante des „Nicht-Haben-Könnens“ war die Zerstörung von belastenden depressiven Gedächtnisinhalten im Zuge der Elektrokrampftherapie.

Depressive Inhalte wurden oft völlig vergessen; verfielen der Schockamnesie. Die Kranken äußerten sich spontan erfreut über das gebesserte Befinden: ‚Eine richtige Last ist von mir genommen. Ich habe wieder Interesse für die Kinder ... Ich bekomme wieder Arbeitslust ... Das Leben macht wieder Freude ... Die Zukunft erscheint wieder hoffnungsvoll. Am Tage nach dem Krampf hat es einen gewissen Ruck getan, da ist es mir dann etwas leichter geworden... Mir kommt das Lachen nun viel leichter heraus...‘.⁵²

Die hier entwickelte Fähigkeit zur erfolgreichen Anpassung an die gesellschaftliche Umwelt und zur nötigen Zufriedenheit fand sich einerseits als therapeutisches Ziel in der psychiatrischen Konzeptualisierung der Affekte und andererseits als personal-sozialer Zusammenhang in der Analyse von Norbert Elias über die Affekte im zivilisatorischen Fortschritt wieder.

Dämpfung der spontanen Wallungen, Zurückhaltung der Affekte, Weitung des Gedankenraums über den Augenblick hinaus in die vergangenen Ursach-, die zukünftigen Folgeketten, es sind verschiedene Aspekte der gleichen Verhaltensänderung, eben jener Verhaltensänderung, die sich mit der Monopolisierung der körperlichen Gewalt, mit der Ausweitung der Handlungsketten und Interdependenzen im gesellschaftlichen Raume notwendigerweise zugleich vollzieht. Es ist eine Veränderung des Verhaltens im Sinne der ‚Zivilisation‘.⁵³

Die körperlichen und affektiven Subjektivierungen, welche in den Schocktherapien und den Anstaltsaufenthalten hergestellt wurden,

51 Walter Baeyer u. Wilhelm Grobe, Psychopathologische Erfahrungen, S. 190–1.

52 Ebd., S. 174–175.

53 Norbert Elias, Über den Prozeß der Zivilisation, Frankfurt am Main 1983, S. 322.

entsprachen nicht einer Disziplinierung des Körpers und des Geistes wie in der Arbeitstherapie. Sie sollten dagegen indirekt erfolgen, indem die Voraussetzungen der Selbstbeherrschung hergestellt würden, also jene Fähigkeiten des Individuums, die Elias zeitgenössisch als Prozess der Zivilisation identifizierte.⁵⁴ Der Erfolg der Therapie wurde ganz in seinem Sinne in der Beherrschung des Körpers und seiner Affekte unter den Bedingungen der erweiterten Handlungsketten sowie des sozialen Miteinanders erkannt. Das folgende Beispiel einer nur wenig erfolgreichen Behandlung von einem Patienten, der im Juli 1945 aus einem Kriegsgefangenenlager aufgenommen wurde, bildet dieses Verhältnis deutlich ab.

21.8.45: Pat[ient] wurde in den letzten Tagen zunehmend auffällig durch läppische Handlungen und widerstrebendes Verhalten. Deshalb wird ab heute eine Elektrokrampfbehandlung durchgeführt.

29.8.45: Pat[ient] ist bis jetzt durch die El[ektro]krampfbehandlung nur wenig gebessert worden. Er steht immer noch weitgehend außer Kontakt mit den Mitkranken, ist zu keiner sinnvollen Arbeit heranzuziehen, lächelt oft unmotiviert vor sich hin, benimmt sich ausgesprochen läppisch.⁵⁵

Die Behandlung erfolgte dabei anhand von Konzeptualisierungen der Adaptation, die das Subjekt in Gruppen und Verflechtungen verortete. Dies geschah analog zu zeitgenössischen Theorien einer sozial bedingten Individuation, wie dem Erlernen der Affekte bei Norbert Elias, oder der Bestimmung von Krank- und Gesundsein bei Kurt Goldstein.⁵⁶ Theorie und Therapie positionierten den einzelnen Patienten in einseitigen Anpassungsrelationen zur Gruppe und Gesellschaft.⁵⁷

Im Zentrum der Behandlungspraxis stand dementsprechend die Auslösung des Krampfanfalls, welcher Linderungsprozesse und Veränderungen im Geist/Körper des Patienten veranlasste, die sich ihrerseits in abwesenden Verhaltensweisen oder geordneten affektiven und kognitiven Reaktionen äußerten. Die Schocktherapie hatte also einen Zustand zum Ziel, in dem die individuelle Affektkontrolle möglich war und Patienten sich adäquat an Anforderungen ihrer sozialen Umwelt sowie den Belastungen der Haus- und Erwerbsarbeit anpassen konnten. Aber für Patienten und Ärzte war diese Konzeptualisierung

54 Ebd. S. 331.

55 HPA E-H, PA Karl H., ABezOB: E-H 1736, 9.7.1945.

56 Kurt Goldstein, *The Idea of Disease and Therapy*, in: *Rev. Rel.* 13. 1949, S. 229–240.

57 Ders. *Human Nature in the Light of Psychopathology*, Cambridge 1940, S. 17–18. Besonders wichtig wird dieses Denken in der britischen Kybernetik, William Ross Ashby, *The Application of Cybernetics to Psychiatry*, in: *J. Ment. Sci.* 100. 1954, S. 123.

selbstverständlicher, nicht explizierter Alltag. Damit wurde erstens die Therapierbarkeit der ‚krankhaften‘ Affektzustände praktisch etabliert. Zweitens wurden die Affekterkrankungen zu emotional und kognitiv geäußerten, aber in somatischen Verfahren behandelten, damit zunehmend zerebralen Objekten. Die Unterstellung der somatischen Grundlage aus der Nosologie wurde in der Therapie praktisch realisiert. Dies gestattete es drittens die Therapie und Evaluation zwar an der Wechselbeziehung von Individuum und Gruppe vorzunehmen, doch zugleich das Objekt der Behandlung, also die falschen, extremen und heftigen Affekte im einzelnen Patienten zu verorten. So verwundert es letztlich kaum, dass die Nachkriegsgesellschaft nur randständig in den Quellen und im historischen Narrativ aufscheint. Die Individualisierung der affektiven Pathologie und die Übertragung der Anpassungsaufgabe an den Einzelnen verhindern eine Integration der sozialen und lebensweltlichen Bedingungen, unter denen die überwältigende Trauer, die schuldgeplagte Niedergeschlagenheit oder gehemmte Affektleere erlebt wurden.

