
Julia Barbara Köhne

Medikamentös verwirrte Sinne. Soldatische Hysterie und Narkohypnose in britischen und US-amerikanischen Lehrfilmen, 1943–1945

1. Ein durch Krieg verstörtes Sinnesregime und Kriegshysterie

Zahlreiche britische und US-amerikanische Kriegsteilnehmer fanden sich infolge der andauernden physischen und seelischen Extremsituationen, die sie auf europäischen oder südostasiatisch-pazifischen Kriegsschauplätzen – den diversen *Theatres of War* des Zweiten Weltkriegs – erlebt hatten, mit verstörten Sinnen wieder. In der Militärneuropsychiatrie beider Nationen wurden die mental-somatischen Konsequenzen der traumatischen Sinneseindrücke in die Diagnosen „combat fatigue“, „psychoneurosis“, „battle exhaustion“, „battle reactions“, „effort syndrome“, „war hysteria“ und „insomnia“ gefasst oder in Anlehnung an das ähnliche ‚Störungsbild‘ im Ersten Weltkrieg als „shell shock“ bezeichnet.¹ Wie im vorhergehenden Weltkrieg wurden als Ursache häufig hereditäre, dispositionell-konstitutionelle und persönlichkeitszentrierte Faktoren angenommen. Nur von wenigen Mediziner*innen wurde der Krieg selbst als symptomstiftend anerkannt, als eine „terrifying experience involving great privation, danger to life and limb, or violent physical overexertion“.² Sie vertraten die Auffassung, dass eine bestimmte Teilgruppe der ‚normalen‘ und ‚gesunden‘ Soldaten einen neurotischen Zusammenbruch erleide, der Angstzuständen infolge der Kriegserlebnisse geschuldet sei.³ Tendenziell aber galten die männlichen „Hysteriker“ oder „psychoneurotics“ als defektbehaftete „martial misfits“, die nicht selten als „mentally retarded“ und durch Stigmatisierungen wie „poor adaptability“, „subconscious repression“, „stupidity“, „emotional instability“, „infantile behavior“, „ugly rebellion“, „excessive anxiety“, „psychopathic personality“ und „a tendency toward feminine disposition“ herabgewürdigt wurden.⁴ Dieses medizinische Vokabular effeminierte und infantilisierte die

1 Zu den konkurrierenden Benennungen für ein weites Feld an traumatischen Manifestationen vgl. Louis J. Karnosh, *The Neuroses of War*, in: *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 11, 2 (1944), 38–43, 38; S. Kirson Weinberg, *The Combat Neuroses*, in: *American Journal of Sociology*, 51, 5 (1946): *Human Behavior in Military Society*, 465–478, 466.

2 Karnosh, *The Neuroses of War*, wie Anm. 1, 41.

3 Vgl. Weinberg, *The Combat Neuroses*, wie Anm. 1, 465.

4 Karnosh, *The Neuroses of War*, wie Anm. 1, 38–40.

betroffenen Soldaten auf symbolischer Ebene, stand es doch im Gegensatz zu militärischen Rationalitätsformen und Maskulinitätsidealen des „soldatischen Mannes“ wie Stärke, Tapferkeit und Durchhaltevermögen,⁵ Disziplin, Gehorsam, Willensstärke und Siegesgewissheit.⁶

Ebenso wie für andere Kriegsnationen stellten die überreizten Sinne, wie sie sich in der soldatischen „Kriegshysterie“ äußerten, für die Royal Army und die United States Army ein massives logistisches, medizinisches und ideell-symbolisches Problem dar, das die Ordnung und Effizienz des Heeres zu unterminieren drohte.⁷ Der US-amerikanische Neuropsychiater William Jefferson Bleckwenn beschrieb die durch die Schlacht verursachte Sinnesüberforderung und die daraus resultierenden psychischen Folgen im Jahr 1945 retrospektiv:

„There is no escape. The repeated mental insult of constant shelling finally dulls the normal sensorium, and men became automatons. There is a sense of unreality about these attacks. [...] Psychoneurotic escape patterns naturally develop in those who succumb to these intrinsic and extrinsic stimuli.“⁸

Das hier beschriebene Traumasyndrom ließ sich auch in frontfernen Momenten durch akustische Stimulanzen wie knallende Krankenhaustüren oder das Geräusch eines Flugzeugmotors immer wieder reaktivieren. Diese Endlosschleife weitete sich bis ins Traumreich aus: „Experiences in dreams provoke the same reaction, and therefore nightmares of a terrifying nature are a common sequence to the original experience“.⁹ Auch S. Kirson Weinberg, der zur Soziologie mentaler Störungen forschte, beschrieb 1945, wie der Verlust von Selbstsicherheit und Orientierung Gefühle von Überwältigt-, Überfordert- und Schutzlossein sowie sich steigernde Impulsivität, Aggression bis hin zu Schießwut („trigger happy“), ein schwindendes militärisches Pflichtgefühl oder auch „freezing“ bedingten,¹⁰ was in mentalen Zusammenbrüchen kulminierte und sich auch in Albträumen äußerte. Zu den „hysterischen“ Symptomen zählten neben Konfusion, Unruhe, Anspannung, Apathie, Schwindel, unstillbarem Weinen, Kopf- oder Bauch-

5 Vgl. die Ausführungen zum Idealbild des „soldatischen Mannes“ in Kriegsromanen über den Ersten und Zweiten Weltkrieg von Waltraut Amberger, *Männer, Krieger, Abenteurer*, Frankfurt a. M. 1991³ [1984]; Ruth Seifert, *Männlichkeitskonstruktionen. Das Militär als diskursive Macht*, in: *Das Argument. Zeitschrift für Philosophie und Sozialwissenschaften*, 196 (1992), 859–872.

6 Vgl. Wolfgang U. Eckart u. Christoph Gradmann, *Medizin im Ersten Weltkrieg*, in: Rolf Spilker u. Bernd Ulrich (Hg.), *Der Tod als Maschinist – Der industrialisierte Krieg 1914–1918*, Osnabrück 1998, 203–215.

7 Vgl. Julia B. Köhne, *Militärpsychiatrie und Kriegspsychologie im Ersten Weltkrieg und das Problem der Masse (Schwerpunkt: „Psychische Versehrungen im Zeitalter der Weltkriege“)*, in: Gundula Gahlen, Wencke Meteling u. Christoph Nübel (Hg.), *Portal Militärgeschichte*, 16. 1. 2015, unter: portal-militaergeschichte.de/koehne_militaerpsychiatrie, Zugriff: 10. 4. 2020.

8 William J. Bleckwenn, *Neuroses in the Combat Zone*, in: *Annals of Internal Medicine*, 23, 2 (1945), 177–183, 179, 182.

9 Karnosh, *The Neuroses of War*, wie Anm. 1, 42.

10 Weinberg, *The Combat Neuroses*, wie Anm. 1, 471f.

schmerzen, Träumen von Kämpfen, Schlafstörungen,¹¹ Alpträumen und Sprachstocken, Zittern, Lähmungserscheinungen oder Amnesie¹² auch beeinträchtigte oder dysfunktionale Sinne wie bei psychogener Blindheit oder Taubheit.

Die Militärmedizin beider Nationen stand unter enormem zeitlichen Druck und Zugzwang, in kürzester Zeit therapeutische Lösungen für diese „größte Lawine akuter psychischer Symptome“¹³ zu ersinnen, die massenhaft und nach Möglichkeit nahe der Kampfzone anwendbar waren. Daher wurde eine große Anzahl von Neuropsychiatern und kurzfristig geschulten Mediziner*innen mobilisiert, um das verstörte Innenleben der „kriegshysterischen“ Soldaten zu kontrollieren und zu kalmieren.¹⁴ Die Steuerung des soldatischen Selbst wurde zu einem medizinischen Projekt erhoben, gleichzeitig stand aber auch die Frage der Kriegstüchtigkeit der jeweiligen Nation im Raum. Als besonders effektives Mittel zur Bekämpfung der Sinnesstörungen galt die Behandlung durch Narkohypnose. Der Psychiater Louis J. Karnosh erläuterte, wie die Hypnose, die einen Direktzugang zur Traumaursache versprach, Unterdrücktes lösen sollte: „Under hypnosis or in the waking state psychotherapy can be applied for the purpose of reviving the suppressed or repressed emotional incidents, thereby relieving the underlying situation of conflict“.¹⁵

Um Detailwissen über die genaue Anwendung und Handhabung der Narkohypnose an hunderte Militärärzte zu kommunizieren, gaben beide Militärführungen zwischen 1943 und 1945 die Verfilmung der Erschöpfungssymptomatik und deren Therapierung in Auftrag. In transnationaler, interdisziplinärer und intersektionaler Perspektive fokussiert der vorliegende Beitrag diesen besonderen historischen Gegenstand der medizinischen visuellen Kultur:¹⁶ Lehrfilme über die Behandlungsmöglichkeiten von „Kriegshysterikern“, die in der Medical Community kursierten und teilweise Spielfilmcharakter aufweisen. Für diesen Analysezusammenhang wurden drei

11 Der 20-minütige Spielfilm *INSOMNIA – COMBAT FATIGUE* aus dem Jahr 1945 ist ein Vintage United States Navy Training Film, produziert von Wilding Picture Productions, Inc. Er kreist um das Thema Schlafstörungen bei (Ex-)Soldaten und Schlaftraining ohne Drogengabe – zumindest vorerst: „[otherwise] the doctor will help you!“.

12 Vgl. Weinberg, *The Combat Neuroses*, wie Anm. 1, 466f.

13 Karnosh, *The Neuroses of War*, wie Anm. 1, 41.

14 Vgl. Greg Eghigian, Andreas Killen u. Christine Leuenberger, *The Self as Project: Politics and the Human Sciences in the Twentieth Century*, in: *Osiris*, 22, 1 (2007), 1–25, 3, 9.

