

VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 8

Herausgegeben von

Elisabeth Dietrich-Daum, Michaela Fahlenbock,

Marina Hilber, Alois Unterkircher und Carlos Watzka

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Wien: Verlagshaus der Ärzte, 2009



ÜBER DEN WANDEL DER SIGNATUREN DER SEELE IN DER KLINISCHEN PSYCHIATRIE UM 1900

Am Beispiel der Innsbrucker Universitätsklinik für
Psychiatrie und Neurologie der Gründerjahre

1. Vorbemerkungen

Im Zentrum meines Interesses stehen die im weitesten Sinn am System der Psychiatrie, ihren Wissensarchiven und Systempraktiken gebildeten Subjektformen um 1900, inklusive der Selbstverhältnisse, die sie hervorbringen, der Art und Weise also, wie wir als Individuen gelernt haben, uns seither diesbezüglich zu sprechen, zu schreiben und zu verstehen.¹ Der Schwellenzeit um 1900 kommt dabei insofern entscheidende Bedeutung zu, als das Vokabular und die Syntax des zeitgenössischen, psychiatrisch-nosologischen Rahmens über weite Strecken das diagnostische Inventar noch heute üblicher Klassifikationssysteme darstellt² und die Weichenstellungen um 1900 für eine Vielzahl von Entwicklungen der Psychiatrie des 20. und sogar noch des 21. Jahrhunderts relevant sind.³ So untersuche ich in erster Linie die spezifische Rationalität der historischen Psychiatrie, die in ihr ausgebildeten Erkenntnisstrategien und -verfahren, wie überhaupt ihre wissensbildenden, wissensverwaltenden und wissensvermittelnden Praktiken um 1900. Dies mit dem Ziel, die Bedingungen der Möglichkeit herauszustellen, die es der Psychiatrie als Teil der Medizin erlaubten, weit über die Anstalt und Klinik hinaus, ihre Sozialisationswirkung zu entfalten. Diesem Prozess vorausgehend allerdings ist die Entwicklung zuerst der Krankenanstalt, dann der Klinik. Ich gehe davon aus, dass die Medizin und mit ihr die Psychiatrie als Sozialisationsagentur erst mit der Einrichtung der allgemeinen Krankenanstalt umfassend zum Tragen kommt, dass Krankheits- und Gesundheitsnormen erst durch sie für breite Bevölkerungsschichten verbindlich werden.

Wenn die Medizin selbst den Beginn ihrer *modernen* Entwicklung mit der Schwellenzeit um 1800 angibt, so hat dies wesentlich den Grund darin, dass ab diesem Zeitpunkt die moderne Krankenanstalt als ärztlich-therapeutischer Versorgungsraum zu entstehen beginnt und von einer für die Gesundheitsverhältnisse der Bevölkerung wenig bedeutenden Einrichtung am Rande der Gesellschaft bis 1900 zum Zentrum medizinischer Versorgung anwächst.

Auch für die Psychiatrie gilt das Ende des 18. Jahrhunderts als eigentliche Geburtsstunde. Deutlicher als vom Hospiz wird sie von all

- 1 Das allerdings ist bei weitem zu viel, um im Rahmen des vorliegenden Beitrags dargestellt zu werden. Allerdings kann eine erste Idee davon vermittelt werden. Wer an einer eingehenderen Auseinandersetzung Interesse hat, sei auf die die Frage ausführlich behandelnde Habilitationsschrift verwiesen. Auch die im Zuge des Beitrags vorgestellten ersten Ergebnisse entstammen dieser Forschungsarbeit. Vgl. Michaela RALSER, *Das Subjekt der Normalität. Wissensproduktion und Wissenskommunikation am Beispiel der Psychiatrie als Gesellschaftswissenschaft um 1900*. Habilitationsschrift (Innsbruck 2009). Die Arbeit erscheint 2010 im Wilhelm Fink-Verlag.
- 2 German E. BERRIOS, *The History of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century* (Cambridge 1996) 1.
- 3 Vgl. Eric ENGSTROM, Volker ROELCKE, *Die alte Psychiatrie? Zur Geschichte und Aktualität der Psychiatrie im 19. Jahrhundert*. In: DIES., *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im Deutschen Sprachraum* (Mainz 2003) 9–27.

- 4 Vgl. u.a. Robert CASTEL, Die psychiatrische Ordnung (Frankfurt am Main 1979 [1976]); Roy PORTER, Madness (New York 2002); Michel FOUCAULT, Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses (Frankfurt am Main 1991 [1975]); DERS., Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft (Frankfurt am Main 1989 [1961]); Erving GOFFMAN, Asyl. Über die soziale Position psychiatrischer Patienten und anderer Insassen (Frankfurt am Main 1973 [1961]); Dirk BLASIUS, „Einfache Seelenstörung“. Die Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945 (Frankfurt am Main 1984).
- 5 Die ganz frühen (Kranken)Anstalten für Irre reichen in fast allen Ländern Europas und den USA bis ins späte 18. und beginnende 19. Jahrhundert zurück. In Frankreich/Paris wurde das erste Asyl 1793 (Philippe Pinel) gegründet, in England/London bereits 1751 (William Battie), in Italien/Florenz 1788 (Vincenzo Chiarugi), in Deutschland die Anstalt Sonnenstein bei Pirna im Jahre 1811 (Gottlieb Pimetz), in Österreich der Wiener Narrenturm im Jahre 1784 und in den USA das erste Irrenasyl in Pennsylvania im Jahre 1773 (Benjamin Rush). Der Ausbau erfolgte in den verschiedenen Ländern in unterschiedlichem Tempo, jedoch im Verlauf des 19. Jahrhunderts überall in beträchtlichem Ausmaß.
- 6 In Österreich etwa entsteht im Verlauf des 19. Jahrhunderts in beinahe jedem der heutigen Bundesländer eine große Anstalt: die Niederösterreichische Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geistesranke am Steinhof bei Wien (1904–1907), Gugging bei Klosterneuburg (1885), die Landes-Irrenanstalt Feldhof bei Graz (1874), Niedernhart bei Linz (1867), Landes-Heilanstalt für Geistesranke Maxglan/Salzburg (1898) sowie die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling (1903) und für das Land Tirol in seinen historischen Grenzen Hall i.T. bei Innsbruck (1830), und Pergine im heutigen Trentino (1882), sowie die ‚Valduna‘ in Rankweil/Vorarlberg (1870). Vgl. Heinrich SCHLÖSS (Red.), Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild (Halle a.d. Saale 1912).
- 7 Edward SHORTER, Geschichte der Psychiatrie (Berlin 1999 [1997]) 61.
- 8 Vgl. beispielhaft einige der rezentesten Studien im Feld – Karen NOLTE, Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900 (Frankfurt am Main 2003); Peter SANDNER, Gerhard AUMÜLLER, Christina VANJA,

