

Formen psychischen Krankseins um 1900

Soziale Verbreitung, medizinische und bildungsbürgerliche Wahrnehmung

Von Carlos Watzka

This article deals with the discrepancies between the public attention to particular conceptions of mental disease on the one hand, and their specific importance in the system of actual psychopathological diagnosis within mental asylums on the other. It is shown that middle- and upper-class discourses dealt predominantly with illnesses such as „hysteria“ and „neurasthenia“ while such widespread diagnostic terms as for example „primary madness“, „dementia“, „confusion / insanity“, and „general paralysis of the insane“ received little attention. Some possible socio-psychological causes for these differences are discussed as well.

Immer wieder wird in der psychiatriegeschichtlichen Forschung seit ihrer „kritischen Wende“ in den 1960er bis 1970er Jahren die Forderung erhoben, psychisches Kranksein nicht mehr einfach als „essentielle“ Einheit aufzufassen, sondern in der Analyse sowohl von Genese wie Gestalt des Phänomens der Komplexität und Vielfältigkeit desselben stärker gerecht zu werden. Um über eine traditionelle Fortschrittsge-schichtsschreibung der Psychiatrie als Wissenschaft hinauszugelangen, wandte man sich zunächst aber vorwiegend den dunklen Seiten des Umgangs mit psychisch Kranken zu, ihrer Ausgrenzung, ihrem Missbrauch, ihrer gewaltsamen „Renormalisierung“, ja ihrer Vernichtung. Dies geschah mit sehr gutem Grund, war doch über diese Teile der Psychiatriegeschichte zuvor ein akademischer Mantel des Schweigens gebreitet.¹ Jedoch brachte auch der psychiatrie-kritische Impetus verschiedentlich sehr einseitige historische Darstellungen hervor. Besonders wurden therapeutisch-humanistische Aspekte der Psychiatrie, auch wo sie vorhanden waren, oft nicht adäquat beachtet.² Vor allem aber wurde das selbst gesteckte Ziel einer adäquateren und differenzierteren Erfassung psychischen Krankseins als psychosoziale Gegebenheit nur teilweise erreicht. Weiterhin spricht man häufig über „den Irren“, ohne soziokulturelle und medizinisch-diagnostische Heterogenitäten innerhalb dieses begrifflichen Feldes ausreichend zu beachten, oder setzt einzelne Krankheitsformen

mit „dem Irrsinn“ schlechthin gleich.³ Neuerdings scheint es gar en vogue geworden zu sein, selbst erschütternde Realitäten wie psychisches Kranksein in phrasenhaften Nebeln aufzulösen, indem man sie lediglich als Folgephänomene ideologisch motivierter Sprechakte darstellt und so zu beliebig disponiblen „Diskurselementen“ macht, ohne überhaupt noch den Versuch zu machen, die direkt Betroffenen und ihre Lebensbedingungen zu beachten; dies nicht ohne den – wenig hilfreichen – Hinweis, Klärungsbestrebungen wären ohnehin generell stigmatisierend.

Zudem stehen interessanterweise in der sozial- und kulturwissenschaftlichen Forschung zu Einzelaspekten immer noch solche im Vordergrund, die entweder schon die zeitgenössischen öffentlichen und fachspezifischen Diskurse dominierten oder die rückblickend aus gegenwärtiger Sicht besonders „wegweisend“ erscheinen. Worüber nur „schweigsame“ Archive berichten könnten, bleibt dagegen vielfach weiterhin verschwiegen.

So sind die Arbeiten über die frühe Geschichte der Psychoanalyse und ihre Diagnostik mittlerweile Legion, obwohl diese – schon aus Kostengründen – mindestens bis in die 1950er Jahre in den europäischen Gesellschaften eine minimale Rolle in der realen Behandlung in psychiatrischen Anstalten spielte.⁴ Gesellschaftlich deutlich relevanter waren da die Diskurse über „Hysterie“ oder „Neurasthenie“, welche nicht nur auf der ideellen Ebene das Selbstverständnis der sich als „modern“ begreifenden bürgerlichen Schichten um 1900 mitgestalteten, sondern auch auf der Ebene konkreter medizinischer Behandlung Bedeutung hatten.⁵ Allerdings betrafen diese „Modekrankheiten“ eher Personen mit leichteren Formen psychischer Devianzzustände und vermögen zwar tatsächlich viel über die ideologischen Konzepte der mit ihnen beschäftigten Experten auszusagen, aber wenig über die tatsächlichen Lebensumstände der zahlreichen Menschen mit schwerwiegenden, oft lebensbedrohlichen psychischen Krankheiten. Rückt man letztere in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses, so gilt es, sich vergleichsweise „prosaischen“, oft auch schwer fassbaren Elementen