15 Karnosh, *The Neuroses of War*, wie Anm. 1, 42.

16 Ab den 1990er Jahren wandte sich die westliche Medizingeschichte sukzessive lange vernachlässigten (bewegt-)bildlichen Quellen zu. Im Zuge des sogenannten *visual* oder *pictorial turns* öffnete sie sich für bild- und filmwissenschaftliche sowie dokumentarfilmische Fragen. Vgl. u. a. die Studien von Lisa Cartwright, *Screening the Body. Tracing Medicine's Visual Culture*, Minnesota 1995; Ramón Reichert, *Im Kino der Humanwissenschaften. Studien zur Medialisierung wissenschaftlichen Wissens*, Bielefeld 2007; Julia B. Köhne, *Kriegshysteriker. Strategische Bilder und mediale Techniken militärpsychiatrischen Wissens, 1914–1920*, Husum 2009; Anja Laukötter u. Christian Bonah, *Screening Diseases. Films on Sex Hygiene in Germany and France in the First Half of the 20th Century – An Introduction*, in: *Gesnerus*, 1 (2015), 5–14.

militärische Lehrfilme ausgewählt: *PSYCHIATRY IN ACTION* (1943) aus Großbritannien sowie *PSYCHIATRIC PROCEDURES IN THE COMBAT AREA* (1944) und *COMBAT EXHAUSTION* (1945) US-amerikanischer Provenienz. Sie bieten sich für eine Analyse an, da sie sich durch eine spezielle performative Prägnanz und argumentative Überzeugungskraft auf dramaturgischer, narrativer und ästhetischer Ebene auszeichnen und zudem über Archive öffentlich zugänglich sind.

Die hier präsentierten Forschungen sollen vor Augen führen, dass den genannten Filmen die Funktion zukam, durch eine spezifische Wissenskommunikation innerhalb der Scientific Community männliche Schlagkraft aufzuzeigen und den allgemeinen Kampfgeist der jeweiligen Nation zu erhalten. Daher wurden die „Kriegshysteriker“ in den Lehrfilmen zunächst als entmännlicht, schwächlich, infantil und nervenschwach gezeichnet, um sie dann, durch die Anwendung von Narkohypnose, wieder zu intakten ‚Kriegern‘ zu machen. Entlang der Filme kann überdies verdeutlicht werden, inwiefern die damalige Kriegshysterieforschung und -behandlung durch bestimmte Codierungen von Männlichkeit strukturiert war,¹⁷ die sich in der audiovisuellen Narration von Verstörung und Wiederherstellung des Sinnes- und Emotionshaushalts kriegstraumatisierter Männer bündelten. Sensorische Stimulationen und Simulationen spielten im Rahmen der Behandlungspraktik Narkohypnose eine zentrale Rolle.¹⁸

2. Geschichte der Barbiturate, narkohypnotische Schlafreisen und Hypnosefilme

Dieser Beitrag versteht sich als Teil einer geschlechtersensiblen Wissensgeschichte der Sinne, die mediale Forschungsgegenstände integriert. Der Film wird dabei als intersensorielles Feld betrachtet, das Sinnesverwirrung auf vielfältige Weise zu portraituren vermag. Zum einen rückten die ausgesuchten Lehrfilme die irritierten Sinne der „kriegshysterischen“ Soldaten-Patienten in psychopathologischer Manier ins Blickfeld. Zum anderen sollten die neuropsychiatrisch und psychologisch ausgerichteten Filme das militärische Medizinsystem anleiten, durch Ruhigstellung, Muskelentspannung, Angstlösen sowie Hypnose, Wortsuggestion und (Albtraum-)Schlaf eine Genesung der angeschlagenen Soldaten zu erzielen. Der narkohypnotische tranceartige Halbschlaf wird hier als Mittel vorgestellt, das die Suggestibilität der „kriegshysterischen“ Männer

17 Vgl. u. a. Ute Frevert, Soldaten, Staatsbürger. Überlegungen zur historischen Konstruktion von Männlichkeit, in: Thomas Kühne (Hg.), *Männergeschichte – Geschlechtergeschichte. Männlichkeit im Wandel der Moderne*, Frankfurt a. M./New York 1996, 69–87; Doris Kaufmann, *Science as Cultural Practice. Psychiatry in the First World War and Weimar Germany*, in: *Journal of Contemporary History*, 34, 1 (1999), 125–144; George L. Mosse, *Fallen Soldiers. Reshaping the Memory of the World Wars*, Oxford 1990.

18 Zur Geschichte der Sinne vgl. einleitend David Howes u. Constance Classen (Hg.), *Ways of Sensing. Understanding the Senses in Society*, London 2013.

steigern und Wiedererlebensschleifen in Gang setzen sollte. Die in den Lehrfilmen vorgeführte Medikalisation bewirkt zunächst eine noch stärkere Verwirrung der Sinneswahrnehmung, wirkt schlussendlich aber kathartisch – so zumindest die filmische Illusion.

Im Gegensatz zur klassischen Hierarchie der Sinne, die Sehsinn und Gehörsinn mit ihrer besonderen Eigenschaft, eine räumlich-zeitliche Orientierung zu schaffen, ins Zentrum rückt,¹⁹ wird durch das Barbiturat bewusst eine halluzinogene, sinnestäuschende Erinnerungsreise angestoßen. Auf dieser Reise dominieren nicht selten andere Sinne, wie etwa der Geruchs- oder Tastsinn, durch die die „traumatische Erinnerung“²⁰ des Patienten entweder getriggert oder erzählbar wird. Die kulturhistorisch lang etablierte westliche Sinneshierarchie wird hier gewissermaßen unterlaufen, denn im Traumreich funktionieren ‚normales‘ Sehen und Hören nur bedingt. Aktuelle Sinesindrücke während der Hypnose treffen auf erinnerte, mit denen sie konkurrieren, wodurch die damit verbundenen Emotionen wiedererlebt werden (sollen). Angestrebt wird ein inneres Sehen ohne Augenlicht, dessen Gegenstand die imaginierten Bildlichkeiten des (Halb-)Schlafs sind. In den Lehrfilmen sprechen die Hypnotisierten über Traumgesichte, die vor ihrem inneren Auge auftauchen: eine mehr oder weniger sinnvoll geordnete Abfolge von Erinnerungsfragmenten, täuschenden Visionen und Wunschvorstellungen, die sich im halbbewussten Zustand filmartig präsentiert. Die erzeugten Traumbilder stellen einen Film-im-Film dar, der für die ärztlichen ‚Regisseure‘ und das Publikum des Lehrfilms jedoch unsichtbar bleibt. Ersterer muss daher in der Filmfiktion per Rückblendetechnik oder mündlich – durch die gefilmten Patienten selbst – kolportiert werden.

Es scheint so, als seien die Irrealität und Eigendynamik, die der Traumzustand mit sich brachte, zum Entstehungszeitpunkt der Narkohypnosefilme von zahlreichen behandelnden Militärmedizineren übersehen worden. In den 1940er Jahren spielte Narkohypnose mit der Phantasie, punktgenau in die Psyche und Erinnerung der Patienten eingreifen zu können, ihnen die ‚objektive Wahrheit‘ zu entlocken, vorbei an jeder bewussten Interpretation, Einfärbung oder Lüge. Neuropsychiater hofften darüber hinaus, auf diesem Weg das Traumatisch-Psychopathogene des gespeicherten Gewalterlebnisses eliminieren zu können. Sie gingen davon aus, dass ihre Patienten im Halbschlaf in logisch-rationaler, verbalsprachlich artikulierter Weise kundtun könnten, was sich ihnen im halluzinogenen Traummodus (als Wahrheit) zeigte. Auf dieser Annahme beruhte die damals kaum umstrittene wissenschaftliche Überzeugung, dass

19 Vgl. Daniela Hacke, Sinnesforschung, historische, in: Friedrich Jaeger (Hg.), Enzyklopädie der Neuzeit Online, unter: https://referenceworks.brillonline.com/entries/enzyklopaedie-der-neuzeit/sinnesforschung-historische-hinzugefugt-2019-COM_400980, Zugriff: 10. 6. 2020.

20 Vgl. A. Bessel van der Kolks Ausführungen zu taktilen, gustatorischen und olfaktorischen Reizen, in: ders., Trauma und Gedächtnis, in: ders. et al. (Hg.), Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschungen zu posttraumatischem Stress sowie Traumtherapie, Paderborn 2000, 221–240, 229.

Mediziner ihre Patienten unter Hypnose mithilfe von Sprache mit untrüglicher Sicherheit durch bestimmte Gedächtnisareale und Erinnerungsinhalte navigieren könnten.²¹

Bereits in Lehrfilmen der 1920er und 1930er Jahre galt Hypnose – gemäß ihrer kulturgeschichtlichen und medizinhistorischen Reputation – einerseits als kuriose, magisch-effektvolle und „spektakuläre Eingriffsmöglichkeit in die menschliche Psyche“²² und als geeignetes Instrument, um Unbewusstes sichtbar zu machen. Andererseits versuchten Filme dieser Zeit, die Hypnose von ihrer Aura des Spektakulären und Parapsychologischen zu befreien und als solide medizinische Praxis zu etablieren, wie die Wissenschaftshistorikerin Sophie Ledebur zeigt.²³ Diese Ambivalenz kommt auch in den vorliegenden Lehrfilmen zum Ausdruck. In ihnen werden Hypnosensitzungen mit scheinbar exakten Eingriffen in unbewusste seelische Prozesse nach streng medizinischem Muster inszeniert. Gleichzeitig betont die filmische Repräsentation aber auch die Machtasymmetrie der Arzt-Patienten-Beziehung, in der der autoritativ gezeichnete Hypnotiseur mit dem sinnesverwirrten, entmündigten und infantilisierten „Kriegshysteriker“, der als emotionales Erinnerungsmedium diente, kontrastiert. Die Hypnosefilme unterstrichen die manipulative Wirkung des ärztlichen Charismas und den Effekt des Wunderbaren, der bis in den posthypnotischen Zustand anzuhalten schien. Aus heutiger Sicht suggerieren die Lehrfilme – intendiert oder nicht intendiert –, dass sich die sinnesgetäuschten Hypnotisierten – ähnlich wie die Filme selbst – in Illusionsmaschinen verwandelten.