Anhand der Quellenausschnitte wurde ebenfalls deutlich, dass dies keine ‚ärztliche‘ Perspektive ist, sondern, wie nicht zuletzt das lakonische Titelzitat unterstreicht, eine von Ärzten und Patienten geteilte Erlebnisweise. Es erfolgt also weniger eine Somatisierung von Depression, als dass sie gemeinsam den Zusammenhang von subjektivem Erleben und lebensweltlichem Kontext verweigerten.

Kultur des Schocks

Der Psychiater und Medizinhistoriker Werner Leibbrand beleuchtete 1946 das Eindringen der technologischen Logik von Effizienz und Beschleunigung in die Anstalt und identifizierte im Knopfdruck die Verdichtung therapeutischer Praktiken.⁵⁸

Wenn der heutige Mensch von »Fortschritt« redet, so meint er, ohne Gefahr zu laufen, mißverstanden zu werden, zweierlei: entweder die Zusammenfassung irgend welcher verwickelter energetischer oder mechanischer Vorgänge in einem simplen Handgriff — man drückt auf den Knopf und dies oder jenes geschieht [...].⁵⁹

Leibbrand war es im Gegensatz zu den teilweise erzürnten Antworten nicht um die Behandlung des einzelnen Patienten in der ‚Knopfdruck-

⁵⁸ Leibbrand rief dadurch erzürnte Reaktionen hervor, wie der Abdruck von Antworten und Gegenantworten zeigt, Walter von Baeyer; Richard Zutt; Werner Leibbrand, 'Heilung' durch den Schock, in: Die Wandlung 2. 1947, S. 57–64.

⁵⁹ Werner Leibbrand, 'Heilung' durch den Schock, S. 148.

psychiatrie‘ gegangen. Er entwickelte anhand der Elektrokrampftherapie eine generelle Kritik der apparativ angeleiteten Denk- und Arbeitsweise in der Psychiatrie, denn das stets verführerisch lauende ‚Wegdrücken‘ des aufwendigen, erregten und belastenden Patienten kam mit dem EKT-Gerät als technische Verfügbarkeit in die Anstalt.⁶⁰ Der Mediziner Wilhelm Küttemeyer ging noch weiter und beschrieb diese Entwicklung als Eindringen der technologischen Sinnlosigkeit. Die Elektrokrampftherapie ignorierte einfach die tiefe Bedeutung, welche das depressive Fühlen für den einzelnen Patienten haben konnte.

Es fehlt in der Behandlung das subjektive Element, gerade wo der Kern eines Subjektes in Frage gestellt erscheint. Es fehlt diesem Schock die intellektuelle Seite, es fehlt der im eigenen Gleichmut aufgefangene intellektuelle Schock — es fehlt die Übertragung, es fehlt eine ganze Hemisphäre. Es fehlt in der Behandlung der Krankheit des Geistes gerade das, worauf es ankommt, der leibhaftige Geist, der Logos.⁶¹

Mit dieser Kritik war Küttemeyer sehr nah an einer Therapieerfahrung, welche der Schweizer Psychiater Max Müller von einem religiösen Patienten schilderte.

Besonders eindrücklich ist mir ein Pfarrer in Erinnerung geblieben [...]. Mit vier Elektroschocks war er geheilt. So glücklich er darüber war, so froh und aktiv er wieder an die Zukunft und die Aufnahme seiner beruflichen Tätigkeit denken konnte - er musste sich nun ganz natürlich und Realität zugewandt, sehr damit auseinandersetzen, dass es der ‚Technik‘ möglich sei, die in der Krankheit als tief, echt, berechtigt und existenziell empfundene Angst und Schuld einfach ‚wegzuwischen‘. Das Gefühl, es sei etwas mit ihm passiert, was an Frevelhaftigkeit und Hybris grenze, ließ ihn nie ganz los.⁶²

60 Diese Wahrnehmung des Gerätes als zur Einfachheit verführend wird zeitgenössisch u.a. von v. Baeyer artikuliert, „[w]er die gegebenen Behandlungsmöglichkeiten mit ihren vielen Variationen und Kombinationen geschickt zu nützen weiß und ein offenes Auge hat für die Dramatik schockbedingter Wandlungen im Bilder der seelischen Störungen, der gerät nicht in die Gefahr, der öden Routine und der technischen Verführung der "Druckknopfapparatur" zu verfallen“, Walter von Baeyer, Die moderne psychiatrische Schockbehandlung, Stuttgart 1951, S. 6.

61 Wilhelm Küttemeyer, Die Krankheit Europas. Beiträge zu einer Morphologie, Berlin 1951, S. 165–66; zu dieser kulturkritisch, pessimistischen Auseinandersetzung mit der Technik ist die kritische Rezension von Max Bense und Helmut Günther über eine Arbeit von Friedrich Jünger von besonderen Interesse, Helmut Günther u. Max Bense, Die Perfektion der Technik, in: Merkur 2. 1948, S. 301–310; einen jüngeren Überblick liefert Erhard Schütz, Technische Zeit, in: Elena Agazzi u. Erhard Schütz (Hg.), Handbuch Nachkriegskultur, Berlin 2013, S. 381–432.