den anderen vermischten Strukturen abgegrenzt, die sich im Verlauf des 17. und 18. Jahrhunderts zur Verwahrung und Einsperrung der Irren als Teil der Problempopulationen der Zeit herausgebildet haben. Wenn im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert das alte Zucht- und Tollhaus in seine Komponenten zerfiel, dann war dies eine Folge der sich in allen Ländern Europas, in den einen früher, den anderen später, ebenso wie in den USA durchsetzenden neuen Auffassung: vom Irren als (geistes)krank und von der Irrenfrage als *medizinischer* Herausforderung.⁴ Dass diese wesentlich neue Orientierung in der Praxis oft eine improvisierte Antwort, eine von alten und neuen Vorstellungen und Zwecken durchwirkte Verwahr- und Behandlungsstruktur mit vermischter Funktion erzeugte respektive bewahrte, gilt als sozial- und institutionengeschichtlich erwiesen. Entscheidender als die durchgängige Realisierung aber ist der Vorgang selbst: die schrittweise *Medikalisierung der Irrenfrage*. In einem Bündnisdialog aus Medizin, Politik und Justiz wird es ab 1800 Aufgabe der Mediziner, im Wege der ärztlichen Expertise den Rechts- und Krankheitsstatus der Irren zu bestimmen, die bisherigen Verfahren der Bestrafung und/oder der Wohltätigkeit mit ärztlichem Wissen anzureichern und den Irren eine eigene Krankenanstalt zu errichten, deren erstes Kennzeichen – egal welche Funktion sie sonst noch erfüllte und egal wie viele der Parameter sie ihren Vorgängerinstitutionen entlehnen wird – das therapeutische Milieu unter Hoheit des Arztes zu sein hatte. Diese Gemengelage aus Fortschrittserwartung, administrativer Notwendigkeit und ärztlicher Bereitschaft ist der Geburtsakt der Psychiatrie, respektive ihres Ortes, der Anstalt, von der man annahm, dass sie selbst schon Heilfunktion ausübe.

Wenn auch in der Anfangszeit alle vermischten Strukturen weiter existierten, muss die öffentliche Irrenkrankenanstalt – unabhängig davon, wie sie sonst noch beurteilt werden könnte – als institutionengeschichtlich erfolgreich gelten. In allen Ländern Europas wurde ihre Einrichtung beschlossen, überall, wo sie als einzelne entstand⁵, folgten ihr weitere, bis in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts und darüber hinaus die Anstaltsobsorge sich zur dominanten Versorgungs- und Behandlungseinrichtung⁶ für sogenannte Geistesranke entwickelte.⁶

„Im Laufe eines einzigen Jahrhunderts, so Shorter, war aus der eher die Ausnahme bildenden, [...] auf die Städte beschränkten Asylisierung von ‚Geisteskranken‘ die erste und übliche Maßnahme geworden.“⁷

So ist es mehr als verständlich, dass die größte Anzahl der sozial- und medizingeschichtlichen Forschungen, die sich mit der Psychiatrie des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts befassen, in allen Punkten die Anstalt, im zeitgenössischen Sprachgebrauch die „Irrenheil- und Pflegeanstalt“ fokussieren und sie aus unterschiedlicher Perspektive untersuchen.⁸ Ich werde hier einen anderen Weg gehen und mich einer Institution zuwenden, welche zwar in jeder Hinsicht die Anstalt für Geistesranke zur Voraussetzung hat, wesentlich aber nach anderen

Regeln funktioniert und erst im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts entsteht: *die psychiatrische Klinik*. Der Begriff Klinik wird hier in seiner bis heute üblichen Bedeutung verwendet: als Spezialeinrichtung oder Krankenhausabteilung, vorrangig angeschlossen an Universitäten und Akademien.

2. Die psychiatrische Klinik in Innsbruck

Als Beispiel für die Untersuchung der psychiatrischen Klinik um 1900 wähle ich die Innsbrucker „Neurologisch-Psychiatrische Abteilung“ der Gründerjahre, fallweise und insbesondere anfangs auch schlicht „Abtheilung für Nervenranke“ oder seltener „Irrenabteilung“ genannt, welche an der Medizinischen Fakultät der Leopold-Franzens-Universität im Jahr 1891 gegründet wurde. Zu einem Zeitpunkt, als die lokale Irrenanstalt in Hall in Tirol bereits mehr als 60 Jahre existierte, und knappe zehn Jahre nach Eröffnung der zweiten, verhältnismäßig nahen Anstalt in Pergine, im heutigen Trentino, sowie etwa 20 Jahre nach Begründung der dritten – wenn auch nicht allzu großen – Anstalt im Umkreis, der Valduna in Vorarlberg. Die dichte Anstaltsumgebung der Innsbrucker Klinik legt die Vermutung nahe, dass weniger der Versorgungsaspekt – schließlich wurde auch eine nicht unwesentliche Zahl an „Irrenbetten“ im städtischen Innsbrucker Krankenhaus geführt –, sondern vielmehr das klinisch-wissenschaftliche Interesse ausschlaggebend dafür war, im ‚Zentrum‘ der universitären Klinik auch eine Abteilung für Nervenranke einzurichten und zu betreiben.

