

Soldatische Angst im Ersten Weltkrieg

Die Karriere eines Gefühls in der Kriegspsychiatrie Deutschlands, Frankreichs und Russlands*

von Susanne Michl und Jan Plamper

Abstract: This article compares the place of fear in French, German, and Russian medical theories of military “trauma”. It focuses on pathogenesis (the importance military psychiatrists accorded to fear in their descriptions of the origins of mental illness), masculinity (the relationship between fear and concepts of manhood), and spatiality (how soldierly fear correlates with specific spaces, such as the trenches or the home front). One of its conclusions is that the professional identity of the military psychiatric profession and its relationship to the state were critical factors in determining a national military psychiatry’s conception of soldierly fear.

Der Erste Weltkrieg versehrte nicht nur die Körper der Soldaten, sondern auch jene Dimensionen des Selbst, die damals mit Begriffen wie „Seele“, „Psyche“, „Nerven“ und „Geist“ umschrieben wurden. Bereits kurz nach Kriegsbeginn wurden in die Lazarette Soldaten eingeliefert, die permanent zitterten, stotterten oder weinten, die (taub)stumm geworden waren und die Essensaufnahme verweigerten, deren Gliedmaßen gelähmt waren, die Selbstgespräche führten oder unter Halluzinationen litten.¹ Ein vergleichsweise junger Zweig der Medizin – die Psychiatrie – begann sich ihrer anzunehmen und ihre Symptome zu klassifizieren, Überlegungen über deren Ursachen anzustellen und sie zu therapieren. Teils griff sie auf bestehende Diagnose-Konstrukte zurück, teils schuf sie neue: In England wurde „shell shock“ diagnostiziert, in Frankreich „commotion“ und „émotion de la guerre“, in Deutschland und Österreich-Ungarn „Kriegsneurose“, in Italien „Kriegsemotion“ oder „emotionale Psychoneurosen“ (*emozione di guerra, psiconevrosi emotive*) und in Russland „Kriegskontusion“ und „traumatische Neurose“ (*voennaja kontu-*

* Für konstruktive Kritik danken wir Pascal Eitler, Ute Frevert, Benno Gammerl, Christa Hämmerle, Margrit Pernau und Monique Scheer, für das Korrekturlesen Karola Rockmann. Jan Plamper dankt außerdem dem Historischen Kolleg, München, und der Fritz Thyssen Stiftung, die seine Forschung mit einem Förderstipendium bzw. Dilthey Fellowship finanzierten.

1 Zu dieser weitläufig beobachteten Symptomatik vgl. etwa Marc Micale u. Paul Lerner (Hg.), *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870–1930*, Cambridge 2001, S. 17; Ben Shephard, *A War of Nerves. Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century*, Cambridge, MA 2001, S. 2.

zija, travmatičeskij nevroz).² Doris Kaufmann, Marc Micale, Paul Lerner, Peter Leese, Jacqueline Friedlander u. a. konstatierten in ihren Studien zur Kriegspsychiatrie im Ersten Weltkrieg den großen Raum, den Emotionen in den Quellen einnehmen.³ Jedoch hat keine dieser Arbeiten Angst in den analytischen Fokus gerückt – mit Ausnahme eines Kapitels in Joanna Bourke, „Fear. A Cultural History“.⁴ Bourke geht dabei aber weit über die Kriegspsychiatrie

- 2 Die Literatur zum Phänomen der Kriegstraumata ist gerade noch überschaubar. Vgl. die länderübergreifenden Studien: Shephard, *A War of Nerves*; Micale, *Traumatic Pasts*; Martin Lengwiler, *Zwischen Klinik und Kaserne. Die Geschichte der Militärpsychiatrie in Deutschland und in der Schweiz 1870–1914*, Zürich 2000; Susanne Michl, *Im Dienste des „Volkskörpers“: Deutsche und französische Ärzte im Ersten Weltkrieg*, Göttingen 2007, Teil 3. Vgl. zu Frankreich: Marc Roudebush, *A Battle of Nerves. Hysteria and Its Treatment in France during World War I*, Diss., University of California, Berkeley 1995. Vgl. zu Deutschland: Esther Fischer-Homberger, *Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden*, Bern 1975; Paul Lerner, *Hysterical Men. War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1890–1930*, Ithaca 2003. Vgl. zu Russland: Elena Senjavskaja, *Psichologija vojny v XX veke. Istoričeskij opyt Rossii*, Moskva 1999; Catherine Merriale, *The Collective Mind. Trauma and Shell-Shock in Twentieth-Century Russia*, in: *Journal of Contemporary History* 35. 2000, S. 39–55; Aleksandr B. Astašov, *Vojna kak kul’turnyj šok. Analiz psichopatologičeskogo sostojanija russkoj armii v Pervuju mirovuju vojnu*, in: Elena S. Senjavskaja (Hg.), *Voenno-istoričeskaja antologija. Ežegodnik*, Moskva 2002, S. 268–281; Jacqueline Lee Friedlander, *Psychiatrists and Crisis in Russia, 1880–1917*, Diss., University of California, Berkeley 2007; Laura L. Phillips, *Gendered Dis/ability. Perspectives from the Treatment of Psychiatric Casualties in Russia’s Early Twentieth-Century Wars*, in: *Social History of Medicine* 20. 2007, S. 333–350; Irina Sirotkina, *The Politics of Etiology. Shell Shock in the Russian Army, 1914–1918*, in: Angela Brintlinger u. Ilya Vinitzky (Hg.), *Madness and the Mad in Russian Culture*, Toronto 2007, S. 117–129; Jan Plamper, *Fear. Soldiers and Emotion in Early Twentieth-Century Russian Military Psychology*, in: *Slavic Review* 68. 2009, S. 259–283. Vgl. zu England: Peter Leese, *Shell Shock. Traumatic Neuroses and the British Soldiers of the First World War*, New York 2002. Vgl. zu Österreich-Ungarn: Hans-Georg Hofer, *Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie, 1880–1920*, Wien 2004. Zu Italien: Bruna Bianchi, *Psychiatrists, Soldiers, and Officers in Italy During the Great War*, in: Micale, *Traumatic Pasts*, S. 222–252.
- 3 Doris Kaufmann, *Science as Cultural Practice: Psychiatry in the First World War and Weimar Germany*, in: *Journal of Contemporary History* 34. 1999, S. 125–144; dies., „Widerstandsfähige Gehirne“ und „kampfunlustige Seelen“. Zur Mentalitäts- und Wissenschaftsgeschichte des Ersten Weltkriegs, in: Michael Hagner (Hg.), *Ecce Cortex. Beiträge zur Geschichte des modernen Gehirns*, Göttingen 1999, S. 205–223; Micale, *Traumatic Pasts*, S. 11; Leese, *Shell Shock*, S. 4; Friedlander, *Psychiatrists and Crisis in Russia*, S. 1, S. 153 u. S. 197.
- 4 Vgl. Joanna Bourke, *Fear. A Cultural History*, London 2005, Kap. 7. Der Vorläufer

hinaus, behandelt das gesamte 20. Jahrhundert und nimmt gleichsam stereoskopisch Großbritannien und die USA in den Blick, ohne systematisch zu vergleichen.

Ziel dieses Aufsatzes ist es, Konzeptionen und Erklärungen soldatischer Angst in der Kriegspsychiatrie dreier Nationen – Frankreich, Deutschland und Russland – zu vergleichen.⁵ Es wird erstens gefragt, welche Rolle die unterschiedlichen Kriegspsychiatrien der Angst bei der Genese von Krankheit zugeschrieben haben. Zweitens wird nach dem Verhältnis von Männlichkeit und Angst gefragt.⁶ Hierbei kommen auch zeitgenössische Überlegungen zu Tapferkeit und Heldentum zur Sprache. Drittens wird erkundet, wie soldatische Angst mit bestimmten Räumen – Front und Hinterland – in Verbindung gebracht wurde. Nicht nur die militärische Form der Kriegsangst zog die Aufmerksamkeit der Kriegspsychiater auf sich. Ihr Interesse galt auch den Kriegsängsten von Zivilisten. Diese drei analytischen Achsen – Pathogenese, Männlichkeit, Räumlichkeit – werden im Dreiländervergleich angelegt. Darüber hinaus werden punktuell größere internationale Zusammenhänge, namentlich: Großbritannien, Österreich-Ungarn, Italien und die USA, einbezogen.⁷ Somit versteht sich dieser Aufsatz einerseits als Beitrag zu einer ver-

zu diesem Kapitel ist dies., *An Intimate History of Killing. Face-to-Face Killing in Twentieth-Century Warfare*, London 1999, Kap. 8. Zu Angst bei deutschen Veteranen des Zweiten Weltkriegs, auch auf der Grundlage psychiatrischer Krankenakten, vgl. jetzt Svenja Goltermann, *Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Gewalterfahrungen im Zweiten Weltkrieg*, München 2009, Kap. 1.b.

- 5 Aus Platzgründen muss der Begriff „Angst“ hier statischer benutzt werden als er in der Quellsprache vorkommt. Die Rekonstruktion der semantischen Auffächerung und Verschiebungen im Untersuchungszeitraum für drei Länder ist im Rahmen eines Aufsatzes nicht zu leisten. Zur Hinführung vgl. Andreas Bähr, *Die Furcht der Frühen Neuzeit. Paradigmen, Hintergründe und Perspektiven einer Kontroverse*, in: *Historische Anthropologie* 16. 2008, S. 291–309.
- 6 Zum Verhältnis von modernem Krieg, Männlichkeit und Emotion vgl. für England: Joanna Bourke, *Dismembering the Male. Men's Bodies, Britain, and the Great War*, London 1996; Michal Roper, *Between Manliness and Masculinity. The „War Generation“ and the Psychology of Fear in Britain, 1914–1950*, in: *Journal of British Studies* 44. 2005, S. 343–362; ders., *The Secret Battle. Emotional Survival in the Great War*, Manchester 2009; vgl. für Deutschland: Thomas Kühne, *Kameradschaft. Die Soldaten des nationalsozialistischen Krieges und das 20. Jahrhundert*, Göttingen 2006; vgl. für Russland: Phillips, *Gendered Dis/ability. Einen guten Überblick zu Militär und gender/Männlichkeit bietet: Jutta Nowosadtko, Krieg, Gewalt und Ordnung. Einführung in die Militärgeschichte*, Tübingen 2002, S. 221–230.
- 7 Ein systematischer Vergleich mit Großbritannien wäre zwar wünschenswert, hätte aber den Umfang dieses Aufsatzes gesprengt. Aus demselben Grund muss auch die Einbettung in den Kontext des „nervösen Zeitalters“ unterbeleuchtet bleiben. Vgl.

gleichenden Emotionsgeschichte, die auf der Annahme gründet, die Spezifik von Emotionen trete am deutlichsten bei der Zusammenschau unterschiedlicher Kulturen und Zeiten hervor.⁸ Andererseits schließt der Text an die „neue Militärgeschichte“ mit ihrem Augenmerk auf Erfahrungen und Wahrnehmungen an.⁹ Schließlich begreift er sich als eine Wissenschaftsgeschichte der Emotionen – einem vielversprechenden Forschungsfeld der Emotionsgeschichte der Neuzeit, jener Epoche, in der die Medizin sowie die Verhaltens- und Sozialwissenschaften Emotionen zu ihrem Gegenstand erhoben haben.¹⁰ Es lohnt, sich die Anzahl der angstinduzierten psychischen Erkrankungen bei Soldaten im Ersten Weltkrieg vor Augen zu führen – bei aller gebotenen

hierzu z. B. Joachim Radkau, *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler*, München 1998.

- 8 Plädoyers für vergleichende Emotionsgeschichte u. a. bei Peter N. Stearns, *History of Emotions. Issues of Change and Impact*, in: Michael Lewis u. a. (Hg.), *Handbook of Emotions*, New York 2008³, S. 29 („pressing need for comparative work“); William M. Reddy, *Comment*, in: *Slavic Review* 68. 2009, S. 329–334; Jan Plamper, *Geschichte und Gefühl. Grundlagen der Emotionsgeschichte*, München [2011], Kap. 4.
- 9 Vgl. z. B. Thomas Kühne u. Benjamin Ziemann (Hg.), *Was ist Militärgeschichte?* Paderborn 2000, den Arbeitskreis Historische Friedensforschung, <http://www.akhf.de/index.htm>, den Arbeitskreis Militärgeschichte e.V., <http://www.akmilitaergeschichte.de/index.htm> sowie die Buchreihen *Studies in the Social and Cultural History of Modern Warfare*, hg. v. Omer Bartov u. a.; *Cultural History of Modern War*, hg. v. Peter Gattrell u. a.; *Krieg in der Geschichte*, hg. v. Stig Förster u. a. In Frankreich beschäftigen sich Historiker um Jean-Jacques Becker, Annette Becker und Stéphane Audoin-Rouzeau unter der Bezeichnung „Cultures de la Guerre“ oder „Histoire culturelle de la Guerre“ seit einiger Zeit mit Fragen einer Emotionsgeschichte des Ersten Weltkrieges. Siehe hierzu Jean-Jacques Becker u. a. (Hg.), *Guerre et Cultures 1914–1918*, Paris 1994; einen historiographischen Überblick bieten Antoine Prost u. Jay Winter, *Penser la Grande Guerre. Un essai d'historiographie*, Paris 2004.
- 10 Zur Wissenschaftsgeschichte der Emotionen vgl. Ruth Leys, *From Guilt to Shame. Auschwitz and After*, Princeton 2007, Kap. 3–4, und die Arbeiten von Otniel E. Dror, *Blush, Adrenaline, Excitement. Modernity and the Study of Emotions, 1860–1940*, Chicago [im Erscheinen]; ders., *Creating the Emotional Body. Confusion, Possibilities, and Knowledge*, in: Peter N. Stearns u. Jan Lewis (Hg.), *An Emotional History of the United States*, New York 1998, S. 173–194; ders., *The Affect of Experiment. The Turn to Emotions in Anglo-American Physiology, 1900–1940*, in: *Isis* 90. 1999, S. 205–237; ders., *The Scientific Image of Emotion. Experience and Technologies of Inscription*, in: *Configurations* 7. 1999, S. 355–401; ders., *Counting the Affects. Discoursing in Numbers*, *Social Research* 68. 2001, S. 357–378; ders., *Techniques of the Brain and the Paradox of Emotions, 1880–1930*, in: *Science in Context* 14. 2001, S. 643–660; ders., *Fear and Loathing in the Laboratory and Clinic*, in: Fay Bound Alberti (Hg.), *Medicine, Emotions and Disease, 1700–1950*, New York 2006, S. 125–143.

Vorsicht, mit der Statistiken über Kriegsneurosen behandelt werden sollten.¹¹ In Frankreich und Deutschland wurden im gesamten Verlauf des Krieges jeweils ca. 200.000 Kriegsneurosen diagnostiziert.¹² Für Russland liegen keine verlässlichen Angaben vor; es gibt lediglich die Zahl von 6.225 Soldaten und Offizieren, bei denen im Russisch-Japanischen Krieg (1904–1905) „Hysterie und nervliche Erschöpfung“ diagnostiziert wurden.¹³ In England lag die Zahl wie in Frankreich und Deutschland bei etwa 200.000 Mann; in Österreich-Ungarn dürfte sie im selben Bereich gelegen haben, wenn nicht sogar darüber; in Italien waren es ca. 40.000, und in den USA wurden trotz des späten Kriegseintritts 72.000 Soldaten mit psychoneurotischen Störungen aus dem Militärdienst entlassen.¹⁴ Insgesamt kann von 800.000 bis zu mehr als einer Million Soldaten in den kriegführenden Nationen ausgegangen werden, bei denen eine Trauma-Diagnose gestellt wurde. Diese psychisch Versehrten wurden von Militärpsychiatern behandelt, sowie von Psychiatern, die für den Kriegseinsatz mobilisiert worden waren; in diesem Aufsatz werden beide Gruppen unter dem Sammelbegriff „Kriegspsychiater“ gefasst.¹⁵ Die Kriegspsychiater waren bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges auf vielerlei Weise vernetzt. Sie famulierten über Ländergrenzen hinweg, trafen sich auf Tagungen, schickten einander Sonderdrucke zu und fühlten sich generell dem Dialog einer übernationalen *scientific community* verpflichtet. Hierbei gab es freilich Konjunkturen und unterschiedliche Gewichtungen. In den letzten vier Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts waren die Blicke britischer, französischer, deutscher und österreichisch-ungarischer Kriegspsychiater