Seit den frühen 1920er Jahren wurden Barbiturate, die ein Stadium hypnotischer Trance mit halluzinogenen Nebeneffekten initiierten,²⁴ auf Vorschlag des US-Mediziners Ernest House – Entdecker des Wahrheitsserums Scopolamin – in der juristischen Praxis bei Verhören von Kriminellen sowie in Psychotherapien angewandt.²⁵ Die injizierten Drogensubstanzen wurden eingesetzt, um Kriminelle zum Sprechen zu bewegen, Lügen in ihren vorhergehenden Berichten oder Geständnissen zu detektieren oder zu beweisen, dass sie unschuldig waren. Es wurde angenommen, dass die Droge, die auf das Nervensystem einwirkt, die Fähigkeit zu lügen generell vereitle. House erklärte, dass in dem rezeptiven Stadium der Reiz einer gestellten Frage nur den Hörsinn, genauer gesagt die Hörzellen („hearing cells“), erreiche. Die Antwort werde

21 Diese Auffassung gilt heute als überholt. Vgl. J. Allan Hobson, Edward F. Pace-Schott u. Robert Stickgold, *Dreaming and the Brain: Toward a Cognitive Neuroscience of Conscious States*, in: Edward F. Pace-Schott, Mark Solms, Mark Blagrove u. Stevan Harnad (Hg.), *Sleep and Dreaming: Scientific Advances and Reconsiderations*, Cambridge u. a. 2003, 1–10.

22 Sophie Ledebur, *Ein Blick in die Tiefe der Seele: Hypnose im Kultur- und Lehrfilm (1920–1936)*, in: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte*, 37 (2014), 363–378, 363.

23 Vgl. Ledebur, *Ein Blick*, wie Anm. 22.

24 Vgl. Krishan Vij, *Textbook of Forensic Medicine & Toxicology: Principles & Practices*, Amsterdam 2014, 572.

25 Vgl. Robert E. House, *The Use of Scopolamine in Criminology*. Lecture at the Section on State Medicine and Public Hygiene of the State Medical Association of Texas at El Paso (11.5.1922).

dann automatisch an die Zunge zurückgesandt, ohne dass sich die per Droge gehemmte Vernunft dazwischenschalten könne.²⁶

Die zunächst in der Kriminologie und bei Gerichtsprozessen zur Wahrheitsfindung eingesetzten Schlafmittel, wie zum Beispiel Sodium Amytal, bargen jedoch Gefahren in sich, wie eine misslingende Adressierung des psychischen Konflikts, Erinnerungsfälschung oder fehl laufende Kontrolle durch die verhörende Instanz. Derart suggestiv beeinflusst passten sich die Erinnerungen der Empfangenden des Präparats vielfach dem Modus der abverlangten Rekonstruktion an. Da die Methode, die ‚die Zunge lockern‘ sollte, zudem das Recht zu schweigen unterminierte, in manchen Fällen zu gegenstandslosen Selbstbeschuldigungen führte und sich die Patienten nachher nicht mehr an das im Dämmer Schlaf Ausgesagte oder überhaupt an die intime Befragung erinnern konnten, wurde das Verfahren bereits lange vor dem Zweiten Weltkrieg als Verhörmethode in der Justiz desavouiert und als amoralisch und sogar illegal eingestuft.²⁷

Nichtsdestotrotz wurde in der Militärneuropsychiatrie des Zweiten Weltkriegs im britischen und US-amerikanischen Raum auf Barbiturate zurückgegriffen, um schreckliche Kriegererlebnisse abzufedern oder auszuagieren.²⁸ Zeitgenössische Lehrfilmemacher filmten die Expressionen wiederauftauchender Erinnerungsfragmente.²⁹ Die Medikalisierung mit den intravenös zugeführten Barbituraten dauerte mehrere Stunden und ihre Wirkung hielt bis zu drei Tage an. Der Eingriff hinterließ die Patienten, deren Symptome sich in zahlreichen Fällen auch durch diese Prozedur nicht besserten, in desorientiertem, benommenem Zustand. Obwohl sie nicht wieder kriegsdiensttauglich waren, wurden sie meist wieder zurück an die Front geschickt.³⁰

3. Filmische Portraits von Drogenanalysen unter Narkose

Für die Feinanalysen des britischen und der beiden US-amerikanischen Lehr- und Trainingsfilme greifen folgende Forschungsfragen: Welche Vorstellungen von verwirrten, ausgeschalteten oder verstärkten Sinnen werden in den Lehrfilmen entwickelt?

26 Vgl. House: *The Use of Scopolamine in Criminology*, wie Anm. 25.

27 Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist die Aussage des Richters Robert Walker Franklin im Jahr 1926, vgl. dazu Meir Rinde, *Stranger Than Fiction. Is there any Truth in Truth Serums?*, in: *Distillations*, 2. 12. 2015, unter: <https://www.sciencehistory.org/distillations/magazine/stranger-than-fiction>, Zugriff: 10. 4. 2020.

28 Ab 1942 experimentierte das Office of Strategic Services (OSS) mit dem Willenlosigkeit und Gedächtnisstörungen hervorrufenden Scopolamin, um politische Gefangene bei Verhören gefügiger zu machen. Vgl. Rinde, *Stranger Than Fiction*, wie Anm. 27.

29 Zur Koppelung von autobiographischer Erinnerung, dem Konzept screen-memory und Spielfilmen vgl. Alison Winter, *Film and the Construction of Memory in Psychoanalysis, 1940–1960*, in: *Science in Context*, 19, 1 (2006), 111–136.

30 Vgl. auch das Textbuch zu *AMERICAN EXPERIENCE. BATTLE OF THE BULGE* (USA 2004, 90 min.). Complete Program Transcript. *American Experience*, 1–33, 32, 33.

Wie spielen erstere mit der narkotisierenden Medikamentengabe und den innerfilmisch erzählten Traumatisierungen zusammen? Wie sollten in der filmischen Illusion mittels ärztlicher Suggestion traumatische Halluzinationen und „hysterische“ Symptome bekämpft werden, die ihrerseits (autosuggestiven) intrapsychischen Dynamiken entsprangen? Welche Form von Sinneswahrnehmung, Sinnlichkeit, Sinnerzeugung oder ‚Unsinn‘ sollte dargestellt werden? An welche Sinne der Rezipierenden appellieren die cinematischen Strategien auf akustischer und optischer Ebene? Wie werden in den Lehrfilmen diagnostische Konzepte wie Einschlafschwierigkeiten, Schlaflosigkeit, Albtraumschlaf und Erholungsschlaf unter Drogeneinfluss zueinander ins Verhältnis gesetzt? Wie sieht die Konstruktion der therapeutischen Heilkraft des Narkose-Serums aus? Wie zeigt sich hier der therapeutische Enthusiasmus der Militärmediziner, der sich abolitionistisch gegen die massenhafte Bedrohung, die angeblich wehrkraftzersetzende Wirkung der „Psychoneurotiker“, richtete? Galt der Einsatz der Drogentherapie Narkohypnose als effektiv? Wie gelang es, via Film eine Evidenz für die Wirksamkeit der Therapieform herzustellen?

1 PSYCHIATRY IN ACTION ist ein etwa einstündiger britischer Dokumentarfilm aus dem Jahr 1943 in der Regie von Michael (Kyrle le Fleming) Hankinson. Der Lehrfilm, in der Reihe „Report from Britain, No. 1: Neuropsychiatry 1943“ von der Propagandaeinrichtung Ministry of Information (MoI) in London für das Kriegsministerium produziert, zeigt die Behandlung von „Kriegsneurosen“ in britischen Hospitälern. In die Genesungserzählung sind mehrere Disziplinen und Tätigkeitsfelder eingeflochten: Medizin, Psychologie, (Neuro-)Psychiatrie, Sozialarbeit und Beschäftigungstherapie, wobei im Weiteren die Narkohypnose/Narkoanalyse³¹ fokussiert wird.³²

Der Vorspann von PSYCHIATRY IN ACTION verweist auf die im ‚Totalen Krieg‘ allgegenwärtige Bedrohung durch Verletzung oder Tod, der Zivilpersonen und Soldaten gleichermaßen ausgesetzt seien. Der notfallmedizinische Dienst („Emergency Medical Services“), organisiert durch das britische Gesundheitsministerium, sei gegründet worden, um kostenlose medizinische Behandlungen für versehrte Kriegsteilnehmer zu gewährleisten und dadurch deren Wiedereinsatz im Krieg oder im sozialen Leben auf nationaler Ebene zu ermöglichen. Laut Erzähler gebe es sieben Zentren zur Behandlung und Rehabilitation von Neurosepatienten in der Nähe größerer Städte (Abb. 1). Das vorgestellte Neurosezentrum könne ca. 3.000 Patienten pro Jahr behandeln, die dort im Durchschnitt sechs bis acht Wochen blieben.

31 Der Begriff *Narkoanalyse* wird häufig synonym mit *Narkohypnose* verwendet, obwohl ersterer eine andere Entstehungsgeschichte hat, die bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts zurückreicht, vgl. Michael Kieninger, *Narkoanalyse: historische und rechtliche Aspekte des Einsatzes von Wahrheitsdrogen*, Berlin 2011.

32 Vgl. dazu die Analyse eines ähnlichen Lehrfilms von Julia B. Köhne, *Gegenläufige Erzählungen. Filmische Verfertigung individueller und kollektiver Heilung und ihre Subversion – LET THERE BE LIGHT (1945/6)* von John Huston, in: *Medizinhistorisches Journal*, 52, 2–3 (2017), 180–218.

Die zahlreichen Neurose-, Psychose-, Hysterie- oder Angstpatienten kämen direkt aus den psychiatrischen Abteilungen der Kriegslazarette oder Militärkrankenhäusern der Armed Forces.