Die neu gegründete Innsbrucker Neurologisch-Psychiatrische Klinik war Teil einer mittelgroßen Medizin-Universität, sie war als Nervenabteilung in ihrer Größendimension durchschnittlich, vom Gründungsdatum her im europäischen Mittelfeld und bestand aus einer psychiatrischen und einer neurologischen Abteilung, die bei Zeiten getrennt, meist aber zusammen betrieben wurden. Sie verfügte über einen für beide Fächer gemeinsamen Lehrstuhl und über einige wenige Assistenz- und Hilfsärzte, sie war – wie aus den Archivakten zu erfahren ist – beständig gut ausgelastet, ebenso wie sie materiell dauerhaft unzureichend ausgestattet war.⁹ Sie fungierte – wie für Universitätskliniken üblich – als „integrierte Stätte der Behandlung, der Lehre und der Forschung“¹⁰, und dieses Merkmal unterscheidet sie am deutlichsten von den Anstalten üblicher Art. Im Unterschied zu den meisten Anstaltsdirektoren, welche vielfach in ländlicher Umgebung und mit geringem Wissenschaftsanschluss, von Ausnahmen (etwa das Schweizer Burghölzli) und Mischformen abgesehen, ihre Anstalten als organische, paternalistisch organisierte, sich selbst versorgende Modell-Familien führten, begannen die Klinikärzte und einige wenige akademische Anstaltspsychiater in der zweiten

Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn (Marburg 2001); Ann GOLDBERG, Sex, Religion and the Making of Modern Madness. The Ebersbach Asylum and German Society (New York 1999); Marietta MEIER, Brigitta BERNET, Roswitha DUBACH, Urs GERMANN (Hg.), Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich 1870–1970 (Zürich 2007).

⁹ Die für den Anfang noch allgemeinen Informationen zur Innsbrucker Neurologisch-Psychiatrischen Klinik der Anfangszeit stammen alle aus der bislang einzigen allgemeinen Geschichte der Innsbrucker Medizinischen Fakultät (Franz HUTER), den wenigen, erhaltenen Publikationen ihrer ersten Vorstände (Gabriel ANTON und Carl MAYER) und aus dem von mir ausgewerteten diesbezüglichen Aktenbestand des Innsbrucker Universitätsarchivs – Ordnungssystematik: Lehrkanzel für Psychiatrie. Vgl. Franz HUTER (Hg.), Hundert Jahre Medizinische Fakultät Innsbruck 1869–1969 in 2 Bänden (Innsbruck 1969).

¹⁰ Vgl. Eric J. ENGSTROM, Clinical Psychiatry in Imperial German Psychiatry (New York 2003).

Hälfte des 19. Jahrhunderts, inspiriert von den ‚Fortschritten‘ der somatischen Medizin, die Psychiatrie an die klinischen Wissenschaften der „Pathologischen Anatomie“ und „Physiologie“ heranzuführen,¹¹ deren Erkenntnisverfahren zu übernehmen und mit Hilfe einer Reihe von Professionsverbänden und entsprechenden Publikationsorganen sich als empirische Naturwissenschaft im Sinne einer neurologisch inspirierten wissenschaftlichen Psychiatrie zu etablieren.

Als solche hat sie sich schließlich im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts gegenüber allen anderen Versuchen, auch gegenüber der vermischten, vorrangig paternalistisch-pädagogischen Anstaltspflege, durchgesetzt. Das gilt *nicht* für das *Versorgungsmonopol*, zumindest nicht für das der chronisch (psychisch) Kranken. Dieses verbleibt bis in das letzte Drittel des 20. Jahrhunderts in den Händen der Anstaltspsychiatrie.¹² Es gilt aber für das *Diskursmonopol*: Dieses liegt, so einer meiner Befunde, gegen Ende des vorletzten Jahrhunderts nahezu ausnahmslos in den Händen der akademischen Psychiatrie. Derart, dass diese schließlich durch die neugewonnene, professionelle Autorität des Klinikpsychiaters auf dem Feld der Prävention und Prophylaxe an der Schwelle vom 19. ins 20. Jahrhundert als *Gesellschaftswissenschaft avant la lettre* auftreten und als mächtige gesundheitspolitische Beratungswissenschaft in nahezu alle gesellschaftliche Debatten der Jahrhundertwende intervenieren wird. Im Besonderen wird sie zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Auseinandersetzungen um erbliche Disposition, Entartung und Degeneration mobilisieren und profilieren und immer wieder auch eugenisch motivieren – mit den bekannten Folgen, die ich hier nicht auszuführen brauche, zumal im Verlauf der vorliegenden Publikation noch mehrfach davon die Rede sein wird.

Das diskursive Gewicht der akademischen Psychiatrie gründet sich – so meine ich – auf einen dreifachen Vorgang der Klinik:

1. auf die *programmatische Cerebralisierung des Seelenorgans* und den damit begründeten Anschluss an ein empirisch-naturwissenschaftliches Methodenrepertoire,
2. auf die Übernahme des *mehrfach anschlussfähigen evolutionistisch-vererbungstheoretischen Paradigmas* als ein Herzstück der psychiatrischen Ätiologie und schließlich
3. auf den Auf- und Ausbau eines *pädagogisch-didaktischen Apparats*, der nicht nur angehende Mediziner – Medizinerinnen kommen in den Anfangsjahren noch nicht in Betracht –, sondern auch die PatientInnen und ihre Angehörigen involvierte.