des psychiatrischen Diskurses anzunähern – und vor allem auch den sozialen Interaktionen zwischen psychisch „Normalen“, psychiatrischen Experten und psychisch „Abnormen“.⁶ In den großen psychiatrischen Anstalten der Moderne war wenig von „Hysterie“ und „Neurasthenie“ die Rede, die Leiden oder auch nur Sonderbarkeiten der Insassen wurden meist mit anderen Termini versehen, teils solchen, die – wenigstens prima vista – diffus anmuten, wie etwa „allgemeiner Wahnsinn“ oder schlicht „Verrücktheit“, teils aber auch mit – für die Zeitgenossen – denotativ klar umrissenen Bezeichnungen wie „Progressive Paralyse“. Bei der Untersuchung psychischen Krankseins als somato-psychosoziales Phänomen in historischer Perspektive gilt es so zunächst einmal, das spezifische zeitgenössische Bezeichnungs- und Bedeutungsensemble in seiner Gesamtheit, einschließlich der jeweiligen sozialen Relevanz seiner Bestandteile, zu erfassen.

Eine Übersicht über die wichtigsten Begrifflichkeiten, in welchen psychische Krankheit in der tatsächlichen psychiatrischen Behandlung gedacht und entsprechend welchen mit den Diagnostizierten verfahren wurde, geben zeitgenössische Anstaltsberichte der „k. k. Irrenanstalten“.⁷ Sie enthalten u. a. statistische Angaben zu den Insassen und in Zusammenhang damit eine Gliederung derselben nach einem für die gesamte k. k. Monarchie einheitlichen Diagnose-schema. Dieses war zunächst am „österreichisch-ungarischen Psychiartag“ am 25. 12. 1885 festgelegt worden, wurde dann zunächst 1892 geringfügig und 1894 nochmals beträchtlich verändert: Diese Nosologie umfasste folgende Krankheitsbezeichnungen und administrativen Kategorien:⁸

- Unter dem Oberbegriff „Angeborene Geistesstörung“:
 - ♦ Idiotie ♦ Imbecillität (ab 1894)
 - Als „Einfache Geistesstörungen“:
 - ♦ Melancholie ♦ Manie ♦ Wahnsinn/ „Verwirrtheit, Wahnsinn, Amentia“ ♦ Primärer Blödsinn (bis 1892) ♦ „Primäre Verrücktheit, partieller Wahnsinn, Paranoia“ ♦ Intermittierende/ Periodische Geistesstörung ♦ Secundäre Geistesstörung (bis 1893) ♦ „Erworbener Blödsinn, Dementia“ (ab 1894)
 - Als „Complicierte Geistesstörungen“:
 - ♦ Paralytische Geistesstörung (Gs.) ♦ Epileptische und hysterio-epileptische Gs. (bis 1893) ♦ Epileptische Gs. (ab 1894) ♦ Hysterische Gs. (ab 1894) ♦ Neurasthenische Gs. (ab 1894) ♦ Gs. mit Herderkrankungen ♦ Gs. mit Pellagra
 - Als „Toxische Geistesstörungen“: ♦ Alkoholismus ♦ „Andere Intoxikationen“

● „Andere Pfleglinge“:

- ♦ „In Beobachtung stehende Individuen, Selbstmordversuche, Delikte“ (bis 1893) bzw. ♦ „Simulanten“/„ohne GS“/„in Beobachtung“ (ab 1894)

Diese Auflistung zeigt, dass – in Österreich ebenso wie in den übrigen, so genannten „Kulturstaaten“ Europas – ein bereits hochgradig differenziertes und systematisiertes Fachvokabular im Umgang mit psychisch Kranken vorhanden war, von welchem zudem angenommen werden kann, dass es das im öffentlichen Diskurs angewandte Bezeichnungssystem für psychisches Kranksein insgesamt („Irrsinn“ etc.) und seine Varianten („Nervosität“, „Tobsucht“ etc.) an Komplexität übersteigt.