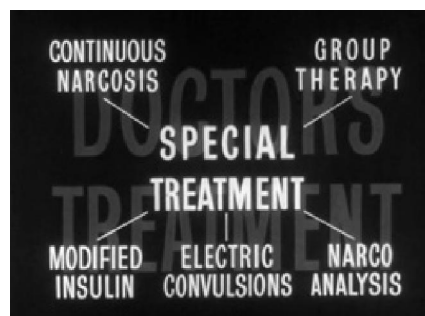


Abb. 1 und 2: Beispielhaftes Behandlungszentrum für Neurosepatienten; Sternförmige Spezialbehandlungen (PSYCHIATRY IN ACTION/1943)

Besonders betont wird die äußerst engmaschige Betreuung der Neurosepatienten durch die Institution. Dabei wird ein idealtypischer Gang durch die Organisation entworfen, der ein festes Ziel vor Augen führt: die vollständige Genesung innerhalb des dafür vorgesehenen Zeitfensters. Im Neurosezentrum angekommen müssen die „Kriegsneurotiker“ sich „doctor-patient interviews“ unterziehen, im Anschluss wird die jeweilige Spezialbehandlungsform festgelegt: Elektrokonvulsionstherapie, Narkoanalyse, kontinuierliche Narkose, modifiziertes Insulin und/oder Gruppentherapie, wie sie der sternförmig angeordnete Zwischentitel listet (Abb. 2).

Nachdem im „admission house“ die Vorgeschichte der „Nervösen“ notiert wurde, die auf den Zeitabschnitt vor ihrem Kriegseintritt und Erlebnisse in Kriegsdienstesätzen abzielt, wird den Patienten vermittelt, dass ihnen in dieser Einrichtung mit Sympathie und Verständnis entgegengetreten werde. Der Erzähler hebt dabei den Kontrast zu anderen Orten hervor, an denen sie als Simulanten („malingerers“), Deserteure oder Wahnsinnige eingestuft würden. Ziel der hier stattfindenden Behandlung sei es hingegen, Rezeptivität sowie Kooperation mit den Ärzten zu erreichen. Anschließend werden die Patienten an das Krankenhaus weitergeleitet, wo ihnen der Heilungsplan präsentiert wird. Alles scheint bis ins kleinste Detail durchgeplant, auch die Filmaufnahmen wirken einstudiert und vorab mehrfach geprobt. Teilweise halten die Akteurinnen und Akteure Spickzettel mit ihrem Text in der Hand, was den Bühneneindruck verstärkt. Per Zwischentitel wird betont, wie zentral die Arzt-Patienten-Beziehung für eine vollständige ‚Normalisierung‘ („return to normal status“) sei. Erstere sei abhängig von der Informationsdichte hinsichtlich der Erkrankung, ergo der Auskunftswilligkeit und ganzheitlichen Erfassung des Patienten. Peu à peu rücken individuelle Fallgeschichten ins Bild: zum Beispiel ein Soldat, der infolge von Bombeneinschlägen einen „hysterischen“ Tremor entwickelte. Durch das Einblenden der Gesichter in Großaufnahme und die damit verbundene Möglichkeit, die Reaktionen der Patienten unmittelbar zu bezeugen, versuchte man, wie es scheint, eine nähere

Bindung zwischen den Gefilmten und den Militärärzten vor den Bildschirmen herzustellen. Einige Patienten tragen trotz mentaler und sensorischer Verheertheit Uniform oder sogar Offiziersmützen – eine Kombination, die in Lehrfilmen des Ersten Weltkriegs häufig vermieden wurde, um nicht den ideologisch-auratischen Raum der militärischen Statussymbole und dadurch das Ansehen der Armee zu verletzen.³³

In weiterer Folge wird das Feld „special treatment“, „physical methods“ präsentiert – besonders invasive, die Patienten entmündigende oder gewaltförmige Methoden, die bei Zeitnot und Dringlichkeit anzuwenden seien. Neben der modifizierten Insulintherapie wird die „continuous narcosis“ bei akuten Angstzuständen an einem friedlich schlafenden demonstriert (Abb. 3), der diese Medikation unter Laborbedingungen zweimal am Tag per intramuskulärer Injektion und oraler Sedierung verabreicht bekommt. Der Blutdruck wird angeblich täglich mehrfach gemessen. Zwei Zwischentitel geben genaue Auskunft über die Drogengabe und die Schlafwirkung der Behandlung, die insgesamt 10 bis 14 Tage lang durchgeführt wird. Durch das Offenlegen des Behandlungsprozesses werden die Zuschauerinnen und Zuschauer des Films dazu befähigt, diesen en détail nachzuverfolgen, wodurch ihnen suggeriert wird, über einen ähnlichen Wissensstand zu verfügen wie die vor Ort involvierten Mediziner. Das eingeblendete Bildmaterial, auch in Form von Kurvendiagrammen und anderen überwachenden Medien, verrät jedoch teilweise mehr über die ‚Unvollkommenheiten‘ der Therapien als der Film beabsichtigte. Dem hier angeführten Schaubild ist zu entnehmen, dass mehrere Patienten einen überaus unruhigen Schlaf hatten. Der letzte Eintrag des unterhalb gezeigten Listen-Ausschnitts lautet: „sleep restless...“ (Abb. 4).

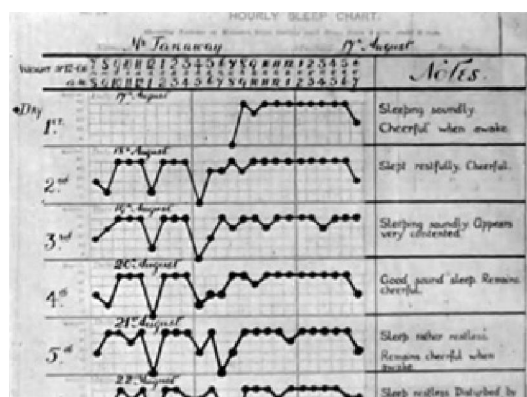


Abb. 3 und 4: Kontinuierliche Narkosetherapie; Unvollkommene Schlafergebnisse (PSYCHIATRY IN ACTION/1943)

Es folgt ein insgesamt siebenminütiger Filmabschnitt zu Narckoanalyse, die Hysteriepatienten mit akuten Gedächtnisstörungen oder Konversionssymptomen vorbehalten sei, so die sonore Voice-Over-Stimme. Eine erste verfilmte Fallgeschichte demonstriert, wie ein Mediziner einem Patienten mit Sprachstörungen zur Neurosebehandlung in-

33 Vgl. Köhne, Das abgedrehte Symptom, in: dies. Kriegshysteriker, wie Anm. 16, 224f.

travenös ein Barbiturat verabreicht. Dadurch soll eine totale Relaxation der angespannten Muskeln erzielt und die Suggestibilität gegenüber der ärztlichen Intervention erhöht werden. Ziel ist es, mittels des ‚Wahrheitsserums‘ die Hintergründe für die ‚hysterischen‘ Symptome zunächst zu klären, um sie in einem nächsten Schritt zu ‚attackieren‘ und zu beseitigen. Als letzter Schritt der Abolitionsteologie erfolgt die Reedukation via Turnübungen (Abb. 5–8).



Abb. 5–8: ‚Wahrheitsserum‘ gegen ‚hysterische‘ Störungen; Remilitarisierung (PSYCHIATRY IN ACTION/1943)

Auf ästhetischer Ebene zeigt der beschriebene Filmausschnitt eine überschaubare und wohlgeordnete Mise-en-scène. Zu sehen sind ein Mediziner im weißen Kittel, darunter Anzug und Krawatte, und eine Krankenschwester mit weißem Spitzenhäubchen und Ansteckschürze in einem holzvertäfelten Krankenzimmer mit Kastenfenster (Abb. 5). Über die gesamte untere Seite des Bildausschnitts erstreckt sich ein metallenes Bettgestell. Bevor sich der Neurosepatient im gestärkten Hemd und mit Anzugweste auf diesem niederlässt, nimmt die Krankenschwester lächelnd noch letzte Handgriffe am Bettbezug vor. Die Kamera ist diesseits des Bettes platziert, Mediziner und Krankenschwester agieren dahinter, wie auf einer Bühne. Nachdem er sich die Schuhe im Stehen ausgezogen hat, legt sich der Patient samt Kleidung ins frisch aufgeschlagene Bett. Fürsorglich deckt ihn die Krankenschwester zu und unterlegt seinen von der Kamera abgewandten Arm mit einem Kissen. Der Mediziner, der die Aktivitäten bisher recht unbeteiligt verfolgt hat, fragt nun den Patienten nach seinem Befinden: „How are

you today?“ und holt dessen Einwilligung für die nachfolgenden Vorgänge ein. Die Antworten des Patienten sind kaum zu verstehen, nur ein leises, unbestimmt wirkendes Gemurmel ist hörbar. Bis hierher erscheint die Szene einstudiert.

Der Mediziner nimmt im Weiteren auf das konkrete Symptom des amnestischen Patienten, sein Sprachstocken, Bezug und verkündet, er halte zu starke Anspannung der Nacken-, Gesichts- und Zungenmuskeln für dessen Ursache. Die bevorstehende Injektion werde dem Patienten helfen, die betroffenen Areale zu entspannen. Der Arzt versichert ihm, dass die Behandlung kaum Schmerzen auslösen und sich danach Wohlbefinden einstellen werde. Wie auf dieses Signal wartend legt die Schwester dem Patienten einen Gummischlauch um den rechten Arm, um die Blutzufuhr zu minimieren. Das allwissende Voice-Over macht auf die Vorbelastung des Patienten aufmerksam: Er habe bereits als Kind gestottert, sei dann aber geheilt worden. Infolge der Schlacht von Dünkirchen im Jahr 1940 sei das Stottern wiederaufgetreten. Der Erzähler lässt wissen, dass das die Suggestibilität steigernde Medikament außerdem eingesetzt werde, um die psychologischen Hintergründe für den Gedächtnisverlust zu ergründen. Dass der Patient empfindlicher auf äußere und Autosuggestionen reagiert, bedeutet auch, dass unter Hypnose der aufnehmende Hörsinn ins Zentrum rückt und durch den Mediziner übermittelte Informationen weniger stark gefiltert werden.

