

ARCHIV  
FÜR  
KULTURGESCHICHTE

In Verbindung mit

Karl Acham, Günther Binding, Egon Boshof, Wolfgang Brückner,  
Kurt Düwell, Gustav Adolf Lehmann, Michael Schilling

herausgegeben von

HELMUT NEUHAUS

85. Band · Heft 1



2003

BÖHLAU VERLAG KÖLN WEIMAR WIEN

## Interpretationen des Irrsinns

Zur Pluralität der Wahrnehmungs- und Handlungsmuster  
betreffend psychisches Kranksein im frühneuzeitlichen Europa<sup>1</sup>

von Carlos Watzka

### Ausgangspunkt, Rahmen und Ziel der Erörterung

Erst seit den 1960er Jahren fand die Geschichte psychischer Krankheit und ihrer Behandlung größeres Interesse in den Sozialwissenschaften, sodass über die Erkenntnisse der traditionellen, wenig theoretisch orientierten Geschichtsschreibung der Fachmedizin hinausgeschritten werden konnte.<sup>2</sup> In der sozial- und kulturwissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Irrsinn<sup>3</sup> blieb nichtsdestoweniger lange ein Defizit spürbar, welches sie von der „Fach“-Geschichte der Medizin übernahm: ihre Überbetonung der Bedeutung der ärztlichen Konzepte und Vernachlässigung anderer Formen des Umgangs und der Be-

---

<sup>1</sup> Der vorliegende Aufsatz fußt auf der unveröffentlichten Diplomarbeit des Verfassers: Carlos WATZKA, *Irre in Gesellschaft. Eine Sozialgeschichte der psychisch Kranken in der Frühen Neuzeit*. Graz 2000. Deren wichtigste Ergebnisse werden hier, unter Ergänzung einiger weiterer Belege bzw. Daten, zusammengefasst.

<sup>2</sup> Zur Erklärungskraft der Sozialwissenschaften im Bereich der Medizin ist festzuhalten, dass die Soziologie psychischen Krankseins – über die Untersuchung sozialer Strukturen, welche die Lebensumstände psychisch Kranker prägen, hinausgehend – jedenfalls auch die Aufgabe und die Möglichkeit hat, die Genese psychischer Erkrankungen, ja sogar Definitionen von „psychisch krank“ in soziokulturelle Kausalzusammenhänge zu stellen. Dies bedeutet keineswegs ein Ignorieren der biologisch-physischen oder der innerpsychisch-psychodynamischen Faktoren in der Ätiologie psychischen Krankseins. Vgl. zur Frage nach dem ‚Wesen‘ des Irrsinns bes.: Wolfgang VOLLMOELLER, *Was heißt psychisch krank? Der Krankheitsbegriff in Psychiatrie, Psychotherapie und Forensik*. Stuttgart – Berlin – Köln 1998. Zur Entwicklung der Forschungsansätze im Rahmen der Soziologie psychischer Krankheit noch immer wertvoll: Roger BASTIDE, *Soziologie der Geisteskrankheiten*. Köln 1973.

<sup>3</sup> Mit der Verwendung der Begriffe „Irrsinn“, „Irre“ usw., welche hier als Synonyme für „psychische Krankheit“, „psychisch krank“ etc. stehen, ist keineswegs eine wie immer geartete Abwertung der Betroffenen durch den Verfasser intendiert. Vielmehr erfolgt ihr Einsatz, neben dem Grund der bloßen sprachlichen Variation, auch aufgrund der in „irr“ treffend gefassten *Propria* sozialer und psychischer Devianz.

handlung psychisch Kranker. Zwar erfuhr die Entstehung der staatlichen Unterbringungsanstalten eingehendere Bearbeitung, gerade jene Paradigmen und Institutionen aber, welche der entstehende moderne Staat und die entstehende moderne Wissenschaft in ihrer Bedeutung allmählich zurückdrängten – Klerikal- und Volksmedizin, auch kirchliche Krankenanstalten – blieben der historischen Sozialwissenschaft lange ein Randphänomen.<sup>4</sup>

Der vorliegende Text versteht sich als ein Schritt in die Richtung einer adäquateren Erfassung der Vielfältigkeit der Formen des sozialen Umgangs mit psychisch Kranken, welche gerade im hier gesteckten raumzeitlichen Rahmen – im westlichen (katholischen und protestantischen) Teil Europas zwischen ca. 1500 und ca. 1700 – weit größer war als etwa im Europa des 19. und 20. Jahrhunderts.<sup>5</sup> Im Folgenden werden einschlägige Wahrnehmungs- und Handlungsmuster in Kirche, Fachmedizin, Staatsapparat und Elitekultur auf ihre sozialhistorischen Bedeutungen – besonders auf die jeweiligen Folgen für die direkt Betroffenen – sowie ihr Verhältnis untereinander befragt. Der große Komplex volksmedizinischer Behandlungsformen jedoch muss hier ausgeklammert bleiben, lediglich dessen Verhältnis zu den genannten, von den Oberschichten getragenen Paradigmen wird thematisiert. Auch auf die zahlreichen ideen- und sozialgeschichtlichen Kontinuitäten des Umgangs mit psychisch Kranken zwischen Mittelalter und Früher Neuzeit kann nicht eingegangen werden.<sup>6</sup> Die Frühe Neuzeit stellt

<sup>4</sup> Vgl. etwa die – freilich weiterhin als Klassiker der Sozial- und Kulturgeschichte psychischer Krankheit zu erachtenden – Arbeiten Foucaults und Dörners: Michel FOUCAULT, *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt a. M. 121996 (1969), Klaus DÖRNER, *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*. Hamburg 31995 (1969).

<sup>5</sup> Ein bewusster Akzent auf die Zusammenschau verschiedener Stränge des Umgangs mit psychisch Kranken in der Frühen Neuzeit wurde bis um 1990 kaum gesetzt, seither sind einige bedeutende Schritte in dieser Richtung unternommen worden, so bei: Robert JÜTTE, *Ärzte, Heiler und Patienten. Medizinischer Alltag in der Frühen Neuzeit*, München – Zürich 1991; Wolfgang WEBER, *Im Kampf mit Saturn. Zur Bedeutung der Melancholie im anthropologischen Modernisierungsprozeß des 16. und 17. Jahrhunderts*. In: *Zeitschrift für Historische Forschung* 17 (1990), 155–192. Besonders hervorzuheben ist in dieser Hinsicht die dem Verfasser erst nach der Fertigstellung dieses Aufsatzes zugänglich gewordene Monographie von H. C. Erik MIDELFORT, *A History of Madness in Sixteenth-Century Germany*. Stanford 1999.

<sup>6</sup> Vgl. zur antiken und mittelalterlichen Irrengeschichte das für die Ideengeschichte der Psychiatrie immer noch fundamentale Werk: Werner LEIBBRAND, Annemarie WETLEY, *Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie*. Freiburg – München 1961 (= orbis academicus II/12), weiters die Aufsätze: Ines STAHLMANN, *Krankheit – Antike*, und Christina VANJA, *Krankheit – Mittelalter*, in: Peter Dinzelbacher (Hg.), *Europäische Mentalitätsgeschichte*. Stuttgart 1993, 187–195 und 195–200.

allerdings vor allem eine Periode grundlegender Neuerungen dar, deren Nachwirkungen bis in die Gegenwart reichen, eine „Achsenzeit“ der Auseinandersetzung des Menschen mit dem Irrsinn. Nicht nur, dass es innerhalb der tradierten Paradigmen des Umgangs, in Volks-, Klerikal- und Fachmedizin, zu entscheidenden Veränderungen kam; gänzlich neuartige Institutionen und Mentalitäten entstanden mit dem Eintritt des Themas der Unvernunft in die politische Sphäre und mit der Entwicklung zuvor unbekannter Formen der Anstaltsunterbringung. Jenen Entwicklungen gilt es im Folgenden nachzuspüren.

### Die fachmedizinischen Interpretationen des Irrsinns

Die Fachmedizin, als Heilpraxis, die von speziell für diese Tätigkeit ausgebildeten – und durch Prüfungs- und Anerkennungsmechanismen innerhalb ihres Berufsstandes wie auch der Gesellschaften insgesamt hierzu legitimierten – Personen betrieben wird, erlangte in der Frühen Neuzeit eine deutlich größere soziale Bedeutung als in den vorangegangenen Perioden. Nichtsdestoweniger blieb ihre soziale Relevanz sehr beschränkt, nämlich – und dies gilt bis über das 18. Jahrhundert hinaus – vorwiegend auf die Ober- und oberen Mittelschichten bzw. die urbanen Räume. Zwar entbehrten meist weder ländliche Regionen noch auch die städtischen Unterschichten völlig eines Zugangs zu ärztlicher Betreuung, die betreffende Betreuungskapazität kann jedoch im Allgemeinen nur als rudimentär bezeichnet werden. Die unterschiedlichen ökonomischen und kulturellen Entwicklungsstände verschiedener Regionen Europas bedingten auch hinsichtlich des fachmedizinischen Versorgungsgrades deutliche Unterschiede. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts wies die Bretagne etwa ein Arzt-Einwohnerverhältnis von ca. 1 : 27.000 auf, Brabant dagegen bereits um 1750 eines von ca. 1 : 4.000, und in manchen städtischen Zentren, etwa in Köln, wurden ähnliche Verhältniswerte auch im 16. Jahrhundert erreicht.<sup>7</sup> Für Regionen ohne Vorreiterrolle auf sozioökonomischem Gebiet scheinen aber eher die Verhältnisse der Bretagne charakteri-

---

<sup>7</sup> Vgl. Johannes WIMMER, *Gesundheit, Krankheit und Tod im Zeitalter der Aufklärung. Fallstudien aus den habsburgischen Ländern*. Wien-Köln 1991, 73–75, JÜTTE, *Ärzte, Heiler und Patienten* (wie Anm. 5), 19 u. 26.

stisch zu sein.<sup>8</sup> Eine geringe praktische Bedeutung der Fachmedizin in ländlichen Regionen ist insbesondere aufgrund des Umstandes anzunehmen, dass die Arzthonorare selbst zwar vielfach sozial gestaffelt waren, aber bei Arztbesuchen außerhalb von dessen Wohnort hohe feststehende Kosten für Reise und Verpflegung anfielen, die der Patient zu tragen hatte.<sup>9</sup>

Für eine adäquate Einschätzung der sozialen Relevanz des fachmedizinischen Gedankengutes gilt es freilich nicht nur die ärztliche Tätigkeit selbst zu berücksichtigen, sondern auch indirekte Einflüsse derselben auf Laienpraktiker etc.; fachmedizinische Konzepte drangen bis zu einem gewissen Grad ins Bewusstsein der gebildeteren wie auch der breiteren Schichten, was – auch ohne Beiziehung eines Arztes – auf den Umgang mit Betroffenen entscheidende Auswirkungen haben konnte, im Bereich der Psychopathie ganz besonders. Ein prägnantes Beispiel hierfür bietet etwa die obrigkeitlich-legislatorische Anerkennung medizinischer Ursachen für deviantes Verhalten sogar bei Selbsttötungen, im Widerspruch zu deren zeitgenössischer religiöser Deutung als einer ethischen bzw. metaphysischen Verwerflichkeit. So ordnet die Steirische Landgerichtsordnung aus 1583 an:

„[...] Wo sich aber ein Person nicht auß forcht verschuldter straff / sondern auß Krankheit des Leibs / Melancholey / geprechlichkait / irer sinne oder anderer dergleichen plödigkaiten selbst ertödtet / deren Erben sollen gleichermassen an ihrer Erbschafft nit verhindert / [...] unnd hiemit auch alle andere Gepreüch so hierüber wären abgethon und auffgehbt werden [...].“<sup>10</sup>

Wie aber sah die fachmedizinische Therapie im speziellen Fall psychischer Krankheiten aus, und welchen Wandlungen war sie innerhalb der Frühen Neuzeit unterworfen? Der „Grundstock“ der humoralpathologischen Konzepte blieb während der gesamten Periode erhalten; nur einige wenige Ärzte

<sup>8</sup> In der Steiermark etwa zeigt sich für die gesamte Zeitspanne zwischen 1500 und 1750 ein Verhältnis von höchstens ca. 1: 25 000, teils lagen die Werte wohl sogar deutlich darunter. Berechnung des Verfassers nach Listen dokumentarisch belegter Ärzte bei: Johann WICHNER, *Beiträge zu einer Geschichte des Heilwesens, der Volksmedizin, der Bäder und Heilquellen in Steiermark bis incl. Jahr 1700*. In: *Mitteilungen des Historischen Vereines für Steiermark* 33 (1885), 18–26, Viktor FOSSEL, *Zur Geschichte des ärztlichen Standes der Steiermark im 16. und 17. Jahrhundert*. Graz 1890, 50–55.

<sup>9</sup> Vgl. etwa für das Erzherzogtum Steiermark: Richard PEINLICH, *Doctor Adam von Lebenswaldt, ein steirischer Arzt und Schriftsteller des 17. Jahrhunderts*. Biographische und kulturhistorische Skizze. Graz 1880, 29.

<sup>10</sup> *Des Löblichen Fürstenthumbs Steyer Landt und Peindlich Gerichts Ordnung*. Augsburg 1583, Art. 9.

lösten sich von der galenischen Tradition. Jedoch fanden bereits im 16. Jahrhundert theoretische Fortbildungen innerhalb des Galenismus statt, und ab dem 17. Jahrhundert rückten die neuen Paradigmen der „Iatrochemie“ und „Iatrophysik“ immer mehr ins Zentrum des fachmedizinischen Diskurses, in welchem auch dann noch die Humoralpathologie zwar meist nicht explizit abgelehnt, ihre Bedeutung durch die Einführung neuer Begrifflichkeiten aber in den Hintergrund gedrängt wurde.<sup>11</sup> Dieses Bestreben frühneuzeitlicher Mediziner um theoretische Neuformulierungen wurde nicht zuletzt durch die „Verweltlichung des Verhältnisses zum eigenen Körper“<sup>12</sup> (einen Differenzierungsprozess), die verstärkte Thematisierung von Krankheit als sozialpolitischem Problem im Rahmen der Staatsbildungsprozesse sowie die Suche nach neuen Selbstwahrnehmungsmöglichkeiten innerhalb der aufstrebenden bürgerlichen Schichten gefördert.

Die Fachmedizin des 16. Jahrhunderts war freilich noch fast völlig von einem christianisierten Galenismus beherrscht. Für die Psychopathologie galten hierbei folgende zentrale Annahmen: Man unterschied eine unsterbliche (Geist-)Seele („anima rationalis“) von den „inneren Sinnen“, welche die „gewöhnlichen“ geistigen Fähigkeiten lenkten und als Funktionen des Körpers aufgefasst wurden; als Bindeglieder zwischen den beiden (und damit zwischen Geist und Körper) fungierten die „Seelenvermögen“ der Geist-Seele und ihre „Seelengeister“ („spiritus animales“). Der somatische Anteil

<sup>11</sup> Zur Gestalt der Frühneuzeitlichen Fachmedizin vgl. v.a. die inhaltsreiche und rezente Publikation: Michael KUTZER, *Anatomie des Wahnsinns. Geisteskrankheit im medizinischen Diskurs der frühen Neuzeit und die Anfänge der pathologischen Anatomie*. Hürtgenwald 1998, daneben, ebenfalls äußerst materialreich: LEIBBRAND/WETTLEY, *Der Wahnsinn* (wie Anm. 6), weiters: Erwin ACKERKNECHT, *Kurze Geschichte der Psychiatrie*. Zürich 1967, Franz ALEXANDER, Sheldon SELESNICK, *Geschichte der Psychiatrie. Ein kritischer Abriss der psychiatrischen Theorie und Praxis von der Frühgeschichte bis zur Gegenwart*. Konstanz 1969, Theodor KIRCHHOFF, *Geschichte der Psychiatrie*. In: Gustav Aschaffenburg (Hg.), *Handbuch der Psychiatrie*, Allg. Teil, 4. Abt., Leipzig-Wien 1912, 3–48, Sigmund KORNFELD, *Geschichte der Psychiatrie*. In: Max Neuburger, Julius Pagel (Hg.), *Handbuch der Geschichte der Medizin*, Jena 1905, Bd. 3, 601–728. Zur wissensoziologischen und sozialgeschichtlichen Einordnung vgl. u.a.: FOUCAULT, *Wahnsinn* (wie Anm. 4), DÖRNER, *Bürger und Irre* (wie Anm. 4), Dirk BLASIUS, *Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses*. Frankfurt a.M. 1980, Helmut SPÄTE, Achim THOM, Klaus WEISE, *Theorie, Geschichte und aktuelle Tendenzen in der Psychiatrie*. Jena 1982, Christina VANJA, *Krankheit - Neuzeit*. In: Peter Dinzelbacher (Hg.), *Europäische Mentalitätsgeschichte*, Stuttgart 1993, 200–207.

