

**Aus dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der
Universität Tübingen
Lehrbereich Geschichte der Medizin
Leiter: Professor Dr. Dr. U. Wiesing**

Binswangers Kuranstalt Bellevue 1906–1910

**Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der
Medizinischen Fakultät der
Eberhard Karls Universität zu Tübingen**

**vorgelegt von
Julia Susanne Gnann**

**aus
Tübingen**

2006

Dekan: Professor Dr. C. D. Claussen
1. Berichterstatter: Professor Dr. A. Hirschmüller
2. Berichterstatter: Professor Dr. K. Foerster

Meinen Eltern

Inhalt

1.	Einleitung	9
2.	Zur Situation der Psychiatrie um die Jahrhundertwende	11
3.	Material und Methode	13
3.1	Quellen	13
3.1.1	Überblick	13
3.1.2	Krankenakten	13
3.1.3	Aufnahmebücher	16
3.1.4	Krankengeschichten diagnostisch geordnet	18
3.1.5	Protokollbuch der ärztlichen Konferenz	20
3.1.6.	Arzneiverordnungen	22
3.1.7	Kopierbücher	22
3.1.8	Briefe von Robert Binswanger	23
3.2.	Auswertungsmethode	24
3.2.1	Methode zur quantitativen Auswertung	24
3.2.2	Methode zur qualitativen Auswertung	25
3.2.3	Bemerkungen und besondere Probleme bei der Auswertung	26
4.	Die Kuranstalt Bellevue im Zeitraum 1906–1910	31
4.1.	Zur Geschichte des Bellevue	31
4.2.	Allgemeine Situation des Bellevue 1906–1910	32
4.3.	Im Bellevue tätige Ärzte 1906-1910	34
4.4.	Wärter und sonstiges Personal	37
4.5.	Bauliche Entwicklung	40
4.6.	Wirtschaftliche Entwicklung	43

5.	Ergebnisse	46
5.1.	Patientendaten	46
5.1.1	Zahl der Patientenaufnahmen pro Jahr	46
5.1.2	Bestandszahl	47
5.1.3	Verweilzeiten	48
5.1.4	Verteilung der Patienten nach Geschlecht	50
5.1.5	Verteilung der Patienten nach Alter.....	51
5.1.6	Verteilung der Patienten nach Familienstand	52
5.1.7	Verteilung der Patienten nach Konfession.....	54
5.1.8	Verteilung der Patienten nach Herkunftsland	55
5.1.9	Verteilung der Patienten nach Beruf.....	57
5.1.10	Krankheitsbilder.....	58
5.2.	Therapie	65
5.2.1	Einführung	65
5.2.2	Milieutherapie	65
5.2.3	Psychische Therapie.....	67
5.2.4	Pharmakologische Therapie.....	71
5.2.5	Physikalische Therapie	85
5.2.6	Hypnose	91
5.2.7	Mastkur nach Playfair-Mitchell	94
5.2.8	Ernährungstherapie – Diät nach Ebstein.....	100
5.3.	Der Begriff Dementia praecox im psychiatriegeschichtlichen Zusammenhang und im Klinikalltag des Bellevue	105
5.3.1	Dementia praecox nach Kraepelin.....	106
5.3.2	Einteilungen von Dementia praecox ähnlichen Symptomenkomplexen durch andere zeitgenössische Psychiater.....	135

5.3.3	Krankenakten „Dementia praecox“ aus der Anstalt Bellevue	170
5.4.	Vergleich mit den Vorzeiträumen.....	210
5.4.1	Vergleich der Patientendaten	210
5.4.2	Vergleich der Therapiemethoden.....	216
5.4.3	Vergleich der Dokumentation der Krankengeschichten	218
6.	Zusammenfassender Vergleich des Bellevue mit zeitgenössischen Anstalten und Diskussion der Ergebnisse	220
6.1.	Der Untersuchung zugrunde liegende Arbeiten.....	220
6.2	Vergleich einzelner Anstalten.....	223
6.2.1	Vergleich der Patientendaten	223
6.2.2	Vergleich der Therapiekonzepte	230
6.2.3	Vergleich der personellen Verhältnisse und der Anstaltsausstattung ...	231
6.3	Zusammenfassender Vergleich des Bellevue mit öffentlichen Anstalten	232
6.4	Zusammenfassender Vergleich des Bellevue mit privaten Anstalten...	233
7.	Zusammenfassung.....	235
8.	Dokumentarteil.....	240
8.1	Krankenakte Nr. 2410.....	240
8.2	Krankengeschichte der Akte Nr. 2845.....	304
9.	Quellenverzeichnis	316
9.1.	Ungedruckte Quellen aus dem Universitätsarchiv Tübingen (UAT) ...	316
9.2.	Ungedruckte Quellen aus dem Familienarchiv Binswanger (FAB)	316
10.	Literaturverzeichnis	318
	Lebenslauf	324

1. Einleitung

Die von der Familie Binswanger von 1857 bis 1980 über vier Generationen geführte private Heilanstalt Bellevue in Kreuzlingen, Kanton Thurgau, ist in mehrererlei Hinsicht für medizinhistorische Untersuchungen von besonderem Interesse. Zum einen gilt dieses Interesse den Leitern der Anstalt selbst, und zwar insofern, als deren Orientierung in Bezug auf zeitgenössische Ätiologie und Therapie psychiatrischer Erkrankungen stets eine fortschrittliche und für die jeweilige Zeit repräsentative war und sie darüber hinaus ein ausgeprägtes wissenschaftliches Interesse bewiesen. Eine medizinhistorische Seltenheit stellt zum anderen der umfangreiche und gut erhaltene Archivbestand der Anstalt dar. Dieser enthält eine fast vollständige Sammlung von Krankenakten über eine Anstaltsgeschichte von mehr als hundert Jahren. Nach Schließung des Bellevue im Jahr 1980 wurde dieser Bestand 1986 dem Universitätsarchiv Tübingen übergeben. Das Tübinger Institut für Ethik und Geschichte der Medizin initiierte ein von der DFG gefördertes Projekt zur Erschließung und Aufarbeitung dieses Archivs. In einer Reihe von Dissertationen jeweils über einen Zeitraum von fünf Jahren wird die Geschichte dieser privaten Heilanstalt aufgearbeitet.

Vorliegende Arbeit knüpft an Arbeiten über die Vorzeiträume an. Es sind dies die Arbeiten von Claudia Stähler für die Jahre 1861–1865, Sandra Schweizer für die Zeit 1866–1870, Stefanie Weismann-Günzler für die Jahre 1871–1875,¹ sowie die Arbeiten Kaspar Domeyers und Amei Fischers über die Zeiträume 1886–1890 bzw. 1891–1895. Dissertationen über die Zeiträume 1876–1880 (Daniela Meile), 1881–1885 (Katja Donneith), 1895–1900 (Ibolya Stollwerck) und 1901–1905 (Heidi von Jurczyk) stehen vor ihrer Vollendung.

Im Folgenden sollen Aufbau und Inhalt vorliegender Dissertation kurz beschrieben werden: Zuerst wird ein Überblick über die Situation der Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts gegeben. Dabei wird außerdem die psychiatriegeschichtliche Entwicklung im 19. Jahrhundert berücksichtigt. Darauf folgt der erste Schwerpunkt der Arbeit, nämlich die quantitative Auswertung der demographischen und medizinischen Patientendaten für den Zeitraum 1906–1910. Dies geschieht vor allem unter der Fragestellung,

¹ Über den Zeitraum der Direktorenschaft Ludwig Binswangers d. Ä. (1857–1880) liegt inzwischen auch eine zusammenfassende Monographie vor: Moses u. Hirschmüller (2004a).

inwieweit diese der Vorgabe aus der Gründungszeit des Bellevue noch gerecht werden, nach der die Anstalt als Behandlungsstätte für wohlhabende und gebildete heilbare Kranke aus der Schweiz und dem Ausland fungieren sollte. Auf diesen Teil folgt als zweiter Schwerpunkt die hauptsächlich qualitative und, soweit möglich, auch quantitative Auswertung der im Bellevue eingesetzten Therapiemethoden. Hierbei soll besonders die Umsetzung der psychischen Therapie, die Anwendung von physikalischen Therapiemaßnahmen und Ernährungstherapie, die Rolle pharmazeutischer Präparate, der Gebrauch von physischen Zwangsmaßnahmen sowie der Umgang mit neu aufkommenden, noch umstrittenen Therapiemethoden wie der Hypnose oder der Psychoanalyse im Bellevue untersucht werden.

Um sich ein Bild davon zu machen, wie die einzelnen Behandlungsmethoden jeweils umgesetzt wurden und inwieweit Binswangers Krankheitsverständnis den zeitgenössischen Lehrmeinungen entsprach, werden im darauf folgenden Kapitel zwei Krankengeschichten aus dem Aktenbestand der Jahre 1906–1910 vorgestellt. Anhand dieser beiden Fallbeispiele, bei denen es sich um zwei unterschiedliche Fälle von Dementia praecox handelt, wird erörtert, an welchen damals gängigen Lehrmeinungen Binswanger sich vor allem im Hinblick auf die Diagnosenstellung orientierte. Darüber hinaus dienen diese Geschichten der Veranschaulichung des Arzt-Patient-Verhältnisses in der Anstalt.

Abschließend werden die Ergebnisse mit denen der Vorzeiträume sowie mit Daten aus anderen zeitgenössischen öffentlichen und privaten Anstalten verglichen.

Die Studie stützt sich neben den Verwaltungsakten vor allem auf die Krankengeschichten als Quellenmaterial. Diese Akten sind oft sehr umfangreich, und es musste eine Auswahl nach bestimmten Gesichtspunkten getroffen werden. Der Bezug auf die Krankenblätter ermöglicht eine anschaulichere und umfassendere Darstellung des Anstaltslebens, als dies durch alleinige Verwendung von Jahresberichten und Statistiken möglich wäre (so sind viele andere anstaltsgeschichtliche Untersuchungen vorgegangen), allerdings bietet er auch nicht geringe Schwierigkeiten, die im Methodenkapitel erläutert werden.

2. Zur Situation der Psychiatrie um die Jahrhundertwende

Im 18. Jahrhundert wurde unter dem Einfluss von Ideen der Aufklärung die Psychiatrie erstmals als Wissenschaft anerkannt, und erste psychiatrische Anstalten erbaut. Nach 1800 wurde die Psychiatrie zunächst maßgeblich von der Französischen Schule unter der Leitung von Pinel und Esquirol geprägt. Um die Jahrhundertwende gewann dann die Hirnpsychiatrie zunehmend an Bedeutung. Vertreter dieser Richtung waren Theodor M. Meynert, Carl Wernicke und Paul Emil Flechsig. Ihr Bestreben war es, einen Zusammenhang zwischen pathologisch-anatomischen Befunden und klinischen Phänomenen herzustellen. Das Mikroskop diente ihnen dabei als Hauptforschungsinstrument. Allerdings waren die Ergebnisse dieser Untersuchungen nur teilweise befriedigend. Überzeugender war die klinische Schule Emil Kraepelins. Er stellte die sorgfältige klinische Beschreibung unter Beobachtung des Verlaufs sowie Aspekte der Klassifikation in den Vordergrund. Fragen der Pathogenese schenkte er weniger Beachtung. Die vor allem in Frankreich verbreitete Degenerationslehre fand zwar um die Jahrhundertwende auch im deutschsprachigen Raum noch einige Anhänger. Als einer der berühmtesten sei hierbei Richard von Krafft-Ebing genannt. Neue Ergebnisse der Genetik wie die Wiederentdeckung der Mendelschen Regeln um 1900 stellten ihre Bedeutung jedoch in Frage. Dennoch prägte die Degenerationslehre in Verbindung mit dem Sozialdarwinismus bis ins Dritte Reich hinein die Theorie der Psychiatrie und bereitete den Weg für daraus abgeleitete Konsequenzen in Form von Selektion und Eugenik.

Die psychiatrischen Behandlungsmethoden konnten mit diesen Fortschritten der Theorie zu Beginn des 20. Jahrhunderts nicht wirklich Schritt halten. Weitgehend akzeptiert und etabliert war das Prinzip des No-Restraint. Die Möglichkeiten der medikamentösen Therapie seelischer Störungen waren weiterhin stark beschränkt. Außer einigen wenigen Schlaf- und Beruhigungsmitteln gab es keine auf die Psyche wirkenden Arzneimittel. Antipsychotika oder Antidepressiva waren nicht bekannt. Die Zahl der Anstaltsbehandlungen hingegen hatte stark zugenommen. Sowohl psychiatrische Patienten aus Mittel- und Oberklasse als auch Angehörige der sozialen Unterschicht waren zunehmend in Anstalten untergebracht, Letztere vor allem in staatlichen Häusern, Erstere auch in privaten Anstalten. Erfolgreich propagiert wurde darüber hinaus die hypnotische Suggestionsbehandlung. Diese Therapieform wurde vor allem bei Neurosen eingesetzt.

Man ging jetzt allerdings dazu über, sie vereinzelt auch bei Psychosen anzuwenden. Als wichtigstes Phänomen der Zeit galt die „Nervosität“. Sie prägte die Zeit um die Jahrhundertwende maßgeblich, was sich unter anderem in der großen Anzahl neu gegründeter Sanatorien niederschlug. Diese Sanatorien verfügten über ein breites Spektrum von Behandlungsmöglichkeiten, die von Elektrotherapie bis hin zu pädagogisch-psychologischen Behandlungsformen, Weiterentwicklungen des „Traitement moral“ des frühen 19. Jahrhunderts, reichten.

3. Material und Methode

3.1 Quellen

3.1.1 Überblick

Das Binswanger Archiv im Universitätsarchiv Tübingen besteht aus den Kranken- und Verwaltungsakten der Klinik, dem Familienarchiv sowie dem Nachlass von Ludwig Binswanger jun. Für das Projekt, zu welchem vorliegende Dissertation gehört, sind vor allem die Krankenakten wichtig. Zu deren Ergänzung wurden die Kopie-Bücher herangezogen, die teils zusätzliche, teils aber auch leicht abweichende Informationen zu den einzelnen Patienten enthalten. Eine weitere für die Datenerhebung und Auswertung wichtige Quelle ist das Aufnahmebuch. Angaben zu Diagnosen findet man in einem Faszikel, der den Namen „Krankengeschichten diagnostisch geordnet“ trägt. Für Informationen zur Therapie in der Kreuzlinger Anstalt wurde auf das „Protokollbuch der ärztlichen Konferenz“, sowie auf die „Arzneiverordnungen“ zurückgegriffen. An Dokumenten von Robert Binswanger persönlich gibt es direkt im Zeitraum 1906-1910 nur den Briefwechsel Roberts zu seinem Bruder Otto. Die von Robert verfassten Veröffentlichungen sind auf die Jahre 1880-1901 beschränkt und fallen somit nicht unmittelbar in den hier untersuchten Zeitraum.

3.1.2 Krankenakten

Die Krankenakten des Zeitraumes 1906-1910 ähneln in ihrem Aussehen und ihrer Beschaffenheit denjenigen aus den Zeiträumen davor. Es handelt sich dabei um braune Mappen aus Pappe, die durch Zuknoten eines schwarzen Stoffbändchens verschließbar sind. Auf der Vorderseite befindet sich stets ein weißes Etikett mit schwarzem Rand, auf dem in Handschrift eines Arztes der Name des jeweiligen Patienten verzeichnet ist. Direkt unterhalb des Namens vermerken die Ärzte das Aufnahme- sowie das Entlassdatum, rechts oben wird die Aufnahme Nummer angegeben. Ganz unten rechts auf der Aktenvorderseite steht bei jeder Akte noch einmal die Aufnahme Nummer, ebenfalls handschriftlich. In den Akten liegt zunächst das eigentliche Krankenblatt, ein Kanzleibogen mit standardisierten Feldern auf der ersten Seite und Raum für freie Eintragungen auf den folgenden Seiten. Im vorliegenden Zeitraum waren zwei verschiedene Kran-

kenblattformulare in Verwendung. Beide tragen die Überschrift „Kuranstalt Bellevue bei Konstanz“. Links oben ist die Aufnahmenummer angegeben. Es folgen die Rubriken für den Namen, Aufnahme- und Entlassdatum, Stand und Wohnort des Patienten sowie für die Diagnose und Name des im Bellevue behandelnden Arztes. Diese Rubriken werden von einem Arzt handschriftlich ausgefüllt. Im zweiten, späteren Formular wird statt dem Alter das genaue Geburtsdatum des Patienten vermerkt. Des Weiteren unterscheiden sich die beiden Formulare darin, dass das eine von ihnen sich auf diese vorgegebenen und auszufüllenden Angaben beschränkt. In diesem Falle folgt im Anschluss daran die frei vom Arzt verfasste Krankengeschichte inklusive Anamnese und psychiatrischen, neurologischen, sowie internistischen Untersuchungsergebnissen. Das andere Formular unterscheidet sich hauptsächlich darin, dass es standardisierter ist und zwar insofern, als es vorgedruckt weitere Rubriken enthält. Das ist zum einen eine Rubrik dazu, in welchem Haus der Patient aufgenommen wurde. Es folgen dann Angaben zur Erblichkeit, wobei die Familienanamnese in Bezug auf eventuelle geistige oder körperliche Erkrankungen erhoben wird. Im Anschluss daran wird, ebenfalls durch Ausfüllen vorgedruckter Angaben, der körperliche Status nach psychiatrischen, neurologischen und internistischen Gesichtspunkten erhoben. Es folgt die von dem Punkt an frei verfasste Anamnese und Krankengeschichte, die in den meisten Fällen handschriftlich, nach 1910 jedoch deutlich öfter auch mit Maschine geschrieben, vorliegt. Gemeinsam ist den beiden Formularen also wieder die frei verfasste (d.h. sich nicht nach vorgedruckten Angaben richtende) Krankengeschichte. Diese besteht aus tagebuchartigen Einträgen, die in ihrer Frequenz von Patient zu Patient sehr unterschiedlich sind. So kann es vorkommen, dass bei manchen Patienten fast täglich Eintragungen zu dessen Befinden vorliegen, während bei anderen höchstens ein Eintrag im Monat zu finden ist, was besonders bei Patienten mit jahrelanger Aufenthaltsdauer öfters der Fall ist. Außer dem Befinden des Patienten wird in der Krankengeschichte über eventuelle Beurlaubungen, besondere Vorkommnisse wie beispielsweise das Fortlaufen eines Patienten, sowie über auffällige Verhaltensweisen gegenüber Ärzten und Pflegepersonal berichtet. Am Ende einer solchen Krankengeschichte stehen in den meisten Fällen kurze Bemerkungen von Seiten der Ärzte zum Therapieausgang und zur Entlassung. .All das erlaubt einen recht anschaulichen Eindruck von den einzelnen Krankheitsverläufen in der Anstalt.

Die Akten fast aller Patienten enthalten neben dem Krankenblatt Korrespondenzen unterschiedlichster Art. Es sind dies zum Einen Briefe von Angehörigen, die teilweise an einen Arzt, teilweise aber auch an die Patienten selbst gerichtet sind und die Anweisungen, Erkundigungen oder auch Ermahnungen enthalten können, je nach Patient und Situation. Oft ist auch Korrespondenz von Kreuzlinger Ärzten enthalten, die sich hauptsächlich an Angehörige der Patienten, aber auch an diese selbst richtet. Hierbei wird häufig über das Befinden der Kranken berichtet, auf Lob oder Klagen von Seiten der Angehörigen oder Patienten eingegangen, das weitere Vorgehen erläutert. Auch Briefe und Postkarten von Patienten an die Ärzte werden unter den in der Akte enthaltenen Dokumenten gefunden. Je nach Geisteszustand der Patienten sind manche davon für den Leser nur schwer bis gar nicht verständlich. Von Interesse sind des Weiteren Korrespondenzen der Konstanzer Ärzte mit solchen Kollegen, die die Patienten vor oder nach deren Aufenthalt im Bellevue betreuten. Vor allem die Einweisungsbriefe sind hierbei von Bedeutung, und zwar besonders auch im Hinblick auf die Diagnosenstellung. Zu beobachten sind in manchen Fällen Diagnosenwechsel durch die Ärzte des Bellevue, auf die in folgenden Teilen der Dissertation näher eingegangen werden soll. In der überwiegenden Anzahl ist diese Korrespondenz handschriftlich, ab ca. 1910 häufiger auch maschinenschriftlich, zumeist in deutscher, gelegentlich auch in französischer Sprache (z.B. Akte Nr. 2845) geschrieben.

Häufig findet man auch Gutachten, die von den Ärzten des Bellevue zu den verschiedensten Zwecken ausgestellt wurden. Ein solches Gutachten wurde beispielsweise zur Durchführung einer Entmündigung oder für andere Amtsangelegenheiten erstellt. Als Beispiel hierfür sei die Akte Nr. 2410 genannt, in der ein solches Gutachten in Form eines Ärztlichen Zeugnisses für den Antrag auf eine Entmündigung vorliegt.

Gerichtliche Dokumente wie Entmündigungen befinden sich in manchen Fällen ebenfalls unter den Dokumenten einer Krankenakte. An dieser Stelle möchte ich abermals auf die Akte Nr. 2410 verweisen, in der ein solcher gerichtlicher Entmündigungsbeschluss im Original als Dokument zu finden ist.

Auch Krankengeschichten der Patienten aus früheren Anstalten (in Abschrift) sind in manchen Akten zu finden. Dies ist insofern interessant, als sie den Krankheitsverlauf

zusätzlich veranschaulichen und einen Einblick in die Krankheit des einzelnen Patienten über dessen stationären Aufenthalt im Bellevue hinaus gewähren.

Einen tieferen Einblick in die genauen Tagesabläufe der Patienten in der Kuranstalt ermöglichen die Tagebücher, die, von den jeweiligen Wärtern mancher Patienten verfasst, einigen der Akten beiliegen. Hierin wurden der genaue Tagesablauf des Patienten, Stimmung und Verhalten gegenüber Personal und Mitpatienten, sowie seine täglichen Beschäftigungen festgehalten. Oft wird auch genau dokumentiert, was und wie viel der Patient an Nahrung zu sich nahm und wie bzw. ob er in der Nacht geschlafen hat. Durch die teilweise sehr plastischen Schilderungen der Wärter erhält man beim Durchlesen solcher Tagebücher ein recht lebhaftes Bild der Patienten. Niedergeschrieben sind diese Tagebücher teils in kleinen blauen Heftchen (z.B. Akte Nr. 2845), oder aber als Zusatznotizen auf einem Block für Bemerkungen zum Essverhalten der Patienten (z.B. Akte Nr. 2410).

Verstirbt ein Patient während seines Aufenthaltes in Bellevue oder kurz danach, so findet man häufig eine Todesanzeige unter den Dokumenten in der Akte (z.B. Akte Nr. 2845), in manchen Fälle sogar ein Sektionsprotokoll oder einen Befund aus der Pathologie (s. Akte Nr. 2512). In vielen der Akten findet man zusätzlich Dokumente wie Gewichtstabellen, Temperaturkurven oder so genannte Tageseinteilungen. Eine solche Tageseinteilung findet man zum Beispiel unter dem Material der Aktennummer 2446. Sie ist exemplarisch in Kapitel 5.2.7 abgedruckt. Außer all diesen Dokumenten enthalten manche der Akten Telegramme von Angehörigen, Zeitungsausschnitte oder Fotos von Patienten (s. Akte Nr. 2653).

3.1.3 Aufnahmebuch²

Das Aufnahmebuch stellt eine Fortsetzung der früher auch als „Personale“ bezeichneten Bücher dar und enthält Angaben zu den Aufnahmen derjenigen Patienten, die zwischen 1895 und 1911 aufgenommen wurden. Es handelt sich um ein abgegriffen aussehendes Buch im Format von ungefähr 17x21 cm, mit einer Dicke von etwa 3 cm. Auf der Vorderseite befindet sich ein Etikett, das nur noch teilweise vorhanden ist: „Aufnahme-[Buch] No 1304 – [3002] Jan. 1895–Dez. [1911]“. Schlägt man nun das Aufnahmebuch auf, so findet man eine Einteilung in verschiedene Rubriken, die in Form von vorge-

² UAT 442/4.

druckten Tabellen angeordnet sind. Von links nach rechts gelesen sind folgende Rubriken vorhanden: „Eintritt“ (hierbei ist das Eintrittsdatum gemeint), „No.“ (beinhaltet die Aufnahme­nummer) „Name“, „Wohnort“, „Alter“ (in dieser Rubrik wurde ab 1910 das Geburtsdatum anstelle des Alters angegeben), „Conf[ession]“, „Ehe“, „Stand“, „Austritt“ (gemeint ist das Austrittsdatum), „Bemerkungen“, „Abgang“. In der Rubrik „Austritt“ wurde zusätzlich die Diagnose des Patienten notiert, wobei es sich hierbei wahrscheinlich um die in Kreuzlingen gestellte Entlassdiagnose handelt. Die Spalte „Bemerkungen“ ist oft nicht ausgefüllt. Bei manchen Patienten sind hier aber Angaben zu Namen oder Adresse der Verwandten vorhanden.

Außer diesen Daten enthält das Aufnahmebuch aber auch Angaben zum Bestand. So ist zu Beginn des Aufnahmebuches eine Bestandsbeschreibung am 1. Januar 1895 über alle Spalten verteilt aufgelistet. Dabei wird, nach Geschlechtern getrennt, Name und Aufnahme­nummer aller zu dem Zeitpunkt im Bellevue weilender Patienten niedergeschrieben und aufaddiert. Auf diese Weise wird zu Beginn eines jeden Jahres verfahren. Zu Beginn des Jahres 1906 befinden sich nach diesen Angaben insgesamt 55 Patienten in der Anstalt, wovon 31 als weiblich und 24 als männlich verzeichnet sind, Anfang 1910 sind es mit 37 Damen und 29 Herren insgesamt 66 Patienten.

Die beiden letzten Doppelseiten enthalten zusätzlich noch genauere Angaben zum Bestand. Die vorletzte Doppelseite besteht dabei aus einer Tabelle, in der jedes der Jahre 1895 bis 1911 aufgelistet ist und folgende Angaben zu jedem dieser Jahre gemacht werden: Angaben zum Bestand am ersten Januar diesen Jahres, zur Zahl der Aufnahmen, zur Zahl der Behandlungstage, zum täglichen Durchschnitt, zur Summe, zur Zahl der Entlassungen in diesem Jahr, sowie zur Anzahl der Todesfälle. Die Rubriken „Behandlungstage“ und „täglicher Durchschnitt“ sind jeweils wieder in durch Buchstaben gekennzeichnete Untergruppen aufgeteilt. Dabei steht ein „N“ für „nervenkrank“, ein „G“ für „gesellschaftsfähige Geisteskranke“, ein „Gx“ für „zeitweise gesellschaftsfähige Geisteskranke“, ein „U“ für „unruhige, unreinliche, überhaupt nicht gesellschaftsfähige Geisteskranke“ und ein „P“ für „Paralytiker“. So kann man der Tabelle u.a. für das Jahr 1906 exemplarisch entnehmen, dass sich am 1.1. 55 Patienten in der Anstalt befanden und über das ganze Jahr verteilt 114 Patienten aufgenommen, sowie 116 entlassen wurden. Dabei sind für dieses Jahr zwei Todesfälle registriert. Auf der allerletzten Doppelseite ist der Bestand eines jeden Jahres am ersten Tag eines jeden Monats dieses Jahres

angegeben und am Ende ein Jahresdurchschnitt errechnet worden. Dieser Jahresdurchschnitt beträgt im Jahr 1906 58,9 Patienten, im Jahr 1910 sind es 65.

3.1.4 Krankengeschichten diagnostisch geordnet

Eine Zuordnung der Patienten der Anstalt Bellevue zu definierten Diagnosen kann dem Dokument mit der Signatur 442/10, „Krankengeschichten diagnostisch geordnet“, entnommen werden. Darin finden sich die Diagnoseschemata sowie Angaben zum verwendeten Quellenmaterial (für die Diagnosen) und die letztendliche Einteilung der Patienten nach Diagnosen. Erstellt wurde dieses Dokument maßgeblich von Hermann Smidt.

Der Faszikel besteht aus einer losen Ansammlung von Blättern, die in einer blauen Pappmappe aufbewahrt werden. Die Maße entsprechen in etwa der DIN A4, wobei sie geringfügig größer sind. Öffnet man nun die Mappe, so findet man zunächst einen Pappdeckel, auf dessen Etikett in Handschrift steht: „Krankengeschichten diagnostisch geordnet“. Es folgen zwei Dokumente mit dem Titel „Diagnosentafel“, eines davon maschinenschriftlich auf einem kleinen Pappdeckel, eines handschriftlich im Format der übrigen Dokumente dieser Mappe. Auf diesen sind Diagnosen aufgelistet, in Untergruppen aufgeteilt und durchnummeriert, wobei beide Dokumente in Diagnosen und deren Nummerierung nahezu ganz übereinstimmen. Der einzige Unterschied besteht darin, dass die maschinenschriftliche Diagnosentafel 20 Kategorien enthält, während in der handschriftlichen nur Diagnosen 1 –18 aufgeführt werden. Damit fehlen hier die Diagnosen „Exogener Reaktionstypus“ (Nr.19) und „Commotio u. Contusio cerebri“ (Nr. 20). Letztere Kategorie wurde, wie auf der maschinenschriftlichen Tafel vermerkt, erst 1955 eingeführt. In Anbetracht dessen scheint die maschinenschriftliche Version die aktuellere von beiden zu sein. Auf diese Schemata folgt ein Blatt mit Erläuterungen zu den verwendeten Abkürzungen, wie etwa „L“ für Lues. Diese Angaben sind handschriftlich.

