

Das medizinische Verständnis von Geisteskrankheiten und ihre Behandlung zur Zeit der Aufklärung

Die Psychiatrie als eine eigenständige Disziplin reiht sich erst im späteren 19. Jahrhundert in den Fächerkanon der Medizin ein, was dann auch ihre Institutionalisierung in Form von Lehrstühlen zur Folge hat.¹ Auch der Begriff „*Psychiaterie*“ bzw. „*Psychiatrie*“ im Sinne einer Heilkunde für Seelenkrankheiten wird erst 1808 bzw. 1816 geprägt, und zwar von Johann Christian Reil (1759–1813), Professor und Stadtphysikus in Halle. In einer neueren Studie zur Geschichte der Psychiatrie wird die Zeit vor 1800 als eine „Welt ohne Psychiatrie“ bezeichnet.²

Folgen wir einer Situationsbeschreibung, wie sie eben der Hallenser Professor Reil 1803 formuliert:

„Wir sperren diese unglücklichen Geschöpfe gleich Verbrechern in Tollkoben, ausgestorbne Gefängnisse, neben den Schlupflöchern der Eulen in öde Klüfte über den Stadthoren, oder in die feuchten Kellergeschosse der Zuchthäuser ein, wohin nie ein mitleidiger Blick des Menschenfreundes dringt, und lassen sie daselbst, angeschmiedet an Ketten, in ihrem eigenen Unrath verfaulen. Ihre Fesseln haben ihr Fleisch bis auf die Knochen abgerieben, und ihre hohlen und bleichen Gesichter harren des nahen Grabes, das ihren Jammer und unsere Schande zudeckt. [...] Sie sind wie die Pandekten ohne System, oder confus, wie die Ideen ihrer Köpfe, in den Irrhäusern geordnet. Fallsüchtige, Blödsinnige, Schwätzer und düstre Misanthropen schwimmen in der schönsten Verwirrung durcheinander. Die Erhaltung der Ruhe und Ordnung beruht auf terroristischen Principien. Peitschen, Ketten und Gefängnisse sind an der Tagesordnung. Die Officianten sind meistens gefühllose, pflichtvergessene, oder barbarische Menschen, die selten in der Kunst, Irrende zu lenken, über den Zirkel hinausgetreten sind, den sie mit ihrem Prügel beschreiben [...]“³

Reil zeichnet hier in der Tat ein düsteres Bild über das Schicksal der Unsinnigen, Rasenden, Wahnwitzigen seiner Zeit, und Schilderungen anderer fallen nicht günstiger aus.

Clemens Brentano entwarf noch Anfang des 19. Jahrhunderts nach dem Besuch eines Irrenhauses folgendes erschreckende Bild:

„Die Wahnsinnigen lagen unrein wie Schweine in dunklen Behältern, bis an den Hals in faulem Stroh, mit

wenigen Lumpen halb bekleidet, in so schauerhafter Vernachlässigung und Verwirrung, daß man nicht wußte, welches die Männer und welches die Frauen seien. Das Ungeziefer hatte sie mit Geschwüren bedeckt, die Rasenden hatten sich mit ihren Ketten tieffaulende Wunden geschlagen [...]“⁴

Hatte das 18. Jahrhundert, das Zeitalter der Aufklärung, die Geisteskranken vergessen, die Vernunft die Unvernunft nicht zur Kenntnis genommen? Hatte die Zeit, deren Anliegen es war, den Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit herauszuführen, wie es Kant 1784 formulierte, diese Gesellschaftsgruppe nicht im Blick? Und wie stand es diesbezüglich um den Philanthropismus, auch eine Strömung der Zeit, die sich im Dienst des Humanismus über Konventionen und Standesgrenzen hinweg in sehr vielfältiger Weise um menschliche Belange bemühte?

Einerseits erscheint es erforderlich, die Erwartungshaltung etwas zurückzuschrauben gegenüber einer Aufklärung, die mittels Verstand und Vernunft nun alle finsternen Winkel erleuchtet hätte. Dieses war ein Anspruch, eine Perspektive, ein Programm, dessen Umsetzung jedoch keineswegs so schnell erfolgen konnte. Andererseits war die Aufklärung eine, und sicherlich die dominierende Geisteshaltung, aber es gab daneben andere Tendenzen und Strömungen, und es gab die Macht überkommener Strukturen und tradierter Denkmodelle. All das muss geltend gemacht werden, will man die Situation der Geisteskranken im 18. Jahrhundert erfassen.

Traditionell wurde nur ein kleiner Teil der Geisteskranken in Hospitälern aufgenommen. Das galt auch noch für das 18. Jahrhundert.⁵ Geistesranke, die eher depressiv, melancholisch oder wunderlich-närrisch waren, wurden in ihrer familiären Umgebung, in ihren Dörfern als Dorf Narr belassen oder lebten auf den Straßen mit anderen Gruppen, Obdachlosen etc. Das



Abb. 1: Das Bedlam-Hospital in London. Stich von William Hogarth (A Rake's Progress, 1735)

bedeutete nicht, dass sie akzeptiert waren, denn auch in den Familien wurden sie häufig ausgegrenzt, mussten in Ställen hausen, wurden ihrer Bewegungsfreiheit beraubt etc. In den sogenannten Tollhäusern wurden vorzugsweise die Kranken aufgenommen, die aggressiv, gefährlich schienen, die man also in ihrer angestammten sozialen Umgebung nicht belassen konnte. Es dürfte sich hier vor allem um die Rasenden, die Manisch-aggressiven gehandelt haben, die man vor sich selbst schützen, vor denen aber auch die Gesellschaft gesichert werden mußte. Einerseits konnte von einem solchen Kranken ein tätlicher Angriff ausgehen – so wird z. B. diskutiert, ob die absehbare körperliche Bedrohung durch einen Rasenden den Tatbestand des Notstandes erfüllt, der den Angegriffenen zur Notwehr, also zur Selbstverteidigung mit allen Mitteln ermächtigt. Eine Bedrohung für die Gesellschaft konnte aber auch allein von der Präsenz eines Geisteskranken ausgehen: Noch bis ins ausgehende 18. Jahrhundert ist die alte Vorstellung gegenwärtig,

dass eine schwangere Frau sich versehen kann, das heißt durch einen unmittelbaren Schrecken kann ihr ungeborenes Kind gefährdet werden, so dass es krank oder missgestaltet auf die Welt kommt. Solch einen Schrecken kann der Anblick eines missgebildeten Menschen verursachen, er kann aber auch durch die unvermittelte Gegenwart eines Geisteskranken ausgelöst werden. Diese mussten also quasi in Sicherheitsverwahrung genommen werden, insbesondere wenn sie auffällig waren und von ihrem familiären Umfeld nicht kontrollierbar schienen.

Sicherheitsverwahrung hieß aus dem Verkehr ziehen, kontrolliertes Wegschließen, häufig in Verbindung mit anderen Gruppen wie Straftätern in Zucht- und Arbeitshäusern oder in Gefängnissen. Ansonsten waren die Hospitäler zur Aufnahme Geisteskranker prädestiniert, wo auch Arme, unbemittelte, alte und kranke Menschen eine Heimstatt fanden und die im Zuge christlicher Barmherzigkeit seit dem hohen Mittelalter eingerichtet worden waren

und sich auf privater oder kommunaler Basis durch Almosen und Spenden finanzierten und Unterkunft und Verpflegung sicherstellten. Eigene Einrichtungen speziell für Geistesranke – etwa analog zu den Leprosorien oder Gutleuthäusern, in denen die Leprakranken abgesondert lebten, oder vergleichbar den Pesthäusern, Isolierstationen, in die zu Pestzeiten die Kranken verbracht wurden, gab es eher vereinzelt. Als eine bemerkenswert frühe Einrichtung ist das Londoner Bethlehem Hospital, später Bedlam, zu nennen, das bereits im 13. Jahrhundert eingerichtet wurde. Bemerkenswert sind auch die Gründungen des hessischen Landgrafen Philipps des Großmütigen, der im Zuge der Reformation aufgelassene Klöster 1531 zu Hospitälern umwidmete: es entstanden die Hohen Hospitäler Haina, Merxhausen, Hofheim und Gronau für „Arme, Gebrechliche, Sieche und Geistesranke“, die auch betont für das ländliche Umfeld bereitstehen sollten.⁶ Die Pariser Anstalten, das Bicêtre und die Salpêtrière (nach einer dort befindlichen Salpetersiederei), wurden von Ludwig XIII. 1656 gegründet. Sie waren zunächst Auffangbecken für soziale Randgruppen und Ausgestoßene wie Bettler, Kriminelle, Prostituierte, bevor sie ausschließlich für Geistesranke reserviert wurden und man eine Einteilung nach Geschlecht vornahm: das Bicêtre nahm die männlichen, die Salpêtrière die weiblichen Kranken auf.⁷

Was sind Geistes- und Gemütskrankheiten?