62 Max Müller, Erinnerungen. Erlebte Psychiatriegeschichte 1920-1960, Berlin 1982, S. 248.

Dieser Patient konnte das Verstimmt- und Traurigsein, die anhaltenden Schuldgefühle und die affektive Niedergeschlagenheit bedeutungsvoll in sein christliches Weltbild integrieren. Der Psychiater registrierte sie hingegen als Ausdruck seiner Depression.⁶³ Die Schlagartigkeit und Profanität der therapeutischen Intervention, welche den „Zustand“ des Patienten auflockerte und die Schuld- und Angstgefühle „wegwischte“, konnten in ihrer biographischen Bedeutungslosigkeit kaum ertragen werden. Zumindest für einige Patienten oder Angehörige barg die EKT allerdings das Potential der eigenwilligen Aneignung; das Potential sich ‚zurechtschocken‘ zu lassen.⁶⁴ Insbesondere einzelne Akten aus der späteren Nachkriegszeit weisen diese Züge einer neuen konsumistischen Aneignung von psychiatrischer Therapie auf. Hier suchten Patienten selbstständig die Linderung bzw. Heilung ihrer als störend empfundenen Empfindungen und Erfahrungen. Der folgende Ausschnitt aus dem Aufnahmebefund eines Patienten, der im April 1950 in Eglfing-Haar behandelt wurde, entspricht dieser Beschreibung.

15.4.50: Der Patient macht von vornherein einen ausgesprochen gequälten Eindruck. [...] Einesteils äussert er das Bedürfnis nach Hilfe und hört gerne auch die Versicherung, dass er hier Besserung finden könne, im nächsten Moment aber wird er schwankend und fordert mit seinen wahnhaften Motivierungen seine Entlassung ohne aber mit letzter Konsequenz darauf zu bestehen.⁶⁵

Hier wird nicht zuletzt das Bedürfnis, die depressiven Gefühle, Sorgen und Ängste los zu werden, mit denen sich der Patient nach eigener Aussage und dem Bericht seiner Schwester zufolge quälte. Es artikuliert sich subtil der Wunsch, das Leben unbeschwert weiterführen zu können, gerade weil die andernorts proklamierte tiefe Bedeutung der Angst, Schuld und Niedergeschlagenheit fehlte. Diese Dimensionen ärztlichen Handelns und die daraus erwachsenden ethischen Herausforderungen bemerkte unter den zeitgenössischen Psychiatern nur Richard Jung.

Gefühle und Selbstvorwürfe eines Depressiven mögen ethisch wertvoller sein [...] als die moralische Einstellung des Alltagsmenschen. Dennoch erkennen wir sie auch bei

63 Ebd., S. 249.

64 Neben der im Folgenden zitierten Fallakte, ist auch die Akte HPA E-H (06.09.1950): Otto H. ABezOB, BKH 1718. Patienten Akte, sehr interessant, da der Patient Otto H. offenbar ohne äußeren Druck in die Klinik kommt und sich am Ende seines Aufenthalts wieder „in der Lage fühlt, draußen zurecht zu kommen“.

65 HPA E-H (15.04.1950): Gottfried H. ABezOB, BKH 1836. Patienten Akte.

wertbezogenem Denken nicht an und versuchen, sie durch unsere Behandlung zu entwerten.⁶⁶

Die intensive Reaktion und Aufwühlung, die affektive Erstarrung, die Erregung oder das in sich Zusammensacken mögen an sich sinnvolle Erfahrungen und Stimmungen gewesen sein, sie wurden aber therapeutisch negiert.⁶⁷ Die Distanzierung von Affekten der Trauer, des Verlusts, der Schmerzen, der Verzweiflung und der Selbstverletzung wurde mit dem Hilfsmittel der Schocktherapien geleistet. Indem nicht der Grund, sondern die Heftigkeit der Reaktion, nicht die Trauer, sondern die Heftigkeit ihrer Empfindung durch Dämpfung oder „Euphorisierung“ reduziert wurde, erfolgte die gesellschaftliche Re-Integration. Damit bildete die Elektroschocktherapie konzeptuell eine Behandlungsweise, in deren Zentrum die Effekte der Behandlung und nicht die Sinnhaftigkeit des Krankheits- und Therapieerlebnis stand. Zugleich zeichnen sich Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen und individuellen Formen der Gegenwarts- und Vergangenheitsbewältigung ab, die im Folgenden nach einer knappen Vertiefung weiter ausgeführt wird.

Die Rekonstruktion der therapeutischen Auseinandersetzung mit dem affektiven Kranksein verdeutlicht, dass der Modus der Verflechtung von Affektkontrolle, Affektordnung und therapeutischer Intervention ihr zeitgenössisches theoretisches Äquivalent in den Ausführungen von Norbert Elias zum Prozess der Zivilisation hatte. Dies erfolgte analog zu den Erläuterungen zur individuellen Therapie in dem Sinne, dass die Psychiatrie nicht durch Reflexion die soziale und historische Kontingenz der Affekte und Verhaltensweisen registrierte, sondern diese in ihren therapeutischen Praktiken herstellte und reziprok ihre Wirkung an ihnen maß. Sie agierte damit in analoger Weise, wie die von Elias rekonstruierte „höfische Kunst der Menschenbeobachtung“.

[Diese ist] niemals darauf abgestellt, den einzelnen Menschen für sich allein zu betrachten, als ob er die wesentlichen Züge seines Verhaltens unabhängig von seinen Beziehungen zu Anderen mit sich trage und gleichsam erst nachträglich zu Anderen in Beziehung trete; der Zugriff ist hier um so wirklichkeitsnäher, als der Einzelne immer in seiner gesellschaftlichen Verflochtenheit ins Auge gefaßt wird, als

66 Richard Jung, Gedanken zur psychiatrischen Schockbehandlung, in: Heinrich Kranz (Hg.), Arbeiten zur Psychiatrie, Neurologie und ihren Grenzgebieten, Heidelberg 1947, S. 108–109.