<sup>12</sup> VANJA, *Krankheit - Mittelalter* (wie Anm. 6), 198 (hier bezogen auf das Ende des Mittelalters).

mentaler Funktionen wurde dabei durchwegs im Gehirn lokalisiert.<sup>13</sup> Von Erkrankungen betroffen sein konnte nur der Körper bzw. die Funktion der „Instrumente“ des Geistes, nicht aber die als unkorumpierbar vorgestellte Geist-Seele selbst. Diese Konzepte scheinen für den Umgang mit psychisch Kranken bzw. auch geistig Behinderten von großer Wichtigkeit: besonders eine Beurteilung menschlichen Lebens als „unwert“ ist innerhalb dieser Sichtweise nicht möglich, die prinzipielle Würde auch des „Unsinnigsten“ – zumindest in und nach dieser Theorie – gewahrt. Die reale Behandlung der Kranken hatte freilich auch in der Frühen Neuzeit häufig als menschenunwürdig zu bezeichnenden Charakter, worauf weiter unten näher einzugehen ist.

In der galenischen Klassifikation psychischer Krankheiten dominierten die Begriffe „Phrenitis“ (als „fiebrige“ Geistesstörung), „Manie“ und „Melancholie“, wobei die letztere im Allgemeinen als die am wenigsten tiefgreifende Erkrankung erachtet wurde. Den „Melancholikern“ wurde auch die meiste ärztliche Aufmerksamkeit hinsichtlich ihres subjektiven Erlebens zuteil, was einerseits mit dem Umstand zusammenhängt, dass die Folgen jener Erkrankungsform sozial noch eher handhabbar waren als das Verhalten der „Rasenden“ („Maniker“ u.ä.), andererseits mit der Stilisierung der Melancholie als Krankheit der Tiefsinnigen und Gebildeten seit der Renaissancephilosophie.<sup>14</sup> In diesem Zusammenhang verdient auch die „hypochondrische Melancholie“ Erwähnung, eine der „Hypochondria“, einer somatischen Erkrankung des Unterleibs, nahestehende Form des Irrsinns. Die Pathogenese wurde von den galenistisch orientierten Ärzten großteils in somatischer Begrifflichkeit erörtert. Als *Auslöser* des Irrsinns galten fast immer somatische Dysfunktionen: Ein Übermaß an „Schleim“ galt als Ursache von geistiger Trägheit bzw. Behinderung, zuviel „schwarzgalliger“ Saft als Auslöser von Angstzuständen und Niedergeschlagenheit („Melancholie“), zuviel „gelbe Galle“ als Ursache von Raserei bzw. Manie. Allerdings (und hier erscheint die frühneuzeitliche Psychiatrie komplexer, als sie lange rezipiert wurde) kannte man nicht bloß die ungünstigen Säfteverhältnisse als *eigentliche Ursache* psychischer Krankheiten. Originäre körperliche Fehlfunktionen, die solche unausgewogenen „Komplexionen“ der Säfte hervorbrachten – im Gehirn selbst oder auch in anderen Körperteilen lokalisiert – stellten nur eine

<sup>13</sup> Vgl. KUTZER, *Wahnsinn* (wie Anm. 11), 56.

<sup>14</sup> Vgl. hierzu: Lutz WALTHER, *Einleitung*. In: Lutz Walther (Hg.), *Melancholie*. Leipzig 1999, 19 f.

Variante im ätiologischen System des Galenismus dar, andere waren ungesunde Lebensweise, psychische Anspannung und starke Affekte (Furcht, Trauer, Sorgen u.ä.), wobei man aber eine gewisse körperliche, teils auch vererbte Disposition der Betroffenen zur jeweiligen Erkrankung annahm. Daneben war man auch der psychischen Folgen organischer Schäden durch Verletzungen u.ä. gewahr. Insgesamt bietet sich so ein überraschend „modernes“ Bild multifaktorieller pathogenetischer Theorien, freilich an den zeitgenössischen Stand naturwissenschaftlicher und psychologischer Erkenntnisse gebunden, und mit der Einschränkung, dass die somatischen Phänomene insgesamt weit mehr Beachtung fanden als die psychodynamischen, welche zwar als relevant anerkannt, aber kaum systematischer Untersuchung unterzogen wurden. Andererseits fanden sich im Repertoire der frühneuzeitlichen Pathologie und Therapeutik auch „natürliche“ und „übernatürliche“ Phänomene, denen in der späteren Medizingeschichte eine Erklärungskraft abgesprochen werden sollte, insbesondere astronomisch-astrologische bzw. das Eingreifen von Dämonen und Gott. Besonders der bekannteste frühneuzeitliche Gegenentwurf zur Humoralpathologie, das „dynamisch-chemisch-animistische“ Krankheitskonzept des Theophrast von Hohenheim, gen. Paracelsus (1493–1541), kann als ein Höhepunkt in der Einbeziehung derartiger Erklärungsmuster in die Psychopathologie gelten.<sup>15</sup> Seine Konzepte rezipieren aber auch damals neue chemisch-naturwissenschaftliche Erkenntnisse in starkem Maße und beziehen sich auf psychodynamische Vorgänge.

Die Entwicklung der psychopathologischen Theorien im 17. und 18. Jahrhundert macht sodann den Einfluss des Rationalismus in der Medizin deutlich: Während viele, auch bedeutende Ärzte (wie Daniel Sennert, 1572–1637, oder Paolo Zachias, 1584–1659) bei ihren Weiterentwicklungen im wesentlichen innerhalb des galenistischen Paradigmas verblieben und auch neuplatonisch-spirituelle Ansätze ihre Vertreter fanden (besonders prominent: Johann B. Helmont, 1579–1644), traten zugleich neue Konzepte ins Blickfeld, die von der cartesianischen Philosophie geprägt wurden. Freilich waren damit

---

<sup>15</sup> Neben den Epileptikern widmete Paracelsus den „Lunatici“, also den von den Gestirnen besonders beeinflussten Irren, und den „Obsessi“, den Besessenen, gesonderte Schriften. Vgl. hierzu: Hiroshi OHASHI, *Psychiatrie des Paracelsus*. In: Sepp Domandl (Hg.), *Von Paracelsus zu Goethe und Wilhelm von Humboldt* (Salzburger Beiträge zur Paracelsusforschung 22). Wien 1981, 169–176, Gerhart HARRER, *Paracelsus und die Psychopharmaka*. In: Ebd., 163–168, sowie: Burghard BREITNER, *Medizin in Österreich*. In: *Österreichische Akademie der Wissenschaften* (Hg.), *Philosophisch-historische Klasse. Sitzungsberichte*, 226, 5 (1951), 24–30.



weniger reale naturwissenschaftliche Fortschritte verbunden, eher handelte es sich um eine „Vernaturwissenschaftlichung der Metaphorik“.<sup>16</sup> Mechanistische, auf Bewegungsabläufe konzentrierte Theorien verdrängten innerhalb von Iatrophysik und Iatrochemie die humoralpathologischen „Qualitäten“; mit der Übernahme der prononcierten Trennung von Geist und Körper durch Descartes rückten zudem die psychischen Komponenten des Irrsinns noch mehr aus dem ärztlichen Betätigungsfeld. Für Michael Ettmüller (1644–1682) etwa sind abnorme Säureproduktion und gestörte Bewegung der *spiritus animales* – die nunmehr als mechanisch-chemische Entität verstanden werden – die pathogenen Faktoren, für Friedrich Hoffmann (1660–1742) ein zu langsamer oder zu schneller Blutkreislauf.

Ein wiederum neuartiges, und für das 18. und 19. Jahrhundert äußerst folgenreiches psychiatrisches Paradigma nahm ebenso noch im 17. Jahrhundert seinen Ausgang, und zwar in England: Thomas Willis (1622–1675) kombinierte die mechanistischen und die alten galenischen Theorien mit neuen anatomischen Kenntnissen, aber auch mit einer stärkeren Betonung psychologisch-moralischer Aspekte des Irrsinns und leitete so die Entwicklung der „Nervenpathologie“ ein. Er betonte deutlich psychische Primärursachen von Geisteskrankheit und setzte materielle und psychische Phänomene in enge Beziehungen zueinander. Durch eine Konzentration auf das Konzept der „*spiritus*“ leistete er aber zugleich einer Beliebigkeit der psychiatrischen Diagnosestellungen Vorschub. In Nervenpathologien solcher Art konnten fast alle psychischen, moralischen, sozialen oder auch politischen Phänomene je nach Bedarf als „krank“ und „irr“ klassifiziert werden.<sup>17</sup> Am Ende der hier zu betrachtenden Periode erlangt mit George Cheynes' (1671–1743) Werk „*The English Malady: or, a Treatise of nervous diseases of all kinds [...]*“ die Nervenpathologie des Irrsinns in Großbritannien allgemeine Beachtung. In Deutschland betont etwa zur selben Zeit Georg Ernst Stahl (1659–1734) vehement die psychischen und moralischen Verursachungen des Irrsinns.

Alle diese Entwicklungen der fachmedizinischen Theorien hatten für die konkrete Behandlung von psychisch Kranken Folgen, wenn auch bis ins 18. Jahrhundert hinein die fachmedizinische Praxis insgesamt vorwiegend vom Galenismus geprägt blieb. Die „Standardmethoden“ der Behandlung psychisch Kranker in der Humoralpathologie waren: Aderlass, Schröpfung,

<sup>16</sup> KUTZER, *Wahnsinn* (wie Anm. 11), 121.

<sup>17</sup> Vgl. DÖRNER, *Bürger und Irre* (wie Anm. 4), 32.

Abführmittel, Brechmittel, Niesmittel, ziehende Pflaster, künstliche Eiterung, also vielfach auch Methoden der „*medicina crudelis*“, alles aber in der *therapeutischen* Absicht, das Säftegleichgewicht wiederherzustellen.<sup>18</sup> Wollte man explizit den Kranken „bestrafen“, um ihn wieder auf den rechten Weg zu bringen, was auch bei Galenisten eine mögliche Denkfigur war, wandte man Schläge, Isolation, Fesselung u.ä. an, wobei sich hier teilweise – so bei Fesselungen – die Motive des Bestrafens der „Abnormen“ und des Schützens der „Normalen“ schwer entwirrbar verquicken. In der Humoralpathologie, aber auch bei Paracelsus, standen jedoch derartige Brutalitäten keineswegs im Zentrum des therapeutischen Kanons. Bevorzugt wandte man hingegen neben der oben genannten „direkten“ Säfte-regulation durch Ausscheidung auch die traditionelle Diätetik an, versuchte Ernährung, Wach- und Schlaf-, Arbeits- und Freizeit-Rhythmus der Patienten in zuträgliche Bahnen zu lenken, riet auch zu Klimaveränderungen und Ähnlichem. Gegen Schlafstörungen kamen hierbei auch „handfeste“ Opiate zum Einsatz, auch gegen andere Symptome verschrieb man vielerei – nur teilweise organisch wirksame – Pharmazeutika. Schließlich waren auch Therapiemethoden im Einsatz, die heute teils als „abergläubisch“, teils auch wieder als „ganzheitlich“ – bzw. auch im naturwissenschaftlichen Sinne wirksam – erachtet werden, so die bereits angesprochene Orientierung an astrologischen Gegebenheiten, aber auch Farb-, Licht-, Musik-, Duft-, Mineral- und Wassertherapie. Auch Gesprächstherapie wurde angewandt. Erörterungen zu solchen Verfahren finden sich etwa beim Leibarzt des französischen Königs, André Du Laurens (1558–1609)<sup>19</sup> oder bei Paracelsus. Zur Behandlung einer als psychogen qualifizierten Form des „Veitstanzes“ rät letzterer:

„[Der Kranke soll] ein sich selbst gleichendes Abbild aus Wachs oder Harz herstellen. Er soll seine Gedanken und sein Gemüt vollkommen in dieses Abbild verlegen und es hernach mitsamt diesen Gedanken ins Feuer werfen und ganz verbrennen lassen.“<sup>20</sup>

Ein solches Vorgehen mag man als „abergläubische“, magische Praxis abtun, man kann darin aber ebenso den Versuch ärztlicher psychodynamischer Einflussnahme erblicken. Der eben beschriebene, durchaus vielfältige Katalog therapeutischer Maßnahmen der Fachmedizin des 16. Jahrhunderts erfährt bis

<sup>18</sup> Zur fachmedizinischen Therapie psychischer Krankheiten vgl. bes. Jean STAROBINSKI, *Geschichte der Melancholiebehandlung: Die Renaissance*. In: Lutz Walther (Hg.), *Melancholie*. Leipzig 1999, 107–113.

<sup>19</sup> Vgl. bes. STAROBINSKI, *Melancholiebehandlung* (wie Anm. 18).

ins 18. Jahrhundert keine einschneidenden Veränderungen, bemerkbar ist allerdings ein stärkeres Hervortreten brutaler und radikaler „Therapieratschläge“ in der Literatur: Die berüchtigte Methode des Untertauchens Tobender unter Wasser bis an die Grenze des Ertrinkens etwa wurde zunächst – gemäß der These des „*similia similibus*“ – nur, und gewissermaßen als Verzweiflungsakt, bei von Tollwut („Hydrophobia“) Befallenen angewandt. Bei dem berühmten niederländischen Arzt Hermann Boerhave (1668–1738), dem Begründer der ersten „Klinik“ Europas in Leiden, dient sie aber bereits auch zur Behandlung von Manie und Melancholie. So zeigt sich ein neuartiger Trend der Radikalisierung ärztlichen Denkens, wobei es die „Furiosen“, die „Tollen“ und „Wahnsinnigen“ sind, deren Behandlung am meisten Schwierigkeiten bereitet, und denen gegenüber am raschesten zu „wissenschaftlich“ legitimierter Brutalität gegriffen wird. Diese Entwicklung ist auch im Kontext der „Großen Gefangenschaft“ zu sehen, der Zunahme öffentlicher wie „privater“ Anstalten zur Internierung von Abnormen aller Art – beides analoge Prozesse, die den „Narren“ die Unschuld nahmen und ihr Schicksal mental wie institutionell mit dem der Kriminellen, Häretiker, Bettler und anderer moralisch Stigmatisierter verschmelzen ließen.<sup>21</sup>

Auf die Entwicklung im Unterbringungsbereich wird weiter unten näher eingegangen. An dieser Stelle ist jedoch auf den Zusammenhang hinzuweisen, der zwischen der zunehmenden Moralisierung des Irrsinns und der verstärkten Scheidung „echter“ Wahnsinniger von nur leicht „Nervenkranken“ in der ärztlichen Wahrnehmung besteht, die in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts begann. Während erstere das Gros der Insassen der tristen, großen, öffentlichen Anstalten stellten, versorgte man letztere, welche un schwer als psychisch Kranke mit höherem sozioökonomischen Status identifiziert werden können, vorwiegend mit Hausbesuchen bzw. in vergleichsweise gut geführten Privatanstalten und Sonderabteilungen. Für die Behandlung der „Irren“ in Anstalten erteilt Willis 1681 folgende Ratschläge:

„Zur Heilung der Irren ist nichts wirksamer und notwendiger als ihre Ehrfurcht denen gegenüber, die sie als ihre Peiniger erleben [...] Tobende Irre werden schneller und sicherer geheilt durch Strafen und harte Behandlung in einem engen Raum als durch ärztliche Kunst und Medikamente. [...] Man halte die Ernährung dürftig und wenig schmackhaft, die Kleidung leicht, die Betten hart und die Behandlung streng [...].“<sup>22</sup>

<sup>20</sup> OHASHI, *Psychiatrie des Paracelsus* (wie Anm. 15), 171.

<sup>21</sup> Vgl. FOUCAULT, *Wahnsinn* (wie Anm. 4), DÖRNER, *Bürger und Irre* (wie Anm. 4).

<sup>22</sup> Willis, zit. nach: DÖRNER, *Bürger und Irre* (wie Anm. 4), 101.

Seine Therapievorschläge für „Nervenranke“ hingegen gestalten sich folgendermaßen:

„Man kann die Leidenschaften zu beseitigen trachten durch heitere Erzählung, Scherz, Gesang, Tanz, Jagd [!], Fischfang, leichtere Geistesarbeit, Mathematik, Chemie, Hausarbeit, Gartenbeschaftigung [...] Dyskrasien [pathogene Safteverhaltnisse] werden mit Aderlaß, Purgantien, milden Bädern bekämpft.“<sup>23</sup>

Die jeweils vorgeschlagenen Behandlungsmethoden – „Ehrfurcht“, „Strafen“ etc. vs. „leichtere Geistesarbeit“, „Jagd“ u.. – lassen keinen Zweifel, dass die Scheidung „Nervenranke“ vs. „Irre“ wesentlich auf einer sozioökonomischen Differenzierung basiert. Die Heilungschancen für psychisch Kranke variieren selbstverständlich, neben „inneren“ Faktoren wie der Art der Erkrankung und der Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen, stark nach den jeweils getroffenen (bzw. unterlassenen) therapeutischen und sozialen Maßnahmen.