Ganz entscheidend ist die Feststellung, dass man die Geistesranke nicht eigentlich als Kranke, als Patienten einstuft, die einer medizinischen Therapie bedürftig oder zugänglich wären. Zwar hatte Hippokrates (460-370 v. Chr.), der Begründer der abendländischen rationalen Medizin, gegen alle magisch-animistischen Vorstellungen postuliert, dass Krankheit ein natürliches Phänomen sei, eine Folge oder Wirkung bestimmter veränderter Ursachen, die erkennbar und dadurch auch mit geeigneten, rationalen Methoden therapierbar seien. Und das hatte er ausdrücklich auch für die heilige Krankheit, die Epilepsie, den Formenkreis von Krankheiten formuliert, die in anfallsartigen

Schüben auftreten. Auch oder selbst diese hätten natürliche, sprich somatische Ursachen, führt er in der Schrift *De morbo sacro* aus, und es ist nach dem gegenwärtigen Forschungsstand eine der wenigen Schriften aus dem *Corpus hippocraticum*, die tatsächlich von Hippokrates verfasst wurden. Wird also bereits hier grundsätzlich festgestellt, dass Geistes- oder Gemütskrankheiten körperliche, nämlich Gehirnkrankheiten sind, so hatte das für den Umgang mit den Betroffenen kaum entsprechende Konsequenzen. Geistesranke waren weniger von einer göttlichen Instanz begnadete, viel eher von Gott gestrafte Menschen, indem er es zugelassen hatte, dass der Teufel, das Böse, Gewalt über sie gewinnen konnte und sie nun von ihm besessen wurden. Damit war das, was den Menschen vor den anderen Geschöpfen auszeichnet und ihn in der Kette der Wesen Gott am nächsten bringt, die unsterbliche Seele, verdorben oder verlustig gegangen – der Mensch hatte seine genuine Menschlichkeit eingebüßt, hatte sich zum Tier mit tierischen Verhaltensweisen zurückentwickelt. Einzig vor diesem Hintergrund erscheint der unmenschliche Umgang mit Geistesranke nachvollziehbar, der alles Mitgefühl und Barmherzigkeit vermissen lässt und der sich noch bis ins 19. Jahrhundert hinein dokumentiert findet, wenn er auch mit zunehmender Entrüstung und Kritik notiert wird.

Damit waren die Betroffenen aber vorzugsweise ein Fall für die Theologen, die mit exorzistischen Methoden versuchen konnten, die Seele des Kranken vom Bösen zu befreien, die Teufel auszutreiben. Mediziner, Ärzte hatten hier kaum einen Angriffspunkt. Sie kümmerten sich um handfeste, körperliche Beschwerden. Zu den mentalen Aberrationen hatten sie kaum einen Zugang. Noch in der Mitte des 18. Jahrhunderts finden sich in *Zedlers Universallexikon*, einem Standardwerk, das die zeitgenössischen Lehrmeinungen beinhaltet, folgende Ausführungen:

„Die unmittelbare Ursache dieser höchst beschwerlichen und Erbarmungs=würdigen Kranckheit [der Raserei] ist zuweilen übernatürlich, wenn nemlich der Teuffel auf Gottes Zulassung so viel Gewalt bekommt, daß er die Menschen in Raserey bringt. Wie und auf was Art und Weise aber der Teuffel in dem menschlichen Körper

würcke, hat der berühmte Hoffmann in Halle in der gelehrten Disputation, de potentia diaboli in corpus humanum, sehr schön bewiesen. Allem Ansehen nach lässt sich diese Sache sehr schwer erklären: Denn der Teuffel ist ein Geist ohne Materie; ob er nun die Werkzeuge und Glieder des Körpers unmittelbar angreiffe, oder ob er durch physicalische und natürliche Mittel dieselben dahin bringe, daß daher rasende Bewegungen derer Lebens=Geister erregt werden, darinnen sind die Gelehrten bis auf diese Stunde noch nicht einig. Gleichwie aber der böse Feind in physicalischen Dingen am allergeübtesten ist, und die natürlichen Sachen wohl zu gebrauchen weiß; also ist glaublich, daß er vielleicht die physicalischen Dinge, und besonders unsere Lebens=Geister so zurichte, daß eine Raserey, welche derjenigen fast gleich ist, so ihre natürlichen Ursachen hat, erregt werde. Allein bey dergleichen rasenden Leuten bemerket man ausser denen oben angeführten Zufällen, noch etwas, so über die Kräfte der Natur ist, und selbige weit übertrifft: indem sie z. E. fremde Sprachen reden, die sie vorher niemahls gelernet haben, zukünftige Dinge vorher sagen, und andere Künste ausüben, davon sie ehedem nichts gewust. Gewiß diese und dergleichen Verrichtung lassen sich von keiner gewissen und besondern Beschaffenheit derer Säfte oder derer Lebens=Geister und körperlichen Werkzeuge herleiten, sondern es muß nothwendig etwas von dem Teuffel auf irgend eine Art dem krancken Gemüthe beygebracht worden seyn.“⁸

Sind solche übernatürlichen Kraftpotentiale erkennbar – auffallend war etwa auch die Unempfindlichkeit gegenüber Kälte und Hitze –, dann stand nicht zu erwarten, dass der Arzt mit seinen natürlichen Heilmethoden etwas ausrichten könnte:

„so wird er [der besessene Mensch] wohl schwerlich mit Räuchern, oder Kräutern, oder Brech=Mitteln, oder Esentzen vom Satan befreyet werden, daß man also die Cur derer Besessenen, deren es zwar heutiges Tages sehr wenige giebet, denen Herrn Geistlichen billig überlässet.“⁹

Zwar gab es durchaus eine Tradition ärztlichen Bemühens um das Verstehen von Geistes- und Gemütskrankheiten;¹⁰ es gab aber noch nicht den Facharzt für Geisteskrankheiten, sondern eher „Zufalls-Irrenärzte“.¹¹ Die Mediziner wurden im Rahmen ihrer allgemeinen Praxis mit den Krankheitsphänomenen konfrontiert. Auch in den speziell ausgerichteten Anstalten gab es lange Zeit kein medizinisches Fachpersonal – bzgl. Merxhausen ist die Abfolge der Chirurgen und Physici nachgewiesen, die die Kranken mit betreut haben, sei es, dass sie die äußeren Schäden kurierten, die in die Zuständigkeit der Chirurgen fielen, oder dass sie sich um innere Erkrankungen bemühten, was in die Kompetenz der Physikatsärzte gehörte. Dies

waren ambulante Mediziner, die 4 mal pro Jahr und in dringenden Fällen kommen sollten. Fest angestellte und ausschließlich für die Betreuung der Anstaltsinsassen zuständige Ärzte gab es bevorzugt erst mit dem Beginn des 19. Jahrhunderts.¹² Da ist es nicht verwunderlich, sondern steht zu erwarten, dass diese Zufalls-Irrenärzte auch die Gemütskrankheiten im Rahmen ihrer medizinischen Theorien zu erfassen suchten, in ihr medizinisches Wissen zu integrieren bemüht waren. Und da das 18. Jahrhundert diesbezüglich eine sehr bewegte Zeit war, gekennzeichnet durch unterschiedliche, z. T. konkurrierende Theorien und Systeme, sind die Erklärungsmodelle auch sehr heterogen, so dass sich durchaus kein einheitliches Bild zeichnen lässt.

Um 1700 wird auch die Medizin von der naturphilosophischen Frage geprägt, was das Wirkprinzip der Bewegung ausmacht. Allenthalben ereignet sich Bewegung – Körper ziehen sich an, stoßen sich ab, Elektrizität und Magnetismus waren beobachtbare Phänomene, aber was war die Ursache? War sie der Materie selbst immanent, oder gab es ein geistiges Prinzip, das als eigentliche Ursache sich der Materie nur bediente? Und wie funktionierte der lebende Organismus, der sich doch durch permanente Bewegung auszeichnet? Es stellte sich die Frage nach dem Verhältnis des Körpers zum Geist, zur Seele, und die zunächst dominierende medizinische Theorie folgte dem durch René Descartes (1596–1650) repräsentierten Dualismus. Er nimmt eine Unterteilung in *Res cogitans* und *Res extensa* vor: *Res cogitans* ist die spirituelle, unsterbliche Seele, die immaterielle geistig-seelische Komponente; sie ist zuständig für die vom Willen steuerbaren Körperfunktionen und für den Bereich der Sinnesvermögen sowie für die mentalen Kompetenzen der Erinnerung, des Denkens. Ihr gegenüber steht die *Res extensa*, der materielle Körper. Er agiert autonom, indem er physikalischen Gesetzen der Mechanik und Hydraulik gehorcht. Die immaterielle Seele wird natürlich gleichwohl im Körper verortet. Hierfür eignet sich die zentral gelegene, unpaarige Zirbeldrüse, die als der Sitz der Seele angesprochen