„*Es bedarf derzeit*“, sagte der erste Innsbrucker Klinikleiter Gabriel Anton bei seiner Antrittsrede 1891, „*nicht mehr des Beweises, dass die Leitungsbahnen für Empfindung und Bewegung die Nerven sind und dass für die höheren, die psychischen Leistungen das Centralnervensystem das materielle Substrat abgibt [...]. Wir können uns getrost der These des modernen Psychopathologen Wernicke*

11 Vgl. ENGSTROM, Clinical Psychiatry.

12 Die Unterbringung insbesondere chronifizierter und hospitalisierter Kranker in den großen Anstalten wird erst im Anschluss an die Kritikwelle der 2. Antipsychiatriebewegung der 70er Jahre in den 80er und 90er Jahren des 20. Jahrhunderts (!) in einer Kooperation aus NGOs, Psychiatrieverbänden und Administrationen im Rahmen von Ausgliederungs- und Enthospitalisierungsprogrammen und mit Unterstützung der neuen, regionalen Psychiatriepläne schrittweise, wenn auch nicht vollständig, aufgehoben werden. Für die Nervenheilanstalt Hall in Tirol etwa begann der Prozess erst im Anschluss an das neue Unterbringungsgesetz in den frühen 1990er Jahren.

anschließen, dass wir in allen Geisteskrankheiten Krankheiten des Gehirns zu sehen haben und die Psychiatrie ein Zweig der Naturwissenschaft ist. Wenn uns auch die wertvollen Ergebnisse der Leicheneröffnung bei feineren psychischen Störungen noch wenig zu statten kommen, so wäre es unrichtig, die mächtige Förderung in Abrede zu stellen, welche die Neuropathologie gerade durch das Aufblühen der pathologischen Anatomie erfuhr. Sie lehrt uns, die modernen Forschungsbehelfe hoch zu schätzen: die Anatomie, das Experiment, die exacte klinische Beobachtung.“¹³

Obwohl Gabriel Anton ebenso wie der spätere und langjährige Klinikleiter Carl Mayer beide Schüler des Wiener Hirnanatomen Theodor Meynert waren, beide ihre akademischen Qualifikationsarbeiten – wie alle, die sich zu jener Zeit mit Erfolg um eine Stelle an Universitätspsychiatrien zu bewerben suchten – auf Sektionsbefunde gründeten, blieb die cerebrale Inskription der Geisteskrankheit an der Innsbrucker Klinik sowohl forschungswie behandlungsseitig hinter der etwa in Antrittsvorlesungen und Selbstbeschreibungen vorgetragenen Programmatik zurück. Das hatte unter anderem mit Ausstattungsmängeln und Ressourcenknappheit an der hiesigen Universität zu tun und sollte sich erst nach langen Kämpfen im Jahre 1914 mit der Übersiedlung der neurologischen Abteilung in die aufgelassene Kadettenschule am Innsbrucker Innrain ändern. Dort erst wurde ein vergleichsweise gut ausgestattetes Laboratorium mit einem „galvano-elektrischen Apparat“, mit „Schädel- und Weberschen Tasterzirkeln“, mit einem „großen Mikroskop“, „verschiedenen Präparierinstrumenten und Präparatengläsern“, einem „Gefriermikroton“, mit „Gehirnwaage, Sägen und Knochenschere“ eingerichtet.¹⁴ Das von Carl Mayer stets „geforderte Leichenzimmer zur Abstellung der Toten bis zu ihrer Abtragung in die Pathologie“ fehlte allerdings auch dort.¹⁵

Trotz der bescheidenen Mittel, die im Rahmen der Universitätsklinik der Jahrhundertwende vorhanden sind und ohne eigenen Untersuchungsraum – sowohl das tägliche Ambulatorium als auch die eigentlichen klinischen Untersuchungen wurden im Hörsaal abgehalten – werden an den psychiatrischen PatientInnen eine vergleichsweise große Zahl neuro-diagnostischer Untersuchungen vorgenommen. Dies bleibt dann auch über weite Strecken der einzige Hinweis darauf, dass die neuropathologisch orientierte Psychiatrie in der lokalen, klinisch-*psychiatrischen* Praxis ihre Wirkung zeigt. Mit verschiedenen Hilfsmitteln und Geräten sowie allerlei „schwachem Strom“ wurden die Funktionen der Hirnnerven untersucht, die Reflexe getestet, die Motorik geprüft und die Sensibilität auf Reize erfasst.¹⁶ Und dies, ohne dass in den Krankenakten erkennbar wäre, dass aus den Befunden mit Ausnahme einiger Abgrenzungen zu eindeutig neurologischen Erkrankungen, etwa der Meningitis, der Multiplen Sklerose oder der Neurosyphilis, besondere Schlüsse gezogen worden wären: weder für

13 Gabriel ANTON, Antrittsrede, gehalten beim Antritt der neuen Lehrkanzel für Psychiatrie und Nervenkrankheiten in Innsbruck in: Wiener Klinische Wochenschrift 47 (Wien 1891) [Separatdruck] 2 und 7.

14 Universitätsarchiv Innsbruck (UAI), Lehrkanzel für Psychiatrie, Schreiben von Carl MAYER an das „Hohe k.k. Ministerium für Cultus und Unterricht“ aus dem Jahr 1905, in welchem er unter Angabe und Kostenaufstellung aller notwendigen Apparaturen und Hilfsmittel eindringlich ein klinikeigenes Ambulatorium und Laboratorium fordert.

15 UAI, Lehrkanzel für Psychiatrie, Eingabe von Carl MAYER an den „Verwaltungsausschuss des Allgemeinen Krankenhauses“ aus dem Jahre 1928, in der er erneut auf die räumlichen Missstände an der Psychiatrischen Klinik hinweist.