Für die Frühe Neuzeit finden sich leider wenig repräsentative Quellenmaterialien zu den diesbezüglichen Auswirkungen ärztlicher Tätigkeit. Fest steht aber, dass zahlreiche Formen psychischer Krankheit durchaus als therapierbar angesehen wurden. Viele Personen litten zwar Jahre oder auch Jahrzehnte ohne Besserung an ihren Krankheiten, insbesondere innerhalb der Anstalten, es sind aber auch zahlreiche Belege von ärztlichen Heilungserfolgen erhalten. Bisher von der Forschung vernachlässigt blieben dabei Quellen, die auf sehr positive Behandlungsergebnisse in den ersten Krankenhäusern im engeren Sinn hinweisen. Diese entstanden in Europa ab dem 16. Jahrhundert und nahmen insofern eine Sonderstellung gegenüber den anderen Paradigmen der Irrenbehandlung ein, als in ihnen sowohl eine systematische medizinische Behandlung durch Ärzte gewährleistet war, als auch eine institutionalisierte Versorgung durch als Krankenpfleger tätige Ordensangehörige. Auf diesen Typus des Umgangs mit psychisch Kranken wird weiter unten ausführlich Bezug genommen.

### Die religiösen Interpretationen des Irrsinns

Die besonders ambivalente Haltung des Christentums gegenüber Phänomenen psychischer Krankheit wurde bereits kurz erörtert. Einer Heiligung der

<sup>23</sup> Zusammenstellung bei: LEIBBRAND/WETTLEY, *Wahnsinn* (wie Anm. 6), 268.

Krankheit als Prüfung Gottes, der weltlichen „Torheit“ als jenseitiger Weisheit steht gegenüber die Stigmatisierung des Kranken als gerechterweise bestraften Sünders, des Tobenden als eines von Dämonen ergriffenen, seiner Eigenpersönlichkeit beraubten, im Seelenheil gefährdeten Menschen. So konnte Vinzenz von Saint Paul (1576–1660), ein bedeutender Organisator des französischen Versorgungswesens (gerade auch für psychisch Kranke) sagen:

„Lobet unseren Herrn, der sich selbst in diesem Zustand befand, als man ihn fesseln wollte und rief: Quoniam in frenesim versus est [Da er dem Wahnsinn verfallen ist] [...] Unsere Regel ist der Herr, der von Besessenen, Verrückten, Versuchten, Dämonischen umgeben zu sein wünscht.“<sup>24</sup>

Demgegenüber galt der Narr ebenso als „Abgesandter der Finsternis“.<sup>25</sup> Kirchenrechtlich gesehen war ihm teils sogar der Zutritt zu Kirchen verboten, eine in praxi der zahlreichen Formen religiös geprägter Heilungsbemühungen wegen nicht haltbare Bestimmung. Für die psychisch Kranken selbst hatten beide anzutreffende Interpretationsmuster erhebliche Auswirkungen: kirchliche Kranken- und Irrenfürsorge einerseits, kirchlich mitgetragene „Feldzüge“ gegen das psychisch Abnorme andererseits prägten in der Frühen Neuzeit einen großen Anteil des gesamten sozialen Umgangs mit dem „Irrsinn“. Auf den Einfluss christlichen Denkens in der Entwicklung der Anstalten ist weiter unten einzugehen. Ganz im kirchlichen Kontext standen die Paradigmen der „übernatürlichen“, göttlichen Heilung der Irren. Hierbei wurde zwischen „natürlich“ und „übernatürlich“ verursachter psychischer Krankheit unterschieden, der „diagnostischen“ Differenzierung folgte eine therapeutische: Wie bei körperlichen Erkrankungen auch, konnten sich Betroffene bzw. ihr soziales Umfeld bei als „natürlich“ angesehenem Irrsinn um himmlischen Beistand an kirchliche Einrichtungen wenden. Die verbreitetste Form waren im katholisch gebliebenen Teil Europas Wallfahrten zu „Gnadenbildern“, Verkörperungen der heilkräftigen Gegenwart Gottes und seiner Mittler, verschiedener Heiliger, im besonderen aber Marias.<sup>26</sup> Derartige Reisen zur Er-

<sup>24</sup> Zit. nach: LEIBBRAND/WETTLEY, *Wahnsinn* (wie Anm. 6), 239.

<sup>25</sup> Vgl. Maurice LEVER, *Zepter und Schellenkappe. Zur Geschichte des Hofnarren*. Frankfurt a.M. 1992.

<sup>26</sup> Vgl. Harry KÜHNEL, *beraubt seiner syne und vernunft – Geisteskrankheit und Wallfahrt*. In: Josef Ladurner (Hg.), *Festschrift für Erich Egg zum 70. Geburtstag*. Innsbruck 1991, Lenz KRIS-RETTENBACH, Gerda MÖHLER (Hg.), *Wallfahrt kennt keine Grenzen*. München–Zürich 1984, Wilhelm HENGSTLER, Karl STOCKER, *Wallfahrt. Wege zur Kraft*. Graz 1994.

langung von Heilung wie Heil wurden von kirchlichen Amtsträgern sehr gefördert, stärkten sie doch deren gesellschaftlichen Einfluss wie ökonomische Potenz. Die Initiative zu Bittwallfahrten im Falle psychischer Erkrankungen und deren Abwicklungen blieb dennoch im Allgemeinen den Betroffenen, Kranken und Angehörigen, überlassen.

Als exemplarischer Fall klerikal organisierten medikalen Handelns hat dagegen die „Besessenheits“-Behandlung, der Exorzismus mit zugehörigen Vor- und Nachbehandlungen, zu gelten, weshalb dieselbe hier eingehender erörtert sei. Bei der Überwindung von „Besessenheit“ werden als „übernatürlich“ (nämlich vom Satan und seinen Hilfsgeistern) verursacht verstandene psychische Erkrankungen auf „übernatürlichem“ Wege (durch priesterliche Anrufung der Macht Gottes) behandelt.<sup>27</sup> Gerade am „Besessenen“ wird die Verquickung von Krankheit und Sünde deutlich: Die Annahme einer dämonischen Ergriffenheit entlastete den Betroffenen eigentlich von der Verantwortlichkeit für seine meist anstößigen, sozial inakzeptablen, oft sogar für die Umgebung physisch gefährlichen Taten. Nichtsdestoweniger konnte man sich die „unheimlichen“ Ereignisse vielfach nicht erklären, ohne auch beim psychisch Kranken selbst Schuld zu suchen, zumal in etwas, das man „Initialsünde“ nennen könnte: einer Handlung, einem Moment, in welchem der daraufhin dämonisch „Besessene“ durch eine Verfehlung erst den Einzug der satanischen Mächte ermöglicht hatte.

Die so plastisch wahrgenommene Anwesenheit des „Teufels“ führte bei als „Besessenen“ kategorisierten Kranken aber keineswegs (wie fälschlich immer wieder behauptet) zur Elimination der Betroffenen. Hier ist, ganz gemäß den zeitgenössischen Auffassungen, streng zwischen Besessenheit und Hexentum zu unterscheiden: Der „Besessene“ wurde, trotz aller eventuell vorhandener „Sündhaftigkeit“ vom Bösen gegen seinen Willen überwältigt, die „Hexe“ dagegen verschrieb sich demselben aus eigenem Antrieb, aus Lust am Bösen. In der „Behandlung“ der Hexen kam im Allgemeinen nur deren völlige Vernichtung (Verbrennung) in Betracht, den Besessenen sollte hingegen das plötzlich auftretende Element des Bösen, der „Dämon“, ausgetrieben werden. Die Durchführung von Exorzismen stellte sich dabei gleichermaßen als Akt priesterlicher Pflichterfüllung gegenüber Gott wie der

---

<sup>27</sup> Vgl. hierzu bes.: Cécile ERNST, *Teufelaustreibungen. Die Praxis der katholischen Kirche im 16. und 17. Jahrhundert*. Bern 1972, Traugott OESTERREICH, *Die Besessenheit*. Langensalza 1921, KÜHNEL, *Wallfahrt* (wie Anm. 26), Kurt BASCHWITZ, *Hexen und Hexenprozesse. Die Geschichte eines Massenwahns und seiner Bekämpfung*. München 1963.

Nächstenliebe gegenüber dem Ergriffenen dar. Der Betroffene blieb in die Gemeinschaft durchaus integriert, bei der Vertreibung des „Bösen“ behandelte man seinen „Träger“ freilich oftmals nicht gerade schonend. Im Zuge der gegenreformatorischen Reorganisation der katholischen Kirche kam es 1614 zu einer Kodifizierung der kirchlichen Ansichten und Gebräuche im Umgang mit Besessenen im „*ritus exorcizandi obsessos a daemonio*“ als Bestandteil des „*Rituale Romanum*“. Derselbe verbot die Misshandlung Besessener.<sup>28</sup> Ungeachtet dessen finden sich in Beschreibungen von wie auch Anleitungen zu Exorzismen vielfach brutale Vorgehensweisen, die bis zu religiös verbrämten Foltermethoden reichen konnten. Freilich richteten die „Behandelnden“ dieselben nach eigenem Bekunden nicht gegen den Kranken, sondern gegen seine Dämonen. „Schläge, Fußtritte, Anspucken“ empfiehlt bereits Duns Scotus (1266–1308); in der Frühen Neuzeit praktizierte man dies ebenso wie das Einsperren in dunkle Räume – eine deutliche Parallele zur Behandlung „natürlich“ irre Gewordener. Die kirchenrechtlich vorgeschriebene Praxis, die jedenfalls auch Bestandteil konkreter Besessenen-Behandlung war, bestand dagegen in der Anhaltung zu Gebet, Beichte und Kommunion, der Bedrohung des Satans mit Kruzifix, Reliquien u.ä., schließlich im zentralen Angriff des Wortes Gottes. Dabei wurde zunächst der Besessene nach Zahl und Namen der Teufel, nach den Ursachen ihres Eindringens und der Zeit ihres Ausfahrens befragt, sodann wurden die Dämonen im Namen Gottes „beschworen“, den Betroffenen zu verlassen.

Für die Beurteilung des Erfolges standen relativ klare Normen zur Verfügung, als Kriterien galten radikale psycho-physische Zustandsänderungen am Betroffenen, wie das Eintreten längerer Bewusstlosigkeit oder das Verschwinden von Lähmungen, begleitet von einem Ende der „unsinnigen“, meist zudem gotteslästerlichen Reden, aber auch externe „Zeichen“ wie das plötzliche Verlöschen von Kerzen, das Zerspringen von Fenstern, der Austritt von Fremdkörpern aus dem Leib des Kranken und Ähnliches. Auch die bildliche Darstellung der Befreiung ist topisiert: Die Dämonen entweichen in der Form kleiner, grotesker Fluchttiere schwarzer oder auch roter Färbung aus dem Mund.<sup>29</sup> Auch für die wesentliche Frage, wer überhaupt als „besessen“ zu

<sup>28</sup> Vgl. ERNST, *Teufelaustreibungen* (wie Anm. 27), bes. 17–27.

<sup>29</sup> Mentalitätsgeschichtlich von höchstem Interesse, jedoch schwer klärbar, ist die Frage, in welchem Ausmaß die an den Exorzismen Beteiligten (Kranke, Priester, Assistierende, Zuseher) „übernatürliche“ Phänomene auch tatsächlich wahrnahmen. Höchst eindrucksvoll ist in diesem Zusammenhang ein französisches Gerichtsprotokoll aus 1591: Vgl. ERNST, *Teufelaustreibungen* (wie Anm. 27), 85–98.

gelten hat, standen dem Exorzisten gewisse Kriterien zur Verfügung: „Echte Besessene“ sprechen bzw. verstehen ihnen sonst unbekannte Sprachen, können „Verborgenes“ offenbaren und verfügen über außergewöhnliche körperliche Kräfte. Strenge Prüfungen dieser Kriterien, wie sie im anglikanisch gewordenen England, aber – aus vornehmlich politischen Gründen – auch in Frankreich gelegentlich vorgenommen wurden<sup>30</sup>, hätten die Anzahl kirchlich anerkannter Besessenheiten wohl äußerst gering gehalten. Indes bestand hierzu im katholischen Bereich meist kaum Veranlassung.

Während die protestantischen Kirchen dem Exorzieren, wie vielen anderen allmählich geformten Bestandteilen kirchlicher Praxis, sehr skeptisch gegenüberstanden, und in manchen evangelisch gewordenen Staaten dasselbe regelrecht verboten wurde – so in Hessen 1575<sup>31</sup>, entwickelte die katholische Kirche gerade in der Phase des „Glaubenskampfes“ des 16. und 17. Jahrhunderts die Besessenenbehandlung zu einem der Instrumente zur „Beweisführung“ für den rechten Glauben. Höchst eindringlich konnte etwa die Macht der Hostie als Inkorporation Christi dargestellt werden. Diese Beobachtung führt zur Frage nach dem tatsächlichen psychischen Zustand der „Besessenen“. Der Betroffene musste gewisse Anpassungsleistungen erbringen, wollte er ein „guter Besessener“ sein, und dies lag vielfach in seinem Interesse, denn ein solcher konnte lange gratis Kost und Logis kirchlicher Kreise in Anspruch nehmen und erfreute sich großer öffentlicher Aufmerksamkeit.<sup>32</sup> Der Exorzismus geriet vielfach zum gutbesuchten kirchlichen Schauspiel. Häufige Wechsel von – relativ – „normalem“ Verhalten und schweren Erregungen sowie Komata galten als kennzeichnende Merkmale der Besessenheit und sollten nach Möglichkeit „vorgeführt“ werden. Personen mit sehr schweren psychischen Erkrankungen werden derartige Anforderungen im Allgemeinen wohl kaum bewältigt haben. Die völlige Fingierung psychischer Abnormität, womöglich noch in Absprache mit den behandelnden Priestern, ist in Einzelfällen zu vermuten, dürfte aber ebenso nicht die

---

<sup>30</sup> Vgl. BASCHWITZ, *Hexen* (wie Anm. 29), 180, ERNST, *Teufelsaustreibungen* (wie Anm. 27), 50 u. 107.

<sup>31</sup> Vgl. KÜHNEL, *Wallfahrt* (wie Anm. 26), 130. In manchen evangelischen Regionen standen die Geistlichen allerdings katholischen Priestern im Eifer der Teufelsbekämpfung nicht nach; auch Luther hatte den Exorzismus häufig betrieben, sogar an sich selbst. Vgl. LEIBBRAND/WETTLEY, *Wahnsinn* (wie Anm. 6), 201.

<sup>32</sup> Vgl. auch: Fritz BYLOFF, *Der Teufelsbündler. Eine Episode aus der steirischen Gegenreformation*. Graz 1926. Hier werden drei dementsprechende Fälle referiert.



Regel gewesen sein. Das psychologische und soziopsychologische Gefüge der „Besessenheit“ und ihrer Behandlung stellt sich vielmehr als eine institutionell-mentale Struktur dar, mittels welcher psychosozial instabile, meist auch sozioökonomisch unterprivilegierte Personen eine Artikulation und auch eine Form der Lösung ihrer seelischen Probleme, wie auch eine materielle Besserstellung erreichen konnten, wofür sie – sicher in unterschiedlichem Grade der Bewusstheit dieses Faktums – den sie unterstützenden Gönnern und „Experten“ propagandistische Gegenleistungen lieferten.<sup>33</sup>

Nicht nur die katholische Kirche als Organisation zog Vorteile aus spektakulären Teufelsaustreibungen, auch das Interesse einzelner Priester, die sich auf Exorzismen spezialisiert hatten, darf dabei nicht unterschätzt werden. Zudem dienten „Besessene“ nicht nur kirchenpolitischen, sondern auch anderen politischen und sozialen Zielen, besonders wenn die „Dämonen“ Gebote vortrugen oder missliebige Personen denunzierten, wobei vor allem die Anklage der „Behexung“ des Besessenen in Betracht kam. Anklagen über „Behexung“ konnten aber auch aus den individuellen Befindlichkeiten des Behexten, aus Hass, Rachestreben oder psychotischem Erleben, entspringen. Wer aber wurde „besessen“ und welche Folgen hatte dies für die Betroffenen?