- 11 Zu den Schwierigkeiten der statistischen Erhebung von Kriegsneurosen vgl. Leese, *Shell Shock*, S. 9.
- 12 Ebd., S. 10. Bestätigt bei: Marc Roudebush, *A Battle of Nerves. Hysteria and Its Treatments in France During World War I*, in: Micale u. Lerner, *Traumatic Pasts*, S. 254, Anm. 7.
- 13 Genauer: 4.223 Soldaten und 2.002 Offiziere im Zeitraum vom 1.2.1904 bis zum 1.1.1906. Siehe Paul Wanke, *Russian/Soviet Military Psychiatry, 1904–1945*, London 2005, S. 18. Zur Schwierigkeit der Datenerhebung für Russland im Ersten Weltkrieg vgl. ebd., S. 33–37.
- 14 Vgl. zu England: Leese, *Shell Shock*, S. 10; vgl. zu Österreich-Ungarn: Hofer, *Nervenschwäche und Krieg*, S. 360: „Allein auf den Wiener Nervenabteilungen – so schätzte Bruno Drastich – waren bis zum Herbst 1918 an die 120.000 ‚Kriegsneurotiker‘ untersucht beziehungsweise behandelt worden“; vgl. zu Italien: Bianchi, *Psychiatrists, Soldiers, and Officers in Italy During the Great War*, S. 252; vgl. zu den USA: Caroline Cox, *Invisible Wounds. The American Legion, Shell-Shocked Veterans, and American Society, 1919–1924*, in: Micale u. Lerner, *Traumatic Pasts*, S. 299.
- 15 Dabei sei daran erinnert, dass viele Soldaten überhaupt nicht oder nur von regulären Ärzten behandelt wurden. Vgl. hierzu Peter Leese, „Why Are They Not Cured?“ *British Shellshock Treatment During the Great War*, in: Michale u. Lerner, *Traumatic Pasts*, S. 205–209.

aufeinander gerichtet, während russische und italienische Kriegspsychiatern eher unidirektional nach Deutschland blickten. Mit Kriegsbeginn änderte sich dies. Alle Kriegspsychiatern begannen, sich aus den internationalen Diskussionen zurückzuziehen und mehr auf nationaler Ebene zu arbeiten. Wenn sie den Dialog weiterpfl egten, folgten sie oft den neuen Machtverhältnissen: Italienische und russische Kriegspsychiatern beispielsweise wandten sich von ihren deutschen Kollegen ab, mit deren Nation sie sich nun im Krieg befanden, und orientierten sich an ihren französischen Kollegen, mit denen sie eine Art kriegspsychiatrische Entente schufen.¹⁶

Die nationalen Kriegspsychiatern unterschieden sich in einem wesentlichen Punkt, ihrem professionellen Selbstverständnis. Das Verhältnis zu Staat und Militär beeinflusste das Denken über soldatische Angst maßgeblich, um eines der zentralen Ergebnisse dieses Aufsatzes vorwegzunehmen. In Russland war die Entfernung zwischen Kriegspsychiatern auf der einen Seite, Staatsmacht und Militär auf der anderen Seite wohl am größten. Die Kriegspsychiatern gehörten zu den klassischen freien Berufen, die während der Großen Reformen der 1860er Jahre unter Zar Alexander II. ihren größten Auftrieb erfahren hatten, deren liberales, volksnahes Ethos jedoch zunehmend in Widerspruch stand mit einer Monarchie, die sich ab den 1880er Jahren autokratischer denn je auführte und das Rad der Liberalisierung zurückzudrehen suchte.¹⁷ Während Offiziere und Politiker soldatische Angst nicht als emotionalen Zustand sondern als Charaktereigenschaft – Feigheit – sahen, ließen russische Kriegspsychiatern sogar einen Zusammenhang zwischen Heldentum und Angst in Extremsituationen zu. Französische Kriegspsychiatern gehörten ebenfalls einem eigenständigen liberalen Berufsstand an, auch wenn sie sich gegen viel geringere Widerstände seitens des Militärs und der Republik behaupten mussten. Wie ihre russischen Kollegen definierten sie Mut und Heldentum so um, dass Platz für Angsterfahrung war. Eine solche Neu-Definition von Heldentum war in Deutschland ausgeschlossen. Die deutschen Kriegspsychiatern stellten ängstliche Soldaten unter Generalverdacht: Mit ihrem durch Angst hervorgerufenen Zittern und Stottern wollten sie angeblich Renten erschleichen. Nirgends waren Staat, Militär und Psychiatrie wohl enger verflochten als im deutschen Kaiserreich.¹⁸

16 Bianchi, *Psychiatrists, Soldiers, and Officers in Italy During the Great War*, S. 226. In den Presserundschau-Rubriken der russischen psychiatrischen Fachzeitingen wurde nun ausschließlich über Publikationen der französischen Fachpresse berichtet. Vgl. z. B. *Psichiatricheskaja gazeta* 6. 1915, S. 96.

17 Vgl. hierzu Nancy Mandelker Frieden, *Russian Physicians in an Era of Reform and Revolution, 1856–1905*, Princeton 1981; Laura Engelstein, *The Keys to Happiness. Sex and the Search for Modernity in Fin-de-siècle Russia*, Ithaca 1992; Edith W. Clowes u. a. (Hg.), *Between Tsar and People. Educated Society and the Quest for Public Identity in Late Imperial Russia*, Princeton 1991.

18 Zur Verflechtung von zivilen, psychiatrischen Einrichtungen und den militärischen,

Beim Ausbruch des Ersten Weltkrieges konnte die Kriegspsychiatrie auf eine mindestens fünfzigjährige eigene Geschichte zurückblicken. Ab Mitte des 19. Jahrhunderts, wenn nicht schon früher, begannen die psychologischen Wissenschaften sich auszdifferenzieren und zu professionalisieren. Aus der Inneren Medizin wuchsen die Zweige Neurologie, Neuropathologie, Psychiatrie, Psychologie und Psychoanalyse.¹⁹ Mit der Zeit wandten sich diese Teildisziplinen auch Soldaten zu und in diesem Kontext dem Problem soldatischer Angst. Ohne den modernen Krieg wäre soldatische Angst wohl kaum in den Fokus des psychiatrischen Interesses gerückt. Spätestens ab dem Krimkrieg (1856–1863) dämmerte den militärischen Entscheidungsträgern, dass Soldaten mit angstinduzierten Symptomen zusammenbrachen und dass deren Heilung und Rückführung in die Truppen, aber auch präventive Maßnahmen, für Erfolge in künftigen Kriegen entscheidend sein würden. Parallel zum Aufschwung der Rüstungstechnologie nach dem Krimkrieg expandierte die Kriegspsychiatrie. Die weitere Professionalisierung und Institutionalisierung dieser Wissenschaft setzte sich im amerikanischen Bürgerkrieg (1861–1865), dem Deutsch-Französischen Krieg (1870–1871), dem Spanisch-Amerikanischen Krieg (1898) und dem Zweiten Burenkrieg (1899–1902) fort.

I. Prolog: Der Russisch-Japanische Krieg (1904–1905) und das Angstproblem

Entscheidende Impulse erhielt die Kriegspsychiatrie während des Russisch-Japanischen Krieges. In diesem Stellungskrieg kam neue Waffentechnologie (Fern- und Schnellfeuerwaffen, Granaten) zum Einsatz, weshalb er auch gern als erster moderner Krieg angesehen und sogar als „Nullter Weltkrieg“ bezeichnet wird.²⁰ Die Augen der gesamten kriegspsychiatrischen Welt richteten sich plötzlich auf Russland, da, wie der amerikanische Militärpsychiater Captain R. L. Richards 1910 bemerkte, „Nervenkrankheiten zum ersten Mal in der Weltgeschichte von Spezialisten schon ab der Schusszone behandelt wurden“.²¹ Im Folgenden sollen daher einige Linien des Umgangs mit Angst in

kriegsministerialen Behörden siehe etwa Lengwiler, Zwischen Klinik und Kaserne, S. 177–183.

19 Hierzu länderübergreifend: Roger Smith, *The Norton History of the Human Sciences*, New York 1997.

20 Vgl. zu „Nullter Weltkrieg“: John W. Steinberg u. a. (Hg.), *The Russo-Japanese War. World War Zero*, Leiden 2005. Die Suche nach einer „Stunde Null“ für den modernen Krieg ist ein zweifelhaftes Unterfangen. Unlängst sind gar die napoleonischen Kriege zum ersten modernen Krieg erklärt worden. Vgl. David A. Bell, *The First Total War. Napoleon's Europe and the Birth of Warfare as We Know It*, Boston 2007.

21 R. L. Richards, *Mental and Nervous Diseases in the Russo-Japanese War*, in: Mi-

der russischen Militärpsychiatrie des frühen 20. Jahrhunderts nachgezogen werden.

Die Vorstellung von Angst als Ursache von Nervenerkrankungen bei Soldaten taucht in Russland zum ersten Mal 1873 auf, nachdem deutsche Ärzte den epidemieartigen Ausbruch von Nervenkrankheiten im Militär infolge des Deutsch-Französischen Krieges beschrieben hatten.²² Ein nächster Schritt war die Doktorarbeit von A. Ozereckovskij „Über Hysterie in der Armee“ aus dem Jahre 1891, auch wenn Ozereckovskij noch keine Kausalbeziehung zwischen Angst und „Hysterie“ zuließ.²³ Ozereckovskijs Ätiologie der „männlichen Hysterie“, die er in erster Linie bei jungen Soldaten diagnostizierte, beschränkte sich auf ein physiologisch verstandenes Trauma-Konzept – er sprach vom „Sturz von der Gymnastik-Leiter oder dem Trapez, unglücklichen Sprüngen und ähnlichen Stürzen oder Stößen“.²⁴ Jene Trennwand, die Ozereckovskij zwischen Angst und Geisteskrankheit einzog, hatte ungefähr ein Jahrzehnt lang Bestand. Sie wurde zu Beginn des neuen Jahrhunderts eingedrungen und ersetzt durch ein Verständnis von Angst als Hauptursache von Geisteskrankheit. Dieses Konzept bestimmte zwar schon vor dem Russisch-Japanischen Krieg die Fachdebatten, gewann in seinem Gefolge und nach der Revolution von 1905 aber noch einmal an Bedeutung.

Allen Fachdebatten lagen zwei entgegengesetzte Menschenbilder zugrunde: Entweder handelt es sich bei Angst um eine naturgegebene menschliche Eigenschaft oder Angst ist unnatürlich. Der Offizier Michail Ėnval'd nahm diese gegensätzlichen Auffassungen 1911 in einem Artikel auf: Zur soldatischen Angst gebe es zwei „Doktrinen“, eine „romantische“ oder eine „realistische“. Die „romantische Doktrin“ sah Angst als Abweichung von der Norm mutiger,

lilitary Surgeon 26. 1910, S. 177. Die westliche Rezeption der russischen Erfahrung im Russisch-Japanischen Krieg beruhte nicht nur auf Wissenstransfer unter Experten, sondern auch auf der Behandlung traumatisierter russischer Offiziere in deutschen psychiatrischen Heilanstalten. Vgl. Hofer, Nervenschwäche und Krieg, S. 205.

22 Vgl. die Zusammenfassung des Aufsatzes (erschienen 1873 in Berliner Klinische Wochenschrift) von O. Koc, O vlijanii stracha na razvitie bolezni, in: Voенno-medicinskij žurnal 51. 1873, S. 10–11. In ihren späteren Bemühungen, die Geschichte ihrer eigenen Disziplin zu schreiben, identifizierten russische Psychiater eine ursächliche Verknüpfung zwischen Angst und Nervenkrankheiten schon für das Jahr 1827, indem sie sich bezogen auf Jean Étienne Dominique Esquirol, Allgemeine und specielle Pathologie und Therapie der Seelenstörungen, Leipzig 1827. Vgl. A. Ščeglov, Materialy k izučeniju duševnych rasstrojstv v armii, in: Voенno-medicinskij žurnal 77. 1899, S. 862.

23 Vgl. die Kurzzusammenfassung (*avtoreferat*): A. Ozereckovskij, Ob isterii v vojskakh, in: Voенno-medicinskij žurnal 69. 1891, S. 371. Ozereckovskij wurde später oft als russischer Entdecker der männlichen Hysterie bezeichnet. Vgl. z. B. Pospelov, K voprosu ob isterii u soldat, in: Voенno-medicinskij žurnal 76. 1898, S. 1138.

24 Ozereckovskij, Ob isterii v vojskakh, S. 371.

angstfreier Soldaten (Soldaten sind konstitutionell furchtlos), während die „realistische Doktrin“ davon ausging, dass alle Soldaten vor, während und oft nach der Schlacht Ängste ausstehen (Soldaten sind konstitutionell ängstlich).²⁵ Generäle und Offiziere tendierten eher zur „romantischen Doktrin“, weshalb ein pragmatisch-funktionaler Ansatz, der Angst zur Optimierung der Kriegstauglichkeit von Soldaten ins Kalkül einbezogen hätte, in der russischen Militärelite kaum verbreitet war.²⁶ Kriegspsychiater waren eher der „realistischen Doktrin“ zugeneigt – ihre berufliche Existenzgrundlage (die Behandlung angstinduzierter Krankheiten bei Soldaten) beruhte auf der Realität soldatischer Angst.

Trotz ihres Hegemonialstatus bot die „realistische Doktrin“ genügend Raum für Differenzierung und Diskussion. Kriegspsychiater begannen in der Regel mit einer Beschreibung der Symptome und unterschieden dann verschiedene Angsttypen.²⁷ In einem Aufsatz, der sich an das allgemeine, militärisch interessierte Lesepublikum richtete, fasste Grigorij Šumkov, der Leiter der psychiatrischen Abteilung im Harbiner Militärhospital während des Russisch-Japanischen Krieges und wohl der einflussreichste russische Kriegspsychiater des frühen 20. Jahrhunderts, das Spektrum soldatischer Gefühle folgendermaßen zusammen:

Soldaten machen eine Menge durch; sie fürchten sich, werden wütend, freuen sich, sind manchmal verzweifelt, sie hoffen, sie glauben an den Sieg, sie werden enttäuscht und glauben doch wieder von Neuem. Das Leben im Krieg ist ein grelles Kaleidoskop verschiedener Gefühle, Gefühle, die Menschen in Friedenszeiten ebenfalls empfinden, die jedoch im Krieg schärfer und extremer ausgedrückt werden.²⁸

Hieraus ergab sich eine Reihe von Aufgaben für den Kriegspsychiater, die Šumkov ebenfalls zusammenfasste:

Anhänger der zweiten, realistischen Schule [...] versuchen den Menschen zu untersuchen, die psychophysische Natur des Soldaten, sie versuchen in den Bereich psychischer Phänomene einzudringen; [sie versuchen] die Gesetze der Soldatenpsyche in kriegerischen Auseinandersetzungen zu ergründen und, sobald sie diese ergründet haben, künftigen Soldaten das Wesen der Phänomene zu erklären und Mittel zum Kampf gegen unerwünschte Erscheinungen in ihren Psychen aufzuzeigen.²⁹

25 Michail Ènval'd, Dve doktriny boevogo vospitanija vojsk, in: Voennyj sbornik 54. 1911, S. 101–106.

26 Eine typische Offiziersmeinung: [V.P.] Prasalov, Neskol'ko slov k stat'e V. Poljanskogo. Moral'nyj èlement v oblasti fortifikacii, in: Voennyj sbornik 54. 1911, S. 85–95, Fortsetzung in: Voennyj sbornik 54. 1911, S. 87–104.

27 Hierfür benutzten sie die russischen Begriffe *strach*, *ispug*, *trepët*, *bojazn'*, *trevoga*, *panika* usw.

28 [Grigorij Šumkov], „Za“ i „protiv“ voennoj psichologii, in: Voennyj sbornik 55. 1912, S. 72.

29 Ebd., S. 75.

Gleichzeitig ging es Kriegsp Psychiatern wie Šumkov immer auch darum, Nervenkrankheiten zu nobilitieren, ihnen einen ähnlichen Status wie respektablen, bakteriologischen Krankheiten zu verschaffen:

Um die Cholera zu bekämpfen, muss man die Cholera unbedingt untersuchen; [...] um Todesangst im Krieg zu bekämpfen, [muss man] die Ausdrucksformen dieser Angst untersuchen; um Panik zu vermeiden, [muss man] ihr Wesen, ihre Genese, ihre Manifestationen, ihre Ausbreitung usw. analysieren.³⁰

Als typischer Vertreter des politisch liberal eingestellten kriegspsychiatrischen Establishments legte Šumkov bisweilen einen bemerkenswerten Glauben an die Wirkung einfacher Aufklärung an den Tag: Wenn die Ärzte den Soldaten nur immer wieder erklärten, dass die körperlichen Anzeichen ihrer Angst vor der Schlacht normal seien, würden diese sich nicht als krank einstufen und unverdrossen in die Schlacht ziehen, statt der Panik anheim zu fallen.³¹

Im Laufe der Zeit wurden die psychiatrischen Beschreibungen von Angstsymptomen immer vielschichtiger.³² Šumkovs Untersuchung des „mentalen Zustandes von Soldaten“ vor, während und nach Kampfhandlungen ist ein gutes Beispiel dafür. Auf der Basis seiner eigenen Praxis und einer Vielzahl anderer Quellen konstruierte Šumkov einen idealtypischen Soldaten und zeichnete dessen psychologischen Zustand während einer Schlacht nach. Es lohnt sich, aus einer seiner Beschreibungen länger zu zitieren, und hier eignet sich die Phase vor der Schlacht am besten, da sie laut Šumkov mit der größten Angst verbunden war. Das „psycho-physiologische“ (Šumkov) Bild des Soldaten vor der Schlacht beginnt mit Vorbereitungen und Artillerieschüssen als Hintergrundgeräusch; alle warten auf den Marschbefehl.