Aber welche Bezeichnungen prägten eigentlich die öffentliche Diskussion über den „Irrsinn“ – und welche nicht? Eine methodische Annäherung an diese Frage ist über die systematische inhaltliche wie quantitative Auswertung von Quellen mit breitem Rezipientenkreis zu erreichen, also etwa die Untersuchung von verbreiteten Druckwerken wie Lexika. Gerade die eingangs angesprochene Kluft, welche sich zwischen den Stellenwerten der verschiedenen Krankheitsbegriffe im psychiatrischen System einerseits und den Relevanzen derselben im System des allgemeinen bildungsbürgerlichen Diskurses andererseits auftut, lässt sich meines Erachtens gut anhand des Umfangs messen, welchen die Erörterungen dieser Konzepte in zeitgenössischen Nachschlagewerken jeweils einnehmen.

Im Folgenden wird zunächst eine Gegenüberstellung in tabellarischer Form gegeben; für alle in der offiziellen österreichischen Anstaltsdiagnostik angewandten Diagnoseformen wird zweierlei gemessen: Zum einen die jeweilige Relevanz im psychiatrischen System selbst – anhand des Anteils der so „bezeichneten“ Personen an einer Gesamtzahl von Anstaltsinsassen um 1900 – wobei die „Landes-Irrenanstalt Feldhof“ als größte steirische Anstalt für Personen mit länger andauernden und gravierenderen psychischen Krankheiten exemplarisch herangezogen wurde –, zum anderen die Bedeutung, welche den einzelnen Diagnoseformen in einem der im deutschsprachigen Raum meistverbreiteten Nachschlagewerke, dem *Brockhaus*, zukam, und zwar in der 14. Auflage aus den frühen 1890er Jahren.⁹

Die Analyse der in der folgenden Tabelle ausgewiesenen Werte zeigt starke Diskrepanzen zwischen den beiden betrachteten Formen von Relevanz. Teils lässt sich nachgerade ein inverses Verhältnis zwischen der Bedeutung einer

„Etikette“ für die Anstaltsbehandlung und für den öffentlichen Diskurs feststellen: Die bei den Patienten der Landesirrenanstalt dominierenden Diagnosen sind „Primäre Verrücktheit“ (21,3 % aller Insassen 1894–1913), „Blödsinn, Dementia“

(17,6 %), „Verwirrtheit, Amentia, Wahnsinn“ (10,9 %) sowie „Progressive Paralyse“ (10,1 %) – in diese vier Kategorien fielen 60 % aller damaligen Patienten dieser Anstalt.

Indikatoren zur quantitativen Bedeutung von Krankheitsbezeichnungen in der psychiatrischen Praxis und im bildungsbürgerlichen Diskurs

Insassen der steirischen Landesirrenanstalt Feldhof bei Graz nach Krankheitsformen – in Prozent der Gesamtinsassenanzahl ^a			Repräsentation im Brockhaus	
Bezeichnungen/Diagnostische Kategorien	1887–1893	1894–1913	Art ^b	Umfang ^c
„Idiotie“	7,4	4,1	Sw „Idiotie“	85
„Imbecillität“	–	7,0	Sw „Imbecillität“	3
„Melancholie“	6,8	4,5	Sw „Melancholie“	25
„Manie“	5,5	2,1	Sw „Manie“	32
„Wahnsinn“/„Verwirrtheit, Amentia, Wahnsinn“	7,4	10,9	Sw „Wahnsinn“	18
„Primärer Blödsinn“	4,4	–	(s.u.)	–
„Erworbener Blödsinn, Dementia“	–	17,6	Sw „Blödsinn“	40
„Sekundäre Geistesstörung“	17,2	–	–	–
„Primäre Verrücktheit“/„Primäre Verrücktheit, partieller Wahnsinn, Paranoia“	22,8	21,3	Sw „Verrücktheit (Paranoia)“	44
„Intermittierende“/„Periodische Geistesstörung“	5,7	5,6	–	–
„Paralytische Geistesst.“/„Paralysis progressiva“	12,5	10,1	Sw „Progressive Paralyse der Irren“	70
„Epileptische und hystero-epileptische Geistesst.“	7,5	–	–	–
„Epileptische Geistesstörung“	–	7,8	Sw „Epilepsie“	263
„Hysterische Geistesstörung“	–	2,6	Sw „Hysterie“	138
„Neurasthenische Geistesstörung“	–	0,9	Sw „Nervenschwäche (Neurasthenie)“	160
„Alkoholismus“	2,3	4,7	Sw „Alkoholismus“	(269)
„Andere Intoxikationen“	0,1	0,0	Keine Psychopathologischen Krankheitsformen im engeren Sinn	
„Geistesstörung mit Herderkrankung“	0,3	0,5		
„Geistesstörung mit Pellagra“	–	0,0		
„In Beobachtung“/„Andere Pfléglinge“	0,1	0,3		
<i>Durchschnittl. jährl. Gesamtinsassenanzahl</i>	<i>1280</i>	<i>1959</i>		