Bei den nächsten Dokumenten wird zwischen dem Zeitraum Ludwig I, Robert und Ludwig II unterschieden. Es handelt sich dabei um Angaben dazu, aus welcher Quelle die Angaben zur Diagnose genommen wurden, sowie schließlich um die Zuordnung der Patienten zu diesen. Zunächst also zum Material der Epoche Robert Binswanger, in die ein Großteil der Aufnahmen zwischen 1906 und 1910 fällt. Als solche Quellen werden

hier zum einen Briefe und Dokumente erwähnt, zum anderen wird auf die Krankengeschichten als Materialquelle verwiesen. Es folgt dann die Zuordnung eines jeden Patienten der Aufnahmeummern 428 bis 2460 zu einer der in der Diagnosentafel aufgelisteten Diagnosen. Dies sieht im Dokument folgendermaßen aus: Jedes Blatt erhält als Überschrift eine Diagnose. Dann folgen, von links nach rechts handschriftlich niedergeschrieben, alle diejenigen Patienten, die im Zeitraum Robert Binswanger unter diese Diagnose fallen, und zwar geordnet nach der Aufnahmeummer. Mit Hilfe von Abkürzungen wird bei jedem dieser Patienten erwähnt, aus welcher Quelle die Angaben stammen, also ob sie der Krankengeschichte entnommen, oder in Briefen und Dokumenten festgehalten sind. Zusätzlich sind manche der Patienten mit einem oder zwei Kreuzen versehen. Eine Erläuterung zu diesen Kreuzen gibt Smidt auf der ersten Seite des Dokumentes für den Zeitraum Robert Binswanger, direkt unter den Angaben zum in dieser Epoche verwendeten Material. So schreibt Smidt: „Ein Kreuz x neben den Nummern bedeutet, dass Material zu weiterer Behandlung einigermaßen genügend vorhanden ist. Zwei Kreuze xx neben den Nummern bedeuten, dass die Krankengeschichten besonderes Interesse verdienen wegen der Person des Patienten, seiner Krankheitsform oder besonderer Reichhaltigkeit des Materials.“ Diese genaue Kennzeichnung war bei der Bearbeitung der Akten recht hilfreich, da es somit leichter fiel, Krankengeschichten von besonderem Interesse aufzufinden und eventuell genauer zu bearbeiten. Unter den 18 Akten, die in vorliegender Dissertation transkribiert wurden, befinden sich acht Akten mit einem³, und 3 Akten mit zwei Kreuzen⁴.

Zum besseren Verständnis sollen die in diesem Faszikel vorhandenen Daten kurz anhand eines Beispiels, nämlich der Akte Nr. 2410, bei der eine Dementia praecox konstatiert wurde, dargestellt werden: Sucht man also die Aufnahmeummer 2410 unter der Diagnose „Dementia praecox“ unter den Dokumenten für den Zeitraum Robert Binswanger, so findet man folgende Angaben zu dieser Patientin: „2410 K xx B *Haller, W*“. Man kann nun anhand der Erläuterungen zum Material auf der ersten Seite des Dokumentes für den Robert-Zeitraum herausfinden, dass das vorhandene Material für diese Patientin deren Krankengeschichte („K“) sowie Briefen und Dokumenten („B“) ent-

³ Patient Nr. 2340.

⁴ Patienten Nr. 2410, Nr. 2513, Nr. 2781 [zu finden unter Nr. 2229 – welche Nr. anzeigen?].

stammt, und dass die Krankengeschichte darüber hinaus von besonderem Interesse ist („xx“). Außerdem geht aus den Angaben das Geschlecht der Patientin hervor („w“).

Ein Teil der in vorliegender Arbeit bearbeiteten Patienten fällt mit einer Aufnahme-nummer größer 2640 in den Zeitraum Ludwig Binswanger jun. Für diese Aufnahme-nummern gibt es im Faszikel „Krankengeschichten diagnostisch geordnet“ eine geson-derte Aufführung, nämlich die der Epoche Ludwig II. Von der Art her ist dieser Teil dem vorhergehenden sehr ähnlich. Man findet auch eine Diagnosentafel, die den vor-hergehenden gleicht, eine Liste mit Abkürzungen, dieselben Vermerke zu eventuell vorhandenen Kreuzen. Angaben zur Herkunft der Daten fehlen hier allerdings. Die Ein-träge sehen jetzt also folgendermaßen aus (dargestellt am Beispiel der Akte Nr. 2845 - Diagnose „Dementia praecox hebephrenica“): „2845 *Schmid, M.*“ Anstatt dem Ge-schlecht wie im vorigen Zeitraum wird jetzt der Anfangsbuchstabe des Vornamens, in dem Fall „M“ für „*Marianne*“ angegeben. Ein Verweis auf Material fehlt, wie erwähnt.

3.1.5 Protokollbuch der ärztlichen Konferenz⁵

Im „Protokollbuch der ärztlichen Konferenz“, einem gebundenen, ca. 3cm dicken Buch mit linierten Seiten und vorgedruckten Seitenzahlen, findet man Einträge von der ersten Sitzung am 1. Januar 1901 bis zum 15. August 1910. Eingeführt wurde dieses Schrift-stück zur Dokumentation der seit dem 1. Januar 1901 durchgeführten täglichen Dienst-besprechungen. Allerdings fand diese Dokumentation mit wechselnder Intensität statt, und das Protokollbuch diente darüber hinaus lange Zeit eher der Dokumentation von Patientenverteilungen auf die Ärzte oder der Dokumentation von Dienstplanerstellun-gen, wie weiter unten erläutert werden wird. Ganz vorne im Buch befindet sich ein lose eingeordnetes Blatt, auf dem handschriftlich sämtliche Regeln festgehalten sind, die während der Konferenz einzuhalten sind. Hier wird festgelegt, wie die Konferenz ab-läuft, wann sie stattfindet, wer an den Konferenzen teilzunehmen hat, wann ein Fehlen zu entschuldigen ist, wer den Vorsitz hat (nämlich der Dienstälteste) und wie man sich während der Konferenz zu verhalten hat. Hierzu ein kleiner Auszug aus dem letzten Absatz dieses Bogens: „9. Das Lesen von Zeitungen und Büchern, das Besehen von Bilderbüchern, das Klimpern mit der Schreibmaschine, überhaupt jeder Handbetrieb ist

⁵ UAT 442/228.

in der C. zu unterlassen. Zur Bändigung der Hände wird das Rauchen von größeren Cigarren empfohlen.“

Über die Jahre hinweg sehen die Einträge in dieses Buch sehr unterschiedlich aus, wobei im Rahmen dieser Dissertation das Augenmerk hauptsächlich auf die Jahre 1906-1910 gerichtet werden soll. In diesen Jahren diente das Protokollbuch vor allem dazu, die Aufteilung der Patienten auf die verschiedenen betreuenden Ärzte festzuhalten. Man kann anhand der Einträge also feststellen, welcher Arzt welche Patienten zur angegebenen Zeit betreute. Die Einträge finden in unregelmäßigen Abständen statt, mal findet man innerhalb eines Monats zwei, mal innerhalb von vier Monaten nur einen Eintrag. Der erste Eintrag im Jahr 1906 stammt vom 8. Juni, die restlichen folgen wie schon erwähnt in unregelmäßigen zeitlichen Abständen. Auffallend ist, dass für das Jahr 1908 nicht eine einzige Eintragung verzeichnet ist, und auch in den folgenden Jahren sind nur spärlich Notizen zu finden. Im Jahr 1909 gibt es wieder acht Eintragungen, die sich aber von denen vorgehender Jahre dadurch unterscheiden, dass es sich dabei nicht wie üblich um Patientenaufteilungen unter den Ärzten handelt. So beinhaltet die Notiz vom 08. Mai 1909 das Protokoll einer Konferenz, in der offensichtlich die Dienstverteilungen und freie Nachmittage für die Ärzte besprochen wurden. Die folgenden fünf Einträge sind kurz. Es wurde hier lediglich festgehalten, welcher Arzt die Visiten übernommen hatte, und wer frei hatte. In der vorletzten Eintragung des Jahres findet man wieder eine Aufteilung, wobei diesmal allerdings die verschiedenen Häuser auf die Ärzte verteilt wurden. Im letzten Eintrag gibt es dann wieder die gewohnte Aufteilung der verschiedenen Patienten auf die Ärzte. Im Jahr 1910 sind insgesamt nur zwei Eintragungen zu verzeichnen, wobei die eine davon eine Patientenverteilung auf die Ärzte, die andere eine Dienstverteilung auf die Ärzte beinhaltet. An dieser Stelle brechen die Eintragungen ab, obwohl das Buch noch nicht einmal bis zur Hälfte gefüllt ist. Offensichtlich wurde es von dem Zeitpunkt an nicht mehr weitergeführt. Allerdings liegen dem Protokollbuch zusätzlich noch einige Notizen wahrscheinlich von Ärzten bei, u.a. eine aus dem Jahre 1907 über verschieden Medikamente.

3.1.6 Arzneiverordnungen⁶

Beim so genannten Arzneiverordnungsbuch handelt es sich um insgesamt drei Bände, von denen die letzten beiden den Zeitraum 1906-1910 mit erfassen, weshalb folgende Erläuterungen auch auf diese beiden beschränkt sind. In Art und Aussehen sind sich die zwei Bände sehr ähnlich. Sie sind beide knapp 40 cm lang und 2-3 cm dick. In der Breite unterscheiden sie sich geringfügig: Der ältere Band misst 15 cm, der neuere knapp 2cm mehr. Die Etiketten sind auf beiden nicht mehr lesbar. Es sind in beiden Fällen linierte Seiten mit vorgedruckten Seitenzahlen zu finden, alle sonstigen Einträge erfolgten handschriftlich. Der erste für den Zeitraum 1906-1910 relevante Band beginnt am 18. Januar 1905 und endet am 21. Oktober 1909.

Die Aufzeichnungen sind nach Datum geordnet. In der Handschrift des Arztes ist niedergeschrieben, welche Medikamente er an diesem Tag welchen Patienten verordnet hat. Hinter den einzelnen Medikamenten findet man oft den Preis verzeichnet, die Einträge enden jeweils mit der Unterschrift des verordnenden Arztes. So lautet beispielhaft eine der Verordnungen:

25.V.09.
Codein phosphoric. 0,05
Aq. dest 10,0
M.D. in Tropffläschchen
S. Nach Anweisung 5-20 Tropfen zu nehmen.
Für Graf *Eichthal*
Dr. Reese

Im folgenden Band findet sich der erste Eintrag am 22. Oktober 1909, der letzte am 27. Februar 1919. Die Art der Einträge entspricht der des vorigen Bandes – es finden sich als Informationen jeweils das Datum, die verordneten Medikamente, der Name des Patienten, sowie die Unterschrift des Arztes und eventuell Rechnungen, die sich auf die Kosten der einzelnen Medikamente beziehen.

3.1.7 Die Kopierbücher⁷

Diese Bücher enthalten die von Ärzten des Bellevue verfasste ausgehende Korrespondenz an Angehörige der Patienten oder an ärztliche Kollegen. In der Ära Robert Bins-

⁶ UAT 442/222-223.

⁷ UAT 442/69-72.

wanger gibt es 23 dieser Bücher, Band 1 bis 23. Für den Zeitraum 1906-1910 sind insgesamt sechs davon aufgrund des Datums relevant, und zwar sind dies die Bände mit den Nummern 18 bis 23. Dabei beginnt Band Nr. 18 schon am 27. Februar 1905; Band 23 endet am 2. Februar 1911.

Es handelt sich um 39 cm lange, 25 cm breite und 5 cm dicke Bücher, die Direktkopien dieser Dokumente enthalten. Die Vorderseite trägt ein Etikett mit dem gedruckten Titel „Kopier-Buch“ und der handschriftlich in römischen Zahlen festgehaltenen laufenden Bandnummer. Diese Nummer befindet sich ebenfalls handschriftlich auf dem Buchrücken, zusammen mit dem genauen Zeitraum, für den die Korrespondenz im jeweils vorliegenden Band zu finden ist. Für Band 23 ist dies beispielsweise der Zeitraum vom 21. Juni 1910 – 2. Februar 1911, wie auf dem Buchrücken unter der laufenden Nummer vermerkt ist. Die Briefe folgen ohne weitere Anmerkung aufeinander und sind größtenteils handschriftlich, ab und zu aber auch maschinenschriftlich. Am Ende eines jeden Briefes befindet sich die Unterschrift des Verfassers. Allerdings ist der Name in manchen Fällen nur schwer lesbar, da die Schrift ausgebleicht ist oder am Seitenende abbricht. Die pergamentartig dünnen Seiten lassen nur eine einseitige Beschriftung zu, als einzige vorgedruckte Angabe findet sich die Seitenzahl links oben auf jeder Seite. Die Zuordnung der einzelnen Briefe zu den entsprechenden Patienten oder Ärzten erfolgt nach einem alphabetischen Register am Ende eines jeden Kopierbuches, wo unter entsprechenden Rubriken der Name (alphabetisch geordnet) und Wohnort der Person, an die sich der Brief richtet, sowie die Seitenzahlen im Kopierbuch, auf denen man Korrespondenz zu dieser bestimmten Person findet, angegeben sind. Diese Angaben erfolgten handschriftlich.

3.1.8 Briefe von Robert Binswanger

An Schriftstücken von Robert Binswanger persönlich im Zeitraum 1906-1910 ist lediglich ein Brief an seinen Bruder Otto erhalten, der zusammen mit sämtlichen anderen von Robert Binswanger verfassten Briefen in einer blauen Pappmappe aufbewahrt wird.⁸ Der Brief wurde am 2. Mai 1906 verfasst und berichtet von Roberts Aufenthalt in Sachsenhausen, wo er sich aus gesundheitlichen Gründen zur Behandlung befand. Robert berichtet darin ausschließlich über seinen eigenen Gesundheitszustand. Die zahlreichen

⁸ UAT 443/181 und 443/198.

restlichen Briefe stammen alle aus den Jahren zuvor und fallen somit nicht in den hier bearbeiteten Zeitraum.

3.2 Auswertungsmethode

Die vorliegende Arbeit befasst sich in diesem Kapitel mit der Auswertung der Daten des Fünfjahreszeitraums 1906-1910 und hat zur Aufgabe, diesen Zeitraum sowohl nach quantitativen als auch nach qualitativen Gesichtspunkten zu beleuchten. Dabei soll besonders auf die Darstellung der Patientenschaft des Bellevue, auf die dort gestellten Diagnosen sowie auf die Therapie eingegangen werden. Zur Veranschaulichung folgen im nächsten Kapitel ausführlichere Informationen und Schaubilder zur Auswertung dieser Daten. Im vorliegenden Teil sollen die Auswertungsmethode sowie dabei auftretende Probleme thematisiert werden.

3.2.1 Methode zur quantitativen Auswertung

Ein erster wichtiger Punkt bei der Methode war zunächst das Sichten des Datenmaterials für die gesamten im Zeitraum 1906-1910 in die Anstalt Bellevue aufgenommenen 613 Patienten, was die Aufnahmeummern 2276 bis 2889 umfasst. Zu erheben waren dabei Daten zum Sozialprofil der Patienten, zur Diagnose und schließlich zur Therapie in der Kuranstalt, wobei die Vorgehensweise dabei in drei Teilschritte zu gliedern ist:

Im ersten Schritt erfolgte die Erfassung der Daten für die Verwaltung im Universitätsarchiv. Dabei wurden Basisdaten wie Signatur, Name, Alter und Jahr der ersten stationären Aufnahme im Bellevue festgestellt. Der zweite Schritt bestand in der Ergänzung dieser Basisdaten durch Angaben zum Aufnahme- und Entlassdatum, zum Beruf, Familienstand, Herkunftsort, Konfession, zur Diagnose und letztlich zum Therapieausgang der einzelnen Patienten. Diese Angaben wurden den jeweiligen Aufnahmebüchern entnommen. In einem dritten Schritt wurden anschließend diese gesamten Daten mit den eigentlichen Krankenakten verglichen und wenn nötig korrigiert oder ergänzt. Außerdem wurden hierbei weitere Materialien registriert und erfasst. Dieser Schritt wurde von jedem Doktoranden zu seinem jeweiligen Fünfjahreszeitraum durchgeführt, wodurch ein erster Überblick über das gesamte Material gewonnen wurde.

Die Gesamtheit der auf diese Weise erfassten Sozial- und Medizinaldaten wurde zur Ermöglichung einer systematischen Auswertung in einer Datenbank des Programms

TUSTEP angelegt. Dabei handelt es sich um ein in Tübingen entwickeltes Textverarbeitungssystem, das u.a. das Bearbeiten strukturierter Daten, sowie eine Einteilung dieser Daten in beliebige Kategorien ermöglicht. Durch die Möglichkeit der Zuordnung in derartige Kategorien hat sich das Programm TUSTEP für vorliegende Arbeit insofern als sehr hilfreich erwiesen, als zuvor erfasste Originaltexte, wie beispielsweise Berufs- und Diagnosebezeichnungen in einem folgenden Schritt selbst gewählten Kategorien zugeordnet werden können. Dies ist im Hinblick auf sich mit der Zeit wandelnde Begriffe bei Diagnosen oder auch Berufen von ausgesprochenem Vorteil. Die TUSTEP-Datenmaske kann folgendermaßen kurz charakterisiert werden: Bestehend aus beliebig vielen und beliebig langen Feldern, die gruppiert, sortiert und formatiert werden können, werden definierte Merkmale für jeden Patienten erfasst. Diese Merkmale bestehen im einzelnen aus der Aufnahmeummer, dem Jahr der Aufnahme, dem Aufnahme- und Entlassdatum, dem Namen, dem Geschlecht, dem Geburtsdatum, dem Alter bei der Aufnahme, dem Wohnort, Herkunftsland, Familienstand, der Konfession, dem Beruf, der Aufnahme- und Entlassdiagnose, einem Diagnoseschlüssel, dem einweisenden und dem behandelnden Arzt, sowie aus der Therapie und deren Ausgang. Zusätzlich ist eine Rubrik zur Erfassung vorhandener Korrespondenzen und eventueller Besonderheiten vorhanden.

Das gewonnene Datenmaterial wurde also in diese Rubriken kategorisiert und anhand von Excel-Tabellen statistisch ausgewertet. Auf diese Weise kann man die Verteilung der Patienten des Bellevue im Hinblick auf unterschiedliche Aspekte veranschaulichen (s. Kapitel 4). Außerdem ermöglicht diese Art der Erfassung den Vergleich mit Sozial- und Medizinaldaten anderer Anstalten, da die somit erschlossenen Daten unter quantifizierenden Gesichtspunkten wie Patientenbestand, Verweilzeiten, Geschlechts- und Altersverteilung, Beruf, Herkunftsland oder etwa dem Krankheitsbild dargestellt werden können.

3.2.2 Methode zur qualitativen Auswertung

Zur qualitativen Auswertung wurden die Krankengeschichten in den jeweiligen Fünfjahreszeiträumen herangezogen und transkribiert. Durch die Eingabe sämtlicher in einer solchen Akte enthaltenen Dokumente im Volltext wurden die Krankengeschichten für weitere Fragestellungen auf der diskursiven Ebene zugänglich gemacht. Dabei wurde so

vorgegangen, dass jeder Doktorand die gleiche physikalische Aktenmenge von 20 cm transkribierte. Das bedeutete für die Jahre nach 1875, dass eine gewisse Auswahl an Akten getroffen werden musste, denn von diesem Zeitraum an stieg der Patientenbestand in der Anstalt beständig, so dass weit mehr als 20 cm Aktenmaterial pro Fünfjahreszeitraum enthalten sind. Die Auswahl hierzu wurde anhand eines Zufallsprinzips getroffen. Für den Zeitraum 1906-1910 bedeutet dies, dass jede 30. Akte transkribiert wurde, womit insgesamt die Dokumente von 18 Akten in den Computer eingegeben wurden. Prinzipiell wurden alle Dokumente der jeweiligen Aufnahme transkribiert, auch wenn der Aufenthalt des Patienten über den Fünfjahreszeitraum hinausreichte. Da viele solcher Dokumente handschriftlich, meist in deutscher Kurrentschrift sowie z.T. in einer anderen Sprache (im Zeitraum 1906-1910 oft auf Französisch) niedergeschrieben sind, bereitete diese Aufgabe häufig erhebliche Probleme.

Da die Zufallsstichprobe nicht alle interessanten Akten mit abdecken kann, wurden zusätzlich zu diesen solche Akten transkribiert, die beim vorherigen generellen Durchsehen aufgrund bestimmter Merkmale aufgefallen waren (berühmte Patienten oder Beziehungen eines Patienten zu einer berühmten Persönlichkeit dieser Zeit). Letztendlich dienen diese transkribierten Akten dazu, Diagnosenstellungen und Therapieansätze in der Binswanger'schen Anstalt darzustellen und einer Untersuchung zugänglich zu machen.

3.2.3 Bemerkungen und besondere Probleme bei der Auswertung

Zum besseren Verständnis der Statistiken im folgenden Kapitel ist es von Bedeutung, die schrittweise Durchführung der Datenerhebung und eventuelle Probleme dabei zu kennen. Dazu sollen nachfolgende Angaben dienen:

Zur Ermittlung der genauen Zahl der Patientenaufnahmen pro Jahr wurde so verfahren, dass jeder in die Anstalt eintretende Patient eine Aufnahme Nummer erhielt. Trat ein Patient mehrmals in die Anstalt ein, so erhielt er eine neue Aufnahme Nummer, wobei seine kompletten Krankenunterlagen unter der ersten Nummer aufbewahrt wurden. Im Falle dass ein Patient sich beurlauben ließ, wurde dies im Aufnahmebuch vermerkt und der Patient nach Beendigung des Urlaubes unter der alten Aufnahme Nummer wieder

aufgenommen. Diese Urlaubszeiten wurden auch in der Datenbank verzeichnet und von den Verweilzeiten der Kranken abgezogen.⁹

Für das genaue Vorgehen bei der Untersuchung der Verweilzeiten der einzelnen Patienten gilt folgendes: Anhand der ermittelten Aufnahme- und Entlassdaten aus den Aufnahmebüchern, den handschriftlichen Bestandsverzeichnissen (442/397) und den Krankenakten selbst konnten zum einen die genauen Verweilzeiten der Patienten ermittelt werden. Zu diesen ist des Weiteren auf die im zweiten Zeitraum zunehmende Zahl der Beurlaubungen hinzuweisen, die in einem Zuwachs an chronisch kranken Langzeitpatienten begründet ist. Zur Berechnung der Verweilzeiten wurden die Urlaube jeweils von der Verweildauer abgezogen und die Mittelwerte der Verweilzeiten jeweils mit und ohne Berücksichtigung extrem langer Zeiten angegeben. Zusätzlich wurden die Mediane ermittelt. Probleme bei der Erfassung der Aufnahme- und Entlassdaten ergaben sich insofern, als die genauen Daten zum Teil kaum zu entziffern waren. Bei derartigen Problemen wurde so verfahren, dass bei unsicheren Lesungen die Daten in eckige Klammern gesetzt wurden. Waren Daten gänzlich unleserlich wie beispielsweise auf den beschnittenen Seiten des Personale III, so wurden andere Quellen zur Ergänzung herangezogen und das wahrscheinlichste Datum für Ein- bzw. Austritt bestimmt. Auch solche Daten gingen in die Verweilzeitenberechnung mit ein. Weitere Schwierigkeiten ergaben sich, wenn die Angaben zum Aufnahme- bzw. Entlassdatum in der Krankenakte nicht mit denen aus dem Aufnahmebuch übereinstimmten. Dies hat seinen Grund darin, dass die Krankenakten teilweise einen Tag nach dem Eintritt des Patienten angelegt und einen Tag vor dessen Austritt bereits geschlossen wurden. In solchen Fällen wurde auf die Angaben im Aufnahmebuch zurückgegriffen.

Abgesehen von den Verweilzeiten dienten die Aufnahme- und Eintrittsdaten der Berechnung der Bestandsziffern jeweils zum Ende eines Quartals herausgegeben. Eine Erfassung zum Jahresende hatte wenig Aussagekraft, weil viele Patienten über Weihnachten und Silvester beurlaubt oder entlassen wurden.

Das Alter der Patienten wurde aus dem jeweiligen Geburtsdatum errechnet. Fehlten Angaben zu diesem, so wurde die im Aufnahmebuch verzeichnete Altersangabe übernommen. Eventuelle Probleme bei der Ermittlung des Alters ergeben sich, wenn man

⁹ Moses u. Hirschmüller (2004).

beachtet, dass die im Aufnahmebuch verzeichneten Altersangaben im Vergleich zu den aus dem Geburtsdatum errechneten Angaben zum Teil aufgerundet sind. Dies spielt besonders im ersten Zeitraum eine Rolle, da diese Angaben sich hier stark an den Aufnahmebüchern orientieren und dadurch teilweise geringfügig zu hoch angesetzt sind. Im zweiten Untersuchungszeitraum, mit dem sich diese Arbeit hauptsächlich befasst, ist diese Gefahr als deutlich geringer einzuschätzen, da man häufig über ein genaues Geburtsdatum verfügt.

Ausgangspunkt für die Ermittlung des Herkunftslandes sind die Angaben zum Wohnort der Patienten im Aufnahmebuch. Daraus konnte das jeweilige Herkunftsland rekonstruiert werden. Problematisch waren hierbei solche Zuordnungen, die von einer Änderung der Staatsgrenzen oder von Grenzverschiebungen betroffen waren, wie z.B. im Falle Elsass-Lothringens. Eingetragen wurden die jeweils heute gültigen Länder- und Regionsbezeichnungen.

Über diese Daten hinaus wurde die jeweilige Schichtzugehörigkeit der Patienten ermittelt. Die Erfassung dieser Daten stützt sich zunächst auf die Angaben im Personale, wo unter der Rubrik „Stand“ die Berufe der Patienten verzeichnet sind. Zu beachten ist hierbei, dass bei Frauen unterschieden werden muss, ob es sich dabei um einen von der jeweiligen Frau selbst ausgeübten Beruf oder um den des Vaters bzw. des Ehemannes handelt. Ist die Rubrik „ohne Beruf“ verzeichnet, so muss unterschieden werden, ob keine Berufsangabe aus dem vorhandenen Datenmaterial hervorgeht, oder ob der betreffende Patient tatsächlich keinen Beruf ausübte, wie dies bei Pensionären oder Rentiers der Fall war. Zur Ergänzung der Daten aus dem Personale konnten die Krankenakte herangezogen werden, die teilweise in Bezug auf derartige Angaben recht ergiebig sind.

Zur besseren Beurteilung von Veränderungen in diesem Bereich wurden die zeitgenössischen Berufsbezeichnungen in übergeordnete Gruppen zusammengefasst. Dies geschah entsprechend nachfolgend dargestellter Tabelle:

Übergeordnete Kategorie:	Beispiele aus dem Aufnahmebuch:	Schlüssel
Unternehmer	Fabrikant, Industrieller	1
Kaufmännische Berufe	Kaufmann, Buchhalter, Direktor, Bankier, Handelskaufmann	2
Akademiker und Studenten	Ärzte, Juristen, Lehrer, Ingenieure, sonstige qualifizierte Experten	3
Künstler und Journalisten	Schriftsteller, Musiker, Maler, Schauspieler	4
Höhere Beamten	Geheimrat, Landrat, Regierungsrat, Diplomat, Senatspräsident	5
Mittlere und niedere Beamten	Registrator, Zollaufseher, Amtmann, Kanzlist	6
Gewerbe, Handwerk, Kleinhandel	Sämtliche Handwerker, Gastwirte	7
Arbeiter und Dienstpersonal	Industriearbeiter, Dienstboten, Tagelöhner	8
In der Landwirtschaft Tätige	Gutsbesitzer, Großgrundbesitzer, Agrarökonom, Gutsverwalter	9
Militär/Offiziere	Hauptmann, Major, General (ohne Dienstleistung, wie z.B. Regimentsarzt)	10
Adel		11
Privatiers		12
Rentiers	Pensionäre oder Personen, die von sonstigen Renteneinkünften leben	13
Beruf unbekannt	Beruf wird weder im Personale noch in der Akte genannt	14
Sonstige Bezeichnungen	Schüler, Gymnasiast, Tourist	15

Tabelle 1: Schema der Gliederung nach dem Beruf mit Verschlüsselung

Zur Veranschaulichung wurden die einzelnen Berufsgruppen zum Teil zusätzlich folgenden Schichtzugehörigkeiten zugeteilt:

Schlüssel	Schichtzugehörigkeit:
1,2	Wirtschaftsbürgertum
3,4,5	Bildungsbürgertum
6,7	Kleinbürgertum
11,12,13	Kein Beruf wird ausgeübt

4. Die Kuranstalt Bellevue im Zeitraum 1906-1910

4.1 Zur Geschichte des Bellevue

Es handelt sich bei der Kreuzlinger Anstalt in erster Linie um einen Familienbetrieb, in dem im Laufe der Zeit vier Generationen der Familie Binswanger tätig waren. Die Geschichte des Bellevue lässt sich anhand ihrer jeweiligen Leiter in folgende drei Epochen einteilen: Das „Asyl“ von 1857-1880 unter der Leitung von Ludwig Binswanger senior, die „Kuranstalt“ 1880-1910 unter der Leitung Robert Binswangers und die „Klinik“ von 1911-1956 unter Ludwig Binswanger junior.¹⁰ Von 1957 bis zur Schließung im Jahre 1980 stand die Anstalt unter der Leitung von Wolfgang Binswanger. Zur Veranschaulichung soll jede dieser drei Epochen kurz geschildert werden, bevor im nachfolgenden Kapitel die Entwicklung der Anstalt speziell im Zeitraum 1906-1910 dargestellt werden soll.