wird. Die Epiphyse ist die Schaltzentrale, die Verbindungsstelle zwischen Seele, Geist, Gemüt einerseits und Soma, Körper, Materie andererseits. Zur Zirbeldrüse wird durch Blutgefäße vom Herzen der *Spiritus vitalis* herangeführt und als *Spiritus animalis* durch zahlreiche Nervenendigungen schließlich in Nervenröhren und dadurch in den Körper ausgesendet, um ihre Funktionsbereiche wahrzunehmen. Nach dieser mechanistischen Vorstellung entstehen Krankheiten durch Störungen in dieser Körpermaschine, die zu Überfüllung oder Stockung von Körpersäften führen. Geisteskrankheiten werden auch mechanistisch verstanden: sie entstehen, indem die bewegliche Zirbeldrüse sich nicht normal ausrichtet, sondern quasi in pathologischer Weise verlagert ist. Damit ist die Zirkulation der *Spiritus animales* in den Gehirnmarm- und Nervenröhren behindert. Die Sensorik, Motorik sind gestört, die geistigen Vermögen des Individuums werden schwer beeinträchtigt, sie können durch lichte Intervalle abgelöst werden.¹³ Eine solche Theorie forderte zur anatomischen Bestätigung auf. Und so wurden Hirnsektionen auch an verstorbenen Geisteskranken vorgenommen, um entsprechende Befunde zu erheben. Die Ergebnisse waren, wie bei einer solchen spekulativen Theorie nicht anders zu erwarten, keinesfalls eindeutig. So fand man bei unauffälligen Individuen unter Umständen Veränderungen vor, während bei offenbar Geisteskranken keinerlei pathologischer Befund zu erheben war. Es fanden sich zum Beispiel Konkremente, Steine bei unauffälligen Personen, während auffällige keine solchen Befunde zeigten. Auch dies war also kein eindeutiges materielles Indiz, mittels dessen man sich Krankheiten, vor allem Geisteskrankheiten hätte erklären können. Erst der Anatom Samuel Thomas Soemmerring (1755–1830) stellt 1785 die Unbedeutsamkeit des „Hirnsandes“ an der Zirbeldrüse fest.¹⁴ Aufbau und Funktion des Gehirns waren noch keineswegs geklärt. Untersuchungen, einzelnen Hirnpartien einzelne Vermögen oder Fakultäten zuzuordnen, wie sie etwa mit dem englischen Anatomen Thomas Willis (1621–1675) verbunden sind, der unter anderem die graue Hirnsubstanz von der weißen un-

terschied, wurden von diesem mechanistischen Konzept einstweilen überlagert. Die cartesianische Physiologie erschien für die Medizin, die sich zunehmend als Naturwissenschaft verstand, insgesamt sehr attraktiv und ist in der Medizingeschichte als Iatromechanik bekannt. Ein bedeutender Vertreter dieser Richtung war der Hallenser Professor Friedrich Hoffmann (1660–1742), aber auch der berühmte Leidener Professor Herman Boerhaave (1668–1738) fand dieses Konzept als physiologisches Erklärungsmodell organischer Funktionen durchaus tauglich. Damit waren allerdings die Seelen- und Gemütskrankheiten einem medizinisch-anatomischen Zugriff weitgehend entzogen.

„Allein der körperliche Aspekt von Gesundheit und Krankheit wurde von der Medizin genauer konzeptioniert und erforscht, während die Geist-Seele weiterhin eine Art von „Körperteil“ jenseits medizinischer Zuständigkeit blieb, dessen Wesen und Wirken weitgehend rätselhaft war und nur aus der Erfahrung heraus beschrieben wurde“.¹⁵

Neben dem iatromechanischen Ansatz entwickelte sich ein anderer, der in kritischer Distanz zu diesem betont dualistischen Modell mit seinen deutlich materialistischen Tendenzen nun von einem engeren Leib-Seele-Verhältnis ausging. Es bildete sich der sogenannte Animismus oder Vitalismus aus, der wesentlich mit Georg Ernst Stahl (1659–1734) verbunden ist, einem Kollegen seines Konkurrenten Hoffmann in Halle. Aufgrund der einfachen Beobachtung, dass psychische Ereignisse, Angst, Schrecken oder ausgelassene Freude unmittelbare Auswirkungen auf den Körper haben, also somatische Wirkungen zeigen, wurde die Theorie entworfen, die Seele sei ubiquitär im Körper präsent, sie dirigiere und kontrolliere alle Körperfunktionen, wobei eine unsterbliche und unverletzliche Seele, die dem Menschen als Vernunftwesen zukommt, und eine tierische Seele unterschieden wird. Krankheiten entstehen, wenn die Bahnen – und auch hier sind Lebensgeist führende Nervenröhren zu denken – obstruiert sind und dadurch die Seele im Körper nicht überall präsent sein kann. Dieses Modell war sicher in angemessenerer Weise mit dem alten Kanon des Regimen sanitatis,

dem Regelsystem für eine gesunde Lebensweise, in Einklang zu bringen. Seine konstante Maxime war in allen Belangen die Einhaltung des goldenen Mittelweges. Ein wichtiger und immer wieder betonter Teilbereich war der Affekthaushalt, und dieser sollte möglichst stets ausgeglichen bleiben. Extreme in der einen wie der anderen Richtung verursachen Krankheiten, übermäßiger Zorn, wenn einem die Galle überläuft – diesen Ausdruck kennen wir heute noch, ebenso wie übermäßige Traurigkeit.

Schließlich sei noch eine weitere Idee angeführt, die ebenfalls eine enge Verquickung von Körper und Geist annimmt. Es ist die Vorstellung, dass einzelne Organe oder Organsysteme sympathetisch miteinander verbunden sind. Sofern ein Organ affiziert ist, wird auch das korrespondierende Organ in Mitleidenschaft gezogen. Diese Annahme wird z. B. auch geltend gemacht bei der Hysterie, einem Krankheitsbild, das von Jean-Martin Charcot (1825–1893) und Sigmund Freud (1856–1939) später als Psychoneurose eingestuft werden sollte,¹⁶ von der eigentlichen Wortbedeutung her jedoch einen pathologischen Zustand der Gebärmutter ausdrückt, gleichwohl aber natürlich als ein psychisches Krankheitsbild gemeint, beschrieben und verstanden wurde. Als Ursache wurde nur angenommen – und deswegen ist der Terminus Hysterie durchaus korrekt –, es handele sich um eine Irritation der Gebärmutter, sei es nach der Entbindung von einem Kind, sei es durch Menstruationsstörungen – nicht von ungefähr haben wir bis heute die Assoziation, nur Frauen könnten hysterisch sein! – also durch die weiblichen Geschlechtsorgane bedingt können sympathetisch Symptome psychischer Krankheitsbilder auftreten (Herzbecklemmung/Atembeschwerden, Ekel, Kopfschmerz, zugeschnürte Kehle/Schluckbeschwerden etc.). Auch solche Vorstellungen durchziehen das 18. Jahrhundert und liefern dem Arzt jedenfalls einen therapeutischen Ansatz: so verstandene Hysterie muss behandelt werden, indem das Grundleiden angegangen wird, also die regelgerechten Sexualfunktionen wiederhergestellt werden.

Bei dem Versuch, einige für das medizinische Denken zu Beginn des 18. Jahrhunderts wichti-

ge Elemente herauszulösen, zeigte sich, dass einerseits traditionelle Konzepte weiterhin für das Verständnis von Krankheit bedeutsam sind, dass zugleich neue Theorien ausgebildet werden, die sich entgegensetzen scheinen, tatsächlich aber doch Ähnlichkeiten aufweisen. Insbesondere ist das Leib/Seele-Problem von besonderer Bedeutung, und es bildet sich ein mechanistisches und ein animistisch-dynamisches Konzept aus, das längerfristig tragfähiger zu sein schien und nicht zuletzt durch den großen Physiologen Albrecht von Haller (1708–1777) in Göttingen mit dessen Differenzierung der Sensibilität von Nervenfasern und der Irritabilität von Muskelfasern 1752 weitere Unterstützung erfährt.

