



Karoline Großenbach (Darmstadt/Marburg)

**Die Patienten des großherzoglich-hessischen Landeshospitals Hofheim:
Männliche Krankheitsmuster und männliche Erfahrungen in der Psychiatrie des
Vormärz (1821-1849)**

1 Einführung: Die Patienten des Hospitals Hofheim

In diesem Beitrag möchte ich mein Dissertationsprojekt vorstellen, zunächst, indem ich meinen Quellenbestand beschreibe und anschaulich mache, dann, indem ich schildere, wie weit ich mit meinen methodischen Überlegungen bisher gelangt bin. Auf dem Thesenpapier möchte ich insbesondere Probleme und Denkansätze aufzeigen, für die ich noch keine endgültige Form gefunden habe. Meine Arbeit befindet sich mitten im Fluß und verändert sich noch stark, was dem Text sicherlich anzumerken ist. Ich möchte meine Bemühungen zur Diskussion stellen und hoffe auf Anregungen und konstruktive Kritik durch diese Diskussion.

Meine Untersuchung beschäftigt sich mit den Patienten des großherzoglich-hessischen Landeshospitals Hofheim bei Darmstadt, einer der ältesten landesherrlichen Armen- und Krankenfürsorgeeinrichtungen in Deutschland, die sich in der Zeit des Vormärz auf die Versorgung psychisch Kranker spezialisierte. Sie hat zum Ziel, die Geschichte der männlichen Hospitaliten aus dem Blickwinkel der Krankheitsgutachten und der Krankenberichte zu rekonstruieren und Aufschluß über die in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts verbreiteten Erklärungsmuster für psychische Krankheiten und ihre gesellschaftlich bedingten Verflechtungen zu erhalten. Sie untersucht, inwiefern männliche Rollenideale oder Männlichkeitsnormen in der Psychiatrie wirksam waren, ob sie bei der Einschätzung einer Verhaltensweise als „verrückt“ oder „geisteszerrüttet“ angewendet wurden und ob anhand der Verhaltensabweichungen der Kranken indirekt auf diese Maßstäbe von Männlichkeit geschlossen werden kann. Die Kernfrage lautet, ob in den Quellen erkennbar ist, welche Eigenschaften und Verhaltensweisen von einem gesunden Mann erwartet wurden und wie ihr Fehlen bzw. ihr Gegenteil die Feststellung und anschließende Behandlung einer Geisteskrankheit beeinflussten. Diese Fragestellung zielt also auf das sich ändernde Menschen- oder genauer Männerbild dieser Zeit im Sinne von sozialen Rollen ab und fragt nach den gesellschaftlich definierten Aufgaben und dem „Funktionsverhalten“ von Männern als Vertretern ihres Geschlechts. Damit berührt die Untersuchung auch allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen des Vormärz wie die Ausweitung staatlicher Administration oder die wirtschaftliche und soziale Not des Pauperismus, da sich die Auseinandersetzung des einzelnen mit geschlechtsspezifischen Vorgaben auch unter dem Einfluß dieser Entwicklungen und im Spannungsverhältnis mit älteren Traditionen vollzog.



2 Spezifische Angaben zum Quellenbestand

2.1 Zum institutionellen Charakter des Hospitals zwischen Armenhospital und Heilanstalt

Das Hospital Hofheim wurde in der Reformationszeit von Landgraf Philipp dem Großmütigen von Hessen zusammen mit drei Schwesterneinrichtungen in Merxhausen, Haina und Gronau gegründet. Die „Hohen Hospitäler“ Hessens waren die ersten Krankenfürsorgeeinrichtungen in Deutschland, die unter territorialstaatlicher Leitung standen und zugleich nur für Bedürftige aus der Landbevölkerung vorgesehen waren.¹ Hofheim war für den südhessischen Raum eingerichtet worden und ging nach der hessischen Erbteilung im 16. Jahrhundert an die Landgrafschaft Hessen-Darmstadt über, wurde aber zusammen mit den anderen Einrichtungen bis 1810 von einer gesamthessischen Hospitalskommission beaufsichtigt. Vor dem 19. Jahrhundert fanden vor allem chronisch Kranke Aufnahme, für die wenig Hoffnung auf Genesung bestand: alte und gebrechliche, gelähmte, verkrüppelte, blinde oder taubstumme Personen. Der Anteil der psychisch Kranken blieb während der ersten Jahrhunderte unter 50%.² Den Kranken wurde auf eigenen Antrag oder den ihrer Familien unentgeltliche Rezeption gewährt, wenn sie nachweisen konnten, daß sie arbeitsunfähig oder mittellos waren und einen sittlichen und frommen Lebenswandel führten. Das Hospital beherbergte die meisten Pfründner und Pfründnerinnen bis zu ihrem Tod. Das Alltagsleben war von Arbeit, Gottesdiensten und religiösen Andachten geprägt und verlief nach quasi klösterlichen Richtlinien. Der Hospitalmeister stand dem Haus als leitender Beamter vor, unterstützt von einem Geistlichen und mehreren Ökonometriern. Die medizinische Versorgung bei akuten Notfällen übernahmen Bader und Wundärzte aus den Nachbarorten. Seinen Charakter als letzte Zufluchtsstätte für die Ärmsten der Armen behielt das Hospital bis ins 19. Jahrhundert hinein. Vom Ausgang des 18. Jahrhunderts bis zum Ende des Untersuchungszeitraums stieg die Zahl der Hospitaliten von etwa 80 auf über 350. Der Anteil der psychisch Kranken kletterte, bedingt durch eine veränderte Aufnahmepolitik, in die Höhe, während in die Abteilung für Körperkranke seit 1837 keine Personen mehr aufgenommen wurden.³ 1821 wurde erstmals ein hauptberuflicher Hospitalsarzt angestellt, dessen Fachgebiet die Seelenheilkunde war. Seine Amtszeit war einerseits von den engagierten Bemühungen um Neuorganisation des Hospitals, andererseits vom Weiterbestehen der traditionellen Strukturen geprägt, so daß er sich im Spannungsfeld zwischen überkommenen Strategien des Umgangs mit

¹ Literatur zur Geschichte des Hospitals Hofheim: DANNEMANN, A. (1899), *Die psychiatrische Klinik zu Gießen. Ein Beitrag zur praktischen Psychiatrie*, Berlin; ZELLER, Adolf (1904), *Zur Geschichte des Landeshospitals Hofheim*, in: *Philipp der Großmütige. Beiträge zur Geschichte seiner Zeit*. Herausgegeben vom Historischen Verein für das Großherzogtum Hessen, Marburg, S. 405-418; DEMANDT, Karl E. (1980), *Die Anfänge der staatlichen Armen- und Elendenfürsorge in Hessen*, in: *Hessisches Jahrbuch für Landesgeschichte* 30, S. 176 - 235; HEINEMEYER, Walter/PÜNDER, Tilmann (Hg.) (1983), *450 Jahre Psychiatrie in Hessen*, Marburg; VANJA, Christina (1995), *Care of the Insane in the Hospitals of Hesse from the 16th to the 18th Centuries*, in: VIJSELAAR, Joost (1995) (Hg.), *Dolhuizen - Madhouses: Chapters from the History of Madhouses in Europe 1400 - 1800*, Utrecht, S. 67-77; VANJA, Christina (1996), *Madhouses, Children's Wards and Clinics. The Development of Insane Asylums in Germany*, in: FINZSCH, Norbert; JÜTTE, Robert (Hg.) (1996), *Institutions of Confinement: Hospitals, Asylums and Prisons in Western Europe and North America, 1500 - 1900*, Washington D.C., S. 117 - 132.

² VANJA (1995) (wie Anm. 1), S. 71-72.

³ EIGENBRODT, K. Chr. (1816-1818), *Handbuch der Großherzoglich Hessischen Verordnungen vom Jahre 1803 an*, 4 Bde. Darmstadt; RITGEN, Ferdinand A. M. F. v. (1840/1842), *Das Medicinalwesen des Großherzogtums Hessen in seinen gesetzlichen Bestimmungen*, 2 Bde. Darmstadt.



psychischen Krankheiten, wie sie vor allem noch in der ländlichen Welt üblich waren, und neuartigen psychiatrischen Behandlungsansätzen bewegte.

2.2 Begründung des Untersuchungszeitraums

Die Überlieferung des ehemaligen Hospitals - heute Zentrum für Sozialpsychiatrie Riedstadt - gehört zum Archiv des Landeswohlfahrtsverbandes (LWV) Hessen. Dieses Archiv umfaßt einerseits Wirtschafts- und Verwaltungsakten, andererseits medizinische Akten aller Einrichtungen des Landeswohlfahrtsverbandes und wird seit 1986 archivarisches und historisch-fachwissenschaftlich betreut, ausgewertet und weitergeführt. In Riedstadt werden Schriftdokumente der Hofheimer Hospitalsgeschichte seit seiner Gründung im 16. Jahrhundert aufbewahrt. Auch Dokumente über einzelne Hospitalsinsassen seit dieser Zeit sind noch vorhanden, so daß sich die Notwendigkeit ergab, einen sinnvollen zeitlichen Ausschnitt aus der Masse der patientenbezogenen Akten auszuwählen.

(1) Der Untersuchungszeitraum 1821-1849 bot sich zunächst unter sachbezogenen Gesichtspunkten an. Er umfaßt die Amtszeit des ersten hauptberuflich in Hofheim tätigen Hospitalsarztes Franz Ludwig Amelung (1798-1849) und bildet hinsichtlich der Anstaltsorganisation und der therapeutischen Praxis eine in sich geschlossene Einheit.