So begann die Geschichte des Bellevue mit dem Kauf einer ehemaligen Buchdruckerei durch Ludwig Binswanger senior¹¹ (1820-1880) im Jahre 1857. In dieser Privatvilla namens „Bellevue“ errichtete er, damals Leiter der kantonalen Irrenanstalt Münsterlingen, ein Sanatorium für psychisch Kranke. In diesem inmitten von großzügigen Parkanlagen und Wiesen gelegenen Haus beherbergte Ludwig Binswanger zu Beginn etwa 15 Kranke, die mit dem Arzt und seiner Familie unter einem Dach lebten. Durch ständig steigende Patientenzahlen wurde die Anstalt in den folgenden Jahren um vier Gebäude erweitert – der „Mittelbau“ 1870, die „Harmonie“ 1873, „Landegg“ 1879 und schließlich das etwas von der Anstalt entfernte Gut „Brunegg“ in Emmishofen, das dem Arzt, seiner Familie sowie einigen ausgewählten Kranken als Wohnsitz diente. Von Anfang an bezog der Arzt seine gesamte Familie voll mit in das Anstaltsleben ein, und auch sein eigenes Leben stand ganz im Dienste der Kranken. Er führte das Haus im Sinne eines „Asyls“ für geistig Kranke, denen er mit viel Empathie und Menschlichkeit begegnete. Mit der Übernahme der Anstalt durch Ludwigs ältesten Sohn Robert Binswanger¹² (1850-1910) begann die Epoche der „Kuranstalt“. Diese war gekennzeichnet von

¹⁰ Sämtliche Informationen zur Geschichte des Bellevue aus Binswanger (1957).

¹¹ Zur Biographie Ludwig Binswanger senior siehe vorangehende Dissertationen im Rahmen des Projekts.

¹² Zur Biographie Robert Binswangers siehe Dissertation Domeyer (2004).

einigen baulichen Erweiterungen sowie von der Einführung fortschrittlicher medizinischer Behandlungsformen, worauf im folgenden Kapitel eingegangen werden soll. Abgesehen von diesen Änderungen vollbrachte Robert Binswanger den Dienst an den ihm anvertrauten Kranken mit derselben leidenschaftlichen Hingabe, wie dies zuvor sein Vater getan hatte. Auch gelangte das Bellevue unter seiner Führung zu größerer wirtschaftlicher Sicherheit. Die dritte Epoche, die mit dem Amtsantritt von Roberts Sohn Ludwig¹³ (1881-1966) im Jahr 1910 begann, wird auch als Zeit der „Klinik“ bezeichnet. Dies impliziert eine verstärkte Zuwendung der Ärzte auf ihren Dienst am Kranken, besonders durch Ausbau verschiedener Therapien. So kam es zum Bau eines eigenen Hauses speziell für physikalische Therapie, zur Präzisierung von Aufnahmetechnik und Ausführung der Krankengeschichten sowie zu verstärkter Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und Pflegepersonal. Ludwig Binswanger junior zeigte sich zudem offen für neu entwickelte Therapiemethoden wie Psychotherapie und Psychoanalyse. Geprägt von den Lehren Freuds und Bleulers wandte er diese schon bald selbst bei seinen Patienten in Bellevue an und förderte zudem Behandlungsformen wie Hydro-, Liege-, Ernährungstherapien sowie die Anwendung von Gymnastik oder Massagen. Aufgrund der wirtschaftlichen Stabilität konnte er sich stärker als seine Vorgänger der Forschung widmen. Er orientierte sich dabei außer an der Psychoanalyse Freuds auch an der Existenzphilosophie Heideggers. Er wurde der Begründer der so genannten Daseinsanalyse. Ludwigs Sohn Wolfgang Binswanger (1914-1993) übernahm die Anstalt im Jahr 1957 und führte sie bis zu deren vorwiegend aus wirtschaftlichen Gründen nötig gewordenen Schließung im Jahre 1980.

4.2 Allgemeine Situation des Bellevue 1906-1910

Die im Villensystem angelegte Klinik Bellevue lag in Kreuzlingen am Bodensee, Kanton Thurgau, kurz hinter der deutsch-schweizerischen Grenze.¹⁴ 15 Meter über dem See gelegen, bot sich vom Haupthaus Bellevue aus ein freier Ausblick auf Ober- und Untersee, die Alpenkette sowie die Berge des Höggaus (Hohentwiel).¹⁵ Das Mutterhaus verfügte neben den Zimmern und Wohnungen für die Kranken über Damensalon, Musik-, Billard- und Lesezimmer. Die zur Anstalt gehörigen Villen lagen inmitten großzügiger,

¹³ Zur Biographie Ludwig Binswanger junior siehe nachfolgende Dissertationen im Rahmen des Projekts.

¹⁴ FAB Nr. 115; Anstaltsprospekt aus dem Jahr 1908.

¹⁵ FAB Nr. 113; Anstaltsprospekt aus dem Jahr 1878.

mit Turnhalle, Tennis- und Bocciaplatz sowie einer heizbaren Kegelbahn ausgestatteter Parkanlagen in der Nähe der Kreuzlinger Hauptstraße.¹⁶ Eine Ausnahme bildete das komfortabel eingerichtete Gut Brunnegg, das sich eine knappe halbe Stunde vom Mutterhaus Bellevue entfernt auf einer kleinen Anhöhe befand, und Robert Binswanger, seiner Familie sowie einigen ruhigen Kranken als Wohnsitz diente. Den hier untergebrachten Kranken, ihren Familien oder sonstiger Begleitung sollte dort ein ihrer Lebensstellung entsprechendes Landleben unter ärztlicher Aufsicht ermöglicht werden. Durch die Verbindung aller Villen mittels eines Telefonnetzes war die Kommunikation des in der Brunnegg weilenden Personals mit allen anderen Abteilungen der Anstalt gewährleistet. Das Villensystem hatte sich insofern bewährt, als man im Bellevue gerade in der Rolle als Privatanstalt darum bemüht war, den Patienten die ruhige, luxuriöse und ungestörte Atmosphäre zu bieten, die sie von zu Hause gewöhnt waren. Durch Unterbringung in verschiedenen Gebäuden konnte eine räumliche Trennung zwischen ruhigen und unruhigen Kranken vorgenommen und damit diesen Prinzipien Folge geleistet werden. Die einzelnen Villen waren entsprechend den Anforderungen höherer Stände eingerichtet und verfügten über Zentralheizung und elektrische Beleuchtung sowie Vorrichtungen für einfache oder elektrische Bäder. Zum Teil wurden sie sogar stockweise oder vollständig einzelnen Kranken überlassen. In den Villen befanden sich darüber hinaus die Wohnungen der Ärzte Smidt und von Holst sowie die von Binswangers Mutter und seiner jüngsten Schwester Luise.

In Bezug auf therapeutische Konzepte waren in der Kreuzlinger Anstalt geschulte Kräfte für Hydrotherapie, Massage, Licht-, Kohlensäure und Fichtennadelbäder eingestellt.¹⁷ Eine gut eingerichtete Seebadanstalt befand sich darüber hinaus in der Nähe des Bellevue. Den Patienten war außerdem die Möglichkeit zu Gartenarbeit gegeben, wofür eine eigens angestellte, ausgebildete Gartendame zuständig war. Derartige Gartenarbeit wurde im Rahmen der Therapie von ärztlicher Seite angeordnet. Auch für gymnastische Übungen gab es eine für diesen Zweck ausgebildete Dame.¹⁸ Zusätzlich zu diesen therapeutischen Maßnahmen wurde es den Kranken ermöglicht, Unterricht in verschiedenen Gymnasialfächern, Sprachen und Handelswissenschaft zu nehmen, wozu Lehrkräfte aus Konstanz herangezogen wurden. Die reizvolle Umgebung und die Parkanlagen konnten

¹⁶ FAB Nr. 145; Anstaltsprospekt aus dem Jahr 1908.

¹⁷ FAB Nr. 145; Anstaltsprospekt aus dem Jahr 1908.

¹⁸ FAB Nr. 146; Anstaltsprospekt aus dem Jahr 1909.

ganzjährig zu Ausflügen und Spaziergängen genutzt werden, da Kreuzlingen sich infolge seiner Höhenlage (400 Meter über Meeresspiegel) sowie der großen Wasserfläche des Sees eines milden Klimas erfreute. Die Mindestdauer eines Aufenthaltes war generell auf sechs Wochen festgesetzt, die Bezahlung erfolgte monatlich. Falls nötig oder erwünscht, wurden den Patienten gegen Aufpreis Privatwärter für Tag und Nacht zur Verfügung gestellt. Kranke, deren Gesundheitszustand es zuließ, wurden in einen Gesellschaftskreis aufgenommen, an dem sich auch die Ärzte beteiligten. Im Rahmen dieses Kreises fanden gemeinsame Mahlzeiten und Unterhaltungen im Speise- und Konversationssaal des Bellevue statt.¹⁹

Der Zeitraum 1906-1910 fiel gerade noch in die Epoche der von Robert Binswanger als solche bezeichneten „Kuranstalt“ Bellevue. Diese war äußerlich durch Ausbau der baulichen und medizinischen Ausstattung gekennzeichnet. Außerdem bemühte sich Robert, den wachsenden Ansprüchen der Patienten gerecht zu werden, die nunmehr nicht nur ein Asyl der Liebe und Zuneigung für ihre psychiatrische Behandlung forderten, sondern sich gleichzeitig entsprechend dem wissenschaftlichen Fortschritt der Psychiatrie versorgt wissen wollten.²⁰ Ausdruck dieser Bemühungen war neben seiner Bautätigkeit mit Errichtung von offenen und geschlossenen Abteilungen die Versorgung der Kranken mit geschultem Personal, die Durchführung von Arbeitstherapie sowie die Erweiterung der pharmakologischen Behandlung. Im Übrigen leitete Robert die Anstalt ganz im Sinne seines Vaters weiter, was sich unter anderem an der starken Einbindung der Arztfamilien in den Klinikalltag zeigt. Wie oben dargelegt, war auch ihm Geselligkeit in Gemeinschaft mit den Kranken sehr wichtig.

4.3 Im Bellevue tätige Ärzte 1906-1910

Zu erwähnen ist unter diesen zunächst Robert Binswanger persönlich, unter dessen Leitung die Kreuzlinger Anstalt während der Jahre 1906-1910 stand.²¹ Es waren dies insgesamt die letzten Amts- und Lebensjahre des Arztes, der das Bellevue um das Jahr 1880 von seinem Vater Ludwig übernommen hatte. Sein Bruder Otto war unterdessen in Jena mit wissenschaftlichen Arbeiten beschäftigt. Nach Roberts Tod am 6. Dezember

¹⁹ FAB Nr. 145; Anstaltsprospekt aus dem Jahr 1908.

²⁰ Binswanger (1957), S. 20.

²¹ Alle Angaben über die Amtszeit Robert Binswangers sind der Dissertation Domeyer (2004) entnommen.

1910 übernahm sein Sohn Ludwig die Aufgabe der Anstaltsleitung. Dieser war bereits seit dem Jahr 1908 als Assistenzarzt im Bellevue mit tätig gewesen und sollte die Anstalt noch bis 1956 leiten. Ein weiterer Arzt im Bellevue der Jahre 1906-1910 war Dr. Hermann Smidt.²² Dieser befand sich seit 1883 in der Anstalt, und er verließ diese 1908. Smidt war ein Schwager Robert Binswangers und hatte vor seiner Amtszeit im Bellevue an der Charité in Berlin gearbeitet. In Kreuzlingen hatte er die Position eines Oberarztes und Stellvertreters Binswangers inne. Er wurde von Ludwig Binswanger als „hochgebildeter wissenschaftlicher Biologe und Kunsthistoriker“²³ beschrieben. Im Rahmen dieser Interessensgebiete beschäftigte sich Smidt über seine psychiatrische Arbeit hinaus intensiv mit der Geschichte der Anstalt, indem er Arbeiten zu einer Anstaltschronik begann und außerdem jene Karteikarten erstellte, auf denen die Diagnosen sämtlicher Patienten enthalten sind.²⁴ Darüber hinaus veröffentlichte er Arbeiten über Morphin- und Kokainsucht. Otto von Holst, ein weiterer Schwager Binswangers, arbeitete von Ende Mai 1890 bis Ende November 1910 im Bellevue.²⁵ Holst war 1861 in Dorpat geboren und arbeitete nach seinem Medizinstudium in Dorpat und Halle sowie einer Zeit als Volontärarzt bei Volkmann ab 1889 zunächst ein Jahr bei Otto Binswanger in Jena. Nach seiner Hochzeit mit Emma Andrä, einer Schwägerin Roberts, trat er am 25. Mai 1890 seine Stelle als Assistenzarzt in der Kreuzlinger Anstalt an. Ludwig Binswanger schreibt über ihn: „[Otto von Holst] war ein Arzt, dessen äußere Erscheinung schon den gütigen und liebenswürdigen Menschen verriet, der unermüdlich bei Tag und Nacht seinen Kranken beistand, ihr Leben zu dem seinen machte, und, wo er eintrat, Licht, Freude und Mut verbreitete.“²⁶ Die von ihm geführten Krankengeschichten sind durch seine insgesamt ordentliche Schreibweise und seine sorgfältige und systematische Dokumentation bei der körperlichen Untersuchung gekennzeichnet. Holst starb am 28. November 1910 im Alter von 49 Jahren.²⁷ Ein weiterer bedeutender Arzt am Bellevue war Alphonse Maeder. Dieser war in den Jahren 1909 und 1910 am Bellevue tätig. In den Kopierbüchern finden bis zum 10. September 1910 Briefe von ihm.²⁸ Er hatte sich

²² FAB 156.

²³ Herzog (1995), S.39.

²⁴ Domeyer (2004), S. 37.

²⁵ FAB 216.

²⁶ Herzog (1995), S.39.

²⁷ FAB 216; Domeyer (2004).

²⁸ UAT 442/453.

von Anfang an nur für ein Jahr verpflichtet.²⁹ Trotz dieser kurzen Zeit Maeders in Bellevue schient er dort eine bedeutende Rolle gespielt zu haben. So sind von ihm zahlreiche Briefe in den Kopierbüchern enthalten, in denen er an Verwandte von Patienten schreibt. Auch hat er wohl als einer der ersten Ärzte am Bellevue die Methoden der Psychoanalyse angewandt. Ein solcher Fall befindet sich beispielsweise unter dem transkribierten Aktenmaterial. Es handelt sich dabei um einen 28jährigen Neurastheniker³⁰, der gleichzeitig unter Suchterkrankungen litt (Veronal und Nikotin). Für weitere Ausführungen zu diesem Fall soll auf das Kapitel 5.2.3 vorliegender Dissertation verwiesen werden. Über die weiteren Assistenzärzte Binswangers waren nicht viele Daten zu ermitteln. Unter ihnen waren beispielsweise Dr. Heinrich Reese, der von Mai 1909 bis April 1919 gut zehn Jahre lang in Kreuzlingen arbeitete, sowie der 1884 in Neisse, Schlesien, geborene Dr. Ewald Schön, der mit Unterbrechungen (durch neun Monate in Jena und drei Monate in Zürich 1911-1912, sowie Kriegsdienst 1914-1919)³¹ von 1910-1920 in der Anstalt tätig war.³² Von beiden Ärzten ist reichlich Korrespondenz in den Kopierbüchern zu finden. Beide haben eine gut lesbare Handschrift und waren langjährige Assistenzärzte am Bellevue. Weitere Assistenzärzte, deren Schrift sich in den Kopierbüchern der Zeit wieder finden, waren Dr. Baader (am Bellevue von 1904-1908), Dr. Lackmann (am Bellevue ab 1908) sowie Dr. Heiligenthal (im Bellevue während des Jahres 1909).³³ Baaders Dokumente sind durch dessen großzügige, deutsche Kurrentschrift gekennzeichnet und meist eher kurz gehalten. Lackmann schrieb ebenfalls in deutscher Kurrentschrift, wobei diese leider etwas unordentlicher und daher schwerer zu lesen ist. Heiligenthals Schrift ist wiederum besser lesbar und außerdem von lateinischer Schreibweise. Zwei weitere Assistenzärzte, von denen keine Schriftstücke in den Kopierbüchern gefunden werden konnten, sind Dr. Erwin Sostman, der von 1898-1907 an der Anstalt arbeitete und Dr. Brunschwyl, dessen Amtszeit am Bellevue sich auf das Jahr 1906 beschränkt.³⁴ Aus einem Brief Roberts an Sostman geht hervor, dass er dieser sich des Kokainmissbrauchs schuldig gemacht hatte, woraufhin Binswanger ihm

²⁹ Binswanger (1956), S. 39f.; vgl. auch Freud und Binswanger (1992), S. 37, 66.

³⁰ Patient Nr. 2782.

³¹ FAB 240.

³² UAT 442/453.

³³ UAT 442/71, 442/72.

³⁴ UAT 442/453.

die Anstellung im Bellevue kündigte.³⁵ Zu beiden Ärzten finden sich zu auch mehrere Einträge im „Protokollbuch der ärztlichen Visite“, und zwar im Rahmen der Dienst- und Zuständigkeitszuteilungen der verschiedenen Ärzte zu den einzelnen Häusern. So sah der Dienstplan in der Woche vom 8. April 1906 folgendermaßen aus: „Holst: Mittwoch, Sonnabend[;] Sostman: Montag, Donnerstag[;] Ludwig: Dienstag, Freitag.“³⁶

Einer im „Protokollbuch der ärztlichen Konferenz“ festgehaltenen Dienstbesprechung vom 8. Mai 1909 kann man Angaben zu Dienstverteilung und Einteilung freier Tage für einige der damals im Bellevue tätigen Ärzte entnehmen. So findet man zum Beispiel einen Wochenplan für die Abendvisiten. Diese wurden offenbar unter den drei Ärzten Reese, Ludwig Binswanger und Heiligenthal aufgeteilt. Jeder von ihnen hatte somit zwei Abendvisiten pro Woche zu übernehmen. Die Sonntagsdienste wurden von Reese und Heiligenthal bestritten, bei deren Abwesenheit wurde Ludwig Binswanger eingesetzt. Dabei gab es für jeden dieser Ärzte wöchentlich zwei freie Nachmittage. Reese und Heiligenthal war es darüber hinaus erlaubt, jeden dritten Sonntag abwesend zu sein. Am Sonntag, 9. Mai 1909 sah der Dienstplan damit folgendermaßen aus: „Reese: Visite[;] L.B.[:] du jour [Tagdienst][;] Heiligenthal frei“.³⁷

4.4 Wärter und sonstiges Personal

An nichtärztlichem Personal des Bellevue im Zeitraum 1906-1910 sind zunächst die Wärterinnen und Wärter zu nennen, deren Aufgaben und Pflichten in der von Binswanger im Februar 1908 verfassten „Wärterordnung“ verzeichnet sind.³⁸ Der Arbeit der Wärter schien Robert Binswanger große Bedeutung beigemessen zu haben. Auf jeden Wärter kamen durchschnittlich ein bis zwei Patienten, was eine besonders intensive und die Bedürfnisse der Kranken berücksichtigende Pflege ermöglichte. Nicht selten kam es auch vor, dass manche der Patienten einen Privatwärter erhielten. Die in der Wärterordnung festgelegten Aufgaben waren vielfältig und beinhalteten die unterschiedlichsten Tätigkeitsbereiche. Es wurde darin zunächst bestimmt, dass das Wärterpersonal sowohl den Ärzten der Anstalt als auch deren Frauen, dem Inspektor, dem Verwalter, den Haushälterinnen, den Gesellschaftsdamen sowie den Oberwärtern unterstand. Die Wär-

³⁵ UAT Nr. 442/50; S. 741 f.; Brief Robert Binswanger an Sostman vom 02.01.1906.

³⁶ UAT 442/228; S. 58.

³⁷ UAT 442/228; S. 69.

³⁸ UAT 443/133; Wärterordnung vom Februar 1908.

ter waren dazu aufgerufen, sich der Umwelt gegenüber freundlich und hilfsbereit zu verhalten. Beobachtete Pflichtverletzungen bei Kollegen waren bei Nichtmeldung durch den entdeckenden Wärter strafbar. Des Weiteren wurden die Wärter dazu ermahnt, das Verbreiten von Klatsch und Tratsch zu unterlassen. Sie wurden dazu aufgerufen, sich den Kranken gegenüber stets freundlich, höflich und zuvorkommend zu verhalten und im Umgang mit diesen ein großes Maß an Geduld aufzubringen. Als Folge gewaltsamen Handelns eines Wärters gegenüber einem Patienten drohte die Entlassung. Darüber hinaus hatten die Wärter für Sauberkeit und Behaglichkeit im Zimmer ihres jeweiligen Pfleglings zu sorgen. Sie hatten die Zimmer täglich zu reinigen. Es herrschten dabei strenge Vorschriften, denn diese Säuberungsarbeiten mussten so ausgeführt werden, dass der Kranke dadurch nicht belästigt wurde. So war festgelegt, dass der Wärter eines Kranken, der über zwei Zimmer verfügte, das eine Zimmer bereits geputzt hatte, bevor der Patient aufstand. Zur Reinigung von Polstermöbeln und Teppichen waren „Vakuumapparate“ (Staubsauger) zu benutzen. Die Wärter waren auch für Klima und Temperatur im Krankenzimmer verantwortlich. Die exakten Temperatureinstellungen waren genau vorgeschrieben. Kamen Gegenstände des Zimmers zu Schaden, so war es Aufgabe der Wärter, dies dem Inspektor bzw. dem zuständigen Vorgesetzten zu melden. Die Oberwärter waren unter anderem dafür zuständig, Wäsche, Kleidung, Geld, Wertgegenstände oder gefährliche Instrumente wie Messer, die den Kranken nach ärztlicher Anweisung abgenommen wurden, zu verwalten. Des Weiteren fiel es in den Aufgabenbereich der Wärter, die Einhaltung und Ausführung ärztlicher Anordnungen wie das Einnehmen von Bädern etc. zu überwachen. Im Falle, dass ein Kranker nicht an der gemeinsamen Tafel essen konnte oder wollte, wurden ihm die Speisen von seinem Wärter serviert. Bei Ausgängen des Wärters mit dem Patienten sollte dieser auf der linken Seite des ihm anvertrauten Kranken gehen. Rauchen und das Tragen eines Spazierstockes war den Wärtern dabei strengstens untersagt, und Lokale durften nur auf ausdrückliche Erlaubnis von Seiten eines Arztes aufgesucht werden. Hochgehalten wurde in der Wärterordnung außerdem die Schweigepflicht des Wärterpersonals. Das Rauchen war ihnen im Hause untersagt, und sie wurden dazu aufgefordert, keine Geschenke von Patienten oder Angehörigen anzunehmen. Verstöße gegen diese Vorschriften wurden mit Geldbußen bestraft. Die Kündigungsfrist für Wärter war auf vier Wochen festgelegt und konnte nur jeweils am ersten oder 15. eines Monats erfolgen, wobei Binswanger es

sich vorbehielt, bei groben Verstößen gegen die Wärterordnung über sofortige Entlassung eines Wärters zu verfügen. Was den Lohn des Wärterpersonals anbelangt, so gibt es Aufzeichnungen in Form von einer Lohnskala aus dem Jahr 1908, anhand derer man den Lohn eines Wärters in verschiedenen Ausgangssituationen ermitteln kann.³⁹ Darin wird stets zwischen gelerntem und ungelerntem Wärterpersonal unterschieden. Die Anfangsgehälter lagen demnach für ungelernete Wärter bei 38 Mark während gelerntes Personal im ersten Dienstjahr 40, im ersten bis dritten Dienstjahr 45 und ab dem dritten Dienstjahr 45 Mark als Anfangsgehalt verdiente. Nach der festen Lohnskala verdienten ungelernete Wärter in den ersten beiden Vierteljahren ihrer Dienstzeit 38 und 40 Mark, was sich nach drei Jahren auf 60 Mark steigern konnte. Gelerntes Personal hingegen erhielt pro Semester eine Aufbesserung des Gehaltes von 5 Mark und kam damit auf ein Höchstgehalt von 70 Mark. Ab dann sowie im Falle von Heirat bestand freie Übereinkunft. Es ist in dem Dokument leider nicht näher verzeichnet, ob es sich bei diesen Angaben um Jahres-, Monats- oder Tagessätze handelt. Betrachtet man jedoch im Vergleich die Lohnverhältnisse der staatlichen hessischen Anstalt Heppenheim, so muss es sich wohl am ehesten um Monatsbeträge handeln. Denn die Jahresgehälter der Wärter in Heppenheim betragen ab dem dritten Dienstjahr bis zu 400 Mark jährlich.⁴⁰ Die Löhne im Bellevue lagen damit höher, was vermuten lässt, dass Wärter in Kreuzlingen verhältnismäßig gut verdienten. Insgesamt konkurrierte der Wärterberuf um die Zeit der Jahrhundertwende vor allem mit Tätigkeiten im Bereich der Industrie, wo im Vergleich zu Anstaltstätigkeiten oft höhere Löhne geboten und weniger Disziplin verlangt wurde.⁴¹ Der Wärterberuf beinhaltete hingegen körperliche und psychische Belastung bei der Arbeit sowie ein in Bezug auf finanzielle Lage und Freizeit eher entbehrensreiches Privatleben. Aufgrund dieser Tatsache wurde das Wärterpersonal in den psychiatrischen Anstalten dieser Zeit immer wieder knapp. Auch Binswanger hatte mit diesem Problem zu kämpfen, was er in einem Brief an seinen Bruder Otto im Jahre 1885 beklagt.⁴²

An nichtmedizinischem Personal gab es im Bellevue zunächst den Verwalter der Anstalt. In den Jahren 1908 bis in die späten vierziger Jahre wurde dieses Amt von Otto

³⁹ UAT 442/229; Lohnliste des Pflegepersonals.

⁴⁰ Vanja u. Eller (1993).

⁴¹ Eller, Vanja (1993), S. 129.

⁴² UAT Nr. 443/198 Nr. 15; Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 16.5.1885.

Binswanger, dem Bruder von Ludwig Binswanger junior, übernommen.⁴³ Nach Angaben Robert Binswangers gehörten im Jahr 1890 zudem zwei „Hausfräuleins“, deren Aufgabe in der Überwachung verschiedener Haushaltsangelegenheiten bestand, sowie ein Gesellschaftsfräulein, das die Frauen der Arztfamilie bei der Fürsorge und Unterhaltung der kranken Damen unterstützte, mit zum Personal. Darüber hinaus gab es Haus-, Garten-, Küchen- und Ökonomiepersonal, das sich um ein erfolgreiches und angenehmes Anstaltsleben für die Kranken bemühte.⁴⁴ Es ist anzunehmen, dass sich an dieser Besetzung bis in die Jahre 1906-1910 keine wesentlichen Änderungen ergeben haben. Genauere Angaben konnten leider nicht gefunden werden. Während dem Zeitraum 1906-1910 wurden folgende Personen neu eingestellt: Ein Portier (1906)⁴⁵, eine Pflegerin (1907)⁴⁶, ein Oberpfleger (1908)⁴⁷, ein Hausvorstand und Physiotherapeut (1909)⁴⁸, sowie eine Buchhalterin aus Winterthur (1909)⁴⁹.