67 Jaspers unterschied die verständlichen, meist reaktiven und unverständlichen, endogenen „abnormen Gefühlszustände“, Karl Jaspers, Allgemeine Psychopathologie, 1946, S. 109.

ein Mensch in seinen Beziehungen zu anderen, als Einzelner in einer gesellschaftlichen Situation.⁶⁸

Dies bedeutet nicht, dass die Psychiatrie eine alte Kunst in der Form der Elektrokrampftherapie praktizierte, sondern dass in der psychiatrischen Therapie der EKT und in den Untersuchungen von Norbert Elias das Individuum und seine Affekte in der Gesellschaft parallel problematisiert wurden. Dies ist umso bemerkenswerter, weil die Psychiatrie in ihrer Selbstbeschreibung in Handbüchern, Diagnosen und Forschungen beständig das somatische, hereditäre und konstitutionspathologische Modell psychischer Krankheit betonte.⁶⁹

Die Regulation und Gestaltung der Affekte durch die Schocktherapien, in der Form von Dämpfung und Verhinderung bestimmter Stimmungen und Gefühle im einzelnen Patienten, nahmen gesellschaftliche Bedürfnisse und Erfahrungen des Vergessen-Wollens und Nicht-Erinnern-Könnens auf. Das Beispiel der Patientin, deren Ausspruch diesem Beitrag den Titel gab, verdeutlicht dies. Sie wurde 1948 in Eglfing-Haar aufgenommen und vermochte ihr Fühlen und Denken, oder ihre Versuche sich das Leben zu nehmen, ebenso wenig zu erklären, wie die Besserung ihres Befindens.

„Sie ist einsilbig, beantwortet alle Fragen erst nach langem Nachdenken, kann sich an alles so schlecht erinnern. Über ihre Krankheit ist von ihr jetzt kaum etwas zu erfahren. ‚Ich hab' halt gesponnen‘! Jetzt sei sie aber nicht mehr krank.“⁷⁰

Die Aussage „Ich hab halt gesponnen“, war die abschlägige Antwort auf die offenbar wiederholt gestellte Frage, weshalb sie versucht habe, sich das Leben zu nehmen. In diesem Zusammenhang sei ebenfalls nochmals an den zitierten Aufsatz erinnert, in dem ein Schüler in bemerkenswert knappen Worten seine Zufriedenheit darüber schildert, dass der schlimme Krieg nun endlich vorbei sei. In seiner Knappheit und lakonischen Sachlichkeit noch deutlicher war die Beschreibung der im historiographischen Rückblick gerade erst erlebten Vergangenheit durch Arzt und Patient in der folgenden Akte aus dem Jahr 1947.

20.2.1947: Pat[ientin] heute aus der UNKLM zu in Haus 1EE. Vorgeschichte und Befund dort. Hiesiges Zustandsbild: Sie hätte zu Hause nicht mehr schlafen können, weil sie ständig an ihre beiden Söhne denke, von denen der eine tot und der andere vermisst ist. Im Benehmen freundlich etwas agitiert, affektiv warm, keine

68 Norbert Elias, Über den Prozeß der Zivilisation, S. 375.

69 Svenja Goltermann, Psychisches Leid und herrschende Lehre, in: Bernd Weisbrod (Hg.), Akademische Vergangenheitspolitik. Beiträge zur Wissenschaftskultur der Nachkriegszeit, Göttingen 2002, S. 270-271.

70 HPA E-H: PA Anna H., 08.05.1948, ABezOB, Signatur: HPA E-H 7690.

Krankheitseinsicht. Örtlich und zeitlich orientiert. [...]

19.3.47: Behandlung wurde beendet. Pat[ientin] ist seit einiger Zeit in der Schuhmacherei beschäftigt, wo sie fleißig arbeitet, im großen und ganzen unauffällig, gedanklich geordnet. Äußert Entlassungswünsche. [...]⁷¹

Die Feststellung, dass sie unentwegt an ihre Söhne denken müsse und nicht mehr schlafen könne, ist nachvollziehbar, während die knappe, sachliche Darstellung keinerlei sinnvolle Verknüpfung zwischen den abwesenden Söhnen und ihrem Gemütszustand erkennen lässt. Diese erlebte Sinnlosigkeit habe ich oben als Merkmal der Schocktherapie herausgestellt. Sie bildet hier aber ebenfalls die Struktur der psychobiographischen Schilderung des berichtenden Arztes.

Die parallele Verwendung des Schockbegriffs zur Beschreibung mental-körperlicher Schicksalsschläge und therapeutischer Maßnahmen ist dabei besonders bemerkenswert. Der Begriff schien geeignet, sowohl eine bestimmte therapeutische Praxis als auch ein bestimmtes Erleben im Krieg und in der Nachkriegszeit zu fassen, das die sinnlose, verstörende Aneinanderreihung von Eindrücken beschrieb. Die erfolgte Untersuchung der Elektroschocktherapie kann dabei der historischen Betrachtung den Weg weisen. Die therapeutische Praxis, also das Auslösen des Bewusstseins, die Überwältigung des Körpers im Krampfanfall, die Störung des Gedächtnisses und Dämpfung des kognitiven und affektiven Erlebens ermöglicht das Nachvollziehen der „Erlebnisweise des Krieges“, wie sie Theodor Adorno unabhängig von der psychiatrischen Behandlung, aber mit Rückgriff auf den Schockbegriff formulierte.

Überall, mit jeder Explosion, hat er den Reizschutz durchbrochen, unter dem Erfahrung, die Dauer zwischen heilsamem Vergessen und heilsamem Erinnern sich bildet. Das Leben hat sich in eine zeitlose Folge von Schocks verwandelt, zwischen denen Löcher, paralysierte Zwischenräume klaffen.⁷²

Krieg und Behandlung teilten eine Unmöglichkeit der Erfahrung.⁷³ Sie führten stattdessen zu einer Vergegenwärtigung, indem die Patienten

71 HPA E-H: PA Therese H., 20.02.1947, ABezOB, Signatur: E-H 7806.

72 Theodor Adorno, *Minima Moralia*, Berlin, Frankfurt 1951, S. 89; Adorno nimmt dabei Bezug auf Walter Benjamin, *Das Kunstwerk im Zeitalter seiner technischen Reproduzierbarkeit*, in: Rolf Tiedemann u. Hermann Schweppenhäuser (Hg.), *Abhandlungen, Gesammelte Schriften 1.2*, Frankfurt am Main 1990, S. 464. Vgl. dazu Lars Alberth, *Sich einer Erinnerung bemächtigen. Zum Zusammenhang von Kultur, Herrschaft und Erinnern bei Walter Benjamin* in: Oliver Dimbath u. Michael Heinlein (Hg.), *Die Sozialität des Erinnerns*, Wiesbaden 2014, S. 118.