Die Soldaten fangen alle an, in ihren Notizbüchern, Portemonnaies und Taschen zu kramen, sie ziehen diese Briefe hervor und lesen sie. Die meisten werden verbrannt, nachdem sie schnell noch einmal gelesen wurden. Sie tauschen Notizen und mündliche Bitten aus: ‚Wenn ich sterbe, schick dies nach Hause und sag ihnen, dass ich an sie gedacht habe‘ [...] Viele Gläubige holen ihre Ikonen hervor, kreuzigen sich eifrig, küssen die Ikonen und hängen sie sich an die Brust.³³

Nachdem diese „letzten“ Dinge von existenzieller Bedeutung abgeschlossen sind, reparieren die Soldaten ihre Uniformen, Ausrüstung und vor allem ihre Waffe. Weil die Soldaten so nervös sind, „tun Stiefel und Gürtel merklich

30 [Šumkov], „Za“ i „protiv“ voennoj psichologii, S. 76.

31 Ebd., S. 81.

32 Vgl. bspw. die differenzierte Liste soldatischer Emotionen in [Grigorij Šumkov], *Emocii stracha, pečali, radosti i gneva v period ožidanija boja*, in: *Voennyj sbornik* 57. 1914, S. 109–118.

33 Grigorij Šumkov, *Duševoe sostojanie vojnov v ožidanii boja. Po nabljudenijam oficerov. Voенно-psichologičeskij etjud*, in: *Voennyj sbornik* 56. 1913, S. 100.

stärker weh als in Friedenszeiten“.³⁴ An Konzentration ist nicht zu denken. Die Atmosphäre ist geprägt von Stille und angespannter Nervosität. „Viele rennen in die Büsche um sich zu erleichtern, und dies mehrmals.“³⁵ Alle versuchen ihren Durst zu stillen und füllen die Wasserflaschen. „Das Gewehr wird vielfach untersucht [...] Die Munitionstasche ist ebenfalls zur Hand, und man fasst öfter als notwendig in sie hinein.“³⁶ Viele Soldaten rauchen. Schließlich setzt sich die Einheit in Marsch und ein Teil der Anspannung fällt ab. Unter dem Eindruck des immer näher kommenden Artilleriefeuers fühlen die Soldaten, „dass sie gleich sterben. ‚Doch der Tod ist besser als das Warten auf den Tod.‘ Alle drängen vorwärts und hoffen das Ziel oder ein Ende zu erreichen, Hauptsache ein Ende.“³⁷ Einige hundert Schritte vor der Schusszone kommt der Befehl zum Anhalten und Warten. „Genau diese Situation ist die unerträglichste im Kriege.“³⁸

Ein Offizier erzählte, ich bin nicht nur vor lauter Angst vor und zurück gerannt, vielmehr rannte und sprang ich [...] Ich konnte an keinem Ort still sitzen [...] Und erst in meiner Seele ... in meinem Herzen zerbrach es, tat es weh, tat es mehr weh, als je zuvor [...] Du fängst ein Gespräch an und springst zum nächsten Thema, ohne deinen letzten Satz zu beenden ... Wenn Du einen Kameraden nach etwas fragst, hörst Du seine Antwort nicht, und gleichzeitig bist Du wie benommen von Deinen eigenen Gedanken. Sobald er aufhört zu sprechen, wachst Du auf und fragst: ‚Was? Was hast Du gerade gesagt?‘³⁹

Untersuchungen wie diese erlaubten einen tiefen Einblick in die Gefühlswelt von Soldaten während Kampfhandlungen. Ihre Anschaulichkeit und ihr Detailreichtum ist wahrscheinlich nicht nur der großen Zahl an Krankenakten und anderen Quellen, die der Russisch-Japanische Krieg hervorbrachte, geschuldet, sondern auch der Kontroverse zwischen „Realisten“ und „Romantikern“: Šumkov reihte gleichsam Beweise für die „realistische“ Position aneinander.⁴⁰

34 Šumkov, Duševnoe sostojanie vojnov v ožidanii boja. Po nabljudenijam oficero. Voenno-psichologičeskij etjud, S. 100.

35 Ebd., S. 100.

36 Ebd., S. 101.

37 Ebd., S. 101.

38 Ebd., S. 101.

39 Ebd., S. 101.

40 Russische Krankenakten sind für unseren Untersuchungszeitraum nicht erhalten; sie sind ausschließlich über kriegspsychiatrische Abhandlungen zugänglich, die oft aus ihnen zitierten. Die ersten Krankenakten als selbstständige Quellen sind aus dem sowjetisch-finnischen Winterkrieg (1939–1940) überliefert. Zu ihnen vgl. z. B. Dimitrij A. Žuravlev, Osnovnye etapy razvitija gosudarstvennogo voennogo zdravoočranenija Rossii, in: Voenno-medičinskij žurnal. 2004, S. 4–12. Parenthetisch sei angemerkt, dass die Quelle Krankenakte Fragen nach der kulturellen Rahmung dessen, was ein Soldat seinem Psychiater über seine Ängste berichten konnte, sowie nach der Rolle des Gedächtnisses aufwirft: Schließlich berichteten die meisten

In jedem Fall zeigt dieses Beispiel, dass die Kriegspsychiatrie nicht gänzlich unvorbereitet war auf die Stummen, Zitterer und Stotterer, die ein Krieg hervorbrachte, der alle vorherigen in den Schatten stellte.

II. Der Erste Weltkrieg: Kriegspsychiatrische Angstkonstrukte

1. Deutschland

Im März 1915 veröffentlichte der Tübinger Psychiater Robert Gaupp eine aus seiner Sicht erste Bilanz über die wachsende Zahl der Nervenkranken seit Dezember 1914. Darunter fielen alle „augenfälligen Ausdrucksbewegungen des Schreckens und der Angst (alle Formen des Zitterns und Zuckens, die Astasie und Abasie, das Stumm- und Taubsein, die Anfälle und Delirien)“.⁴¹ Eine „mehr oder weniger bewusste Angst vor der Rückkehr ins Feld“ sei bei den meisten von Gaupp behandelten Soldaten der Grund, warum sich die akuten Schreckwirkungen chronifizierten. Auch wenn die ersten akuten Symptome schwächer würden, bliebe bei „schwachnervigen“ Menschen ein „wirksamer Rest“ von „chronischen Symptomen der hypochondrischen Verzagtheit“.⁴²

Ich habe einen jungen Offizier behandelt, der sich durch eine Unterhaltung über fernliegende Dinge wohl ablenken ließ, bei dem aber eine noch so vorsichtige Erörterung der Wiederkehr seiner Dienstfähigkeit alsbald lautes Weinen und Jammern auslöste: ‚Herr Professor, solange der Krieg dauert, kann ich nicht gesund werden‘. Die Erinnerung an den Anblick toter Soldaten genügte, um ihn am ganzen Leibe erzittern zu lassen.⁴³

Um dieser pathogenen chronischen Kriegsangst beizukommen, empfahl Gaupp, derart verängstigte Soldaten, welche „im übrigen recht tüchtige und moralisch einwandfreie Menschen sein“ mögen, aus dem Kriegsdienst zu entlassen. Nur so könne einer Verschlimmerung der Erkrankung sowie der „Anhäufung von geistigen Invaliden und lebenslänglichen Kriegsrentenempfängern“ vorgebeugt werden.⁴⁴

Nach drei Kriegsjahren meldete sich Gaupp erneut zu Wort.⁴⁵ Wenn auch seine Ausführungen im Kern ähnlich blieben, hatte sich der Ton merklich geändert.

Soldaten im Lazarett über zeitlich zurückliegende Angsterfahrungen auf dem Schlachtfeld.

41 Robert Gaupp, Hysterie und Kriegsdienst, in: Münchener Medizinische Wochenschrift, 16.3.1915, S. 361. Bei der Astasie bzw. Abasie handelt es sich um motorische Störungen, bei denen die betroffenen Soldaten nicht mehr aufrecht stehen bzw. gehen konnten.

42 Ebd., S. 361.

43 Ebd., S. 361 f.

44 Ebd., S. 362.

45 Robert Gaupp, Über die Neurosen und Psychosen des Kriegs, in: Münchener Medizinische Wochenschrift, 30.4.1918, S. 493–494.

Der Tübinger Psychiater beklagte die „furchtbare negative Auslese“ des Krieges, an der Neurologen und Psychiater unweigerlich mitarbeiteten. Die „seelisch Unzulänglichen“ würden „rechtzeitig den Strapazen und dem Grauen des Krieges entzogen“, wohingegen die „Last des Kämpfers und die Not des Sterbens auf den gesunden und volkskräftigen Teil des männlichen Deutschlands“ drückten.⁴⁶ Es hatte sich nicht nur erwiesen, dass mehr Soldaten als zunächst erwartet im Krieg psychisch erkrankten. Auch die Ursache für derartige psychische Störungen hatte sich, so Gaupp, signifikant verschoben:

Konnten wir in den ersten Jahren des Krieges sagen, dass die Angst vor den Schrecken des Kampfes, vor den Grauen der Zerstörung die hauptsächlichste Ursache der meisten Kriegsneurosen ausmache, so sehen wir leider mit der längeren Dauer des Krieges den Kampf um die Rente, um die Versorgung auf Kosten des Reiches immer deutlicher hervortreten.⁴⁷

Robert Gaupp stand mit seiner Ansicht über Ursache und Entstehung der Kriegsneurosen nicht allein. Seit der Münchener Kriegstagung am 16. September 1916 hatte sich in psychiatrisch-neurologischen Fachkreisen eine überwältigende Mehrheit der Ansicht angeschlossen, die „Begehrungsvorstellungen“⁴⁸, d.h. vor allem der Wunsch nach einer staatlichen finanziellen Entschädigungsleistung, seien für die wachsende Zahl der Kriegsneurosen verantwortlich zu machen.⁴⁹ Das beherrschende Thema auf diesem Fachkongress war die Frage, ob es sich bei den psychischen Kriegserkrankten um körperlich Versehrte handelte oder ob die Erkrankungen psychogener Natur seien. Die Mehrheit der anwesenden Psychiater und Neurologen, darunter Max Nonne, Robert Gaupp und Karl Bonhoeffer, bezeichnete die medizinisch-naturwissenschaftliche Betrachtungsweise über die traumatische Neurose, wie sie von Hermann Oppenheim vertreten wurde, schlicht als Irrweg. Für Oppenheim waren die motorischen Störungen auf kleinste, mikroskopisch nicht nachweisbare Läsionen im Nervensystem zurückzuführen. Die Er-

46 Gaupp, Über die Neurosen und Psychosen des Kriegs, S. 494.

47 Ebd., S. 494.

48 Den Begriff „Begehrungsvorstellung“ hatte Adolf Strümpell bereits 1888 für die sogenannte Rentenhysterie nach Arbeitsunfällen geprägt. Nach dieser Theorie lasse der Wunsch nach einer finanziellen Entschädigungsleistung erst die eigentliche hysterische Krankheit entstehen, die sich auf die ursprüngliche Unfallverletzung aufpropfe. Den Boden zur Entstehung solcher hysterischen Erscheinungen hätten die Unfall- und Versicherungsgesetze bereitet. Siehe Adolf Strümpell, Über die traumatische Neurose, Berlin 1888.

49 8. Jahresversammlung (Kriegstagung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte, München 22. und 23.9.1916), in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 16.11.1916, S. 1434–1436 u. 23.11.1916, S. 1466–1467. Siehe auch Lerner, Hysterical Men, S. 61 ff.

kranken, darunter etliche Explosionsopfer, seien somit körperlich Verwundete, wenn auch ohne sichtbare Verwundung. Im Gegenzug trat die psychologisch-spekulative Theorie als die alleinige Gültigkeit beanspruchende Theorie in den Vordergrund. Die Kriegstagung von September 1916 markierte einen wissenschaftshistorischen Bruch: Das Nebeneinander der beiden Theorien, das vor dem Krieg im psychiatrisch-neurologischen Diskurs vorherrschend gewesen war, war nun aufgebrochen und einer Gegenüberstellung von einer gültigen und einer ungültigen Theorie gewichen.⁵⁰

Diese Entwicklung hatte weitreichende Folgen, wurden doch nun alle möglichen Angstzustände – von den motorischen Störungen bis hin zu Ischias, Rheumatismus, Migräne, Einnässen und Wutanfällen – unter der breiten Kategorie der „Hysterie“ verhandelt. In der Krankheitsentstehung wurden die endogenen gegenüber den exogenen Faktoren stärker gewichtet. Fortan schlossen sich mehr und mehr Mediziner der Auffassung an, dass pathogene Vorstellungen des Soldaten die Krankheit auslösten. Zwar ließen sich die Schreckwirkungen des Krieges, Angst und Grauen, als „thymogene oder emotionelle Symptombilder“ fassen.⁵¹ Diese verblassten aber in ihrer ursprünglichen Form recht rasch wieder, wenn sie nicht durch die pathologischen Vorstellungen der betroffenen Soldaten fixiert würden. Der eigentliche Krankheitskeim schlummere daher im Soldaten selbst. Sein Wunsch, nicht mehr an die Front zurückkehren zu müssen, seine Aussicht auf eine Kriegsrente, ja seine „sittlichen Einstellungen“, sein mangelnder Patriotismus und eine innerliche Ablehnung des Krieges, wurden nun direkt in die Krankheitsentstehung mit einbezogen. Andere Faktoren, etwa die mechanischen Erschütterungen, denen die Soldaten im Granatenhagel ausgesetzt waren – die meisten der Kriegszitterer waren Explosionsopfer – spielten demgegenüber kaum eine Rolle.⁵² Faktoren wie Schreck und Kriegsangst

50 Auch Julia Barbara Köhne konstatiert eine Transformation psychiatrischen Wissens in den Jahren 1914 bis in die 1920er Jahre hinein anhand der von ihr untersuchten Patientenakten. Herrschte 1914 noch Unsicherheit bezüglich der Diagnose „Hysterie“ vor, rekurrierten Ärzte in den 1920er Jahren immer stärker auf Erklärungsmuster wie Degenerativität oder Primitivität des Patienten sowie auf seine ungebührlichen Rentenvorstellungen. Die Münchener Kriegstagung von 1916 mag hier einiges dazu beigetragen haben, die Kriegsärzte auf einen Kurs zu bringen. Siehe Julia Barbara Köhne, *Kriegshysteriker. Strategische Bilder und mediale Techniken militärpsychiatrischen Wissens, 1914–1920*, Husum 2009, S. 101 f.

51 Gaupp, *Über die Neurosen und Psychosen*, S. 493.

52 Siehe hierzu etwa Erwin Niessl v. Mayendorf, *Das ideogene Moment in der Entstehung des Zitterns bei Kriegsteilnehmern und die introspektiv-psychologische Richtung in der Neurologie überhaupt*, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 30.8.1917, S. 1100–1102. Niessl v. Mayendorf war einer der wenigen Neurologen, welcher noch nach der Münchener Tagung den Begriff der Kommotionsneurose in die Debatte einführen wollte. Schwere materielle Erschütterungen bei Explosi-

traten ebenso in den Hintergrund oder fungierten nur noch als ein disponierendes Moment, das den Boden für die Erkrankung bereitete. So fasste Robert Gaupp seine Erfahrungen folgendermaßen zusammen:

Die Neurosen und Psychosen des Krieges sind also in ihrer übergrossen Mehrheit Reaktionen unzulänglicher Veranlagung auf die enormen Anforderungen des Krieges; sie sind häufig eine ungewollte, häufiger eine im Innersten ersehnte Flucht der verängstigten, den Krieg innerlich ablehnenden Psyche in die dienstbefreiende Krankheit.⁵³

Angst wurde als konstitutive Eigenschaft im Soldaten verortet und gleichzeitig der Verdacht erhoben, dem Soldaten mangle es an Patriotismus.

Die deutsche Kriegspsychiatrie zeichnete sich spätestens seit der Münchener Tagung im September 1916 durch eine große Homogenisierungstendenz aus. Aus den Reihen der Mediziner gab es kaum mehr wissenschaftlichen Widerspruch. Vereinzelt kamen jedoch Bedenken auf, so etwa von den Mediziner Paul Edel und Adolf Hoppe aus der Militärabteilung der psychiatrischen Klinik der Akademie für praktische Medizin in Köln.⁵⁴ Die beiden Ärzte bekräftigten zwar den Standpunkt, dass es sich bei den Kriegsneurosen nicht um die Folgen organischer Schädigungen handele, sondern die Symptome durch psychische Vermittlung entstünden. Sie wandten sich aber genauso massiv gegen eine Psychiatrie, die Patienten moralisch beurteile und stigmatisiere.⁵⁵

Wissenschaftlich grundlegender stellte der Berliner Neurologe Alfred Goldscheider sowohl die psychogene Krankheitstheorie als auch die Theorie der traumatischen Neurose nach Oppenheim in Frage.⁵⁶ Ihm ging es darum, die Wirkungen von Affekten auf den Körper näher zu bestimmen. Seine Affekttheorie formulierte er folgendermaßen:

Dagegen wissen wir durch Erfahrung, dass Gemütsregungen auf die sensible wie die

onsopfern sowie die seelischen Erschütterungen hätten gravierende Auswirkungen auf das Nervensystem. Er prangerte die weit verbreitete „vieldeutige und bequeme Terminologie“ wie „Wille zur Krankheit“, „Begehrungsvorstellungen“, „Flucht in die Krankheit“, „Fixierung des Tremors“ an, welche „auf Schritt und Tritt mit unbewiesenen Dogmen“ operiere. Zur Auseinandersetzung siehe Wilhelm Fürnrohr, Das ideogene Moment in der Entstehung des Zitterns bei Kriegsteilnehmern, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 4.1.1917, S. 9–12 und 28.2.1918, S. 241–242.