4.5 Bauliche Entwicklung

Die bauliche Situation in den Jahren 1906-1910 war weiterhin vor allem durch die eifrigen Bestrebungen Robert Binswangers in Bezug auf Erweiterungsbauten der Anstalt gekennzeichnet. Die im Pavillonsystem angeordnete Anstalt bestand bis zum Jahr 1906 aus folgenden Bauten: dem Hauptgebäude Bellevue, der Villa Harmonie, dem Haus Landegg und dem Mittelbau, die jeweils noch zur Amtszeit Ludwigs erworben worden waren, sowie den Häusern Waldegg und Tannegg, den Villen „Felicitas“, „Emilia“, „Harmonie“, „Roberta“ und „Maria“, für deren jeweiligen Ankauf Robert Binswanger verantwortlich war.⁵⁰ Eine Wohnung in der Villa Bodan gehörte bis 1892 außerdem zu den Anstaltsgebäuden. Es folgte der Umbau des Bellevue sowie der Kauf des „Seehof“. Des Weiteren kam die „Neue Tannegg“ hinzu. Einem Manuskript Roberts sowie dem Briefwechsel der Brüder Robert und Otto Binswangers aus der Zeit um die Jahrhun-

⁴³ UAT 442/453.

⁴⁴ FAB Nr. 308.

⁴⁵ Herzog (1995), S. 64.

⁴⁶ Herzog (1995), S. 64.

⁴⁷ Herzog (1995), S. 64.

⁴⁸ Herzog (1995), S. 64.

⁴⁹ FAB Nr. 240.

⁵⁰ FAB Nr. 240.

dertwende können detailliertere Beschreibungen von vielen dieser Gebäude entnommen werden.⁵¹

Das Hauptgebäude Bellevue lag von Konstanz kommend rechts an der Hauptstraße Kreuzlingens und enthielt im Souterrain Zentralküche, Wirtschaftsräume, drei Badezimmer, Elektrisierzimmer und ein kleines Labor. Im Erdgeschoss befanden sich ein Empfangszimmer, ein Portierzimmer mit der Zentral-Telefonanlage, eine Office, ein Billardzimmer sowie ein Konversationssaal. Im ersten Stock waren im Jahr 1890 die Wohnung von Binswangers Mutter und Schwester sowie fünf Krankenzimmer für insgesamt drei Patienten untergebracht. Der sechste Stock bot sechs kranken Damen mit insgesamt acht Zimmern Unterkunft und enthielt zudem einen Damensalon. Durchschnittlich konnten im Bellevue selbst also neun Patienten beherbergt werden. Die „Harmonie“ (Ankauf 1873) lag ebenfalls rechts der Hauptstrasse und enthielt die Wohnung Smidts sowie das Anstaltsbüro und einen Platz für Kranke mit einem Wohnzimmer und zwei ineinander übergehenden Schlafzimmern. In einer Mietwohnung der Villa „Alpine“, direkt gegenüber der „Harmonie“, wohnte Dr. von Holst. Die Villa „Landegg“ (Ankauf 1879) befand sich auf der gegenüberliegenden Straßenseite inmitten einer großen Parkanlage. Dieses Haus bot mit seinen zwei Salons und elf Schlaf- bzw. Wohnzimmern Platz für sieben bis acht Kranke. Hinter dem Bellevue befand sich der „Mittelbau“, ein rechteckiges Gebäude, das seit 1868 hauptsächlich der Aufnahme psychotischer Patienten diente. Somit gelang es unter Ludwig I nicht, Nervenranke von an Psychosen leidenden Patienten räumlich weit zu trennen.

Diesen Wunsch und Plan seines Vaters weiter verfolgend, aber auch durch steigende Patientenzahlen veranlasst, begann Robert in seiner Amtszeit mit dem Ankauf weiterer Gebäude. Die geschlossenen Häuser „Waldegg“ und „Tannegg“ wurden somit bis ins Jahr 1885 eigens für psychisch Kranke erbaut, wobei die „Waldegg“ ausschließlich männliche, und die „Tannegg“ nur weibliche Patienten beherbergte. Zur weiteren räumlichen Trennung von den übrigen Anstaltsgebäuden ließ Robert die beiden Häuser auf einer eigens dafür geschaffenen Parkanlage erbauen, womit er die lang erstrebte Trennung von Neurosen und Psychosen im Jahr 1885 erfolgreich herbeigeführt hatte. Da nun der Bestand an Nervenleidenden rasch zunahm, sah Robert sich dazu veranlasst, den

⁵¹ FAB Nr. 309; UAT 443/181 und 443/198. Außerdem Fischer (2004) und Domeyer (2004).

Bau eines neuen Konversationsaales sowie der Villa „Felicitas“ im Jahr 1887 vorzunehmen. Die Villa „Felicitas“ wurde dazu in der vorderen Gartenanlage neben der „Landegg“ errichtet. Sie enthielt vier Salons, vier große Schlaf- sowie vier weitere einzelne Zimmer. Damit gewährte sie Platz für durchschnittlich vier bis fünf weitere Kranke. Zusätzlich mietete er bis 1892 eine Wohnung in der Villa Bodan, die direkt an die „Harmonie“ angrenzte. Sie bestand aus zwei Schlaf- und zwei Dienstzimmern sowie zwei Salons und konnte zwei Kranken eine gepflegte Unterkunft bieten. Außerdem baute Robert die 20 Minuten von Kreuzlingen entfernte „Brunnegg“ unter anderem mit einem die gesamte Anstalt verbindenden Telefonnetz aus, was ihm 1884 den Umzug auf das Gut erleichterte. Er wohnte dort mit seiner engeren Familie und nahm auch durchschnittlich zwei solcher Patienten in die Brunnegg auf, deren gehobenen Ansprüchen nur eine derartige Unterbringung gerecht werden konnte. In den folgenden Jahren gingen die Bauunternehmungen weiter: So wurde 1889 die „Emilia“ mit zwei Betten und 1893 die „Roberta“ mit 14 Betten erbaut.⁵² Im Jahr 1899 folgte die „Maria“ mit Betten für insgesamt zwölf Kranke, 1904 die „Neue Tannegg“ mit Platz für 18 und 1905 der „Seehof“ mit Platz für drei Patienten.

Die wesentlichste bauliche Erneuerung während der Jahre 1906-1910 war neben Renovierungsarbeiten die Fertigstellung des Parkhauses im Jahr 1907. Dies war nötig geworden, weil die Ansprüche der die Anstalt aufsuchenden Privatpatienten über die Jahre größer geworden waren. So erkannte Binswanger, dass es zunehmend im Interesse seiner Patienten bzw. deren Angehörigen lag, möglichst ungestört von anderen Kranken untergebracht zu sein.⁵³ In der Folge dessen setzte er sich vermehrt dafür ein, durch den Bau neuer Gebäude vor allem akut psychotische Patienten von anderen zu isolieren. Es war zu diesem Zwecke im Jahr 1904 bereits die „Neue Tannegg“ errichtet worden, wodurch mehr Platz für derartige Kranke geschaffen worden war.

⁵² FAB Nr. 240.

⁵³ FAB Nr. 310.

4.6 Wirtschaftliche Entwicklung

Die Untersuchung der wirtschaftlichen Situation des Bellevue während der Jahre 1906-1910 war insofern schwierig, als es für diese Zeit kein Buch mit patientenbezogenen Einnahmeangaben mehr gibt, wie es für frühere Zeiträume der Fall war. Angaben über die wirtschaftliche Situation der Anstalt während der Jahre 1906-1910 können nur Anstaltsprospekten entnommen werden. Der tägliche Preis für volle Verpflegung mit Behandlung betrug demnach 12,50 Schweizer Franken oder zehn Mark.⁵⁴ Darin waren ein erstes und zweites Frühstück, Mittagessen, Vesper und Abendessen sowie Kosten für Beleuchtung, Beheizung, ärztliche Behandlung, gewöhnliche Bäder und Massagen enthalten. Extra berechnet wurden hingegen Leibwäsche, Medikamente, Getränke und die Nutzung der Equipage sowie alle therapeutischen Bäder. Ein elektrisches Bad kostete dabei einen Franken oder 80 Pfennig, ein Liter Soole für ein Soolebad 15 Cent oder zwölf Pfennig, ein elektrisches Lichtbad 3,75 Franken oder drei Mark. Für Kohlensäurebäder wurden 2,50 Franken oder zwei Mark, und für Fichtennadelbäder ein Franken oder 80 Pfennig veranschlagt. Auch der Preis für die Wohnung wurde extra berechnet und variierte je nach Größe und Ausstattung des Zimmers zwischen fünf und 15 Franken am Tag, was ungefähr vier bis zwölf Mark entspricht. Benötigte ein Patient einen Privatwärter für Tag und Nacht, so kostete ihn dieser 7,50 Franken oder sechs Mark täglich. Wollten Angehörige während einem Krankenbesuch in der Anstalt unterkommen, so mussten sie hierfür 12,50 Franken oder zehn Mark entrichten, wobei in diesem Preis zwar Bett und volle Pension, jedoch keine eigenes Zimmer enthalten war. Ob diese Preise tatsächlich von den Patienten bezahlt wurden lässt sich nur schwer überprüfen, da die Angaben aus den Krankenakten dazu nicht regelmäßig genug sind. Dennoch können auch gerade den Patientenakten wichtige Informationen zur wirtschaftlichen Situation der Anstalt entnommen werden. So lassen diese im Vergleich mit den Pensionspreisen in den Prospekten den Schluss zu, dass es sich bei den im Prospekt angegebenen Preisen wohl um Mindestpreise gehandelt haben muss. In der Realität kamen nach Angaben in den Patientenakten nämlich weitaus höhere Summen zustande. Der Ehemann einer Patientin mit manisch-depressiver Psychose nannte beispielsweise in einem Brief an das Bellevue eine Summe von 696,23 Franken, die er für den Monat

⁵⁴ FAB Nr. 145 und FAB Nr. 146; Anstaltsprospekte aus den Jahren 1908 und 1909.

Januar an die Anstalt überweisen wolle.⁵⁵ Er erwähnte dabei, dass er zusammen mit dem Geld eine Summe von weiteren 103,77 Franken überweisen wolle, um für die kleineren privaten Ausgaben seiner Frau aufzukommen. Der Ehemann einer anderen, an Melancholie erkrankten Patientin kündigte in einem Brief an das Bellevue an, entsprechend der Aufforderung von Seiten der Anstalt einen Scheck von 877 Franken zum Begleichen der Rechnung bereitzustellen.⁵⁶ Tatsächlich war einigen der Patienten bzw. deren Angehörigen die Unterkunft und Behandlung in Kreuzlingen zu teuer. Dies war zum Beispiel bei einer jungen Patientin mit hebephrener Dementia praecox der Fall, auf deren Krankengeschichte im Einzelnen in einem folgenden Kapitel dieser Arbeit noch näher eingegangen wird. Der Vater dieser Patientin beklagte unter anderem die hohen Aufenthaltskosten der Anstalt, woraufhin die Kreuzlinger Ärzte der Patientin zunächst die Privatwärterin nahmen, um den Pensionspreis damit täglich um 6 Mark zu senken.⁵⁷ In solchen Fällen zeigte sich die Ärzteschaft des Bellevue durchaus kompromissbereit. Wie aus dem Brief eines Kreuzlinger Arztes an einen Kollegen im Jahr 1910 hervorgeht, bot man dem Vater nämlich außerdem an, seine Tochter in einem kleineren Zimmer für 14 Mark pro Tag unterzubringen. Sollte auch dieser Preis noch zu teuer sein, so wolle man ihr ein Zimmer für zwölf Mark anbieten, was unter dem in den Prospekten angegebenen Pensionspreis läge. In einer weiteren Akte wiederum findet man Angaben zu einer Überweisung des Angehörigen eines an Dementia praecox und Alkoholismus erkrankten Patienten über insgesamt 2360 Schweizer Franken im Jahr 1908, bestehend aus mehreren Komponenten.⁵⁸ Darunter waren zwei Monatsbeträge für Pensionskosten in Höhe von jeweils 900 Franken, sowie Kosten für Fahrkarte, Hotelzimmer, Restaurantbesuch, und dergleichen mehr.

Außer zu Pensionspreisen können den Patientenakten aber noch weitere finanzielle Aspekte entnommen werden. So erfährt man aus einem Brief eines Kreuzlinger Arztes an einen Gerichtspräsidenten 1908, dass man in Bellevue für ein ärztliches Gutachten ein Honorar von 30 Mark berechnete.⁵⁹ Im Brief des Ehemannes einer alkoholkranken Frau an die Ärzte in der Anstalt 1910 ist davon die Rede, dass man der Patientin im Bellevue (von Seiten der Ärzte) ein großzügiges Taschengeld von 100 Mark hatte zukommen

⁵⁵ Patientin Nr. 2748; S. 8; S. 10.

⁵⁶ Patientin Nr. 2374; S. 27.

⁵⁷ Patientin Nr. 2845; S. 50.

⁵⁸ Patient Nr. 2513; S. 27.

⁵⁹ Patientin Nr. 2716; S. 22.

lassen.⁶⁰ Der Ehemann schien dies nicht zu begünstigen, da er die Zurechnungsfähigkeit der Kranken in Bezug auf finanzielle Angelegenheiten bezweifelte.

Für die Finanzen des Bellevue der Jahre 1906-1910 kann als Quelle auch ein Buch aus der anstaltseigenen Weberei herangezogen werden.⁶¹ Darin sind Ausgaben und Einnahmen der Weberei für das Jahr 1910 und die folgenden monatsweise verzeichnet, wobei die sich die Zahlen immer auf zwei Monate beziehen und für manche Monate gar keine Angaben gemacht werden. Die einzelnen Beträge sind auf Mark und Pfennig genau angegeben. Betrachtet man beispielsweise die Monate August und September 1910, so findet man an Ausgaben der Weberei insgesamt 59,80 Mark. Die Einnahmen hingegen beliefen sich auf 27,00 Mark. Im November und Dezember hingegen lagen die Ausgaben bei 30,00 Mark, die Einnahmen bei 28,60. Am Ende des Jahres 1910 findet man je eine Auflistung der Ausgaben und der Einnahmen. Dabei ist allerdings nicht ganz klar, auf welchen Zeitraum sich diese beziehen. Es ist anzunehmen, dass es sich wohl um eine Art Bilanz des Jahres 1910 handelt. Aus der Aufstellung geht jedoch hervor, dass die Ausgaben, die sich aus Anschaffungskosten und Kosten für Arbeitsmaterial zusammensetzten, insgesamt weit über den Einnahmen lagen. So betrugen die gesamten Ausgabekosten 888,51 Mark, während die Einnahmen bei 121,20 Mark lagen.

Die genauere Untersuchung der Jahresbilanzen des Bellevue als Anstalt ist für die Jahre 1906-1910 nicht möglich, da präzise Angaben hierzu unter dem vorhandenen Material nicht ermittelt werden konnten. Als einziger Hinweis dient ein Brief Roberts an seinen Bruder Otto aus dem Jahr 1902, wo das letzte Mal derartige Jahresbilanzen angegeben wurden.⁶² Robert sprach an der Stelle von einer wirtschaftlichen Depression und bezifferte die Einnahmen der Anstalt für die Monate Januar und Februar mit 1000 Mark pro Tag. Er gab an, dass diese Zahl den Einnahmen des Jahres 1889 entspräche und bezweifelte, dass die Ausgaben sich 1902 ebenso gering halten lassen würden wie damals.

⁶⁰ Patientin Nr. 2812; S. 26.

⁶¹ UAT Nr. 442/234.

⁶² UAT 443/181 und 443/198; Briefe Roberts an Otto Binswanger.

5. Ergebnisse

5.1 Patientendaten

5.1.1 Zahl der Patientenaufnahmen pro Jahr

Im Zeitraum 1906-1910 werden insgesamt 613 Patienten aufgenommen. Betrachtet man für jedes der Jahre 1906-1910 einzeln die Anzahl der Patientenaufnahmen, so ergibt sich folgendes Diagramm:

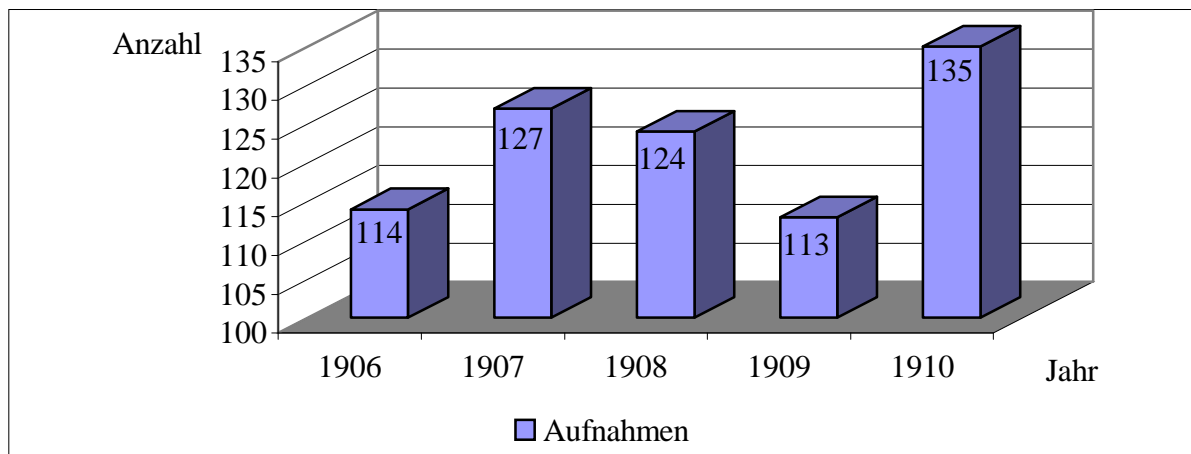


Abb. 1: Patientenaufnahmen pro Jahr

Das Diagramm zeigt, dass sich die Zahl der Aufnahmen vom Jahr 1906 auf 1907 erhöhte. Während der Jahre 1908 und 1909 ging sie dann langsam zurück, um letztendlich im Jahr 1910 innerhalb des Fünfjahreszeitraumes ein Maximum von 135 Patientenaufnahmen in diesem Jahr zu erreichen. Im Vergleich zu den Jahren vorher ergibt sich, dass die Tendenz bezüglich der Aufnahmen innerhalb des zweiten Untersuchungszeitraumes insgesamt steigend war. Dies war mitunter wohl auch eine Folge der durch Robert Binswanger veranlassten baulichen Erweiterungen während dieser Jahre. Aussagekräftiger als die Zahl der Aufnahmen sind hierfür jedoch die Bestandsziffern, da allein durch die Aufnahmezahlen die genaue Aufenthaltsdauer der Patienten nicht erfasst ist.

5.1.2 Bestandszahlen

Untersucht man den Bestand der Anstalt, so findet man im Gegensatz zu den Aufnahmezahlen einen im Zeitraum 1906-1910 konstant steigenden Patientenbestand, wie auch die folgenden Abbildungen (Tabelle und Diagramm) veranschaulichen:

<i>Jahr</i>	31. März	30. Juni	30. Sept.	31. Dez.	Durchschnitt
1906	52	63	65	53	58,3
1907	58	65	60	58	60,3
1908	61	75	63	63	65,5
1909	65	64	66	67	65,5
1910	76	80	80	72	77,0
Durchschnitt	62,4	69,4	66,8	62,6	65,3

Tabelle 2: Bestandsziffern für die Jahre 1906 bis 1910

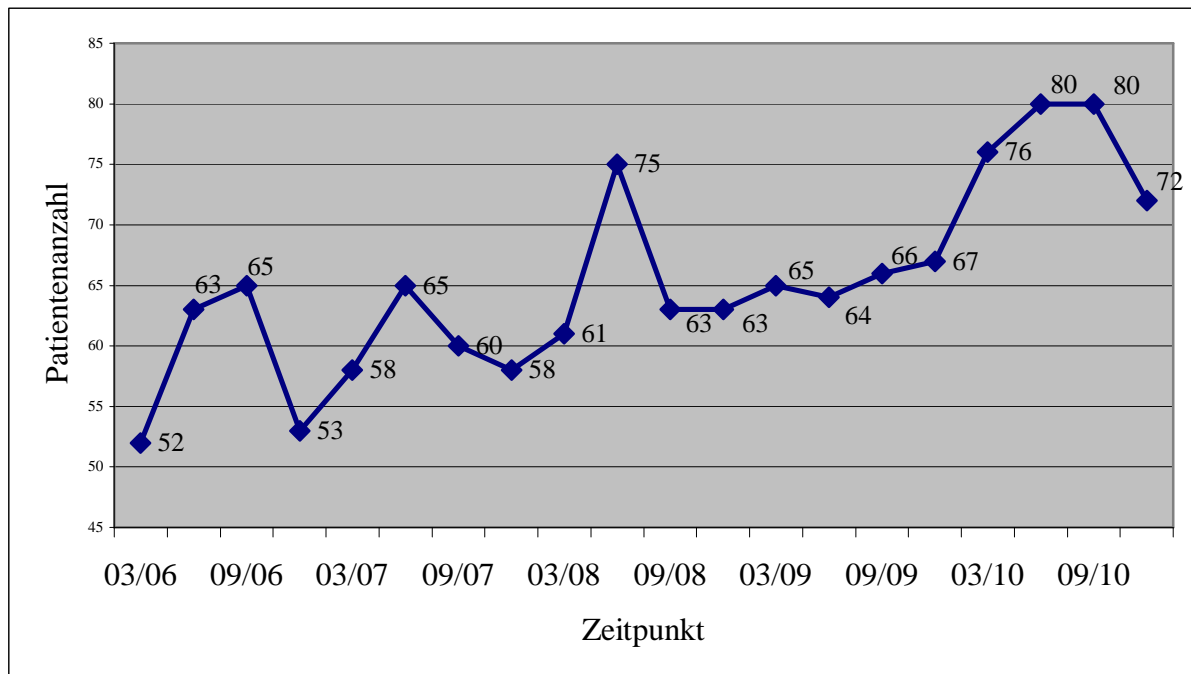


Abb. 2: Patientenbestand für die Jahre 1906-10 an ausgewählten Stichtagen

(Immer am Ende der Monate: März, Juni, September und Dezember)

Der Bestand wurde dabei jeweils am Ende jeden Quartals, d.h. am 31. März, am 30. Juni, am 30. September sowie am 31. Dezember in jedem der Jahre 1906-1910 erfasst. Die insgesamt stetig steigenden Bestandszahlen dürften wohl zum einen auf die Fertigstellung des Parkhauses hinweisen. Betrachtet man zum anderen aber die genauen Bestandszahlen, findet man zwischen 1907 (Fertigstellung Parkhaus) und 1910 lediglich eine Zunahme um durchschnittlich 17 Patienten, was einen großzügigen Baustil Robert Binswangers erahnen lässt. Der sprunghafte Anstieg des Bestandes im Jahr 1910 fällt mit der im vorigen Abschnitt dargelegten starken Erhöhung der Aufnahmezahlen in diesem Jahr zusammen und erklärt sich somit unter anderem daraus.

5.1.3 Verweilzeiten

Neben den Bestands- und Aufnahmezahlen ist es interessant, die Verweilzeiten der im Zeitraum 1906-1910 aufgenommenen Patienten zu untersuchen. Wie die Bestandszahlen, so werden auch die Verweilzeiten über die Ermittlung der Aufnahme- und Entlassdaten erstellt. Diese Aufnahme- und Entlassdaten stammen aus den Aufnahmebüchern sowie den einzelnen Krankenakten. Für die Verweilzeitenerrechnung ist des Weiteren von Bedeutung, dass Beurlaubungen von der gesamten Aufenthaltsdauer abgezogen werden. Außerdem werden die durchschnittlichen Verweilzeiten einmal mit und einmal ohne Langzeitpatienten berechnet, um eine zu große Einflussnahme dieser Patienten auf die durchschnittliche Verweildauer zu vermeiden. Zusätzlich werden die Mediane angegeben. Im untersuchten Zeitraum (1906-1910) liegt die durchschnittliche Verweildauer bei 196 Tagen. Der Median beträgt 64. In der Zeit von 1857-1905 liegt die durchschnittliche Verweildauer bei 427 Tagen, der Durchschnitt der Mediane beträgt 111. Analysiert man nun also die Verweilzeiten der Patienten im entsprechenden Fünfjahreszeitraum (1906-1910) zunächst unter Einbeziehung der Langzeitpatienten (Patienten mit einer Aufenthaltsdauer von mehr als fünf Jahren) so erhält man folgendes Diagramm:

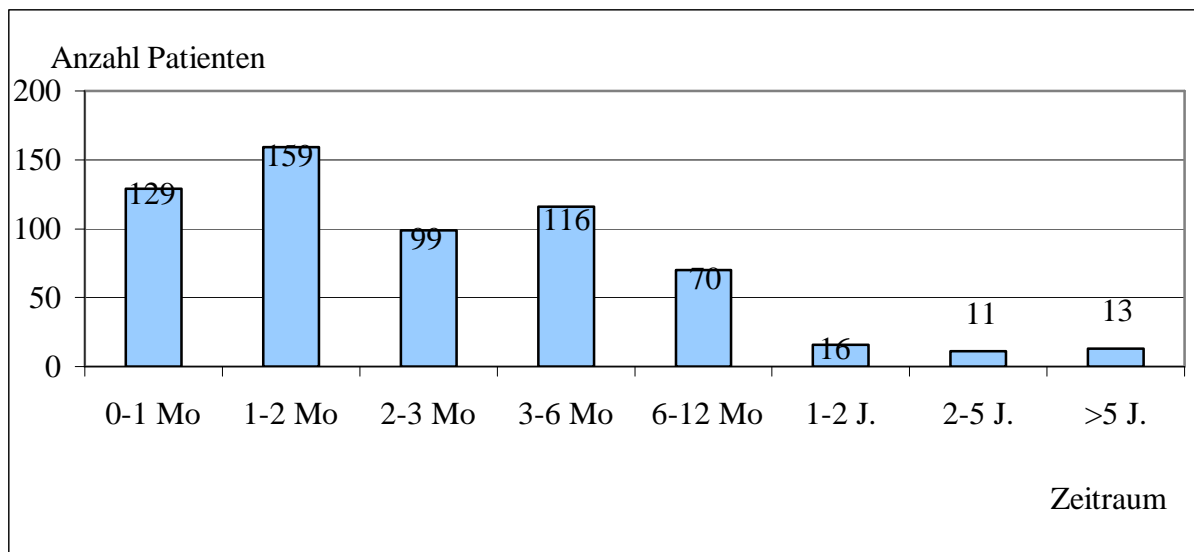


Abb. 3: Verweilzeiten der Patienten in Gruppen

Betrachtet man die beiden Geschlechter jeweils getrennt voneinander, so ergibt sich folgendes Bild:

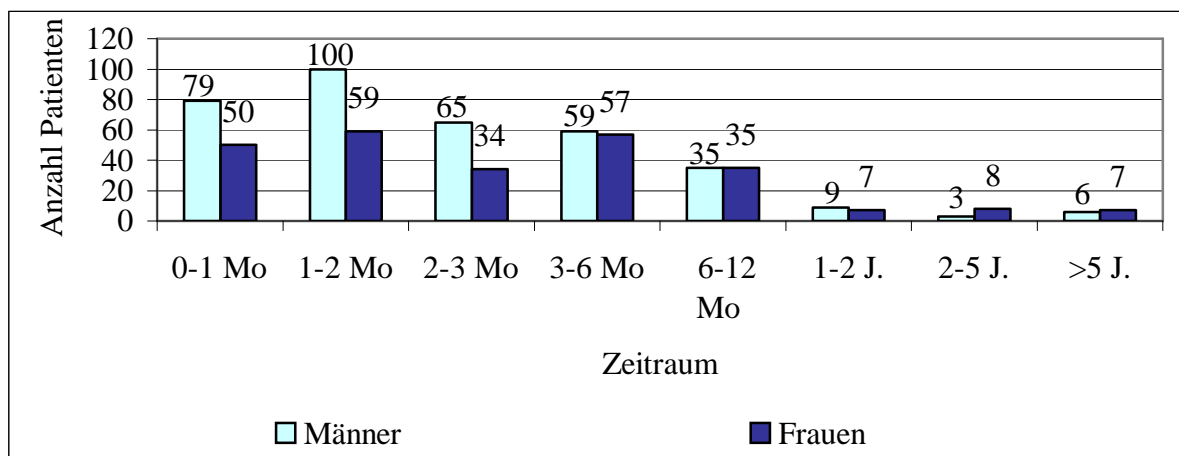


Abb. 4: Verweilzeiten der Patienten nach Geschlecht getrennt

Wie aus den Schaubildern hervorgeht, war die Gruppe der Patienten, die 1-2 Monate im Bellevue verbringen, am größten. Überhaupt scheinen kürzere Aufenthalte häufig zu sein, da viele der Patienten (insgesamt 129 von den 613 aufgenommenen) auch nur eine Verweilzeit unter einem Monat aufweisen, oder für bis zu sechs Monaten in der Kuranstalt verweilen. Nur ein relativ geringer Anteil von 110 Patienten blieb länger als sechs Monate im Sanatorium.