16 Die spezifischen Untersuchungsmethoden der psychiatrischen Jahrhundertwendeklinik lassen sich den historischen Krankenakten (dort den Aufzeichnungen zum „Status Somaticus“) entnehmen, hier beispielhaft den Krankenakten der Innsbrucker Neurologisch-Psychiatrischen Klinik, in ihrem historischen Bestand im Tiroler Landesarchiv (TLA).

die Prognose der Krankheit noch für die Behandlung der Kranken. Daraus kann abgeleitet werden, dass sich die Erkenntnisverfahren gegenüber der klinischen Praxis verselbstständigt hatten, sich mehr der zeitgenössischen Mentalität der Neuropathologie und ihrer akademisch-psychiatrischen Denkkollektive verdankten, denn ihrer klinischen Wirksamkeit.¹⁷ Ohne Zweifel haben sie das mit anderen medizinisch-wissenschaftlichen (Diagnose)Verfahren, etwa der frühen Genetik, gemeinsam.¹⁸ Die Entwicklung der Universitätspsychiatrie als Teil der Medizin allerdings wäre ohne den neuropathologischen Ansatz, den die meisten Lehrstuhlinhaber der Zeit vertraten – auch jene der Innsbrucker Nervenlinik – nicht denkbar, ebenso wenig wie die veränderten Beschreibungen der *Leiden durch die PatientInnen selbst*: Sie suchten sich in den neuen Vorgaben zurechtzufinden und wandelten etwa den psychosomatischen Schmerz, der zuvor den ganzen Körper oder einzelnen seiner Teile betraf, in Schwäche oder Erregung, anschlussfähig an die neuen Konzepte von Nervenschwäche und ihrem Gegenteil. Auch die Gefühlslagen werden mit Nervenmetaphern beschrieben. Da erzählt der eine etwa von seinen ‚Nerven in großer Aufruhr‘, der anderen kamen ‚die Nerven ganz durcheinander‘, in einer weiteren ‚ginge es‘, wie sie wörtlich sagt, ‚zu als wären elektrische Maschinen darinnen‘¹⁹ während ein wieder anderer meint, ‚seine Nervenenergie sei am Ende‘²⁰ und er selber deshalb kaum noch am Leben. Freilich vollzogen sich die Veränderungen nicht auf Anhieb und nicht ohne sich mit alten Vorstellungen zu vermischen, wie überhaupt die cerebrale Inskription der seelischen Störung mehr rhetorische Strategie und normativ vollzogener Paradigmenwechsel war, denn Alltagswirklichkeit der Jahrhundertwendeklinik. Ihre alltagspraktische Erkenntnisstrategie war die *klinische Beobachtung*.

Waren Neurophysiologie und Hirnanatomie am experimentellen und topischen Nachweis der Herkunft der (Geistes)Krankheit interessiert, so zielt die klinische Beobachtung im Kraepelinschen Sinne auf die Voraussage ihrer Zukunft im Lichte ihrer Vergangenheit: Aus den Anfängen der Krankheit sei ihr Ende zu bestimmen, aus ihrem bisherigen Verlauf der Ausgang und aus den Entstehungsbedingungen ihre Entwicklung.²¹ Wie schon die neuropsychiatrische Orientierung setzte auch die entwicklungsgeschichtliche Perspektive auf die ‚Beherrschung des Krankheitsbildes.‘²² Die Beherrschung der Krankheit blieb nachrangig. Zumindest für eine lange, erste Zeit. Die Erhebung der Krankendaten, die Art der Anamneseführung, der Einsatz von ersten Testverfahren, die erkennungsdienliche Beobachtung der Kranken und ihre zu Lehrzwecken vorgenommenen Vorführungen folgten wie an den meisten Universitätspsychiatrien der Zeit²³ auch in Innsbruck den Kraepelinschen Vorgaben. Was die hirnanatomische und nervenphysiologische Ätiologie – so meine These – als Versprechen in die Welt gesetzt, als Ergebnis aber nicht erbracht hatte, sollte nun durch gezielte klinische Beobachtung und Befragung der PatientInnen und Angehörigen ermittelt werden.

17 Paradoxerweise ist der therapeutische Nihilismus für die Epoche der frühen Neuropathologie ebenso kennzeichnend wie der in ihrem Rahmen mit Emphase vorgetragene ‚Entwicklungsfortschritt‘ der Disziplin.

18 Vgl. Maria A. WOLF, Organisches Kapital und Rationalisierung der gesellschaftlichen Verwendung des Menschen 1900–1938. In: Maria A. WOLF, Eugenische Vernunft. Eingriffe in die reproduktive Kultur durch die Medizin 1900–2000 (Wien 2008) 31–302.

19 TLA, Krankenaktenbestand der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik 1916, Box-Buchstabe A, Krankenakte M. A.

20 TLA, Krankenaktenbestand der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik 1910, Box-Buchstabe E, Dossier in Krankenakte S. E.