Das Eindringen der Injektionsnadel in den Arm des Patienten ist durch die hochgefaltete Bettdecke für die Zuschauerinnen und Zuschauer nicht sichtbar (Abb. 5). Während der Verabreichung des Medikaments verlässt die Schwester die Szene und der Patient wirkt bereits weggetreten, als der Mediziner ihn mit sicherer Stimme fragt: „Did you sleep all right last night?“. Immer wieder betrachtet er den wie schlafend, bewegungslos daliegenden Patienten, studiert dessen Gesicht und erklärt dann:

„I don't want you to go to sleep. I want you to do exactly what I tell you. I want you to get your limbs relaxed. [...] Keep on relaxing as much as you can. I want you to let your words roll down your lips quite easily and without effort“.

Nun wird der Patient aufgefordert, dem Arzt die Wochentage nachzusprechen, was ihm zweimal ohne Stottern gelingt. „You see you are speaking perfectly well. And that is because you are now properly relaxed.“ In einem Sprechakt hält der Mediziner fest, dass das Symptom erfolgreich behandelt wurde. Er fügt jedoch mahrend hinzu, dass der Heilungsprozess nur dann auf längere Sicht von Erfolg gekrönt sein werde, wenn es gelänge, die Schwierigkeiten zu eruieren und aufzulösen, die zum Auftreten des jeweiligen Symptoms geführt hätten. Ansonsten kehre das Symptom wieder. Der damit verbundene letzte Teil der Therapie wird nicht gezeigt und bleibt der Vorstellungskraft des Filmpublikums überlassen.

Die zweite Fallgeschichte handelt von einem Angstpatienten („timid man, dependent on his family“) mit „hysterischen“ Zittersymptomen. Nach einem Bruch des linken Knöchels sei bei dem Patienten laut Erzählerstimme ein psychogenes Nach-

schleifen des Fußes zurückgeblieben, was durch eine Gangübung veranschaulicht wird. Nach einem Schnitt sehen die Zuschauerinnen und Zuschauer den Patienten ausgestreckt auf dem Bettgestell liegen, die Injektionsnadel bereits im Arm (Abb. 6). Die Kamera rückt dem Patienten diesmal noch näher auf den Leib. Sie schwenkt nach links auf dessen Füße, die nun in Großaufnahme erscheinen (Abb. 7). Das linke Bein und der linke Fuß zittern merklich. „I want you to relax your limbs. Just let everything go slack. [...] As it has become relaxed the trembling in your leg will pass off. It will disappear completely“, erklärt der Mediziner seinem Patienten mit weicher, ihm zugewandter Stimme. Von letzterem, der nun im Bild-Off positioniert ist, ist nur ein dünnstimmiges: „Yeah“ zu hören, mit dem er bestätigt, die Botschaft des Arztes verstanden zu haben und dieser zuzustimmen. In den folgenden Sekunden und nach wenigen, kaum sichtbaren Schnitten verlangsamen sich die Zitterbewegungen des ‚Winkefußes‘ – ein Phänomen, das ob seiner Unmittelbarkeit geradezu miraculös wirkt.

Wiederum erfolgt eine Überblendung, wobei das Publikum nicht weiß, wie viel Zeit inzwischen vergangen ist. Derselbe Patient sitzt nun aufrecht auf dem Bett und nimmt verbale Instruktionen des neben ihm stehenden und damit ihm gegenüber erhöhten Mediziners entgegen. Dies erinnert an die Wortsuggestionen, die Militärmediziner bereits im Ersten Weltkrieg zum Konsolidieren der Heilung an einzelnen Rekonvaleszenten oder in der Gruppe angewandt hatten.³⁴ Auf Geheiß streckt der Patient mit unterwürfigem Blick sein linkes und rechtes Bein wiederholt aus (Abb. 8). Danach geht er denselben Gang auf und ab, mit dem die Szene eröffnet wurde. Die Erzählerstimme bestätigt das Gelingen der Behandlung, indem sie erläutert, die „Abschaffung des Symptoms“ („abolition of the symptom“) müsse im Weiteren von einer „physical reeducation“ begleitet werden. Beide Fallgeschichten, zum „hysterischen“ Sprachstocken und der Ganganomalie, enden mit der Behauptung einer erfolgten Genesung, die sowohl verbal bekräftigt als auch im Bild gezeigt wird. Es entsteht der Eindruck, der Mediziner habe die beiden Betroffenen – gottgleich – wieder zum Sprechen und Gehen gebracht – ähnlich wie Jesus, der in Matthäus 9,1–8 einen Gelähmten heilt.

Insgesamt folgt der Narkoanalyse-Filmabschnitt einer bereits in der Kriegshysteriker-Kinematographie des Ersten Weltkriegs erprobten viergliedrigen Heilungsnarration. Diese besteht erstens aus dem Vorführen des Symptoms, dem Präsentieren der Vorgeschichte und dem Benennen der Ätiologie, zweitens aus der Behandlung des Patienten im Bild oder außerhalb des Kaders, drittens aus der Einstellung, die das Geheiltsein bekräftigt, indem der symptomfreie Körper gezeigt wird. Viertens wird die Wiedereingliederungsfähigkeit in den militärischen oder gesellschaftlichen Kollektiv-

34 Vgl. dazu etwa Köhne, Das abgedrehte Symptom, in: dies., Kriegshysteriker, wie Anm. 16, 200–214.

körper angedeutet, hier in Form von Turnübungen, die in militärischer Strenge angeordnet werden.³⁵

Das Voice-Over hebt immer wieder die zentrale Stellung gehobener Moral für die Genesung hervor. Der Moment des Entlassenwerdens wird laut Zwischentitel genau abgepasst und erfolgt erst, wenn alle dafür notwendigen Voraussetzungen – Rehabilitationsgrad, berufliche Zukunftsaussichten oder militärdienstliche Potentialität sowie die Umstände daheim – gegeben und akkordiert sind. Die letzten Minuten des Films sind für die militärische Autorität reserviert. Die Entwicklung eines jeden zu entlassenden Patienten wird in einem Einzelgespräch eingeschätzt, und gegebenenfalls wird er an einen passenden Arbeitsplatz weitervermittelt. Jene Personen, bei denen eine Wiederkehr der Neurosesymptome ausgeschlossen scheint („cure completed“), werden laut Erzähler wieder in die Armee eingegliedert, um die vorhandene „manpower“ möglichst effizient und passgenau einzusetzen. Im letzten Bild wird aufgelistet, dass in diesem Durchgang 60 Prozent der Armeepatienten zurück an die Fronten respektive ausgewählte Feldposten geschickt werden konnten. Die Rechnung der Ärzte scheint aufgegangen zu sein, etwaige Rezidivneigungen oder gescheiterte Heilungsversuche bleiben unerwähnt.

2 Im Jahr 1944 erschien der vom Kriegsministerium, genauer dem Army Pictorial Service/Signal Corps, beauftragte Fünfundvierzigminüter *PSYCHIATRIC PROCEDURES IN THE COMBAT AREA*. Der Film ist, was Form und Inhalt betrifft, in vielerlei Hinsicht ein Gegenentwurf zum britischen Vorgängerkino *PSYCHIATRY IN ACTION*, der in jeder Szene Leichtigkeit atmet und auf eine Gesamtlösung des Kriegshysterikerproblems abzielte. Im ersten Viertel von *PSYCHIATRIC PROCEDURES IN THE COMBAT AREA* werden die emotionalen Strapazen des Krieges für die Kriegsteilnehmer („fierce demands upon their emotional resources“) in drastischer Anschaulichkeit hervorgehoben. Diese könnten – wie eine Kommentirstimme nahelegt – selbst die stärksten Persönlichkeiten überwältigen. Hierzu wird einige Minuten lang eine Mischung aus Kriegsfilm inklusive Schlachtreenactments und Dokumentarfilmszenen mit blutüberströmten Verletzten und vom Tod entstellten Soldaten präsentiert – dazu treibende dramatische Musik. Das militärfilmische Tabu, reale Leichen der eigenen Armee abzubilden, wird hier gebrochen. Dem Semi-Dokumentarischen bleibt der Film im Weiteren treu. Obwohl zahlreiche Szenen inszeniert wirken, werden sie, soweit ersichtlich, nicht von Schauspielern gemimt. Vielmehr scheinen, wie auch in *PSYCHIATRY IN ACTION*, echte Patienten ins Blickfeld zu geraten.

35 Vgl. dazu Köhne, Das abgedrehte Symptom, in: dies., *Kriegshysteriker*, wie Anm. 16, 206–214. Zu Frühformen neuropsychiatrischer Kinematographie, u. a. zu Gheorghes Marinescus und Camillo Negro's Filmen, vgl. Julia B. Köhne, *Neuropsychiatrische Kinematographien weiblicher und männlicher Hysterie, 1899–1908–1918*, in: Andreas Thier u. Lea Schwab (Hg.), 1914, Zürich 2018, 343–379.

Der Erzähler erklärt, rund ein Fünftel der Patienten seien „psychiatric casualties“ mit „severe exhaustion“. Diese seien aber keineswegs als Feiglinge einzustufen: „[They] are not quitters but are truly ill“. Auch hier wird Krieg explizit als Ursache für mentale ‚Störungen‘ anerkannt. Ein Patient der neuropsychiatrischen Abteilung beschreibt das Problem, das der Film adressieren möchte. Er sei mit jeder weiteren Verwundung „nervöser“ geworden, auch sein Sensorium habe sich verändert und nun: „I shake a little bit on the outside [...] I feel more inside than I do outside. [...] I feel like I don't have it any more like I used to“. Auf dieses soldatische Geständnis der Schwäche hin wird kontrastierend das Prinzip der zeit- und frontnahen psychiatrischen Behandlung erörtert. Sie ist in mehrere Stufen gegliedert – je nach Schweregrad der „Hysterisierung“, was im Verlauf des Films sukzessive entlang von Schaubildern erläutert wird. Insgesamt sollte den „Psychoneurotikern“ Mut gemacht werden und durch Kampftraining sollten sie eine Remoralisierung erfahren.