53 Gaupp, Über die Neurosen und Psychosen, S. 494.

54 Paul Edel u. Adolf Hoppe, Zur Psychologie und Therapie der Kriegsneurosen, in: Münchener Medizinische Wochenschrift, 30.7.1918, S. 836–840.

55 Edel und Hoppe wandten sich speziell gegen Max Lewandowsky. Siehe Max Lewandowsky, Was kann in der Behandlung und Beurteilung der Kriegsneurosen erreicht werden?, in: Münchener Medizinische Wochenschrift, 24.7.1917, S. 989–991 u. 31.7.1917, S. 1028–1031.

56 Alfred Goldscheider, Zur Frage der traumatischen Neurose, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 16.11.1916, S. 1406–1411.

motorische Sphäre, auf die Vasomotoren, sekretorischen und viszerale Nerven einwirken. [...] Die Affekte und so auch der Schreck sind aber auch geeignet, die Reizfolgen in höherem Grade zu fixieren, [...] wie daraus hervorgeht, dass sie Erinnerungsbilder hinterlassen, [welchen] eine materielle Veränderung der Gehirnsubstanz zugrunde [liegt].⁵⁷

Goldscheider folgerte daraus, dass man nicht pauschal von einer Hysterie reden könne, sondern dass körperliche und emotionelle Erregungen feine materielle Veränderungen der Nervensubstanz bewirken können. Nach dieser Theorie schlugen sich Affekte auf den Soldatenkörper nieder und modifizierten ihn. Die Kriegsemotionen so in den Mittelpunkt zu stellen, blieb jedoch eine Ausnahme. In den deutschen psychiatrisch-neurologischen Fachdebatten spielten Emotionen, wenn sie nicht als Krankheitsdisposition verstanden wurden, keine nennenswerte Rolle. Die Ausführungen Alfred Goldscheiders zeigen indes, dass durchaus andere Deutungsangebote zur Verfügung standen. Im Vergleich zu anderen kriegsführenden Ländern wurde in Deutschland jedoch recht einseitig auf die „Unfallneurose“ der Vorkriegszeit zurückgegriffen. Seit der Einführung der Sozialversicherungsgesetze in den 1880er Jahren hatte sich die Diagnose „Rentenhysterie“ in den medizinischen Fachkreisen so weit etabliert, dass die militärische Form der Kriegsneurose mit der zivilen Form der Unfallneurose gleichgesetzt werden konnte.

Prognostisch ungünstig seien alle diejenigen Faktoren, die weit entfernt von der männlich dominierten Schlachtzone auf den Soldaten einwirkten. Darunter fielen vor allem Liebes- und Mitleidsbezeugungen von Angehörigen und Freunden aus der Heimat, welche die Kampfeskraft und den Genesungswillen des Soldaten zu schwächen vermochten. Der Berliner Mediziner und beratende Neurologe des Heeres Max Lewandowsky setzte sich ausdrücklich für eine schonungslose Behandlung der Neurotiker ein. Sie dürften in der Öffentlichkeit nicht noch Aufmerksamkeit und Mitleid ernten: „Eine Gering-schätzung der Neurotiker muss populär werden, und nicht mit dem Nervenschock noch renommiert werden.“⁵⁸ Eine gewisse Hochachtung gestand Lewandowsky den betroffenen Soldaten zwar zu, wenn sie vor ihrer Erkrankung „Heldhaftes geleistet“ hätten, um dann kompromisslos zu folgern: „Aber in dem Augenblick, wie sie neurotisch werden, sind sie keine Helden mehr.“ Die Tendenz ging unmissverständlich zu einer Pathologisierung von Angstzuständen sowie zu einer Stigmatisierung der betroffenen Soldaten nicht nur als nervenschwache, sondern auch als moralisch verwerfliche Individuen. Tapferkeit und Männlichkeit ließen sich mit diesen Angstzuständen nicht vereinbaren. Angst zu zeigen, galt als unehrenhaft.

Bezeichnend für diese Entwicklung der deutschen Kriegspsychiatrie war

57 Goldscheider, Zur Frage der traumatischen Neurose, S. 1408.

58 Max Lewandowsky, Was kann in der Behandlung und Beurteilung der Kriegsneurosen erreicht werden?, in: Münchener Medizinische Wochenschrift, 31.7.1917, S. 1031.

zudem, den Ort der Schockeinwirkung vom Ort der Erkrankung abzukoppeln. In anderen Worten: Je näher man der Heimat kam, desto wahrscheinlicher und gleichzeitig unentschuldbarer war es, krank zu werden. Es war üblich, die Ausbreitung der angstinduzierten Erkrankungen mit epidemischen Modellen zu erklären. Wie Infektionskrankheiten breiteten sich die Kriegsneurosen aus, so der Tübinger Internist Gustav Liebermeister, jedoch wirkte der Ansteckungsstoff nicht überall gleich.⁵⁹ An der Kriegsfrente, wo Kameradschaft und eine „gesunde und derbe Konstitution“ der Männer vorherrschend seien, bestehe noch keine Ansteckungsgefahr. Sie steige jedoch, je näher man der „Heimatfront“ komme, d. h. dem weiblichen Einflussbereich. Liebermeister lokalisierte die stärkste Konzentration für den Ansteckungsstoff im Heimatgebiet,

wo wir nicht nur die Kriegsbeschädigten, sondern auch deren Angehörige, ferner einen großen Teil der weiblichen Bevölkerung und sonst sehr viele Menschen haben, die als Krankheitsüberträger wirken.⁶⁰

In der deutschen Kriegspsychiatrie herrschte die starke Tendenz vor, den eigentlichen Krankheitsort in der Heimat zu situieren und die weibliche Zivilbevölkerung als Risikofaktor für die Kampfkraft der Truppe zu bestimmen. Diese ärztliche Deutung des Zusammenwirkens von Heimat und Front wurde bei Kriegsende und während der Revolution von 1918/19 in das Narrativ der Dolchstoßlegende integriert.⁶¹ „Nur ein krankes Gefühlsleben kommt zu solchen Verirrungen alles sittlichen Empfindens,“ befand 1919 auch Robert Gaupp und meinte damit die erschöpfte und leicht erregbare Zivil- und Arbeiterbevölkerung sowie „geistig schwächere“, „psychisch minderwertige“ und somit auch moralisch suspekten Militärpersonen, welche in den letzten Kriegsjahren rekrutiert wurden.⁶²

Die Koalition der Kriegshysteriker mit der Heimatfront war schon in der Kriegszeit ein gängiger Topos: Beide Personengruppen wurden als „Masse“ beschrieben, die weibliche Züge trug und sich durch eine besondere Affektbetontheit und Suggestibilität auszeichnete. Diese Konnotationen waren von den viel rezipierten Überlegungen zur Massenpsychologie von Gustav Le Bon beeinflusst.⁶³ Angst war in diesem Sinne nicht nur ein individual-, sondern auch ein massenpsychologischer Untersuchungsgegenstand. „[E]ine ins

59 Gustav Liebermeister, Verhütung von Kriegsneurosen. Kriegsärztlicher Vortrag gehalten in Stuttgart am 26. Januar 1918, in: *Medicinisches Correspondenz-Blatt des Württembergischen Ärztlichen Landesvereins*, 31. 8. 1918, S. 308.

60 Ebd., S. 308.

61 Lerner, *Hysterical Men*, S. 193 ff.

62 Robert Gaupp, Der nervöse Zusammenbruch und die Revolution, in: *Blätter für Volksgesundheitspflege* 19. 1919, S. 46.

63 Gustave Le Bon, *Psychologie des foules*, Paris 1895. Siehe zu diesem Konnex auch: Köhne, *Kriegshysteriker*, S. 31–58.

Krankhafte sich steigernde Dysharmonie zwischen dem Affektiven und dem Intellekt“, hatte der Berliner Psychiater Karl Bonhoeffer bereits zu Kriegsbeginn in der Zivilbevölkerung diagnostiziert.⁶⁴ Wie in vielen anderen kriegsführenden Ländern stellten deutsche Ärzte gerade in den ersten Tagen der Mobilmachung die suggestive Wirkung des Krieges auf das Gefühlsleben der Bevölkerungen fest.⁶⁵ Diese Suggestionskraft manifestierte sich vor allem in der Furcht vor ausländischen Spionen und anderen Gerüchten und Pseudologien. Trotz der emotionalen Ausnahmesituation würcden sich die Zustände von Sorge und Angst, von Erschöpfung und Hunger nur bei bereits prädisponierten Individuen in Krankheit umsetzen. Von ernsthaften psychischen Störungen seien hauptsächlich diejenigen Patienten betroffen, deren Krankheiten auch ohne den Krieg ausgebrochen wären. Eine endogene, zumeist angeborene Krankheitsdisposition spielte bei den Erkrankungen von Zivilisten eine noch größere Rolle als bei denjenigen Störungen, die während des Frontdienstes aufgetreten waren. So stellte auch Robert Gaupp fest, dass er bei all den zahlreichen Familien, welche den Verlust eines oder mehrerer Söhne zu beklagen hatten, noch nie erlebt hätte, „dass aus seelischem Leid eine Melancholie entstanden wäre“. ⁶⁶ Die Widerstandskraft gegen seelische Einwirkungen war und blieb das Kennzeichen für eine gesunde Volkseele. Oder in den Worten Otto Binswangers: „Den Schwachen wirft die seelische Erschütterung zu Boden, den Starken reißt sie empor!“⁶⁷

Besondere Aufmerksamkeit schenkten Mediziner den Einwohnern derjenigen Städte, die im Krieg mehrmaligen Bombardierungen ausgesetzt waren. Nach den Bombenabwürfen über Freiburg im April 1917 publizierte der Psychiater Alfred Hoche seine Beobachtungen über menschliches Verhalten in lebensbedrohlichen Situationen.⁶⁸ Am bemerkenswertesten fand Hoche, dass nach den Bombenabwürfen kein einziger Zugang zur psychiatrischen Klinik zu verzeichnen war, was ein weiterer Beweis „für den verhältnismäßig geringen Einfluß äußerer Erlebnisse bei der Entstehung wirklicher Geisteskrankheiten“ war.⁶⁹ Bei „nervös und psychisch vollwertigen“ Individuen könne von einer länger dauernden Nachwirkung der Bombardierung keine Rede sein. Für die

64 Karl Bonhoeffer, *Psychiatrie und Krieg*, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 24.9.1914, S. 1778.

65 Siehe etwa Leopold Loewenfeld, *Die Suggestion in ihrer Bedeutung für den Weltkrieg*, Wiesbaden 1917.

66 Robert Gaupp, *Seelisches Leid als Ursache der Melancholie*, in: *Medicinisches Correspondenz-Blatt des Württembergischen Ärztlichen Landesvereins*, 20.10.1917, S. 455.

67 Otto Binswanger, *Die seelischen Wirkungen des Krieges*, in: *Politische Flug-schriften. Der deutsche Krieg*, hg. v. E. Jäckh, Nr. 12, Stuttgart 1914, S. 13.

68 Alfred Hoche, *Beobachtungen bei Fliegerangriffen*, in: *Medizinische Klinik*, 26.8.1917, S. 905–907.

69 Ebd., S. 906.

Zivilbevölkerung galt mehr noch als für die Militärbevölkerung, dass ein gesundes Nervensystem den Kriegsereignissen durchaus standzuhalten vermochte. Dementsprechend günstig fiel auch die Gesamtbilanz aus, die Hoche über die „Freiburger Nerven“ zog: „Die durchschnittliche seelische Widerstandskraft einer modernen Stadtbevölkerung“, so Hoche weiter, sei keineswegs so schlecht, „wie die ängstlichen Betrachtungen einzelner Ärzte über die ‚nervöse Degeneration‘ unseres Zeitalters erwarten lassen“.⁷⁰

Die Heimatfront wurde im Krieg durchaus nicht als ein angstfreier Raum konstruiert, ganz im Gegenteil: Sollte sich die Kriegsfront im ärztlichen Diskurs durch das Vorherrschen einer angstfreien Männlichkeit auszeichnen, so wurden der weiblichen, höchst suggestiblen Zivilbevölkerung vielfältige Gefühle zugeschrieben. Dass sich Trauer, Angst und Schrecken in Krankheit umsetzen könnten, wurde jedoch bei gesunden Individuen ausgeschlossen. Damit war der Weg frei für die Pathologisierung und Stigmatisierung all derjenigen, die ihre Angst öffentlich zeigten.

2. Frankreich

In Frankreich wurde die deutsche Entwicklung des Faches Psychiatrie und Neurologie vielfach mit Unverständnis beobachtet. Die Psychiater Georges Dumas und Henri Aimé publizierten gegen Kriegsende eine Schrift, die sich mit den deutschen Kriegsveröffentlichungen auseinandersetzte.⁷¹ Deutsche Psychiater, so ihre Kritik, würden zu wenig berücksichtigen, dass sich Emotionen und Erschöpfung im Körper organisch umsetzten. Auch Karl Bonhoeffers Definition der Hysterie als ein „Zusammenspiel krankheitsaffiner Tendenzen und eines zweckgerichteten Willens“ erschien den beiden Franzosen als eine der komplexen Materie nicht angemessene Reduktion und sie beschrieben sie als „une coopération des tendances nosophiles et la transparence d'une volonté directrice dans la détermination de la maladie“.⁷² Die umständliche Übersetzung lässt zudem darauf schließen, dass die Übertragung in den französischen Wissenschaftsdiskurs erhebliche Schwierigkeiten bereitete. Zum anderen bemerkten sie die starken Homogenisierungstendenzen innerhalb der deutschen wissenschaftlichen Diskussionen. Nicht ohne einen Schuss Nationalstolz empfahlen sie ihren deutschen Kollegen die Lektüre der französischen Zeitschriften und Bücher, die sich differenzierter mit der Materie befassen würden.⁷³

Georges Dumas und Henri Aimé lagen mit ihrer Kritik nicht ganz falsch. Die französische Psychiatrie und Neurologie zeichneten sich dadurch aus, dass unterschiedliche Theorien über Ursachen und Entstehung der psychischen

70 Hoche, Beobachtungen bei Fliegerangriffen, S. 907.

71 Georges Dumas u. Henri Aimé, *Névroses et psychoses de guerre chez les Austro-Allemands*, Paris 1918.

72 Ebd., S. 62.

73 Ebd., S. 242.

Krankheitsbilder nebeneinander existierten. Zwar wurden gerade zu Beginn des Krieges auch in Frankreich vielfach hysterische Störungen diagnostiziert, wobei die Grenze zur Simulation nicht immer klar gezogen wurde.⁷⁴ Mit zunehmender Kriegsdauer bemühten sich die französischen Ärzte, verschiedene Symptombilder aus der allumfassenden Kategorie der Hysterie auszuklammern. Dass die permanenten Luftdruckänderungen durch Granatexplosionen zumindest eine Einwirkung auf, wenn nicht eine Schädigung des Nervensystems zur Folge hätten, schien den meisten französischen Psychiatern unmittelbar einsichtig. Begrifflich wurden diese mechanischen Erschütterungen in das Krankheitsbild der „commotionnés de la guerre“ gefasst. Davon abgeleitet gaben aber auch die seelischen Erschütterten, die „émotionnés de la guerre“, einer Patientengruppe ihren Namen. Vielfach wurde auch die Diagnose „émotions-chocs“ gebraucht, die an den englischen Begriff „shell shock“ erinnert. Waren die „commotionnés“ die eigentlichen Explosionsopfer, so ging den Kriegsemotionen ein schreckhaftes Ereignis, insbesondere der Anblick toter Kameraden und Todesangst voraus. Französische Psychiater beschäftigten sich vor allem mit der Frage, ob man diese zwei Krankheitsbilder voneinander trennen könne oder ob es sich dabei nicht um ein und dasselbe Krankheitsbild handle. André Léri brachte die Diskussion zu einem Abschluss, indem er die beiden Symptombilder nicht im Etappen- oder Heimatlazarett, sondern unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis direkt hinter der Frontlinie untersuchte.⁷⁵ Da sich die Störungen ganz unterschiedlich manifestierten, ging er von zwei distinkten Krankheitsbildern aus. Ähnlich wie unter ihren deutschen Kollegen war es in den französischen psychiatrischen Fachkreisen zwar unumstritten, dass sich hysterische Symptome auf die ursprünglichen Störungen pfpfen könnten. Die „Rentenneurose“ wurde aber nur höchst selten angeführt. Dabei war sie in Frankreich keine unbekannte Bezeichnung. Infolge der Unfallgesetzgebung von 1898 hatte der

74 Der Schüler Jean-Martin Charcots, Joseph Babinski, aktualisierte zu Kriegsbeginn seinen 1901 geprägten Begriff der „troubles pithiatiques“, einer durch Fremd- und Selbstüberzeugung heilbaren Erkrankung ohne jeglichen organischen Ursprung. 1916 klammerte Babinski selbst die so genannten Reflexstörungen (*troubles réflexes* oder *troubles physiopathiques*) aus diesem Symptomkomplex aus. Darunter fielen vor allem die zahlreichen motorischen Störungen wie Lähmungen, Spasmen, Verkrampfungen, Zittern und Schütteln. Diese Störungen waren auf eine physiologische Hemmung der Reflexe zurückzuführen. Vgl. Joseph Babinski u. Jean Froment, Paralyse et hypotonie réflexes avec surexcitabilité mécanique, voltaïque et faradique des muscles. Sitzung der Académie de Médecine am 11.1.1916, in: Bulletin de l'Académie de Médecine 75. 1916, S. 40–47; dies., Hystérie. Pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe en Neurologie de guerre, Paris 1917; dies., Troubles physiopathiques d'ordre réflexe. Association avec l'hystérie. Évolution mesures médico-militaires, in: Presse Médicale, 9.7.1917, S. 385 f.