(2) Dieser Abschnitt wird auch hinsichtlich der wissenschaftlichen Theoriebildung in der Psychiatrie als zusammenhängender Zeitraum verstanden, als Phase, in der sich die Psychiatrie als medizinisches Spezialfach etablierte. Sie war bestimmt durch die Debatte zwischen zwei unterschiedlichen theoretischen Ansätzen, der Richtungen der sogenannten „Psychiker“ und der „Somatiker“, die die psychiatrische Ärzteschaft in zwei Lager teilte.⁴ Amelung, der sich als Somatiker verstand, bezog in dieser Kontroverse mit seinen Veröffentlichungen Stellung.⁵

(3) Auch durch die allgemeine politische, gesellschaftliche und ökonomische Entwicklung des Großherzogtums ist die Herstellung einer chronologischen Einheit gerechtfertigt. Dabei drängt sich vor allem das Stichwort Pauperismus auf, die durch rasches Bevölkerungswachstum einerseits und verzögerte industrielle Entwicklung andererseits bedingte katastrophale Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation der ländlichen Unterschichten zwischen 1815

⁴ „Psychisch“ orientierte Ärzte (Johann Christian August HEINROTH, Wilhelm LEUPOLDT, Karl IDELER u. a.) verstanden Geisteskrankheiten als Erkrankungen der körperlosen unsterblichen Seele und plädierten deshalb vor allem für „moralische“, also erzieherische Behandlungsmethoden, Somatiker (Friedrich NASSE, Maximilian JACOBI, Friedrich BIRD u. a.) nahmen als Ursache körperliche Erkrankungen an, die das Zentralnervensystem und damit auch die Seele in Mitleidenschaft zogen. Geisteskrankheiten mußten deshalb aus ihrer Sicht somatisch behandelt werden. Vgl. BENZENHÖFER, Udo (1993), *Psychiatrie und Anthropologie in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts*, Hürtgenwald, S. 72-73; KUTZER, Michael (1990), *Die Irrenheilanstalten in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts: Anmerkungen zu den therapeutischen Zielsetzungen*, in: GLATZEL, Johann/HAAS, Steffen/SCHOTT, Heinz (Hg.) (1990), *Vom Umgang mit Irren: Beiträge zur Geschichte psychiatrischer Therapeutik*, Regensburg, S. 79-80; ACKERKNECHT, Erwin H. (1985), *Kurze Geschichte der Psychiatrie*, 3. Aufl., Stuttgart, S. 59-62.

⁵ Publikationen in Auswahl: AMELUNG, Franz/BIRD, Friedrich (1832), *Beiträge zur Lehre von den Geisteskrankheiten*, Darmstadt; AMELUNG, Franz (1834), *Bemerkungen über die Einrichtung von Irrenanstalten*, in: HENKES *Zeitschrift für die Staatsarzneikunde* 14, Heft 3, S. 38-92; DERS. (1836), *Bericht über die in den Jahren 1833 und 1834 im Irrenhause Hofheim bei Darmstadt vorgekommenen Krankheitsfälle*, in: Christian SCHMIDT (Hg.), *Jahrbücher der gesamten Medizin* 10, S. 85-101; DERS. (1846/47), *Summarische Übersicht über den Bestand der Hospitaliten im Hospital Hofheim (1844 - 1845)*, in: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch gerichtliche Medizin* 3 u. 4, S. 251-266 u. 41-69.



und 1848.⁶ Indirekte Hinweise auf diese gesellschaftlichen Krisen und Umbrüche finden sich, so die Vermutung, auch im signifikanten Anstieg der Hospitalenzahlen zwischen 1830 und 1848, einem Ansturm von Behandlungs- und Pflegenachfrage, wie ihn das Hospital vorher nicht erlebt hatte.

2.3 Aufbau und Inhalt der Akten

Die ausgewählten Akten führen in eine Zeit, in der das Armenhospital sich allmählich ganz auf Geisteskranke spezialisierte. Der Amtsantritt des 23 Jahre alten Franz Amelung⁷, der die Stelle als Hospitalsarzt bis zu seiner Ermordung durch einen Patienten 1848 innehatte, brachte verschiedene Umbrüche in der Hospitalsorganisation mit sich. In dieser Zeit wurden im Zuge der Reform des großherzoglichen Medizinialwesens neue Verordnungen über Aufnahme- und Entlassungsverfahren sowie die Aufnahmequalifikation der Patienten erlassen, die sich besonders auf Geistes- und Gemütskranke wie „Wahnsinnige“, „Melancholiker“, „Schwach- und Blödsinnige“ und Epilepsiekranken konzentrierten. Diesen Krankengruppen wurde Aufnahme *extra ordinem* gewährleistet, ein Modus, der ihren sofortigen Eintritt in das Hospital ermöglichte, während Patienten mit Starblindheit, Taubstummheit, Hautkrankheiten, Lähmungen und Verkrüppelungen der Gliedmaßen und anderen schweren chronischen Gebrechen *secundum ordinem* aufgenommen, d. h. auf eine Warteliste gesetzt wurden und unter Umständen jahrelang auf ihre tatsächliche Aufnahme warten mußten. Im Einzelfall entschieden die Behörden jedoch auch unabhängig von diesen Kriterien nach Dringlichkeit der Lage. Deshalb kam den pflichtmäßigen physikatsärztlichen Gutachten eine wichtige Bedeutung zu. Die verbeamteten Ärzte der Physikatsbezirke, in die alle Provinzen des Großherzogtums eingeteilt waren und die eine flächendeckende medizinische Grundversorgung der Bevölkerung sichern sollten, untersuchten die Kranken entweder auf deren eigenen Wunsch oder auf Requisition der Kommunal- und Provinzialbehörden und begründeten ihre Aufnahmequalifikation in medizinischer und polizeilicher Hinsicht, d. h. sowohl im Interesse der Kranken, als auch im Interesse der öffentlichen Ordnung.

Die Gutachten sollten zwar bestimmte Informationen vorschriftsmäßig enthalten, weisen aber in der Praxis einen nur geringen Grad der Standardisierung auf und waren in der Gestaltung offensichtlich weitgehend dem einzelnen Schreiber überlassen. Neben knappen, formelhaften

⁶ Zur wirtschaftlichen und sozialen Lage im Großherzogtum Hessen: DEMANDT, Karl E. (1980), *Geschichte des Landes Hessen*, 2. Aufl., Kassel; BOG, Ingomar (1983), Die Industrialisierung Hessens, in: Uwe SCHULTZ (1983) (Hg.): *Geschichte Hessens*, S. 190-203; HAHN, Hans-Werner (1986), Der hessische Wirtschaftsraum im 19. Jahrhundert, in: Walter HEINEMEYER (1986) (Hg.), *Das Werden Hessens*, Marburg, S. 389-429; FLECK, Peter (1982), *Agrarreform in Hessen-Darmstadt. Agrarverfassung, Reformdiskussion und Grundlastenablösung 1770 - 1860*, Darmstadt.

⁷ Franz Ludwig Amelung, geb. 28.05.1798 in Bickenbach/Bergstraße, gest. 19.04.1849 im Hospital Hofheim; der Vater, Karl Chr. Gottlieb Amelung (1769-1823), war Oberstabsarzt und Großherzoglicher Militärsanitätsdirektor, seine Mutter war eine Schwester von Chr. W. Hufeland (1762-1836), Kgl. Preußischem Leibarzt und Medizinalrat; Amelung wuchs in Darmstadt auf, studierte in Jena und Berlin Medizin, legte die preußische Staatsprüfung als Medizinalbeamter ab und unternahm 1820 eine längere Studienreise durch Frankreich, die Schweiz und Italien. Nach Ablegung einer weiteren Prüfung durch das Medizinalkollegium in Darmstadt wurde er am 01.10.1821 als Hospitalarzt in Hofheim angestellt. 1834 wurde er zum Direktor der Anstalt mit dem Titel Medizinalrat ernannt und blieb in dieser Position bis zu seiner Ermordung durch einen Patienten tätig. BIRD, Friedrich (1851), Dr. Ludwig Franz Amelung, in: *Neuer Nekrolog der Deutschen* Jg. 27 (1849), Erster Teil, S. 300-304; KIRCHHOFF, Theodor (1921), *Deutsche Irrenärzte: Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens*, Bd.1, S. 176-178.