73 „Im Krampfanfall erleben die Kranken nichts. [...] Die Angst, die wir als Grundstimmung des Schockerlebens finden, ist für Heidegger eine

aus der einnehmenden, rückwärts blickenden Trauer gerissen wurden. Durch Dämpfung, Euphorisierung und Verunmöglichung des Traurigseins wurde der erlebten Epoche des Krieges und des Nationalsozialismus die Fähigkeit zur affektiven Überwältigung genommen. Richard Bessel erkennt in diesem sozialen und individuellen Schock auch den Anlass einer funktionalistischen Flucht in die Krankheit und reiht sich damit in die Tradition der deutschen Neurosen-pathologie.⁷⁴ Die Sehnsucht nach Normalität und Zivilität, welche Konrad Jarausch herausgearbeitet hat, ergänzt um die hier körperhistorisch untersuchten Praktiken des Schocks, gestattet zumindest auf individuellen Ebenen Beschreibungen des Kriegserlebnisses und der Nachkriegszeit, die ohne den Rückgriff auf den Topos der opportunistischen Flucht in die Krankheit auskommen.⁷⁵

Die historische Untersuchung der Elektroschocktherapie unter der Frage nach Affektregimen und Affektkontrolle stellt die Relationalität von Affekten und ihrer historischen Normierung heraus und, davon abgeleitet, die historischen pathologischen Formen heraus. Es wird die enge Verbindung zwischen Affekten, Erinnerungsweisen und Vergessen sowie die damit einhergehende Sinnproduktion deutlich, die unter den Bedingungen des Schocks unmöglich scheinen. Der Schock als Erlebnis – als Nicht-Erfahrung – kristallisiert sich dabei mit Blick auf die ältere Konzeptualisierung der Jahrhundertwende, als eine Denkfigur heraus.⁷⁶ Der Schock bildete eine bestimmte Praxis, die es gestattete, die Sinnlosigkeit der Kriegserlebnisse ebenso wie die Therapie begrifflich zu erfassen. Der historischen Untersuchung gestattet er damit eine quellennahe Beschreibung und Analyse von Stimmungen und Affekten, Erlebnissen und Reaktionen, ohne zum Beispiel auf die

Grundbefindlichkeit des Daseins und zwar diejenige, in der das Nichts begegnet, ohne dabei Gegenstand zu werden“, Richard Jung, Gedanken, 1947, S. 110.

74 Richard Bessel, *The Shadow of Death*, S. 63.

75 Die von Axel Schildt gegen die allzu pauschale Zivilisierung der deutschen Bevölkerung vorgebrachten zahlreichen Beispiele soldatischer Kontinuitäten und vergangenheitspolitisch selektiven Erinnerns und Vergessens verhindern allerdings eine allzu einfache Verallgemeinerung der hier entwickelten Skizze, vgl. Konrad Hugo Jarausch, *Die Umkehr. Deutsche Wandlungen 1945 - 1995*, Bonn 2004, S.44; Axel Schildt, *Die langen Schatten des Krieges über der westdeutschen Nachkriegsgesellschaft*, in: Jörg Echternkamp u. Stefan Martens (Hg.), *Der Zweite Weltkrieg in Europa: Erfahrung und Erinnerung*, Paderborn 2007, S. 233-234.

76 Ulrich Koch, *Was tun mit Metaphern? Überlegungen zur Bedeutung von Metaphern und Metapherntheorie für die Wissenschaftsgeschichte am Beispiel medizinischer Schockmetaphorik*, in: *BerWG* 38. 2015, S. 329-30.

voraussetzungsreiche Terminologie der Traumatisierung zurückgreifen zu müssen.⁷⁷

Die Untersuchung führte ebenfalls den Zusammenhang der theoretischen Arbeit von Norbert Elias und der therapeutischen in Eglfing-Haar vor, indem ich Therapie und Theorie als strukturell analoge Problematisierungen des affektiven Subjekts in den 1940er und 1950er Jahren herausgearbeitet habe. Der Schock stellte dabei einen therapeutisch zu operationalisierenden Zustand dar und bot einen treffenden Begriff, um die Sinnlosigkeit und Überwältigung der Gegenwart zu begreifen.

Zusammenfassung und Schlussbetrachtung

Die Frage, wie das historische Verhältnis von Affekten und psychiatrischer Therapie im Kontext der Nachkriegsgesellschaft zu bestimmen ist, spannt ein Feld auf zwischen der Erwerbsunfähigkeit, der Gegenwart des Krieges und seiner Folgen, dem psychischen beziehungsweise dem emotionalen Leiden und dem therapeutischen Handeln. Pathologische Entitäten wie die Depression veränderten sich unter dem Eindruck der therapeutischen Intervention und der drastischen gesellschaftlichen Brüche; sie wurden angesichts der Dynamik der Nachkriegszeit historisch und sozial. Der stete Hinweis von Psychiatern, dass die Behandlung Krankheiten keineswegs in ihrem endogenen Kern angreifen könnte, verlor ebenso wie die wiederholte Betonung, dass durch Erlebnisse keine psychischen Krankheiten entstünden, sukzessive ihre Glaubwürdigkeit.⁷⁸ Nicht nur die soziale Veranlassung der Hospitalisierung und die zu Grunde liegenden Normen der Selbstbeherrschung und Affektkontrolle sind so in ihrer Historizität deutlich geworden, sondern auch das Verkörpern von Gemütszuständen unter den Bedingungen einer Psychiatrie der Elektrokrampftherapie.