75 André Léri, Commotions et émotions de guerre, Paris 1918.

französische Arzt Edouard Brissaud 1908 den Begriff „sinistrose“ geprägt.⁷⁶ Gustave Roussy führte den Begriff „sinistrose de guerre“ zwar bereits im November 1915 in die Debatte ein.⁷⁷ In der Folgezeit nahmen jedoch nur wenige Ärzte darauf Bezug. Es scheint, als ob sich diese Diagnose – im Gegensatz zu Deutschland, wo die Krankheit bereits 1888 beschrieben wurde⁷⁸ –, bis zur Kriegszeit nicht recht etablieren konnte.⁷⁹ Gilbert Ballet machte etwa seine Kollegen darauf aufmerksam, dass die „sinistroses de guerre“ die militärische Entsprechung der zivilen „sinistroses d’accidents de travail“ seien, und zwar bezüglich des klinischen Krankheitsbilds sowie der sozialen Implikationen: „Und was ist schon eine Verletzung oder Erschütterung auf dem Schlachtfeld, wenn nicht ein Arbeitsunfall in dieser gewaltigen Arbeit, die der Krieg darstellt?“⁸⁰ Explizit auf die pathogenen Vorstellungen, d. h. auf den eigentlichen krankheitsfixierenden Faktor, ging Ballet nicht ein. Für ihn stand vielmehr das traumatisierende Moment, ob nun Schreck oder Explosion, im Mittelpunkt.

Die Debatte entzündete sich aber nicht nur an den „émotionnés“. In Frankreich wurden in Vereinsversammlungen Krankheitsfälle vorgestellt, in denen nur der Angstzustand (*angoisse/anxiété de guerre*) für sich allein bereits das ganze klinische Bild bestimmte:

Ohne erkennbaren Grund, oft sogar im Erholungsquartier, fällt ein Mann plötzlich in einen Angstzustand. Er kommt beunruhigt ins Krankenhaus, weiß nicht warum; sein Gesicht und seine Haltung lassen ein seelisches Unbehagen erkennen, das er doch nicht weiter bestimmen kann; im Regiment geht alles gut, aber zu Hause quält ihn etwas, er fühlt sich ‚ganz komisch‘.⁸¹

Der Angstzustand wurde als ein Kontrollverlust über die körperlichen Funktionen beschrieben und damit eng verbunden mit einem Ausfall soldatischer Eigenschaften, insbesondere der Tapferkeit. Den französischen Medizinern

76 Edouard Brissaud, La sinistrose, in: *Concours médical*, H. 7, 1908, S. 114–117.

77 Gustave Roussy u. Jean Boisseau, Les „sinistroses de guerre“. *Accidents nerveux par éclatement d’obus à distance*, in: *Presse Médicale*, 11. 11. 1915, S. 453.

78 Adolf Strümpell, *Über die traumatische Neurose*, Berlin 1888.

79 In den medizinischen Lexika taucht der Begriff „sinistrose“ erst 1924 auf. Siehe E. Dabout, *Petit dictionnaire de Médecine. Expressions techniques, termes médicaux*, Paris 1924, S. 571.

80 Gilbert Ballet u. Joseph Rogues de Fursac, Les psychoses „commotionnelles“. *Psychoses par commotion nerveuse ou choc émotif*, in: *Paris Médical*, Bd. 19, H. 1, 1916, S. 6 f.

81 Raymond Mallet, *Etats anxieux*, Réunion Médicale de la IV^{ème} armée, 16. 6. 1916, in: *Presse Médicale*, 7. 8. 1916, S. 351: „Sans cause apparente, souvent même au cantonnement de repos, un homme tombe brusquement dans l’anxiété: il arrive à l’hôpital inquiet, il ne sait pourquoi; son visage, son attitude traduisent un malaise moral qu’il ne peut définir; tout va bien au régiment et à la maison et pourtant il est tourmenté, tout drôle.“.

ging es dabei vor allem darum, die Grenze zwischen eigentlicher Hysterie und emotionalen Störungen zu ziehen. In einer Sitzung der Académie de Médecine machte Maurice de Fleury seine Kollegen darauf aufmerksam, dass sich unter den 4.300 Kranken im Service central psychiatrique des Militärkrankenhauses Val-de-Grâce eine große Anzahl von Kranken mit so genannter Emotionsneurose (*névrose émotive*) befänden.⁸² Diese Emotionsneurose, wie sie bereits Ernest Dupré 1911 beschrieben hatte,⁸³ sei nicht gleichzusetzen mit Hysterie. Sie trenne ein tiefer Graben zwischen ehrlicher und vorgetäuschter Krankheit.⁸⁴ Dass zwischen den beiden Krankheitsbildern in militär- und rechtsmedizinischer Hinsicht unbedingt unterschieden werden müsse, sollte das Beispiel eines psychisch erkrankten Offiziers aufzeigen, der bei einem gewaltigen Angriff plötzlich und in aller Öffentlichkeit zu zittern, mit den Zähnen zu klappern und stark zu schwitzen begann. Wie sollte seine Umgebung, vor allem auch seine Untergebenen, diese plötzlich auftretende geistige Verwirrung und den damit verbundenen Ausfall der Kampffähigkeit beurteilen? Die neuen Erkenntnisse der Kriegspsychiatrie über die bedeutende Rolle der Emotionen gäben geeignete Mittel zur Hand, das Verhalten des Kriegsteilnehmers richtig einschätzen zu können. Der Offizier, so de Fleury weiter, sei kein Feigling, sondern ein Kranker, der an die Grenze seiner Kräfte und sogar darüber hinaus gegangen war und dem alle Hochachtung gebühre.⁸⁵

Aus den Ausführungen der französischen Mediziner lässt sich im Übrigen nicht schließen, ob diese Zustände emotionaler Schwäche allein bei Offizieren diagnostiziert wurden und inwieweit die gemeinen Soldaten weiterhin als hysterisch galten. Allerdings wurde bei der Erschöpfungskrankheit Neurasthenie durchaus nach militärischem Rang und sozialer Klasse unterschieden, galt sie doch bereits in der Vorkriegszeit als eine typische Nervenkrankheit des gebildeten Bürgertums. Die Erschöpfung des Gros der Mannschaften wurde tendenziell eher als eine körperliche denn psychische betrachtet.⁸⁶ In dieser

82 Maurice de Fleury, Deux cas de psychonévrose émotive, Sitzung in der Académie de Médecine am 26.2.1918, in: Bulletin de l'Académie de Médecine 79. 1918, S. 157–169.

83 Ernest Dupré, La Constitution émotive, in: Paris Médical, H. 3, 1911, S. 403–408.

84 De Fleury, Deux cas de psychonévrose émotive, S. 167: „Dès lors, la psychonévrose émotive et l'hystérique nous apparaissent non seulement comme distinctes, mais comme séparées par un fossé profond, celui-là même qui fait frontière entre l'honnête véracité et la tendance malade au mensonge.“

85 Ebd., S. 168–169: „Est-ce un lâche ou un malade, ou les deux à la fois? [...] Devant une telle attitude en présence de l'ennemi, convient-il de flétrir sa conduite ou de lui témoigner au contraire les égards dus à celui qui est allé jusqu'au bout de ses forces, et voire un peu plus loin?“

86 Siehe beispielsweise für Frankreich: E. Régis, Les troubles psychiques et neuro-psychiques de guerre, in: Presse Médicale, 27.5.1915, S. 177–179; für Deutschland:

klassenspezifischen differenziellen Diagnostik unterschieden sich die französischen Mediziner nicht von ihren deutschen Kollegen. Zwei Schüler des Neurologen Ernest Dupré, Albert Devaux und Benjamin Joseph Logre, hatten bereits vor dem Krieg damit begonnen, Angstzustände zu untersuchen. Der Krieg brachte ihnen etliche Anschauungsbeispiele, die sie in einem Sonderkapitel ihres Buches „Les anxieux“ verarbeiteten. Darin formulierten sie folgendermaßen:

Nach einem großen emotionellen Schock, der von einer körperlichen Erschütterung oder Verletzung begleitet werden kann oder nicht, wird ein vormals tapferer Mann zum Feigling. Sein kriegerischer Mut geht ihm verloren. Er bekommt bereits beim Lärm von Gefechtsfeuer Angst, fängt an zu zittern und kann seine Verwirrung weder verstecken noch beherrschen. Er leidet gewissermaßen unter einer emotionellen Überempfindlichkeit; er kann der Angst der Schlachtfelder nicht mehr siegreich widerstehen.⁸⁷

Bei einem solchen Krankheitsbild sollte man, so die beiden Mediziner, von einer „erworbenen Feigheit“ ausgehen, die sich der Offizier während seiner Kriegszeit zugezogen habe.

Wenn er körperlich erkrankt ist, so hat er das Recht, gleich wie ein Verwundeter behandelt zu werden. Wenn er geistig erkrankt ist, so hat er in Wirklichkeit die gleichen Rechte. Er ist dann, im eigentlichen und militärischen Sinne, ein Invalide, aber ein psychischer Invalide, ein Invalide der Tapferkeit.⁸⁸

Angst und Tapferkeit schlossen sich in diesem Männlichkeitsbild nicht aus. Die „Invaliden der Tapferkeit“ waren Versehrte wie die körperlich Verwundeten und sollten dementsprechend behandelt werden. Die wissenschaftliche Unterscheidung zwischen hysterischen und emotionalen Störungen schlug sich im Übrigen auch im Entschädigungssystem nieder. Man trug hier den neuesten Kenntnissen aus der Medizin Rechnung. Die *émotionnés*, genauer gesagt, das emotionale Zittern (*tremblement émotionnel*) wurde im Jahr 1919

Hans Curschmann, Zur Kriegsneurose bei Offizieren, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 8. 3. 1917, S. 291–293.

87 Albert Devaux u. Benjamin Joseph Logre, *Les anxieux*, Paris 1917, S. 297: „A la suite d'un gros choc émotif, accompagné ou no de commotion physique et de blessure, le sujet, qui était brave, devient poltron. Il est déchu de son courage guerrier. En entendant le canon, il a peur, il tremble, et ne peut cacher ni maîtriser son désarroi. Il est atteint, en quelque sorte, d'anaphylaxie émotive; il ne peut plus résister victorieusement à l'angoisse des champs de bataille.“

88 Ebd.: „Cette lâcheté acquise est le résultat d'un traumatisme moral de guerre, contracté dans le service. Atteint dans son corps, le soldat aurait droit aux égards qu'on prodigue aux blessés. Atteint dans son esprit, il a, en réalité, les mêmes droits. Il est, au sens propre et militaire du mot, un invalide, mais un invalide moral, un *invalide du courage*.“ [Hervorhebung Logre und Devaux].

mit einem Behinderungsgrad von zehn bis dreißig Prozent angesetzt und entsprechend entschädigt.⁸⁹

Eine französische Besonderheit war, dass Kriegsangst nicht allein als eine militärische Erkrankung konzipiert wurde. Das Angstgefühl bildete vielmehr die Brücke zwischen den Kriegserfahrungen von Männern an der Front und Frauen in der Heimat. In ihrer Symptomatik und ihrem Auftreten unterschieden sich Kriegsängste an der Front und in der Heimat kaum voneinander. Kriegsangst diagnostizierten Ärzte, wie etwa der Therapeut Louis Rénon, bei Zivilpersonen, die in der Armee einen Familienangehörigen oder Freund hatten, oder bei denjenigen Personen, deren materielle und emotionale Lebenssituation durch die aktuellen Ereignisse erschüttert worden war.⁹⁰ Die Krankheit drückte sich in einer speziellen Ängstlichkeit aus, die sich beim kleinsten äußerlichen Eindruck verstärkte. Begleiterscheinungen waren eine unangenehme und hartnäckige Schlaflosigkeit, Charakterschwankungen, Appetitlosigkeit, häufig auch Abmagerung und Verstopfung. Dabei handelte es sich um Ängste, deren Auftreten und Verlauf in direkter Beziehung mit dem Kriegsgeschehen standen. Während des Rückzugs von Charleroi, zur Zeit der Luftangriffe auf Paris, während der Marneschlacht und der Champagneoffensive, so Rénon, seien Angstzustände besonders gehäuft und akut aufgetreten. Analog zur Kriegsangst bei Soldaten wurden die Ängste der Zivilisten nicht mit Hysterie gleichgesetzt, sondern als eigenständiges Krankheitsbild betrachtet. Sie gehörten auch mehr in den Aufgabenbereich des Allgemeinmediziners als in denjenigen des Psychiaters. Ausgelöst würden diese Angstzustände von neurologischen Störungen des Sympathikus, weswegen Rénon sie unter die funktionellen Störungen einordnete, über deren Ursprung man noch nicht genügend wisse. Die zur Krankheit prädisponierenden Momente spielten in der Beschreibung solcher Krankheitszustände eine untergeordnete und zu vernachlässigende Rolle. Angstzustände traten bei Zivilisten besonders dann auf, wenn sie unmittelbar in Kampfhandlungen involviert waren. Ebenso wie in Deutschland sahen auch französische Ärzte in den Städten, die mehrmaligen Bombardierungen ausgesetzt waren, ein geeignetes massenpsychologisches Untersuchungsfeld.⁹¹ Hier schienen sich die Kriegserfahrungen von

89 Ministère de la Guerre, *Tableau synoptique résumé des divers barèmes à appliquer aux infirmes et malades de la guerre 1914–1919*, Paris 1919, S. 64 f. Die *commotionnés* wurden mit einem Behinderungsgrad von zwanzig bis fünfzig Prozent angesetzt.

90 Louis Rénon, *L'angoisse de guerre et son traitement*, in: *Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique*, 12.1. 1916, S. 44–50; siehe ebenfalls den Lexikonartikel „Angoisse de guerre“ in: Galtier-Boissière (Hg.), *Larousse médical illustré de guerre*, Paris 1917, S. 12.

91 In der *Société de Neurologie* wurden im Januar 1917 Fälle von konstitutioneller, aber auch durch die Kriegereignisse erworbener Emotivität bei Frauen vorgestellt. Die Frauen waren durch den Anblick vorbeiziehender Zeppeline in Panik geraten.

Militär- und Zivilpersonen zu ähneln. Eine Untersuchung über Nancy, das mehrmals bombardiert worden war, wollte etwa aufzeigen, wie Frauen, Kinder und alte Personen, also all diejenigen, die nicht wie die Soldaten durch Rekrutierungsmaßnahmen als gesund und kriegsfähig befunden worden waren, auf Angst und Schrecken reagierten.⁹² Auch hier standen nicht bestimmte, als normal oder anormal qualifizierte Verhaltensweisen und psychische Reaktionen im Mittelpunkt, sondern vielmehr die Frage, wie sich Emotionen wie Schreck und Angst im Körper umsetzten. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass sich Emotionen erheblich auf den Organismus niederschlugen, etwa in einem erhöhten Blutdruck.

Die Kriegsemotionen in der Militär- und Zivilbevölkerung, als individual- und als kollektivpsychologisches Phänomen zogen demnach in Frankreich großes wissenschaftliches Interesse auf sich. Der Krieg bot hier die Möglichkeit, wissenschaftliche Aufschlüsse darüber zu erlangen, wie sich starke, lang andauernde Affekte auf den Körper niederschlugen und ihn veränderten. Mit der Anerkennung der Kriegsangst als militärische und zivile Krankheitsform wurde der Krieg als Krankheitsursache aufgewertet; eine individuelle Prädisposition der Feigheit oder Ängstlichkeit trat demgegenüber in den Hintergrund.