Bezogen auf Geistes- und Gemütskrankheiten lassen sich in den unterschiedlichen Auffassungen zum Leib/Seele-Verhältnis bereits zwei Richtungen ausmachen, die sich erst um die Wende zum 19. Jahrhundert mit einem dezidiert psychiatrischen Ansatz als ein psychischer und ein biologisch-somatischer Zugang etablieren sollten. Einerseits werden sie als körperlich manifeste, auf Hirn- und Nervenfunktionsstörungen rückführbare pathologische Erscheinungen verstanden, entsprechend der Definition des Schotten William Cullen (1710–1790), derzufolge Neurosen eine Gruppe generalisierter Erkrankungen sind, die von einer Fehlfunktion des Nervensystems ausgehen und auch Veränderungen von Empfindung und Bewegung hervorrufen können. Dem steht die Gruppe der Psychosen als spezifisch psychische Erkrankungen jenseits der somatischen Ebene gegenüber.¹⁷

Das 18. Jahrhundert zeichnet sich in besonderer Weise durch medizinische Systembildungen aus. So versucht man auch, die Vielzahl der Krankheiten zu systematisieren, zu ordnen. Der in Montpellier wirkende Mediziner und Biologe François Boissier de Sauvages (1706–1767) erstellte eine systematische Krankheitslehre, die 10bändige „*Nosologie méthodique*“, 1759, und darin werden auch die Geisteskrankheiten mit erfasst. In einer anatomischen Ordnung (a capite ad calces) finden sie sich innerhalb der 6. Klasse: Krankheiten des Kopfes, in der 2. Ordnung: *Innere Krankheiten des Kopfes*. Sauva-

ges unterscheidet 30 Krankheitsbilder, darunter die Melancholie, Manie, Lethargie, Demenz, zusammen mit Epilepsie, Migräne, Apoplexie und Hydrophobie – letzteres ist die Wasserscheu, die alte Bezeichnung für Rabies/Tollwut. Einer anderen Ordnung folgend: *Maladies qui troublent la raison/ Krankheiten, die den Verstand verwirren*, finden sich 27 Aufstellungen in 4 Unterabteilungen gegliedert. Beide Listen überschneiden sich, sind aber nicht identisch; u. a. sind hier Halluzinationen, Somnambulismus und Nostalgia/Heimweh aufgenommen, die als eine Sonderform der Melancholie galt.¹⁸ Der schwedische Naturforscher und Arzt Carl von Linné (1707–1778), bekannt als der Begründer der systematisierenden Klassifizierung des Pflanzenreichs, quasi ein Kollege von Sauvages und über Jahre hin in engem Briefkontakt zu ihm, hat ebenfalls versucht, die Krankheiten zu rubrizieren (*Genera Morborum, Upsala 1763*). Hier finden sich die mentalen Erkrankungen in der Rubrik der nicht mit Fieber verbundenen Nervenkrankheiten, die das Judicium, den Verstand betreffen. Die Liste von insgesamt 25 Krankheitsbildern wird wiederum in ideale, imaginäre und pathetische/affektive untergliedert. Diese ordnende Systematik, sei sie nun Ausdruck bereits gewonnener klarer Erkenntnis oder ein Hilfsmittel,¹⁹ das diesem Ziel dient, zeigt um so deutlicher, wie wenig die Klassifizierung von Geisteskrankheiten gesichert ist. Tatsächlich sind es im wesentlichen vier Kategorien, nach denen die Krankheitsbilder, vorzugsweise nach einzelnen Symptomen und Verhaltensmerkmalen rubriziert, grundsätzlich unterschieden werden:

1. Phrenesie oder Tobsucht
2. Manie oder Wahnwitz
3. Delirium oder Blödigkeit
4. Melancholie oder Schwermut

Behandlungsmethoden

Um sich die medizinischen Behandlungsmethoden zu vergegenwärtigen, sei hier exemplarisch die Manie herausgegriffen und noch einmal auf *Zedlers Universalexikon* aus der Jahrhundertmitte verwiesen.²⁰

Die manischen Krankheitsbilder sind bezüglich ihrer Dauer, Intensität und Ausprägung sehr unterschiedlich. Auch ihre Ätiologie ist sehr verschieden. Abgesehen von übernatürlichen gibt es moralische Ursachen. Dazu zählen starke Gemütsbewegungen, tiefsinniges und übermäßiges Nachdenken, große Sorgen und heftiger Herzenskummer, also eine geistige Überspannung bzw. eine Störung des Affekthaushaltes. Hier sind besondere moralische Mittel anzuwenden, die geeignet erscheinen, die Seele anzusprechen. Begleitend ist darauf zu achten, dass keine weiteren Gemütsunruhen entstehen und dass die physiologischen Körperfunktionen vorzugsweise mit geeigneter Diät unterstützt werden.

Ferner gibt es eine Form der Manie, die auf manifeste organische Hirnkrankheiten zurückzuführen ist, die Phrenitis, zu der es durch eine Anhäufung des Blutes und dessen Stockung in den Hirnhäuten kommt. In diesen Krankheiten ist die Prognose meist ungünstig. Bei anderen hirnpathologischen Prozessen, „wenn etwas Fremdes und ungewöhnliches unter dem Hirnschädel lieget“ und das Gehirn drückt oder die „unter dem Hirnschädel gesammelten Dünste“ zu geistigen Aberrationen führen, kann eine Entlastungstrepanation sinnvoll sein.

Daneben gibt es quasi eine symptomatische Form der Manie, die mit Fieber verbunden ist und im Gefolge anderer Erkrankungen auftritt, die mit entzündlichen Prozessen begleitet sind. Diese Art der Manie sei besser als Furor (Tobsucht/Wutausbruch) zu bezeichnen. Hier ist die Prognose aufgrund der schwerwiegenden Grunderkrankung ungünstig, die Therapie aber offensichtlich: sie muss sich auf die Heilung der Primärerkrankung konzentrieren.

Schließlich gibt es die quasi idiopathische Manie, die ohne Fieber auftritt. Ätiologisch ist sie dadurch bedingt, dass „aufwallendes und gleichsam siedendes Blut“ zum Gehirn strömt und dadurch eine „rasende Bewegung der Lebens=Geister“ verursacht wird, die die Seele gefangen hält und ihr ordnungsgemäßes Verhältnis zum Körper beeinträchtigt oder gar aufhebt. Ein Indiz für die krankhafte innere Unruhe ist etwa die häufig zu beobachtende Schlaflosigkeit. Die Lebensgeister sind wie außer Kontrolle

geraten, was sich an Krampfstufen und unwillkürlichen Muskelkontraktionen zeigt. Die Prognose ist, sofern das Übel nicht zu lange eingewurzelt ist, vergleichsweise günstig. Die geeigneten therapeutischen Maßnahmen zielen darauf ab, der Seele ihre verlorene Herrschaft im Körper wieder zu beschaffen, entweder durch Wiederherstellung des Gleichgewichts, also Bändigung der Lebensgeister, oder durch eine Schwächung des Körpers, damit das Gemüt nicht länger beunruhigt werden kann. Das erste probate Mittel ist der Aderlass, und zwar wird dieser bevorzugt an der Arteria temporalis, also an der Schläfe, vorgenommen, denn er dient vor allem einer Beruhigung und Entlastung des Gehirns. Dabei wäre zu wünschen, geeignete technische Apparate zur Verfügung zu haben, um den Kranken zu fixieren und ruhig zu stellen, damit die Operation gefahrlos erfolgen und der danach angelegte Verband nicht abgerissen werden kann. Der Aderlass hat drastisch zu sein, der Patient soll durchaus ohnmächtig werden „und nur noch einige Kennzeichen des Lebens von sich geben“. Es können auch Schröpfköpfe oder Blutegel als eine mildere Form des Blutentzugs gesetzt werden. Ferner sind Purgantien und Laxantien angezeigt sowie Vomitiva, denn die durch heftiges Erbrechen hervorgerufene Erschütterung versetzt den Kranken in einen ganz anderen Zustand. Weitere Maßnahmen sind Wasseranwendungen in Form von Übergießungen – auch hier wird bedauert, dass es an entsprechenden technischen Vorkehrungen mangelt –, schlafmachende Mittel/Opiate, die aber in angemessener Dosierung verabreicht werden müssen. In Verbindung mit Fieber auftretende manische Zustände können auch mit schweißtreibenden Mitteln behandelt werden. Campher wurde unter anderem auch von Leopold Auenbrugger (1722–1809), dem Entdecker der Perkussion (1761), zur Behandlung manischer Patienten eingesetzt, als er am Spanischen Krankenhaus in Wien tätig war und auch Geisteskranke zu behandeln hatte (1776). Diesen verabreichte er relativ hohe Dosen in einer Mixtur im 2stündigen Rhythmus. Die Patienten fielen in tiefen Schlaf und schwitzten den ganzen Tag.²¹