Abb. 9 und 10: Pentothal Sodium bei einem „hysterischen“ Amnesiefall (PSYCHIATRIC PROCEDURES IN THE COMBAT AREA/1944)

Die Kommentarstimme fährt fort, dass die Mehrheit der Betroffenen jedoch vorerst nicht zur Front zurückkehren könne, denn die „specific sources of their anxiety have been obscured in the depths of a hysterical amnesia“. Anhand eines „hysterischen“ Amnesie-Falls wird nun audiovisuell verdeutlicht, wie ein Patient unter Einfluss von Pentothal Sodium dazu gezwungen wird, Kampferlebnisse wieder zu erleben, um sich so seiner Angst zu entledigen. Nahaufnahmen des Arms mit eingeführter Injektionsnadel wechseln mit dem verzerrten Gesicht im Close-Up; die Augen sind während der Episode dauerhaft geschlossen (Abb. 10). Dem Begleiter der Szene oben links im Bild, der zur Beruhigung des Patienten beide Hände auf dessen Schulter platziert hat (Abb. 9), ist anzumerken, wie unwohl er sich bei dem Eingriff fühlt, der bei dem Patienten offensichtlich negative Affekte und starke Ängste auslöst. Nach verpasstem Augenkontakt mit dem Mediziner schaut er mehrmals in Richtung Kameramann, wie um sich rückzuversichern, dass das ‚Menschenexperiment‘ gebilligt wird.

Der Mediziner leitet den quasi-somnambulen Soldaten-Patienten im Weiteren durch Wortsuggestion zu der vergessenen Szene des traumatischen Ursprungs hin.

Dabei hält er den Träumenden aktiv von dem ab, wodurch sich Schlafende auszeichnen, nämlich dass sie „keine erkennbare Kommunikation oder Reaktion zeigen“.³⁶ Er will in jedem Fall verhindern, dass der Patient in zu tief liegende Schichten seines Schlafzustands abdriftet. Der Mediziner rekreiert die erlebte Kampfszene (vermutlich auf Basis von Vorerzählungen im Wachzustand), indem er sie mit Worten nachzeichnet und wartet, bis der Soldat auf das Gesagte anspricht: „You are back on the battlefield now. What are you doing? [...] You are in your (fox-)hole. Watch out, those shells are coming [zusätzlich ahmt er den Granateinschlag durch lautes Pfeifen nach]“. Die Reenactmentszene wird von Flugzeuflärm begleitet, der außerhalb des Zelts, in dem gefilmt wird, ertönt, was die Rückreiseszene wohl ungeplant noch authentischer erscheinen lässt. Als der Patient tiefer in verdrängte Inhalte seines Gedächtnisses vordringt, windet er sich, bäumt sich auf, murmelt zum Teil Unverständliches, Unzusammenhängendes oder Nebensächliches. Er versucht offenbar, Ausschnitte aus dem Traumerleben, das von der anderen Bewusstseinsform des Traums herrührt, zu verbalisieren. Die Rede des amnestischen Patienten manifestiert sich als „traumatisches Erinnern“, das fragmentarisch funktioniert.³⁷ Die medikamentös induzierten, von den Patienten verbal vorgetragenen Erinnerungsreisen, die in den Beispielfilmen präsentiert werden, sind zum einen von Realitätsnähe und anschaulichen Details geprägt. Zum anderen sind sie entstellt und verzerrt, ähnlich wie traumatisch-intrusive, flashbackartige Wiedererlebensepisoden.³⁸ Das extrovertierte Gebaren der Medikalisierten lässt erahnen, dass letztere zu einem hohen Grad mit subjektiven Phantasien, Wahngebilden, bizarren Halluzinationen und anderen imaginären Bildlichkeiten konfrontiert waren.

Wiederholt ruft der Patient aus dem Trancezustand heraus nach dem Sergeant: „Are you here? How are we doing?“. „We are doing fine!“, lautet umgehend die Antwort des Militärmediziners. Der Patient benötigt scheinbar den Kontakt zur ärztlichen Bezugsperson außerhalb der Wiedererlebensepisode, damit sich die Erinnerungserzählung trotz vielfacher Abweichungen langsam in ihm formen kann. Er scheint einer Mischung aus assoziativer Freiheit, drogengeleitetem Abdriften und ärztlichem Diktat zu folgen. Neben den hereinströmenden Erinnerungsbildern strebt der Patient – auf einer anderen Ebene seines Bewusstseins – nach zeitlich-räumlicher Orientierung und Sinnstiftung. Als er während seiner Erinnerungsreise ruft: „Let’s get the hell out of here“, installiert der rückführende Mediziner einen bestärkenden ‚Sicherheitsanker‘ für ihn. Er erschafft einen sicheren imaginären Ort, indem er den traumatisierenden Plot retroaktiv umschreibt: „Okay, we are going out of here. [...] You will be safe“. Gefühle von Überwältigtsein, Ohnmacht und Hilflosigkeit, bedingt durch die in der Hypnose

36 Matthew Walker, *Das große Buch vom Schlaf. Die enorme Bedeutung des Schlafs*, München 2018 [2017], 59f.

37 Van der Kolk, *Trauma und Gedächtnis*, wie Anm. 20,

38 Vgl. die Beschreibung traumatischer Flashbacks in: Richard J. McNally, *Remembering Trauma*, Cambridge, MA 2003, 113–117.

wiederaufgesuchte Extremerfahrung, sollen überdeckt werden. Die Idee ist, im Schlaf etwas wieder in Ordnung zu bringen, das während des Wachzustands, im Kriegsgeschehen, durcheinandergeraten war. Als der Patient ängstlich fragt: „Will they put me out there again?“, wird dies verneint. Gegenwärtig befände er sich in der behaglichen, Sicherheit verheißenden neuropsychiatrischen „clearing station“. Inwiefern der Patient all diese Aussagen in seinem Dämmerzustand kognitiv-intelligibel verarbeiten kann, bleibt unklar.

Doch die Reise in die Vergangenheit ist noch nicht zu Ende. Der Patient schürft immer intensiver in seinen verschütteten Erinnerungsfragmenten. Der sich normalerweise weitestgehend in Ruhe befindliche Körper eines Schlafenden wird hier durch das innere Erregtsein beim Träumen in Bewegung versetzt. Die Sinnlichkeit des Traumerlebens, vom Träumenden im Moment des Traums als real und äußerst lebendig erlebt, wird deutlich. Die Episode verweist auf das Verwischen der Differenzen zwischen realem Ereignis einerseits und Trauma, Fiktion und Imagination andererseits. Der Erzähler unterstreicht mit Worten, was im Bild zu sehen ist: „a dramatic precipitation [Herabstürzen] into the patient’s battle experiences“ with „violent emotion and frequently accompanied by tears“. Nach einer wegen mehreren Schnitten schwer einschätzbaren Zeitperiode ist der traumatische Ursprung, nämlich dass der Patient nach dreimaligem Granateinschlag in die Hände des deutschen Gegners gelangt war, klar geworden. Was dort genau geschah, wird nicht offengelegt, weder sprachlich noch visuell. Im Anschluss solle der Patient das Wiedererinnerte im Wachzustand wiederholen, damit es für nachfolgende Therapieabschnitte zugänglich bleibe, lässt die Erzählerstimme wissen.

Insgesamt ist bemerkenswert, wie ungehemmt in *PSYCHIATRIC PROCEDURES IN THE COMBAT AREA* mit oder ohne Barbituratgabe Todesangst ausgelöst wird und die Patienten (unwillentlich) in die Ursprungssituation zurückkatapultiert werden. Dies versetzt sie zum Teil in einen aufgewühlten, haltlosen Gefühlszustand. Im Kontrast dazu werden am Ende des Films vom Erzähler glatte Erfolgszahlen hinsichtlich der Heilung präsentiert. Letztlich würden nur ca. zehn Prozent für so krank befunden, dass sie zurück in die USA evakuiert werden müssten. 50 Prozent könnten durch die Hilfe kurzfristiger neuropsychiatrischer Behandlung wieder zurück ins Feld geschickt werden. Die verbleibenden 40 Prozent fänden in der frontnahen Fremde Arbeit. Im letzten Bild erklimmen rekonvaleszente Soldaten, deren Sinneshaushalt wieder intakt zu sein scheint, eine Felsenlandschaft. Genesung wird mit einer himmelwärts gerichteten Vertikalbewegung signifiziert, die imaginär über das kurz davor geschilderte Trauma triumphiert.

3 Im Jahr 1945 hatte der ebenfalls vom Army Pictorial Service/Signal Corps des US Departments of War produzierte Trainingsfilm *COMBAT EXHAUSTION* Premiere. Der Fünfzigminüter mit Spielfilmcharakter stellt den Topos „neuropsychiatric conditions“ und deren Behandlung durch drogeninduzierten Schlaf, vor allem durch chemische

Narkose, ins Zentrum.³⁹ Zu Beginn wird auf ein Rundschreiben (Nr. 176) der Army Service Forces vom Oktober 1943 rekurriert, das die Verantwortung für die rasche Erfassung und Therapie betroffener Soldaten aus Mangel an Neuropsychiatern und Psychologen auf medizinische Offiziere ohne Spezialausbildung überträgt. Der Film diente dazu, die adressierte Mediziner-Gemeinde in exakten Schritten zu instruieren, wie ein schnelles Erlernen des benötigten Spezialwissens vonstattengehen solle. Ähnlich wie *PSYCHIATRIC PROCEDURES IN THE COMBAT AREA* startet er mit einer ‚authentischen‘ Kriegsszene, die jedoch relativ kurz gehalten ist und nach dem Ausstellen körperlicher Verwundung sogleich zum Hauptthema überleitet. In das dunkel gehaltene Feldlazarett wird ein gebeugt gehender, wimmernder Soldat eingeliefert, der seinen Rücken nicht mehr strecken kann. Als er Flugzeuglärm hört, wirft er sich in dramatischer Geste schreiend zu Boden. Da die anderen Verwundeten der Hilfsstation seinen Anblick nicht ertragen können: „Get that guy out of here. He is driving me nuts“, zückt der anwesende Mediziner prompt einen Papierblock und vermerkt lakonisch: „shell-shocked. Evacuate“.