^a: Jährlich berechnet und zu Durchschnittswerten aggregiert. Die Gesamtinsassenzahlen („vorhandene“ Insassen plus Neuaufnahmen – pro Jahr) beziehen sich auf die „Zentralanstalt“ Feldhof einschließlich ihrer bis zu drei „Filialen“, jedoch ohne die „Landes-Irren-Siechenanstalt Schwanberg“.

^b Sw = Gesondertes Stichwort; – = kein gesondertes Stichwort ^c In Spaltenzeilen (bei durchschnittlich 7 Worten).

Die diesen vier demnach am weitesten verbreiteten psychiatrischen Erkrankungen gewidmeten Erörterungen im *Brockhaus* dagegen nehmen mit zusammen 172 Zeilen in vier Artikeln nur ungefähr den Raum ein, der einer der beiden psychischen „Modekrankheiten“ des Bürgertums der Jahrhundertwende, Hysterie und Neurasthenie/Nervenschwäche, allein gewidmet ist (138 bzw. 160 Zeilen); noch umfangreicher stellen sich nur die Artikel zu „Epilepsie“ (263 Z.) und „Alkoholismus“ (269 Z.) dar.

Wie lassen sich diese Diskrepanzen erklären? Die im öffentlichen Diskurs viel beachteten Krankheitsformen erweisen sich als solche, die einen stärkeren Bezug zu den alltäglichen Erfahrungen des ihn prägenden Bürgertums aufweisen und/oder mit starken negativen Emotionslagen desselben verbunden sind:

„Hysterie“ und „Neurasthenie“ waren als Krankheitserfahrung in den gehobeneren Schichten durchaus häufig. In den Statistiken der großen öffentlichen Anstalten für schwer-

und chronisch psychisch Kranke spielen sie, wie aus der Tabelle ersichtlich, jedoch eine sehr geringe Rolle, entsprechend der sozialen Zusammensetzung derselben. Nur 2,6 % aller Insassen der Landesirrenanstalt in Graz zwischen 1894 und 1913 waren Hysterikerinnen (fast ausschließlich Frauen), gar nur 0,9 % Neurastheniker (hauptsächlich Männer).

Diesem Befund entspricht, dass nur ca. 10 % der dortigen Patienten dem Bildungs- und Besitzbürgertum zuzurechnen sind, über 80 % jedoch den unteren Mittelschichten (Handwerk und Gewerbe), der bäuerlichen Bevölkerung, der Arbeiterschaft, dem Dienstpersonal und den mittellosen Unterschichten.¹⁰

Anstalten für betuchte Kranke dagegen waren mit „Nervenkranken“ gefüllt, war – und ist – „Geisteskrankheit“ doch eminent stigmatisierend.¹¹ Die steirische Privatanstalt Mariagrün bei Graz, eine Gründung Krafft-Ebings, zählte etwa 21 % „Hysterikerinnen“ und gar 59 % „Neurastheniker“ unter ihren Patienten;¹² auch in der Psychiatrischen Klinik am Landeskrankenhaus Graz, wo vor allem Personen mit voraussichtlich kürzerer Behandlungsdauer aufgenommen wurden, waren sie häufiger vertreten als am „Feldhof“.¹³ Diese Anstalten hatten freilich eine geringere quantitative Bedeutung als die Landesirrenanstalt. Insbesondere die Privatanstalten waren schon ihrer Konzeption nach „exklusiv“,¹⁴ und auch am Landeskrankenhaus als zweitwichtigster psychiatrischer Einrichtung der Steiermark wurden um 1890 mit ca. 700 psychiatrischen Patienten pro Jahr nur etwa halb so viele Personen – und diese durchschnittlich weit kürzer – behandelt als in der „Landesirrenanstalt“, deren jährliche Gesamtinsassenzahl zwischen 1141 (anno 1887) und 2503 (anno 1911) lag.