Bescheinigungen gibt es sehr ausführliche Beispiele, die den Sachverhalt von allen Seiten beleuchten. Dabei verstanden die Ärzte die einzelnen Fälle als Geschichten oder als kurze Biographien der Patienten. In den ausführlichen Gutachten tauchen wiederkehrend unterschiedliche Modi des Berichtens auf: Beschreibungen der konstitutionellen und Temperamenteigenschaften der Kranken, ihrer körperlichen Verfassung und ihres allgemeinen Verhaltens wechseln mit Abrissen der Lebensgeschichte und ihren einschneidenden Ereignissen. Zurückliegenden Erkrankungen werden ebenso erwähnt wie Ausbildung, beruflichen Tätigkeit und persönliche Position im Rahmen der Dorfgemeinschaft oder der Familie. Dramatische szenische Schlaglichter kommen vor, wenn der Arzt den Augenblick schildert, in dem er den Kranken zum ersten Mal zu Gesicht bekam, gefolgt von den Ergebnissen seiner Untersuchung und Befragung. Die Aussagen verlässlicher Zeugen aus dem Umfeld werden dem gegenüber gestellt, was der Arzt selbst beobachten konnte. Zustandsbeschreibungen, erzählende Passagen und Mutmaßungen über Krankheitsursachen und -auslöser wechseln also in den Gutachten ab. Oft wird jeder Phase der Erkrankung genauestens nachgegangen, da offensichtlich kein Krankheitsverlauf wirklich berechenbar und verallgemeinerbar erschien. Schließlich führte Amelung Anfang der dreißiger Jahre auch Fragebögen ein, die die Physikatsärzte auszufüllen hatten. Sie erheben zunächst Personaldaten (Name, Stand, Herkunftsort, Konfession) und Körper- und Temperamentsmerkmale (Alter, Konstitution, Temperament,⁸ besondere Merkmale und Fähigkeiten). Danach wenden sie sich den Entstehungsbedingungen und Erscheinungen der Krankheit zu (Dauer, Hupterscheinungen, auslösende Ursachen, Reden und Handlungen, sittliches Benehmen, somatische Erscheinungen) und verlangen als eine Art Fazit die Einordnung der Falles in ein Diagnoseschema, an dem sich die von Amelung favorisierte Krankheitssystematik erkennen läßt. Abschließend wurden bereits vorgenommene Behandlung und Arzneimittelgaben abgefragt. Auch diese Fragebögen füllten die Ärzte relativ individuell aus und setzten mitunter langwierige Erläuterungen in die Rubriken ein, um die Krankheitsgeschichte des jeweiligen Patienten anschaulich zu machen.

2.4 Zur Arbeitsmethode der elektronischen Datenerfassung

Zur Art der Datenerfassung sollen an dieser Stelle nur einige kurze Angaben gemacht werden. Der Bestand, der noch nicht verzeichnet ist, umfaßt ca. 1.500 Akten, davon enthalten schätzungsweise 70% ein Krankheitsgutachten, bei den übrigen sind nur noch Aktenteile wie Aufnahmereskripte, Entlassungsscheine, Berichte von Amelung, Korrespondenzen mit unterschiedlichen Behörden, oder gelegentlich Privatbriefe vorhanden. Mit meiner Sichtung betreibe ich also gleichzeitig eine erste Bestandserfassung mithilfe des Archivierungsprogramms LARS, die hoffentlich später dem Archiv weiterhin nutzbar bleiben wird. Dieses Datenbanksystem hat den Vorteil, daß sich numerische und Texteingaben zwanglos miteinander verknüpfen lassen und die Aufnahme längerer Textzitate ohne weiteres möglich ist. Ich erfasse alle Akten, also auch die der Frauen, die im Schnitt etwa 40-45% ausmachen, um

⁸ Temperamentsmerkmale wie „cholertisch“, „melancholisch“, „phlegmatisch“ oder „sanguinisch“ bezogen sich auf humoralpathologische Lehren, denen zufolge vier Körpersäfte (Blut, Schleim, gelbe Galle, schwarze Galle) und vier Säftequalitäten (trocken, feucht, heiß, kalt) in jeweils typischer Kombination nicht nur Gesundheit und Krankheit, sondern auch die individuelle körperliche Konstitution und die Charaktereigenschaften eines Menschen bestimmten. ACKERKNECHT, Erwin H. (1992), *Geschichte der Medizin*, 7. Aufl., Stuttgart, S. 38f., 52f; LEIBBRAND, Werner/LEIBBRAND-WETTLEY, Annemarie (1964), *Kompendium der Medizingeschichte*, München, S. 40-42, 50-57.



Vergleichsmöglichkeiten zu haben. Auf diese Weise soll eine kombinierte quantitative und qualitative Auswertung der Akten möglich sein. In dieser Hinsicht haben sich z. B. die Arbeiten von Frau HÄHNER-ROMBACH und Johanna BLEKER u. a. einerseits, von Maren LORENZ andererseits als wichtige Anregungen erwiesen.⁹

3 Theoretischer und methodische Ansatz

Der theoretisch-methodische Ansatz der Arbeit ist ein dreifacher, und diesen Dreierschritt habe ich im Arbeitstitel wiederzugeben versucht. (1) Erstens werden historische Krankheitsmuster der frühen Psychiatrie analysiert, für die das methodische Konzept der **Sozialen Konstruktion von Krankheit** und Gesundheit entscheidende Bedeutung hat. (2) Zweitens werden Probleme der Definition und Umsetzung von Männlichkeit thematisiert, die in den Kontext der derzeit aktuellen **Männergeschichte** gestellt werden müssen. (3) Drittens geht es um die Erarbeitung lebensweltlicher Erfahrungen im Zusammenhang mit psychischen Störungen, für die sich der subjektiv orientierte Zugang der **Patientengeschichte** anbietet. Ein wichtiger Verknüpfungspunkt aller drei Zugangsweisen ergibt sich mit der Frage, wie ein sinnvoller Zusammenhang zwischen der Sicht der Ärzte und ihren zeittypischen Krankheitsmustern und den in den Krankenberichten geschilderten Lebensgeschichten der Patienten hergestellt werden kann. Dabei lassen sich die beiden Komplexe der Krankheitskonstruktion und der Männergeschichte im dritten, der Patientengeschichte, bündeln. Um einen Patienten in seinem subjektiven Krankheitserleben und seinen subjektiven Bewältigungsstrategien erfassen zu können, muß ich ihm in seiner zeittypischen Bewertung als psychisch Krankem, gleichzeitig aber auch in seiner zeittypischen Bewertung als Person männlichen Geschlechts gerecht werden. Mit einigen vorläufigen Überlegungen zu allen drei Forschungsfeldern möchte ich diesen Dreierschritt nun erläutern.

3.1 Soziale Konstruktion von Geisteskrankheiten

Das Konzept der Sozialen Konstruktion von Krankheit betrifft einen in der Medizingeschichte in den letzten Jahren oft diskutierten Ansatz, der sich aus der Wissenssoziologie¹⁰ entwickelt hat. Er wendet sich gegen die noch immer vorhandene Tendenz in der Medizingeschichte, Krankheiten als unveränderliche natürliche Gegebenheiten zu betrachten und historische Krankheitsbeschreibungen und -erklärungen dementsprechend als nur vorläufig und der „Realität“, die mit dem modernen Wissensstand gleichgesetzt wird, nur mehr oder weniger nahekommend zu bewerten. Naturwissenschaftlich fundiertes Wissen genießt damit einen privilegierten Status gegenüber anderen Wissenssystemen und erscheint als unhinterfragbarer Bewertungsmaßstab. Soziale und kulturelle Faktoren, die die historischen Erklärungsansätze beeinflussen, finden jedoch keine Berücksichtigung. Demgegenüber lehnt das sozialkonstruktionistische Konzept die Annahme ab, naturwissenschaftliche Krankheitsauffassungen entsprächen tatsächlich der Realität von

⁹ LITERATURANGABEN

¹⁰ SCHLICH, Thomas (1998), Wissenschaft: Die Herstellung wissenschaftlicher Fakten als Thema der Geschichtsforschung, in: PAUL, Norbert/SCHLICH, Thomas (Hg.), *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*, Frankfurt - New York, S. 112.



Krankheit, und verneint überhaupt die Möglichkeit, Krankheitserklärungen direkt aus der Natur ablesen zu können. Aus dieser Perspektive sind alle Erklärungsansätze von sozialen und kulturellen Faktoren abhängig, die sich im Verlauf der Geschichte wandeln und auf jeweils spezifische Weise einzelne Beobachtungen und Phänomene benennen, verknüpfen und mit Deutungen versehen.¹¹ Um also einem historischen Erklärungsmuster für eine bestimmte Krankheit bzw. einer Krankheitseinheit¹² gerecht zu werden, muß man immer in Rechnung stellen, daß die damaligen Wissenschaftler eine andere, aber nicht schwächere Logik und Folgerichtigkeit anwendeten. Man muß versuchen, „die Inhalte in der Rationalität ihrer Zeit zu erfassen“¹³ und auf eine Bewertung von „richtig“ oder „falsch“ bewußt verzichten. Das gilt ebenso für das sog. Primärerleben, das Krankheitserleben durch die betroffenen Personen selbst, die ihre Empfindungen und ihr Körpergefühl unter dem Einfluß der Krankheit ebenfalls nur innerhalb ihres kulturellen und sozialen Bezugsrahmens, nicht aber in einer allgemeingültigen, unveränderlichen Form ausdrücken können, u. a., weil schon die Sprache, die sie dazu verwenden, von ihrem Bezugsrahmen abhängig ist.¹⁴

Im Zusammenhang damit steht auch das Problem der retrospektiven Diagnosen, der Anwendung moderner diagnostischer Methoden und Begriffe auf Krankheitsbeschreibungen in historischen Quellen (bezogen auf die Krankheiten berühmter Einzelpersonen oder auf epidemisch verbreitete Infektionskrankheiten - die historischen Seuchenzüge), die auf effektvolle Weise den Eindruck hervorrufen kann, historische Fragestellungen mithilfe modernen Wissens lösen zu können. Da jedoch die Identifizierung von Krankheitseinheiten in jedem wissenschaftlichen Denksystem ein kontingenter, d. h. in sich geschlossener, nur begrenzt anwendbarer Erklärungsansatz ist, gilt auch hier, daß jede Übertragung vom einen ins andere System, etwa in Form einer retrospektiven Diagnose oder „historischen Ferndiagnose“ mehr oder weniger spekulativ bleiben muß.¹⁵ Hinsichtlich psychischer Krankheitsmuster gewinnt der Sozialkonstruktivismus m. E. zusätzliche Überzeugungskraft durch die Tatsache, daß die Psychiatrie ein Fachgebiet ist, auf dem auch heute noch ganz unterschiedliche theoretische Konzepte und Erklärungsansätze nebeneinander bestehen oder - im naturwissenschaftlichen Sinn gesprochen - viele Fragen noch nicht gelöst sind.