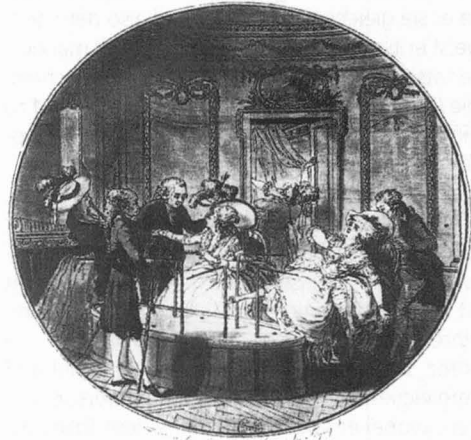
Es wird deutlich, dass für die Behandlung von Geisteskrankheiten eben auch das verfügbare Arsenal der therapeutischen Möglichkeiten eingesetzt wurde, das für die Kur anderer innerer Erkrankungen probat erschien, allen voran der Aderlass in verschiedenen Formen sowie abführende, reinigende Mittel in Form von Klistieren und Brechmitteln, und zwar relativ unabhängig davon, auf welcher pathophysiologischen Grundlage einzelne Krankheitsbilder verstanden und erklärt wurden. Daneben gab es eine mehr oder weniger spezifische Medikation, so werden Opiate und Campher mehrfach angeführt. In diese Kategorie gehört wohl auch die Bluttransfusion, die wiederholt an Geisteskranken vorgenommen wurde. Dabei handelte es sich vorzugsweise um Lammb Blut, das infundiert wurde, nachdem man zuvor eine gewisse Menge Eigenblut abgezogen hatte. Diese Methode, die offenbar geeignet erschien, um geistesverwirrte Kranke bei Anfällen zu besänftigen, „lammfromm“ zu machen, wurde erstmals in Paris 1667, dann auch in England und in Deutschland durchgeführt. Dabei bildeten sich Fieber aus, es kam möglicherweise zu Schockzuständen, häufig war der Ausgang lethal – man bedenke, dass diese Maßnahmen ohne die Kenntnis von Blutgruppen erfolgten, die ja bekanntlich erst durch Karl Landsteiner Anfang des 20. Jahrhunderts entdeckt wurden. Infolge solcher Zwischenfälle wurde diese Therapiemethode dann verworfen, flackerte aber im 19. Jahrhundert erneut auf.²² Auch Heinroth hält die Bluttransfusion für geeignet, allerdings nicht zur Beruhigung, vielmehr zur Belebung bei Blödsinnigkeit, denn auf diese Weise würden auch „die ausgetrockneten Hirn- und Nervenfasern neue Nahrung in sich saugen, und es würde eine neue Empfänglichkeit für das geistige Princip, die Vernunft, und den von ihr mit Freyheit belebten Willen, entglimmen“.²³

Neue Konzepte

Im Zusammenhang mit der Frage nach dem medizinischen Verständnis von Geisteskrankheiten im 18. Jahrhundert müssen noch einige medizinhistorisch wichtige „Ereignisse“ der Zeit angeführt werden.

Zunächst ist der *Mesmerismus* zu nennen, eine vermeintlich eigenständige medizinische Theorie, die recht obskur anmutet, tatsächlich aber in den Zeitgeist passte und deshalb so großen Anklang finden konnte.

Der Wiener Arzt Franz Anton Mesmer (1734–1815) entdeckte 1774 während seiner experimentellen Heilversuche mit Magneten u. a. an hysterisch Kranken den sogenannten *tierischen* oder *animalischen Magnetismus*. Ausgehend von der Erfahrung ubiquitärer magnetischer Kräfte übertrug er diese auch auf den Organismus. Auch der lebende Körper sollte Anteil an dieser „Allflut“, an diesem sehr subtilen „Fluidum“ haben und von ihm durchströmt werden. Krankheiten waren dadurch bedingt, dass die Zirkulation des magnetischen Fluidums im Körper stockte oder eine unausgeglichene Menge vorhanden war. Das Heilkonzept basierte darauf, diese Obstruktion des Energieflusses zu beseitigen bzw. fehlende Energie zu ergänzen. Das geschah, indem die Patienten in einer Gruppentherapie um ein sogenanntes magnetisches Pult/Basquet plaziert wurden. Dieses war ein hölzerner Bottich, der mit Glasscherben und Eisenstückchen gefüllt und mit Wasser bedeckt war. Es war das Prinzip der Leydener Flasche (1745), in der Reibungselektrizität erzeugt und gespeichert werden konnte. Völlig analog dazu sollte nun die magnetische Kraft konzentriert und potenziert werden, indem zusätzlich zu magnetisierbarem Material wie Eisen auch elektrisierbare Stoffe (als solcher galt Glas und Wasser) magnetisiert werden sollten. Mesmer nutzte darüber hinaus ganz aktuell neue Erkenntnisse, denn der Kontakt der Patienten zu dem Zuber erfolgte durch rechtwinklig abgebogene, vorne zugespitzte Eisenstäbe (ähnlich dem von Benjamin Franklin vorgestellten Prinzip des Blitzableiters) sowie durch nasse Schnüre an Fuß- und Handgelenken (entsprechend ihrer von Dufay erkannten besonderen elektrischen Leitfähigkeit). Solche Séancen wurden durch die Musik von Glasharmoniken und die Aufstellung von Spiegeln unterstützt. In der Einzeltherapie wurden die betroffenen Körperpartien durch den Magnetiseur bestrichen (die sogenannten



THE MAGNETISM.

Abb. 2: Franz Anton Mesmers Basquet/Gesundheitszuber

passes), der auf diese Weise seine eigene magnetische Kraft auf den Patienten lenkte. Diese Praktik bewirkte Exaltationen, konvulsivische Zuckungen, Ohnmachten sowie eine Art von schlafähnlichem Zustand – und sie zeitigte Heilerfolge! Mesmer stellte fest, dass alle Krankheiten mittelbar mit dieser Methode zu behandeln seien – eben weil er sie auf eine gemeinsame Ursache zurückführte; Nervenkrankheiten sollten aber unmittelbar anzusprechen sein.²⁴

Tatsächlich hatte Mesmer hier das Prinzip der Suggestion entdeckt, das eine Art Trance hervorruft, bei der suggestiv-veränderte Bewusstseinszustände therapeutisch nutzbar gemacht werden können. Es ist das Phänomen, das James Braid 1841 mit dem Begriff *Hypnose* bezeichnen sollte. Bei allen, zum Teil elementaren Unterschieden zwischen Mesmers Magnetismus und der modernen Hypnose-Technik, die in der Psychotherapie, in der Psychosomatik und Psychoanalyse eingesetzt wird und deren Effekte auch physiologisch messbar sind, ist ihnen dieser Zugang zu einer neuen Bewusstseinssebene gemeinsam.²⁵

Hatte Mesmer, wurzelnd in medizinisch-philosophischen Denkstrukturen seiner Zeit und unter Einbeziehung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse eine Heilmethode entwickelt, die in

ihren Voraussetzungen unhaltbar war, so suchte er sie gleichwohl rational und also dem Zeitgeist entsprechend zu begründen und markierte tatsächlich den Anfang der Hypnosetechnik, die über Braid und später Charcot und Freud zu einem bedeutenden Verfahren in der Psychotherapie werden sollte.

Ziemlich zeitgleich entstand eine andere Lehre, die handfester, rückblickend ähnlich fragwürdig war, tatsächlich aber für die weitere Entwicklung wegweisend werden sollte: gemeint ist die *Phrenologie*, die Gehirn- und Schädellehre.

Franz Joseph Gall (1758–1828) war anhand vergleichender Hirn- und Schädeluntersuchungen, wobei er auch Leichen aus dem Tollhause in Wien, also dem Narrenturm, wo er zeitweilig ärztlich tätig war, mit einbezog, zu der Auffassung gekommen, man könne einzelne Fähigkeiten und Neigungen einzelnen Hirnarealen zuordnen. Die individuellen Gegebenheiten sollten sich in der Weise diagnostizieren lassen, dass besonders ausgeprägte Fähigkeiten auf der Hirnrinde prominieren, während fehlende oder zu wenig ausgebildete sich als Vertiefungen darstellten. Gall ordnete 27 Fakultäten einzelnen Bereichen der Großhirnwindungen zu, die er als ein System von Hirnorganen verstand (*Organologie*). Diese Erhebungen und Vertiefungen auf der Gehirnoberfläche sollten ihre Entsprechung auf dem Schädeldach haben und tastbar sein, was eine Analyse der psychischen Leistungen eines Individuums am Lebenden ermöglichte. Es wurden 27 Areale auf den Schädel projiziert, um die Vermögen zu markieren, 19, die Mensch und Tier gemeinsam haben (u. a. Fortpflanzungstrieb, Orientierungssinn, Farbsinn, Klugheit, Habsucht) sowie 8 weitere, die nur dem Menschen zukommen (Weisheit, Sinn für Metaphysik, Witz, dichterisches Talent, Mitgefühl und Moral, Verstellung, Religion, Beständigkeit).²⁶

Gall knüpfte damit in gewisser Weise an Thomas Willis an, der schon im 17. Jahrhundert versucht hatte, Fakultäten einzelnen Gehirnteilen zuzuordnen. Neu war – abgesehen von der eigenartig erscheinenden Zusammenstellung –, dass die von Gall vorgenommenen Lokalisationen nicht mehr den traditionellen Ka-

tegorien der Seele: Verstand, Gemüt und Willen zu- und untergeordnet waren, sondern alle drei mit umfassten.

Auch dieses System war in seinen wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht haltbar und konnte nicht bestätigt werden. Die Bedeutsamkeit der Schädellehre Galls liegt in dem Versuch, umfassend geistige Vermögen anatomisch zu verorten,²⁷ und diese Idee war zukunftsweisend.²⁸

Mesmerismus und *Phrenologie* hatten in der Irrenpflege, soweit sie sich in Anstalten vollzog, keinerlei unmittelbare praktische Bedeutung.²⁹ Ihre Relevanz liegt darin, dass sie jeweils auf wichtige spätere Entwicklungen vorausweisen, deren Anfänge sie markieren.