21 Emil KRAEPELIN, Lectures of a Clinical Psychiatry (London 1904) 200f.

22 Emil KRAEPELIN, Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte (Leipzig 1896) 3.

23 Vgl. Eric ENGSTROM, Bedside Science. Clinical Research in Heidelberg. In: ENGSTROM, Clinical Psychiatry 121–146.

Entstehung und Entwicklung, Verlauf und Ausgang der Krankheit standen dabei im Zentrum des Interesses. Vollständige Auskunft über die Art des Krankheitszustands gäbe allein die Krankengeschichte, respektive das, was zum damaligen Zeitpunkt im Rahmen der Psychiatrie dafür gehalten wurde: die Vorerkrankungen, die „allgemeine und persönliche Prädisposition“, letztere gleichbedeutend mit „Erblichkeitsverhältnis, Entwicklungsstörung und Erziehung“,²⁴ und schließlich der „Gang der eigentlichen Erkrankung“, welche zur Einweisung in die psychiatrische Klinik führte. Solange die Innsbrucker neurologisch-psychiatrische Klinik über ein eigenes, nur ihr vorbehaltenes Krankenaktenformular verfügte (was sich mit den Kriegsjahren ändert), wird sie ab den 1892er Jahren die Daten über die ‚Herkunft‘ der Krankheit hervorheben und in einem eigenen Feld am Aktenkopf anbringen. Dort sind, übersichtlich in Kästchen eingetragen, die „Hereditären Verhältnisse“ vermerkt, zuerst der „Vater“, dann die „Mutter“, schließlich noch die „Geschwister“. Rechts daneben das Feld zum Eintrag der Vorerkrankungen. Sieben Platzhalter, drei Vordrucke – den Krankheitstheorien und Bedingungen der Zeit entsprechend: einmal „Syphilis“, dann „Krämpfe“, schließlich „Diphtheritis“ und die Rubrik „Frühere psychische Störungen“. Diese Kurzform der Krankheitsgeschichte als ‚Nachweis‘ der Herkunft der Krankheit zur Ermittlung ihrer Gegenwart und Zukunft kann als formalisierter Beleg für das evolutionistische und vererbungstheoretische Paradigma der Psychiatrie der Jahrhundertwende, auch der Innsbrucker, gelesen werden. Die *ätiologische* Leerstelle, welche die Neuropathologie hinterließ, wurde – wie ich meine – durch eine *genealogische* ersetzt: durch die Ermittlung der ‚Erbfolge‘, der Vorerkrankungen, der ‚Entwicklungshemmnisse‘ in Kindheit und Jugend, der gefährdenden Lebensumstände der Kranken und des krankheitsfördernden Konsums von Alkohol, Kaffee und Nikotin. Wurde – was die Innsbrucker Klinik betrifft – der Eintrag in den Vordruck auch nicht in allen Fällen mit derselben Gründlichkeit vorgenommen, so strukturierten die genannten Parameter entscheidend die Anamnese und bestimmten Fragerichtung und Antwortgebung im Anamnesebogen – unabhängig davon, was die Patienten und Patientinnen sonst noch zu berichten hatten. Die Lebensgeschichten in den Akten verkürzen sich dann auch meist auf eine redundante Aufzählung der hereditären Verhältnisse: vom Vater, dem Trinker, und der Mutter, die ein nervöses Leiden hatte, über Geschwister, die alle früh gestorben seien, an Rachitis die einen, die anderen an den „Krämpfen“, bis zu lakonischen Hinweisen, das Milieu betreffend, dem häufigen Dienstortwechsel oder dem unsteten Wohnort, der mäßigen Erziehung oder dem kargen Schulerfolg. Waren die PatientInnen nicht in der Lage, die entsprechenden Informationen zu liefern, so tat es in der Regel der Referent, der oder die Angehörige, welche den Patienten, die Patientin in die Klinik begleitete.

Die evolutions- und vererbungstheoretischen Parameter, welche die

24 Als allgemeine Prädispositionen galten den Psychiatern der Zeit mit geringen Varietäten übereinstimmend: Lebensalter, Geschlecht, Volkscharakter, Klima und Beruf, als persönliche Prädispositionen, mehrheitlich: Erblichkeit, Entwicklungsstörung und Erziehung.

Datenerhebung, -generierung und -darstellung anleiteten, erzeugten eine die neuropathologische Sichtweise ergänzende, neue *Evidenz der Geisteskrankheit*, die ihren letzten (somatischen) Grund zwar noch verberge, ihre Prädispositionsbedingungen, Entwicklungsverläufe und Krankheitsausgänge jedoch zusehends preisgebe. Mit wenigen Ausnahmen war *der therapeutische Nihilismus* nicht nur für die Epoche der frühen Neuropathologie kennzeichnend, sondern auch für die ihr nachfolgende empirisch klinische Phase der diagnostischen und prognostischen Ausdifferenzierungen. Für die PatientInnen, jedenfalls für jene der Innsbrucker Nervenlinik, folgte aus den detailreichen, anamnestischen Befragungen und klinischen Verlaufsbeobachtungen behandlungsseitig nichts, was spezifisch oder von Belang wäre. Allerdings erhöhte die neue prognostische Kultur der Klinik die Autorität des wissenschaftlichen Psychiaters ebenso wie sie den Druck auf die PatientInnen intensivierte. Fiel die Prognose für die Patientin, den Patienten ungünstig aus und war an Besserung nicht mehr zu denken – dieses Verdikt traf längst nicht nur die Paralytiker –, wurde eine rasche Entlassung aus der Klinik und eine Überweisung in die Anstalt, meist in die Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol angeordnet.

Dass eine solche allerdings aufgrund von Ressourcenknappheit und Überbelegung oft zu früh zu erfolgen hatte, beklagt der langjährige Leiter der Klinik Carl Mayer in mehreren Schreiben an Ministerium und Klinikverwaltung. Dabei ging es nicht – wie man meinen könnte – um Zeitgewinn zur Erholung der PatientInnen oder um ein Zeitfenster zur intensiveren Behandlung, sondern um den beklagenswerten Zustand, „*dieselben nicht weiter für den Unterricht verwerten zu können, so sehr dies auch oft im Interesse der Vorführung längerer Krankheitsverläufe in der Vorlesung geboten wäre*“.²⁵

Die „Lehre am Krankenbett“ ist für den klinischen Unterricht konstitutiv, das „Krankenbett in der Lehre“ eine beständige Herausforderung um die „angemessene [...] Zahl“ und „passende Beschaffenheit“²⁶ der PatientInnen zu Vorführungszwecken und um die Rationalitätskriterien einer Klinik zwischen „Wissens- und Versorgungsökonomie“²⁷. Wenn es in Innsbruck auch schon in den 1870er Jahren vereinzelt Psychiatricvorlesungen gegeben hat, so wurden sie regelmäßig und als fixer Bestandteil des Curriculums erst seit Gründung der Lehrkanzel für Psychiatrie und Neurologie ab 1891 gehalten. Zum verbindlichen Prüfungsstoff, auch für alle Allgemeinmediziner, wurden sie mit der Novelle der Prüfungsordnung 1903. Neben allerlei Präparaten gehärteter und frischer Gehirne,²⁸ neben diversen Schautafeln über den Aufbau des Gehirns und Nervensystems²⁹ kamen als ‚Unterrichtsmaterialien‘ auch an der Innsbrucker Nervenabteilung in aller erster Linie die PatientInnen der Klinik selbst zum Einsatz. Das belegen Archivmaterialien ebenso wie die Krankenakten, in denen die Vorführung samt dem, was sich dabei zugetragen hatte, festgehalten