Ein Problem vieler vorliegender historischen Analysen von Geisteskrankheiten besteht darin, daß sozialkonstruktivistische Interpretationen sich hier, vereinfacht gesprochen, schnell auf ein „Entweder - Oder“ zuspitzen können. Nicht so sehr die Details eines Krankheitsfalles und seiner Interpretation interessieren, sondern tendenziell drängt sich aus heutiger Perspektive nur die Frage in den Vordergrund: War die betreffende Person überhaupt geisteskrank oder wurde sie nur dazu erklärt? Die Versuchung, diese Frage nur aus dem eigenen Blickwinkel zu beantworten und die Beurteilung der historischen Beobachter anzuzweifeln, ist hier besonders groß, da die Indikatoren psychischer Störungen, absonderliche Verhaltensweisen, besonders ambivalent und ihre Toleranzbereiche besonders abhängig von den jeweiligen sozialen und kulturellen Gegebenheiten sind. Das kann dazu führen, daß man sich verpflichtet fühlt, in diesem Fall weniger die Logik der zugewiesenen Krankheitseinheit als die innere Logik des Verhaltens des

¹¹ Ebd., S. 114-115. Vgl. auch BLEKER, Johanna/BRINKSCHULTE, Eva/GROSSE, Pascal (Hg.) (1995), *Kranke und Krankheiten im Juliusspital zu Würzburg 1819-1829: zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland* (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 72), Husum, S. 75-80.

BLEKER demonstriert dies hier am Beispiel der Allgemeinen Krankheitslehre von Johann Lucas SCHÖNLEIN.

¹² LEVEN, Karl-Heinz, *Krankheiten: Historische Deutung versus retrospektive Diagnose*, in: PAUL, Norber/SCHLICH, Thomas (1998) (wie Am. 9), S. 161.

¹³ SCHLICH, S. 111.

¹⁴ LEVEN, S. 157-159.

¹⁵ Ebd., S. 179-180.



Kranken aufzudecken, was wiederum zu der verkürzten Schlußfolgerung verleiten kann, die historische Diagnose beruhe auf einem Irrtum oder gar auf der Verdrehung der Tatsachen durch die beobachtenden Ärzte.¹⁶ Als wirksames Gegenmittel kann hier gelten, die Auseinandersetzung zwischen Patient und Arzt oder Institution, zwischen abweichender Einzelperson und gesellschaftlichen Normen nicht als eindimensionales starres Schema, sondern als Prozeß mit gegenseitigen Wechselwirkungen zu verstehen.

3.2 Probleme der Patientengeschichtsschreibung

Medizingeschichte war lange Zeit vor allem die Geschichte der modernen, naturwissenschaftlich ausgerichteten Fachwissenschaft, ihrer berühmten Vertreter und Entdeckungen. Auch die Psychiatriegeschichte neigte dazu, die Versorgung und Behandlung psychisch Kranker nur im Licht wissenschaftlichen Fortschritts und verbesserter Fürsorgestrukturen zu beurteilen. Seit den 1970er Jahren hat sich demgegenüber ein neues Paradigma durchgesetzt. Die Sozialgeschichte der Medizin¹⁷ richtet ihren Blick auf den gesamten medizinische Versorgung vergangener Jahrhunderte, einschließlich der handwerklich ausgebildeten Bader, Chirurgen und Laienheiler. In der Psychiatriegeschichte, in der sich Einflüsse der Antipsychiatriebewegung niederschlugen, wurde nun besonders auf die Schattenseiten und Nachteile der medizinisch orientierten Anstaltspsychiatrie aufmerksam gemacht. Sie sah die Patienten in den Anstalten als Opfer gesellschaftlicher Prinzipien, des kapitalistischen Systems oder des Patriarchats, die keine eigenwilligen, abweichenden Lebensentwürfe geduldet hätten.¹⁸

Beide Richtungen, sowohl die traditionelle, teilweise aber auch die kritische, sozialgeschichtlich ausgerichteten Psychiatriegeschichtsschreibung legten ihre Aufmerksamkeit bisher meistens auf wissenschaftliche Entwicklungen, institutionelle Strukturen und auf Denken und Handeln der mit ihnen befaßten Wissenschaftler, Mediziner und Verwaltungsbeamten.

Ein Neuansatz im Rahmen einer umfassenden Sozialgeschichte der Medizin stellt demgegenüber in der Patientengeschichte die Betrachtung der kranken Menschen und ihres Umgangs mit dem Leiden in den Mittelpunkt. Patientengeschichte hat sich zum Ziel gesetzt, Zugang zu den

¹⁶ Dies soll mit einem Beispiel illustriert werden. So zeigt sich die Vorgehensweise, die Ärzte und ihre Krankheitsdiagnosen psychohistorisch zu durchleuchten, bei GOLDBERG von einer problematischen Seite. Sie diskutiert Fälle der Frauenkrankheit Nymphomanie aus der Zeit zwischen 1815 und 1848 in der Anstalt Eberbach (Nassau) und erkennt in ihnen die Wirkung eines grundsätzlichen Mißverständnisses zwischen Patientinnen und Ärzten. Die erkrankten Frauen hätten mit ihrem Verhalten etwas anderes zum Ausdruck bringen wollen, als die Ärzte ihnen unterstellten, wobei diese Aussagen sich nicht unbedingt im Bereich des Pathologischen bewegt hätten. So müsse bei der Schilderung sexuell besonders freizügiger und provokativer Gesten von Seiten der Frauen das eigene uneingestandene sexuelle Angesprochensein der Ärzte berücksichtigt werden, das mit dazu beigetragen habe, diese Signale zu pathologisieren (GOLDBERG, S. 76-77). Hierbei scheinen mir Standesunterschiede und andere soziale Barrieren zwischen Arzt und Patientin nicht genügend berücksichtigt worden zu sein. Außerdem gehen Erklärungsversuche dieser Art meiner Ansicht nach zu großzügig mit den spekulativen Unsicherheiten der Quellenlage um, die meist so oder auch anders gedeutet werden könnten und keine Präferenz der einen oder anderen Deutungsweise zulassen.

¹⁷ JÜTTE, Robert (1990), Sozialgeschichte der Medizin: Inhalte - Methoden - Ziele, in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 9, S. 149-164.

¹⁸ Die drei wichtigsten Monographien zur deutschen Psychiatriegeschichte im 19. Jahrhundert sind noch immer: DÖRNER, Klaus (1975), *Bürger und Irre: zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*, Frankfurt am Main; BLASIUS, Dirk (1980), *Der verwaltete Wahnsinn: eine Sozialgeschichte des Irrenhauses*, Frankfurt am Main; KAUFMANN, Doris (1995), *Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die „Erfindung“ der Psychiatrie in Deutschland 1770-1850*, Göttingen.



„Wahrnehmungsmustern, Deutungsmustern und Handlungsmustern“ der Kranken zu erhalten.¹⁹ Das bedeutet, sich auf die Suche nach den Spuren zu machen, die deren eigene Auseinandersetzung mit Krankheit in den Quellen hinterlassen haben. Dies geschah in den bisher vorliegenden Studien vor allem anhand von Briefen, Tagebüchern und anderen Selbstzeugnissen von Angehörigen der gehobenen Schichten.²⁰ Der Umgang „einfacher“ Menschen mit Krankheiten, zumal mit psychischen Störungen, ihre Erklärungsversuche und ihre Haltung gegenüber der institutionellen Behandlung und Pflege sind dagegen bisher kaum erforscht worden.

Mit dem Aushängeschild „Patientengeschichte“ habe ich mir also das Ziel gesetzt, mich der Perspektive und dem subjektiven Erleben der Hofheimer Kranken, deren überwiegende Mehrheit aus den Landgemeinden des Großherzogtums stammte, anzunähern. Dem steht jedoch das Problem entgegen, daß die Quellen, die einzelnen Dokumente in den Patientenakten, nur in sehr seltenen Ausnahmen von den Patienten selbst geschrieben wurden. In keinem Fall behandelten sie, so weit es die bis jetzt gesichteten Akten angeht, individuelle Aspekte ihrer Krankheit, ihrer Stimmung oder ihres Erlebens. In den meist kurzen Briefchen thematisieren die Patienten vielmehr recht prosaische Dinge, bitten um die Regelung noch unerledigter finanzieller Angelegenheiten oder um kleine Vergünstigungen bei der Kost oder beim freien Ausgang. In den Aufnahmegesuchen, die in den Jahrhunderten zuvor noch üblich gewesen waren, im Vormärz aber kaum noch in den Akten des Hospitals auftauchen, schildern manche Kranken ihre schwierige materielle Situation in ganz ähnlicher Weise wie die gutachtenden Ärzte oder die Ortsbehörden, denen an einer Aufnahme gelegen war. Alle anderen Selbstaussagen, und auch diese sind immer noch eher selten, werden nur indirekt durch die Ärzte vermittelt, deren eigene Wertung dieser Aussagen die Wiedergabe oft überlagert. Daneben tauchen natürlich auch Kranke auf, mit denen eine geordnete Kommunikation in Form eines Gesprächs nicht mehr möglich war. Ihre Ansichten und Reaktionen sind noch viel schwieriger ablesbar und können, wenn überhaupt, nur noch aus nonverbalen Äußerungen rekonstruiert werden.