Im öffentlichen „Bewusstsein“ waren – und sind – die „Nervenkrankheiten“ also gegenüber anderen psychischen Krankheiten überrepräsentiert; dies nicht nur, weil sich die Mittel- und Oberschichten lieber mit ihnen, die als „eigentlich körperliche Krankheiten“ konzipiert wurden, identifizierten, sondern auch, weil sie zugleich als Symbol im weiteren gesellschaftlich-politischen Diskurs dienten. „Hysterie“ und „Neurasthenie“ verwiesen besonders deutlich auf die prekäre, instabile Situierung der psychosozialen Existenz des „zivilisierten“ und „modernen“ Menschen. Unstatthafte sexuelle Begierden und Leistungsverweigerung – an denen (keineswegs paradoxerweise) gerade die „Bürger“ litten – waren in ihnen repräsentiert und machten sie zum idealen Thema „konservativer“ Fort-

schriftskritik ebenso wie „emanzipatorischer“ Aufklärungsbemühungen.¹⁵

Gerade ihre Eignung zu sozialen und ökonomischen Debatten teilen diese Konzepte nun mit den anderen im *Brockhaus* ausführlich behandelten Thematiken:

Am wenigsten offensichtlich, da späterhin vielfach vergessen, ist dies bei der Epilepsie: Hier ist zunächst zu beachten, dass in der Zeit um 1900 wegen der damals geringen therapeutischen Möglichkeiten epileptische Anfälle im öffentlichen Raum noch keine Seltenheit waren wie in der Gegenwart, wo sie bei der Mehrzahl der Betroffenen medikamentös verhindert werden. Ihre besondere Gestalt, das plötzliche, anfallsartige Auftreten verlieh dieser Erkrankung eine Aura des Furchtbaren und Furchteinflößenden. Gerade das späte 19. Jahrhundert war von einer Mythologie der Epilepsie befangen. Der *Brockhaus* etwa hält fest:

Bei zahlreichen Epileptischen finden sich [...] geistige Störungen [...]. Die vorübergehenden Geistesstörungen [...] treten meist im Anschluß an Krampfanfälle auf [...] oder auch unabhängig [...]. Während dieser [...] werden häufig Gewaltthaten begangen.¹⁶

Tatsächlich wurde eine nicht unbeträchtliche Anzahl der Anstaltsinsassen als „epileptisch geistesgestört“ betrachtet, so knapp 8 % aller Insassen der Grazer Landesirrenanstalt zwischen 1894 und 1913. Noch mehr als die „Epilepsie“ wurde aber der Alkoholismus – dem der längste der hier in Betracht gezogenen lexikalischen Einträge gewidmet ist – als soziales, ja gesamtgesellschaftliches Problem betrachtet.¹⁷

Das Verhältnis zwischen der starken Beachtung des Alkoholismus im *Brockhaus* und der geringen Relevanz in der steirischen Landesirrenanstalt (siehe Tabelle) ist freilich einfach erklärbar – das Phänomen des Alkoholismus war und ist ja in weit stärkerem Ausmaß als die anderen psychiatrischen Krankheitsformen über den Bereich der stationären Psychiatrie hinaus von Relevanz. Aus der vergleichsweise geringen Anzahl von „Alkoholikern“ unter den steirischen Anstaltsinsassen der Jahrhundertwende (unter 5 %) kann so bloß geschlossen werden, dass um 1900 offenbar statt „Alkoholkranken“ eher Menschen mit anderen psychosozialen Devianzerscheinungen als einer dauernden Anstaltsbehandlung bedürftig betrachtet wurden, obwohl Alkoholgebrauch durchaus als enormes soziales Problem begriffen wurde.¹⁸

Als weiteres um 1900 öffentlich besonders beachtetes psychopathologisches Phänomen sind die geistigen Behinderungen zu klassifizieren.