25 UAI, Lehrkanzel für Psychiatrie, Schreiben von Carl MAYER vom 10.12. 1910 an den Rektor der Universität Innsbruck.

26 Ernst Daniel BARTELS (1830), zitiert nach: Eric ENGSTROM, Disziplin, Polykratie und Chaos. Zur Wissens- und Verwaltungsökonomie der psychiatrischen Nervenabteilung der Charité. In: Eric ENGSTROM, Volker HESS (Hg.): Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité-Krankenhauses im 19. Jahrhundert. Jahrbuch für Universitätsgeschichte 3 (2000) 162–178, hier 162.

27 Vgl. Eric ENGSTROM, Volker HESS (Hg.), Wissens- und Verwaltungsökonomie, Editorial 7–18.

28 UAI, Lehrkanzel für Psychiatrie, Detaillierte Aufzählung der verwendeten Unterrichtsmaterialien im Ansuchen des Dozenten. für Pathologische Anatomie, Dr. Schnopfhagen, an das Professorenkollegium zur Beurteilung seiner Habilitationsaspiration auch für das Fach „Psychiatrie und Neurologie“ aus dem Jahre 1878.

29 UAI, Lehrkanzel für Psychiatrie, Schreiben C. Mayers an das „Hohe k. k. Ministerium für Cultus und Unterricht“ aus dem Jahre 1905, in dem er neben anderen Dingen (siehe weiter vorne) eine Reihe entsprechender Schautafeln für den Unterricht fordert.

wurde. Als Objekte des Wissens kommt den Kranken im Rahmen des didaktischen Arrangements der Patientenvorführung die Rolle zu, den Studierenden und angehenden Ärzten die Krankheitszeichen zu präsentieren, die zu lesen in Zukunft ihre Aufgabe sein wird. Der Dozent fungiert dabei vor allen Dingen als Stichwortgeber, der die noch leeren Zeichen in den Stand von Symptomen hebt, die zu allererst durch die sprachliche Ordnung der Nosologie gewonnen werden. Der klinische Unterricht im psychiatrieeigenen Hörsaal, der auch in Innsbruck – der Patientenvorführungen wegen – in unmittelbarer Nähe zu den Krankenräumen angesiedelt war, trägt als die Beobachtung forciierende Versuchsanordnung entscheidend dazu bei, die klinisch-psychiatrische Methode zu implementieren, ihre Blick-Empirie zu intensivieren und ihre diagnostischen Kriterien zu etablieren. Freilich hat die psychiatrische Klinik die Unterrichtspraxis der Patientenvorführung nicht eigentlich erfunden, aber sie hat sie mit besonderer Intensität und Nachhaltigkeit betrieben und betreibt sie fallweise bis heute.

In Ergänzung zu den „medikalen Bild-Medien“³⁰, die im Laufe des 19. Jahrhunderts auch und besonders die Psychiatrie erfassten und nebst Nervenschnitten und Abbildungen von Hirnpräparaten und Schädelexponaten³¹ gegen Ende des Jahrhunderts in zahlreichen Krankenphotografien, die Texte der psychiatrischen Lehrbücher illustrierten,³² respektive als eigenständige medizinische Handatlanten die Verkaufszahlen der Publikationen steigerten,³³ hat die Vorführung psychiatrischer Patienten und Patientinnen den medizinischen Blick auf den Menschen ebenso spezialisiert wie verallgemeinert. Die Krankenvorführung ist Teil der medizinischen Bilderwelt um 1900 und ergänzt und ersetzt das Sagbare der Krankheit ebenso wie sie den Blick auf den Kranken sozialisiert. Darin geht sie weit über den unmittelbaren Umgebungsraum der Klinik hinaus.

3. Schlussbemerkungen

Zusammenfassend kann also gesagt werden: Die Cerebralisierung der Geisteskrankheit einschließlich ihres Nachweisversuchs in Gehirn und Nervensystem verhalf der Psychiatrie um 1900 zwar zu kaum mehr Behandlungserfolg, aber zur Anschlussfähigkeit an die akademische Medizin und damit zur weit über die Klinik hinausreichenden, auch gesellschaftspolitischen Autorität des Klinikpsychiaters. Die Übernahme des evolutionistisch-vererbungstheoretischen Paradigmas in die psychiatrische Krankheitslehre erhöhte diese Wirkung und legitimierte die Psychiatrie als entscheidende Akteurin in den Jahrhundertwendedebatten um Vererbung, Degeneration und Eugenik. Der Ausbau ihres didaktischen Apparats, die „Lehre am Krankenbett“ und das „Krankenbett in der Lehre“, verbunden mit

30 Vgl. Gunnar SCHMIDT, *Anamorphotische Körper. Medizinische Bilder vom Menschen im 19. Jahrhundert* (Köln 2001). Darin besonders das Kapitel: Vom Adjekt zum Objekt. Zur Ikonographie des Kretinismus 107–133.

31 Vgl. Christine HANKE, *Zwischen Auflösung und Fixierung. Zur Konstruktion von ‚Rasse‘ und ‚Geschlecht‘ in der physischen Anthropologie um 1900* (Bielefeld 2007). Darin besonders das Kapitel: Anthropologische Visualisierungen. Zwischen Auflösung und Fixierung 167–258.