Das größte Problem bei „historischen“ psychischen Krankheitsfällen wäre also, wie man meinen könnte, daß aus der Darstellung der Kranken in den Quellen nur noch „insanity itself“ spreche - wie Ann Goldberg es in ihrer Dissertation bezeichnet hat. Sie fügt jedoch hinzu, daß ein Kranker seine Wahrnehmung und sein Erleben, auch wenn es wahnhaft verschoben sei, immer noch mithilfe der sozialen und kulturellen Begriffe (Sprache, „Symbole“) seiner Lebenswelt ausgedrückt habe. Das, was als Kennzeichen der Geisteskrankheit identifiziert worden sei, habe nicht die Sprache der Kranken selbst, sondern nur ihre falsche und widersprüchliche Verwendungsweise betroffen, die den offensichtlichen Intentionen ihres Verhaltens entgegengewirkt habe.²¹ Dem glaube ich mich anschließen und hinzufügen zu können, daß jeder Kranke immer noch eine eigene Rationalität außerhalb und abgesehen von seiner Erkrankung besitzt, und daß jeder Kranke seine durch die Krankheit verschobene Wahrnehmung zu

¹⁹ PORTER, Roy (1985), The Patient's View. Doing Medical History from Below, in: *Theory and Society* 14, S. 175-198; ERNST, Katharina (1999), Patientengeschichte: Die kulturhistorische Wende der Medizinhistoriographie, in: BRÖER, Ralf (Hg.) (1999), *Eine Wissenschaft emanzipiert sich: die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne*, Pfaffenweiler, S. 99; WOLFF, Eberhard (1998), Perspektiven der Patientengeschichtsschreibung, in: PAUL, Norbert/SCHLICH, Thomas (1998) (wie Anm. 9), S. 319-323.

²⁰ LACHMUND, Jens/STOLLBERG, Gunnar (1995), *Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien*, Opladen; STOLLBERG, Michael (1996), Mein äskulapisches Orakel!: Patientenbriefe als Quelle einer Kulturgeschichte der Krankheitserfahrung im 18. Jahrhundert, in: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* 7, S. 385-404.

²¹ GOLDBERG, S. 20-22.



kompensieren versucht. Das bedeutet, daß auch die überlieferten Selbstaussagen und Verhaltensmuster soziale Aussagekraft besaßen und für eine historisch-kritische Analyse verwertbar sind.

Vergegenwärtigt man sich die Entstehungsbedingungen der Physikatsgutachten, fällt ins Auge, daß sie aus mehreren Komponenten zusammengesetzt waren. Neben den eigenen Beobachtungen des Arztes waren es vor allem die Aussagen der Angehörigen und der Personen aus dem Lebensumfeld der Kranken, aus denen sich die Krankengeschichten in Form von Rückprojektionen entwickelten. Welche Verhaltensäußerungen im Rückblick zur Pathologie der Krankheit gehörten und welche nicht, entschieden zunächst sie durch die Auswahl ihrer Angaben. Der Arzt griff steuernd in diesen Rekonstruktionsprozeß ein und konnte durch gezieltes Nachfragen und seine fachspezifischen Schlußfolgerungen der Krankengeschichte seinen Stempel aufdrücken. Es ist aber doch der Überlegung wert, wie verbindlich schon die Krankheitseinheit war, die die Angehörigen und übrigen Laien herstellten - auch bei ihnen lag Deutungsmacht über den geistigen Zustand des Kranken, und zwar eine Deutungsmacht, gegen die die Ärzte zuweilen auch angehen mußten. Ähnliches galt, in abgeschwächtem Maß und in selteneren Fällen auch für die Kranken selbst, wenn sie noch in der Lage waren, mit dem Arzt zu sprechen, und auf die ihnen im Krankenexamen gestellten Fragen Antwort zu geben. Bewegten sich die Auskünfte, die sie geben konnten, auf einer rationalen Ebene, in die der Arzt sich noch hineinzusetzen in der Lage war, die er also als möglichst normal und vernünftig anerkannte, hatten sie größere Chancen, bei seiner Beurteilung des Krankheitszustandes in ihrem Gehalt berücksichtigt und nicht einfach als „verkehrte Reden“ oder „fixe Ideen“ abgetan zu werden. Die Feststellung einer Geisteskrankheit vollzog sich also nicht in einem eindimensionalen Arzt-Patienten-Verhältnis²² sondern in einem ausgedehnten Kommunikationsnetz, das auch Familie und Nachbarschaft der Kranken in die Auseinandersetzung mit einbezog, und weist damit schon wieder über den Begriff der Patientenorientierung hinaus.

3.3 Psychiatriegeschichte als Männergeschichte

Die Frage nach Geschlechterverhältnissen und geschlechtsspezifischen Erklärungsmustern drängt sich bei einer patientenorientierten Psychiatriegeschichte in besonderer Weise auf. Mein Interesse richtet sich auf männlichen Patienten, die im Gegensatz zu Patientinnen bisher kaum von der Forschung beachtet wurden,²³ so daß hier noch großer Forschungsbedarf besteht. Die bisherigen Publikationen über „weibliche“ Psychiatriegeschichte innerhalb der Frauen- und Geschlechtergeschichte verweisen immer wieder darauf, daß Wahnsinn in der gesellschaftlichen Deutung und Praxis immer auf einem breiten und unsicheren Übergangsbereich zwischen Pathologisierung und Kriminalisierung ansiedelt worden sei und sich in den Fällen vieler Patientinnen verschiedene soziale Faktoren, Armut, Abhängigkeit, Kriminalität und Krankheit

²² SCHOTT, Heinz (1993), Das Arzt-Patient-Verhältnis zwischen Aufklärung und Romantik, in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 12, S. 9-20.

²³ Die Standardwerke der sozialgeschichtlich orientierten Psychiatriegeschichtsschreibung, angefangen bei Michel FOUCAULT (1996), *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*, 12. Auf., Frankfurt am Main, legen ihr Augenmerk nicht auf die geschlechtsspezifische Bewertung und Interpretation psychischer Leiden, sondern betonen eher die sozialen Ungleichheiten. - In Richtung Männergeschichte weist z. B. KIENITZ, Sabine (1999), Die Kastrierten des Krieges. Körperbilder und Männlichkeitskonstruktionen in und nach dem Ersten Weltkrieg, in: *Zeitschrift für Volkskunde* 99/I, S. 63-82.



überlagert hätten. Sie konnten im Verlauf der Lebensgeschichte dieser Frauen komplizierte Verflechtungen eingehen, die schließlich dazu führten, daß diese behördlich erfaßt und in eine der zuständigen Institutionen, Hospital, Gefängnis, Arbeitshaus oder Tollhaus gelangten, die von der Forschung oft als Orte einer rigiden Sozialdisziplinierung gesehen werden.²⁴ Als der wichtigste dieser stigmatisierenden Faktoren wird immer wieder die Geschlechtszugehörigkeit der Patientinnen genannt, die es ihnen doppelt schwer gemacht habe, sich gegenüber den Ordnungsabsichten der Administration und der wachsenden Deutungsmacht der Medizin zu behaupten, ein Vorgang der überall auf dem Gebiet der Medizin wiederentdeckt wurde.²⁵ Typisch weibliche, auf Frauen zugeschnittene Krankheitsmuster hätten es ermöglicht, ihre Erkrankungen ganz aus ihrer angeblichen Geschlechtsnatur heraus zu erklären und andere Verursachungsfaktoren unbeachtet zu lassen.²⁶ Dabei vertrat die Medizin auch immer wieder die Behauptung, Frauen seien aufgrund ihrer natürlichen weiblichen Veranlagung besonders anfällig für psychische Krankheiten.²⁷

²⁴ Zur Relativierung dieser Kritik, die sich selbst dem Vorwurf ausgesetzt hat, zu unkritisch und einseitig zu sein, hat Christina VANJA viel beigetragen, die immer wieder darauf hinweist, daß Einrichtungen wie die Hessischen Hospitäler und späteren Heil- und Pflegeanstalten nicht nur Instrumente der Repression waren, sondern vielen Patienten und Patientinnen in erster Linie Schutz und Unterstützung boten, da ihre Aufnahme oft eine Frage des bloßen Überlebens war. Dazu vor allem VANJA, Christina (1990), *Das Tollenkloster Haina. Ein Hospital in Reisebeschreibungen um 1800*, in: Ingrid Matschinegg u. a. (Hg.) (1990), *Von Menschen und ihren Zeichen (Sozialhistorische Untersuchungen zu Spätmittelalter und Neuzeit)*, Bielefeld; DIES. (1991), *Die frühneuzeitliche Entwicklung des psychiatrischen Anstaltswesens am Beispiel Haina/Hessen*, in: G. WAHL/W. SCHMITT (Hg.), *Heilen - Verwahren - Vernichten (Mochentaler Gespräche Bd. 2)*, Ehingen/Donau, S. 29-44.

²⁵ Literatur zum allgemeinen Prozeß der Professionalisierung in der Medizin und der Verdrängung und Marginalisierung der Frauen: FREVERT, Ute (1982), *Frauen und Ärzte im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert: Zur Sozialgeschichte eines Gewaltverhältnisses*, in: Annette KUHN, Jörn RÜSEN (Hg.), *Frauen in der Geschichte II*, Düsseldorf; FISCHER-HOMBERGER, Esther (1984), *Krankheit Frau: zur Geschichte der Einbildungen*, Darmstadt; HUERKAMP, Claudia (1985), *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert: Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten - Das Beispiel Preußens* (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Bd. 68), Göttingen; DUDEN, Barbara (1987), *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patienten um 1730*, Stuttgart.