Ganz anders verhält es sich mit einem weiteren Theorie- und Heilsystem des ausgehenden 18. Jahrhunderts, dem *Brownianismus*, der auf den schottischen Arzt John Brown (1735–1788) zurückgeht. Diese Lehre fand europaweit bis in die 1820er Jahre enormen Anklang, um danach als nurmehr historisch zu gelten.

In der vitalistischen Tradition stehend, begreift Brown das körperliche Geschehen als eine Reizreaktion, die auf äußere und innere Reize hin erfolgt. Reagiert der Organismus auf die Reizimpulse mit einer angemessenen Erregung, zeichnet das den Status von Gesundheit aus. Sind jedoch die Reize zu stark oder zu schwach bzw. die Erregung den Reizimpulsen unangemessen, entstehen sthenische bzw. asthenische Krankheiten, die nun in einer Skala von 0–80 systematisch aufgelistet werden und ablesbar sind.

Die Therapie ist so bestechend einfach wie der Theorieansatz selbst und folgt dem Grundsatz *Contraria contrariis curantur*. Die Grundlage – Reiz und Erregung, also das Nervensystem – bot nun auch einen interessanten Ansatz für das Verständnis von Geisteskrankheiten. Tatsächlich war die Irrenbehandlung ein wichtiges Anwendungsgebiet.³⁰ In dieses System ließen sich auch die Geisteskrankheiten einordnen: die Tobsüchtigen galten als Stheniker, die Depressiven und Melancholiker als Astheniker. Das verdeutlicht die entsprechende klare Zuordnung der wesentlichen Krankheitskategorien.

en bei Heinroth, die er nach den verschiedenen geistigen Vermögen differenziert.³¹

Person	Exaltation	Depression
Gemüt	Wahnsinn	Melancholie
Geist	Verrücktheit	Blödsinn
Wille	Tollheit	Willenlosigkeit

Die Behandlung musste der Maxime folgen, von außen in je geeigneter Weise gegenzusteuern.

Wichtig ist die Feststellung, dass sich damit das Behandlungsverfahren nicht etwa grundsätzlich verändert hat, sondern es blieb von dieser neuen Theorie weitgehend unbeeindruckt. Vielmehr bot der Brownianismus die Plattform oder das Dach für all die auch bislang als probat erachteten und angewandten Therapiemaßnahmen. Ihre Indikation war nun neben den bisherigen Erklärungen zusätzlich auf neue Weise, quasi aktuell modifiziert, begründbar und wurde neuerlich bekräftigt.

Weiterhin wurde zur Ader gelassen, jetzt nicht mehr nur als das Gehirn entlastender Eingriff, sondern auch als eine Reizminderung verstanden. Im Sinne einer „herabspannenden“ Behandlung des hypersthenischen Zustandes des Gehirns heißt es:

„Aderlässe sind hier das Hauptmittel, das Öffnen der Schläfenarterien, Schröpfköpfe in der Schlafgegende, hinter den Ohren oder am Halse, Blutigel an diesen Theilen angelegt, Aderlässe am Arme, Abscheren des Kopfes [um die unmerkliche Ausdünstung, also die Hautatmung zu begünstigen]...“³²

Weiterhin gab es ableitende Maßnahmen mit Purgantien und Brechmitteln – inzwischen war die alte Lehre der sympathetischen Beziehung zwischen einzelnen Bauchorganen und dem Gehirn (Beispiel Hysterie) erweitert worden durch die neurophysiologische Unterscheidung zwischen Zentral- und vegetativem Nervensystem (Xavier Bichat), so dass man also durch eine entsprechende Behandlung das Bauchnervensystem beeinflussen konnte. Inzwischen hatte man auch die entsprechenden technischen Apparate entwickelt, deren Mangel in der Mitte des 18. Jahrhunderts noch beklagt worden war: allen voran den Zwangsstuhl, der von dem amerikanischen Psychiater Benjamin

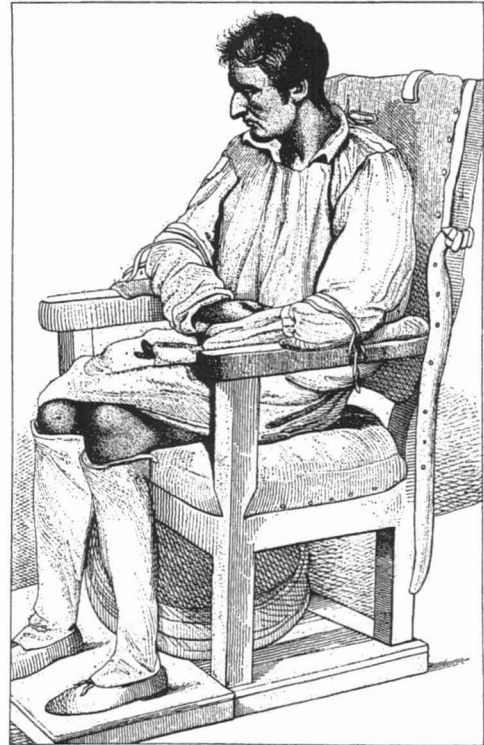


Abb. 3: Demenz-Patient (Dementia praecox) im Zwangsstuhl

Rush (1745–1813) eingeführt wurde und der eine totale Fixierung des Patienten ermöglichte. Rush nannte ihn *Tranquillizer/Beruhiger*.

„Der Beruhiger hat viele Vorzüge vor der Zwangsjacke oder dem Zwangshemde. Er hemmt den Andrang des Bluts gegen das Gehirn, er vermindert die Muskelkraft überall gleichmäßig, setzt die Kraft und Häufigkeit des Pulses herab, begünstigt die Anwendung des kalten Wassers und des Eises auf den Kopf, und des warmen Wassers auf die Füße, welches beides vorzügliche Mittel in dieser Krankheit [Manie] sind; er setzt den Arzt in den Stand, den Puls zu fühlen, und ohne irgend eine Störung zur Ader zu lassen...“³³

Der Zwangsstuhl ist in seiner Funktion ambivalent: einerseits ist er ein medizintechnisches Gerät zur Fixierung des Kranken, andererseits ist er Bestandteil des Therapiekonzepts: muss exaltierten Krankheitszuständen mit Reizentzug begegnet werden, so kann man den Patienten in eine Dunkelkammer verbringen, die auch gegen Geräusche abgeschirmt ist, um auf

diese Weise Sinnesreize von ihm fernzuhalten; um organische, vor allem Muskel- und Bewegungsreize zu unterbinden, dient der Zwangsstuhl.³⁴ Es darf darüber hinaus vermutet werden, dass in der Anstaltsrealität Patienten hier über längere Zeiträume gesichert und abgestellt wurden – es mussten seitens der Ärzte Vorschriften erlassen werden, dass die Kranken nicht über 72 Stunden in Folge dort festgehalten werden sollten!

Im Sinne einer effektiven Reizzufuhr oder -minderung waren extreme Verfahren indiziert. So fand es Heinroth legitim, den Kranken auch Schmerzen zuzufügen als die wirkungsvollste Weise, eine Erregung zu steigern:

„Die Heilmittellehre hat unter der Rubrik der ableitenden, der aufregenden, ja der Schmerzen erregenden Mittel, Alles was dem Melancholischen in dieser Hinsicht frommt, anzugeben.“³⁵

Neue Therapieformen fanden Eingang in die Irrenbehandlung, insbesondere die Hydrotherapie in unterschiedlichsten Varianten. Vorzugsweise war es die Kaltwasseranwendung – die in Parallele zur aufkommenden Hydriatrik eines Vinzenz Priebnitz (1799–1851) und später Sebastian Kneipp (1821–1897) zu sehen ist. Auch hierfür hielten die neuen Anstalten die nötigen technischen Einrichtungen vor, um auch hier zum Teil sehr drastische Therapiemaßnahmen durchzuführen.³⁶

Aufbruch: Befreiung der Irren aus ihren Ketten

Mittlerweile war die Zeit gekommen, in der sich grundlegende Änderungen ankündigten, in der die Wende von der *Irrenverwahranstalt* zur *Irrenheilanstalt* vollzogen wurde – um 1800 beginnt, so die eingangs zitierte historiographische Einschätzung, die Zeit mit Psychiatrie.