Zusätzlich dazu ist den Diagrammen zu entnehmen, dass sich insgesamt 13 Patienten länger als fünf Jahre im Bellevue aufhielten. Von diesen so genannten Langzeitpatienten

lebte einer sogar 23 Jahre (17. November 1907-28. Mai 1931) in der Anstalt. Bestimmt man die durchschnittlichen Verweilzeiten ohne Berücksichtigung der Langzeitpatienten, so findet man bei den Frauen eine durchschnittliche Verweilzeit von 138 Tagen. Die männlichen Patienten verbringen im Durchschnitt 100 Tage in der Kuranstalt.

5.1.4 Verteilung der Patienten nach Geschlecht

Wie aus nachfolgender Tabelle ersichtlich, befanden sich unter den insgesamt 613 im Zeitraum 1906-1910 aufgenommenen Patienten 257 Frauen und 356 Männer.

1906 bis 1910		
	absolut	in %
Männer	356	58,1
Frauen	257	41,9
Summe	613	100

Tabelle 3: Verteilung der Patientenaufnahme nach dem Geschlecht

Es ergibt sich also ein Überwiegen der Männer mit 58 %, was im gesamten zweiten Untersuchungszeitraum (1881-1910) in der Regel der Fall war.⁶³ Folgendes Schaubild dient der Veranschaulichung dieses Sachverhalts:

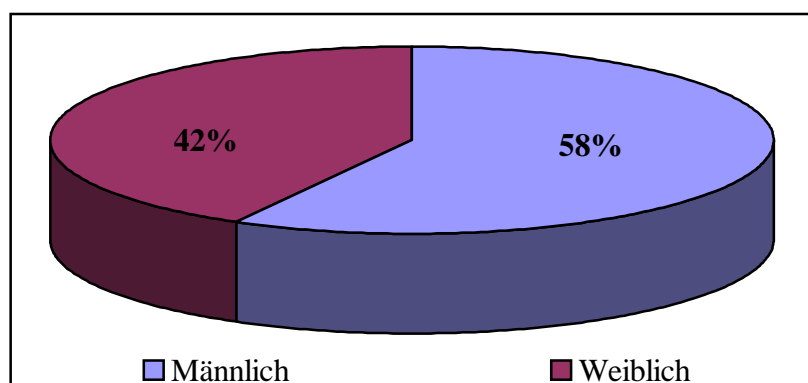


Abb. 5: Verteilung der Patientenaufnahmen nach dem Geschlecht

Allerdings kann anhand von diesen Zahlen nicht darauf geschlossen werden, ob mehr Männer oder mehr Frauen an Geisteskrankheiten erkrankten, da die Ziffern von mehre-

⁶³ Moses (2002 a), (2002 b).

ren weiteren Ursachen wie beispielsweise dem Angebot an Männer- und Frauenplätzen der Anstalt abhängen (aus Moses, Veröffentlichung Teil II, Kap.3.1).

5.1.5 Verteilung der Patienten nach Alter

Folgende Graphik gibt die Untersuchung der Sozialdaten der im Zeitraum 1906-1910 aufgenommenen Patienten im Hinblick auf das Alter (gruppiert in Zehnjahresschritten) wieder:

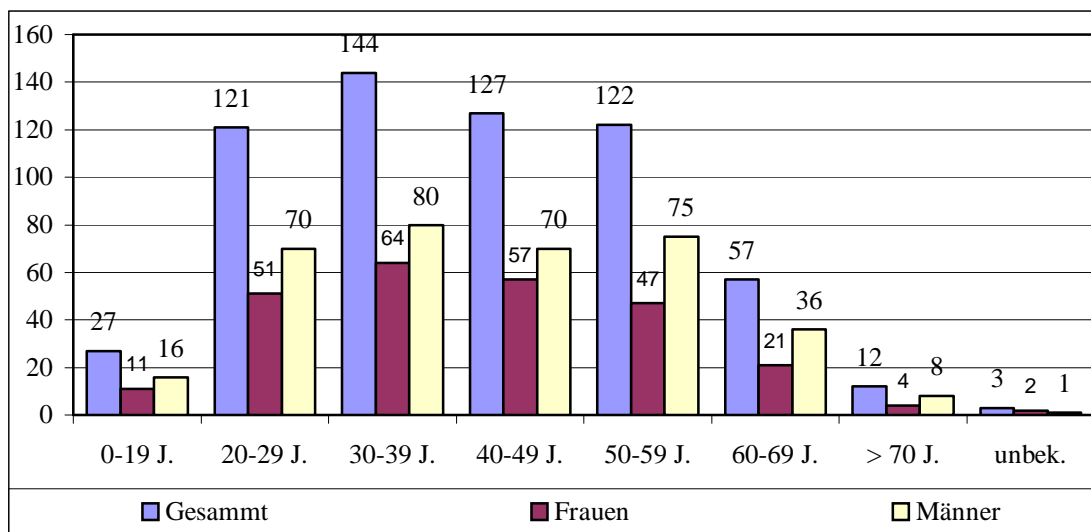


Abb. 6: Verteilung der Patienten nach Alter

Man findet für den untersuchten Zeitraum einen Altersgipfel von 30-39 Jahren, wenn man Männer und Frauen dabei gleichzeitig erfasst. 144 der 613 Patienten befanden sich in dieser Gruppe, was 23,5 % der insgesamt aufgenommenen Patienten entspricht. Selbst wenn man Männer und Frauen jeweils gesondert betrachtet, findet man sowohl die Mehrzahl der Frauen als auch die der Männer in dieser Altersgruppe mit einem Anteil von 10,4 % (Frauen) und 13,1 % (Männer) am meisten vertreten. Dicht gefolgt wurde diese Altersgruppe von der der 40-49-jährigen, die insgesamt einen Anteil von 20,7 % ausmachten. Verglichen mit den Untersuchungen des ersten Untersuchungszeitraumes ergibt sich somit eine leichte Verschiebung des Patientenalters nach oben: Während bei Ludwig Binswanger Sen. der Schwerpunkt von den 20-30-jährigen gebildet wurde, sind unter Robert Binswanger die 30-50-jährigen am stärksten vertreten.⁶⁴ Die

⁶⁴ Moses (2002 a).

für den Zeitraum 1906-1910 erhobenen Daten entsprechen in der Altersverteilung damit denen des gesamten zweiten Untersuchungszeitraumes.

5.1.6 Verteilung der Patienten nach Familienstand

Nachfolgendes Diagramm veranschaulicht die Verteilung der aufgenommenen Patienten nach deren Familienstand:

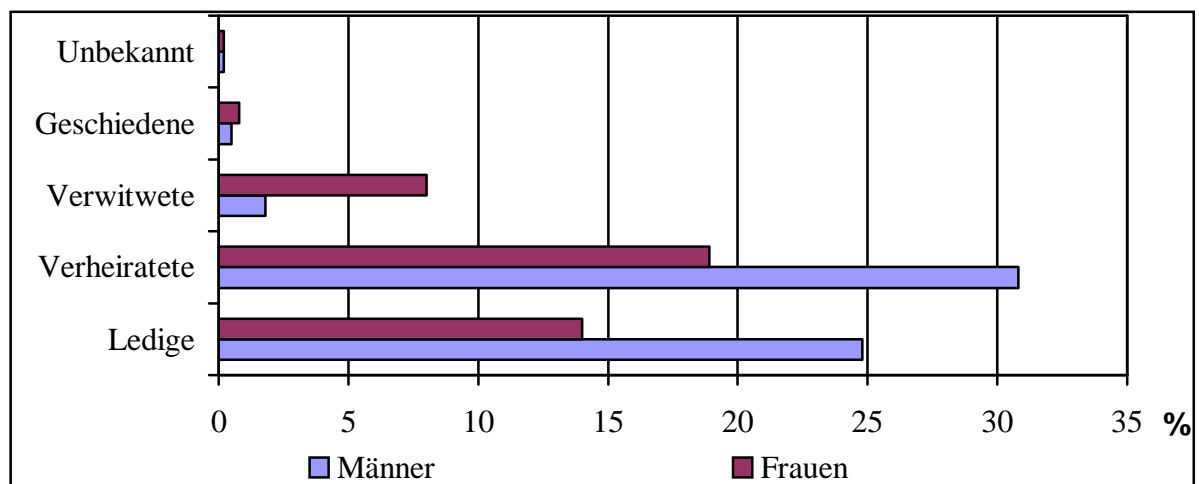


Abb. 7: Verteilung der aufgenommenen Patienten nach Familienstand

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen überwog der Anteil der Verheirateten. Bei den Männern sind dies 189 Patienten, bei den Frauen 116 Patientinnen. Gefolgt wird diese Gruppe von der der Ledigen. Dieses Ergebnis ist nicht unerwartet in Anbetracht der Tatsache, dass Alter und Familienstand häufig zusammenhängen. Berücksichtigt man nämlich die Ergebnisse aus dem vorhergehenden Teil 5.1.4., wo ja ein Überwiegen der 30-59jährigen Patienten festgestellt wurde, so findet man insofern eine Übereinstimmung, als diese Altersgruppe klassischerweise hauptsächlich dem verheirateten Familienstand angehört. Dieser wiederum war ebenfalls insgesamt am häufigsten vertreten (s. Ergebnisse vorhergehendes Diagramm). Analog verhält es sich mit dem Anteil der ledigen und dem der 20-29-jährigen Patienten, die in beiden Ergebnisteilen jeweils die am zweit- bzw. vierthäufigsten (direkt nach den 30-50-jährigen) vertretene Gruppe bildeten. Auffällig ist überdies ein starkes Überwiegen der Frauen im verwitweten Stand, verglichen mit den Männern, was sich aber durch die allgemein längere Lebenszeit der Frauen erklären ließe.

Analsiert man die Verteilung des Familienstandes getrennt nach dem Geschlecht, so ergeben sich folgende zwei Diagramme:

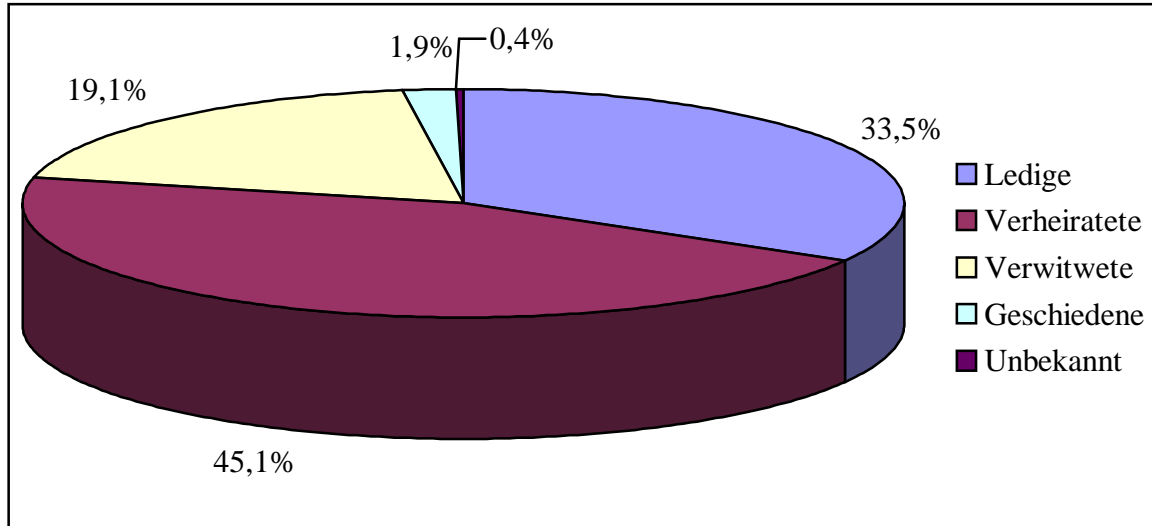


Abb. 8: Familienstand der aufgenommenen Frauen

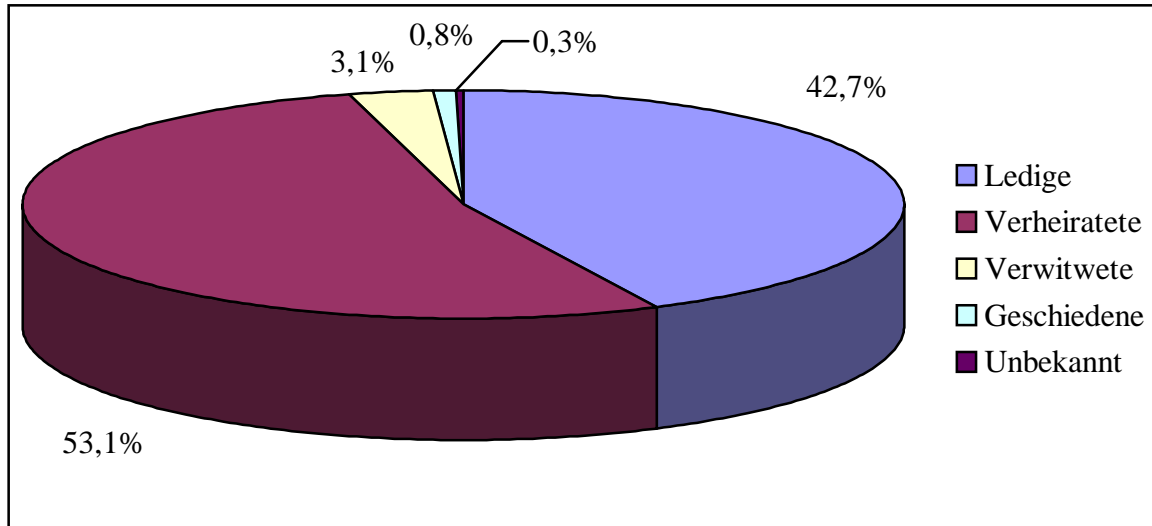


Abb. 9: Familienstand der aufgenommenen Männer

Anhand der Schaubilder erkennt man einen geringfügig höheren Anteil an verheirateten Männern, verglichen mit dem der Frauen. Außerdem sind etwas mehr Männer ledig (42,7 %) (Frauen: 33,5 %). Die Frauen dominierten allerdings unter dem Stand der Verwitweten.

5.1.7 Verteilung der Patienten nach Konfession

Die evangelische Religion war unter der Klientel des Bellevue mit Abstand die am häufigsten vertretene. Insgesamt gehörten 319 der 613 in den Jahren 1906-1910 aufgenommenen Patienten dieser Konfession an, was insgesamt einem Anteil von 52,0 % entsprach. Dabei ist zu erwähnen, dass die evangelische Religion überdies während des gesamten zweiten Untersuchungszeitraumes in der Binswangerschen Anstalt die am zahlreichsten vertretene Religion darstellte. Auch das Vorkommen der katholischen Religion und des Judentums war bei den Patienten des Bellevue relativ verbreitet. Mit einem gleichen Anteil von jeweils 17,3 % bildeten sie die beiden zweithäufigsten Konfessionen. Dabei entspricht die Verteilung von Protestanten und Katholiken etwa der Verbreitung im Einzugsgebiet der Klinik. Der Anteil von 17,3% Juden ist allerdings bemerkenswert, er hatte sich zudem gegenüber dem ersten Untersuchungszeitraum 1857-1880 fast verdoppelt. Die Gründe dafür sind nicht klar.⁶⁵

Das folgende Diagramm veranschaulicht diese Verhältnisse und zeigt außerdem die weiteren unter den Patienten im Bellevue vertretenen Konfessionen.

⁶⁵ Moses u. Hirschmüller (2004), S. 153f.

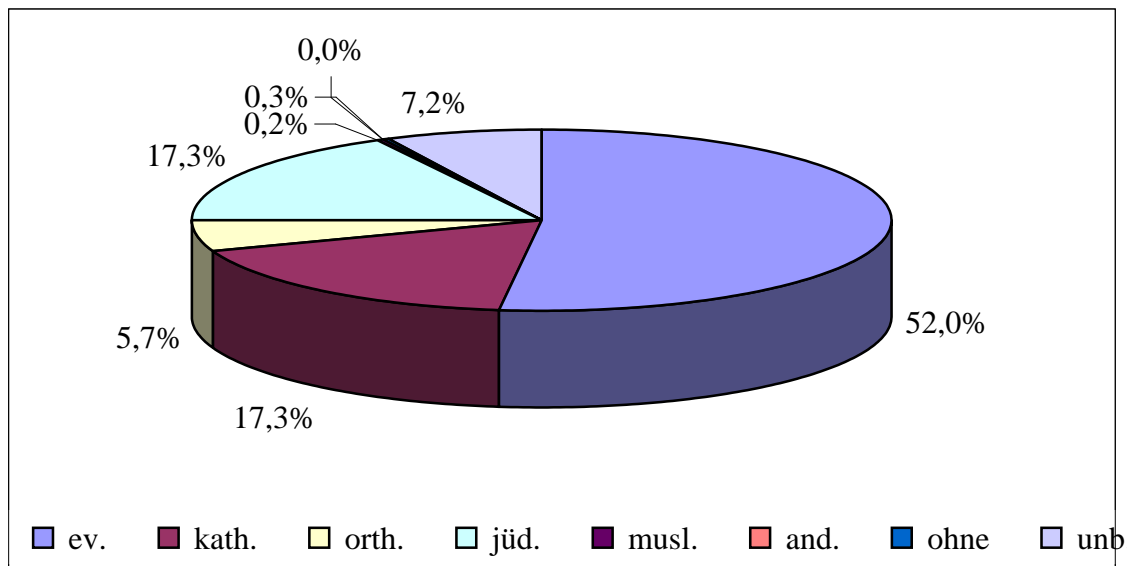


Abb. 10: Konfession der aufgenommenen Patienten

5.1.8 Verteilung der Patienten nach Herkunftsland

Da in der Regel ein Zusammenhang zwischen der Konfession der Patienten und deren jeweiligem Herkunftsland besteht, ist es interessant, sich die Verteilung der Patienten nach ihrem Heimatland im Genaueren anzuschauen. Hierzu dient folgendes Schaubild:

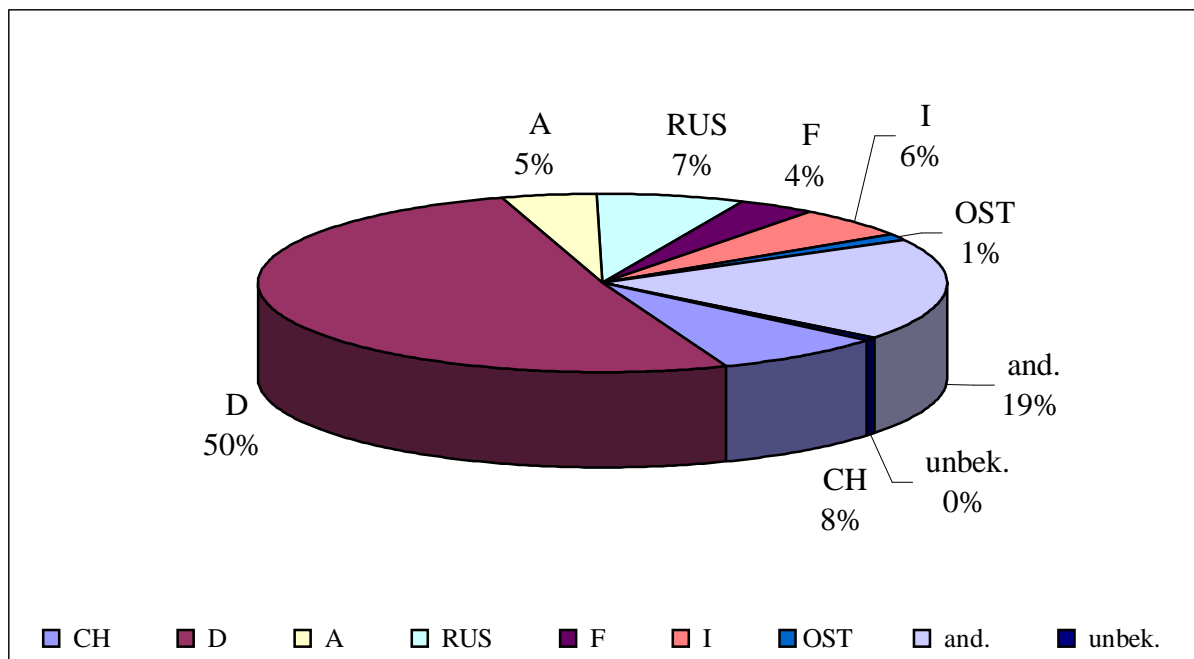


Abb. 11: Verteilung nach dem Herkunftsland (gruppiert) (Aufnahmen)

Das hiermit erhaltene Ergebnis bietet zu einem gewissen Grad ein eher unerwartetes Bild. Geht man nämlich von der Lage der Kuranstalt aus, die sich ja in unmittelbarer Grenzlage zu Deutschland in der Schweiz befand, so würde man doch einen Großteil von schweizerischen und deutschen Patienten erwarten. Tatsächlich trifft diese Vermutung jedoch nur bedingt zu: Die deutsche Klientel bildete zwar mit 50 % (entsprechend 313 Patienten) den weitaus größten Anteil der im Fünfjahreszeitraum 1906-1910 aufgenommenen Patienten, aber der Anteil der aus der Schweiz stammenden Patienten ist mit lediglich 8 % (49 Patienten) erstaunlich gering. Auffällig ist des Weiteren die Vielfalt der Länder, aus denen die restlichen Patienten stammten. So wurden im Bellevue Kranke aus Russland, Österreich, Italien, Frankreich, Osteuropa und anderen Ländern aufgenommen. Ein Grund hierfür könnten die von Robert Binswanger angeregten vermehrten Anzeigen in internationalen Zeitungen gewesen sein.⁶⁶ Dabei geht die Ausdehnung der Klientel auf die umliegenden europäischen Länder auf Kosten der Patienten aus der Schweiz. Bezüglich der verschiedenen Geschlechter konnten keine weiteren signifikanten Unterscheide gefunden werden.

⁶⁶ Moses (2002 a), (2002 b).

5.1.9 Verteilung der Patienten nach Beruf

Anhand von Angaben aus den Aufnahmebüchern und Krankenakten unter den Rubriken „Stand“ und „Beruf“ kann man die soziale Schichtzugehörigkeit der Patienten ermitteln. Bei Frauen, die häufig keinen eigenen Beruf ausübten, wird in diesem Falle der Beruf von Vater oder Ehemann verzeichnet. Die zeitgenössischen Berufsbezeichnungen wurden in übergeordneten Gruppen zusammengefasst (Gruppe 1-15). Zu erwarten wäre ein großer Anteil höherer sozialer Schichten, da es sich bei der Kreuzlinger Kuranstalt ja um ein Privatsanatorium handelte.

Das folgende Schaubild zeigt dazu die Verteilung der aufgenommenen Patienten nach dem Beruf, kategorisiert nach Gruppen:

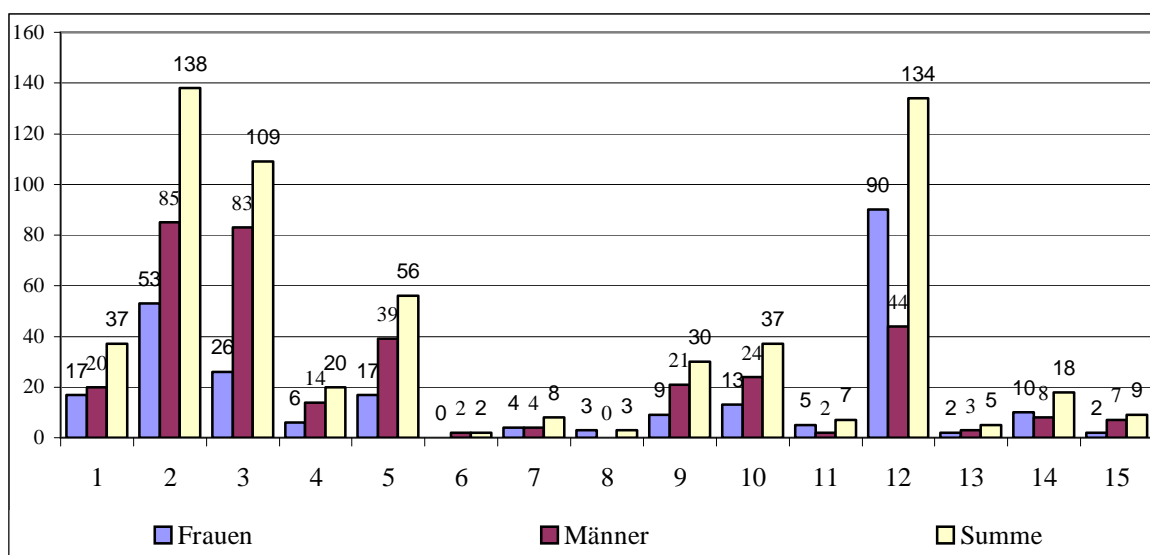


Abb. 12: Verteilung nach dem Beruf (gruppiert) (Aufnahmen)

Wie aus dem Diagramm ersichtlich, stammte der größte Teil der Patienten tatsächlich aus der sozialen Oberschicht. So bildeten die Kranken aus kaufmännischen Berufen mit 22,5 % (entsprechend 138 Patienten) den größten Anteil, direkt gefolgt von den Privatiers mit 21,9 % (entsprechend 134 Patienten), wobei bei den kaufmännischen Berufen der Anteil der Männer, bei den Privatiers der der Frauen deutlich überwog. Als drittgrößte Gruppe ist die der Akademiker und Studenten zu verzeichnen, die mit 17,8 % (entsprechend 109 Patienten) vertreten war. Unter dieser Gruppe findet man vor allem Männer. Insgesamt waren Wirtschafts- und Bildungsbürgertum (Unternehmer, kauf-

männliche Berufe, Akademiker, Studenten, Künstler und Journalisten) sowie die Gruppe der Privatiere (Besitzende ohne ausgeübten Beruf) am stärksten vertreten. Dieses Bild passt insofern gut in den zweiten Untersuchungszeitraum, als sich für diesen im Gesamten eine ganz ähnliche Verteilung findet (Überwiegen des Wirtschafts- und Bildungsbürgertums mit starker Zunahme der Privatiere und Rückgang des Kleinbürgertums).

5.1.10 Krankheitsbilder

Diagnosen im Fünfjahreszeitraum 1906-1910

Die Ermittlung der Diagnosen erfolgte durch die Auswertung verschiedener Quellen. Dazu dienten das Aufnahmebuch der Kuranstalt, das Ordinationsbuch, die Krankenakten sowie die „blauen Couverts“. In der Bestehenszeit des Bellevue wurden im ganzen drei verschiedene Diagnoseschemata entsprechend der Direktorenschaft Ludwig I, Robert und Ludwig II verwendet, deren Zuteilung maßgeblich von Hermann Smidt, dem langjährigen Oberarzt des Bellevue und Schwager Robert Binswangers, vorgenommen wurde. Smidt verfolgte dabei das Ziel, einen Vergleich der Epochen Ludwig I und Robert zu ermöglichen. Die Zuteilung der Patienten zu den jeweiligen Diagnoseschemata ist von deren Aufnahme Nummer abhängig: Patienten mit der Aufnahme Nummer 1 bis 427 werden dem ersten Schema (Ludwig I) zugeordnet, solche mit der Nummer 428 bis 2640 finden sich im zweiten Diagnoseschema (Robert) und Patienten ab der Nummer 2640 werden im dritten Schema (Ludwig II) erfasst.

Für die Diagnosenstellung im Fünfjahreszeitraum 1906-1910 ergibt sich insofern eine Schwierigkeit, als in diesem Zeitraum zwei unterschiedliche Diagnoseschemata Anwendung finden. Es ist dies zunächst für die Jahre 1906-1908 das Diagnoseschema 2. Für die Jahre 1909 und 1910 wird das Diagnoseschema 3 angewendet. Nachfolgend werden beide Schemata vorgestellt, und die in den Jahren 1906-1910 aufgenommenen Patienten werden je nach Aufnahme datum einem davon zugeordnet.

Verteilung der Patienten nach Diagnosen 1906-1908 (entsprechend Diagnoseschlüssel 2)

Für diesen Zeitraum gilt das Diagnoseschema 2 (Robert Binswanger), dessen Verschlüsselung in der folgenden Tabelle⁶⁷ erläutert wird:

Diagnoseschema Robert Binswanger (KG 428-2640) [21.5.1877-29.12.1908]	Schlüssel
Melancholie	1
Manie	2
Circuläre Psychose	3
Moral Insanity/Dégénéérés	4
Hypochondrie	5
Paranoia	6
Paralysis progressiva	7
Akute Verwirrtheit	9
Dementia praecox	10
Hysterie	11
Neurasthenie	12
Epilepsie	13
Demenz	14
Zwangsneurosen	15
Alcoholismus	17
Morphinismus	18
Senium	21
Varia	22
Keine Angaben (d.h. keine Karte vorhanden und kein Mehrfachaufenthalt)	23

Tabelle 4: Diagnoseschema 2

Da sich die Erstellung dieses Schema stark am vorhergehenden Schema (Ludwig I) orientiert, aber dennoch eine Abwandlung dessen darstellt, fehlen manche Schlüssel (im Genauen: Schlüssel 8, 16, 19 und 20). Ordnet man nun die in den Jahren 1906-1910 aufgenommenen Patienten diesem Schema zu, so findet man folgendes Ergebnis:

⁶⁷ Moses (2002 b).