Die nächste Szene spielt im Stationskrankenhaus, wo eine größere Gruppe dort beschäftigter Ärzte von einem Sanitätsmediziner über den ‚richtigen‘ Umgang mit Neurotikerfällen aufgeklärt wird. Fortan sollten letztere ausschließlich mit dem Diagnosestichwort „exhaustion“ benannt werden, um den Betroffenen zu vermitteln, sie litten an keiner schwerwiegenden, sondern lediglich temporären Dysfunktion. Die Vorurteile, Fehlinterpretationen und Negativstigmatisierungen, die die an der Fortbildung teilnehmenden Mediziner äußern, werden von dem resoluten Trainer allesamt ausgeräumt. Der Arzt mit dem Rang eines Majors gibt an, in langanhaltenden Einsätzen seien bis zu 30–50 Prozent aller Verwundeten als „combat exhaustion“ oder „operational fatigue“ einzustufen: „with not a drop of blood on [them]“. Dies entspreche einer normalen Reaktion, die im Übrigen alle am Zweiten Weltkrieg beteiligten Armeen beträfe.⁴⁰ Auf einem Schaubild mit der Überschrift „The Anatomy of Combat Exhaustion“ werden die Untergruppen dieses ‚Störungsbilds‘ aufgefächert. Dabei springt das Wort „pressure“ zweifach ins Auge; der Kriegskontext wird also auch in diesem Film als pathogen gewertet (Abb. 11). In höflich-respektvoller Form stellt der Trainer im Folgenden verschiedene Patienten vor: mit hyper-emotionalem oder nervösem Erscheinungsbild („jittery“, „shaky“, „bad nerves“), psychosomatischen Symptomen („tremor“, „visceral dysfunction“, „rapid heart beat“), „memory dysfunctions“

39 Der Film ist in den National Archives and Records Administration (NARA) in Washington archiviert, ARC Identifier 35906 / Local Identifier 111-M-1197. Department of Defense, Department of the Army, Office of the Chief Signal Officer (09/18/1947–02/28/1964). Made possible by a donation from Mary Neff.

40 Zu diesen argumentativen Normalisierungsversuchen und der Erklärung, Angst sei managebar, vgl. Hans Pols, War Neurosis, Adjustment Problems in Veterans, and an Ill Nation: The Disciplinary Project of American Psychiatry during and after World War II, in: *Osiris*, 22, 1 (2007): The Self as Project. *Politics and the Human Sciences*, 72–92, 79.

wie „hysterical amnesia“, Albträumen oder Selbstverstümmlungswunden (selbstzugefügter Fußdurchschuss).⁴¹ Ein Patient mit „reactive depression“ und Selbstmordneigung berichtet verzweifelt: „I can't stop from [sic!] crying like a damn fool baby. I got the Blues I guess. [...] They thought I was a sad sack“. Die Zuschauenden erfahren, dass all diese Fälle mit Narkosetherapie („prolongued deep-sleep“) behandelt werden.



Abb. 11–16: The Anatomy of Combat Exhaustion; Barbiturattresen (COMBAT EXHAUSTION/1945)

Ein anderer Mediziner übernimmt die detaillierte Aufklärung über die unterschiedlichen Narkosetherapien, inklusive der „chemical hypnosis“ durch krampflösende Mittel und Pentothal. Vor einem Rollwagen voller etikettierter Glasflaschen mit Barbituraten stehend (Abb. 12) unterrichtet er die Anwesenden über die orale oder intravenöse Verabreichung der Medikamente, ihre genaue Dosierung und die Dauer der Behandlung von Personen mit „chronic fatigue“, „emotional instability“, „inability to

41 Zum Thema Selbstverstümmelung, allerdings bei der deutschen Wehrmacht, vgl. Peter Riedesser u. Axel Verderber (Hg.), Aufrüstung der Seelen. Militärpsychologie und Militärpsychiatrie in Deutschland und Amerika, Freiburg im Breisgau 1985, 135–142.

sleep“ oder „tension“ durch Sodium Amytal, Nembutal et aliter, die idealerweise zwischen 24 und 72 Stunden durchgehalten werden solle. Zu einem späteren Zeitpunkt im Film wird zu lieblicher Geigenmusik ein Schlafsaal mit rund einem Dutzend Betten gezeigt, bis die Kamera an einen Patienten im Drogenhalbschlaf heranzoomt, dem eine Krankenschwester und der diensthabende Mediziner mit vereinten Kräften eine Tablette verabreichen (Abb. 13). Eine Kommentarstimme aus dem Off lässt wissen, dass häufig eine Kombination aus morgendlicher Insulinkur und abendlicher Narkosetherapie durchgeführt werde – im Verbund mit einer speziellen Hochkalorien-diät gegen Gewichtsverlust. Bei Notfällen wie Überdosierung und Vergiftung solle stets Äther zur Hand sein.

Daraufhin wird der Fall des zu Beginn des Films vorgestellten Soldaten mit gebeugtem Oberkörper wieder aufgenommen, der nun als „Konversionshysteriker“ mit Gedächtnislücken adressiert wird. Anders als andere Patienten wird er – so der Erzähler – mit „chemical hypnosis“ behandelt, die einen „semi-sleep“ oder ein „twilight state“ mit erhöhter Suggestibilität verursache, wodurch eine Abreaktion ermöglicht werde. Das Beruhigungsmittel wird ihm intravenös verabreicht; zuvor ist als wiederkehrender visueller Topos eine Schwester mit großer Spritze in Nahaufnahme zu sehen, die die machtvolle Wirkung des Präparats verkörpert (Abb. 14). Kurz darauf gibt der Patient an, in seinem Kopf drehe sich alles und er sei zunehmend wohlgestimmt, „drugged“ und „sleepy“ (Abb. 15). Im Close-Up ist zu sehen, wie seine realitätsbezogenen Sinne immer mehr schwinden und er in einen anderen Bewusstseinszustand hinübergleitet. Die beschwingte Unterhaltung zwischen Mediziner und Patient kontrastiert hier mit dem unterkühlt-sachlichen Zählen eines Assistenten. Dieser gibt das Tempo an, in dem das Medikament das stufenweise Absinken in den Dämmerzustand vorantreibt. Die regelmäßigen Angaben zur zeitlichen Taktung erzeugen bei den Umstehenden und den außerfilmischen Zuschauerinnen und Zuschauern Spannung wie bei einem Countdown, der das Abheben einer Rakete vorbereitet. Der Arzt versäumt nicht, wieder und wieder an das Ziel der Prozedur zu erinnern. Seine Suggestivformel lautet: „This is great stuff for your back. It will help you straighten up. [...] We are really going to fix you up“. Es wird demonstriert, wie schwierig es ist, genau den Punkt zu erkennen, an dem der Patient maximal enthemmt und suggestibel, aber noch nicht so schläfrig geworden ist, dass er nicht mehr sprechen kann. Als ein anderer Assistent als zuvor den Patienten an Rücken und Nacken anfasst, um ihn gerade im Bett auszurichten, wird bei diesem ein Flashback getriggert. Dieser Vorgang wird auf akustischer Ebene durch eine besondere cinematische Strategie eingeleitet. Das spontane Hinüberswitchen zur wiedererlebten Kriegsszene wird von einem lauten Schrei des Patienten begleitet, der die Hospitalszene narrativ mit der intrusiven Erinnerungsszene verknüpft. Eine plötzliche filmische Rückblende zeigt, wie derselbe hocherregte Patient sich in zusammengekrümmter, embryonaler Haltung in einem Schützengraben befindet. Umgeben von Schlachtenlärm erleidet er dort einen mentalen Zusammenbruch und klagt theatralisch (Abb. 16): „A shell, something hurt me. It's burning. I have to get out of here. I am bleeding. I can't

move. [...] I am stuck in a foxhole. Where the hell are those medics? Oh, my back“. Obwohl er körperlich unversehrt ist, meint der Soldat, am Rücken zu bluten, fühlt sich bewegungsunfähig, ohnmächtig und von seinen Kameraden zurückgelassen. Sein Tastsinn betrügt ihn, denn der wahrgenommene Schmerz ist lediglich ein Phantom-schmerz. Seine Hilferufe und sein Schimpfen bleiben lange ungehört, bis ein Sanitäter den Halluzinierenden endlich aus dem Schützenloch zieht. Der intrapsychische Flashback, der hier mit dem filmischen Flashback in eins gesetzt wird, ist beendet. – Der Hospitalmediziner rechtfertigt den Eingriff rückblickend noch einmal. Zur Erzeugung dieses Abreaktionsphänomens musste der emotionale Stress, der in der Ursprungssituation das „hysterische“ Symptom verursacht hatte, künstlich wiederholt werden, so seine Aussage. (Das bei einem solchen Verfahren inhärente Risiko einer Retraumatisierung erwähnt er dabei nicht.) Im Weiteren wird der wiedererwachte Soldat im Rahmen des Wortsuggestionssparts der Behandlung aufgefordert, selbstständig „like a soldier“ auf und ab zu gehen, was ihm auch gelingt. Durch die Besserung seines Beuge-Symptoms, die gelungene Remilitarisierung und die damit einhergehende Remaskulinisierung euphorisiert, entfährt diesem ein beherztes „Gee!“, wobei er den Mediziner wie einen Wunderheiler begeistert anschaut.