In den Akten wurden zur Beschreibung von Patienten und bei der Bewertung des Therapieverlaufs Begriffe wie *Zustand*, *Offenheit*, *Lockerung* und *Anpassung* sowie *Adaptation* verwendet. Zentral war die Fähigkeit zu diesen sozialen Leistungen, deren Herstellung Ziel der therapeutischen Maßnahmen war. Die Einseitigkeit der Anpassungs-

77 Wohingegen die deutsche Sozialgeschichte offenbar nicht ablassen kann von den individuellen und kollektiven Traumadiagnosen, zum Beispiel Schildt, *Die langen Schatten des Krieges*, S. 234, 236; zur historischen Schwierigkeit des Traumbegriffs vgl. Goltermann, Svenja, *Gewalt und Trauma. Zur Verwandlung psychiatrischen Wissens in Ost- und Westdeutschland seit dem Zweiten Weltkrieg*, in: Wolters/Beyer/Lohff, *Abweichung und Normalität*, S. 279-308.

78 Dies., *Psychisches Leid und herrschende Lehre*, S. 265–67.

aufgabe und die analoge Struktur der EKT verhinderten die Integration der sozialen und lebensweltlichen Verhältnisse in den Patientenbiographien. Die Kriegs- und Nachkriegszeit als Periode emotionaler, mentaler und körperlicher Belastung hatte nur eine marginale Stellung in den Quellenberichten.

Affekte waren nicht nur Zustandsbeschreibungen der Patientin, also ihre Niedergeschlagenheit oder Antriebslosigkeit, sondern waren Bestandteil, besser noch Ausführungen, ihrer sozialen Person. Sie schüttelte dem Arzt die Hand ‚affektiv warm‘ und ‚herzlich‘ oder bettelte ‚klebrig‘ um Zuwendung. Dementsprechend ergeben sich für die Historiographie der Affekte in den Patientenakten zentrale Anknüpfungspunkte für die Historisierung von Affektkontrolle und Affektregimen aus körperhistorischer Perspektive.

Konzeptuell bietet die Untersuchung der 1940er und 1950er Jahre Zugriff auf unterschiedliche Formen der Problematisierung des affektiven Subjekts. Die unter anderem von Elias herausgearbeitete historisch-relationale Struktur von individueller Affektkontrolle und sozialem Affektregime entsprach jener Ordnung, die gesellschaftlich und psychiatrisch erarbeitet und durchgesetzt wurde. Theoretische und praktische Auseinandersetzung mit Affekten und ihrer Regulierung waren aufeinander bezogen, weshalb eine kritische Lektüre von Elias sich nicht nur auf seine Ausführungen zur Frühen Neuzeit konzentrieren sollte. Seine Arbeit kann ebenfalls den Ausgangspunkt einer kritischen Bestandsaufnahme von Affektordnungen unter den Bedingungen der Modernisierung in der Mitte des 20. Jahrhunderts bilden.⁷⁹ Es ist zum Beispiel deutlich geworden, wie die Etablierung von gesellschaftlich und historisch wandelbaren Normen wie Anpassung, Rationalität und Soziabilität die Befreiung des einzelnen Patienten von den Fesseln seiner hereditären, unheilbaren ‚Natur‘ ermöglichte. Im gleichen Schritt unterwarfen ihn die neuen Normen aber der nach Elias immer bereits bestehenden historisch-sozialen Ordnung, welche sich in immer weiter differenzierten und verästelten Interdependenzen äußerte.⁸⁰ Trotz einer zunehmenden Sensibilisierung für das Erleben der Therapie beziehungsweise ihrer Effekte durch den Patienten und einer Privilegierung sozialer, affektiver und kognitiver Kapazitäten ist festzustellen, dass die Kontinuität der Arbeits- und Leistungsideologie in der Nachkriegsgesellschaft der pauschalen Annahme eines umfassenden Wertewandels entgegensteht.⁸¹

79 Jan Philipp Reemtsma, Warum Affekte?, in: *Mittelweg* 36 24. 2015, S. 23.

80 Norbert Elias, *Über den Prozeß der Zivilisation*, 1983, S. 313.

81 Sabine Hanrath, *Zwischen 'Euthanasie' und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg, ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964)*, Bielefeld

Schließlich bildete der Schock historisch eine Denkfigur und Handlungsweise, die zweierlei gestattete. Er stellte erstens ein Werkzeug dar, das die nötige Distanzierung, Indifferenz und den Gedächtnisverlust bot, um in der Gegenwart aus der Verzweiflung zu finden. Zweitens war der moderne Schock ein Muster, um die Moderne in ihrer zugespitzten Form des totalen Krieges hinsichtlich ihrer Wirkungen auf das Subjekt, sein Erleben und Erinnern auszuloten. Die moderne Psychiatrie eignete sich diese Kapazitäten seit den 1930er Jahren und besonders im Zweiten Weltkrieg als Werkzeug an. Im Gegensatz zu Wirkungen der Abhärtung, wie sie dem Fronterlebnis und bestimmten elektrischen Behandlungsweisen im Ersten Weltkrieg zugeschrieben wurden, war keine Rede mehr von ‚Stahlgewittern‘.⁸² Der Gemütszustand und die Person wurden so therapiert, dass eine individuelle Affektkontrolle im Sinne des gesellschaftlichen Affektregimes wieder möglich war und eine erfolgreiche Anpassung gelang.