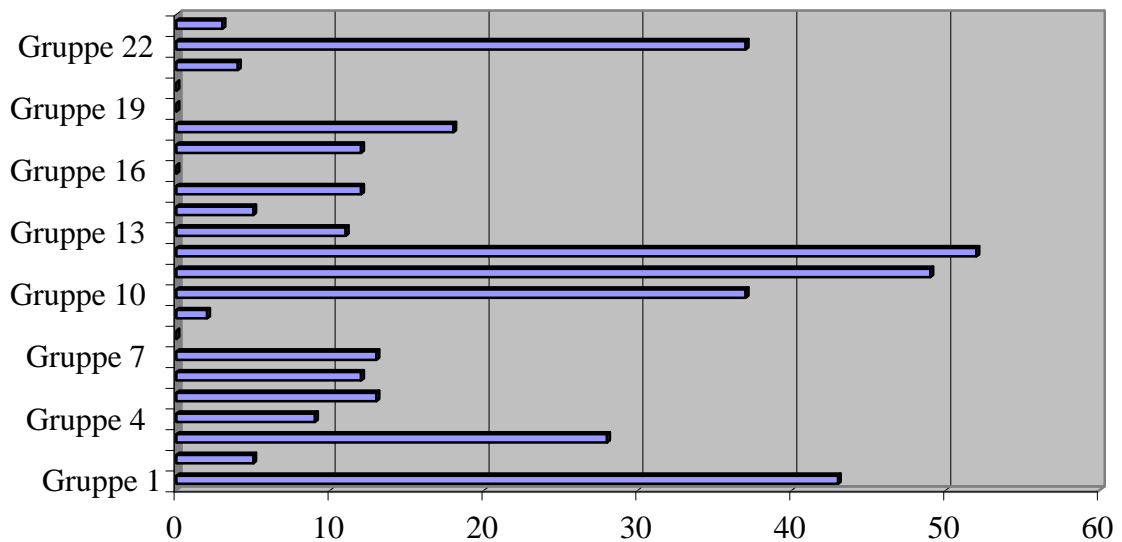


Abb. 13: Verteilung der Patienten nach Diagnosen 1906-1908

Wie sich zeigt, war die Diagnosengruppe Neurasthenie mit 14 % (entsprechend 52 Patienten) am stärksten vertreten. Ebenfalls häufig wurden Hysterie (13 %), Melancholie (12 %) und die Rubrik Varia (10 %) sowie Dementia praecox (10 %) diagnostiziert. Der hohe Anteil der Diagnosengruppen Neurasthenie und Hysterie ist dabei Ausdruck des Werkes Robert Binswangers, der das Bellevue zu einem Sanatorium speziell für Nervenranke erweitern wollte.

Zur besseren Übersichtlichkeit kann man die verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen jeweils bestimmten Gruppen zuordnen. Dazu teilt man sie in neurotische, affektive und schizophrene Störungen sowie die Gruppe der Suchterkrankungen ein. Untersucht man die Ergebnisse der Jahre 1906 – 1908 auf diese Einteilung, so findet man bei den neurotischen Erkrankungen, zu denen die Diagnosen Hysterie, Hypochondrie, Neurasthenie und Zwangsneurosen gezählt werden, mit einem Anteil von 34,52 % den größten Teil vertreten. Die affektiven Störungen mit den Krankheitsbildern Manie, Melancholie und zirkuläre Psychosen nahmen einen Anteil von 20,82 % und die schizophrenen Störungen wie Paranoia und Dementia praecox einen Anteil von 13,43 % ein. Ein geringerer Anteil kam den Suchterkrankungen zu, die mit 8,22 % vertreten waren und unter die Alkoholismus und Morphinismus gerechnet werden. Die verbleibenden 23 % der im Zeitraum 1906 – 1908 vergebenen Diagnosen wurden von anderen Krankheiten wie Moral insanity, Epilepsie und anderen gebildet.

Stellt man die Verteilung der Diagnosen nach Geschlechtern getrennt dar, so ergibt sich folgendes Bild:

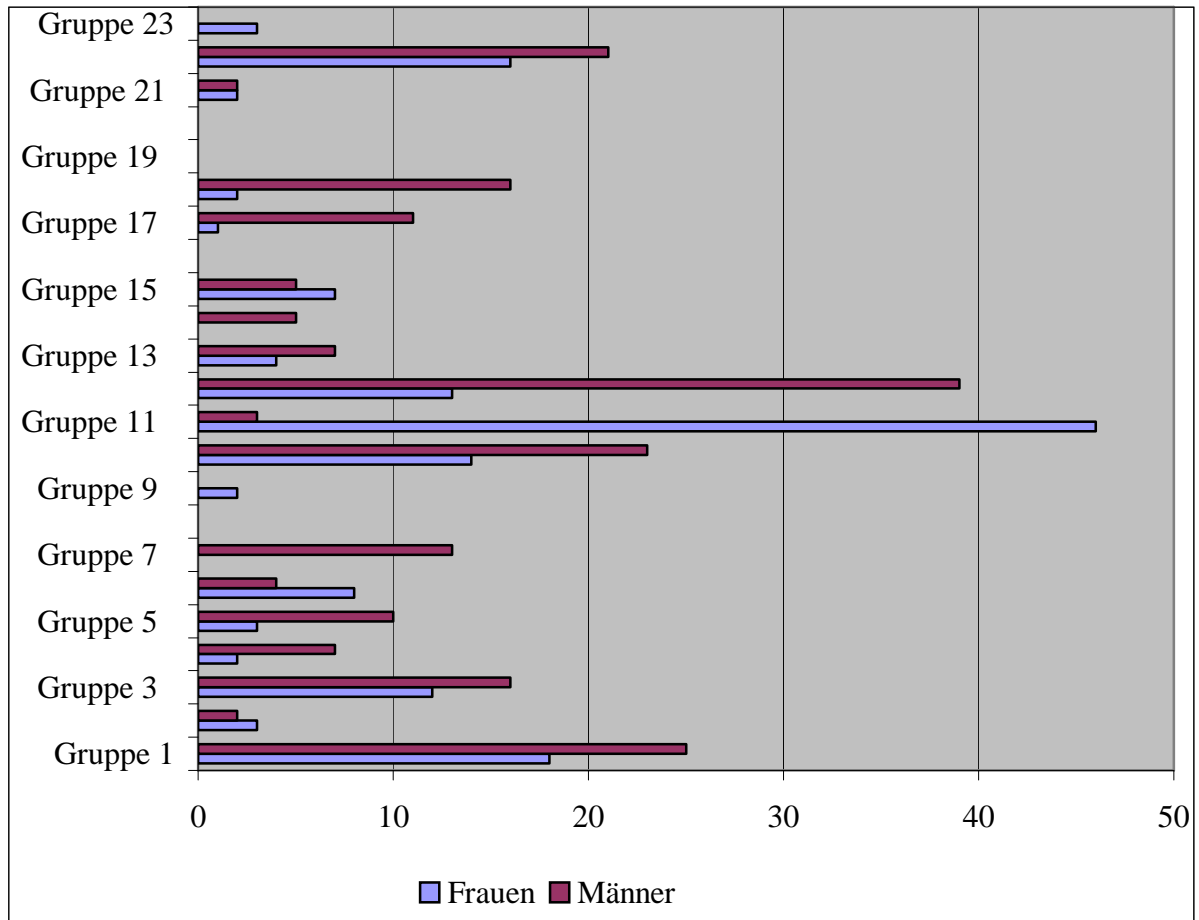


Abb. 14: Verteilung der Diagnosen 1906-1908, nach Geschlechtern getrennt

Offensichtlich gab es hier große Unterschiede in der Verteilung. Ein besonders anschauliches Beispiel hierfür ist die Hysterie, deren Hauptanteil von Frauen gebildet wurde. Im Genauen wurde bei 46 Frauen und lediglich bei 3 Männern Hysterie diagnostiziert. Ein umgekehrt drastisches Verhältnis findet man in der Diagnosengruppe Neurasthenie, wobei hier ganz eindeutig die Männer den Hauptanteil darstellten. Auffallend ist außerdem, dass zu den Gruppen Progressive Paralyse und Demenz nur männliche Patienten gehörten, während die Diagnose akute Verwirrtheit ausschließlich bei weiblichen Patienten zu finden ist.

Verteilung der Patienten nach Diagnosen 1909-1910 (entsprechend Diagnose-schlüssel 3)

Wie bereits erwähnt kam in den Jahren 1909 und 1910 ein moderneres, von dem Kreuzlinger Arzt Hermann Smidt erstelltes Diagnosenschema zum Einsatz. Im Unterschied zum vorherigen Schema war dabei unter anderem die Zusammenfassung aller affektiven Störungen unter dem Begriff „Manisch-depressives Irresein“, das außerdem die erste Gruppe in dem Schema bildete. Es folgte die Gruppe Dementia praecox mit im Vergleich zum früheren Schema genauerer Unterteilung derselben in hebephrene, katonen, paranoide, einfache und polymorphe Formen. Im Anschluss daran wurden Paranoia, progressive Paralyse und Gehirnerkrankungen wie Epilepsie aufgeführt. Darauf folgte die Gruppe der Neurosen, an die sich wiederum die Degenerationspsychosen und abschließend die Intoxikationen anschlossen. Bei dem neuen Diagnosenschema fällt darüber hinaus auf, dass die Rubrik „Hypochondrie“ im nicht mehr aufgeführt ist. Dagegen findet man erstmals aufgeführte Diagnosen wie „Angstneurose“ und „Unfallneurose“, die im früheren Schema nicht genannt waren.

Folgende Tabelle beschreibt die Zuteilung der einzelnen Diagnosen zu Diagnosegruppen.⁶⁸

Diagnosengruppe	Krankheitsbild	Häufigkeit	In %
1	Manisch-depressives Irresein A. Zirkuläre Formen a) vorwiegend manisch b) vorwiegend melancholisch c) gemischt B. Klimakterische Depression C. Manisch-depressive Konstitution a) konstitutionelle Verstimmung b) konstitutionelle Erregung	37	14,9
2	Dementia praecox A. Dem. praec. simplex B. Hebephrene Form C. Katatone Form D. Paranoide Form E. Polymorphe Form	56	22,6
3	Paranoia	0	0,0
4	Syphilitische Erkrankungen des Nervensystems A. Paralysis progressiva B. Tabes dorsalis C. Lues cerebri	13	5,2
5	Arteriosklerosis cerebri	5	2,0
6	Dementia senilis und senile Psychosen	5	2,0
7	Encephalitis lethargica und Folgezustände	0	0,0
8	Imbecillität	1	0,4
9	Epilepsie	6	2,4
10	Hysterie	29	11,7
11	Neurasthenie und Psychasthenie	16	6,5
12	Zwangsneurose	10	4,0
13	Angstneurose	6	2,4
14	Unfallneurose	2	0,8
15	Psychopathische Konstitution A. Haltlose B. Sexuell Perverse C. Moralisch Defekte D. Schizoide psychopathische Konstitution E. Hyperthymische (seit 1946) F. Andere	12	4,8
16	Intoxicationen A. Alkoholismus B. Morphinismus C. Cocainismus D. Andere Vergiftungen E. Dolantinismus	28	11,3
17	Andere Erkrankungen des Nervensystems	6	2,4
18	Nicht nervöse Erkrankungen	7	2,8
23	Unbekannt	9	3,6
Summe		248	100,0

Tabelle 4: Diagnosenschema 3

⁶⁸ UAT 442/195 u. 442/196.

Wie man sieht, entsprach die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Diagnosen während der Jahre 1909-1910 damit im Großen und Ganzen den Verhältnissen in den vorangehenden Jahren. Die affektiven Störungen waren dabei mit einem etwas geringeren Anteil von 14,9 % beteiligt. Auch die neurotischen Störungen nahmen 1909 und 1910 mit insgesamt 25,4 % einen kleineren Platz ein als noch 1906-1908. Dabei betrug der Anteil der Neurasthenie 6,5 % und derjenige der Hysterie 11,7 %, während die Zwangsneurosen 4,0 %, die Angstneurosen 2,4 % und die Unfallneurosen 0,8 % ausmachten. Stark angestiegen war im Vergleich zu den Jahren 1906-1908 besonders der Anteil der schizophrenen Störungen, die sich 1909-1910 auf einen Anteil von 22,6 % beliefen. Dabei fällt auf, dass die gesamten unter den schizophrenen Störungen zusammengefassten Patienten aus der Gruppe der Dementia praecox stammten. Die Paranoia, als eine weitere schizophrene Erkrankung⁶⁹, war hingegen überhaupt nicht mehr vertreten. Dies könnte mit der sich immer mehr durchsetzenden Erweiterung des Begriffes der Dementia praecox zusammenhängen. Somit fielen Krankheitsbilder, die früher der Paranoia zugerechnet wurden, immer mehr unter den Begriff Dementia praecox, was sich wiederum deutlich an den Zahlen der Statistik des Bellevue zeigt. Außer den schizophrenen Erkrankungen war auch der Anteil der Suchtkranken im Bellevue 1909-1910 höher als in den Jahren zuvor. So waren Alkoholismus, Morphinismus, Kokainismus und weitere Intoxikationen mit einem Anteil von insgesamt 11,3 % vertreten.

⁶⁹ Hier verwendet im Sinne des heutigen Begriffes „schizophren“.

5.2 Therapie

5.2.1 Einführung

Auch im Zeitraum 1906-1910 bestanden die Therapiekonzepte Binswangers wie in den Vorjahren vor allem aus Milieuthherapie und psychischer Therapie. Ergänzend dazu wurde nach wie vor die immer mehr an Bedeutung gewinnende pharmakologische Therapie angewandt. Außerdem nahmen physikalische Therapie, Ernährungstherapie, Mastkuren und Hypnotherapie nach wie vor einen bedeutenden Stellenwert ein und bildeten eine Ergänzung zu den übrigen Behandlungsformen. Es ergibt sich damit ein komplexes Therapiekonzept, dessen einzelne Elemente Binswanger je nach Bedarf einsetzte und deren jeweiliger Hintergrund im folgenden Kapitel dargestellt werden soll.

5.2.2 Milieuthherapie

Unter dieser Therapieform verstand Binswanger die Schaffung eines familiären Milieus, das der Heilung seiner Patienten dienlich sein sollte. Grundlage hierfür bildete die enge Einbeziehung der Arztfamilien in das Anstaltsleben. Damit stand das gesamte Personal wie auch die Angehörigen der Ärzte im Dienst der Kranken. Ziel dieses Vorgehens war es, den Kranken eine möglichst ruhige, heimatähnliche Umgebung zu bieten. In einem Anstaltsprospekt aus frühen Jahren (1887) brachte Robert Binswanger dieses Ziel mit folgenden Worten zum Ausdruck: „Das Streben der Ärzte und ihrer Familien geht dahin, den Kranken die Heilung oder Besserung in den freiesten familialen Verhältnissen zu verschaffen und ihnen die Entfernung von ihrer Heimath dadurch zu erleichtern.“⁷⁰ Wenig später erklärte er, durch die Einbeziehung der Familien beabsichtige er, die Kranken mit möglichst vielen gesunden Elementen zu umgeben, so dass sie sich in einem liebe- und verständnisvollen Umfeld befänden.⁷¹ So wurde denjenigen Kranken, deren Gesundheitszustand entsprechend stabil war, die Möglichkeit gegeben, an einem Gesellschaftskreis teilzunehmen, dem unter anderem auch die Arztfamilien beiwohnten.⁷² Im Rahmen dessen fanden in Speise- und Konversationsaal der Anstalt regelmäßige Treffen statt, sei es um gemeinsam zu essen oder auch nur um Gespräche zu führen oder einen Abend in gesellschaftlicher Runde zu verbringen. Auch wurden gemeinsame

⁷⁰ FAB Nr. 155; Anstaltsprospekt aus dem Jahr 1887.

⁷¹ FAB Nr. 307.

⁷² FAB Nr. 146; Anstaltsprospekt aus dem Jahr 1909.

Ausflüge unternommen. Einigen Patienten war außerdem das Recht vorbehalten, mit der Familie Binswanger unter einem Dach zu wohnen. Diese ausgewählten Kranken lebten mit der Arztfamilie auf dem außerhalb des Anstaltsgeländes gelegenen Gut Brunnegg. Eine derartige Auffassung des „therapeutischen Milieus“ hatte Binswanger von seinem Vater übernommen, war er doch selbst schon als kleiner Junge durch die Arbeit des Vaters ins Anstaltsleben einbezogen worden.⁷³ Es sollte damit auch bewusst ein Unterschied zu öffentlichen Anstalten geschaffen werden, wo das Leben für die Kranken oft eintöniger und lebloser gestaltet war. Außer der Familie Binswanger beteiligten sich auch Mitglieder der Arztfamilien Smidt und von Holst an dieser Art des Krankendienstes. Smidt schrieb in seiner Biographie über Robert Binswanger darüber hinaus folgendes: „War es R[obert] B[inswanger]’s lebhaftes Streben, das Laienelement zur seelischen Beeinflussung der Kranken getreu den Anschauungen des Vaters heranzuziehen, so erkannte er ebenso die Notwendigkeit an, auch häusliches Behagen ihnen zu vermitteln, soweit es ihr Zustand erlaubte. Hier gilt es zunächst, die Trennung heterogener Elemente sowohl in Bezug auf täglichen Umgang als auch auf Wohnung herbeizuführen“⁷⁴ In diesem Sinne hatte Robert, gestärkt durch den Hintergrund einer gewisse finanziellen Sicherheit, einige Bauunternehmungen realisiert und durch den Bau und Ankauf neuer Villen eine bessere räumliche Trennung zwischen ruhigen und unruhigen Kranken erreicht. Im Ganzen betrachtet gelang es Binswanger also recht gut, Elemente der Familien- und Soziotherapie mit in sein Therapiekonzept zu integrieren.

Eine weitere Therapieform im Bellevue war die des „Non-Restraint“. Von körperlich einschränkenden Maßnahmen wie dem Anlegen von Zwangsjacken oder dem Anschließen von Patienten sah man weitgehend ab. Dennoch konnte man auch in der Kreuzlinger Privatanstalt nicht völlig auf körperliche Beschränkungen der Kranken verzichten. So hatte Ludwig Binswanger in seltenen Fällen trotz seiner Abneigung dagegen von der Zwangsjacke Gebrauch gemacht.⁷⁵ Im Zeitraum 1906-1910 konnten unter den transkribierten Akten jedoch keine Hinweise auf Anwendung solcher Maßnahmen gefunden werden. Auch in früheren Zeiträumen unter Roberts Leitung konnte kein Anlegen von Zwangsjacken oder ähnliche Methoden gefunden werden.⁷⁶ Allerdings war es

⁷³ FAB Nr. 351; Biographie Robert Binswangers von Hermann Smidt 1920.

⁷⁴ FAB Nr. 351; Biographie Robert Binswangers von Hermann Smidt 1920.

⁷⁵ Stäbler (2001); S. 79 f.

⁷⁶ Domeyer (2004); S. 73

vorgekommen, dass Patienten mit progressiver Paralyse zum Teil mit verstärkter Kleidung oder Schließhandschuhen versehen oder zum Schutz vor autoaggressiven Handlungen in Tobzellen verbracht worden waren.⁷⁷ Auch wurden zum Teil Sondenernährungen durchgeführt.⁷⁸ Körperliche Einschränkungen im weiteren Sinne kamen in der Zeit 1906-1910 jedoch durchaus zum Einsatz. So bekam ein Patient, der sich den ärztlichen Anordnungen oft widersetzte, indem er trotz Verbot nächtliche Turnübungen durchführte, des Nachts zur Beaufsichtigung einen Wärter zur Seite.⁷⁹ Die Tatsache, dass man im Bellevue im Gegensatz zu staatlichen Anstalten jener Zeit größtenteils auf körperlich einschränkende Maßnahmen verzichten konnte, mag zum Einen daran liegen, dass sich die dort untergebrachten Patienten im Durchschnitt in einem besseren Gesundheitszustand befanden. Zum anderen gewährleistete das günstige Wärter-Patient-Verhältnis von 1:2 sowie das Arzt-Patient-Verhältnis von ungefähr 1:18 im Bellevue eine gute Betreuung und Überwachung der Kranken.

5.2.3 Psychische Therapie

Auf seine Auffassung einer psychischen Therapie, auch „Traitement moral“ genannt, ging Binswanger in einem Manuskript einer Anstaltsbeschreibung näher ein. Er erläuterte hierin das „Traitement moral“ als ein näheres Eingehen auf den Patienten im Hinblick auf dessen Erlebnisse und seinen Charakter.⁸⁰ Auf diese Weise könne das Vertrauen des Patienten erweckt und der Kranke einer weiteren psychischen Leitung durch den Arzt zugänglich gemacht werden. Das so entstandene therapeutische Verhältnis des Arztes zum Kranken solle dazu dienen, den Kranken auf seine Fehler und Vergehen aufmerksam zu machen. Weitaus wichtiger als dies jedoch sei der Aspekt, dass der Arzt den Patienten nun in Bezug auf dessen Lebensführung beeinflussen könne. So sollten die Kranken zu einem regelmäßigen, geordneten Leben erzogen und in dieser Richtung durch den Arzt gelenkt werden. Unter einer solchen Lebensführung verstand Binswanger eine geregelte Tageseinteilung, ein ausgewogenes Verhältnis von Arbeit, Ruhe und Zerstreuung sowie die Befolgung ärztlicher Anweisungen. Als einer Therapie im Sinne des „traitement moral“ bedürftige Kranke nannte Binswanger insgesamt drei Gruppen

⁷⁷ Domeyer (2004); S. 74

⁷⁸ Patientin Nr. 2653/1.

⁷⁹ Patient Nr. 2513/1.

⁸⁰ FAB Nr. 308.

von Kranken. Bei der ersten Patientengruppe handele es sich um solche Patienten, „welche in Folge von Willensschwäche, Muthlosigkeit etc. ihre eigene Führung zum Theil eingebüßt“ hatten.⁸¹ Unter diese Beschreibung passen Patienten mit den Diagnosen Neurasthenie, Hypochondrie, Alkoholismus und Hysterie. Es sei bei dieser Patientengruppe besonders wichtig, so Binswanger in dem Manuskript, dass sie rechtzeitig ins Bett kämen, um ausreichend Schlaf zu erhalten. Unter der zweiten für ein „traitement moral“ geeignete Patientengruppe nannte Binswanger Menschen, die meist erblich vorbelastet und in ihrem Lebenslauf auf einmal aus der Bahn geworfen wären, meist jüngere, geistig durchaus begabte Männer, die auf einmal mit der Gesellschaft in Konflikt gerieten, sich zu sozialer Unfähigkeit entwickelten, zu Exzessen neigten und „geistig brach“⁸² lägen. Die gleichen Erscheinungen könnten sich auch bei jungen Mädchen zeigen, die durch ihre von jeher „schwächliche Erziehung“⁸³ über ein noch größeres Erkrankungspotenzial verfügten. Solche Patientinnen verlören ihre Lebenslust, würden unfähig zu arbeiten, verhielten sich egoistisch und machten ein Zusammenleben in der Familie unmöglich. An Diagnosen waren unter dieser Patientengruppe wohl Krankheitsbilder wie Moral Insanity, Hysterie oder Alkoholismus häufig vertreten. Als letzte in Binswangers Manuskript erwähnte Patientengruppe beschrieb er Ehefrauen, die, meist erblich belastet, ihren Pflichten nicht mehr nachkämen und mit Ehemännern und Dienstboten aufgrund häufig vorhandener Kauflust und jähzornigen Charakters in Konflikt gerieten. Diese Patientinnen lassen sich am besten unter den Diagnosen „Hysterie“ oder „zirkuläres Irresein“ einordnen. Psychotische Patienten erwähnte Binswanger in diesem Zusammenhang gar nicht. Dies lässt die Vermutung zu, dass er die Therapieform des „traitement moral“ bei dieser Patientengruppe wohl für weniger angebracht bzw. nicht unbedingt wirksam hielt. Als Beweis dafür, dass das „Traitement moral“ im Bellevue Anwendung fand, sind in vielen der transkribierten Akten so genannte „Tageseinteilungen“ enthalten. Es handelt sich dabei um Pläne, die den Tagesablauf der Kranken regeln sollten. Es wurden darin Aufstehens- und Zubettgehzeit, Zeitpunkt zum Einnehmen der Mahlzeiten, genaue Zeitpunkte für unterschiedliche Freizeitbeschäftigungen sowie für therapeutische Anwendungen wie Bäder und Massagen bestimmt. An Diagnosen kamen unter den Patienten, deren Akten im Zeitraum 1906-1910 transkri-

⁸¹ FAB Nr. 308.

⁸² FAB Nr. 308.

⁸³ FAB Nr. 308.

biert wurden und die solche „Tagenseinteilungen“ enthielten, zweimal „Melancholie“, einmal „Herzneurose“, einmal „Neurasthenie“, einmal „Homosexualität“ und einmal „Alkoholismus“ vor. Man sieht also, dass dies gerade die Diagnosen waren, bei denen Binswanger ein „traitement moral“ für besonders wirksam erachtete.

Neben dem eigentlichen „traitement moral“ gab es im Bellevue unter Robert Binswanger auch andere Formen von Einflussnahme auf die Seele, die man zu den unspezifischen Formen von Psychotherapie zählen kann. Hierbei kam dem Auftreten des Arztes und des Pflegepersonals gegenüber dem Patienten, der Auswahl des Krankenzimmers sowie der Art der Beschäftigung des Kranken eine große Bedeutung zu, da all diese Faktoren dessen Seelenleben zu beeinflussen in der Lage waren. Selbst schon der Anstaltseintritt wurde als solcher psychotherapeutischer Faktor betrachtet.⁸⁴ Besonders auf die Beschäftigungstherapie in Form von gezielt eingesetzten Tätigkeiten wurde im Bellevue viel Wert gelegt, und man findet in zahlreichen Akten die unterschiedlichsten Variationen dieser Behandlungsform. So wird in den Krankengeschichten häufig von Spaziergängen oder Ausflügen in die nähere Umgebung berichtet. Viele Patientinnen verbrachten freie Stunden mit Handarbeiten oder Zeichnen.⁸⁵ Männer hingegen waren häufiger mit Billardspiel⁸⁶, rudern⁸⁷ oder Kegeln⁸⁸ beschäftigt. Häufig wurden die Kranken von Ärzten auch zu Gartenarbeit aufgefordert, wie dies für mehrere Patienten beschrieben wird.⁸⁹ Allerdings waren diese Arbeiten körperlich sicherlich nicht übermäßig anstrengend, denn dies wäre dem Stand der meisten der Kranken nicht angemessen gewesen. Auch kam es vor, dass Patienten Konzerte besuchten oder Turnübungen unternahmen.⁹⁰ Manche der Kranken fertigten Webereiarbeiten an.⁹¹ Ein Patient beschäftigte sich gerne mit Übersetzen⁹², eine Patientin nutzte die Möglichkeit, Klavier⁹³ zu spielen. Ein weiterer Patient beschäftigte sich gern mit Tennisspiel und er nahm die hierfür zur Verfügung stehenden Tennisplätze auf dem Anstaltgelände in Anspruch. Auch Theater-

⁸⁴ Löwenfeld (1897), S. 73 ff..

⁸⁵ Patientin Nr. 2410/2.

⁸⁶ Patient Nr. 2513/1.

⁸⁷ Patient Nr. 2340/3; Anordnung im Tagesplan des Patienten.

⁸⁸ Patient Nr. 2506.

⁸⁹ Patient Nr. 2506 laut Tagesplan; Patientin Nr. 2845/1; Patient Nr. 2685/1.

⁹⁰ Patientin Nr. 2374/1 und Tagesplan.

⁹¹ Patientin Nr. 2845/1.

⁹² Patient Nr. 2513/1.