In schneller Abfolge werden weitere Fallgeschichten inklusive Heilung präsentiert, als laufe die ‚Wiederinstandsetzung‘ der Erschöpfungspatienten gewissermaßen automatisch und ohne Zwischenfälle ab. Auch das Ende von *COMBAT EXHAUSTION*, das militärische Marschübungen in der Gruppe vor weiß umzäunten Baracken zeigt, lässt keinen Zweifel an dessen Propagandabotschaft aufkommen. Es ist klar, dass die Traumepisoden, in denen die Patienten – wenn auch verwickelt in ihre Traumata widerspiegelnde Albträume und begleitet von ärztlicher Rückführung und Suggestion – für kurze Zeit im assoziativen Traumerleben annäherungsweise unabhängig und frei waren, nun vorüber sind. Die Albtraumwelten werden in der filmischen Dramaturgie fortan vom realen Horrorszenario Krieg ersetzt werden, im Zeichen von Selbstdisziplin, Gehorsam und staatstragendem Pflichtbewusstsein.



Abb. 17: Remaskulinisiertes Soldatenkollektiv (*COMBAT EXHAUSTION*/1945)

Um den Kreis zum Beginn des Films zu schließen, wird plötzlich wieder das Schlachtfeld eingeblendet. Dadurch wird die dem Filmpublikum symmetrisch präsentierte Reise mit folgenden Stationen abgerundet: vom Ausgangspunkt der Traumatisierung und der Ursache für das geschilderte Krankheitsphänomen über das Lazarett bis ins Hospital, und diesen Weg wieder zurück. In der letzten Szene von *COMBAT EXHAUSTION* läuft ein uniformierter US-Soldat mit gezücktem Gewehr auf die Kamera zu. Diese Bewegung wird auf symbolischer Ebene durch eine Juxtaposition mit einer ebenfalls auf die Kamera zuströmenden Kampfgruppe verstärkt (Abb. 17). Der re-maskulinisierte, wieder bewaffnete singuläre Soldat wird hier – ebenso wie seine Kompanie und damit auch die Nation, der er angehört – als *rediszipliniert* und *‘ready to go again’* gezeichnet.⁴²

4. Conclusio

In den untersuchten britischen und US-amerikanischen Lehrfilmen aus der Zeit des Zweiten Weltkriegs wird eine Mischung aus autobiographischen bewussten Erinnerungselementen, körperlich ablesbaren traumatischen Intrusionen und Berichten über durch die Droge halluzinierte Bildlichkeiten präsentiert. Die teils dokumentarisch, teils spielfilmhaft anmutenden Bilder vermögen, dramaturgisch mitreißend, von den Therapie-, Wiedererlebens- und Rehabilitationsepisoden zu erzählen. Lehrfilme in diesem Kontext zielten generell darauf ab, durch verschiedenste Stilmittel, wie narrative Rückblenden, komponierte Überblendungen, Close-Ups und bestimmte Montageformen, das Rückwandern zum traumatisierenden Setting sowie die Heilung für Filmrezipierende nachempfindbar zu machen.⁴³ Der Lehrfilm war dabei nicht nur in der Lage, psychologische Innerlichkeit zu kommunizieren und unbewusste Phänomene wie Trigger, Flashbacks, Abreaktion und Ausagieren ästhetisch zu imitieren. Darüber hinaus behauptete er auch *rapide ‚Wunderheilungen‘*, die in der historischen Realität nur selten langfristig anhielten.⁴⁴ Ähnlich wie bei Medizinfilm aus dem Ersten Weltkrieg, die durch einen Filmtrick „Hysterie“ bei Soldaten und Offizieren zum Verschwinden brachten,⁴⁵ gingen die vorliegenden Lehrfilme des Zweiten Weltkriegs über etwaige persistierende Symptome hinweg, indem sie sie per Narration und

42 Zum Redisziplinierungsprojekt US-amerikanischer Neuropsychiatrie nach 1945 vgl. Pols, *War Neurosis*, wie Anm. 40.

43 Vgl. Julia B. Köhne (Hg.), *Trauma und Film. Inszenierungen eines Nicht-Repräsentierbaren*, Berlin 2012.

44 Edgar Jones und Simon Wessely schildern, wie therapeutische Erfolgsberichte, die zu übertriebenen Behauptungen bezüglich Effektivität neigten, und die Nachkriegsrealität betroffener Kriegshysteriepatienten auseinanderklafften. Vgl. dies., *‘Forward Psychiatry’ in the Military: Its Origins and Effectiveness*, in: *Journal of Traumatic Stress*, 16, 4 (2003), 411–419.

45 Vgl. Köhne, *Das abgedrehte Symptom*, in: dies., *Kriegshysteriker*, wie Anm. 16.

Happy End kurzerhand für überwunden erklärten. Die männliche ärztliche Autorität siegt hier über eine vulnerable krisenhafte soldatische Männlichkeit, indem sie den Patienten – im hypnotischen Halbschlaf – scheinbar einen Weg aus dem Labyrinth der verwirrten Sinneswahrnehmungen weist.

Die Lehrfilme über Narkohypnose und alpträumhafte Halbschlafreisen erfüllten zwei Funktionen. Zum einen können die filmischen Portraits als vermeintlich realitätstreue und Authentizität anstrebende historische Reenactments von Narkosetherapien mit Lehrcharakter betrachtet werden. Insofern fungierten sie als fiktionalisierende Wunschmaschinen, die Drogenschlaf entweder als Allheilmittel, wie annäherungsweise in *PSYCHIATRY IN ACTION* (1943), oder zumindest als essentiell hilfreich vorstellten. Das Versprechen der Heilmethode bestand darin, die ‚verrückte‘ Männlichkeit der Soldaten-Patienten durch die das Sensorium beeinträchtigende Praxis der Narkohypnose geradezurücken und in eine kriegstaugliche Männlichkeit zu verwandeln. Der Clou dabei war, dass traumatische Sinnesverwirrung, die sich in Alpträumen und Trugbildern zeigte, therapeutisch mit Sinnesverwirrung per Hypnose bekämpft werden sollte. Zum anderen liefen die drastischen spielfilmischen Momente und die offene Darstellung des Leidens der „Kriegshysteriker“ oder Narkotisierten Gefahr, aufgrund der versprochenen wohltuenden Wirkweise und medizinethischen Legitimität der eingesetzten Therapiemethode Skepsis beim Filmpublikum zu erzeugen. Vor allem in den beiden US-amerikanischen Beispielen, *PSYCHIATRIC PROCEDURES IN THE COMBAT AREA* (1944) und *COMBAT EXHAUSTION* (1945), wird die Anwendung von Gewalt im Rahmen der Therapiemaßnahmen deutlich. Durch die diachrone Rezeption der Filme stellt sich die Frage, ob Alpträumschlaf als Mittel gegen männliche „Hysterie“ tatsächlich griff, oder ob sich die „Hysteriker“ nicht vielmehr in den Wiederholungsschleifen ihrer Traumatisierung verhedderten. Denn die durch die Gabe von Barbituraten medikamentös verwirrten Sinne der Traumatisierten entfaltetten offensichtlich ein Eigenleben. Für die filmische Ebene bedeutet dies, dass das Erzählende sich in Teilen entzieht. Denn genau wie die Mediziner können auch die Zuschauerinnen und Zuschauer des Films nur das äußere Erscheinungsbild des Patienten und seine Stimme wahrnehmen. Letzterer aber ist vorübergehend Teil einer anderen (Traum-)Realität, was an einen doppelten Boden erinnert, der weder von den innerfilmisch agierenden Mediziner noch vom außerfilmischen Publikum direkt erkundet werden kann. Gerade diese Wahrnehmungsgrenze schien die Kontrollphantasien der begleitenden Mediziner anzuregen. Sie waren durch permanentes suggestives Reden bemüht, das von ihnen initiierte, von den Patienten Wiedererlebte in Schach zu halten. Wiederholt offenbaren die Lehrfilme Phasen, in denen die kommunikative Verbindung zwischen Arzt und Patient abzureißen drohte oder bereits abgerissen war. Dies war nicht zuletzt in dem Medikament selbst begründet, das als Suggestivum eingesetzt Sinne wie Seh- und Hörsinn, die zu einer umfassenden ziel führenden Kommunikation vonnöten sind, teils schärfte, teils aber auch vernebelte. Zudem bildeten überwältigende Sinneswahrnehmungen gerade den Kern dessen, was

auf der Hypnosereise ins Innere der Psyche zugleich revitalisiert und kuriert werden sollte. An dieser Stelle wird für eine sinneshistorische Perspektive klar, dass psychische Prozesse, wie das geschilderte Rückführen, eng mit bewusst wahrgenommenen oder ins Unbewusste hineinspielenden Sinneseindrücken (Stimme des Arztes unter Hypnose) sowie mit damit verbundenen Sinneseinbildungen (paralleles Sinnesregime des Traums, Halluzinationen) verknüpft sind.

„Kriegshysterische“ Symptome in Gestalt verstörter Sinneswahrnehmung sollten hier mit einem akut sinnesverwirrenden Mittel geheilt werden. Dies konnte bei einem Großteil der Fälle nur schief laufen, wie einige Szenen in den Lehrfilmen – mehr oder weniger deutlich im Bild verkörpert – anklingen lassen. Das geplante, konstruktiv-kathartische Wiedererleben der Gewalterfahrungen in der narkohypnotischen Therapie wird in den betreffenden Szenen dem Risiko der Retraumatisierung, Aggravation und Fixierung der Symptomatik gegenübergestellt. Indirekt wurde so preisgegeben, dass realhistorische Narkohypnosensuchen kaum von dauerhaftem Erfolg waren. Die Eingriffe, die von der ‚Durchschlagkraft‘ professioneller Militärpsychiatrie bis hin zur Wiederherstellung nationsstiftender Männlichkeit zeugen sollten, setzten nicht nur die Mündigkeit, Integrität und Würde, sondern auf lange Sicht möglicherweise auch die Gesundheit der Patienten aufs Spiel. Die Filme werfen so unwillentlich die Frage auf, ob Krieg im Allgemeinen und einige militärärztliche Behandlungsformen des Zweiten Weltkriegs im Besonderen als sinnesüberfordernde, menschenunwürdige Prinzipien zu betrachten sind.