32 Als Beispiele dafür mögen die Kraepelinschen Lehrbücher gelten. Während die ersten Auflagen sämtlich ohne ‚Kranken‘ fotografien auskamen, werden diese ab der 5. Auflage (1896) systematisch eingesetzt, zuerst noch als szenische Arrangements mehrerer Kranker eines Diagnosekomplexes (Kretins, Idioten, Paralytiker, Manikerinnen, etc.) auf sogenannten Lichtdrucktafeln, später ab der 8. Auflage (1915), die in vier Bänden erscheint, als Fotografien einzelner ‚Kranker‘ in klinischer Aufnahme, oft von mehreren Seiten abgelichtet, vielfach nackt, im Labor, im Krankenbett oder zusammen mit technischem Messgerät. Vgl. Emil KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte* (Leipzig 1896); Emil KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, IV. Band (Leipzig, 1915).

33 Während die Anatomische Pathologie schon im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts Handatlanten mit farblich lithographischen Abbildungen, etwa jenen 1828 von Jean CRUVEILHIER (1791–1874) herausgegeben, zur Verfügung hatte, kam dieses Genre für die Psychiatrie und Neurologie erst im letzten Drittel des vorletzten Jahrhunderts zum Einsatz, etwa für den deutschen Sprachraum in Form jener besonders auflagenstarken Lehmannschen Medizinatlanten. Vgl. Wilhelm WEYGANDT, *Atlas und Grundriss der Psychiatrie. Lehmann's medizinische Handatlanten*, Bd. XXVII (München 1900); Christoph JAKOB, *Atlas des gesunden und kranken Nervensystems*, Bd. IX (München 1896); Wilhelm SEIFFER, *Atlas und Grundriss der Allgemeinen Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten*, Bd. XXIX (München 1902).

der Zunahme medikaler Bildmedien in Fachliteratur und darüber hinaus spezialisierten und verallgemeinerten den medizinischen Blick auf den Menschen und umgekehrt, hielten sie das Individuum an, das kranke wie bald auch das gesunde, sich darin zu finden.

Archivalische Quellen:

TIROLER LANDESARCHIV (TLA): Krankenakten der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik Innsbruck, 1891–1920.

UNIVERSITÄTSARCHIV INNSBRUCK (UAI): Akten „Lehrkanzel für Psychiatrie“: Habilitationen, Berufungen, Briefwechsel der Institutsvorstände, 1875–1918.

Gedruckte Quellen:

ANTON Gabriel, Antrittsrede: Separatdruck der WIENER KLINISCHEN WOCHENSCHRIFT (Wien 1891) Nr. 47.

JAKOB Christoph, Atlas des gesunden und kranken Nervensystems, Bd. IX (München 1896).

KRAEPELIN Emil, Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte (Leipzig 1896).

KRAEPELIN Emil, Lectures of a Clinical Psychiatry (London 1904).

KRAEPELIN Emil, Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, IV. Band (Leipzig 1915).

SCHLÖSS Heinrich (Red.), Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild (Halle a.d. Saale 1912).

SEIFFER Wilhelm, Atlas und Grundriss der Allgemeinen Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten, Bd. XXIX (München 1902).

WEYGANDT Wilhelm, Atlas und Grundriss der Psychiatrie. Lehmann's medizinische Handatlanten, Bd. XXVII (München 1900).

Literatur:

BERRIOS German E., The History of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century (Cambridge 1996).

BLASIUS Dirk, „Einfache Seelenstörung“. Die Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945 (Frankfurt am Main 1984).

CASTEL Robert, Die psychiatrische Ordnung (Frankfurt am Main 1979 [1976]).

ENGSTROM Eric, Clinical Psychiatry in Imperial German Psychiatry (New York 2003).

- ENGSTROM Eric, HESS Volker (Hg.), Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité-Krankenhauses im 19. Jahrhundert (= Jahrbuch für Universitätsgeschichte 3/2000).
- ENGSTROM Eric, ROELCKE Volker, Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im Deutschen Sprachraum (Mainz 2003).
- FOUCAULT Michel, Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisse (Frankfurt am Main 1991 [1975]).
- FOUCAULT Michel, Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft (Frankfurt am Main 1989 [1961]).
- GOFFMAN Erving, Asyle. Über die soziale Position psychiatrischer Patienten und anderer Insassen (Frankfurt am Main 1973 [1961]).
- GOLDBERG Ann, Sex, Religion and the Making of Modern Madness: The Ebersbach Asylum and German Society (New York 1999).
- HANKE Christine, Zwischen Auflösung und Fixierung. Zur Konstruktion von ‚Rasse‘ und ‚Geschlecht‘ in der physischen Anthropologie um 1900 (Bielefeld 2007).
- HUTER Franz (Hg.), Hundert Jahre Medizinische Fakultät Innsbruck 1869–1969 in 2 Bänden (Innsbruck 1969).
- MEIER Marietta u.a. (Hg.), Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich 1870–1970 (Zürich 2007).
- NOLTE Karen, Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900 (Frankfurt am Main 2003).
- PORTER Roy, Madness (New York 2002).
- RALSER Michaela, Das Subjekt der Normalität. Wissensproduktion und Wissenskommunikation am Beispiel der Psychiatrie als Gesellschaftswissenschaft um 1900. Habilitationsschrift (Innsbruck 2009), erscheint 2010.
- SANDNER Peter u.a.(Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn (Marburg 2001).
- SCHMIDT Gunnar, Anamorphotische Körper. Medizinische Bilder vom Menschen im 19. Jahrhundert (Köln 2001).
- SHORTER Edward, Geschichte der Psychiatrie (Berlin 1999 [1997]).
- WOLF Maria A., Eugenische Vernunft. Eingriffe in die reproduktive Kultur durch die Medizin 1900–2000 (Wien 2008).