Der in der Tabelle angeführte Artikel über „Idiotie“ weist mit 85 Zeilen etwa den doppelten Umfang des Artikels über „Primäre Verrücktheit/Paranoia“ (44 Zeilen) auf, und gar den vierfachen desjenigen über „Wahnsinn“ (18 Zeilen), zudem existiert noch ein weiterer Beitrag im Nachschlagewerk, der sich auf vollen 107 Zeilen gesondert mit dem Spezialphänomen des „Kretinismus“ auseinandersetzt. Auffällig ist hierbei das besondere sozialstatistische Interesse: Während bei den anderen genannten Stichworten – außer dem „Alkoholismus“! – epidemiologische Zahlenangaben fehlen, findet sich zu „Kretinen“ im *Brockhaus* u. a. folgende Passage:

Die Zahl der vorhandenen K. [...] schwankt in den verschiedenen vom Kretinismus befallenen Gegenden beträchtlich; so kamen 1883 in Österreich auf 100000 E[w.] Kretins: in Vorarlberg 34, Tirol 112, Salzburg 309, Kärnten 343, Steiermark 240.¹⁹

Deutlich wird hier das Empfinden von „Last“, welches bei der Erörterung von „sozialen Fragen“ gerade in „fortschrittlichen“ Teilen der Mittel- und Oberschichten um 1900 aufkam.

Die Reaktionsformen waren freilich verschiedenen. Das beginnende 20. Jahrhundert brachte bekanntermaßen enorme medizinische Erfolge im Umgang mit geistig Behinderten und psychisch Kranken – zu nennen sind besonders die Jodprophylaxe der geistigen Behinderung durch „Kretinismus“ sowie die Malariatherapie der syphilitischen Demenz. An der Entwicklung beider hatte im Übrigen der in Graz und Wien tätige Psychiater Julius Wagner von Jauregg wesentlichen Anteil.²⁰ Im frühen 20. Jahrhundert erreichte aber auch das Konzept der „Euthanasie“ im Sinne einer Propagierung der Ermordung psychisch Kranker und Behinderter eine breite Öffentlichkeit und fand die Zustimmung der medizinischen Experten.²¹

Soweit zu den im *Brockhaus* verhältnismäßig stark repräsentierten Krankheitsformen. Zahlreiche schwer wiegende psychische Erkrankungen blieben gegenüber diesen aber wenig beachtet: „Melancholie“ und „Manie“, „Klassiker“ der Psychiatrischen Lehren von der Antike bis über das 18. Jahrhundert hinaus²², hatten am Ende des 19. Jahrhunderts sowohl im medizinischen als auch im öffentlichen Diskurs an „appeal“ verloren. Im *Brockhaus* der 1890er werden sie sehr knapp dargestellt (25 bzw. 32 Zeilen), und in der Grazer Landesirrenanstalt wurden zu dieser Zeit nur ca. 7 % der Insassen von den Ärzten als „melancholisch“ bezeichnet, um 1900

waren es nur mehr 5 % (vgl. die Tabelle); noch unbedeutender war – ebenfalls bei sinkender Tendenz – die „Manie“ geworden: nur noch ca. 5 % bzw. 2 % der Diagnosen lauteten dementsprechend. Wissenschaftsgeschichtliche wie wissenssoziologische Bedeutung erlangen diese Daten erst durch einen Rückblick: noch in den 1870er Jahren waren in derselben Anstalt 40 % aller Kranken mit einer dieser beiden „Etiketten“ versehen worden!²³ Um 1890 waren sie aber „unmodern“ geworden.

Wiederum anders stellt sich die Situation bei den Termini „Wahnsinn“, „Verrücktheit“, „Blödsinn“ etc. dar. Als allgemeine Bezeichnungen für psychisches Kranksein sind sie hohen Alters; „Wahnsinn“ galt auch im späten 19. Jahrhundert als Sammelbezeichnung für psychische Devianzen verschiedenster Art, „Blödsinn“ konnte jede Geistesschwäche bezeichnen; die betreffenden Einträge im *Brockhaus* sind – wenig überraschend – eher kurz (siehe Tabelle); damals ziemlich neue psychiatrische Fachbegriffe wie „Amentia“, welche als spezifizierende Alternativen der auch umgangssprachlich angewandten Termini dienen sollten, hatten in das Nachschlagewerk noch gar keinen Eingang gefunden. Trotz oder vielleicht auch wegen ihrer geringen Konturiertheit im öffentlichen wie (vergleichsweise) auch im wissenschaftlichen Diskurs handelte es sich bei diesen Krankheitskonzepten jedoch um in der realen psychiatrischen Behandlung höchst bedeutsame Begriffe: fast 30 % aller Insassen der steirischen Landesirrenanstalt wurden zwischen 1887 und 1913 entweder als „verwirrt“/„wahnsinnig“/„ament“ oder als „dement“/„blödsinnig“/„sekundär geistesgestört“ diagnostiziert!