Auf die teils brutale Behandlung wurde bereits hingewiesen, aber auch auf den Umstand, dass Besessene zumindest für die Dauer ihrer Behandlung häufig im Rahmen kirchlicher Organisationen versorgt wurden. Es sind auch Fälle belegt, in denen „erlösten“ Besessenen von Wohltätern regelmäßige Geldzuwendungen als milde Gaben bzw. auch Arbeitsstellen verschafft wurden, ja sogar solche, in denen vormalige Laien nach langwährender und erfolgreicher geistlicher Behandlung in Ordensgemeinschaften aufgenommen wurden.<sup>34</sup> Hinzuweisen ist vor allem aber darauf, dass die Erlangung des Status eines Besessenen für viele sozial minderprivilegierte Personen einer von nur wenigen gangbaren Wegen war, ihr psychisches Leiden zu thematisieren, denn fachmedizinische Behandlung oder eine Aufnahme in Versorgungsanstalten nicht-repressiven Charakters (Spitäler, Krankenhäuser) waren häufig nicht erreichbar. Gewissermaßen das Gegenstück hierzu bildet die Lage sozioökonomisch begünstigter Bevölkerungsteile: Wer in ärztlicher Betreuung stand, wurde nur in den seltensten Fällen „besessen“. Denn wiewohl die

---

<sup>33</sup> Vgl. ERNST, *Teufelaustreibungen* (wie Anm. 27), bes. 16 f., 64–67, 115–119.

<sup>34</sup> Vgl. Gaston VANDENDRIESSCHE, *Johann Christoph Haitzmann – Ein Teufelsbündler im 17. Jahrhundert*. In: *Mitteilungsblatt der Kulturverwaltung der Stadt St. Pölten* 1985, 11, 43 f., 1985, 12, 46–48, 1986, 1, 3 f.

Paradigmen der Klerikal- und Fachmedizin – wie auch der Volksmedizin – im ideellen Bereich vielerlei Wechselwirkungen und Beeinflussungen aufeinander ausübten, waren die jeweiligen institutionalisierten Ausübungen der Heilpraxis im Allgemeinen deutlich voneinander abgegrenzt. Viele Ärzte, bis etwa 1700 wohl sogar die meisten, sahen zwar prinzipiell Besessenheit als ein „übernatürliches“, dementsprechend von weltlicher Heilkunde nicht (bzw. zumindest nicht allein) behandelbares Phänomen an, nur die wenigsten diagnostizierten jedoch an eigenen Patienten eine Besessenheit, da dies ja eine Abgabe der eigenen Behandlungskompetenz für den jeweiligen Fall bedeutet hätte.<sup>35</sup> So stellen Angehörige marginalisierter Schichten einen großen, wahrscheinlich überproportionalen Anteil der Besessenen.

Im Ablauf der Besessenheit tritt ein Thema immer wieder in den Vordergrund, welches in der Analyse sozialstruktureller Faktoren unbedingt zu berücksichtigen ist: die Sexualität. Die Diskrepanzen zwischen den „moralischen“ Forderungen der Religion, der Obrigkeit, oft auch der Gemeinschaft einerseits, und den sexuellen Wünschen und tatsächlichen geschlechtlichen Verhältnissen andererseits sind hierfür ausschlaggebend. Heiratsverbote für junge Menschen, und besonders solche der unteren Schichten, verbunden mit der Verfolgung vor- und außerehelicher Sexualität, sowie das Zölibat des Klerus machten jene Bevölkerungskategorien besonders anfällig für „dämonische“ Versuchungen. Innere Konflikte führen zu dem bei Besessenheiten charakteristischen Merkmalsbündel: „[p]lötzlich auftretendes extrem anstößiges, unflätiges Verhalten, unangemessen böartige, blasphemische [...] Schmähungen bei zuvor sittsamen und ehrenhaften Menschen“<sup>36</sup>, verbunden meist mit sexuell aufgeladenen, „teuflischen Visionen“. Besonders auffällig sind solche Phänomene bei besessenen Klerikern. Hier spielt das ökonomische Moment der Deprivation eine eher geringe, dafür das psychosoziale und sexuelle eine umso größere Rolle. Als noch wichtigerer und spezifischer Faktor der Pathogenese der Besessenheit bei Geistlichen ist das besondere Maß hervorzuheben, in welchem die Lebenswelten derselben, besonders bei Ordensleuten, von religiös-metaphysischen Begriffen geprägt, mithin auch die Teufel am häufigsten „an die Wand gemalt“ waren. Für die Wirkmächtigkeit dieses Umstandes spricht besonders der Umstand, dass in Orden, die

---

<sup>35</sup> Vgl. LEIBBRAND/WETTLEY, *Wahnsinn* (wie Anm. 6), 191 f., 202, 221–225, 235–237, 251–279, ERNST, *Teufelaustreibungen* (wie Anm. 29), 50 u. 126–129, KUTZER, *Wahnsinn* (wie Anm. 11), 21–23, ACKERKNECHT, *Geschichte* (wie Anm. 11), 28–32.

<sup>36</sup> KUTZER, *Wahnsinn* (wie An. 11), 26.

sich ausschließlich dem religiös-kontemplativen „Expertentum“ verschrieben, von weltlichen und wissenschaftlichen Tätigkeiten aber fernhielten, wie bei Kapuzinern und in verschiedenen Frauenorden, regelrechte „Besessenheitsepidemien“ häufig waren, bei Orden mit anderen Schwerpunktsetzungen, etwa bei Jesuiten oder in den Krankenpflegeorden, dagegen selten. Das kollektive Element der „epidemischen Besessenheit“ ist im Übrigen als Auswirkung der „geschlossenen Lebensgemeinschaft“ in mehr oder wenigen „totalen“ Institutionen fassbar.<sup>37</sup>

Den Lebenswelten des frühneuzeitlichen Klerus entstammt auch jene uns als „kollektiver Wahn“ anmutende Realitätsdeutung, welche die Hexenverfolgungen hervorbrachte.<sup>38</sup> Diese waren für das Schicksal der psychisch Kranken in der Frühen Neuzeit in vielerlei Hinsicht bedeutungsvoll. Die Bezeichnung als „Hexe“ im spezifisch frühneuzeitlichen Sinn einer Zugehörigkeit zur „Hexensekte“ als weitläufiger Verschwörung Satans mit den zu ihm abgefallenen Menschen zum Ziele der Zerstörung des Christentums stellte eine vehemente Etikettierung für Deviante dar, und in der – zumindest behaupteten – radikalen Devianz liegt eine entscheidende Gemeinsamkeit zwischen Hexen und Irren. Nichtsdestoweniger wäre die Ansicht verkürzt, die Hexenverfolgungen wären ein Instrument gewesen, sich Irrsinniger ihrer Devianz wegen zu entledigen. Tiefgreifende Angst, aber auch persönliche, nicht intentional auf soziale „Zielgruppen“, sondern auf Individuen bezogene Animositäten waren als Anlässe der Hexenverfolgungen vorherrschend und Hexenjagden kamen meist durch Anklagen „Privater“ ins Rollen. Wo sie aber von Obrigkeiten in die Wege geleitet oder gefördert wurden, waren ihre Ziele wiederum vorwiegend machtpolitische – die Eliminierung bedeutender politischer Gegner – und „fiskale“ – die Beschlagnahmung der Vermögen der Angeklagten. Manchmal lassen sich allerdings sehr wohl „sozialpolitische“ Absichten – die Reduktion unproduktiver und störender Untertanen – rekon-

<sup>37</sup> ERNST, *Teufelaustreibungen* (wie Anm. 29), 97. Vgl. dazu: Erving GOFFMAN, *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a.M. 1973.

<sup>38</sup> Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang allerdings darauf, dass die meisten Hexenprozesse von weltlichen Gerichten durchgeführt wurden. Vgl. zu den Hexenverfolgungen i.A.: Brian LEVACK, *Hexenjagd. Die Geschichte der Hexenverfolgungen in Europa*. München 1999, weiters BASCHWITZ, *Hexen* (wie Anm. 27), sowie: Evelyn HEINEMANN, *Hexen und Hexenglauben, Eine historisch-sozialpsychologische Studie über den europäischen Hexenwahn des 16. und 17. Jahrhunderts*. Frankfurt a.M.–New York 1986.

struieren.<sup>39</sup> Selbst in letzterem Fall verfolgte und ermordete man psychisch Kranke aber nicht – schon gar nicht zugestandenermaßen – ihres Irreseins wegen. Jedoch finden sich aufgrund der inhärenten Merkmale psychischer Krankheit (als auch sozialer „Entfremdung“) unter den Opfern des „Hexenwahns“ unverhältnismäßig viele psychisch Kranke und geistig Behinderte. Auch standen psychisch Kranke – wie Angehörige anderer Randgruppen, besonders betroffen waren alte Frauen – den sozialen Aggressionen besonders hilflos gegenüber. Weiters war zwar auch in der Frühen Neuzeit „Unzurechnungsfähigkeit“ prinzipiell als Phänomen bekannt, die mit den Hexenprozessen befassten Amtsträger verkannten aber häufig psychopathologische Phänomene oder ignorierten sie bewusst.<sup>40</sup>

Aussagen psychisch Kranker, sei es als Zeugen oder als Angeklagte und Opfer, dienten häufig, wenn durch Folter erpresste Aussagen noch nicht vorhanden waren, als Mittel, Hexenprozesse erst in Gang zu bringen bzw. enorm auszuweiten. Vielfach scheinen Richter und Beamte den absonderlichsten Schilderungen Verhörter auch tatsächlich geglaubt zu haben, wobei sich die Befangenheit im Hexenglauben durchaus zu psychischen Erkrankungen der berufsmäßigen Hexenverfolger auswachsen konnte. Schon kritischen Zeitgenossen und Gegnern der Hexenjagden – als historisch besonders bedeutende seien hier der niederländische Arzt Johannes Wier(us) (1515–1588) sowie der deutsche Jesuit Friedrich Spee (1591–1635) genannt – drängte sich der Eindruck auf, Irrsinnigkeit (bei Opfern, Zeugen und Tätern) sei, neben der Anwendung der Folter, eine bedeutende Ursache für die Berichte von satanischen Umtrieben. Wier wandte sich in seinem 1563 erschienen Werk „*De praestigijs daemonum*“ („*Von den Blendwerken der Dämonen*“) im Übrigen besonders gegen die leichtgläubige Aufnahme von Denunziationen, welche „Besessene“ vornahmen.<sup>41</sup> Bereits am Beginn des mitteleuropäischen „Hexenwahns“ steht die eindringliche Tat des damaligen Bischofs von Brixen, der 1486 einen der Verfasser des berühmten „*Hexenhammers*“, Heinrich Institoris (ca. 1430–1505), der zur „Hexenjagd“ nach Tirol gekom-

<sup>39</sup> So bei den Salzburger Hexenverfolgungen des 17. Jahrhunderts. Vgl. Fritz BYLOFF, *Die Blutgenossenschaft des Zaubererjackl. Ein Beitrag zur Geschichte und Biologie des deutschen Gauner- und Landstreichtums*. In: *Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform* 18 (1927), 8, 401–429.

<sup>40</sup> Vgl. Fritz BYLOFF, *Das Verbrechen der Zauberei (crimen magiae). Ein Beitrag zur Geschichte der Strafrechtspflege in Steiermark*. Graz 1902.

<sup>41</sup> Vgl. zu Wierus u.a. auch: ALEXANDER/SELESNICK, *Kritischer Abriß* (wie Anm. 11), sowie: LEIBBRAND/WETTLEY, *Wahnsinn* (wie Anm. 6).

men war, als „offenbar an Altersschwachsinn“ leidend diagnostizierte und auswies.<sup>42</sup> Dass bei konkreten Hexenprozessen zur Beurteilung des Geisteszustandes von Zeugen und Opfern Experten beigezogen wurden, geschah allerdings äußerst selten. Wo es aber, etwa auf obrigkeitliche Anregung hin, zu solchen Untersuchungen kam, konnte die Erkenntnis, dass Angeklagte psychisch krank waren, Leben retten.<sup>43</sup> Unter den Opfern der Hexenverfolgungen stellten jedoch, dies sei hierzu abschließend betont, sicherlich psychisch Nicht-Kranke die zahlenmäßige Mehrheit dar.

### Der Irrsinn als kulturelles und politisches Problem

Während die Hexenverfolgungen zu Ende gingen – je nach Region zwischen dem Anfang des 17. und dem Ende des 18. Jahrhunderts –, entstanden neue Formen des sozialen Ausschlusses bzw. der sozialen Elimination, als deren charakteristisches uns die Internierungsanstalt entgegentritt. Die zeitliche Korrelation des Verschwindens des einen und des Auftretens des anderen Phänomens erscheint keineswegs zufällig, sie erfüllen beide ähnliche soziale Funktionen, und jener bezeichnete Verdrängungsprozess kann als ein Teil des umfassenden Differenzierungs- und Rationalisierungsprozesses begriffen werden, der zur europäischen „Moderne“ hinüberleitet. An die Stelle der vergleichsweise wenig reflektierten, noch weniger lenkbaren, und religiös legitimierten Hexenprozesse treten im Zeitalter von Absolutismus und Aufklärung die wohlorganisierten, ökonomisch und sozialpolitisch durchdachten Institutionen der Isolation des sozial Devianten.

Im Folgenden gilt es, jener Prozessualität für den Bereich des Umgangs mit Irrsinn und Irren nachzuspüren. Es wird einige Male auf die Situation um 1800 hinausgegriffen, um jenen ersten Höhepunkt sozialer Umsetzungen rationalistischer Konzepte mit den Gegebenheiten im 16. und 17. Jahrhundert zu kontrastieren, welche auch Foucault für seine Betrachtungen in „*Wahnsinn und Gesellschaft*“ als Ausgangspunkt nimmt. Foucault neigt dabei dazu, die Renaissance als Epoche der Freiheit des Irrsinns zu idealisieren. Was aber bleibt, ist die Tatsache der enormen Bedeutungszunahme der „Narrheit“ als eines kulturellen Themas am Beginn der Frühen Neuzeit. Im Zusammenhang mit dem Verschwinden alter und dem Auftreten neuer, geistiger Unsicher-

<sup>42</sup> BASCHWITZ, *Hexen* (wie Anm. 27), 91.

<sup>43</sup> Vgl. ebd., 208.

heiten im Leben der intellektuellen Schichten der „Renaissance“ rückt der Wahnsinn, zuvor nur eine von vielen Bedrohlichkeiten im Erdenleben, an einen zentraleren Ort: In Juan Luis Vives' (1492–1540) Schrift „*Fabula de homine*“ erscheint der Mensch, wie zuvor etwa schon bei Giovanni Pico della Mirandola (1464–1493), gottähnlich, zugleich unbestimmt und in alle Wesen wandelbar – allerdings wurde er bei Vives aus bloßer Laune, zum Zeitvertreib der Götter geschaffen.<sup>44</sup> So wird alles: Welt, Mensch, Gott, letztlich fragwürdig, identitätslos. Es erfolgt eine „wahnsinnige Umdrehung“ der – erst seit wenigen Jahrzehnten so deutlich herausgearbeiteten – Freiheit des Menschen: „Träume ich oder bin ich wach: Ist mein Wachsein der Traum eines anderen?“ – und wer wacht dann überhaupt? Solche Fragen beunruhigten Intellektuelle auch des 17. Jahrhunderts. Ab der Renaissance wurde die Melancholie das Signum des Denkers.<sup>45</sup> Descartes trieb seine einschlägige Unruhe schließlich dazu, einen Fixpunkt des Denkens, das Heil in der Ratio zu suchen. Für Foucault wird in jenem Sich-Selbst-Fragwürdig-Werden des Menschen am Beginn der „Neuzeit“ eine letzte Wahrheit erkannt: „die wichtigen Bilder der blinden Narrheit sind das große Wissen der Welt“; in den neuartigen Darstellungen des „Gryllos“-Motivs, eines absurden, monströsen Tier-Mensch-Wesens, thematisiert sich jene „tragische“, „kosmische“ Erfahrung des Wahnsinns besonders eindrücklich.<sup>46</sup> Als Gegenbewegung entsteht gemäß Foucault eine in ihrer Radikalität zuvor unbekannte „Einkreisung“ des Wahnsinns, seine Festmachung als Pathologie, als Denaturierung des Menschen, seine Isolation in den Internierungsanstalten der Devianten.

Hierzu ist klarzulegen, dass soziale Realitäten stets den Ausschluss von Personen mit sozial destabilisierendem wie individuell bedrohlich empfundenem Verhalten aufweisen; tatsächlich aber verengte sich das Feld des normalen bzw. tolerablen Verhaltens im Laufe der Neuzeit, im Zuge von Zivilisierung, Normierung, Rationalisierung (und schließlich Industrialisierung).<sup>47</sup> Dem steht keineswegs entgegen, dass mit der zunehmenden Differenzierung und Individualisierung, dem Zurücktreten der Kollektivgeleitetheit durch gemeinsame traditionelle Normen das Reservoir der überhaupt denkbaren wie vollziehbaren Verhaltensformen deutlich vergrößert wurde.