⁹³ Patientin Nr. 2845/1.

besuche wurden mit den Patienten unternommen.⁹⁴ Über diese in den transkribierten Akten gefundenen Betätigungen hinaus bot die Anstalt Bellevue laut Prospekt aus dem Jahr 1909 an weiteren Beschäftigungsmöglichkeiten eine in der Nähe gelegene Seebadeanstalt, Wasserausfahrten sowie geschulte Lehrkräfte zur Erteilung von Unterricht an.⁹⁵ Weitere am Bellevue praktizierte psychotherapeutische Maßnahmen waren Isolierung der Patienten von ihren Familien und Regulierung der Besuche sowie Kontrolle ihrer Korrespondenz.⁹⁶

Eine andere Frage ist es, wie Binswanger zu den neueren, spezifischen psychotherapeutischen Methoden, der Hypnose- und Suggestionenbehandlung, der Kathartischen Methode Breuers und Freuds, und der Freudschen Psychoanalyse stand. Diese Frage bedarf einer sorgfältigen Untersuchung in einem eigenen Kapitel. Hier sei nur soviel vorweggenommen: Binswanger war gegenüber Hypnose und Suggestion skeptisch, hielt sie nicht für ungefährlich und im Erfolg in vielen Fällen dauerhaft.⁹⁷

Die Psychoanalyse gewann zwar im Bellevue in den Jahren 1906-1910 zunehmend an Bedeutung. Robert Binswanger selbst interessierte sich jedoch weniger für deren Durchführung. Er überließ diese Aufgabe vor allem seinem Sohn Ludwig und dem Kollegen Maeder, die auch schon zu dieser Zeit Analysen vornahmen. Unter den für diese Arbeit transkribierten Akten befinden sich zwei, in denen die Psychoanalyse als Behandlungsmethode auftaucht. Dem einen von ihnen, einem 34-jährigen Artillerieleutnant, wurde es von den Kreuzlinger Ärzten freigestellt, ob er den Versuch einer Psychoanalyse wagen wolle.⁹⁸ Der Kranke war zunächst unentschlossen, entschied sich dann aber für die Therapie. Allerdings blieb er stets wankelmütig und wollte zeitweise nichts mehr von der Analyse wissen. Er entwickelte sogar die fixe Idee, von den Ärzten analysiert zu werden. In solchen Phasen droht er dem Arzt mit den Worten: „Ich lass nicht so leicht jemanden in mich hineindringen.“⁹⁹ Der Patient reiste bald darauf ab, eine Bemerkung von Seiten der Ärzte über etwaigen Erfolg oder Misserfolg der Analyse fehlt. Auch finden sich keine Angaben dazu, welcher Arzt sie vorgenommen hat. Anders ist der Verlauf bei dem zweiten Patienten. Dabei handelte es sich um einen 26jährigen Juristen, der

⁹⁴ Patientin Nr. 2653.

⁹⁵ FAB Nr. 146.

⁹⁶ Z.B. Patientin Nr. 2845.

⁹⁷ Siehe dazu auch Domeyer (2004), Kapitel 6.3.

⁹⁸ Patient Nr. 2878/1.

⁹⁹ Patient Nr. 2878/1.

an Neurasthenie und Nikotin-/Veronalabusus litt.¹⁰⁰ Die Analyse wurde bei ihm auf eigenen Wunsch hin begonnen. Nachdem der Patient zunächst regelmäßig zu den Terminen erschien und auch frei zu assoziieren begann, gestaltete sich die Therapie aber im weiteren Verlauf aufgrund mangelnder Compliance von Seiten des Kranken als durchaus schwierig. So erfand der Patient zum Teil Träume und leistete sich im Hinblick auf seine Sucherkrankungen einige Ausschweifungen, worauf man ihm mit Abbruch der Analyse drohte.¹⁰¹ Nach mehrmaligen Alkoholexzessen wurde diese Drohung wahr gemacht und die Analyse beendet. Aus einem Brief vom 8. Mai 1910 geht hervor, dass es sich bei dem analysierenden Arzt um Dr. Maeder gehandelt hatte.¹⁰² Näheres zur Anwendung der Psychoanalyse im Bellevue während der Jahre 1906-1910 wird in den Dissertationen von Andrea Henzler und Micha Neumann vorgestellt.

5.2.4 Pharmakologische Therapie

Der Zeitraum 1906-1910 war in Bezug auf die Pharmakotherapie durch die rasche Folge ständig neuer Entwicklungen von synthetischen Arzneimitteln gekennzeichnet, die sich jeweils jedoch nur schwer dauerhaft etablieren ließen. Hatte man während der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts noch eine begrenzte Auswahl hauptsächlich pflanzlicher Drogen zur Verfügung gehabt (darunter seien der den Wirkstoff Morphin enthaltende Schlafmohn, Papaver somniferum, die den Wirkstoff Atropin enthaltende Tollkirsche Atropa Belladonna, das Hyoscyamin enthaltende schwarze Bilsenkraut, Hyoscyamus niger, sowie Brechwurz, Nieswurz, Kampfer und weitere zu nennen)¹⁰³, so war die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts und die Zeit um die Jahrhundertwende durch die ständige Erweiterung des psychiatrischen Arzneimittelschatzes geprägt. Der Ursprung dieser Entwicklung war die zunehmend an Bedeutung gewinnende Pharmaindustrie, die in der Lage war, in zahlreichen Chemielaboratorien auch synthetische Medikamente herzustellen. Für die Pharmakopsychiatrie war dabei besonders die Entdeckung und Nutzbarmachung hypnotisch und sedativ wirkender Stoffe von Bedeutung. Auf diese Weise war es nämlich möglich, die oft anzutreffenden Leiden von Patienten mit Unruhe- und Erregungszuständen im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen schneller zu

¹⁰⁰ Patient Nr. 2782/1.

¹⁰¹ Patient Nr. 2782/1.

¹⁰² Patient Nr. 2782.

¹⁰³ Domeyer (2004), Kapitel 6.4.

lindern.¹⁰⁴ Für diese neue Therapieform wurde auch das Schlagwort „medizinische Zwangsjacke“ geprägt. Allerdings war die Etablierung gut wirksamer Schlafmittel bis Jahrzehnte nach der Jahrhundertwende noch nicht möglich. Als Problem hatte sich dabei herausgestellt, dass keines der entwickelten Medikamente die geforderten Kriterien wie schnelle, sichere Wirkung bei Freiheit von gefährlichen Nebenwirkungen oder Gewöhnung zuverlässig erfüllen konnte. So stellte N. Burgmayer noch im Jahr 1936 fest: „Das Ideal eines Schlafmittels ist immer noch nicht gefunden, insbesondere, weil fast alle mehr oder weniger unangenehme Nachwirkungen auslösen.“¹⁰⁵ Besonders problematisch waren in diesem Zusammenhang oft voreilige unkritische Empfehlungen bestimmter Medikamente, die alsbald widerrufen werden mussten. Zu erwähnen sei hierbei auch noch die Diskussion über Rechtfertigung und Wert der medikamentösen Sedativtherapie in der Psychiatrie. In diesem Zusammenhang wurde die Pharmakotherapie zum einen als Methode gefeiert, die mechanische Zwangsmaßnahmen fortan überflüssig werden ließ. Gegner dieser Auffassung bezeichneten sie hingegen als „chemischen Restraint“, der sich in seinem Zwangscharakter kaum von mechanischen Methoden unterschied.¹⁰⁶ Diese ablehnende Haltung der Sedativtherapie gegenüber wurde jedoch nur von einer Minderheit der zeitgenössischen Psychiater vertreten.

Die Pharmakotherapie am Bellevue während der Jahre 1906-1910 beschränkte sich nun trotz der ständig steigenden Zahl neuer Substanzen auf ein recht überschaubares Maß an bewährten Mitteln. Die für diese Arbeit verwendeten Daten beziehen sich dabei auf die 18 transkribierten Akten sowie Einträge zu diesen Patienten in den „Arzneiverordnungen“. Es ist dabei zu beachten, dass die Dokumentation in diesen Materialien zum Teil unvollständig ist. Außerdem findet man kaum Angaben zur Regelmäßigkeit der einzelnen genommenen Medikamente. Ist also ein Arzneimittel in einer der Akten oder den „Arzneiverordnungen“ aufgeführt, so erfährt man dennoch nicht viel darüber, über welchen Zeitraum der Patienten selbiges einnahm. Zur Einnahmefrequenz hingegen findet man zumindest ab und zu Angaben. So lautet ein Eintrag in den „Arzneiverordnungen“ vom 21. Juni 1909 folgendermaßen: „Acid. Hydrochlor. Dil. 20,0[;] [...] 20 tropfen nach dem Mittag – Abendessen mit Wasser verdünnt zu nehmen für Herrn Luber“¹⁰⁷ Bei

¹⁰⁴ Hall (1997), S. 40 ff..

¹⁰⁵ Hall (1997), S.42.

¹⁰⁶ Hall (1997), S.44.

¹⁰⁷ UAT 442/222; Eintrag in „Arzneiverordnungen“ zu Patient Nr. 2685.

einigen wenigen der transkribierten Krankengeschichten fanden sich gar keine Angaben zur medikamentösen Therapie.¹⁰⁸ Die in der Kreuzlinger Anstalt am häufigsten verwendete Medikamentengruppe war die der Schlaf- und Beruhigungsmittel. Hierunter fallen Substanzen wie Brom, Veronal, Medinal, Trional, Opium, Morphinum, Isopral, Paraldehyd und Hyoscin. Auffällig ist dabei, dass bei einem Patienten oft verschiedenen Substanzen angewendet wurden. Auch Substanzgemische wurden verabreicht. Dies diente wohl der Findung des am besten wirksamen Präparates. Die Zuordnung eines Medikaments zu einer bestimmten Diagnose ist nicht unbedingt eindeutig. Weiterhin gehörten zum Arzneimittelrepertoire des Bellevue in den Jahren 1906-1910 Kokain, Laxantien wie Calomel, Rhabarber, Croton- und Rizinusöl, sowie Schmerz- und Fiebermittel wie Salizylsäure oder Phenacetin. Ergänzend wurden weitere somatische Heilmittel eingesetzt.

Im folgenden Teil sollen die am häufigsten verwendeten Medikamente kurz vorgestellt werden. Es muss darauf hingewiesen werden, dass Zahlen bezüglich der Anwendungshäufigkeit sich dabei nur auf die Akten beziehen, die für den Zeitraum 1906-1910 transkribiert wurden und deren Dokumentation bezüglich der Regelmäßigkeit von Medikamentgaben lückenhaft ist. Die ermittelten Zahlen hierzu eignen sich also nur zur groben Orientierung. [Angaben zu Medikamenten, die sich auf Jahre nach 1910 beziehen, wurden außerdem nicht verwertet!]

Brom

Dieser Stoff wurde in der psychiatrischen Pharmakologie vor allem als Hypnotikum und Sedativum verwendet. Durch seine spasmolytische und antikonvulsive Wirkung kam es außerdem im Rahmen der Epilepsiebehandlung zum Einsatz. Die Entdeckung des Broms als Heilmittel geht zurück in die 1860er Jahre, als man die hypnotische und sedative Wirkung des Elements, das von dem französischen Apotheker und Chemiker Antoine Jérôme Balard (1802 – 1876) 1826 erstmals isoliert worden war, erkannte.¹⁰⁹ Trotz der seit einigen Jahren vermehrt auftretenden Nebenwirkungen in Form von Bromakne (siehe dazu auch Krankengeschichte der Patientin Nr. 2446, bei der eine Brombehandlung wegen Entwicklung von Akne abgebrochen werden musste), war es in der Zeit nach der Jahrhundertwende ein bewährtes und oft verwendetes Schlaf- und

¹⁰⁸ Z.B. bei Patientin Nr. 2340.

¹⁰⁹ Weber (1999), S. 77 ff..

Beruhigungsmittel, was Vermerke in zahlreichen Akten des Bellevue in den Jahren 1906 – 1910 belegen.¹¹⁰ Häufige Indikation für Bromgaben war die Diagnose „Neurasthenie“. Auch unter den vier Akten, in denen Angaben zu Brombehandlung gefunden werden konnten, befinden sich zwei mit dieser Diagnose. Oft wurden Bromsalze gegeben, die aus Ammonium-, Kalium- und Natriumbromid bestanden und den Patienten bis in die zwanziger Jahre des 20. Jahrhunderts in Suppen oder eingebacken in Brot verabreicht wurden.¹¹¹ In welcher Form und Verbindung man das Brom im Bellevue gewöhnlich zu verwenden pflegte, geht aus dem vorliegenden Material der 18 transkribierten Akten leider nicht deutlich genug hervor. In den Akten Nr. 2410 und 2446 ist jeweils von nicht näher bezeichneten „Bromsalzen“ die Rede, bei der Patientin Nr. 2812 wird von Natriumbromid gesprochen. Bei Patient Nr. 2262 findet man lediglich die Angabe, dass „Brom“ gegeben wurde. In den folgenden Jahren wurde das Brom in der Psychopharmakologie jedoch zunehmend von der Substanz Adalin ersetzt, ein mit Brom substituiertes Harnstoffderivat.¹¹² Dieses Präparat wurde in zeitgenössischen Psychiatrien bereits während der Jahre 1909 und 1910 eingesetzt und hatte gegenüber anderen Bromverbindungen den großen Vorteil, dass es kaum Nebenwirkungen verursachte. In den 18 für die Jahre 1906 – 1910 transkribierten Akten des Bellevue finden sich jedoch keine Angaben zur Anwendung dieses Arzneimittels.

Barbiturate

Unter dieser Medikamentengruppe war zunächst die Substanz Diethylbarbitursäure, mit Handelsnamen Veronal genannt, von größter Bedeutung. Auf den Markt kam Veronal im Jahr 1903 als Gemeinschaftsproduktion der Firmen Bayer und E. Merck, obwohl Tierversuche an Hunden erhebliche Bedenken aufgrund des Auftretens gastrointestinaler Nebenwirkungen hervorgerufen hatten.¹¹³ Von den Krankenhäusern wurden in der folgenden Zeit dennoch die Vorzüge dieses neuen Hypnotikums und Sedativums gepriesen. Man schätzte besonders seinen im Vergleich zu bisherigen Präparaten angenehmen Geschmack und seine sichere Wirkung. Als Indikationen nannte Bayer selbst vielfältige Krankheitsbilder wie Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie, Katatonie, Me-

¹¹⁰ Solche Anwendungsvermerke finden sich bei den Patienten Nr. 2410, Nr. 2446, Nr. 2262 und Nr. 2812.

¹¹¹ Weber (1999), S. 81.

¹¹² Weber (1999), S. 81.

¹¹³ Weber (1999), S. 108 ff..

lanchole, Angstzustände, chronischer Alkoholismus und viele mehr. Einzig die Gruppe der Dementia praecox sei einer Veronaltherapie nicht zugänglich. Im Bellevue selbst konnten in den 18 für den Zeitraum 1906 – 1910 transkribierten Akten insgesamt bei vier Patienten Aufzeichnungen über die Anwendung von Veronal gefunden werden.¹¹⁴ Als Diagnosen sind bei diesen Patienten Dementia praecox, Morphinismus, Dementia senilis und Alkoholismus angegeben. Dabei diente Veronal besonders bei den an Dementia praecox, Dementia senilis und Alkoholismus erkrankten Patientinnen vor allem als Schlafmittel. Der Patient mit Morphinismus benötigte es besonders zur Beruhigung. Nach anfänglich enthusiastischem Einsatz der Substanz machten sich jedoch bald ihre Nachteile bemerkbar, vor allem Abhängigkeits- und Toleranzentwicklung. So kam es bereits 1903/1904 zu „gewöhnheitsmäßigem Veronalmißbrauch“ sowie zu Entzugs-Krampfanfällen.¹¹⁵ Die hohe Verbreitung der Barbiturate um diese Zeit trug damit einen entscheidenden Teil zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit gegenüber Arzneimittelabhängigkeit bei. Auch unter den für diese Arbeit transkribierten Akten konnte ein Fall von so genanntem „Veronalismus“ gefunden werden.¹¹⁶ Ein weiteres Problem der Barbiturat-Therapie ergab sich neben psychischen und physischen Nebenwirkungen wie erhöhter Tagesmüdigkeit, Schwindel, Exanthenen mit Fieberschüben sowie stark verzögerter Ausscheidung bei Nierenerkrankungen aus der akuten Intoxikation in suicidalen Absicht. All diesen Nachteilen zum Trotz blieb Veronal in seiner Anwendung bis zum Ende des zweiten Weltkrieges jedoch weit verbreitet, was zeitgenössische Psychiater mit der guten Verträglichkeit der Barbiturate und deren „Ungefährlichkeit“ begründeten, sofern die „richtige Dosierung und Indikationsstellung“ beachtet würde.¹¹⁷ Mehrere Unternehmen entwickelten Nachahmungspräparate, unter denen vor allem das auch im Bellevue verwendete „Medinal“ zu erwähnen ist, chemisch das Mononatriumsalz der Diethylbarbitursäure. Der Vorteil des Medinal gegenüber Veronal bestand vor allem in seiner besseren Wasserlöslichkeit und den sich daraus ergebenden Vorteilen in der klinischen Anwendung, weshalb auch Bayer und Merck wenig später das Präparat „Veronal - Natrium“¹¹⁸ anboten. Für den Zeitraum 1906 – 1910 findet man einen Fall, in dem Medinal zum Einsatz kam. Es handelt sich dabei um eine Patientin mit Alkoholismus,

¹¹⁴ Patienten Nr. 2410, 2620, 2716, 2812.

¹¹⁵ Weber (1999), S. 109.

¹¹⁶ Patient Nr. 2685.

¹¹⁷ Weber (1999), S. 110.

¹¹⁸ Weber (1999), S. 110.

also eine Hauptindikation für das Medikament (siehe weiter oben).¹¹⁹ Bei einer weiteren Patientin, die an Dementia praecox erkrankt war, konnte ebenfalls ein Eintrag zur Anwendung von Medinal gefunden werden.¹²⁰ Allerdings stammt dieser Eintrag aus dem Krankenblatt aus dem Jahr 1919 und fällt damit nicht mehr in den für diese Arbeit untersuchten Zeitraum.

Trional

Diese Substanz bildet mit den Substanzen Sulfonal und Tetronal eine Strukturgruppe, chemisch bestehend aus Diethylsulfon–methylethylmethan, Diethylsulfon – dimethylmethan und Diethylsulfon – diethylmethan.¹²¹ Die Einführung dieser als Sedativa verwendeten Medikamente geht zurück ins Jahr 1890. Sie erwiesen sich besonders in Bezug auf ihre gute Wirksamkeit, sowie ihre Geruch- und Geschmacklosigkeit zunächst als beliebte Therapeutika. Allerdings gerieten sie bald aufgrund ihrer Kumulationsgefahr sowie der Induktion schwerster Porphyrien ins Kreuzfeuer der Kritik. Auch eine Patientin Freuds starb an einer Sulfonal – Porphyrie.¹²² Von diesen drei Substanzen konnten in den für die Jahre 1906 – 1910 bearbeiteten Akten allerdings nur Angaben zum Einsatz von Trional gefunden werden und das auch nur in einem Fall. Bei diesem handelt es sich um eine an Dementia praecox paranoides leidende Patientin, die das Medikament zur Beruhigung erhielt.¹²³

Opium

Dieser Wirkstoff ist einer der ältesten überhaupt und wurde in der Medizin aufgrund seiner analgetischen und hypnotischen Eigenschaften seit dem Altertum angewendet. Man gewann ihn aus angeschnittenen, unreifen Früchten des Schlafmohns (*Papaver somniferum* L.) und verabreichte ihn an der Luft getrocknet als Milchsafte.¹²⁴ Bei Seelenstörungen kam Opium als Medikament im Rahmen von „Opiumkuren“ erstmals im 18. Jahrhundert zum Einsatz. Empfohlen wurde die Opiumbehandlung bei „frischen Fällen von Geisteskrankheit, bei Melancholie und Manie“.¹²⁵ Besonders affektive Störungen wurden erfolgreich mit Opiumkuren behandelt. Der Psychiater Theodor Zie-

¹¹⁹ Patientin Nr. 2812.

¹²⁰ Patientin Nr. 2653.

¹²¹ Weber (1999), S. 104.

¹²² Hirschmüller (1989).

¹²³ Patientin Nr. 2410.

¹²⁴ Hall (1997), S. 86 ff..

¹²⁵ Hall (1997), S. 87.

hen fand außerdem eine ausgesprochen gute Ansprechbarkeit der halluzinatorischen Paranoia auf Opium. In der Zeit nach der Jahrhundertwende wurde Opium sowohl zur Therapie von Melancholien als auch zu Psychosen mit ängstlicher Erregung angewandt. Die erzielte und erwünschte Wirkung bei den Melancholien war dabei zum einen Beruhigung sowie zum anderen Milderung und Beseitigung von Angst- und Unruhezuständen, wobei die Besserung stets nur als symptomatisch und keinesfalls etwa als Heilung betrachtet werden konnte. Als unerwünschte Wirkung bei der Opiumtherapie musste man allerdings ungünstige Auswirkungen auf Appetit und Verdauung der Patienten feststellen. Die Anwendung des Opiums erfolgte zu dem Zeitpunkt meist nicht mehr wie in früheren Jahren in Form von Pulver, sondern es wurde als Tinktur verabreicht. Auch die Tagesdosen wurden zunehmend geringer und beliefen sich somit auf Höchstdosen zwischen 45 und 160 Tropfen am Tag, im Gegensatz zu früheren Tagesdosen von bis zu zwei Gramm. Die Gefahr der Suchtentwicklung im Rahmen einer Opiumtherapie wurde als relativ gering eingestuft. Dies wurde durch Umfragen und Untersuchungen von H. Schmitz und Karl Bonhoeffer 1926 belegt.¹²⁶ Auch im Bellevue war das Opium ein oft verwendetes Arzneimittel. Es kam bei Erregungs- und Angstzuständen im Rahmen einer Melancholie zum Einsatz und wurde dann auch regelmäßig verabreicht. Bei einer Melancholikerin, deren Akte für diese Arbeit transkribiert wurde, fanden sich zum Teil tägliche Opiumgaben, wobei das Arzneimittel in Form von Pulver und zunächst in unterschiedlichen Dosierungen zwischen 0,025 und 0,5 (Einheit nicht näher bezeichnet, wahrscheinlich Gramm), später dann in einer Tagesdosis von 0,3 gegeben wurde.¹²⁷ Außerdem fand das Medikament Verwendung als Schlafmittel.¹²⁸ Dabei wurde mit Dosen von 0,025 bis 0,05 begonnen, die bei Bedarf bis auf 0,1 (keine näheren Angaben zur Einheit, wahrscheinlich Gramm) gesteigert wurden.¹²⁹ Man verabreichte Opium allerdings auch als Tinktur. So erhielt eine Patientin mit Dementia praecox 15 Tropfen Opium zur Beruhigung.¹³⁰

¹²⁶ Hall (1997), S. 91.

¹²⁷ Patientin Nr. 2374/1.

¹²⁸ Zum Beispiel Patienten Nr. 2446 und Nr. 2506.

¹²⁹ Patient Nr. 2506/1.

¹³⁰ Patientin Nr. 2410.

Morphium

Als Derivat des Opiums fand das Morphinum in der Psychopharmakologie des frühen 20. Jahrhunderts vor allem Anwendung als Beruhigungsmittel besonders bei Angstzuständen. Empfohlen wurde die Verabreichung als subkutane Injektion mit Höchstdosen von bis zu 0,06 Gramm zweimal täglich.¹³¹ Unter den bearbeiteten Akten findet man die Anwendung einer Morphininjektion bei einem unter Angina – pectoris - Schmerzen leidenden Patienten.¹³² Eine Alkoholikerin wurde zur Linderung eines Angstzustandes 0,007 (Angaben zur genauen Einheit werden in der Akte nicht gemacht) Morphinum verabreicht, woraufhin die Patientin deutlich ruhiger wird.¹³³ An Nebenwirkungen einer Morphinumkur wurden Nahrungsverweigerung, Obstruktion, Übelkeit, Erbrechen sowie Abszessbildung an den Einstichstellen beschrieben. Problematisch war darüber hinaus das Phänomen der Gewöhnung. So kam es bei Absetzen des Medikamentes gehäuft zu Entzugserscheinungen, die sich mit Unruhe, Tachykardie, Kopfschmerzen und Erbrechen äußerten. Dieses Suchtpotenzial der Substanz äußerte sich auch in Form einer durchaus verbreiteten Krankheit, die „Morphinismus“ genannt wurde. Auch hierzu findet sich unter den bearbeiteten Akten ein Fall aus dem Bellevue.¹³⁴ Er wurde mit Morphinumdosens von 0,2 [Einheit?] täglich behandelt. Zur Verhinderung der Suchterzeugung in der Folge einer Therapie wurde das Morphinum häufig mit anderen Arzneistoffen kombiniert. Solche Stoffe waren beispielsweise Atropin oder Scopolamin.¹³⁵ Eine Kokaintherapie der Morphinumsucht wurde am Bellevue während der Jahre 1906-1910 nicht mehr durchgeführt. Man hatte sich von dieser Therapieform in Kreuzlingen bereits 1887 verabschiedet.¹³⁶

Chloralhydrat und Derivate

Das als Sedativum und Hypnotikum verwendbare Chloralhydrat taucht in keiner der transkribierten Akten oder Arzneverordnungen der Jahre 1906 – 1910 auf. Dies passt zu der Tatsache, dass man bereits Ende des 19. Jahrhunderts eine Reihe von Nebenwirkungen des Medikamentes beobachtet hatte und seine Anwendung zunehmend durch

¹³¹ Hall (1997), S. 95 ff..

¹³² Patient Nr. 2513/1.

¹³³ Patientin Nr. 2812/1.

¹³⁴ Patient Nr. 2620.

¹³⁵ Hall (1997), S. 98.

¹³⁶ Scheffczyk (1997), S. 109.

weniger gefährliche Derivate oder andere Substanzen wie Paraldehyd ersetzte. Unter solchen Derivaten befindet sich ein Präparat namens Isopral, das, wie aus einer Akte hervorgeht, auch im Bellevue eingesetzt wurde.¹³⁷ Isopral besteht chemisch betrachtet aus einem chlorierten Alkohol (Trichlorisopropylalkohol), der um die Jahrhundertwende im Tierversuch näher erforscht wurde.¹³⁸ Der Vorteil gegenüber der älteren Substanz Chloralhydrat bestand vor allem darin, dass Isopral bereits in geringeren Dosierungen (0,5 – 0,75 Gramm waren bereits ausreichend) gute hypnotische Wirkungen hervorrief. In Tagesgaben von zwei mal 1,0 Gramm erwies sich das Medikament außerdem als zuverlässiges Sedativum. Ein weiterer Vorteil lag in der Ungefährlichkeit der Substanz. Abgesehen von leichten subjektiven Missempfindungen wurden kaum Nebenwirkungen beobachtet. Verabreicht wurde Isopral als Pulver, Mixtur oder in Form von Tabletten. Auch eine perkutane Applikation war, entsprechend im Jahr 1905 durchgeführter Untersuchungen, in der Lage, sedative und hypnotische Wirkungen zu erzielen. Aus der Akte des Bellevue, in der man die Anwendung von Isopral verzeichnet findet, geht hervor, dass dieses bei einem an Morphinismus leidenden Patienten zur Nacht gegeben wurde. Als Dosierung ist „1,0 und mehr“ (Einheitsangabe fehlt, wahrscheinlich Gramm) pro Nacht angegeben, über die genaue Applikationsform werden keine Angaben gemacht.¹³⁹

Paraldehyd

Der chemischen Konstitution nach ist diese Substanz ein Kondensationsprodukt aus drei Molekülen Acetaldehyd. Sie wurde im Jahr 1838 erstmals von Hermann Christian von Fehling (1812 – 1885) beschrieben und 1883 von Cervello nach Prüfung im Tierversuch als Hypnotikum vorgeschlagen.¹⁴⁰ Es folgten weitere Untersuchungen des Präparates, in denen sich die gute hypnotische und sedative Wirkung behauptete. Besonders interessant wurde das Medikament aber auch deshalb, weil kaum Nebenwirkungen beobachtet wurden. Es wurde somit bei Unwirksamkeit oder Kontraindikation für Chloralhydrat empfohlen. Besonders auch im Hinblick auf die geringeren Nebenwirkungen im Vergleich zu Chloralhydrat gewann Paraldehyd zunehmend an Bedeutung. Der Hauptnachteil des Medikamentes lag in dem charakteristischen, noch mindestens 24 Stunden

¹³⁷ Patient Nr. 2620.

¹³⁸ Hall (1997), S. 164 ff..

¹³⁹ Patient Nr. 2620/1.

¹⁴⁰ Hall (1997), S. 166 ff..

nach Einnahme wahrnehmbaren, süßlichen Geruchs der Atemluft des Patienten. Indikationen für Paraldehyd bildeten hauptsächlich Exaltationszustände und Depressionen. Appliziert wurde Paraldehyd oral. Um eine hypnotische Wirkung zu erzielen, waren drei bis sechs Gramm nötig. Im deutschen Arzneibuch wird als Dosierung für die höchste Einzelgabe 5,0 Gramm, und für die höchste Tagesgabe 10,0 Gramm angegeben.¹⁴¹ Krafft – Ebing bezeichnete die Substanz „als eine Errungenschaft des Arzneischatzes“¹⁴². Auch Bumke und M. Probst priesen in den ersten Jahren nach der Jahrhundertwende dieses Präparat als „unschädlichste[s] aller derzeitigen Schlafmittel“¹⁴³. Es konnten zwar trotz der insgesamt guten Verträglichkeit durchaus Intoxikationen mit Paraldehyd beobachtet werden, jedoch waren diese in Anbetracht der weiten Verbreitung seiner Anwendung nicht weiter bedeutend. Vereinzelt konnten allerdings Fälle von so genanntem „Paraldehydismus“¹⁴⁴ beobachtet werden, die chronische Intoxikationen infolge monatelangen Missbrauchs der Substanz darstellten. In einer der für den Zeitraum 1906 – 1910 transkribierten Akten findet sich ein solches Problem wieder. Ein morphiumpabhängiger Patient gewöhnte sich im Rahmen einer Kur an das Medikament, wobei er bis zu zwölf Gramm pro Nacht verabreicht bekam. Nähere Daten zur Anwendung von Paraldehyd im Bellevue während der Jahre 1906 – 1910 konnten nicht ermittelt werden.