Literaturverzeichnis

- Adorno, Theodor, *Minima Moralia*, Berlin, Frankfurt/M. 1951.
- Alberth, Lars, *Sich einer Erinnerung bemächtigen. Zum Zusammenhang von Kultur, Herrschaft und Erinnern bei Walter Benjamin* in: Oliver Dimbath u. Michael Heinlein (Hg.), *Die Sozialität des Erinnerns*, Wiesbaden 2014.
- Ankele, Monika, *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Eine Einführung in den Sammelband*, in: Monika Ankele u. Eva Brinkschulte (Hg.), *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit (= Medizingeschichte)*, Stuttgart 2015.
- Ashby, William Ross, *The Application of Cybernetics to Psychiatry*, in: *J. Ment. Sci.* 100. 1954.
- Baeyer, Walter u. Wilhelm Grobe, *Psychopathologische Erfahrungen mit der Elektrokrampfmethod*, in: *Z. Neur.* 179. 1948.
- Ders., *Die moderne psychiatrische Schockbehandlung*, Stuttgart 1951.
- Benjamin, Walter, *Das Kunstwerk im Zeitalter seiner technischen Reproduzierbarkeit*, in: Rolf Tiedemann u. Hermann Schweppenhäuser (Hg.), *Abhandlungen, Gesammelte Schriften 1.2*, Frankfurt/M. 1990.

2002, S. 456-479; Rüdiger Hachtmann, *Vom 'Geist der Volksgemeinschaft durchpulst'*, in: *Zeitgesch. onl.* 2010.

82 Gerd Krumeich, *der Mensch als Material*, 297.

- Bessel, Richard, Gewalterfahrung und Opferperspektive. Ein Rückblick auf die beiden Weltkriege des 20. Jahrhunderts in Europa, in: Jörg Echternkamp u. Stefan Martens (Hg.), *Der Zweite Weltkrieg in Europa: Erfahrung und Erinnerung*, Paderborn 2007, S. 253–267.
- Ders., *The Shadow of Death in Germany at the end of the second World War*, in: Alon Confino u.a. (Hg.), *Between Mass Death and Individual Loss. The Place of the Dead in Twentieth Century Germany*, New York 2008.
- Braunmühl, Anton von, Einige grundsätzliche Bemerkungen zur Schock- und Krampfbehandlung, in: *Allg. Z. Psych.* 118. 1941.
- Ders., *Insulinschock und Heilkampf in der Psychiatrie*, Stuttgart 1947.
- Braunschweig, Sabine, *Zwischen Aufsicht und Betreuung*, Zürich 2013.
- Brelie-Lewien, Doris von der u. Ingrid Laurien, Zur Politischen Kultur im Nachkriegsdeutschland. Politisch-kulturelle Zeitschriften 1945-1949: Ein Forschungsbericht, in: *Politische Vierteljahresschrift* 24. 1983, S. 406–427.
- Brink, Cornelia, *Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860 - 1980*, Göttingen 2010.
- Brown, E. M., Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for General Paresis of the Insane, in: *Hist. Psych.* 11. 2000.
- Coché, Stefanie, An der Schwelle von Inklusion und Exklusion. Zur Bedeutung der Kategorie 'Arbeit' in der psychiatrischen Einweisungspraxis 1941-1945, in: Monika Ankele u. Eva Brinkschulte (Hg.), *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag*, Stuttgart 2015.
- Elias, Norbert, *Über den Prozeß der Zivilisation*, Frankfurt/M. 1983.
- Foucault, Michel, *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, Frankfurt/M. 1976.
- Ders., *Polemics, Politics and Problematizations*, in: Paul Rabinow (Hg.), *The Foucault reader*, New York 2010.
- Gawlich, Max, Medizinisch handeln und wirken. Entwicklungen und Handhabungen der apparategestützten Elektrokrampftherapie 1939–1950, in: *Technikgeschichte* 82. 2015.
- Goeschel, Christian, *Selbstmord im Dritten Reich*, Berlin 2011.
- Goldstein, Kurt, *The Idea of Disease and Therapy*, in: *Rev. Rel.* 13. 1949.
- Ders., *Human Nature in the Light of Psychopathology*, Cambridge 1940.
- Golla, Frederick L. u.a., *Electrically Induced Convulsions*, in: *Proc. R. Soc. Med.* 33. 1940.
- Goltermann, Svenja, *Psychisches Leid und herrschende Lehre*, in: Bernd Weisbrod (Hg.), *Akademische Vergangenheitspolitik. Beiträge zur Wissenschaftskultur der Nachkriegszeit*, Göttingen 2002.

- Dies., Gewalt und Trauma. Zur Verwandlung psychiatrischen Wissens in Ost- und Westdeutschland seit dem Zweiten Weltkrieg, in: Christine Wolters, Christof Beyer u. Brigitte Lohff, Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit. Bielefeld 2013, S. 279-308.
- Günther, Helmut u. Max Bense, Die Perfektion der Technik, in: Merkur 2. 1948, S. 301-310.
- Hachtmann, Rüdiger, Vom 'Geist der Volksgemeinschaft durchpulst', in: Zeitgeschichte-online, Januar 2010, URL: <http://www.zeitgeschichte-online.de/thema/vom-geist-der-volksgemeinschaft-durchpulst>.
- Hanrath, Sabine, Zwischen 'Euthanasie' und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg, ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964), Bielefeld 2002.
- Hohendorf, Gerrit, Therapieunfähigkeit als Selektionskriterium. Die 'Schocktherapieverfahren' und die Organisationszentrale der national-sozialistischen 'Euthanasie' in der Berliner Tiergartenstraße 4, 1939-1945, in: Hans-Walter Schmuhl u. Volker Roelcke (Hg.), 'Heroische Therapien'.
- Hirschauer, Stefan, Körper macht Wissen, in: Karl-Siegbert Rehberg (Hg.), Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006, Frankfurt/M. [u.a.] 2006.
- Hitzer, Bettina, Emotionsgeschichte – ein Anfang mit Folgen, in: H-Soz-Kult. 2011, S. 2-3. Online: <http://www.hsozkult.de/literaturereview/id/forschungsbericht-e-1221>, Stand: 20.10.2016.
- Jaraus, Konrad Hugo, Die Umkehr. Deutsche Wandlungen 1945 - 1995, Bonn 2004.
- Jaspers, Karl, Erneuerung der Universität. Eine Rede, in: Die Wandlung 1. 1945.
- Ders. u.a., Geleitwort der Herausgeber und des Verlegers, in: Die Wandlung 1. 1945.
- Ders., Allgemeine Psychopathologie, Berlin, Heidelberg 1946.
- Jung, Richard, Gedanken zur psychiatrischen Schockbehandlung, in: Heinrich Kranz (Hg.), Arbeiten zur Psychiatrie, Neurologie und ihren Grenzgebieten, Heidelberg 1947.
- Kütemeyer, Wilhelm, Die Krankheit Europas. Beiträge zu einer Morphologie, Berlin 1951.
- McCrae, Niall, 'A Violent Thunderstorm'. Cardiazol Treatment in British Mental Hospitals, in: Hist. Psych. 17. 2006, S. 67-90.