²⁶ Beispielhaft ist der Diskurs über die Frauenkrankheit Nymphomanie. Dazu: GOLDBERG, Ann E. (1998) *Institutionalizing Female Sexual Deviancy: Woman, Rural Society an the Insane Asylum in Nassau, 1815-1849*, in: BLÄNKLE, R.; JUSSEN, B. (Hg.) (1998), *Institutionen und Ereignis. Über historische Praktiken und Vorstellungen gesellschaftlichen Ordners*, S. 275-293, Göttingen; BÖNSCH, Judith (1998), *Die Konstruktion der Nymphomanie als Figur der Sexualität im 18. Jahrhundert in Frankreich*, in: *Frühneuzeit-Info* 9, Heft1, S. 7-26; LORENZ, Maren (1996), *Begehren als Krankheit oder die wahnsinnige Lust des Weibes*, in: *Kuckuck: Notizen zu Alltagskultur und Volkskunde* 1, S. 29-34.

²⁷ Dies ist beispielsweise eine Hauptthese von SHOWALTER, Elaine, (1987), *The Female Malady: Women, Madness, and English Culture, 1830 - 1980*, London; RIPA, Yannick (1990), *Women and Madness: the Incarceration of Women in Nineteenth-Century France*, Oxford; MacDonald, Michael (1986), *Women and Madness in Tudor and Stuart England*, in: *Social Research* 53, Nr. 3, S. 261-281, SMITH-ROSENBERG, Caroll (1984), 'Weibliche Hysterie': Geschlechtsrollen und Rollenkonflikte in der amerikanischen Familie des 19. Jahrhunderts, in: *Listen der Ohnmacht. Zur Sozialgeschichte weiblicher Widerstandsformen*, hrsg. v. Claudia HONEGGER und Bettina HEINTZ, Frankfurt am Main, S. 191-215. Ähnlich für die deutsche Psychiatriegeschichte LORENZ, Maren (1999), *Kriminelle Körper - gestörte Gemüter: die Normierung des Individuums in Gerichtsmedizin und Psychiatrie der Aufklärung*, Hamburg; KAUFMANN, Doris (1990), 'Hartnäckiger Eigensinn' oder 'temporeller Wahnsinn': der Fall der Witwe Anna K., in: *Journal Geschichte* 4, S. 46-59; HÄHNER-ROMBACH, Sylvelyn (1993), *Arm, weiblich - wahnsinnig? Patientinnen der Königlichen Heilanstalt Zwiefalten im Spiegel der Einweisungsgutachten von 1812 bis 1871*, Zwiefalten, und v.a. die Dissertation von GOLDBERG, Ann E. (1992), *A social Analysis of Insanity in nineteenth-century Germany: sexuality, delinquency and antisemitism in the records of the Eberbach Asylum*, Los Angeles. Sie rechnet ihre Arbeit zur kritischen „revisionistischen“ Psychiatriegeschichtsschreibung und geht strikt von der sozialen Konstruiertheit psychischer Krankheitsmuster aus, denen die Realität nicht entsprechen mußte und die dazu benutzt wurden, Verhaltensweisen, die nicht mit den normativen moralischen Vorstellungen bürgerlicher Prägung in Einklang standen, zu pathologisieren und ihre eigentlichen sozioökonomischen Ursachen (z. B. Armut oder Antisemitismus) zu verschleiern. - Vehement gegen die sozialkonstruktionistisch- sozialdisziplinierende These wendet sich Edward SHORTER als „Neoapologist“. DERS. (1999), *Geschichte der Psychiatrie, Berlin*, Vorwort, S. 7-11. Er sieht schwere psychische Krankheiten strikt als biologische Realitäten - leichtere psychische Störungen dagegen erscheinen in



In der Forschungsliteratur wird immer wieder darauf hingewiesen, daß diese Schemata sich erst mit dem Beginn des bürgerlichen Zeitalters ausgeprägten und verfestigten, als die strikte dualistische Unterscheidung der Geschlechter und diverse damit verbundene Einordnungen in die Sphären der Öffentlichkeit versus Privatheit oder Rationalität versus Emotionalität auf eine durch Anatomie und Physiologie untermauerte Grundlage gestellt und zur unumstößlichen Naturgesetzlichkeit erklärt worden sei.²⁸ Deshalb beziehe ich mich, wenn von Geschlechterverhältnissen die Rede ist, immer ausdrücklich auf diesen in der Aufklärung entstandenen und in Restauration und Vormärz voll entfalteten Diskurs.

Männer als Geschlechtswesen sind dagegen von der Geschichtsschreibung bisher nur selten beachtet worden, obgleich die Geschlechtergeschichte schon früh die Erforschung beider Geschlechter, ihrer Korrespondenz und Wechselwirkungen gefordert hatte.²⁹ Inzwischen ist aber die Bedeutung und Vielseitigkeit des neuen Forschungsfeldes Männergeschichte oder historische Männerforschung erkannt worden.³⁰ Das Interesse richtet sich zwar in erster Linie auf Ausbildung und Ausübung männlicher Herrschaft und ihre kulturell und wissenschaftlich kodierte Absicherung, es ist aber ein Gespür dafür entstanden, daß auch Frauen dominante Positionen gegenüber Männern innehaben konnten. Der Geschlechterbegriff - oder genauer der gender-Begriff als Bezeichnung für das kulturelle oder soziale Geschlecht im Gegensatz zum biologischen - ist deshalb hinsichtlich der Verteilung von Herrschaft nichts Feststehendes, sondern muß immer wieder neu durchdacht werden.³¹

Deshalb ist es notwendig, das in der Frauen- und Geschlechtergeschichte aufgestellte Modell der bürgerlichen Geschlechterdichotomie³² aus der Perspektive der psychiatrischen Fallgeschichten erneut zur Diskussion zu stellen. Im Licht dieser Sichtweise wären psychisch kranke Männer als diejenigen zu verstehen, die die Anforderungen des männlichen Verhaltensideals nicht erfüllen

seiner Darstellung als wechselnde Moden, die zumindest teilweise auf einem angeblichen „Bündnis“ zwischen Ärzteschaft und Patientenschaft basieren.

²⁸ HONEGGER, Claudia (1991), *Die Ordnung der Geschlechter: die Wissenschaft vom Menschen und das Weib 1750-1850*, Frankfurt am Main; Aus der älteren Literatur repräsentativ: HAUSEN, Karin (1976), Die Polarisierung der „Geschlechtscharaktere“: eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben, in: CONZE, Werner (Hg.): *Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas*, Stuttgart; Gerhard, Ute (1989), *Verhältnisse und Verhinderungen Frauenarbeit, Familie und Rechte der Frauen im 19. Jahrhundert*, Frankfurt am Main.

²⁹ BOCK, Gisela (1988), Geschichte - Frauengeschichte - Geschlechtergeschichte, in: *Geschichte und Gesellschaft* 14/1988, S. 364-391; HAUSEN, Karin (1992), Einleitung, in: DIES.; WUNDER, Heide (Hg.), *Frauengeschichte - Geschlechtergeschichte* (Reihe „Geschichte und Geschlechter“ Bd. 1), Frankfurt am Main - New York, S. 9 -18.

³⁰ Zu den wichtigsten Aufsatzsammlungen zur historischen Männerforschung in Deutschland gehören: DINGES, Martin (Hg.) (1998), *Hausväter, Priester und Kastraten: zur Konstruktion von Männlichkeit in Spätmittelalter und früher Neuzeit*, Göttingen; ERHART, Walter/HERMANN, Britta (Hg.) (1997), *Wann ist der Mann ein Mann? Zur Geschichte der Männlichkeit*. Stuttgart, Weimar; KÜHNE, Thomas (Hg.) (1996), *Männergeschichte - Geschlechtergeschichte: Männlichkeit im Wandel der Moderne*. (Reihe „Geschichte und Geschlechter“ Bd. 14), Frankfurt am Main, New York; MOSSE, George L. (1997), *Das Bild des Mannes: zur Konstruktion der modernen Männlichkeit*, Frankfurt am Main; SCHMALE, Wolfgang (Hg.) (1998), *MannBilder: Ein Lese- und Quellenbuch zur historischen Männerforschung*, Berlin.

³¹ Diese Fragestellungen wirft Heide WUNDERS Monographie über Geschlechterverhältnisse in der Frühen Neuzeit exemplarisch auf: WUNDER, Heide (1992), *Er ist die Sonn', sie ist der Mond': Frauen in der Frühen Neuzeit*, München; DIES. (1997), Herrschaft und öffentliches Handeln von Frauen in der Gesellschaft der Frühen Neuzeit, in: GERHARD, Ute (Hg.) (1997), *Frauen in der Geschichte des Rechts: von der Frühen Neuzeit bis zur Gegenwart*, München, S. 27-54; CORBIN, Alain (1989), Das trauernde Geschlecht und die Geschichte der Frauen im 19. Jahrhundert, in: Michelle PERROT (Hg.), *Geschlecht und Geschichte: Ist eine weibliche Geschichtsschreibung möglich?* Frankfurt am Main, S. 63-82. Zu den Geschlechterverhältnissen im 19. Jahrhundert: FREVERT, Ute (Hg.) (1988), *Bürger und Bürgerinnen: Geschlechterverhältnisse im 19. Jahrhundert*, Göttingen; DIESS. (1995), *Mann und Weib und Weib und Mann. Geschlechterdifferenzen in der Moderne*, München; TREPP, Anne-Charlott (1996), *Sanfte Männlichkeit und selbständige Weiblichkeit: Frauen und Männer im Hamburger Bürgertum zwischen 1770 und 1840*, Göttingen. Gute Anregungen sind enthalten im Aufsatzband: MEDICK, Hans (Hrsg.) (1998), *Geschlechtergeschichte und allgemeine Geschichte*, Hamburg.