<sup>44</sup> Vgl. Hanna-Barbara GERL, *Einführung in die Philosophie der Renaissance*. Darmstadt 1989, 41–69, 151–191.

<sup>45</sup> Vgl. WEBER, *Kampf mit Saturn* (wie Anm. 5), auch: WALTHER, *Einleitung* (wie Anm. 14).

<sup>46</sup> Vgl. FOUCAULT, *Wahnsinn* (wie Anm. 4), bes. 31–48.

<sup>47</sup> Vgl. Norbert ELIAS, *Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen* (2 Bde). Frankfurt a.M. 1995 (1939).

Jene Verschiebungen in der Beurteilung des „Irrsinns“ zeigen sich im politischen Bereich auch daran, dass vom 15. bis zum 17. Jahrhundert das Hofnarrentum seine Blüte hatte, im medizinischen Bereich etwa an der Definition des Paracelsus von geistiger Gesundheit als „gehörige Proportion“ von „unvernünftige[m] und vernünftige[m] Geist“,<sup>48</sup> wogegen am Ende des 18. Jahrhunderts auf politischer Seite das wirre Gedankengebäude des „Kults der Vernunft“ von Robespierre, auf psychiatrischer das Konzept Ernst Horns (1806–1818 leitender Arzt an der Berliner Irrenanstalt) stehen: Abhaltung „militärische[r] Bewegungsübungen für Irre beider Geschlechter“, Übergießungen mit „200 Eimern kalten Wassers“, der Einsatz von „Vorrichtungen für das Zwangsstehen bei Fixierung aller Gliedmaßen – länger als 12 Stunden“ – alles, um die Vernunft zur Geltung zu bringen.<sup>49</sup> Das „*Narrenschiff*“ des Sebastian Brandt hat deutlich moralisierende Tendenzen, aber es fährt noch und nimmt seinen Kurs durch die gesamte Welt des menschlichen Treibens, die Narrheit so verallgemeinernd und relativierend; das jenes als literarischen Topos ablösende „Narrenhaus“ dagegen zeigt den Irrsinn ausgegrenzt und eingesperrt.<sup>50</sup> Die Narrenfeste des Volkes werden zunehmend eingeschränkt, die Hofnarren – „groteske Doppelgänger und Kehr bild der Macht“<sup>51</sup> – verbannt: in Frankreich von Ludwig XIV. in den 1660er Jahren, in Preußen und Österreich von Friedrich II. und Maria Theresia in den 1740er Jahren. In der Behandlung der eigentlichen psychisch Kranken – denn die Hofnarren waren von Berufs wegen „nährisch“, aber zumindest ab dem 15. Jahrhundert meist keineswegs wahnsinnig oder geistig behindert – tritt dieselbe Tendenz der Ausschließung zutage.

Zunächst, im 16. und beginnenden 17. Jahrhundert, macht sich eine Tendenz bemerkbar, die Nicht-Tolerierung von Devianz auf neue Dimensionen auszuweiten. Neben die Verfolgung religiös Devianter, die freilich mit der Glaubensspaltung eine langwährende neue Virulenz erhalten sollte, tritt die verstärkte Problematisierung ökonomischer Devianz, der Armut. Das Bürgertum, und mit ihm die Reformatoren, dann auch die Gegenreformatoren,

<sup>48</sup> Nach der Übertragung ins Neuhochdeutsche bei: KORNFELD, *Psychiatrie* (wie Anm. 11), 602 f.

<sup>49</sup> Vgl. DÖRNER, *Bürger und Irre* (wie Anm. 4), 233 f., BLASIUS, *Verwalteter Wahnsinn* (wie Anm. 11), 57.

<sup>50</sup> Vgl. FOUCAULT, *Wahnsinn* (wie Anm. 4), bes. 43–47, 65 f.

<sup>51</sup> LEVER, *Zepter und Schellenkappe* (wie Anm. 25), 84. Vgl. weiters: Clemes AMELUNXEN, *Zur Rechtsgeschichte der Hofnarren*. Berlin – New York 1991.

die Träger der Staatsapparate, der Großteil der politischen und intellektuellen Eliten überhaupt, propagierten eine Neubewertung von Arbeit und Armut. Müßiggang gilt nun als „Ursprung aller Unordnung“<sup>52</sup>, Armut – vor allem der städtischen Bettler – nicht mehr als gottgewollter Anruf zur Nächstenliebe, sondern als verdächtig, als Anzeichen von Lasterhaftigkeit. Man kannte freilich auch weiterhin „unschuldige“ „ehrliche“ Arme, denen es im christlichen Sinne beizustehen galt, aber man suchte sie scharf vom „Gesindel“, den Vaganten, den Arbeitsscheuen und ähnlichen Gruppierungen zu trennen. Die planvolle „Sozialpolitik“ der Neuzeit nahm hier ihren Ausgang. Arme wurden auf ihre „Würdigkeit“ hin geprüft, ihren Heimatgemeinden zur Versorgung „zurückgeschoben“, mit „Bettelzeichen“ versehen, zu „ordentlicher, mäßiger und sittsamer“ Führung angehalten, und im Falle des Ungehorsams bestraft.<sup>53</sup> Dieses Vertrauen auf die Perfektibilität des Menschen setzte schon in voraufklärerischer Zeit ein; Arbeit und Sittsamkeit wiesen den Weg in eine bessere Welt, auf Erden wie im Jenseits. Die sozioökonomischen Realitäten erlaubten freilich nicht, aus jedem Landarmen oder Stadtbettler einen erfolgreich wirtschaftenden Menschen zu machen. Die „Sorge“ um die zahlreichen Armen und sonstwie Devianten konnte nur begrenzt Marktmechanismen überantwortet werden, auch autonome gesellschaftliche Ausbildungsinstitutionen waren erst rudimentär vorhanden. Die Problemlösung blieb zunächst den zunehmend besser organisierten staatlichen Verwaltungsapparaten überlassen. In für besonders schwerwiegend erachteten Fällen erfolgte die physische Eliminierung der Devianten, die Hinrichtung. Das organisationsgeschichtlich folgenreichste Instrument der Sanktionierung stellte jedoch das System der Internierung dar, hier verstanden als die Einrichtung von gefängnisähnlichen Anstalten zur Unterbringung von in verschiedener Hinsicht devianten Personen zur möglichst vollständigen Isolierung und (Re-)Disziplinierung bei möglichst geringem ökonomischen Aufwand. Dörner fasste den Prozess so zusammen:

---

<sup>52</sup> Edikt des französischen Königs. Zit. nach: FOUCAULT, *Wahnsinn* (wie Anm. 4), 90.

<sup>53</sup> Christoph SACHSSE, Florian TENNSTEDT, *Sicherheit und Disziplin: Eine Skizze zur Einführung*. In: Christoph Sachsse, Florian Tennstedt (Hg.), *Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer kritischen Theorie der Sozialpolitik*. Frankfurt a.M. 1986, 15 f. Vgl. zur Armenpolitik u.a. auch: Rüdiger NOLTE, *Pietas und Pauperes. Klösterliche Armen-, Kranken- und Irrenpflege im 18. und frühen 19. Jahrhundert*. Köln–Weimar–Wien 1996.



„Der Aufstieg des Zeitalters der Vernunft, des Merkantilismus und des aufgeklärten Absolutismus vollzog sich in eins mit einer neuen rigorosen Raumordnung, die alle Formen der Unvernunft [...] demarkierte und jenseits der zivilen Verkehrs-, Sitten- und Arbeitswelt, kurz: der Vernunftwelt, hinter Schloß und Riegel verschwinden ließ.“<sup>54</sup>

Internierung ist dabei Sicherheitsmaßnahme, Strafe und Erziehung zugleich. Wo nur möglich, sollen die Betroffenen in den Wirtschaftsprozess integriert werden, sei es durch Einpflanzung des rechten Lebenswandels für die Zeit nach der Entlassung, oder, in „hoffnungslosen“ Fällen, durch die Anhaltung zu anstaltsinterner Arbeit allein. Die Defizienz der Insassen wurde von ihren Zeitgenossen tatsächlich vorwiegend als persönlicher Makel wahrgenommen, kaum dagegen durch den Blick auf gesellschaftliche Umstände relativiert.<sup>55</sup> Möglichst „strenge“ Behandlung sollte in den Internierungsanstalten zum gewünschten Erfolg führen, bei Verbrechern ebenso wie bei Arbeitslosen oder psychisch Kranken. Dies konnte bis zu tödlichen Maßnahmen reichen. Der Tagesablauf sollte möglichst exakt geregelt sein, die Bewegungsfreiheit wurde weithin eingeschränkt, Schwerstarbeit stellte das bevorzugte Erziehungsmittel dar, dazu trat die vehemente Unterdrückung der Sexualität der Betroffenen. Todesfälle waren alltäglich – die jährlichen Sterberaten in Zuchthäusern und ähnlichen Anstalten betrug meist über 10 % –, besonders wegen Infektionskrankheiten, die sich unter den physisch und psychisch geschwächten Insassen rasch ausbreiteten. Allerdings, dies ist festzuhalten, war die Vernichtung oder auch das passive „Sterbenlassen“ der Betroffenen nicht explizites Programm.<sup>56</sup> Vor allem aber blieb das Phänomen Internierung bis ins 19. Jahrhundert hinein mehr exemplarisches Durchgreifen und Abschreckungsmittel zur „Generalprävention“ als flächendeckende Incarceration aller derer, bei denen die durchführenden Instanzen dies für vorteilhaft erachtet hätten. In der Abschreckung lag aber auch der größte gesamtgesellschaftliche Wert jener Anstalten im Sinne der von neuen Oberschichten getragenen „Fundamentaldisziplinierung“:

<sup>54</sup> DÖRNER, *Bürger und Irre* (wie Anm. 4), 20.

<sup>55</sup> Vgl. etwa NOLTE, *Pietas und Pauperes* (wie Anm. 53), 64–69.

<sup>56</sup> Vgl. zu den Internierungsanstalten: FOUCAULT, *Wahnsinn* (wie Anm. 4), DÖRNER, *Bürger und Irre* (wie Anm. 4), SACHSSE/TENNSTEDT, *Disziplin* (wie Anm. 53), sowie, mit zahlreichen sonst nicht greifbaren Daten: Dieter JETTER, *Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses*. Darmstadt 1981.

„[...] sie machen dem [Staats-]Bürger negativ den Raum sinnfällig, in dem er sich ohne Skandal und damit ‚frei‘ bewegen kann, sie weisen ihm den Weg der Verinnerlichung einer Haltung, die ihn zum selbsttätig moralischen und arbeitenden Bürger macht.“<sup>57</sup>

Ein tatsächliches „Wegsperrn“ aller Devianten wäre aber schlicht undurchführbar gewesen. Die Anteile der völlig Armen an der Gesamtbevölkerung nahmen aufgrund des Bevölkerungswachstums stetig zu, allein die Vaganten stellten mancherorts bis zu 10 % der Bevölkerung, die Gesamtheit Besitzloser und kaum Erwerbsfähiger in größeren Städten der Frühen Neuzeit wird mit bis zu 20 oder gar 30 % der Einwohner angegeben.<sup>58</sup>

Sowohl hinsichtlich des Ausmaßes als auch der Bekämpfung von Armut und sonstiger Devianz sind aber starke regionale Differenzen zu beobachten; zu Recht wurde besonders Foucault der Vorwurf gemacht, französische Gegebenheiten implizit und ungerechtfertigt auf das gesamte Westliche Europa zu extrapolieren.<sup>59</sup> Die Internierungsanstalten zeigen sowohl bezüglich des zeitlichen Beginns und des sozialen Durchdringungsgrads als auch hinsichtlich der inneren Ausgestaltung in verschiedenen europäischen Staaten und Regionen ganz unterschiedliche Bilder. Frankreich kann tatsächlich als Idealtypus der zentralstaatlich organisierten „Großen Gefangenschaft“ der Devianten gelten, bei welcher all jene Arten von Missliebigen auch in den Anstalten kaum voneinander getrennt ihr Leben fristen mussten: 1656 erfolgte die Reorganisation verschiedener Unterbringungseinrichtungen als „Hôpital général“ unter staatlicher Lenkung; 20 Jahre später wurde angeordnet, derartige Anstalten in allen größeren Städten Frankreichs einzurichten. Unterschiedlich dagegen die Entwicklung im Heiligen Römischen Reich.<sup>60</sup> Hier entstehen Internierungsanstalten in vielen Staaten erst einige Jahrzehnte

<sup>57</sup> DÖRNER, *Bürger und Irre* (wie Anm. 4), 21, vgl.: SACHSSE/TENNSTEDT, *Disziplin* (wie Anm. 55), 13 f.

<sup>58</sup> Vgl. JETTER, *Irrenhaus* (wie Anm. 56), 21, SACHSSE/TENNSTEDT, *Disziplin* (wie Anm. 53), 20.

<sup>59</sup> Vgl. etwa: Günter FELLNER, *‚Irre‘ und Gesellschaft in Österreich 1780–1867*. In Karl Stadler, Erika Weinzierl (Hg.), *Schutz der Persönlichkeitsrechte am Beispiel der Behandlung von Geisteskranken 1780–1982* (= Justiz und Zeitgeschichte 4). Wien 1982, 26–31.

<sup>60</sup> Vgl. zur Geschichte der Internierungsanstalten im Reich: JETTER, *Irrenhaus* (wie Anm. 56), bes. 14–33, Dieter JETTER, *Zur Entwicklung der Irrenfürsorge im Donauraum*. In: *Medizin-historisches Journal* 194 (1971), 189–199, Hannes STEKL, *Österreichs Zucht- und Arbeitshäuser 1671–1920. Institutionen zwischen Fürsorge und Strafvollzug* (= Sozial- und Wirtschaftsgeschichtliche Studien 12). Wien 1978, bes. 53–107, 181–202, Hannes STEKL, *‚Labore et fame‘ – Sozialdisziplinierung in Zucht- und Arbeitshäusern des 17. und 18. Jahrhunderts*. In: Christoph Sachße, Florian Tennstedt (Hg.), *Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung*. Frankfurt a.M. 1986, 119–147.

später, vor allem aber ist nicht überall jene institutionelle Vermengung Devianten in einer gemeinsamen Institution anzutreffen.

Das westliche bzw. vom französischen Hof stark beeinflusste Deutschland weist eine Frankreich ähnliche Entwicklung auf: So entstand in Baden (Pforzheim) 1714 ein „Waisen-, Toll-, Kranken-, Zucht- und Arbeitshaus“, in Hannover (Celle) 1710 sowie in Sachsen (Waldheim) 1716 wurden die ersten „Zucht- und Tollhäuser“ im deutschsprachigen Raum errichtet, welche zwar ein weniger umfassendes „Zielgruppen“-Programm hatten, aber gerade die beiden Kategorien des Verbrechers und des Irren institutionell miteinander verketteten; dadurch wurde ähnlich wie in Frankreich eine neuartige Stigmatisierung – ein enges Zusammenrücken von Verbrechern und Irren in der sozialen Wahrnehmung – bewirkt. In solchen Anstalten waren psychisch Kranke keineswegs eine rudimentäre Gruppierung, sondern stellten regelmäßig Anteile von 10 % aufwärts bis zu 40 % der Insassen.<sup>61</sup> Nichtsdestoweniger wurde diesen, eben aufgrund der „Auflösung“ psychischer Krankheit „in einer allgemeinen Wahrnehmung der Unvernunft“, kaum je spezifische Betreuung zuteil. Zwar gab es in nahezu allen Internierungshäusern Anstaltsärzte, diese hatten jedoch meist nur einen geringen vertraglich festgesetzten Leistungsumfang zu erbringen, welcher sich häufig in den nötigsten Maßnahmen zur Seuchenbekämpfung erschöpfte.

Anders dagegen die Entwicklung in den beiden großen Staatsgebilden im Nord- und Südosten des Reiches, Preußen und Österreich, welche auch im Bereich frühneuzeitlicher „sozialpolitischer“ Maßnahmen eigene Wege gingen (England etwa zeigt wiederum einen differenten Prozessverlauf, ebenso die süd-, nord- und osteuropäischen Regionen und Staaten).<sup>62</sup> In Preußen finden sich „Zucht- und Tollhäuser“ erst in den 1780er Jahren (und bestehen nicht lange in dieser Form), während bereits ab dem Ende des 17. Jahrhunderts ausschließliche „Zuchthäuser“ entstanden (Spandau, Königsberg). In den habsburgischen Ländern sind „Zucht- und Tollhäuser“ oder gar echte

<sup>61</sup> Vgl. DÖRNER, *Bürger und Irre* (wie Anm. 4) 22, Dirk BLASIUS, *Irrwege der Reform. Zum Mythos psychiatrischen Fortschritts*. In: Dirk Blasius, *Umgang mit Unheilbarem. Studien zur Sozialgeschichte der Psychiatrie*. Bonn 1986, 91–102. Ein „Teufelskreis“ der sozialen Perzeption entsteht: Wer in einer so verwerflichen Umgebung wie der von „Schwerverbrechern“ isoliert werden muss, muss auch dementsprechend gefährlich sein; ganz ähnlich der zirkelhaften Wahrnehmung, dass, wer in eine Anstalt für „Geisteskranke“ gebracht wird, eben auch geisteskrank ist. Vgl. hierzu: GOFFMAN, *Asyle* (wie Anm. 37), bes. 87; sowie SPÄTE/THOM/WEISE, *Tendenzen* (wie Anm. 11), 32.