3. Russland

Auch in der russischen Militärpsychiatrie wurde über die Auswirkungen von Bombenabwürfen auf die Zivilbevölkerung räsoniert. Insgesamt war die Unterscheidung von Heimatfront und Kriegsfront im russischen Fall meist eine von Dörfern, die zu Kriegsschauplätzen geworden waren, und Dörfern, bei denen dies nicht der Fall war. Der Militärpsychiater A. V. Gerver schrieb:

Die Dörfer werden in der Regel zurückgelassen von ihren Bewohnern, die in panischer Angst an weiter von den Kampfhandlungen entfernte Orte fliehen, und die wenigen, die zurückbleiben, verstecken sich in ihren Kellern, wo sie dann bombardiert werden, schwere Verletzungen erleiden und sterben.⁹³

Überhaupt waren die Übergänge zwischen Kriegsfront und Heimatfront in Russland besonders fließend. Russische Kriegspsychiater dürften im Ersten

Die imposanten deutschen Luftschiffe bedeuteten für die französische Zivilbevölkerung eine todbringende Gefahr, da sie französische Städte wie Nancy, Calais oder Paris bombardiert hatten. Siehe hierzu: Grimbert u. Dupré, *Constitution émotive originelle et acquise*. Société de Neurologie, 11.1.1917, in: Presse Médicale, 22.1.1917, S. 54.

92 G. Etienne, u. G. Richard, *La pression artérielle et les émotions de guerre*. Etude dans une ville bombardée. Essai d'interprétation pathogénique, in: Paris Médical 33. 9.8.1919, S. 109–115.

93 A. V. Gerver, *O duševnych rasstrojstvach na teatre voennyh dejstvij*, Petrograd 1915, S. 7.

Weltkrieg die einzigen gewesen sein, die das Wegbleiben der Bauernsoldaten aus ihren Familien und Dorfgemeinden und damit den Wegfall ihrer Kraft bei kommunal organisierter Arbeit als mögliche Ursache für die Entstehung soldatischer Nervenkrankheiten in Erwägung zogen.⁹⁴

Darüber hinaus war die Grenze zwischen Front und Hinterland kaum geschlechtsspezifisch konnotiert. Weibliche Soldaten in Russland könnten zur Verwischung der Geschlechtergrenzen beigetragen haben. Im Fahrwasser der Februar-Revolution formierten sich im Juni 1917 Frauenbataillone. Wie sich diese aber im Einzelnen auf die geschlechtsspezifische Aufladung verschiedener Räume auswirkten, ist schwer zu sagen. Bekannt ist, dass Frauen, wenn sie um Aufnahme in die Armee baten, weibliche Furchtlosigkeit *versus* männliche Feigheit geltend machten – hier eine Eingabe von Elena Iost aus dem Jahre 1916:

Ich weiß, dass manche Männer nach ihrer Einberufung zum Militärdienst wie Kinder vor lauter Angst und Trauer weinten, dass sie sogar krank wurden, und Sie werden kaum glauben, Eure kaiserliche Hoheit, wie ich mich schämte und wie sehr mich ihr Kleinmut und ihre Schwäche schmerzten. Ich verachtete sie. Sie wurden genommen und gingen nicht gerne, während ich bereit bin, meine ganze Seele zu geben und mein Blut ohne Furcht oder Bedauern fürs Vaterland zu vergießen, doch ich werde nicht genommen. Warum muss dies so sein?⁹⁵

Den größten Raum nahmen in der russischen Militärpsychiatrie die Beschreibungen der Symptome angstinduzierter Krankheiten ein. Unter Symptomen von Erkrankungen, die durch Angst hervorgerufen wurden, wurden genannt: Taubheit, Stummheit, Blindheit, Zittern (Tremor) der Augenlider, Zunge und Extremitäten, fehlender Schluckreflex, Stottern, wirres Gerede, Selbstgespräche, Tränenausbrüche, unkontrolliertes Gelächter, Halluzinationen, Alpträume, Schlaflosigkeit, Essensverweigerung, Katalepsie (das Verharren in Körperhaltungen), aber auch Aggression, Selbstmordversuche, das Besmieren mit eigenem Kot, Essensverweigerung und Onanie.⁹⁶

Unter Symptomen der Angst im engeren Sinne figurierten Stummheit und Stottern vor Schreck: Den Stummen bliebe „aus Angst ‚die Luft weg‘“ und die

94 Vgl. z.B. S. A. Preobraženskij, *Materialy k voprosu o duševnyh zaboľevanijach voinov i lic, pričastnyh k voennym dejstvijam v sovremennoj vojne*, Petrograd 1917, S. 27.

95 Zit. nach Melissa K. Stockdale, „My Death for the Motherland Is Happiness“. Women, Patriotism, and Soldiering in Russia's Great War, 1914–1917, in: *American Historical Review* 109. 2004, S. 101. Zu Frauen-Bataillons vgl. auch: Laurie S. Stoff, *They Fought for the Motherland. Russia's Women Soldiers in World War I and the Revolution*, Lawrence 2006.

96 Zu den selteneren Fällen vgl. die Kurzbeschreibungen von 387 Patienten in: Preobraženskij, *Materialy k voprosu o duševnyh zaboľevanijach voinov*, S. 100 „Besmieren mit Kot“, S. 97 „Onanismus“.

Stotterer „fingen nach einem großen Schreck an zu stottern“.⁹⁷ Die Heilung dieser Patienten beschrieben Psychiater als ein Ereignis nicht weniger starker Emotionen: „Als unser Stotterer zum ersten Mal wieder flüstern konnte, empfand er ein solches Glück, eine solche Freude, dass er gleichzeitig weinte und lachte, den Arzt umarmte und küsste“.⁹⁸ Ein Kranker, der an der österreichischen Front in Galizien gekämpft hatte,

fühlte sich tollkühn, wenn ein tapferer Kamerad neben ihm stand, er war dann mutig und stürzte sich ohne zu Zögern in Bajonettkämpfe. Kämpfte er jedoch neben einem Feigling, so konnte er sich kaum von der Stelle rühren und empfand eine unaussprechliche Todesangst.⁹⁹

Andere klagten „über das Gefühl ständiger Angst“, wiederum andere entwickeln Phobien:

Sie beginnen, sich vor Menschenansammlungen zu fürchten, vor offenen Räumen, bekommen Höhenangst, fürchten sich vor Blut, auch wenn es nur ein Tropfen ist [...] oft kapseln sie sich ab und sprechen Selbstmordgedanken aus, werden misstrauisch und schöpfen ständig Verdacht, vermuten überall persönliche Feinde, weisen Anzeichen von Hypochondrie auf und sagen Dinge, die auf paranoide Verfolgungsangst schließen lassen.¹⁰⁰

Ein Psychiater berichtete von einem 38-jährigen Gefreiten, der von März 1915 bis zu seiner Einlieferung ins Lazarett im Sommer 1915 in Schützengräben gewesen war und keine äußeren Verwundungen davon getragen hatte, auch kein Zittern o. ä. aufwies. Eine Vorgeschichte (psychische Krankheit oder Alkoholismus) lag ebenfalls nicht vor. Dennoch sei, so der Psychiater unter dem Rubrum „psychische Sphäre“, seine

allgemeine äußerliche Erscheinung schwach gewesen, erschöpft; geht krankhaft mit gebuckeltem Rücken, spricht im Flüsterton, erschrickt dabei oft und sieht sich nach allen Seiten um. Klagt über Schwermut und das Gefühl der Angst; sagt, dass ihn Gedanken über Feuer verfolgen; [...] Außerdem scheint es dem Kranken oft, als werde er von Deutschen verfolgt, als rennten sie ihm hinterher; er hört ihre Stimmen und sogar ihre Schritte. [...] Die Anfälle von Schwermut und unerklärlicher Angst mit Todeserwartung verstärken sich besonders nachts.¹⁰¹

Der Psychiater entwickelte auf der Grundlage dieser Krankengeschichte ein duales Modell von Schützengrabenspsychosen (*okopnye psichozy*) einerseits und Kampfpsychosen (*boevye psichozy*) andererseits. Bei Ersteren überwiegen geistiger Stupor und Bewusstseinsverwirrung (*sputannost' soznaniija*), bei Zweiteren – der geschilderte Fall gehörte dazu – die „Erkrankung der emotiven

97 D. A. Smirnov, Dva slučaja tjaželych travmatičeskich nevrozov posle kontuzii, izlečennyh gipnotičeskim vnušeniem, in: Žurnal nevropatologii i pschiatrii imeni S. S. Korsakova 15. 1915, S. 317.

98 Ebd., S. 320.

99 Ebd., S. 313.

100 Gerver, O duševnyh rasstrojstvach na teatre voennyh dejstvij, S. 15 u. S. 36–37.

101 Ebd., S. 20.

Sphäre“ (*poraženie émotivnoj sfery*).¹⁰² Schützengrabenpsychosen würden zwar nicht durch so starke Sinneseindrücke wie Kampfespsychosen ausgelöst, dafür „ziehe sich der Aufenthalt im Schützengraben gewöhnlich länger hin“ und sei verbunden mit dem „beständigen angsterfüllten Gefühl der Erwartung“ (*postojannoje trevožnoje čuvstvo ožidanija*) – womit der Psychiater an eine lange Diskussion innerhalb der russischen Militärpsychiatrie aus den Vorkriegsjahren anknüpfte, die um den Unterschied zwischen zielorientierter Furcht und objektloser Angst kreiste und philosophisch (Søren Kierkegaard) inspiriert war.¹⁰³

Die Einordnung der Symptome und die Schaffung einer Diagnose-Nomenklatura waren ohnehin Tätigkeiten, in die schreibende Psychiater besonders viel Energie investierten. Wie bei ihren westlichen Kollegen stand bei den russischen Psychiatern die Frage im Vordergrund, ob es überhaupt eine separate Kriegserkrankung gebe (hierfür benutzten sie am häufigsten die Bezeichnungen „traumatische Neurose“ und „Kriegskontusion“, aber auch Termini wie *psychosis acuta belli* waren gebräuchlich), oder ob die Symptomatik, die sie bei den Patienten antrafen, eher mit den vorhandenen Diagnosekonstrukten zu fassen seien.¹⁰⁴ Psychosen *des Krieges* oder Psychosen *im Krieg*? – auf diese Kurzformel lässt sich die Debatte bringen.

Eng verflochten mit den Bemühungen um eine Taxonomie war auch die Ätiologie, wobei es hier um die Frage ging, ob der Krieg selbst Auslöser, also: pathogen sei. Weit verbreitet war die Vorstellung, der industrielle Krieg mit seiner „schweren Artillerie“ produziere „eine große Zahl von Formen [der psychischen Erkrankung, J.P.] mit traumatischer Ätiologie“.¹⁰⁵ Oder: „Die Emotion des Schreckens [*užas*] angesichts der ganz realen Möglichkeit an den Widrigkeiten des modernen Krieges zu sterben“.¹⁰⁶ Überhaupt wurde immer wieder auf die Besonderheiten des modernen Krieges verwiesen, seine Artillerie, das deutsche Nervengas, Flugzeuge, und den sensorischen Overkill, den diese Technik generierte.¹⁰⁷ Neue Technik produziert neue (oder mehr) Angst

102 Gerver, O duševnych rasstrojstvach na teatre voennyh dejstvij, S. 21.

103 Vgl. Plamper, Fear, S. 277.

104 *Psychosis acuta belli* bei: Preobraženskij, Materialy k voprosu o duševnych zabo-levanijach voinov, S. 19. Zur Position, dass man neue Diagnosen brauche, vgl. Osip B. Fel'man, K voprosu o psichozach voennogo vremeni, in: Žurnal nevropatologii i pschiatrii imeni S. S. Korsakova 14. 1914, S. 549–550. Zur Position, dass man mit den vorhandenen Diagnosen gut bedient sei, vgl. Gerver, O duševnych rasstrojstvach na teatre voennyh dejstvij, S. 24: „Das gesamte Spektrum von Psychosen im Krieg wird mit den in der Psychiatrie bekannten nosologischen Formen abgedeckt.“

105 Preobraženskij, Materialy k voprosu o duševnych zabo-levanijach voinov, S. 18.

106 Ebd., S. 19.

107 Vgl. ebd., S. 14–15; Fel'man, K voprosu o psichozach voennogo vremeni, S. 550; Gerver, O duševnych rasstrojstvach na teatre voennyh dejstvij, S. 6 u. 10. Zur

und neue (oder mehr) psychische Erkrankungen – so ließe sich dieser Strang zusammenfassen. Ein anderer Strang machte die Krankheitsursache an gesellschaftlichen Erscheinungen fest: Die Herstellung eines Kausalzusammenhangs zwischen Revolutionsangst/Klassenangst/Angst vor sozialer Degradierung und soldatischen Angsterkrankungen war seit der Revolution von 1905 in Russland besonders ausgeprägt.¹⁰⁸ Außerdem ließen politisch-liberale russische Psychiater immer wieder vergangene Kriege Revue passieren und stellten einen ursächlichen Konnex zwischen der gesellschaftlichen Akzeptanz eines Krieges („gerechter“ Krieg?) und der Anzahl angstinduzierter Krankheiten her.¹⁰⁹ Spezifisch für Russland war auch das Interesse am Phänomen Alkohol im Krieg. Diskutiert wurde, ob die russische Prohibition im Ersten Weltkrieg bei Soldaten, die häufigen Alkoholabusus gewohnt waren, nicht zu mehr Geisteskrankheit führte. Aus diesem Grund war die Frage nach Alkoholismus immer ein zentraler Punkt in der Anamnese. Betont wurde auch die große Zahl von Soldaten mit Alkoholpsychosen, die zu einer hohen kollektiven Erbbelastung führte.¹¹⁰ Seltener suchten Psychiater die Ursache in gesellschaftlichen Moden, doch auch dies kam vor. So machte ein Psychiater erotische Romane, Kriminalromane, „mystische Tendenzen in höchsten Kreisen“ (vermutlich eine Anspielung auf den Einfluss Rasputins am Zarenhof), Hypnose und Futurismus für die Psychosen verantwortlich.¹¹¹ Am seltensten wurde die Ursache der Erkrankung am Individuum selbst festgemacht, und das ist die Besonderheit Russlands. Weder gab es, wie etwa in Deutschland (siehe die Beschreibung der Kontroverse um die Ansichten Hermann Oppenheims auf der Münchener Kriegstagung im September 1916 oben), eine starke Strömung, die bestimmte Soldaten als prädisponiert für eine psychische Erkrankung und den Krieg lediglich als Auslöser angesehen hätte, noch gab es einen starken Degenerationsdiskurs.¹¹²

Wirkung der Nervengase: A. Čugunov, K voprosu o rasstrojstvach so storony psichiki i nervnoj sistemy posle otravlenija jadovitymi gazami, primenjaemyi germancami, in: Voenno-meditsinskij žurnal 94. S. 222–239.

108 Vgl. Plamper, *Fear*, S. 267 u. 279.

109 Gerver z. B. stellte die (zweifelhafte) These auf, der Erste Weltkrieg sei im Gegensatz zum Russisch-Japanischen Krieg als gerechter Krieg empfunden worden, und habe daher weniger Traumata verursacht. Vgl. Gerver, *O duševnych rasstrojstvach na teatre voennyh dejstvij*, S. 60.

110 Vgl. z. B. die Kurzkrankengeschichten in *Preobraženskij, Materialy k voprosu o duševnych zabolevanijach voinov*, S. 92–162.

111 Fel'man, *K voprosu o psichozach voennogo vremeni*, S. 539.

112 Dies soll nicht heißen, dass es diese Meinungen überhaupt nicht gegeben hätte. So schrieb etwa der Psychiater Osip B. Fel'man nach seiner Aufzählung gesellschaftlicher Moden: „Diese bedrohlichen Anzeichen der ‚Verwilderung‘ (Serbskij), dieser Ausschlag, der sich auf dem Gesellschaftskörper ausbreitet, nichtrussischer Herkunft und oft ansteckend ist, zeigt, dass die Temperatur der Gesellschaft nicht ganz in Ordnung war.“ Aufgrund dieser angeschlagenen „gesellschaftlichen Ge-

Vielmehr beschäftigte die Psychiater die Frage, wie sich das Drama der Krankheit auf der körperinneren Bühne abspielte. Einem Psychiater zufolge lösen affektive Zustände nicht nur in der Psyche des Menschen pathologische Prozesse aus, sondern häufig auch in seinen inneren Organen aufgrund der Selbstvergiftung des Organismus; wir erinnern uns, dass unter der Wirkung starker Zornaffekte beim Menschen bisweilen vergiftete Milch und Spucke auftreten und sich die Sekretabsonderung der Drüsen ändern kann.¹¹³

Bei den Therapieformen waren russische Psychiater einer Methode gegenüber *grosso modo* offener als westliche Psychiater: der Hypnose.¹¹⁴ Man könnte meinen, diese Hypnose-Freundlichkeit habe mit einem passiveren, weniger autonomen Bild des soldatischen Selbst im autokratischen Russland zusammengehungen. Doch auch Paul Charles Dubois' Methode der vernunftbasierten Gesprächstherapie erfreute sich großer Beliebtheit und gewann eine gesellschaftspolitisch-erzieherische Note bei den überwiegend schriftunkundigen Bauernsoldaten. Ein Psychiater schrieb:

Wenn man davon ausgeht, dass die meisten Neurosen mangelnde bzw. nutzlose Erziehung und Bildung als Ursache haben, so folgt, dass man den Patienten umerziehen muss, um ihm die notwendige Selbstbeherrschung, völlige Ruhe und Kaltblütigkeit in allen Lebensumständen beizubringen. Man muss dem Neurotiker erklären, dass die Gefühle Angst und Schrecken in ihm übermäßig entwickelt sind, und dass sie alle seine anderen Gefühle beherrschen. Dies ist Dubois' Methode der rationalen Psychotherapie. Ich habe keine Hypnotherapie angewandt, weil ich es für nötig hielt, auf die bewusste, höchste Sphäre der Psyche einzuwirken.¹¹⁵

III. Vergleichende Emotionsgeschichte

Ungeachtet ihrer nationalen Zugehörigkeit hoben Kriegspsychiater zwei Phänomene besonders hervor: Zum einen überraschte die große Anzahl von Personen, bei denen Störungen ohne sichtbaren organischen Befund aufgetreten waren; zum anderen erstaunte die Formenvielfalt der Krankheitsbilder, deren Bizarrerie sowohl die Spezialisten als auch die Öffentlichkeit beeindruckte. Die Kriegspsychiater waren zunächst mit zitternden, gelähmten oder sich verrenkenden Körpern konfrontiert. Dass es sich dabei um Ausdrucksbewegungen von Angst handelte, die teils auf akute, teils auf permanente Erschütterungen des „Körpers“, der „Nerven“ oder der „Seele“ im Krieg zu-

sundheit“ verträge die Gesellschaft, und die Soldaten als ein Teil dieser, den Krieg so schlecht. Ebd., S. 539.