1784 war im Zuge des Großprojektes Wiener Allgemeines Krankenhaus mit 2000 Betten der Narrenturm errichtet worden, auch „Kaiser Josephs Gugelhupf“ genannt, konzipiert vom Leibarzt des reformfreudigen Kaisers Josephs II., Joseph von Quarin. Diese Architektur – im Nachhinein wie der Zwangsstuhl Symbol der Leidensgeschichte der Geisteskranken vergangener Zeiten – repräsentiert tatsächlich bereits

einen neuen Geist. Der Rundbau in 5 Etagen zu je 28 Einheiten garantierte mit einer Belegung von maximal 2–3 Insassen pro Zelle eine angemessenere Unterbringung bei weitgehender Sicherung des Einzelnen gegenüber Mitinsassen. Es gab ein Abwassersystem, also einen gewissen hygienischen Standard. Die Fenster ließen Licht und Frischluft ein. Zugleich hatte der Innenhof, in dem sich der Wärtertrakt befand, die Funktion einer Esse: er zog zentral die Luft aus den Räumen, führte sie nach oben ab und gewährleistete so in dem Gebäude eine permanente Luftzirkulation – die Architektur des klobigen Bauwerks berücksichtigte damit die zeitgenössischen modernen Erkenntnisse bzgl. einer gesunden, umwelthygienischen Bauweise, wie sie sich auch anderwärts dokumentiert.³⁷ Als Johann Peter Frank (1745–1821), berühmt als Begründer des öffentlichen Gesundheitswesens, 1795 die direktoriale Zuständigkeit für das Allgemeine Krankenhaus übernahm, ließ er einen Garten um den Narrenturm anlegen, in dem die Insassen zeitweilig „lustwandeln“ sollten.

Eben zu dieser Zeit, 1793 bzw. 1795, zerbrach bekanntlich Philippe Pinel (1745–1826) in Paris die Ketten der Geisteskranken des Bicêtre und der Salpêtrière.³⁸

Sicherlich war es ein symbolträchtiger Akt, ein Postulat, das ein neues Denken verkündete, das dann aber nur langsam in der Praxis Platz griff.³⁹ Die neuen Anstöße sind nicht genuin aus der Medizin erwachsen, sie wurden vielmehr aus dem aufklärerisch-humanistischen Geist geboren und kamen eigentlich eher aus der Aufklärungspädagogik. Pinel hatte zum damaligen Zeitpunkt noch wenig Erfahrung mit Geisteskranken. Das gilt übrigens ebenso für Johann Christian Reil, den Hallenser Professor, der die deutsche Entsprechung zu Pinel in Frankreich darstellte. Er wurde wesentlich durch den Hallenser Prediger Wagwitz beeinflusst, der sich um eine Verbesserung der Gefängnisse bemühte. In der Französischen Revolution waren die Menschenrechte erklärt worden, und vor diesem Hintergrund erfolgte eine humanistisch-humanitäre Neubewertung der geisteskranken Menschen. Pinel proklamierte das „*Traite-*



Abb. 4: Philippe Pinel lässt den Irren vom Bicêtre die Ketten abnehmen

ment morale“, Reil die „*psychische Curmethode*“, und das bedeutete zunächst und vor allem eine neue und bessere Berücksichtigung dieser Gesellschaftsgruppe als Kranke, die therapiebedürftig und zumindest teilweise therapiefähig waren.

Daraus erwuchs das Konzept der Irren-heil-anstalten, die nun entsprechend dem neuen Anspruch auch eine besondere Ausstattung erforderten. Als mustergültige Anstalt galt Siegburg bei Bonn, 1825 maßgeblich von Maximilian Jacobi (1775–1858) mitgegründet: auf dem Berg, in ansprechender Lage, inmitten von Natur gelegen, war es nicht mehr ein Verwahrungsort, sondern es war ein Programm: Die Insassen sollten menschenwürdig untergebracht sein, sie sollten ernstgenommen werden. So wurde etwa ein intensives Arzt-Patienten-Verhältnis als Vertrauensgrundlage wichtig. Es galt, auch die Lebensbedürfnisse der Anstaltsinsassen zu berücksichtigen, und so wurden die Einrichtungen mit Ballspielplätzen, Billardräumen ausgestattet und boten musikalische Betätigungsmöglichkeiten. Man stellte fest, dass die Kranken dadurch ansprechbar

waren, sich auch für die Therapie zugänglicher zeigten. Hinzu kam ein geregelter Tagesablauf, der feste Orientierung bot, und es setzte die Arbeits- oder Beschäftigungstherapie ein, die den Patienten, soweit sie dazu in der Lage waren, Anregung oder Ablenkung und eine Aufgabe bot. Auch körperliche Bewegung war wichtig, die aber – wie bei Ernst Horn in der Psychiatrischen Abteilung der Charité in Berlin – in militärischen Drill mit Holzgewehren und sandgefüllten Tornistern ausarten konnte und durchaus disziplinierende Absichten verfolgte. All das sind grundsätzlich neue Konzepte, die sich aber erst allmählich umsetzen ließen, um das Bild der Psychiatrie zu prägen. Einstweilen war der Anstaltsalltag immer noch geprägt von Reglementierungen der Insassen und Zwängen – Zwangsstuhl, Zwangsjacke, Mundspreizer sind Erzeugnisse dieser Zeit –, und das Leben der Geisteskranken war voller negativer Überraschungen in Form von zum Teil drakonischen oder heroischen Therapiemaßnahmen, die, um ihnen auszuweichen, die Patienten oft bereits bei ihrer Androhung gefügig machten. Die medizinische Indikation einzelner Maßnahmen

und ihre disziplinierende Instrumentalisierung gingen Hand in Hand.

Die Befreiung von den Ketten durch Pinel war der erste notwendige Schritt für eine neue Wahrnehmung des Geisteskranken. Der nächste Schritt war das von dem englischen Psychiater John Conolly (1794–1866) 1839 propagierte „*non restraint*“, was einen Umgang mit den Kranken ohne jede Zwangsmaßnahme und körperliche Einschränkung intendierte. In Deutschland war es Wilhelm Griesinger (1817–1868), der sich unter dem Motto „*Freie Behandlung der Irren*“ dann intensiv um diesen Ansatz bemühte.

Zusammenfassung

Es war ein langer Weg der Entwicklung vom Irren zum geisteskranken Menschen, und er gestaltete sich in den verschiedenen Bezügen einigermaßen komplex. Für die Medizin stellte sich die Frage der Zugangsmöglichkeit und die der Zuständigkeit: der Arzt, der sich um die Krankheiten des Körpers kümmerte, war hier mit Seelenkrankheiten konfrontiert, die er wenig fassen konnte. Hier wäre im strengen Sinne der Seelenarzt zuständig, und tatsächlich wurden die betroffenen Menschen z. T. auf den religiösen Kontext verwiesen. Waren Geisteskrankheiten somatisch bedingt, oder äußerten sie sich nur körperlich? Waren die körperlichen Erscheinungen nur Symptome? Konnte die Seele des Menschen überhaupt erkranken? Die Gemütskrankheiten waren wesentlich von der Geist/Seele-Problematik betroffen, die im 17. und 18. Jahrhundert für die Medizin sehr virulent war, aber ungelöst blieb. Entsprechend gab es zwei Orientierungsrichtungen, und bezogen auf die frühe Psychiatriegeschichte hat man denn auch die „Psychiker“ und die „Somatiker“ unterschieden. Psychisch Kranke wurden behandelt wie Patienten mit inneren Erkrankungen, lange Zeit, um ihnen Linderung zu verschaffen, weniger, um sie zu heilen. Variierten die Vorstellungen und Erklärungsmodelle dieser Erkrankungen durchaus entsprechend den jeweiligen medizinischen Konzepten, so blieb davon die praktische Behandlung weitgehend unberührt. Der Anstoß zur Befreiung der

Irren aus ihren Ketten, zu einer würdigeren Behandlung der Geisteskranken basiert weniger auf medizinischen Erkenntnissen, er ist vielmehr als eine Konsequenz des Zeitgeistes der Aufklärung zu werten, und auch diese Entwicklung ereignet sich nicht abrupt, sondern sie sollte weite Strecken des 19. Jahrhunderts in Anspruch nehmen. 1848 heißt es in der von Rudolf Virchow und Rudolf Leubuscher herausgegebenen Wochenschrift *Die medicinische Reform* über die Stellung der Psychiatrie zur Medizin:

„Es ist nicht die Vorliebe für diesen Zweig der Wissenschaft vom Menschen, der mir zur speciellen Lebensaufgabe geworden ist, die mich jetzt fühlen lässt, dass die Psychiatrie nicht mehr ein verstossenes Kind der Medicin, ein Fremdling bleiben werde, von dem Keiner weiss, von wannen er komme und wohin er gehe, sondern dass sie als ein lebendiges Glied in den Organismus der Wissenschaft hineinwachsen müsse.“⁴⁰

Anmerkungen

¹ Vgl. Hans-Heinz Eulner: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes, Stuttgart 1970, S. 257–282.

² Vgl. Edward Shorter: Geschichte der Psychiatrie. Aus dem Amerikanischen von Yvonne Badal, Berlin 1999, S. 13.

³ Johann Christian Reil: Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen, Halle 1803 (Repro Amsterdam 1968), S. 14/5.

⁴ Zit. nach Bernt Karger-Decker: Die Geschichte der Medizin von der Antike bis zur Gegenwart, Düsseldorf 2001, S. 422.

⁵ Erst im nächsten Jahrhundert sollte es unter ganz anderen Voraussetzungen zu einer eklatanten Steigerung der Einweisungsrate und trotz der inzwischen erhöhten Aufnahmekapazitäten zu einer Überfüllung der Irrenanstalten kommen (vgl. Shorter [wie Anm. 2], S. 78 ff.).