³² HAUSEN (wie Anm. 23)



konnten, sie würden als „Opfer“ oder „Verlierer“ der praktizierten geschlechtsspezifischen Rollenaufteilung erscheinen: unfähig, die ihnen zugestandene gesellschaftliche Macht vernünftig auszuüben, ihren Pflichten als Ernährer und Familienvater, ihren Möglichkeiten sozialen und ökonomischen Aufstiegs nachzukommen. Die Erforschung ihrer Geschichte kann aber zur Klärung der Frage beitragen, wie stark der bürgerliche Geschlechtsdualismus die Lebenswelt von Männern tatsächlich prägte und ob die praktischen Verhaltensanforderungen an Männer überhaupt mit den theoretischen Ansprüchen des Geschlechterdiskurses identisch sein mußten. Wie konnte sich die aktive Auseinandersetzung von Männern mit ihrem Geschlechtsideal gestalten? Es kann danach gefragt werden, wo individuelle Spielräume bestanden, wie hoch die Toleranzschwellen für Abweichungen von geschlechtsspezifischen Normen gesetzt waren oder ob diese Normen in nichtbürgerlichen Schichten überhaupt Bedeutung hatten.

3.4 Der gebildete Mann als Maßstab: Geschlechts- und schichtspezifische Aspekte in Amelungs Konzept über das Wesen der Seelenstörungen

Einen ersten Zugang zu den im Quellenbestand in irgend einer Form verorteten männlichen Krankheitsmustern kann durch Amelungs Konzept über Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von Geisteskrankheiten gewonnen werden. Dies liefert Kriterien, die Amelung in seiner Praxis zur Beurteilung der Patienten anhand der Physikatsgutachten und anhand seiner eigenen Beobachtungen verwendete. Diese Kriterien verweisen auch zurück auf die eingangs gestellten Fragen zu Bedeutung und Position von Männlichkeitsnormen im Gesamtzusammenhang der Gesellschaftsentwicklung im Vormärz.

Die wichtigsten Anhaltspunkte sind dabei in seinen Veröffentlichungen zu suchen. Ausführlich äußerte er sich auch in den Krankenberichten an seine Vorgesetzten bei der Provinzialregierung Starkenburg, die das Hofheimer Pendant zu den Physikatsärztlichen Gutachten darstellen. Ohne den Gang seiner medizinischen Argumentation im einzelnen nachvollziehen zu können, muß ich an dieser Stelle doch auf die wichtigsten Grundlagen seiner Krankheits- und Behandlungslehre eingehen.

Amelung bekannte sich, wie bereits erwähnt, im Richtungsstreit zwischen „Psychikern“ und „Somatikern“ vehement zur somatischen Schule und setzte vor allem auf drei Erkenntnisquellen für die Seelenheilkunde: Physiologie, pathologische Anatomie und „Erfahrung“ durch Beobachtung und durch den täglichen Umgang mit Kranken, eine Herangehensweise, für die er das Attribut „klinisch“ beanspruchte.³³ Innerhalb des somatischen Ansatzes verfocht er die striktere Richtung, indem er davon ausging, daß alle Formen von Geisteskrankheiten auf „dynamische“ (vorübergehende) oder „organische“ (strukturverändernde) Fehlfunktionen oder Fehlorganisationen der Nerven und des Gehirns zurückzuführen seien. Störungen konnten demnach durch direkte Reizungen des Nervensystems oder indirekt durch ungünstige Körperkonstellationen, Erkrankungen anderer Organe oder von außen kommende affektive Einflüsse, bzw. durch das Zusammenwirken aller dieser Faktoren hervorgerufen werden.³⁴

³³ AMELUNG, Franz (1832), Über den Begriff, das Wesen und die Pathogenie der psychischen Krankheiten, in: *Beiträge zur Lehre von den Geisteskrankheiten*. Hg. von Franz AMELUNG, ... und Friedrich BIRD, ... Bd. 1, Darmstadt, S. 111-112.

³⁴ Ebd., S. 117-118; AMELUNG, Franz (1836): Zur psychiatrischen Klinik, in: *Beiträge zur Lehre von den Geisteskrankheiten*. Hg. von Franz AMELUNG, ... und Friedrich BIRD, ... Bd. 2, Darmstadt, S. 1-3. Häufig hergestellte Kausalzusammenhänge betrafen z. B. durch unsachgemäße Behandlung „unterdrückte“, gewissermaßen ins Körperinnere verdrängte Krätzeerkrankungen, die Gehirnreizungen bedingen konnten, „Menstruationsstörungen“ oder „Hämorrhoidalzufälle“, die im ersten Schritt Stockungen im Blutgefäßsystem des



Therapie war für Amelung deshalb immer in erster Linie somatisch Therapie, medikamentös (Brech- und Abführmittel, Herzkreislaufmittel, manchmal Opium) oder auf anderem Wege „kühlend“, „antiphlogistisch“ oder „ableitend“ (Aderlässe, Fußbäder, feuchte Stirnwickel, Haarseile, reizende Einreibungen zur künstlichen Hervorrufung von Entzündungen). Sie sollte aber sinnvoller Weise durch moralische Behandlung, also durch Gespräche, Zuwendung, gutes Zureden, Ermahnungen, Drohungen oder, wenn nötig, Bestrafungen flankiert werden.³⁵

Finden sich nun in Amelungs Konzept der Seelenstörungen geschlechtsspezifische Krankheitsmuster? - Zunächst ist die Antwort eher ernüchternd: eine ausdrückliche, deutliche Unterscheidung zwischen Frauen- oder Männerkrankheiten findet sich in seinen Schriften nicht, ebensowenig in den Patientenakten, auch seine Erläuterungen über Anatomie und Physiologie führen Männer und Frauen nicht voneinander gesondert auf.

Daß eine geschlechtsspezifische Unterscheidung in seinem Denken jedoch sehr wohl vorhanden war und eine unausgesprochene, unreflektierte Voraussetzung bildete, deutet sich durch eine Passage an, die er im Zusammenhang seiner Version einer vereinfachten Vermögenstheorie über die Bedeutung des Gemüts, des „Gefühlsvermögens“ formuliert. Er weist dort darauf hin, daß das Gefühlsvermögen vor das höher angesiedelte Denkvermögen geschaltet sei, da alle äußeren und inneren Sinneswahrnehmungen und Empfindungen zunächst das Gemüt ansprächen, ehe sie uns zu klarem Bewußtsein kämen

„Bei Thieren finden wir das Gefühlsvermögen oder die gemüthlichen Eigenschaften im Allgemeinen mehr entwickelt, als das Denkvermögen. Dasselbe Verhältniss findet beim rohen und unkultivirten Menschen statt. Auch ist es bekannt, dass beim Kinde und im jugendlichen Alter, so wie beim Weibe das Gefühl oder die gemüthlichen Eigenschaften vorherrschen, dass dagegen im reiferen Mannesalter und beim Manne überhaupt der Geist das Gemüth beherrscht; oder um es mit andern Worten auszudrücken, ein kaltes, ruhiges Beurtheilen der empfangenen Gefühlseindrücke, das Verhältniss derselben genauer würdigt und regelt.“³⁶

Amelung ordnet hier unterschiedliche „Menschentypen“ in seine Stufenfolge der höheren Seelenvermögen (Gemüt, Denkvermögen, Geist) ein und subsummiert dabei Kinder, Frauen, unkultivierte Menschen und Tiere als gefühlsgesteuert unter einer Kategorie, indem er ihnen allen den vom Denken gesteuerten, also vernunftgesteuerten Mann gegenüberstellt.

Die Vermutung, daß er diesen Aspekt von „Männlichkeit“, den er offensichtlich auch für sich selbst beanspruchte, zum Ausgangspunkt seiner Bewertung von Gesundheit und Krankheit und der menschlichen Bestimmung im allgemeinen machte, belegen Zitate, in denen er statt vom Menschen unvermittelt nur noch vom Mann spricht. Es handelt sich zunächst um eine Passage, in der er die anatomische Beobachtung diskutiert, daß in der Tierwelt die Anzahl der Windungen auf der Oberfläche des Großhirns mit dem Organisationsgrad der Organismen ansteigt.

„Dasselbe Verhältniss finden wir in der Entwicklungsgeschichte des menschlichen Gehirns. In den ersten Monaten des Fötusalters keine Spur von diesen Windungen. Im

Unterleibs und im zweiten Schritt als Folge davon „Blutkongestionen nach dem Kopf“ oder auch eine Überfülle des Blutandrangs im Kopf mit negativen Einflüssen auf die Gehirntätigkeit bewirkten - Blutkreislaufstockungen oder nervöse Reizungen konnten auch durch heftige Gemütserschütterungen wie Schrecken, Kummer, Ärgernisse oder Ausschweifungen „in Baccho und in Venere“ und deren psychosomatische Wirkungen verursacht werden.

³⁵ AMELUNG, Franz (1834), Bemerkungen über die Einrichtung von Irrenanstalten, in: *HENKES Zeitschrift für die Staatsarzneikunde* 14, Heft 3, S. 38-92.

³⁶ DERS., *Zur psychiatrischen Klinik* (wie Anm. 21), S. 160.