<sup>62</sup> Vgl. bes.: JETTER, *Irrenhaus* (wie Anm. 56), STEKL, *Zucht- und Arbeitshäuser* (wie Anm. 50).

„Allzweck-Internierungsanstalten“ überhaupt nie anzutreffen. Hier entstand ein erstes „Zuchthaus“ auf städtische Initiative 1668 in Breslau, und kurz darauf ein staatlich geplantes in Wien; es sollte aber bis in die zweite Hälfte des 18. Jahrhunderts dauern, bis ein annähernd „flächendeckendes“ Netz derartiger Einrichtungen gespannt wurde, wobei dieselben in den habsburgischen Besitzungen östlich der Reichsgrenze (das heißt vor allem in Ungarn) weiterhin sogar völlig fehlten. Für diesen Typus des „Zuchthauses“ gilt zudem, dass jene zwar fraglos immer wieder auch psychisch Kranke aufzunehmen hatten, aber in der Hauptsache waren sie doch auf eine Zielgruppe – für besonders gefährlich erachtete Kriminelle – zugeschnitten. Wo man eine Anstaltsunterbringung psychisch Kranker in den habsburgischen Landen von „privater“ oder behördlicher Seite für angebracht hielt, wurden sie in Versorgungsheime alten Typs – „Hospitäler“ – oder aber in Krankenanstalten der Barmherzigen Brüder verbracht. Die institutionelle Verbindung ist besonders bei letzteren eine andere: Irre sind Kranke.

Hinzuweisen ist an dieser Stelle auf den Umstand, dass es auch in Frankreich viele Hospitäler desselben Krankenpflegeordens gab, welche ebenso wie die staatlichen Anstalten psychisch Kranke aufnahmen. Doch macht sich auch in diesen Fällen das Internierungsmoment stärker bemerkbar, zumal die geistlichen Orden im Frankreich des 17. und 18. Jahrhunderts augenscheinlich weit stärker der staatlichen Politik gefügig zu sein hatten, als dies etwa in „Österreich“ vor 1780 der Fall war. In seiner Deutlichkeit und „psychiatriepolitischen“ Aufgeklärtheit bemerkenswert erscheint diesbezüglich ein Antwortbrief des Priors der Klosters und Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Graz an die innerösterreichische „Hofkriegs-Stelle“ aus dem Jahre 1732, betreffend den nunmehrigen Verbleib eines ehemaligen Patienten, eines Artillerieoffiziers:

„[...] daß wir [...] nit wissen, wo er sich dermahlen etwan aufhalten thue, übrigens ist er aber einer zeit hero von so gutter auffirung gewessen, daß wir ihm alß geistliche haben müssen etwas mehrer freyheit lassen, dan er hat die mindeste Raserey nit verzeichnen lassen, und sich in alweg ganz vernünfftig gezeitet, daß wir [...] in gewissen befunden, und annoch befinden, wan er auch zu unß kohmen solte, wann wir Ihme nit selbsten zur Melancholey verursachen wollen [!], daß Ihme die vorige Freyheit bey uns gelassen werden müste, allemahlen er von unß nicht anderst als zue patient keineswegs aber alß für arrestant bewahret und versorget werden kann [!]; Gleichwie dem sicheren vernemben nach Euer Hochgräfl. [...] Gnaden aber verlangen, daß aller Echagierung [= Ausgang] verwiedert bleiben solle, [...] Aiß gelanget [...] unser unterth[änig] diem[ütig] bitten, dieselbe geruhen [...] selbsten solche Veranstaltung zu verordnen [...].“<sup>63</sup>

<sup>63</sup> Aus dem Archiv der Barmherzigen Brüder in Graz (K 39/5).

Die Ordensleute konnten sich, dies wird deutlich, nicht den obrigkeitlichen Verfügungen bezüglich eines Nicht-Ordensangehörigen offen widersetzen – wenn die weltliche Gewalt internieren will, tut sie es –, aber sie bringen ihre Bedenken sehr deutlich zum Ausdruck – und sie lehnen eine aktive Mitwirkung an einer Internierung eines ihres Ermessens nach Gesunden rundweg ab. Hinzuweisen ist bezüglich der „österreichischen“ Situation noch darauf, dass im Laufe des 18. Jahrhundert auch hier „allgemeine“ Anstalten für Arme und Minderprivilegierte verschiedener Art entstehen: die Armenhäuser. Es fehlt aber ein eindeutiger Zwangs- und Internierungscharakter, was aus zahlreichen Aufnahmeanträgen, die vielfach von den Betroffenen selbst gestellt wurden, sowie den Anstaltsordnungen hervorgeht.<sup>64</sup> Die Unterschiede zwischen der französischen und etwa der österreichischen Situation sind auch zahlenmäßig fassbar: Im Hôpital général war 1662 eine Personenzahl interniert, die 1 % der Stadtbevölkerung von Paris entspricht, das Zuchthaus in Wien hingegen wurde 1671 auf eine Kapazität von 0,1 % der damaligen Einwohnerschaft angelegt.<sup>65</sup>

Auch eine besonders merkwürdige – wie für unsere ethischen Begriffe abstoßende – Erscheinung aus dem Bereich der öffentlichen Perzeption des Irrsinns macht solche Differenzen klar: die Tatsache, dass „nichtirre“ Anstaltsinsassen möglichst von jedem Kontakt zur Außenwelt – etwa Besuchern – abgeschlossen wurden, Irre dagegen planvoll der Schaulust der städtischen Massen, Unter- wie Mittel- und Oberschichten, preisgegeben wurden, und zwar gegen Entgelt. Jenes „Arrangement, das die Irren als wilde und gefährliche Tiere präsentierte“, war zugleich die Vorführung der „Notwendigkeit der Herrschaft über die Natur“, ein Appell an das Publikum, welches zum Objekt der Erziehung zur „Vernunft“ wird.<sup>66</sup> In Frankreich, aber auch in Mittel- und Norddeutschland sowie in England ist die Zurschaustellung von Irren im 18. und auch noch in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts stark

<sup>64</sup> Auch die Armenhäuser wurden zu Disziplinierungszwecken geschaffen, Internierung i.e.S. lag aber meist keine vor – Ausgänge etwa waren häufig, die Insassen mussten dieselben eigentlich zwar beim Leiter der Anstalt beantragen, zahlreiche externe Klagen über „schlechte Disziplin“ bestätigen aber eine lockere Handhabung solcher Vorschriften. Umfangreiche Quellencorpora hierzu befinden sich etwa im Steiermärkischen Landesarchiv (Repräsentation und Kammer, Weltliche Stiftungsakten 5: Armenhaus). Vgl. auch: Helfried VALENTINITSCH, *Armenfürsorge im Herzogtum Steiermark im 18. Jahrhundert*. In: *Zeitschrift des Historischen Vereins für Steiermark* 73 (1982), 93–114.

<sup>65</sup> Vgl. FOUCAULT, *Wahnsinn* (wie Anm. 4), STEKL, *Zucht- und Arbeitshäuser* (wie Anm. 60).

<sup>66</sup> DÖRNER, *Bürger und Irre* (wie Anm. 4), 22 f.

verbreitet; in ihren Anfängen ist dieselbe mancherorts bis in stadtbürgerliche Gesellschaften des ausgehenden Mittelalters zurückzuverfolgen.<sup>67</sup> In Österreich dagegen finden sich derartige Bräuche erst ab dem Entstehen der ersten staatlichen Irrenanstalten während der „nachholenden“ absolutistischen Aufklärung der Regierung Josephs II. (1780–1790), und sie scheinen bald wieder abgekommen zu sein. Die jeweiligen mentalitätsgeschichtlichen Folgen dieser so unterschiedlichen Wahrnehmungsgeschichte des Irren wären erst näher zu untersuchen.

Wie im ideengeschichtlichen Bereich, so ist die Frühe Neuzeit auch im organisatorischen Umgang mit dem Irrsinn jedenfalls vielgestaltig und differenziert aufzufassen. So wichtig sich die Entstehung der Internierungsanstalten gerade für eine europäische Mentalitätsgeschichte darstellt, so sehr ist die Zahl der von denselben direkt, als Insassen, Betroffenen nüchtern zu betrachten und die soziale Bedeutung jener Anstalten für die Lebensschicksale der psychisch Kranken als Gesamtheit erst durch Vergleiche mit Ausmaß und Gestalt der anderen frühneuzeitlichen Unterbringungs- und „Behandlungs“-Formen für Irre zu ermessen.

#### Der organisatorische Umgang mit dem Irrsinn

Das vorangegangene Kapitel lässt bereits erkennen, wie sehr eine Untersuchung der Organisationsgeschichte der Irrenbehandlung von allgemeinerem Wert sein könnte. Eine typologische Analyse zeigt tatsächlich enorme Vielgestaltigkeit des sozialen Umgangs mit psychisch Kranken innerhalb des frühneuzeitlichen Europa, und zwar sowohl in räumlicher als auch in zeitlicher Hinsicht, was auf bedeutungsvolle Unterschiede in den kulturellen, politischen und ökonomischen Entwicklungslinien verweist.<sup>68</sup> Für eine adäquate Erfassung der realen Lebensbedingungen psychisch Kranker ist eine eingehende Beschäftigung mit der Anstaltsgeschichte überhaupt unerlässlich.<sup>69</sup> Am Beginn der Frühen Neuzeit beherrscht der Typus des „Hospitals“

<sup>67</sup> Vgl. FOUCAULT, *Wahnsinn* (wie Anm. 4), 137–140, KÜHNEL, *Wallfahrt* (wie Anm. 26), 121–123.

<sup>68</sup> Vgl. hierzu das für die Organisationsgeschichte grundlegende Werk: JETTER, *Irrenhaus* (wie Anm. 56).

<sup>69</sup> Vgl. BLASIUS, *Verwalteter Wahnsinn* (wie Anm. 11). Ein rezentes Negativbeispiel im Sinne der Außerachtlassung konkreter Lebensbedingungen gibt: Edward SHORTER, *Geschichte der Psychiatrie*. Berlin 1999 (zuerst amerikan. 1997).

das Feld der *institutionellen Unterbringung* psychisch Kranker im gesamten westlichen Europa.

Das Hospital als ein dem mittelalterlichen katholischen Christentum entsprungener Typus allgemeiner „Sozialanstalt“ beherbergte sehr unterschiedliche Kategorien Bedürftiger – Arme, Alte, Waisen, Behinderte, Kranke – allerdings, mit der Ausnahme von Pilgern, vorwiegend Personen mit längerfristigen Defiziten. Kurzfristige Aufnahme körperlich bzw. eben psychisch Kranker zu therapeutischen Zwecken war nicht Funktion des ursprünglichen Hospitaltyps. Zudem waren Hospitäler im Allgemeinen Einrichtungen mit geringen Aufnahmekapazitäten, schwankend zwischen 6 und ca. 30 Personen<sup>70</sup> – wovon nur jene der frühneuzeitlichen „Großstädte“ eine Ausnahme darstellen –, und litten häufig unter Überbelegung. Insassenplätze waren (wenn nicht von den Betroffenen, so von ihren Verwandten oder Obrigkeiten) begehrt; am ehesten sind daher schwer und chronisch psychisch Kranke als Insassen in Hospitälern (in diesem engeren Sinn) anzufinden. Systematische medizinische Betreuung der Insassen gab es im Allgemeinen keine, wohl aber eine Sicherung ihrer physischen und auch sozialen Grundbedürfnisse, womit sich der frühe Hospitaltyp deutlich von den später entstehenden Internierungsanstalten (die teilweise auch „Hospital“ genannt wurden) abhebt. Wo allerdings „rasende“, als gefährlich erachtete Kranke aufgenommen wurden, erfolgte auch in den traditionellen Hospitälern meist eine radikale Isolation in „Irrenzellen“, bei welcher die Betroffenen nahezu unausweichlich entsetzlichen Lebensbedingungen ausgesetzt wurden.

Eine erste differenzierte Unterbringungsvariante für psychisch Kranke außerhalb des Hospitals tritt in den kirchlichen „Irrenherbergen“ entgegen, die bereits seit dem Mittelalter an bedeutenden Wallfahrtsorten nachzuweisen sind. Sie dienten allerdings nur der eher kurzfristigen Unterbringung „problematischer“ Akutkranker während der geistlichen Behandlung. Im Falle von Erfolglosigkeit waren die Betroffenen auf familiäre Pflege oder andere Anstaltstypen angewiesen.<sup>71</sup> Die Behandlung während solcher Aufenthalte war sicherlich nicht durchgängig von verständnisvoller Zuwendung geprägt, immerhin bestand aber eine therapeutische Zielsetzung. Damit unterscheidet sich diese Organisationsform wiederum deutlich von der zweiten

---

<sup>70</sup> Vgl. z.B. Friedrich VLASATY. *Das Spital in der steirischen Geschichte von seinen Anfängen bis zum Ausgang des 17. Jahrhunderts* (phil. Diss.). Graz 1950.

<sup>71</sup> Vgl. JETTER, *Irrenhaus* (wie Anm. 56), 2–5.

bereits im Spätmittelalter entstehenden, den Narrenkäfigen und Narrentürmen. Kühnel äußert sich folgendermaßen zu denselben:

„Die einfachste und zugleich inhumanste Art der Verwahrung war das Einsperren in einer sogenannten ‚Dorenkiste‘. [...] Diese aus Eichen- oder Tannenholz gezimmerten Tollkästen waren transportabel und wie Tierkäfige gestaltet. Man plazierte sie in Kellern, vor allem an den Toren der Städte.“<sup>72</sup>

Was an jenen Einrichtungen frappiert, ist zum einen ihre eindeutige Ausrichtung auf Kostenminimierung für die Gemeinde – das Aufstellen an Toren sollte unter anderem für den Lebenserwerb der Betroffenen durch „milde Gaben“ von Vorbeigehenden sorgen, zum anderen die Brutalität der Schau-stellung, schließlich die raumzeitlichen Koordinaten ihrer Verbreitung. Öffentlich aufgestellte Narrenkäfige finden sich, soweit dies bislang beurteilbar ist, ausschließlich in größeren Städten, und hierbei vorwiegend im mittel- und norddeutschen Raum; im süd- und osteuropäischen Raum fehlen sie dagegen anscheinend völlig. Zeitlich treten die Narrenkäfige vor allem vom 14. bis zum 16. Jahrhundert in Erscheinung, mancherorts bestanden sie, innerhalb von Hospitälern, auch noch im 17. Jahrhundert.<sup>73</sup>

Der hohe symbolische Gehalt jener Unterbringungsform als demonstrativer Verdrängung des Irrsinns an die Grenze des bürgerlichen Lebens – die Stadttore und -mauern – zeigt erstaunliche Parallelen zu den späteren Praktiken der Internierung. Für das spätmittelalterliche Deutschland finden sich ähnliche Handlungsformen übrigens auch in real existenten Narrenschiffen, welche – den literarischen zum Vorbild dienend – die „Last“ des Irrsinns aus der Gesellschaft entfernten, gleichsam der Natur rück-überantworteten, sowie in rituell anmutenden „Austreibungen“ psychisch Kranker in vorgetäuschten Wettläufen und Ähnlichem.<sup>74</sup> Auch das „Heimatprinzip“ der späteren „Sozialpolitik“ scheint hier vorgezeichnet: Vertrieben wurden regelmäßig nur fremde, zugezogene Irre. Psychisch Kranke, die innerhalb der Gemeinde sie versorgende Angehörige hatten, wurden, dies sei betont, auch kaum dem Schicksal der öffentlichen Aussetzung überantwortet.

Quasi ein Gegenbild zu jener verächtlichmachenden Praxis der Narrenkäfige stellt jene singuläre Erscheinung dar, die als „Irrengemeinde von

<sup>72</sup> KÜHNEL, *Wallfahrt* (wie Anm. 26), 121 f.

<sup>73</sup> Vgl. JETTER, *Irrenhaus* (wie Anm. 56). Neben Deutschland sind auch für Dänemark Narrenkäfige nachzuweisen, für die Niederlande erscheinen sie wahrscheinlich (Vgl. ebd.).