113 Gerver, O duševnych rasstrojstvach na teatre voennyh dejstvij, S. 16.

114 Smirnov, Dva slučaja tjaželych travmatičeskich nevrozov posle kontuzii, S. 315.

115 Ja. K. Babikov, K charakteristike zaboľevanij nervnoj sistemy v tekuščuju vojnu, in: Morskoy vrač X. 1915, S. 509 u. 514, zit. nach Friedlander, Psychiatrists and Crisis in Russia, S. 404.

rückgeführt werden konnten, wurde nicht in Frage gestellt. So kreisten zahlreiche Krankengeschichten um soldatische Angsterfahrungen. Wie Kriegspsychiater diese Erfahrungen deuteten, war höchst unterschiedlich. Dass sie jedoch Angst als wissenschaftlichen Gegenstand in der einen oder anderen Weise konstituierten, war ihnen allen gemeinsam. So versuchten die Spezialisten in allen drei untersuchten Ländern, den Platz zu bestimmen, den das Gefühl Angst in der Diagnose, Erklärung und Behandlung der soldatischen Krankheitsformen einnahm. Die Pathogenese der Erkrankungen war die am meisten und heftigsten debattierte Frage. Sie stellte zugleich das Problem der Angst neu: Konnten die Schockwirkungen des Krieges Soldaten in solche Angstzustände versetzen, dass diese in Krankheit umschlugen, und wenn ja, welche Qualität und Intensität mussten diese besitzen? Konnten Angsterfahrungen krank machen, oder war Angst nicht vielmehr eine Veranlagung, die im Individuum zu verorten ist, wobei der Krieg bloß Auslöser war? Mit anderen Worten: Der Ort der Angst und Angstgenerierung – ob außerhalb oder innerhalb des Individuums – stand zur Debatte.

Des Weiteren stellten die erkrankten Soldaten die Frage nach der Definition von Männlichkeit neu. Von den Erkrankungen waren doch die „Helden des Vaterlands“ betroffen, deren zuckende und zitternde Körper, deren Weinen, Schwitzen, Erbrechen und Einnässen mit den soldatischen Eigenschaften von Körperkontrolle, Kampfesgeist, Ehre und Tapferkeit unvereinbar schienen. Auch auf diese Frage gaben die Kriegspsychiater der drei Länder unterschiedliche Antworten. Schließlich zeichneten sich vor der Schablone der militärischen Angst die zivilen Angstformen neu ab. Angst wurde nicht nur als individualpsychologisches sondern auch als massenpsychologisches Phänomen gesehen. Mediziner konstatierten, dass sich Angst an der Kriegsfront anders als an der Heimatfront ausbreitete und dass sie ansteckend wirkte. Sie konstruierten verschiedene emotionale Verhaltensmuster der Menschen, die sich in diesem Räumen bewegten. Alle drei analytischen Achsen – Pathogenese, Männlichkeit und Räumlichkeit – sollen in einer vergleichenden Zusammenschau der Kriegspsychiatrien Deutschlands, Frankreichs und Russlands nochmals aufgegriffen werden.

Pathogenese

Bereits die Begriffe, mit denen Kriegspsychiater in ihren Taxonomierungsbemühungen die vielfältigen Krankheitsformen einzufangen versuchten, wiesen Unterschiede auf. In Frankreich und in Italien wurden neben der durchaus noch gebräuchlichen Bezeichnung „Hysterie“ neue Begriffe wie „*émotions/émotionnés de la guerre*“ bzw. „*emozione di guerra*“ und „*angoisse/anxiété de la guerre*“ verwendet. Diese diagnostischen Bezeichnungen erfassten die soldatischen Angsterfahrungen des Krieges, ohne sie mit „Hysterie“ gleichzusetzen. Ja, die französischen Kriegspsychiater bemühten sich sogar, Krankheitszustände ganz aus der allumfassenden Kategorie der „Hysterie“ auszuklammern. Die „*émotionnés de la guerre*“ sowie die „*angoisse de*

guerre“ stellten neben den „commotionnés“ eine Möglichkeit dar, den Entstehungsort Krieg in der Diagnose zu berücksichtigen. So war es bezeichnend für die französische Kriegspsychiatrie, die Entstehung der Erkrankungen von „commotionnés“ und „émotionnés“ bis auf das Schlachtfeld zurückzuverfolgen. Hier findet sich eine Analogie zur englischen Bezeichnung „shell shock“, die ebenso die Erfahrung eines Schocks durch einschlagende Granaten in den Vordergrund stellte.

In Deutschland hingegen überwog eine Diagnostik, die aus der Vorkriegszeit auf die Kriegszeit übertragen wurde. Die überwältigende Mehrheit der deutschen Mediziner stellte nach der Münchener Kriegstagung im September 1916 eine Korrelation zwischen der zivilen Form der Renten hysterie bei Arbeitsunfällen und der Kriegshysterie her. In keinem anderen Land wurde die Kriegsneurotikerfrage so ökonomisch gedeutet wie in Deutschland. Den „Begehrungsvorstellungen“, d. h. der Fixierung von Erlebtem in der Vorstellung, maßen die deutschen Ärzte das größte Gewicht zu. Diese Vorstellungen drückten sich entweder im Wunsch auf eine finanzielle und materielle Entschädigung aus oder im Wunsch, nicht mehr in das Inferno zurückkehren zu müssen. Für das Angstkonstrukt hatte dies zur Folge, dass sich die deutsche Kriegspsychiatrie weniger mit dem Phänomen der „Angst im Krieg“ als vielmehr mit der „Angst vor dem Krieg“ beschäftigte. Letztere war bereits eine in der Vorstellungswelt der Soldaten fixierte Form des akuten Angsterlebnisses, das schnell verblasste, wenn der pathogene Mechanismus der Fixierung nicht in Gang gesetzt würde. Der Krieg selbst als Krankheitsursache wurde dementsprechend abgewertet zugunsten einer endogenen Veranlagung der Verzagtheit und Ängstlichkeit.

Seltener noch als in Frankreich wurde in Russland die Ursache für die soldatischen Angstzustände im Individuum selbst angesiedelt. Russische Kriegspsychiater hatten bereits im Russisch-Japanischen Krieg einschlägige Erfahrungen mit soldatischer Angst gemacht, sodass sie hier an eine Diskussion über Pathogenese anknüpfen konnten, deren Grenzen von Michail Énval'd 1911 mit den Begriffen einer „realistischen Doktrin“ (Soldaten sind konstitutionell furchtsam) auf der einen Seite und einer „romantischen Doktrin“ (Soldaten sind konstitutionell furchtlos) auf der anderen umrissen worden waren. Die „realistische Doktrin“ fand während des Ersten Weltkrieges immer mehr Anhänger. Dies lag, so wurde betont, an den Besonderheiten des modernen Krieges. Vor allem aber zogen russische Kriegspsychiater in viel höherem Maße als ihre westeuropäischen Kollegen gesellschaftliche Faktoren in Betracht.¹¹⁶ Der Erste Weltkrieg wäre unpopulär bei Soldaten und Bevölke-

116 Zur ablehnenden Haltung bekannter russischer Ärzte gegenüber dem Ersten Weltkrieg vgl. auch: Natalja Decker, Reflexionen russischer Ärzte über den Ersten Weltkrieg, in: Wolfgang U. Eckert u. Christoph Gradmann (Hg.), Die Medizin und der Erste Weltkrieg, Pfaffenweiler 1996, S. 45–55.

rung, dadurch sei der Anstieg angstverbundener psychischer Störungen bei den Kombattanten zu erklären. Außerdem rief das Schreckensregime der Offiziere bei ihren Untergebenen Angst und Angsterkrankungen hervor. Je länger der Krieg dauerte, desto mehr Soldaten liefen zu den sozialistischen Parteien über und desto eher wurde der Gegensatz zwischen Offizieren und Soldaten als Klassenantagonismus gesehen. Wie sich hier der Männlichkeitskult etwa der Sozialrevolutionäre, Menschewiken oder Bolschewiken auswirkte, ist noch unerforscht.¹¹⁷ Sicher ist, dass zwei gegensätzliche Vorstellungen vom Soldaten aufkamen: einerseits die sozialistische Version der tapferen Soldaten, die von feigen Offizieren als Kanonenfutter missbraucht würden und andererseits das empathische Narrativ der liberalen Kriegspsychiater. Diese Empathie der Kriegspsychiater musste vielen Soldaten, die im Zuge der russischen Revolutionen von 1917 politisch nach links rückten, paternalistisch erscheinen. Ebenso paternalistisch erschienen ihnen wohl auch die liberalen Kriegspsychiater, die soldatische Angst als Folge mangelnder Bildung erklärten. Der Aufklärungsdiskurs – besäßen russische Soldaten nur mehr Bildung, so wären sie weniger anfällig für Aberglauben und Ängste – war stets präsent.

Aus der Betonung gesellschaftlicher Ursachen für soldatische Angststörungen resultierte eine vergleichsweise geringe Verbreitung des klassisch physiologischen *shell shock*-Konzeptes, in dem Krankheit als Ergebnis der mechanischen Einwirkung einer Granate und ihrer Splitter auf die Nerven verstanden wurde. Wenig Beliebtheit erfreute sich auch die Degenerationsthese und die allgemeine Pathologisierung der Unterschichten. Sofern Erblichkeit im kriegspsychiatrischen Wissen ins Spiel kam, ging es um Alkoholpsychosen. Diesen schenkten russische Spezialisten mehr Aufmerksamkeit als ihre internationalen Fachkollegen, und es war üblich, dafür familiäre Prädispositionen abzufragen.

Männlichkeit

Den unterschiedlichen Angstkonstrukten in Deutschland, Frankreich und Russland lagen unterschiedliche Kodierungen von Männlichkeit zugrunde. Für deutsche Kriegspsychiater waren Angst und männliche Tapferkeit nicht miteinander vereinbar. Im Gegenteil: Soldaten mit Angststörungen wurden als Schwächlinge, Feiglinge und moralisch verwerfliche Individuen stigmatisiert. Außerdem wurden sie verdächtigt, dem Krieg ablehnend gegenüber zu stehen und unpatriotisch zu sein. Angst galt gemeinhin als unehrenhaft, als Kampfgeist, Kameradschaft und Disziplin zersetzend. An der Front müssten Soldaten

117 Unverkennbar ist, dass sich dieser sozialistische Männlichkeitskult auf die in der Sowjetunion publizierte Memoiren von politisch links eingestellten Soldaten auswirkte. Vgl. z. B. Lev N. Vojtolovskij, *Po sledam vojny. Pochodnye zapiski, 1914–1917*, Leningrad 1925.

ihre Affekte und ihr Verhalten kontrollieren und ihre Angst kanalisieren können. Vorübergehende Nervenschwächen, die sogenannten Neurasthenien, wurden zwar milder beurteilt, waren aber exklusiv den höheren militärischen Rängen vorbehalten.

In Frankreich hingegen wurden mit der „Kriegsangst“ und den „Kriegsemotionen“ Konzepte geschaffen, die es ermöglichten, Gefühle von Angst und Feigheit in das Männlichkeitsbild zu integrieren. Männliche Tapferkeit, so die Argumentation, habe ihre Grenzen. Die „Invaliden der Tapferkeit“ seien bis an die Grenze ihres Muts gegangen, sodass ihnen, wie den körperlich Versehrten, Respekt gebühre. Die russische Kriegspsychiatrie kam dem französischen Modell am nächsten. Auch dort wurde eher der Krieg als der Patient für die Erkrankung verantwortlich gemacht, und auch dort wurde über „mutige Kranke“ und „traumatisierte Helden“ nachgedacht.

Welche Soldaten waren nun von Angstzuständen betroffen? Gab es in den Vorstellungen der Ärzte Risikogruppen? Galten bestimmte Soldaten als empfänglicher für Angststörungen als andere? So unterschiedlich französische und deutsche Kriegspsychiater Männlichkeit festschrieben, so unwichtig waren in den beiden Kriegsdiskursen religiöse und ethnische Unterscheidungsmerkmale innerhalb der Patientenschaft. In Deutschland, wo aus Ego-Dokumenten bekannt ist, dass jüdische Soldaten ihren patriotischen Mut permanent unter Beweis stellen und dem (durch die Judenzählung von offizieller Seite angeheizten) Stereotyp des „feigen Juden“ entgegenwirken mussten, wird im kriegspsychiatrischen Schrifttum interessanterweise kaum nach jüdisch/nichtjüdisch unterschieden.¹¹⁸ In Frankreich entfaltete die kriegspsychiatrische Wissenschaft ebenfalls eine beeindruckende homogenisierende Kraft, die Unterschiede zwischen nichtjüdischen französischen Soldaten, jüdischen französischen Soldaten und französischen Kolonialsoldaten eiebnete.

Russland nimmt hier eine Sonderstellung ein: Der multinationale und religiös gemischte Charakter der russischen Armee, dem von militärischer Seite mit Militärpriestern, Militärämtern und Militärrabbinern Rechnung getragen wurde und der schon aufgrund unterschiedlicher Jenseitsvorstellungen in den verschiedenen Religionen die Angstwahrnehmung der Soldaten beeinflusst haben muss, scheint sich nur bezogen auf eine ethnoreligiöse Gruppe, nämlich die Juden, auf das Angstkonstrukt ausgewirkt haben. Während von Kosaken, Katholiken oder Muslimen so gut wie nie die Rede war, galten Juden tendenziell eher als feige, simulationsverdächtig und als prädisponiert für Hysterie.¹¹⁹

118 Vgl. u. a. Julius Marx, *Kriegs-Tagebuch eines Juden*, Zürich 1939.

119 Gleichzeitig stellten jüdische Militärpsychiater eine Spielart dessen, was die klinische Psychologie heute als *traumatic reliving* bezeichnen würde, im Ersten Weltkrieg fest: Opfer der Pogrome von 1905 erlebten im Weltkrieg ihre Traumata wieder. Hierzu Fel'man, *K voprosu o psichozach voennogo vremeni*, S. 550; Gerver, *O duševnyh rasstrojstvach na teatre voennyh dejstvij*. Zu Österreich-Ungarn: vgl.

Räumlichkeit

In allen drei Ländern wurde Angst nicht nur individualpsychologisch sondern auch kollektivpsychologisch gedacht. Letzteres geschah seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert selten ohne Verwendung von Gustave Le Bons Theorien zur Massenpsychologie. Le Bon zufolge zeichneten sich Massen durch eine spezifische Affektbetontheit aus. Sie wären Träger von Emotionen, so auch von Angstgefühlen, die sich sowohl kanalisieren ließen, als auch explosionsartig, unkontrolliert ausbrechen konnten. Dabei waren Massen immer weiblich kodiert.¹²⁰ Dies lässt sich auch für den untersuchten Quellenkorpus kriegspsychiatrischer Schriften bestätigen. Vor allem in Deutschland wurden effeminierte Kriegshysteriker als ein Phänomen beschrieben, das sich wie eine Epidemie ausbreitete. Kriegshysteriker und weiblich konnotierte Heimatfront wurden hier oftmals gleichgesetzt, so bezeichnenderweise auch nach dem Krieg, als Heimat und Kriegshysteriker im Narrativ der Dolchstoßlegende gleichermaßen eine revolutionäre Bedrohung darstellten. Von beiden ging die Gefahr einer sich ausbreitenden Hysterisierung und entgrenzter Affektivität aus. Für deutsche Ärzte stand fest, dass sich psychische Erkrankungen, wenn überhaupt, nur im Heimatgebiet entwickeln konnten. Charakteristisch war eine starke Polarisierung der Kriegsgesellschaft in Front und Heimat, wobei das Zuordnen der Kriegshysteriker zur Heimat immer auch einen Ausschluss aus der Frontgemeinschaft bedeutete.¹²¹

In Frankreich war eine Dichotomisierung in Front und Heimat schon allein deswegen weniger stark ausgeprägt, da der Krieg an der Westfront auf französischem Territorium stattfand.¹²² So wurde auch das französische Modell der

Hofer, Nervenschwäche und Krieg, besonders Kap. „Entfremdungen: Kriegsneurosen und Multiethnizität“, S. 329–338.