Eher knapp behandelt wird im *Brockhaus* auch die „Verrücktheit“ (44 Zeilen), obwohl sie in den psychiatrischen Anstalten um 1900 in Gestalt der „primären Verrücktheit“ eine der häufigsten Krankheitsformen darstellte: In der steirischen Landesirrenanstalt stellten „primär Verrückte“ mit fast 23 % die mit Abstand zahlreichste Patientenkategorie von 1887 bis 1893 dar, 1894 bis 1913 erreicht die erweiterte diagnostische Kategorie „Primäre Verrücktheit, partieller Wahnsinn, Paranoia“ einen ähnlich hohen Anteilswert. Vielleicht erklärt das schwerfällige, wenig Schlagwortcharakter aufweisende Zusammengesetztsein der Bezeichnung „primäre Verrücktheit“, warum sie keine große öffentliche Beachtung fand, trotz ihrer großen Verbreitung in den Anstalten und des Aspekts der ihr zugeschriebenen Bedrohlichkeit: die Betroffenen würden „im Anschluß an ihre Wahnideen häufig in Affekt“ geraten und seien

daher „zu den für ihre Umgebung gefährlichsten Kranken“ zu rechnen.²⁴

Eine Diskussion der weiteren angeführten nosologischen Kategorien, wie „paralytische Geistesstörung“, „periodische Geistesstörung“, „Geistesstörung mit Herderkrankung“ und „Geistesstörung mit Pellagra“ kann angesichts des beschränkten Raumes hier nicht gegeben werden; sie soll an anderer Stelle folgen.²⁵

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die tatsächliche diagnostische Verbreitung, die öffentliche sowie die wissenschaftlich-theoretische Beachtung eines bestimmten psychopathologischen Phänomens zu einer gegebenen Zeit drei Größen darstellen, deren Ausprägungen durchaus stark voneinander abweichen können und keineswegs notwendig positiv miteinander korreliert sind, ja sich bei manchen Begriffen sogar eine inverse Tendenz zwischen tatsächlicher Verbreitung und öffentlicher Diskussion feststellen lässt. Dies gilt freilich nicht nur für die Zeit um 1900; sehr unterschiedliche „appeals“ prägen die öffentliche wie auch die theoretische Auseinandersetzung mit psychischen Krankheiten und Devianzerscheinungen auch heute noch.

¹ Vgl. Michel FOUCAULT, *Wahnsinn und Gesellschaft*, Frankfurt/Main ¹²1996. – Ernst KLEE, *„Euthanasie“ im NS-Staat*, Frankfurt/Main 1985.

² Etwa: Hans WEISS, *Geschichte der Psychiatrie in Österreich*, in: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 2 (1978), 41-57.

³ So Bettina RABELHOFER, *Multiplizität und Dissoziation als Paradigmen der Moderne*, in: *newsletter Moderne* 5/2 (2002), 5, wo „Schizophrenie“ und „psychische Krankheit“ (als Überbegriff) nicht genügend unterschieden werden. Im Übrigen „erfand“ keineswegs Emil Kraepelin (1856–1926) die „Schizophrenie“, er prägte bloß den – keineswegs bedeutungsidenten – Vorläuferbegriff „Dementia praecox“. Den Terminus „Schizophrenie“ führte erst 1911 Paul Bleuler (1857–1939) ein. Vgl. etwa: Uwe PETERS, *Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie*, München–Wien–Baltimore 1990, 463 f.

⁴ Vgl. etwa Klaus DÖRNER, Ursula PLOG, *Irren ist menschlich*, Bonn 1985, bes. 474-478.