⁶ Vgl. Walter Heinemeyer/Tilman Pünder (Hgg.): 450 Jahre Psychiatrie in Hessen, Marburg 1983, S. 281.

⁷ Vgl. Wolfgang Schönplflug: Geschichte und Systematik der Psychologie. Ein Lehrbuch für das Grundstudium, Weinheim 2000, S. 180.

⁸ Zedlers Grosses vollständiges Universal Lexicon aller Wissenschaften und Künste, welche bißhero durch menschlichen Verstand und Witz erfunden und verbessert worden, Art. *Unsinnigkeit*, Bd. 49, 1746, Sp. 2046–2066; Sp. 2047/8. ⁹ Ebd., Sp. 2051.

¹⁰ Auf dieser Feststellung insistiert Michael Kutzer: Anatomie des Wahnsinns. Geisteskrankheit im medizinischen Denken der frühen Neuzeit und die Anfänge der pathologischen Anatomie (Schriften zur Wissenschaftsgeschichte, hrsg. von Armin Geus und Guido Pressler, XVI), Hürtgenwald 1998, s. Einleitung.

¹¹ Erna Lesky: Die Wiener medizinische Schule im 19. Jahrhundert (Studien zur Geschichte der Universität Wien, Bd. VI), Graz, Köln 1965, S. 175.

¹² Vgl. Hermann Grebe: Über die Chirurgi und Wundärzte am Hospital Merxhausen (1696–1881), in: 450 Jahre Psychiatrie in Hessen [wie Anm. 6], S. 281–295.

¹³ Vgl. Kutzer [wie Anm. 10], S. 147/8.

¹⁴ Vgl. ebd., S. 151. – Gleichwohl waren ähnliche Vorstellungen vielleicht der Hintergrund für die traditionelle Praxis, bei Geistesverwirrten die Kopfschwarte zu eröffnen und den „Narrenstein“ zu schneiden.

¹⁵ Ebd., S. 155.

¹⁶ Vgl. Johanna Bleker: Hysterie – Dysmenorrhoe – Chlorose. Diagnosen bei Frauen der Unterschicht im frühen 19. Jahrhundert, in: *Medizinhistorisches Journal*, Jg. 28, 1993, S. 345–374; S. 347.

¹⁷ Diese traditionelle Unterscheidung in Psychiker und Somatiker, die auch noch von Shorter [wie Anm. 2], S. 50 ff. übernommen wird und durchaus typologisch sinnvoll erscheint, wurde mit Bezug auf die Arbeiten der frühen Vertreter der Psychiatrie inzwischen kritisiert (vgl. Heinz Schott: Heilkonzepte um 1800 und ihre Anwendung in der Irrenbehandlung, in: Johann Glatzel, Steffen Haas, Heinz Schott (Hgg.): *Vom Umgang mit Irren. Beiträge zur Geschichte psychiatrischer Therapeutik*, Regensburg 1990, S. 17–35).

¹⁸ Vgl. Kutzer [wie Anm. 2], S. 126.

¹⁹ J. C. A. Heinroth, der 1811 einen Lehrstuhl für „psychische Therapie“ in Leipzig erhielt und als der erste offizielle Psychiater Deutschlands gilt (vgl. Schott [wie Anm. 17], S. 20), äußert sich geradezu euphorisch über eine „den Systemen der Naturforscher ähnliche“ Ordnung der Geisteskrankheiten: „Sobald der Arzt [...] das Chaos der Erscheinungen gestörter Seelenzustände vergleichen, ordnen gelernt hat: so hat er, so zu sagen, eine neue Welt erobert: zwar nur eine Welt gefallener Kräfte ohne Sammlungs- und Einheits-Punkt, nur ein Reich von geistigen Afterbildungen und Mißgestalten; allein er selbst trägt die Einheit in sich, durch welche jene Bruchstücke zum Ganzen zusammengefügt, er trägt die Norm in sich, durch welche jene Abnormitäten begriffen werden. Und so fügen sich denn zuletzt auch jene Zustände in ein System, den Systemen der Naturforscher ähnlich; und so dringt Licht und Ordnung auch in das Dunkel und Chaos jener Zustände; was ein erheiterndes Geschäft für den Arzt ist, indem er sogar das Reich der Unvernunft in das Reich der Vernunft hineinzieht und, wenigstens in der Betrachtung, dieser Sonne des Lebens unterwirft.“ (Anweisung für angehende Irrenärzte zu richtiger Behandlung ihrer Kranken. Als Anhang zu seinem Lehrbuche der Seelenstörungen, Leipzig 1825, S. 68/9).

²⁰ Zedlers *Universal-Lexicon* [wie Anm. 8].

²¹ Vgl. Otfried K. Linde (Ed.): *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit: Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 106.

²² Vgl. ebd., S. 80 ff.

²³ Heinroth: *Lehrbuch der Seelenstörungen*, zit. nach Maximilian Jacobi: *Beobachtungen über die Pathologie und Therapie der mit Irreseyn verbundenen Krankheiten*, 1. Bd., Elberfeld 1830, S. 69.

²⁴ Vgl. Heinz Schott (Hg.): *Der sympathetische Arzt. Texte zur Medizin im 18. Jahrhundert*, München 1998, S. 232–241; S. 235.

²⁵ Vgl. Gereon Wolters (Hg.): *Franz Anton Mesmer und der Mesmerismus. Wissenschaft, Scharlatanerie, Poesie*, Konstanz 1988 (Konstanzer Bibliothek, Bd. 12), insbesondere S. 41–54; Walter Bongartz: *Das Erbe des Mesmerismus: Die Hypnose*.

²⁶ Vgl. Edwin Clarke/ Kenneth Dewhurst: *Die Funktionen des Gehirns. Lokalisationstheorien von der Antike bis zur Gegenwart*. Aus dem Englischen übertragen und erweitert von Max Straschill, München 1973, S. 89 ff.

²⁷ Und prompt wurde ihm der Vorwurf des Materialismus gemacht (vgl. Erna Lesky: *Meilensteine der Wiener Medizin. Große Ärzte Österreichs in drei Jahrhunderten*, Wien, München 1981, S. 64).

²⁸ So folgte später die Lokalisation des Sprachvermögens durch den französischen Physiologen Paul Broca (*Broca'sches Sprachzentrum*).

²⁹ Vgl. Schott: *Heilkonzepte um 1800* [wie Anm. 17], S. 30/1.

³⁰ Vgl. Heinz Schott (Hg.): *Medizin, Romantik und Naturforschung. Bonn im Spiegel des 19. Jahrhunderts*, Bonn 1993, S. 14/5.

³¹ Heinroth: *Anweisung für angehende Irrenärzte* [wie Anm. 19], S. 77.

³² J. G. Spurzheim: *Beobachtungen über den Wahnsinn und die damit verwandten Gemüthskrankheiten*, Hamburg 1818, zit. nach Schott: *Heilkonzepte um 1800* [wie Anm. 17], S. 25.

³³ Zit. nach Schott: *Heilkonzepte um 1800* [wie Anm. 17], S. 22.

³⁴ Vgl. Heinroth: *Anweisung für angehende Irrenärzte* [wie Anm. 19], S. 134 ff.

³⁵ Zit. nach Jacobi [wie Anm. 23], S. 68.

³⁶ So konnte ein Patient mit bis zu 40 Eimern Wasser hintereinander überschüttet werden, um ihn völlig zu erschöpfen, oder ihn in einen Schockzustand zu versetzen, indem er völlig unerwartet von einem Kaltwasserstrahl getroffen wurde.

³⁷ Vgl. Dieter Jetter: *Zur Planung der Schleswiger Irrenanstalt (1817)*, in: *Sudhoffs Archiv* 45, 1961, S. 127–140.

³⁸ Vgl. E. Shorter, [wie Anm. 2], S. 28.

³⁹ So werden erst 1839 30 Zentner Ketten aus dem Wiener Narrenturm geschafft; Pinel ersetzte die Ketten zunächst durch Zwangsjacken.

⁴⁰ Rudolf Leubuscher: *Die Stellung der Psychiatrie zur Medizin*, in: *Die medicinische Reform. Eine Wochenschrift*, 1. und 2. Jg., Berlin 1848/49; 2. Jg., No. 14 vom 6. Oct. 1848, S. 95–97 (Reprographischer Nachdruck Hildesheim, New York 1975), S. 95/6.

Abbildungsnachweise

Abb. 1 aus E. Shorter [wie Anm. 2], S. 19.

Abb. 2 aus G. Wolters (Hg.) [wie Anm. 25], S. 31.

Abb. 3 aus E. Shorter [wie Anm. 2], S. 95.

Abb. 4 aus Sournia, Poulet, Martiny: *Illustrierte Geschichte der Medizin* (Paris 1979), dt. Ausgabe, Salzburg 1982, Bd. 6, Abb. 2180.