- 120 Vgl. Ute Gerhard, *Die Masse als Weib. Kollektivsymbolische Verfahren als Strategien des politischen und literarischen Diskurses im 19. Jahrhundert*, in: *Argument 172/173*. 1988 (= Sonderband Frauen, Literatur, Politik), S. 145–153; Simonetta Falasca-Zamponi, *Fascist Spectacle. The Aesthetics of Power in Mussolini's Italy*, Berkeley 1997, S. 17–21. Immer noch Standard zu Le Bon: Susanna Barrows, *Distorting Mirrors. Visions of the Crowd in Late Nineteenth-Century France*, New Haven 1981.
- 121 In der Geschichtsschreibung ist dieser Befund für Deutschland auf anderen Gebieten bereits gut herausgearbeitet worden. Vgl. z. B. Anne Lipp, *Meinunglenkung im Krieg. Kriegserfahrungen deutscher Soldaten und ihre Deutung 1914–1918*, Göttingen 2003; Karen Hagemann u. Stefanie Schüler-Springorum (Hg.), *Heimat-Front. Militär und Geschlechterverhältnisse im Zeitalter der Weltkriege*, Frankfurt 2002.
- 122 Siehe zum Verhältnis von Front und Heimat und den Prozessen von Entfremdung und Solidarisierung im deutsch-französischen Vergleich: Wencke Meteling, *Offiziere, Regimenter und Zivilbevölkerung von Frankfurt (Oder) und Orléans im deutsch-französischen Krieg und Ersten Weltkrieg*, Diss., Eberhard-Karls-Universität, Tübingen 2008.

Kriegsangst nicht allein für die soldatische Männlichkeit geltend gemacht, sondern sowohl für Militärpersonen als auch für Zivilisten entworfen. Aus emotionshistorischer Perspektive lässt sich daher sagen, dass die französischen Ärzte in ihren medizinischen Diagnosen von einer nationalen Gefühlsgemeinschaft ausgingen, was wiederum eine hohe integrative Funktion hatte. Ein und dasselbe Angstgefühl einte die kämpfenden Soldaten und die Zivilbevölkerung außerhalb des Operationsgebietes. Die deutschen Ärzte hingegen trennten die verschiedenen Gefühlsgemeinschaften von Kriegs- und Heimatfront scharf voneinander ab und bestimmten dadurch unterschiedliche emotionale Räume.¹²³

Der russische Fall unterscheidet sich von Frankreich und Deutschland, sowohl was die Trennung in Front und Heimat angeht, als auch was die geschlechtsspezifischen Differenzbestimmungen dieser Trennung anbelangt. In Russland waren die Übergänge zwischen Front und Heimat wegen der geringeren Verstärkung, der Land-Stadt-Arbeitsmigration, der Integration in Bauerngemeinden und der Tatsache, dass der Krieg auch auf russischem Territorium ausgetragen wurde, noch fließender als anderswo. Dass russische Ärzte die Angststörungen bei Soldaten als psychische Folge des Fehlens bei kommunal organisierter Arbeit in der Bauerngemeinde deuteten, dürfte in der internationalen kriegspsychiatrischen Wissenschaftsgemeinschaft einzigartig gewesen sein. Hinzu kam eine stärkere Verwischung der Geschlechtergrenzen, die schon an den Frauenbataillonen und deren Teilnahme an Kampfeshandlungen augenscheinlich wird. Der beschnittene rechtliche Status der Soldaten in der Autokratie dürfte schließlich ein Übriges beigetragen haben, waren weitgehend rechtlose Untertanen – statt stolzer, männlich konnotierter Bürger – doch potenziell ähnlich ohnmächtig wie Frauen in patriarchalischen Strukturen.

Wie lassen sich nun die herausgearbeiteten Gemeinsamkeiten und Unterschiede erklären? Neben den genannten wissenschaftshistorischen Faktoren war es zu einem erheblichen Teil dem unterschiedlichen Professionsverständnis geschuldet, wie die drei Kriegspsychiatrien soldatische Angst deuteten. Die in der Kriegszeit massenhaft mobilisierten Zivilärzte positionierten sich ganz unterschiedlich innerhalb der militärischen und staatlichen Strukturen, was sich auch auf ihre wissenschaftliche und praktische Tätigkeit und nicht zuletzt auf die von ihnen entworfenen Angstkonstrukte auswirkte. Für Russland ist dies besonders augenscheinlich: Hier trennte ein tiefer Graben die Kriegspsychiater und die Zarenmacht. Als klassische Freiberufler waren sie ein Produkt der 1860er Reformära. Die Gegenreformen ab den 1880er Jahren führten dazu, dass sich Monarchie und Kriegspsychiatrie rapide entfremdeten.

123 Zum Konzept der „emotional communities“ siehe: Barbara Rosenwein, *Emotional Communities in the Early Middle Ages*, Ithaca 2006; dies., *Worrying about Emotions in History*, in: *The American Historical Review* 107. 2002, S. 821–845.

Die national-konservative Ausrichtung der russischen Generalität und großer Teile des Offizierkorps war für russische Kriegspsychiatern undenkbar: Die Sympathien der Militärpsychiatern lagen auf der Seite der Bauernsoldaten, die sie als ähnlich betrogen um politische Partizipation wie sich selbst ansahen.¹²⁴ In Frankreich kam es zwar nie zu einem konfliktreichen Verhältnis zwischen der durch und durch republikanisch gesinnten Ärzteschaft und der Staats- bzw. Militärgewalt, wie dies in Russland der Fall war. Gleichwohl behaupteten sich die französischen Ärzte zumindest in ihrem Selbstverständnis als unabhängige Profession, die sich nicht in militärische Strukturen einbinden lassen wollte. Für ihr Selbstverständnis war zudem die Abgrenzung von den deutschen Kollegen wichtig: Ein Teil der Unabhängigkeit der französischen Kriegspsychiatern war der Eigendefinition gegen das deutsche „Andere“ geschuldet.

In Deutschland war die Nähe von Kriegspsychiatrie und Kaisermonarchie bzw. Militär ungleich größer als in Russland und in Frankreich. Bereits vor dem Krieg war es zu Verflechtungen von ziviler Psychiatrie und militärischen, kriegsministerialen Behörden gekommen.¹²⁵ Auch die ökonomischen Bedenken der deutschen Ärzte zeugen von ihrer Staatsnähe. Diese spezifisch deutsche Entwicklung führte dazu, dass im September 1916 die Kriegspsychiatern auf eine Linie umschwenkten, welche die Pathogenese im Soldaten selbst verortete und die noch im Sommer 1916 eine Minderheitenposition in der deutschen Psychiatrie dargestellt hatte. Werden in die Untersuchung allerdings weitere Länder einbezogen, so stellen Frankreich und Russland wahrscheinlich eher die Ausnahme als die Regel dar, denn nicht nur Deutschland, sondern auch Österreich-Ungarn, Großbritannien und Italien führten im Ersten Weltkrieg „härtere“ Regime soldatischer Angst ein. Der bestrafende Ansatz eines Lewis Yealland in London war verbreiteter als der psychotherapeutische eines W. H. Rivers in Craiglockhart, auch wenn Rivers dank berühmter Dichterpatienten wie Siegfried Sassoon und dank seiner Verewigung in Pat Barkers *Regeneration*-Romantrilogie heute als Inbegriff des einfühlsamen Nervenarztes erinnert wird.¹²⁶ In der Donaumonarchie gehörte die Elektroschocktherapie zu den nicht weniger, sondern eher noch mehr als im wilhelminischen Deutschland gebräuchlichen Behandlungsmethoden; und in Italien, wo schon gesunde Soldaten unter dem Generalverdacht der Desertion und Rebellion standen und wo Cesare Lombrosos Schriften zu Kriminalität und Erblichkeit am stärksten nachwirkten, wurden Angsterkrankte besonders

124 Freilich gab es Ausnahmen: zu ihnen vgl. Plamper, *Fear*, S. 279.

125 Lengwiler, *Zwischen Klinik und Kaserne*, S. 183.

126 So die überzeugende These von Shephard, *A War of Nerves*, S. 109. Vgl. auch Pat Barker, *The Regeneration Trilogy*, London 1996. Barker hatte sich den Ansatz Elaine Showalters zueigen gemacht. Vgl. Elaine Showalter, *The Female Malady. Women, Madness, and English Culture, 1830–1980*, New York 1986, Kap. 7.

leicht als „schwach“, „moralisch verdorben“, „hysterisch“ und „degeneriert“ abgekanzelt.¹²⁷

IV. Ausblick

Die Karriere der soldatischen Angst in der Kriegszeit war eine beachtliche, wie dieser Aufsatz gezeigt hat. Sie stand 1918 jedoch erst an ihrem Anfang. Wenn man über das Kriegsende hinaus blickt und in andere Richtungen schaut, so eröffnen sich unerwartete Perspektiven auf eine Vielzahl von Untersuchungsgegenständen.¹²⁸ Eine breiter angelegte Gefühlsgeschichte des Ersten Weltkrieges müsste sich zunächst der Perspektive der von Angstgefühlen Betroffenen zuwenden, d.h. einer Erfahrungsgeschichte etwa anhand von Feldpostbriefen und Landserzeitschriften. Auch dem – hervorragend erforschten – Komplex Erinnerung/Gedächtnis des Ersten Weltkrieges könnten durch eine emotionshistorische Wendung neue Erkenntnisse abgewonnen werden.¹²⁹ Zwischen dem emotionalen Kriegserlebnis und seiner Verarbeitung in Ego-Dokumenten wie Memoiren und Autobiographien lag oft ein Jahrzehnt und mehr. Wie verschoben sich die kulturellen Normen für den Umgang mit einer Emotion während dieses Zeitraums? Welche Auswirkung hatte es, wenn die Sagbarkeitsgrenzen zu soldatischer Angst in bestimmten sozialen Räumen (Ehe, soziale, politische oder geschlechtsspezifische Gruppe, Gesamtgesellschaft) enger gezogen wurden? Wie schlug sich in Texten nieder, wenn dieses Gefühl nach einer gewissen Offenheit während des Krieges in der Nachkriegszeit mit Tabus belegt wurde? Auch narrative Neuerungen beeinflussten

127 Hofer, Nervenschwäche und Krieg; Bianchi, Psychiatrists, Soldiers, and Officers in Italy During the Great War, S. 223, S. 229–230 u. S. 232–235.

128 Eine solche Perspektive wären andere soldatische Gefühle. Wie sieht eine vergleichende Emotionsgeschichte von Scham, Ekel oder Liebe im Militär aus? Oder: Was erfahren wir aus emotionshistorischer Perspektive Neues über die breit untersuchte Kriegseuphorie des August 1914? Man könnte aber auch bei einem Vergleich soldatischer Angst im Ersten Weltkrieg bleiben und ein anderes Untersuchungsfeld wählen: Welches Bild ergibt sich, wenn man die Akten der Militärgerichtsbarkeiten zu Desertionsverfahren konsequent nach Angst befragt? Was sagt uns die hohe Zahl von Todesurteilen bei britischen Deserteuren, die vergleichsweise niedrige bei deutschen, über den Status von Angst im Militär? Vgl. Christoph Jahr, Gewöhnliche Soldaten. Desertion und Deserteure im deutschen und britischen Heer, Göttingen 1998; Gerard Oram, Worthless Men. Race, Eugenics and the Death Penalty in the British Army during the First World War, London 1998; ders., Death Sentences Passed by Military Courts of the British Army, 1914–1924, London 1998.

129 Vgl. stellvertretend die Summa der einflussreichen Forschungen Jay Winters: Jay Winter, Remembering War. The Great War between Memory and History in the Twentieth Century, New Haven 2006.

den postfaktischen Umgang mit Kriegsemotionen in Texten. Die Darstellung von Emotionen in Ego-Dokumenten, die z. B. britische Weltkriegsveteranen während der späten 1920er Jahre verfassten, lässt sich schwerlich ohne eine emotionsfokussierte Lektüre der modernen Weltkriegslyrik verstehen.¹³⁰ Und narrative Neuerungen können nicht ohne Medieninnovationen begriffen werden. Neue Massenmedien wie der Rundfunk konturierten den öffentlichen Gefühlsausdruck wesentlich, wie eine sich abzeichnende Mediengeschichte der Emotionen herausgearbeitet hat.¹³¹

Ein Zusammendenken von Emotion und Erinnerung/Gedächtnis wäre nicht nur für Studien zum Ersten Weltkrieg fruchtbar. Es käme auch der neueren Emotionsgeschichte zugute, in der „memory“ bisher zu wenig theoretisiert wurde. Welchen Unterschied macht es beispielsweise, ob ein Emotionsprechakt („emotive“ bei William Reddy) auf ein Gefühl in der Vergangenheit oder in der Gegenwart Bezug nimmt?¹³² Was heißt es für eine Geschichte des emotionalen Gedächtnisses, wenn Emotionen, wie von einigen psychologischen Emotionstheorien behauptet, eine „hedonische Valenz“ besitzen und

130 Zugleich gilt: Die Weltkriegslyrik eines Wilfred Owen, Siegfried Sassoon und Robert Graves würde von der Fokussierung auf Emotionen profitieren; Paul Fussell ließe sich gleichsam emotional wenden. Vgl. Paul Fussell, *The Great War and Modern Memory*, Oxford 1975. Ben Shephard hatte bereits angestoßen, die Kriegsliteratur der 1920er und 1930er Jahre unter dem analytischen Fokus der Angst neu zu lesen: „The management of fear' is the subject of nearly all Great War literature“. Shephard, *A War of Nerves*, S. 35.

131 Vgl. zuletzt Frank Bösch u. Manuel Borutta (Hg.), *Die Massen bewegen. Medien und Emotionen in der Moderne*, Frankfurt 2006, aber auch Oliver Grau u. Andreas Keil, *Mediale Emotionen. Zur Lenkung von Gefühlen durch Bild und Sound*, Frankfurt 2005.

132 Reddys „emotive“ meint die weltbeschreibenden *und* weltverändernden Effekte von Gefühlsaussagen. Die Aussage „Ich bin wütend“ beschreibt einerseits einen Gefühlszustand, andererseits kann sie das beschriebene Gefühl verändern, u. a. dadurch, dass sie das Wutgefühl verstärkt oder andere ko-präsente Gefühle (z. B. Trauer) abschwächt. Reddy leitet „emotive“ aus der Sprechakttheorie des Sprachphilosophen John Austin ab, der mit „constative“ weltbeschreibende Sprechakte bezeichnete (z. B. „der Tisch ist grau“), mit „performative“ weltverändernde (z. B. „ja, ich will“ im Standesamt). Vgl. William M. Reddy, *The Navigation of Feeling. A Framework for the History of Emotions*, Cambridge 2001, hier knappe Definition auf S. 128. Reddy führte „emotive“ ein in: ders., *Against Constructionism. The Historical Ethnography of Emotions*, in: *Current Anthropology* 38. 1997, S. 327–340. Die Ethnologin Linda C. Garro warf ihm in einem Kommentar vor, er habe die narrative Gedächtniskonstruktion von Emotionen nicht genügend beachtet, die Ethnologin Signe Howell, ihm mangle es an Verständnis für Diachronizität und er behandle historische Quellen ähnlich synchron wie ein Ethnologe in der teilnehmenden Beobachtung. Vgl. die Reaktionen von Linda C. Garro in: ebd., S. 341–342, und Signe Howell in: ebd., S. 342–343.

verschiedene Emotionen unterschiedlich erinnert, vulgo: negative Gefühle leichter vergessen werden?¹³³ Wie verhält sich diese lebenswissenschaftlich-psychologische Literatur zum Thema Gedächtnis und Emotion zur oft psychoanalytisch inspirierten Traumaforschung, die von der Geschichtswissenschaft breiter rezipiert wird?¹³⁴ All dies sind Fragen, die weit über soldatische Angst in der Kriegspsychiatrie des Ersten Weltkrieges hinausgehen und die künftige Emotionsgeschichte noch lange beschäftigen werden.

Dr. Susanne Michl, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung,
Lentzeallee 94, D-14195 Berlin
E-Mail: michl@mpib-berlin.mpg.de

Jan Plamper, Ph.D., Max-Planck-Institut für Bildungsforschung,
Lentzeallee 94, D-14195 Berlin
E-Mail: plamper@mpib-berlin.mpg.de

133 Zur hedonischen Valenz von Emotionen vgl. zusammenfassend Reddy, *The Navigation of Feeling*, S. 21–23. Zu Gedächtnis und Emotionen aus Sicht der neurobiologischen Psychologie vgl. allgemeiner: James Mcgaugh, *Memory and Emotion. Preserving the Presence of the Past*, New York 2003.

134 Vgl. z. B. Ruth Leys, *Trauma. A Genealogy*, Chicago 2000.