*Kindesalter sind sie noch flach und wenig zahlreich, erst im Mannesalter erreichen sie ihre grösste Menge, erst hier erscheinen sie im stärksten Grade markirt.*³⁷

Ähnlich ist der Tenor beim Resümee über die unterschiedlichen Ursachen von Seelenstörungen: *Wiewohl es nicht zu läugnen ist, dass es Fälle giebt, in welchen entweder rein psychische, oder rein physische oder somatisch-pathologische Ursachen die abnormen psychischen Erscheinungen herbeiführten; so werden wir doch bei weitem in den meisten Fällen sowohl physische als psychische Ursachen anzuklagen haben, welche die Krankheit vermittelten.(...) Insbesondere kommt hier der psychische Character der verschiedenen Temperamente in Betracht. Ein reizbares, zum Zorne, zum Misstrauen, zur Eifersucht geneigtes und von Kleinmuth beherrschtes Gemüth wird leichter in Wahnsinn verfallen, als der Mann von festem, ruhigem Character, der kühn dem Schicksal die Stirne beut.*³⁸

Zwar handelt sich hier um die weniger programmatischen, bekenntnishaften Passagen des Textes, sie verweisen gerade deswegen jedoch darauf, daß er unreflektiert nur sich selbst und seine Geschlechts- und Standesgenossen als Maßstab des Menschlichen ansah,³⁹ an dem sich die unterschiedlichsten Arten von Abweichung bewerten ließen. Geisteskrankheiten stellten dabei nur eine besonders extreme, pathologische Variante solcher Abweichungen dar. Aus Amelungs Ausführungen ergibt sich also, daß Geisteskrankheiten für ihn geschlechtsspezifisch und schichtenspezifisch kodiert waren und daß er bei ihrer Beurteilung Vorstellungen über ein nicht nur geschlechts-, sondern auch schichtspezifisches Normalmaß verwendete. Beide Aspekte können nicht voneinander getrennt betrachtet werden.⁴⁰ Allerdings ging es ihm nicht so sehr darum, für jede „Menschenkategorie“ - Männer, Frauen, Kinder, Gebildete oder Ungebildete - spezielle Maßstäbe vernünftigen und gesunden Verhaltens herauszuarbeiten, so daß sich für jede von ihnen ein eigenes Idealmaß ergeben hätte. Er tendiert vielmehr dazu, jedes nicht einer erwachsenen, gebildeten Person männlichen Geschlechts angemessene Verhalten als defizitär anzusehen und dies mit physiologischen oder anatomischen Gegebenheiten zu erklären. Handelt es sich nicht gerade um pathologische Störungen, so handelt es sich doch um die als naturgegeben angenommene Andersartigkeit von Frauen, Kindern, Tieren oder ungebildeten Menschen.⁴¹ Daraus folgt in letzter Konsequenz, daß in der Stufenfolge der Seelenvermögen und menschlichen Fähigkeiten nur der gebildete Mann mit der höchsten Errungenschaft, der Vernunft identifiziert wird, die in Amelungs Augen keine natürliche menschliche Gabe, sondern ein unter Mühen errungenes Gut ist.⁴² Alle anderen Abgrenzungen der übrigen Gruppen untereinander drohen in dieser Sichtweise zu verwischen und unwichtig zu werden. Ebenso werden auf der anderen Seite die männliche Geschlechtszugehörigkeit und die soziale Zugehörigkeit zum Bildungsbürgertum im Inbegriff des menschlichen Daseins aufgelöst und unterschlagen - oder andersherum formuliert: Amelung universalisiert sein Selbstverständnis

³⁷ Ebd., S. 147.

³⁸ Ebd., S. 211-212.

³⁹ Vgl. FREVERT, Ute (1991), Männergeschichte oder die Suche nach dem „ersten“ Geschlecht, in: HETTLING, Manfred/HUERKAMP, Claudia u. a. (Hg.) (1991): *Was ist Gesellschaftsgeschichte? Positionen, Themen, Analysen*, München, S. 33.

⁴⁰ Damit wäre zugleich die Notwendigkeit einer Forderung unterstrichen, die Frevert formuliert hat: Männer in ihrer geschlechtlichen Zugehörigkeit nie isoliert von ihren übrigen gesellschaftlichen Zugehörigkeiten zu erforschen. FREVERT, S. 36.

⁴¹ Zu dieser undifferenzierten Abgrenzung der männlichen Idealeigenschaften von allem Andersartigen auch Alain CORBIN (1989), Das 'trauernde Geschlecht' und die Geschichte der Frauen im 19. Jahrhundert, in: *Geschlecht und Geschichte*, hrsg. von Michelle PERROT, Frankfurt a. M., S. 75.

⁴² AMELUNG, Über den Begriff, das Wesen und die Pathogenie der psychischen Krankheiten (wie Anm. 20), S. 141.



ungeachtet seiner sozialer Spezifik und macht es zu einem absoluten Maßstab des menschlichen Lebens. Mit diesen Ansichten zeigt Amelung sich als ein sehr typischer Vertreter nicht nur der Seelenheilkunde, sondern der Medizin der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts insgesamt und befindet sich genau im Fahrwasser der zeitgenössischen Physiologie, Anatomie und Anthropologie, aus der sowohl die geschlechts- als auch die schichtenspezifischen Abgrenzungen Legitimation schöpften.⁴³ War aber nun das Interesse und die Sensibilität der Ärzte für die speziellen Konflikte und Probleme, mit denen sich psychisch Kranke einer anderen „gesellschaftlichen Konstitution“ als ihrer eigenen konfrontiert waren, tatsächlich so gering, wie dies die verallgemeinernden Ausführungen der gelehrten Abhandlung vermuten ließen? Da bei der von mir betrachteten Patientengruppe das geschlechtliche Unterscheidungskriterium wegfiel, gilt es insbesondere, danach zu fragen, wie intensiv sich Amelung mit seinen Patienten aus den ländlichen oder auch städtischen Unterschichten auseinandersetzte und wie stark er sich mit ihnen identifizierte.⁴⁴

An dieser Stelle könnte man einwenden, daß mich diese Ausführungen noch keinen Schritt näher an die Patienten und ihre eigene Sichtweise herangebracht haben. Wenn man Amelung aber als Repräsentanten für die beteiligte Ärzteschaft insgesamt versteht, ist damit zumindest der Kontext abgesichert, in dem die Quellen entstanden sind. Aussagen über den Blickwinkel der Gutachter auf die Patienten werden möglich, es klärt sich, in welchem Horizont sich das Bild bewegte, das die Gutachter sich von ihren Patienten machten. Frauen oder Männer höheren oder niedrigen Standes, Geschlechts- u./o. Standesgenossen oder nicht, davon hing dieses Bild jeweils ab. Die Berücksichtigung dieses Bezugsrahmens ist eine Voraussetzung dafür, den Patienten und ihren Verhaltensäußerungen, schließlich vielleicht auch ihren Erfahrungen, wie sie in den Gutachten wiedergegeben werden, annähern zu können.

⁴³ Die Kategorie Geschlecht taucht beispielsweise auch bei Johann Christian August HEINROTH und Friedrich NASSE nur als eins von vielen Kriterien zur Bestimmung der menschlichen Natur auf und wurde nicht als Unterscheidung für die Aufstellung unterschiedlicher Kategorien von psychischen Krankheiten verwendet. Vgl. BENZEHÖFER (1993) (wie Anm. 3), S. 88, 97 und 102. Zur schichtspezifischen Abgrenzung DERS., S. 90-91 und 97-99; ROELKE, Volker (1999) (wie Anm. 13), S.57-58, 65-66 und 77-78. Unterbürgerliche Schichten und insbesondere die Bevölkerung auf dem Land tauchen nur hin und wieder direkt in den Lehrbüchern und Publikationen auf. Landbewohner und ihre Lebensweise dienten dabei allenfalls als pauschale Identifikationsobjekte, sowohl mit positiver als auch mit negativer Wertung. Die Behauptung, sie litten seltener unter psychischen Krankheiten als Stadtbewohner, wurde mit dem kindlich-einfältigen Stand der Vernunftentfaltung, der Einfachheit der Sitten oder der reizfreien Lebensweise begründet. Die in die entgegengesetzte Richtung weisende Implikation, die zivilisatorischen Errungenschaften wie Besonnenheit und Willensfreiheit seien nur bei gebildeten Menschen ganz ausgeprägt und fehlten den unter ihnen stehenden Ungebildeten, verfestigte sich spätestens mit dem Erscheinen von Wilhelm GRIESINGERS Schriften, die noch in die letzten Jahre des Untersuchungszeitraums fallen.

⁴⁴ Dies ist ein Aspekt, den KAUFMANN (1995) in ihrem Modell des bürgerlichen Heilungsparadigmas nicht berücksichtigt, da sie in ihrer Analyse nicht über die Wechselwirkungen zwischen Selbstverständnis des Bürgertums und Psychiatrie hinauskommt. Zu den aufklärerischen und liberalen Gesellschaftsutopien und ihre Wirkung auf die Psychiatrie außerdem DÖRNER (1975), BLASIUS (1980) (alle wie Anm. 14) oder OSINSKI, Jutta (1990), Geisteskrankheiten als Abweichung von der Harmonie der Wirklichkeit. Zusammenhänge zwischen Anstaltswesen, Psychologie und Autonomieästhetik im 18. Jahrhundert, in: GLATZEL, Johann/ HAAS, Steffen/ SCHOTT, Heinz (Hg.) (1990): *Vom Umgang mit Irren. Beiträge zur Geschichte psychiatrischer Therapeutik*. Regensburg, S. 37-55.