⁵ Vgl. die Dissertation von Hans-Georg HOFER, *Nervenschwäche und Nervenstärke. Der Umgang mit der Nervosität*, Graz 2000.

⁶ *Beispielhafte Einzelfall-Analysen*: Roy PORTER, *A Social History of Madness*, London ³1999.

⁷ In der Steiermark: N.N., *Jahresberichte der steiermärkischen Landes-Irrenanstalt Feldhof*, Graz 1886–1893. – Wilhelm RAAB, Heinrich STERZ, Otto HASSMANN, *Berichte über die Landes-Irrenheil- und Pflgeanstalt Feldhof bei Graz nebst den Filialen*

Lankowitz, Kainbach und Hartberg, Graz 1894–1913.

⁸ Zur Bedeutung der Termini vgl.: PETERS, *Wörterbuch der Psychiatrie*. – PSCHYREMBEL, *Medizinisches Wörterbuch*, Hamburg ²⁵⁷1993.

⁹ Brockhaus' *Konversations-Lexikon*, Leipzig–Berlin–Wien ¹⁴1892–1895; die hier relevanten Artikel in: Bd. 1, 410-412, Bd. 3, 139, Bd. 6 207-209, Bd. 7, 705-710, Bd. 9, 487 f., 495, 512 f., 534, 698, Bd. 10, 718, Bd. 11, 551, 746, 1036, Bd. 12, 248-250, 283, Bd. 13, 456, Bd. 16, 286, 307, 453.

¹⁰ *Jahresberichte der Landes-Irrenanstalt*.

¹¹ Vgl. zu den Privatanstalten: Edward SHORTER, *Geschichte der Psychiatrie*, Berlin 1999, bes. das Kapitel „Besser die Nerven als Verrücktsein.“ Der Autor vertritt jedoch einen sehr fragwürdigen Ansatz. Zu Geisteskrankheit als Stigma allgemein: Erving GOFFMAN, *Asyle*, Frankfurt/Main ¹⁶1997.

¹² Nach HOFER, *Nervenschwäche*, 177.

¹³ Für 1887 lassen sich 4,6 % der psychiatrischen Insassen der Klinik als „Neurastheniker“, 12,5 % als „Hysterikerinnen“ eruieren. – Vgl. Viktor FOSSEL, *Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Graz*, Graz 1889, 134-136.

¹⁴ 357 Patienten nahm die Mariagrüner „Nervenheilanstalt“ von Mitte 1886 bis Ende 1891 auf, also durchschnittlich 64 pro Jahr, während im „Feldhof“ die Aufnahmeanzahl im Zeitraum von 1887 bis 1913 zwischen 373 und 831 Personen pro Jahr lag.

¹⁵ Vgl. etwa: Richard von KRAFFT-EBING, *Ueber gesunde und kranke Nerven*, Tübingen ⁵1903.

¹⁶ Brockhaus, Bd. 6, 208.

¹⁷ Vgl. ebda, Bd. 1, 410.

¹⁸ Zum Vergleich: In den 1990er Jahren standen ca. 14 % der psychiatrischen Betten für Erwachsene im „Feldhof“ – nunmehr „Landesnervenkrankenhaus Graz“ – für Alkoholranke zur Verfügung. Vgl. Margarethe MINAUF [u. a.], *Die psychiatrische Versorgung in der Steiermark*, in: Ullrich MEISE [u. a.] (Hg.), *Die Versorgung psychisch Kranker in Österreich*, Wien–New York 1991, 87-97.

¹⁹ Brockhaus, Bd. 10, 718.

²⁰ Vgl. Erna LESKY, *Die Wiener medizinische Schule im 19. Jahrhundert*, Graz–Köln 1978, 403 f.

²¹ Vgl. Dirk BLASIUS, *„Einfache Seelenstörung“*, Frankfurt/Main 1994.

²² Vgl. etwa: Jean STAROBINSKI, *Geschichte der Melancholiebehandlung von den Anfängen bis 1900*, Basel 1960.

²³ Richard von KRAFFT-EBING, *Irrenstatistik in Oesterreich-Ungarn II*, in: *Psychiatrisches Centralblatt* 6 (1876), 6/7, 112-114.

²⁴ Brockhaus, Bd. 16, 286.

²⁵ Verwiesen sei auf PETERS, *Wörterbuch der Psychiatrie*.