- Meyer-Mickeleit, Rudolf W., Das Elektrencephalogramm beim Elektrokrampf des Menschen, in: Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 183. 1949.
- Mol, Annemarie, *body multiple*, Durham 2003.
- Müller, Max, Die Elektrokrampfbehandlung. (Cerletti), in: Fortschr. Neur. Psych. 13. 1941.
- Ders., *Erinnerungen. Erlebte Psychiatriegeschichte 1920-1960*, Berlin 1982.
- Lang, Sascha, *Psychiatrie, technische Innovation und Industrie. Die Siemens-Reiniger-Werke und die Entwicklung des Elektrokrampftherapiegerätes Konvulsator im Zweiten Weltkrieg*, in: Hans-Walter Schmuhl u. Volker Roelcke (Hg.), 'Heroische Therapien'. Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich 1918-1945, Göttingen 2013.
- Leibbrand, Werner, 'Heilung' durch den Schock, in: *Die Wandlung* 2. 1947.
- Lethen, Helmut, *Verhaltenslehren der Kälte. Lebensversuche zwischen den Kriegen*, Frankfurt/M. 1994.
- Lindner, Manfred, Über neue Verfahren in der Elektrokrampftherapie, in: *Nervenarzt* 20. 1949.
- Koch, Ulrich, Was tun mit Metaphern? Überlegungen zur Bedeutung von Metaphern und Metaphertheorie für die Wissenschaftsgeschichte am Beispiel medizinischer Schockmetaphorik, in: *BerWG* 38. 2015.
- Krumeich, Gerd, Der Mensch als „Material“. in: Stig Förster/Markus Pöhlmann/Dierk Walter (Hg.): *Schlachten der Weltgeschichte*, München 2001.
- Oelemann, Carl, Hilfe und Errettung aus seelischer Not. Psychotherapie - ein bedeutendes, weites ärztliches Arbeitsgebiet, in: *Ärztliche Mitteilungen* 34, 1949, S. 156-159.
- Reckwitz, Andreas, Praktiken und ihre Affekte, in: *Mittelweg* 36 24. 2015.
- Reemtsma, Jan Philipp, Warum Affekte?, in: *Mittelweg* 36 24. 2015.
- Scheer, Monique, Are Emotions a Kind of Practice (and is that what makes them have a History)? A Bourdieuan approach to understanding emotion, in: *History and Theory* 51. 2012, S. 195.
- Schildt, Axel, Die langen Schatten des Krieges über der westdeutschen Nachkriegsgesellschaft, in: Jörg Echternkamp u. Stefan Martens (Hg.), *Der Zweite Weltkrieg in Europa: Erfahrung und Erinnerung*, Paderborn 2007.

- Schmidt, Anne u. Christoph Conrad, Introduction, in: Anne Schmidt u. Christoph Conrad (Hg.), *Bodies and affects in market societies*, Tübingen 2016, S. 18.
- Schütz, Erhard, Technische Zeit, in: Elena Agazzi u. Erhard Schütz (Hg.), *Handbuch Nachkriegskultur*, Berlin 2013.
- Sogliani, Giorgio, Eine neue Methode der Krampftherapie: die Elektroschocktherapie. Erste Ergebnisse, in: *DZfN* 149. 1939.
- Sternberger, Dolf, Versuch zu einem Fazit, in: *Die Wandlung* 4. 1949.
- Stöckel, Sigrid, Psychotherapie als Reformbewegung im Nachkriegsdeutschland, in: Christine Wolters u.a. (Hg.), *Abweichung und Normalität. Psychiatrie In Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit*, Bielefeld 2012, S. 309–323.
- Süß, Winfried, Der 'Völkskörper' im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheits-verhältnisse und Krankenmord im national-sozialistischen Deutschland 1939-1945, München 2003.
- Tanner, Jakob, Ordnungsstörungen, in: Marietta Meier u. Jakob Tanner (Hg.), *Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870-1970*, Zürich 2007.
- Verheyen, Nina, Geschichte der Gefühle, in: *Docupedia-Zeitgeschichte*, 6.2010. Online:
<http://docupedia.de/docupedia/index.php?title=Geschichte_der_Gef%C3%BChle&oldid=73289>.
- Waldmüller, Monika, *Die Wandlung. Eine Monatsschrift. 1945-1959. Ein Bericht (= Deutsches Literaturarchiv - Verzeichnisse Berichte Informationen)*, Marbach 1988.
- Walther, Therese, *Die 'Insulin-Koma-Behandlung'. Erfindung und Einführung des ersten modernen psychiatrischen Schockverfahrens in Deutschland*, Berlin 2000.
- Weber, Florian, Von den klassischen Affektenlehren zur Neurowissenschaft und zurück. Wege der Emotionsforschung in den Geistes- und Sozialwissenschaften, in: *Neue Politische Literatur* 53. 2009, S. 21-42.
- Wehler, Hans-Ulrich, *Deutsche Gesellschaftsgeschichte 1914 - 1949, Bd. 4, Vom Beginn des Ersten Weltkriegs bis zur Gründung der beiden deutschen Staaten*, Bonn 2010.