<sup>74</sup> Vgl. FOUCAULT, *Wahnsinn* (wie Anm. 4), 19–67, KÜHNEL, *Wallfahrt* (wie Anm. 26), 122 f.



Gheel“ in die Psychiatriegeschichtsschreibung Eingang gefunden hat.<sup>75</sup> Wohl mehr als jede andere *institutionelle* Behandlungsform der Frühen Neuzeit brachte der damit bezeichnete Brauch, psychisch Kranke jener belgischen Gemeinde gegen Entgelt und – wo möglich – Mitarbeit in den Häusern der sie aufnehmenden Bauern zu überlassen, denselben die Möglichkeit eines sozial integrierten und zugleich individuell ausgestaltbaren Lebens. Das Auftreten dieser Organisationsform gerade im sozioökonomisch fortgeschrittenen Belgien ist aber auch als Ausdruck eines hohen sozialen Differenzierungsgrades zu sehen, welcher das Potential familiärer Pflege im engeren Sinn – das heißt durch jene Lebensgemeinschaft, in welcher der Betroffene bis zu seiner Erkrankung lebte – zu senken pflegt.

Mehr als die erwähnten Unterbringungsformen der kirchlichen Irrenherbergen, städtischen Narrenkäfige und ähnlichen Einrichtungen prägten aber, dies sei nochmals betont, die Hospitäler die Anstaltsunterbringung psychisch Kranker im 16. und auch 17. Jahrhundert. Die Übergänge sind hier aber teilweise fließend. „Narrenzellen“ für Tobende waren oft als separate Baulichkeiten an bzw. neben dem eigentlichen Hospital erbaut oder in Kellern eingerichtet, wobei die Hospitalverwaltung lediglich eine regelmäßige Versorgung der Insassen mit Nahrungsmitteln übernahm, dieselben ansonsten aber, abgeschieden von sozialen Kontakten, sich selbst überlassen blieben, sodass ihr Schicksal sich kaum günstiger ausnimmt als jenes von in Narrenkäfigen „gehaltenen“ Irren. Für Deutschland ist zudem auch das „Herumführen“ von irren Spitalsinsassen durch die Stadt zu Markt- und Festzeiten belegt.<sup>76</sup> In größeren Städten fanden sich – im gesamten westlichen Europa – an den „allgemeinen“ Hospitälern aber immer wieder auch regelrechte „Irrenabteilungen“, was zwar eine völlige Verwahrlosung der Insassen keineswegs immer verhinderte, tendenziell aber zumindest eine erhöhte Aufmerksamkeit von Anstaltspersonal wie Obrigkeiten beförderte.<sup>77</sup>

Belegbar ist eine positive Auswirkung der Differenzierung des Unterbringungswesens jedenfalls für jene Anstaltsform, welche die Geschichte der Behandlung psychisch Kranker langfristig am stärksten prägte: das Irrenhaus. Viele der frühneuzeitlichen „Irrenhäuser“ – im engeren Sinn der ausschließlichen Ausrichtung auf die Aufnahme psychisch Kranker – standen zwar in

<sup>75</sup> Vgl. zu Gheel: JETTER, *Irrenhaus* (wie Anm. 56), 2–5 u. 139.

<sup>76</sup> Vgl. ebd., 10–13, KIRCHHOFF, *Geschichte* (wie Anm. 11), 38, JÜTTE, *Patienten* (wie Anm. 5), 172.

<sup>77</sup> Vgl. JETTER, *Irrenhaus* (wie Anm. 56), bes. 5, 12, 81 f., 152, 162, 178–184.

der Negierung der Bedürfnisse der Insassen den Internierungsanstalten verschiedener Art kaum nach: es herrschten ebenso Einsperrung, Schläge, fehlende medizinische Betreuung und soziale Zuwendung, mangelhafte Nahrung und pathogene Unterbringungsweise; ein Teil jener „manicomii“ bzw. „Narrenhäuser“ war aber von humaner Gesinnung der Betreiber geprägt und diente so auch weiteren Entwicklungen zum Vorbild. Das ausschließliche „Irrenhaus“ stellt auch den ersten Organisationstypus dar, der in der Frühen Neuzeit von der Quantität der in ihm Beherbergten eine ähnliche Relevanz wie jener des traditionellen Hospitals erlangte. Die frühesten derartigen Irrenanstalten traten ab dem Beginn des 15. Jahrhunderts in Spanien auf. Da es sich um eine Mehrzahl von Gründungen handelte (Valencia 1409, Sevilla 1435, Valladolid 1436, Toledo 1473, weitere im 16. Jahrhundert), erscheint die Suche nach gemeinsamen, spezifisch regionalen Kausalfaktoren der Anstaltsentstehung gerechtfertigt. Dasselbe gilt für die einzige weitere Region Europas, in der mehrere spezialisierte Irrenanstalten vor 1500 nachweisbar sind, den Norden Burgunds (spätere Niederlande; Zutphen, Hertogenbusch und Utrecht).<sup>78</sup> Beide Regionen, Spanien wie die Niederlande, sind im 15. und 16. Jahrhundert von einer besonderen ökonomischen und kulturellen Prosperität im Zusammenhang mit der Erschließung neuer Handels- und Ausbeutungswege gekennzeichnet. Für den iberischen Bereich sei zudem auf die These der Übernahme maurisch-islamischer Traditionen der Irrenbehandlung hingewiesen.<sup>79</sup> Inwieweit die Entstehung von Irrenhäusern in weiteren Regionen Europas im 16. Jahrhundert auf Diffusion bzw. autochthoner Entwicklung beruhte, bleibt großteils noch klärungsbedürftig; allerdings ist für das erste Irrenhaus Italiens (in Rom, vor 1550) der Bezug auf Spanien als Vorbild nachgewiesen, für das bekannte „Bedlam“ (London) dagegen eine schrittweise Ausdifferenzierung vom allgemeinen Hospital (vor 1330) über die Einrichtung einer größeren Irrenabteilung (spätestens 1403) bis hin zur ausschließlichen Irrenanstalt (spätestens 1546).<sup>80</sup> Die geringe Auf-

<sup>78</sup> Vgl. JETTER, *Irrenhaus* (wie Anm. 56), 148, 178–184.

<sup>79</sup> Im islamischen Kulturraum konnten sich psychisch Kranke vielfach besonderer Rücksichtnahme und Fürsorge erfreuen, gekoppelt an einen ihnen zugeschriebenen sakralen „Sonderstatus“ (der freilich auch dem Christentum nicht ganz fremd ist); für den Beginn des 9. Jahrhunderts ist eine erste islamische Irrenanstalt nachgewiesen (in Kairo). Vgl. hierzu: Erwin ACKERKNECHT, Konrad AKERT, *Wechselnde Formen der Unterbringung von Geisteskranken*. In: *Schweizer medizinische Wochenschrift* 94 (1964), 44, 1541–1546.

<sup>80</sup> Vgl. JETTER, *Irrenhaus* (wie Anm. 56), 79 f.

nahmekapazität jener ersten Irrenanstalten – etwa für 12 Personen in Lübeck, 1602, für 20 in London, 1598 – weist, gerade angesichts der beachtlichen Größe der betreffenden Städte, deutlich auf ihren vorrangigen Zweck hin: besonders gefährliche Personen zu isolieren. Jene Kapazitäten machten es nämlich ganz unmöglich, die betreffenden Anstalten als „allgemeine“ Versorgungs- oder gar Heilanstalten für auch weniger schwerwiegend erkrankte Personen im jeweiligen Einzugsgebiet zu gebrauchen.

Auch wo der Typus des allgemeinen Hospitals zur Abdeckung der Irrenunterbringung beibehalten wurde, fanden in der Frühen Neuzeit bedeutende organisatorische Veränderungen statt. Hinzuweisen ist zunächst auf Reorganisationsprozesse im Deutschland des 16. Jahrhunderts im Zuge von Reformation und Etablierung des Fürstenstaates, welche zur Entstehung separierter Irrenabteilungen im Zuge einer Differenzierung und Verbesserung sozialer Versorgungseinrichtungen führten (besonders bedeutend: die hessischen „Landesspitäler“ in Haina und Merxhausen, beide 1533, und das „Juliuspital“ in Würzburg, 1579), sowie auf die bereits erörterte absolutistische Anstaltspolitik in Frankreich ab dem 17. Jahrhundert.<sup>81</sup> Eine Fokussierung therapeutischer Ziele in den Anstalten brachten jene beiden Entwicklungen aber ebensowenig wie die Entstehung erster spezifischer Irrenanstalten.

Noch im 16. Jahrhundert entstand allerdings in Spanien mittels einer Reformulierung des Konzepts des allgemeinen Hospitals die Idee des Krankenhauses im engeren, modernen Sinn, nämlich einer primären Orientierung an der Wiederherstellung der Gesundheit der Insassen, anstelle der bisherigen Ausrichtung auf die (mehr oder weniger adäquate) Unterbringung und Versorgung der Kranken allein. Wiewohl diese Entwicklung also im allgemeinen Krankenwesen ihren Ausgang nahm, steht sie in engem Zusammenhang mit der Geschichte der Irrenbehandlung. Dieser ist in der Biographie des „Erfinders“ des Anstaltstypus „Krankenhaus“ gegeben: Joao Cidade Duarte (1495–1550), nach intensiven religiösen Erlebnissen psychisch erkrankt, verwirklichte in dem von ihm gegründeten „allgemeinen“ Krankenhaus in Granada (1540) sozusagen ein Gegenbild zu jenen Umständen, welche er selbst im „Königlichen Spital der Narren“ in Granada erdulden musste. Der später heiliggesprochene, „Johannes von Gott“ genannte ehemalige Söldner konzentrierte sich dabei auf die Heilbehandlung Kranker und stellte wichtige Erfolgskriterien für dieselbe auf, neben der Novität *systematischer und*

---

<sup>81</sup> Vgl. JETTER, *Irrenhaus* (wie Anm. 56), bes. 14, 19 u. 125.

*regelmäßiger Behandlung aller Insassen durch Fachmediziner und geschultes Pflegepersonal, vor allem die (erst später „selbstverständlichen“) Forderungen: „Jedem Kranken sein eigenes Bett, Licht, gute Luft und Sauberkeit in den Krankenzimmern, Trennung der Patienten nach [...] Krankheiten.“*<sup>82</sup> Als individuelles Projekt begonnen, erhielt dieses Konzept so rasch allgemeine Beachtung von geistlichen wie weltlichen Obrigkeiten Spaniens, dass schon 1547 ein größeres, durch Spenden finanziertes Krankenhaus für über 100 Patienten errichtet werden konnte, 1552 ein zweites Krankenhaus in Madrid. 1571 entstand das erste Spital der im selben Jahr als kirchliche Kongregation neukonstituierten Gemeinschaft außerhalb Spaniens, in Neapel. Im ersten Viertel des 17. Jahrhunderts erhielt dieselbe als regulärer und exempter Orden seine endgültige innerkirchliche Organisation, die „Barmherzigen Brüder“ überzogen zu dieser Zeit bereits in raschen Ausbreitungswellen das katholische Europa mit dem ersten fachmedizinisch-therapeutisch orientierten Netzwerk:<sup>83</sup> Im Jahr 1600 bestanden bereits 23 Hospitäler in Spanien und 28 in Italien. Zwischen 1602 und 1609 entstanden die ersten Niederlassungen in Frankreich, Portugal, Polen sowie dem Heiligen Römischen Reich. Bis 1700 wurden, neben einer noch weit größeren Anzahl spanischer, italienischer und überseeischer Niederlassungen, in Frankreich 27, in Polen 15, in Portugal 13 und im Heiligen Römischen Reich 13 Krankenhäuser (davon 11 im habsburgischen Herrschaftsbereich) errichtet, womit der Orden in fast allen größeren Regionen mit katholischem Bekenntnis vertreten war.

Die meisten jener Einrichtungen versorgten neben somatisch Kranken auch psychisch Kranke, viele besaßen für schwere Erkrankungsformen kleinere oder größere, separierte Irrenabteilungen. Zudem waren einige französi-

<sup>82</sup> Manfred SKOPEC, *Pioniere des Krankenhauswesens. Johannes von Gott und der Hospitalorden der Barmherzigen Brüder*. In: Florentin Langthaler (Hg.), *Festschrift 1995 zum 500. Geburtstag des Ordensgründers der Barmherzigen Brüder, des heiligen Johannes von Gott (1495–1550)*, o.O. (1995), 36.

<sup>83</sup> Die Anstalten der Barmherzigen Brüder, bislang von der Fachgeschichte der Medizin kaum beachtet, erscheinen so sozialgeschichtlich von größerer Bedeutung als jene oft hervorgehobenen ersten „Kliniken“, die ab dem Ende des 17. Jahrhunderts an einzelnen Zentren medizinischen Studiums entstanden, und ebenso geringe Aufnahmekapazitäten hatten, wie die traditionellen Hospitäler. Vgl. etwa Alois KERNBAUER, *375 Jahre Barmherzige Brüder in Graz. Ein medizinhistorischer Rückblick*. In: Konvent der Barmherzigen Brüder (Hg.), *375 Jahre Barmherzige Brüder in Graz*. Graz 1990. Zur Verbreitung des Ordens vgl.: Hermenegild STROHMAYER, *Der Hospitalorden des Hl. Johannes von Gott – Barmherzige Brüder*. Regensburg 1978, 13–174, auch: JETTER, *Irrenhaus* (wie Anm. 56).

sche Niederlassungen bereits im 17. Jahrhundert ausschließlich der Irrenbehandlung gewidmet (Cadillac 1617, Charenton bei Paris 1642, Saintes 1653, Chatteau-Thierry 1654). Eine völlige Neuentwicklung stellte weiters die Einrichtung von Krankenpflegeschulen dar (für den deutschen Raum: Feldsberg in Niederösterreich), in Frankreich entstand 1668 sogar eine erste spezifisch „psychiatrische“ Krankenpflegeschule (Senlis). Wiewohl gerade in Frankreich die Irrenunterbringung bei den Barmherzigen Brüdern auch als Teil des absolutistischen Zwangsapparats begriffen werden muss, sind die Lebensbedingungen der Kranken in den Ordensspitälern insgesamt als die günstigsten zu beurteilen, welche unter den frühneuzeitlichen Anstalten der Irrenunterbringung anzufinden sind. Neben der schon erwähnten regelmäßigen ärztlichen Betreuung ist auf das vom Ordensgründer selbst vorgegebene Credo hinzuweisen, Irre in besonderem Maße „sanft und freundlich zu behandeln“<sup>84</sup>, welches, wenn es auch mit Sicherheit nicht von allen Ordensmitgliedern real umgesetzt wurde, so doch als handlungsorientierende Norm präsent war. In diesem Zusammenhang ist auch von Bedeutung, dass Personen mit leichteren psychischen Erkrankungen gemeinsam mit körperlich Kranken untergebracht und behandelt wurden. Auswertungen erhaltener Krankenprotokolle aus der Niederlassung in Graz um 1700 ergeben für einen Großteil der „psychiatrischen“ Patienten auch überraschend kurze Aufenthaltsdauern – bei zwei Drittel weniger als ein Monat –, gar drei Viertel der Aufgenommenen wurden mit der Bemerkung „geheilt“ entlassen, was jeweils zumindest die Wahrnehmung einer deutlichen Zustandsbesserung beim Patienten seitens des Krankenhauspersonals belegt.<sup>85</sup>

Bei einer Erörterung der Bedeutung jenes Krankenpflegeordens für die Geschichte psychischer Krankheit in der Frühen Neuzeit darf allerdings keineswegs der Hinweis auf eine entscheidende Einschränkung in dessen Wirksamkeitsfeld fehlen: Zwar waren Menschen jedes Standes, jeder Nationalität, ja sogar jeder Religion als Patienten aufnahmeberechtigt – jedoch nur Männer. Frauen dagegen waren wegen der „sittlichen“ Gefährdung für die Mönche – besonders angesichts ihrer krankenpflegerischen Tätigkeiten – ausgeschlossen. Zwar erkannten weltliche wie geistliche Obrigkeiten in jenen traditionellen Gesellschaften, in welchen bereits die Barmherzigen Brüder Fuß gefasst hatten, dieses Manko durchaus, und suchten es durch die Etablierung weiblicher Krankenpflegeorden für die Behandlung von Frauen – im

<sup>84</sup> SKOPEC, *Barmherzige Brüder*, (wie Anm. 82), 36.

<sup>85</sup> Akten und Krankenprotokolle (1684–1711) im Archiv der Barmherzigen Brüder in Graz.

17. Jahrhundert: Vinzentinen, Elisabethinen, Borromäerinnen – abzuwenden. Die deutlich geringere Anzahl solcher Ordenskrankenhäuser für Frauen bis ins 19. Jahrhundert hinein spiegelt jedoch klar den geringeren sozialen, besonders politischen und ökonomischen Stellenwert, der gesamtgesellschaftlich Frauen zugeschrieben und angewiesen wurde, und sich hier in der Bevorzugung von Anstalten für Männer bei Zuwendungen an kirchliche Organisationen äußerte. Warum sich gerade im 16. und 17. Jahrhundert zumindest männliche Krankenpflegeorden so stark als Element der sozialen Ordnung etablieren konnten, wäre eine eingehend zu untersuchende Fragestellung. Hier kann nur summarisch auf die Veränderung der sozialen und mentalen Gefüge im Übergang zur Neuzeit hingewiesen werden. Als besonders relevante Aspekte dieses Wandlungsprozesses sind zu nennen: die stärkere Beachtung der aktiven Teilhabe des Menschen am Heilsgeschehen und damit seinem eigenen, auch irdischen Schicksal; ein gewisses Maß an „Individualisierung“; erhöhte Mobilität und die Bevölkerungszunahme in vielen Städten, welche die Möglichkeiten familiärer und häuslicher Krankenpflege einschränkte, die Schaffung spezialisierter Organisationen dagegen begünstigte; weiters die militärpolitische und propagandistische Auswertbarkeit der Ordenstätigkeiten im konfessionellen Kampf.<sup>86</sup>

Der Darstellung der Ausbildung verschiedener Organisationstypen zur Unterbringung psychisch Kranker ist noch der Hinweis auf zwei weitere Anstaltsformen anzufügen. Zunächst sind jene Formen von Strafanstalten (vor allem Gefängnisse und Zuchthäuser) sowie „Besserungsanstalten“ (Arbeitshäuser u.ä.) zu nennen, welche zwar nicht, wie die allgemeineren „Internierungsanstalten“, zur Aufnahme Irrer *aufgrund* ihrer Erkrankung designiert waren, dennoch aber häufig einzelne psychisch Kranke unter ihren Insassen hatten, sei es, dass jene nach Kriminaldelikten ohne Rücksicht auf ihre psychische Verfassung als Verbrecher verurteilt wurden, sei es, dass Insassen ob der meist entsetzlichen Haftbedingungen gravierende psychische Schäden erlitten. Sodann ist auf die Existenz privater Irrenanstalten bereits in der Frühen Neuzeit hinzuweisen. Diese waren vor dem 18. Jahrhundert allerdings lediglich in England von einiger Bedeutung, wo die erste derartige Einrichtung 1615 gegründet wurde. Aufgrund ihres tendenziell „exklusiven“ Charakters der Ausrichtung auf die Behandlung zahlungskräftiger Personen

---

<sup>86</sup> Vgl. Dieter JETTER, *Geschichte der Medizin. Einführung in die Entwicklung der Heilkunde aller Länder und Zeiten*. Stuttgart–New York 1992, 249, sowie STROHMAYER, *Hospitalorden* (wie Anm. 83).

hatten Privatanstalten aber im Allgemeinen eine deutlich geringere quantitative Relevanz als öffentliche – staatlich, städtisch oder auch kirchlich geführte – Einrichtungen.<sup>87</sup>

Die bisherigen Ausführungen in diesem Kapitel sollten nicht zuletzt die Vielfältigkeit der im frühneuzeitlichen Europa existenten Unterbringungsformen für psychisch Kranke deutlich machen, ihre Verschiedenheit in innerer Gestalt wie sozialer Bedeutung. Welche Rolle spielten aber solche, über mikrosoziale Beziehungen hinausgreifende, zumindest auf mesosozialer Ebene institutionalisierte Umgangsformen im Hinblick auf die Gesamtheit aller psychisch Kranken der damaligen Gesellschaften? Diese Frage muss gestellt werden, obwohl Antworten nicht allzu präzise ausfallen können – auch gegenwärtig kann ja lediglich über komplizierte Erhebungsverfahren, welche psychiatrische Diagnosen eines repräsentativen Anteils der Gesamtbevölkerung einschließen, von der Anzahl fachmedizinisch behandelter Kranker auf die „Dunkelziffer“ aller Krankheitsfälle geschlossen werden. Für die Frühe Neuzeit lässt sich hinsichtlich des Anteils in irgendeiner Weise „untergebrachter“ psychisch Kranker an deren Gesamtzahl zumindest feststellen, dass jener gering war. Dies geht aus zahlreichen Quellen hervor, die von „ambulant“, fach-, vor allem aber volks- oder klerikalmedizinischen Behandlungen psychisch Kranker berichten, die keinerlei institutionelle Unterbringung genossen bzw. erlitten. Der Anteil von in Anstalten untergebrachten psychisch Kranken der frühen Neuzeit an der Gesamtbevölkerung nimmt sich demgemäß noch marginaler aus. Dies tritt vor allem zutage, wenn nicht einzelne Ballungszentren gesondert, sondern größere Regionen als Gesamtheit betrachtet werden. Für die Steiermark etwa kann für die erste Hälfte des 18. Jahrhunderts von ca. 1600 Insassen allgemeiner Versorgungsanstalten ausgegangen werden<sup>88</sup>, wobei der Anteil der wegen psychischer Krankheit aufgenommenen, Aktenanalysen des Verfassers zufolge, unter 10 % betrug, was wiederum einem Anteil jener zumeist langfristig Untergebrachten an der Gesamtbevölkerung (ca. 700.000) von höchstens 20 pro 100.000 Einwohner entspricht. Allerdings ist zusätzlich noch die Anzahl derjenigen Personen zu berücksichtigen, welche im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Graz, das als einziges auch über eine kleine „Irrenabteilung“ verfügte, wegen psy-

<sup>87</sup> Vgl. JETTER, *Irrenhaus*, (wie Anm. 56), bes. 82, auch: DÖRNER, *Bürger und Irre* (wie Anm. 4).

<sup>88</sup> Vgl. VALENTINITSCH, *Armenfürsorge* (wie Anm. 54), 100, der diese Zahl für die 1750er Jahre erhebt, bereits seit der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts dürfte aber ein ähnlicher Versorgungsgrad erreicht gewesen sein. Vgl. hierzu bes. WICHNER, *Heilwesen* (wie Anm. 8).

chischer Krankheiten behandelt wurden. Sie beläuft sich für die Zeit um 1700 auf ca. 70 Personen, also je etwa 10 auf 100.000 Einwohner, pro Dezennium. Die Steiermark kann hier nur als Fallbeispiel gelten, immerhin kann eine exemplarische Betrachtung aber eine Vorstellung von den zur Debatte stehenden Größenordnungen geben.<sup>89</sup>

### Die Pluralität der Paradigmen des Umgangs mit psychisch Kranken

Die einzelnen hier vorgestellten Denk- und Handlungsmuster im Umgang mit psychisch Kranken in der Frühen Neuzeit standen keineswegs so beziehungslos nebeneinander, wie dies ihre – aus pragmatischen Gründen der inhaltlichen Ordnung erfolgte – getrennte Erörterung vielleicht nahelegen könnte. Dem wechselseitigen Verhältnis jener Paradigmen zueinander gilt es im Folgenden wenigstens ansatzweise nachzuspüren. Zunächst ist festzuhalten, dass – im Gegensatz etwa zum 19. Jahrhundert – keines dieser Behandlungsparadigmen sozial eindeutig dominant war. Alle erörterten Interpretations- und Verhaltensformen – ärztliche Fachmedizin, Ordensmedizin, religiöse Wundermedizin, Besessenheitstheorie, Volksmedizin, nichttherapeutische Unterbringung in allgemeinen oder speziellen Anstalten, sowie Elimination oder auch Integration ohne organisationellen Kontext – sind vielmehr in quantitativ beachtlichem Ausmaß feststellbar, und zwar auch zur selben Zeit in derselben Region. In dieser Hinsicht ist eine gewisse Disparität der frühneuzeitlichen Wahrnehmung psychischer Abnormität feststellbar, dieselbe konnte eben sehr unterschiedlichen Vorstellungskreisen zugeordnet werden, der „Krankheit“ – gerade im somatischen Sinn –, der „Narrheit“ als mehr oder weniger unverrückbarem anthropologischen Phänomen, einer göttlichen Strafe oder Prüfung durch „Beraubung des Verstandes“, oder auch der dämonischen Besessenheit. Die Diskurse über jene Phä-

---

<sup>89</sup> Für eine Beurteilung des Hospitalisierungsgrades ist ein Vergleich mit rezenten Zahlen hilfreich: In den 1980er Jahren wurden in Deutschland jährlich zwischen 250 und 400 von je 100.000 Personen in psychiatrische Anstalten aufgenommen. Sozialpsychiatrische Untersuchungen im deutschsprachigen Raum geben ziemlich übereinstimmend den Anteil psychisch Kranker an der Gesamtbevölkerung zwischen 20 und 25 % an. Vgl. Ulrich MEISE et al., *Aspekte der psychiatrischen Versorgungsplanung*. In: Ulrich Meise, Friederike Hafner, Hartmann Hinterhuber (Hg.), *Die Versorgung psychisch Kranker in Österreich. Eine Standortbestimmung*. Wien–New York 1991, 164–182.



nomene berührten einander zwar immer wieder, waren aber keineswegs so eng miteinander verflochten, wie dies der nachträgliche Blick auf einen einheitlichen Begriff von „psychischer Krankheit“ leicht suggerieren könnte, dem als frühneuzeitliche Gegenstücke allenfalls – allerdings viel weiter gefasste – Begriffe wie „Unvernunft“ oder „Unsinnigkeit“ beiseitegestellt werden können.<sup>90</sup> Bis zu welchem Grad diese Diskurssysteme untereinander verknüpft waren – diese Fragestellung ist für größere Zusammenhänge erst eingehend zu bearbeiten und eine Beantwortung nur durch eine erhöhte Integration der verschiedenen fachspezifischen Forschungen zur „Irrengeschichte“ möglich. Untersuchungen zu ausgewählten Bereichen zeigen jedenfalls, dass viele einschlägige Texte kaum explizite Bezugnahmen auf die jeweils „fremden“ Deutungsmuster vornahmen. Eine unterschwellige gegenseitige Beeinflussung sowie ein gemeinsames (wohl sehr altes) Vorstellungsreservoir war aber in wahrscheinlich nicht unbeträchtlichem Ausmaß vorhanden. So sind etwa manche konkreten Substanzen, welche zur „Behandlung“ psychisch Kranker eingesetzt wurden, nicht nur sowohl in Fach- als auch Volksmedizin anzutreffen, sondern fanden auch bei klerikalmedizinischen Riten Verwendung.

Bewusste, auch eingehendere Auseinandersetzungen mit jener Situation der Konkurrenz teils ganz andersgearteter Interpretationsformen fehlen ebenso nicht völlig. Derartiges unternimmt etwa Paracelsus in seinem psychiatrischen und philosophischen Schrifttum, der Arzt Wier in seiner Verteidigung der „Hexen“, der italienische Philosoph Ficino in seiner Amalgamierung philosophischer, religiöser und medizinischer Konzepte, oder Luther anlässlich theologischer Diskussionen. Auch bei etlichen nicht systematisch-„philosophisch“ arbeitenden Personen der Frühen Neuzeit wurde jene Frage der Verhältnisse der verschiedenen Paradigmen zueinander zumindest ange-rissen. Hinsichtlich eines zentralen Problems, nämlich der wechselseitigen Beziehung „übernatürlicher“ und „natürlicher“ Phänomene im Bereich der Psychopathologie, ist eine Tradition der Diskussion nachweisbar, die bis ins Mittelalter zurückreicht. Der deutsche Arzt Malachias Geiger (1606–1671) vertrat etwa eine Theorie der Einwirkung metaphysischer Wesenheiten auf das menschliche Leben – hier die psychische Gesundheit – über eine direkte Beeinflussung gerade auch *rein körperlicher innerer Zustände* und beruft sich

---

<sup>90</sup> Vgl. hierzu bes. die relevanten Artikel in: Johann H. ZEDLER, *Grosses vollständiges Universallexicon aller Wissenschaften und Künste [...]*. Halle – Leipzig 1732–1750.

zur Untermauerung unter anderem auf Gedanken des Thomas von Aquin. Der Teufel benutze besonders die Säfteverwirrung zur Zerrüttung des Menschen.<sup>91</sup>

Verständlicherweise trachtete im Allgemeinen jede „Seite“, jede Kategorie von Experten, ihre besondere Kompetenz hervorzuheben, selbst wo sie, aus Überzeugung oder politischem Kalkül, ihren Konkurrenten in der Behandlung psychisch Kranker nicht offen „Kurpfuscherei“ vorwerfen wollte. Solche Vorwürfe sind bei Fachmediziner der Frühen Neuzeit gegenüber volksmedizinischen Praktiken zwar gewissermaßen „kanonisch“, offiziellen kirchlichen Riten gegenüber mussten sie dagegen bis ins 18. Jahrhundert meist vorsichtiger agieren. Wo eine Auseinandersetzung überhaupt durchgeführt wurde, postulierte die Fachmedizin am ehesten ein „Zusammenwirken der übernatürlichen mit natürlichen Kräften“<sup>92</sup> in den von Geistlichen für sich reklamierten Kompetenzbereichen, wie besonders der Besessenheit. Die klerikalen Verfasser von Mirakelbüchern dagegen betonten immer wieder das Versagen von Bauernheilern, aber auch von akademisch ausgebildeten Ärzten.<sup>93</sup> Offene Konflikte ergaben sich gelegentlich insbesondere in der Beurteilung des Geisteszustandes von als Hexen angeklagten Personen. Hier traten einzelne Ärzte nicht nur als Verfasser von Schriften gegen den Hexenglauben hervor, manchmal, besonders bei politischer Einflussnahme zugunsten einer Eindämmung der Verfolgungen, wurden Ärzte auch als Gutachter in konkreten Prozessen herangezogen. So kam ein Mediziner in einem vom Pariser Parlament 1589 durchgeführten Revisionsprozess betreffend 14 bereits zum Tode verurteilte Hexen und Hexer zum Schluss, jene „armen dummen Leute“ seien „eher mit Nieswurz zu behandeln und nicht zu bestrafen“.<sup>94</sup> In der Beurteilung eines Falles von „Besessenheit“ bezog sich der Leibarzt Heinrichs IV. 1598 nicht einmal primär auf „natürlichen Irrsinn“, sondern erodierte die religiös-dämonistische Theorie zumindest in jenem Einzelfall durch die schlichte Feststellung: „nihil a daemone, multa ficta, a morbosos pauca.“<sup>95</sup> Freilich waren die meisten seiner Standesgenossen, wie auch die Angehörigen anderer „gebildeter“ Berufsgruppen im 16. und

<sup>91</sup> Vgl. LEIBBRAND/WETTLEY, *Wahnsinn* (wie Anm. 6), 237.

<sup>92</sup> KUTZER, *Wahnsinn* (wie Anm. 11), 21.

<sup>93</sup> Vgl. Peter ASSION, *Geistliche weltliche Heilkunde in Konkurrenz. Zur Interpretation der Heilslehren in der älteren Medizin- und Mirakelliteratur*. In: *Bayerisches Jahrbuch für Volkskunde* 1976/77, 7–23, Anneliese LEGAT, *Das Mirakelbuch der Wallfahrtskirche Maria Reinigung in Gleisdorf* (phil. Diss.). Graz 1979, 148 f. (mit Zahlenangaben betreffend jenen Wallfahrtsort).

<sup>94</sup> Zit. nach: BASCHWITZ, *Hexen* (wie Anm. 27), 208.

<sup>95</sup> Zit. nach: ERNST, *Teufelaustreibungen* (wie Anm. 26), 50.

17. Jahrhundert durchaus ebenso dämonengläubig wie der Großteil der Bevölkerung.

Gerade dieser Umstand lässt wichtige Aspekte der frühneuzeitlichen Wahrnehmung psychischer Abnormität besonders klar hervortreten: die Häufigkeit eines relativ unreflektierten Nebeneinanders zumindest potentiell konkurrierender Paradigmen; die hohe Frequenz einer eklektizistischen Vermengung derselben; schließlich eine sehr vage, „verschwommene“ Integration metaphysischer, moralischer, psychologischer und somatischer Krankheitskonzepte, mit welchen zahlreiche Personen, auch „Experten“, abwechselnd operieren konnten – anscheinend ohne sich gedrängt zu sehen, eben jenen Umstand näher zu hinterfragen. Nur vergleichsweise sehr wenige Experten – denn wenige Personen sind es in jeder Periode – strebten allem Anschein danach, das Verhältnis jener verschiedenen Dimensionen des Menschseins zueinander, auch wenn es im Letzten unaufklärbar bleiben mag, doch eingehender zu reflektieren.