Hyoscin

Die Alkaloide Hyoscyamin und Hyoscin bzw. Scopolamin sind im schwarzen Bilsenkraut (*Hyoscyamus niger*) und im Stechapfel (*Datura stramonium*) enthalten. Im 19. Jahrhundert wurden sie bei Patienten mit aggressiven, psychotischen Verhaltensweisen eingesetzt.¹⁴⁵ Besonders bei motorisch unruhigen Kranken war Scopolamin ein beliebtes Beruhigungsmittel.¹⁴⁶ Ein derartiger Einsatz dieser Medikamentengruppe in der Psychiatrie rief schon bald Diskussionen über die Verwendung von Alkaloiden als „Mittel der Disziplinierung“¹⁴⁷ hervor. Seit jeher als traditionelle Medikamente bekannt, ermöglichten erst modernere technische Herstellungsverfahren sowie neue Darrei-

¹⁴¹ Arzneibuch (1910), S. 389.

¹⁴² Hall (1997), S. 168.

¹⁴³ Hall (1997), S. 170.

¹⁴⁴ Hall (1997), S. 170.

¹⁴⁵ Weber (1999), S. 83 ff..

¹⁴⁶ Hall (1997), S. 66.

¹⁴⁷ Weber (1999), S. 85.

chungsformen den breiten klinischen Einsatz dieser Substanzen. Nach 1900 wurde Scopolamin bevorzugt auch in Kombination mit Morphin oder Ephedrin als Morphin – Scopolamin oder Scopolamin – Ephedrin eingesetzt.¹⁴⁸ Man versprach sich davon einen synergistischen Effekt bei geringeren Komplikationen. In den „Arzneiverordnungen“ des Bellevue der Jahre 1906 – 1910 findet man des Öfteren die Verordnung von Scopolamin. In der Akte einer Patientin mit Neurasthenie ist außerdem verzeichnet, dass dieser Hyoscin zur Bekämpfung einer Tachykardie gegeben wurde.¹⁴⁹ Nach einer ca. zehntägigen Behandlung in Form von Pillen hatte man die Therapie auf Besserung der Symptome langsam ausgeschlichen. Als die Kranke wenig später jedoch erneut Herzbeschwerden äußerte, reagierte sie auf Gaben von drei Pillen Hyoscin jedoch mit anticholinergen Erscheinungen wie Atemnot, Mundtrockenheit und Somnolenz, woraufhin die Therapie abgebrochen werden musste.

Kokain

„Es sättigt den Hungrigen, verleiht dem Müden neue Kräfte und lässt den Unglücklichen seine Sorgen vergessen“. Mit diesen Worten beschrieb P. Wolfer die Wirkung des Kokakauens, wie sie ihm durch zahlreiche Berichte aus Peru geliefert wurde.¹⁵⁰ Für die psychiatrische Pharmakologie war dabei vor allem die zentral erregende und euphorisierende Wirkung des Stoffes von Bedeutung. Vor allem in den zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts nutzte man Kokain zum Lösen von Zuständen katatonen Stupors. Kokain wurde aber schon seit 1862 in regelmäßiger Produktion von E. Merck hergestellt und wurde besonders auch 1884 durch eine Veröffentlichung Sigmund Freuds über die Möglichkeit der Therapie von Morphinismus durch Kokain zunehmend bekannt.¹⁵¹ Während in früheren Zeiträumen Aufzeichnungen über eine solche Kokaintherapie im Bellevue gefunden werden konnten, ist davon in der einzigen für die Zeit 1906 – 1910 transkribierten Morphinismus - Akte nicht die Rede. Zwar spricht man dort von einer „Entziehungskur“, die in der Anstalt durchgeführt wurde, aber Kokain selbst wird nicht ausdrücklich erwähnt. In einer anderen Akte hingegen sind Aufzeichnungen über den Einsatz von Kokain verzeichnet.¹⁵² Allerdings besteht die Indikation auch hier nicht in

¹⁴⁸ Hall (1997), S. 68.

¹⁴⁹ Patientin Nr. 2446/1.

¹⁵⁰ Hall (1997), S. 83.

¹⁵¹ Domeyer (2004), Kapitel 6.4.8.

¹⁵² Patient Nr. 2685/1.

der Behandlung von Morphinismus. Vielmehr geht es um Nutzung der Wirkung des Kokains als Lokalanästhetikum. In diesem Sinne wurde bei einem Patienten mit Harnverhalt eine Injektion von Kokainlösung vorgenommen, um eine anschließende Sondenuntersuchung besser durchführen zu können. Auch in den „Arzneiverordnungen“ finden sich Vermerke über die Verschreibung von Kokain.¹⁵³

Laxantien

Hauptsächlich Anwendung als Laxantien fanden im Bellevue während der Jahre 1906 – 1910 die Abführmittel Rizinusöl¹⁵⁴, Crotonöl¹⁵⁵, Rhabarber¹⁵⁶ und Calomel¹⁵⁷. Crotonöl wurde aus den Samen von *Croton tiglium*, einem ostindischen Baum, durch kaltes oder warmes Pressen gewonnen.¹⁵⁸ Es wurde intern bei besonders hartnäckiger Stuhlverstopfung gegeben und war für den längeren Gebrauch ungeeignet. Bei der Substanz Calomel handelte es sich um das schon lange für seine abführende Wirkung bekannte Quecksilber.¹⁵⁹ Zur innerlichen Anwendung wurde es in Dosierungen zwischen 0,1 und 0,2 Gramm verwendet. Über seine abführende Wirkung hinaus wurde Calomel bei Lebererkrankungen und für antisyphilitische Kuren eingesetzt.

Andere Medikamente

Außer den bisher erläuterten Medikamenten wurde im Bellevue eine Vielzahl somatischer Heilmittel angewandt. Ein Patient mit progressiver Paralyse erhielt beispielsweise eine Jodbehandlung, auf deren genaue Indikation jedoch nicht weiter eingegangen wird.¹⁶⁰ Auch ist für eine an Neurasthenie erkrankte Patientin in den Arzneiverordnungen die Anordnung von Jod zu finden.¹⁶¹ Im Gegensatz zu metallischem Jod beispielsweise in Form von Jodkaliumsalbe wurden in der Medizin vor allem Jodlösungen und Tinkturen verwendet. Diese Jodlösungen und –tinkturen besaßen entzündungserregende und ätzende Eigenschaften und wurden therapeutisch durch Bepinselung zur Resorption vorbestehender krankhafter Prozesse eingesetzt. Das Jod wurde bei dieser Art der Ap-

¹⁵³ UAT Nr. 442/222; z. B. Einträge vom 16.09.1906, 20.09.1906, 16.10.1906, 08.02.1907.

¹⁵⁴ Patient Nr. 2685/1.

¹⁵⁵ UAT Nr. 442/222; z. B. Einträge vom 25.20.1906, 26.11.1906, 08.01.1907, 22.01.1908.

¹⁵⁶ UAT Nr. 442/222; Eintrag vom 02.10.1909.

¹⁵⁷ Patient Nr. 1772/1, UAT Nr. 442/222 Eintrag vom 15.10.1906.

¹⁵⁸ Vogl (1895).

¹⁵⁹ Schulz (1899).

¹⁶⁰ Patient Nr. 1772/1.

¹⁶¹ UAT 442/222; Eintrag vom 16.07.1907.

plikation binnen Stunden vom Körper aufgenommen.¹⁶² Eine weitere Verordnung für diese Patientin beinhaltet ein Kaliumpräparat. Diese wurden in den unterschiedlichsten Verbindungen zu medizinischen Zwecken eingesetzt. Kalium nitricum beispielsweise wirkte diuretisch und fiebersenkend und wurde darüber hinaus bei Gelenkrheumatismus eingesetzt.¹⁶³ Kalium sulfuricum zeigte abführende Wirkung und Kalium aceticum wurde wie Kalium nitricum als Diuresemittel eingesetzt. Eine Patientin mit Herzneurose bekam laut Arzneverordnung Acidum muriaticum verschrieben, ein bei Appetitlosigkeit und Verdauungsstörungen angewendetes Säuerungsmittel. Auch die Medikamente Bismuth¹⁶⁴ und Digalen¹⁶⁵ finden in Bezug auf eine an Dementia praecox leidende Patientin Erwähnung. Bismut- bzw. Wismutpräparate waren Arzneimittel mit adstringierender und antiseptischer Wirkung, die zudem die Empfindlichkeit von Magen und Darm herabzusetzen vermochten.¹⁶⁶ Für eben genannte Patientin im Bellevue wurden die Wismutpräparate in Pulverform verschrieben.¹⁶⁷ Verordnet wurde darüber hinaus Salzsäure, auch Acidum hydrochloricum genannt¹⁶⁸ und Borsäure, acidum boricum¹⁶⁹. Dabei wurde Salzsäure aufgrund ihrer antifermentativen Eigenschaften eingesetzt, Borsäure wurde als Desinfektionsmittel sowie zur Behandlung von Erkrankungen der Nase und des Mittelohrs verwendet.¹⁷⁰ Des Weiteren finden die Anordnungen Codein¹⁷¹, Zinksalbe¹⁷² und Formanwatte¹⁷³ in den Arzneverordnungen Erwähnung. Codein wurde unter anderem bei Magenkrämpfen, Koliken sowie als Sedativum bei Bronchitis und Pneumonie und als Antispasmodikum bei Keuchhusten eingesetzt.¹⁷⁴ Zinkpräparate wurden unter anderem als Adstringentien zur Behandlung von Katarrhen der Bindehaut, Urethra und Vagina verwendet.¹⁷⁵ Oft verordnet wurden darüber hinaus Salizylsäure¹⁷⁶

¹⁶² Geppert (1896).

¹⁶³ Geppert (1897).

¹⁶⁴ UAT Nr. 442/222; z.B. Einträge vom 03.06.1909, 08.04.1909, 07.09.1909; für Patientin Nr. 2653.

¹⁶⁵ UAT Nr. 442/222; z. B. Einträge vom 15.03.1909 und 28.02.1910; für Patientin Nr. 2653.

¹⁶⁶ Geppert (1901).

¹⁶⁷ UAT Nr. 442/222; Eintrag vom 07.09.1909.

¹⁶⁸ UAT 442/222; Verordnung vom 21.06.1909 für Patient Nr. 2685.

¹⁶⁹ UAT 442/222; Verordnung vom 04.02.1909 für Patientin Nr. 2748.

¹⁷⁰ Geppert (1899) und Geppert (1894), S. 658.

¹⁷¹ UAT Nr. 442/222; Verordnung vom 8. 7. 1909 für Patient Nr. 2685.

¹⁷² UAT Nr. 442/222; Verordnung vom 2. 8. 1909 für Patient Nr. 2685.

¹⁷³ UAT Nr. 442/222; Verordnung vom 30.08.1910 für Patientin Nr. 2845.

¹⁷⁴ Lewin (1898), S.633-634.

¹⁷⁵ Geppert (1901).

¹⁷⁶ UAT Nr. 442/222; z. B. Einträge vom 06.08.1906, 12.09.1906, , 27.04.1908 und UAT Nr 442/223 Eintrag vom 09.12.1909.

und Phenacetin¹⁷⁷. Salizylsäure wurde dabei vor allem als Fiebermittel und zur Bekämpfung von Gelenkrheumatismus verwendet.¹⁷⁸ Des Weiteren konnte sie als Mittel bei Blasen- oder Darmkatarrh eingesetzt werden. Die Verabreichung erfolgte in Form von Schüttelmixturen oder Pulvern. Einzeldosen über fünf Gramm wurden als nicht zulässig erachtet. Phenacetin war erstmals von O. Hinsberg im Jahr 1887 dargestellt, auf seine physiologischen Wirkungen untersucht und als Antipyretikum empfohlen worden. Rhoden und Müller entdeckten wenig später darüber hinaus seine Wirkung als Antirheumatikum, und Hoppe konnte sedative und antineuralgische Eigenschaften der Substanz nachweisen.¹⁷⁹ Als Antipyretikum wurde Phenacetin in Dosen von 0,2 – 0,7 Gramm verabreicht. Der Wirkungsbeginn trete Beobachtungen zufolge bereits eine halbe Stunde nach Medikamentengabe ein, die Gesamtwirkungsdauer könne bis zu acht Stunden betragen. Ein Vorteil des Arzneimittels war, dass es auch für Kinder gut verträglich war. Das Auftreten schwerer Nebenwirkungen war nicht bekannt. In seltenen Fällen waren kurz dauernde Nephritiden, Exantheme, Schwindel und Mattigkeit beobachtet worden. Der antipyretische Effekt von einem Gramm Phenacetins entspreche laut Heusner dem antipyretischen Effekt von 0,5 Gramm Antifebrin und 2,0 Gramm Antipyrin.

Bei der Untersuchung der verschiedenen pharmakologischen Therapieformen im Bellevue der Jahre 1906 – 1910 fällt auf, dass Robert im Vergleich zu seinem Vater Ludwig durchaus mehr psychotrope Substanzen anwendete, besonders Schlaf- und Beruhigungsmittel. Allerdings hatte Robert diesbezüglich auch ganz andere Voraussetzungen, denn die Pharmaindustrie hatte sich in der Zeit um die Jahrhundertwende rasant entwickelt und bot immer bessere Möglichkeiten, psychiatrische Krankheitsbilder medikamentös zu beeinflussen. Die Rezeptanweisungen im vorhandenen Quellenmaterial aus der Zeit 1906 – 1910 fallen im Vergleich zu früheren Zeiträumen jedoch spärlicher aus. Insgesamt war der Umgang mit synthetischen Sedativa im Bellevue sehr zurückhaltend, worin Roberts Ablehnung des chemischen Restraints zum Ausdruck kommt. Betrachtet man die zeitgenössische Entwicklung der Pharmakotherapie und parallel dazu die von Binswanger im Klinikalltag angewendeten Medikamente, so lässt sich unschwer erken-

¹⁷⁷ UAT Nr. 442/222; z. B. Eintrag vom 27.01.1907.

¹⁷⁸ Lewin (1899).

¹⁷⁹ Langgaard (1898).

nen, dass dieser darum bemüht war, die medikamentöse Therapie der ihm anvertrauten Kranken möglichst nach modernsten Standards zu gestalten.

5.2.5 Physikalische Therapie

Neben der pharmakologischen Therapie wurden im Bellevue in der Zeit 1906 – 1910 auch physikalische Heilmethoden, vor allem Bäder, Massagen und Elektrotherapie als Ergänzung zu Milieuthherapie und Traitement moral angewandt. Die Anstalt war für derartige Therapiemethoden bestens ausgestattet. So verfügte jede Villa über Vorrichtungen für einfache und elektrische Bäder, und im Haupthaus war ein Elektrisierzimmer eingerichtet. Auch eine Seebadeanstalt war in der Nähe des Anstaltsgeländes vorhanden. Angaben über die Anwendung der physikalischen Therapien wurden hauptsächlich den 18 transkribierten Krankenakten entnommen. Zum Teil findet man die Verordnung der physikalischen Therapien in der Krankengeschichte vermerkt. Sehr ergiebig waren diesbezüglich auch die teilweise in den Akten enthaltenen so genannten „Tageseinteilungen“, auf denen der Tagesablauf der Patienten geregelt wurde. Lückenhaft ist allerdings die Dokumentation darüber, über welchen Zeitraum hinweg die einzelnen Therapien durchgeführt wurden. Für frühere Zeiten (1887 – 1893) findet man Angaben über solche Behandlungsformen im so genannten „Physiotherapiebuch“. Für den Zeitraum 1906 – 1910 konnte dieses aber nicht mehr herangezogen werden.

Balneotherapie und Hydrotherapie

Unter dem Begriff „Balneotherapie“ verstand man die Anwendung verschiedenartiger Bäder. Dazu gehörten Thermen, Salz- und Solbäder, Schwefelbäder und andere Arten von Bädern, wie Fichtennadelbad, Moorbad, Sandbad und viele mehr. Diese zeigten nun zwar keine direkte Wirkung auf das Nervensystem. Man erachtete diese Behandlungsform dennoch durchaus als bei Nervenkrankheiten wirksam, da man ihr günstige Beeinflussung des Stoffwechsels, der Durchblutung etc zuschrieb und gleichzeitig die Nervenkrankheiten als aus solchen somatischen Missständen hervorgegangen verstand.¹⁸⁰ Als „Hydrotherapie“ bezeichnete man die therapeutische Anwendung des Wassers.¹⁸¹ Auf psychiatrische Krankheitsbilder bezogen war man um die Jahrhundert-

¹⁸⁰ Penzoldt u. Stintzing (1903), S. 200 ff..

¹⁸¹ Kloucek (1985), S. 7.

wende der Meinung, dass diese bei „übermäßiger Reizempfänglichkeit“¹⁸² durch vorsichtiges und schonendes Vorgehen, und bei „gesteigerter allgemeiner Schwäche“¹⁸³ durch energisches Vorgehen bei der Anwendung der Hydrotherapie behandelt werden konnten. Als generell für Hydrotherapie zugängliche Krankheitsbilder hielt man akute Psychosen mit Erregungszuständen wie Manie, Melancholie oder Erschöpfungspsychosen sowie apathische, stuporöse Zustände. Während bei Erregungszuständen warme, lang dauernde Bäder empfohlen wurden, hielt man bei stuporösen Zuständen das warme Bad mit nachfolgender kalter Abreibung für die angebrachteste hydrotherapeutische Methode.¹⁸⁴ Untersucht man nun die Anwendung dieser Methoden im Bellevue in der Zeit 1906 – 1910, so konnten in drei der 18 transkribierten Akten Angaben zum Einsatz von Solebädern gefunden werden, wobei die Patienten an Neurasthenie, Herzneurose oder „Psychopathia sexualis“ litten.¹⁸⁵ Solebäder bestanden aus kochsalzhaltigem Wasser mit einem Salzgehalt von zwei bis drei Prozent.¹⁸⁶ Man hielt sie in ihrer Wirkung für hautreizend und stoffwechselfördernd. Im Bellevue wandte man die Bäder zwei Mal pro Woche an, wobei die Temperatur 27 Grad R (entspricht 33,7 Grad Celsius) betrug und bis zu sechs Liter Sole auf 10 Liter Wasser gegeben wurde.¹⁸⁷ Häufig eingesetzt wurden im Bellevue auch Fichtennadelbäder. So ist von zwei Patienten mit Neurasthenie bekannt, dass sie derartige Anwendungen erhielten.¹⁸⁸ Die Frequenz betrug dabei zwei bis drei Mal pro Woche, die Temperatur 27 Grad R, und sie dauerten meist zehn bis fünfzehn Minuten. Nach den Bädern wurde zum Teil ausdrücklich Bettruhe verordnet.¹⁸⁹ Eine weitere wichtige Form der Balneotherapie im Bellevue war das Kohlensäurebad. Von zwei Patienten mit Neurasthenie, einem Patienten mit Psychopathie und multiplen Suchterkrankungen sowie von einer an Alkoholismus erkrankten Patientin aus dem Zeitraum 1906 – 1910 ist die Anwendung dieser Therapieform im Zeitraum 1906 - 1910 bekannt.¹⁹⁰ Diese wurden meist drei Mal in der Woche durchgeführt. Die Behandlung dauerte dabei insgesamt zwischen acht und 15 Minuten, wobei man in der Regel bei niedriger Dauer anfang und diese im Laufe der Zeit steigerte. In vielen Fällen wurden

¹⁸² Kloucek (1985), S. 36.

¹⁸³ Kloucek (1985), S. 36.

¹⁸⁴ Kloucek (1985), S. 36.

¹⁸⁵ Patienten Nr. 2446, Nr. 2585 und Nr. 2340.

¹⁸⁶ Penzoldt u. Stintzing (1903).

¹⁸⁷ Patienten Nr. 2446, Nr. 2585 und Nr. 2340.

¹⁸⁸ Patienten Nr. 2446 und Nr. 2262.

¹⁸⁹ Patientinnen Nr. 2446, Nr. 2812.

¹⁹⁰ Patienten Nr. 2262, Nr. 2685, Nr. 2229, Nr. 2812.

außerdem gewöhnliche Bäder angeordnet.¹⁹¹ Diese wurden auch als „einfache Bäder“ bezeichnet und bei 27 Grad R für ca. fünf Minuten eingenommen. Sie wurden zwei- bis dreimal wöchentlich verordnet. Abreibungen bzw. Abwaschungen wurden ebenfalls im Bellevue als Therapiemethoden vorgenommen.¹⁹² Bei einem Patienten fand diese in Form einer kühlen Abwaschung des gesamten Körpers noch vor dem Frühstück statt. Die Bettruhe danach war obligat. Für eine andere Patientin lautete die Verordnung laut Tagesplan: „Nach der Massage Abreibung mit Fr[an]zb[ranntwein].“¹⁹³ Wieder eine andere Patientin bekam drei Mal wöchentlich Fußbäder bei 30 Grad R für die Dauer von sieben Minuten verschrieben.¹⁹⁴

Massagen

Die Anwendung von Massagen bei Nerven- und Geisteskrankheiten war um die Jahrhundertwende eine durchaus gängige Behandlungsmethode. So hatte man unter anderem durch Massagen in Fällen schwerer Hysterie mit Lähmungen Besserung erzielen können.¹⁹⁵ Auch bei Muskelparalysen und –paresen, wie sie in diesem Bereich oft vorkamen, hatten Massagen ihre günstige Beeinflussung bewiesen. Im Bellevue war man wohl derselben Ansicht, denn die Akten beinhalten in zahlreichen Fällen die Verordnung von Massagen. So konnten in sieben der 18 transkribierten Akten Vermerke über die Verordnung bzw. Durchführung von Massagen gefunden werden.¹⁹⁶ Sie wurden meist morgens noch vor dem Aufstehen durchgeführt. Ein homosexueller Patient erhielt beispielsweise jeden Morgen vor dem Frühstück eine Massage von Armen, Beinen und Rücken für jeweils zwei Minuten.¹⁹⁷ Danach folgte eine Abwaschung mit Franzbranntwein. Eine an Neurasthenie erkrankte Patientin wurde morgens an Armen, Beinen, Rücken und Nacken für jeweils vier bis fünf Minuten massiert und anschließend mit Franzbranntwein abgerieben.¹⁹⁸ Auch von dem ebenfalls an Neurasthenie erkrankten Patienten Nr. 2262 ist bekannt, dass er wöchentlich Massagen erhielt. Eine an Herzneurose leidende Patientin erhielt morgens vor dem Frühstück eine allgemeine

¹⁹¹ z. B. Patienten Nr. 2585, Nr. 2506, Nr. 2340.

¹⁹² Patient Nr. 2340, 2446, Nr. 2506.

¹⁹³ Patientin Nr. 2446.

¹⁹⁴ Patientin Nr. 2812.

¹⁹⁵ Busch (1882), S. 263.

¹⁹⁶ Patienten Nr. 2340, Nr. 2374, Nr. 2446, Nr. 2262, Nr. 2585, Nr. 2685, Nr. 2812.

¹⁹⁷ Patient Nr. 2340.

¹⁹⁸ Patientin Nr. 2446.

Körper- und eine schwache Leibmassage.¹⁹⁹ Die anderen beiden Patienten, bei denen die Anwendung von Massagen bekannt ist, litten an Suchterkrankungen.²⁰⁰

Elektrotherapie

Diese Therapieform war im Zeitraum 1906–1910 noch recht neu, wurde aber nichtsdestotrotz im Bellevue sehr häufig angewandt. Erst während der letzten 100 Jahre hatten die Entdeckungen von Luigi Galvani (1737–1798) (Entdeckung des Phänomens zuckender Froschschenkel, induzierbar durch Elektrizität), Alessandro Volta (1745–1827) (Konstruktion der Gleichstrom erzeugenden Voltaschen Säule) und Michael Faraday (1791–1867) (Entdeckung der Wechselstrom erzeugenden Induktionswirkungen) die Entstehung dieser modernen Behandlungsmethode ermöglicht.²⁰¹ Therapeutisch zu verwenden war bei all diesen Erforschungen die Tatsache, dass Nerven im Grad ihrer Erregbarkeit durch Applikation elektrischer Ströme beeinflusst werden konnten. So konnte ihre Erregbarkeit sowohl gesteigert als auch herabgesetzt werden.

Die Vorrichtung, die zur Ausführung einer solchen Elektrotherapie benötigt wurde, war der so genannte Elektrisiertisch. Zu diesem gehörten Elektrisierapparat, Batterien, Rheostat und Elektroden. Elektrisierapparate wurden mit Gleichstrom erzeugenden Batterien betrieben. Um mit faradischem Wechselstrom zu arbeiten, brauchte man zwei Spulen, die diesen durch Induktion erzeugten. Der Rheostat war für die Regulierung der Stromstärke notwendig und funktionierte mittels Zuschalten verschiedener Widerstände. Weitere Elemente, die der Variation der Stromstärke dienten, war die Anzahl der galvanischen Elemente (Batterien), die Verschiebung der Induktionsspulen gegeneinander und das Einschieben eines Eisenkerns in die Spulen, sowie die Beschaffenheit der in den galvanischen Elementen enthaltenen Elektroden (meist aus Kupfer und Zink bestehend). Darüber hinaus waren der Widerstand der zu den Applikationselektroden führenden Kabel und die Größe der Applikationselektroden für das Ausmaß der Stromstärke Ausschlag gebend. Eine komplette derartige Ausstattung kostete Ende des 19. Jahrhunderts zwischen 300 – 540 Mark. Bei komfortableren Ausführungen musste mit einem Preis von bis zu 1000 Mark gerechnet werden.²⁰²

¹⁹⁹ Patientin Nr. 2585.

²⁰⁰ Patienten Nr. 2685 und Nr. 2812.

²⁰¹ Domeyer (2004), Kapitel 6.5.3.

²⁰² Domeyer (2004), Kapitel 6.5.3.

In Bezug auf die Lokalisation der Applikation gab es bei der Elektrotherapie generell zwei verschiedene Möglichkeiten. Dies waren zum einen die lokale Applikation, zum anderen die Anwendung des elektrischen Stromes unter Einbezug des ganzen Körpers. Für die Ganzkörperbehandlung gab es abermals zwei Anwendungsmöglichkeiten. Man musste hierbei zwischen hydroelektrischen Bädern und allgemeinen Faradisationen oder Galvanisationen unterscheiden. Hydroelektrische Bäder wurden als monopolare oder bipolare Bäder eingesetzt, wobei der Unterschied darin bestand, dass bei monopolaren Bädern beide Kontakte, bei bipolaren nur einer ins Wasser getaucht wurde. Der zweite Kontakt beim bipolaren Bad wurde an den Patienten selbst angeschlossen. Die Erfassung des gesamten Körpers durch den Strom bei Faradisationen oder Galvanisationen wurde dadurch erreicht, dass man den Patienten auf eine Elektrode in Form einer Messingplatte mit feuchten Tüchern oder in ein Fußbad stellte, und ihm dabei mit einer weiteren Elektrode über den Kopf strich.²⁰³ Als Wirkung der hydroelektrischen Bäder hatte man im Hinblick auf das Allgemeinbefinden die Anregung von Appetit und Verdauung, erhöhte geistige Spannkraft sowie vermehrtes Schlafbedürfnis konstatieren können. Für die Psychiatrie war vor allem die günstige Beeinflussung von Krankheitsbildern wie funktionellen Neurosen, Neurasthenie, Hysterie, sowie von beginnenden Melancholien von großer Bedeutung.

Nachdem besonders in früheren Zeiträumen in zahlreichen Fällen der Einsatz von Elektrotherapie verzeichnet ist, fanden sich unter den 18 für die Jahre 1906 – 1910 transkribierten Akten lediglich in sechs Fällen Aufzeichnungen über die Anwendung elektrotherapeutischer Maßnahmen. In Anbetracht der Tatsache, dass für vorliegende Arbeit jedoch nur jede 30. Akte transkribiert wurde und die Dokumentation in diesen zudem vermutlich lückenhaft ist, ist davon auszugehen, dass die Elektrotherapie im Bellevue auch weiterhin sehr beliebt war. Indikation für diese Behandlungsmethode im Bellevue bildeten vielfältige Krankheitsbilder. Unter den in für diese Arbeit transkribierten Akten findet sich dabei in zwei Fällen Neurasthenie, in einem Fall eine so genannte „Psychopathia sexualis (Homosexualismus)“, ein weiterer Patient litt an Melancholie, eine Patientin war an Herzneurose erkrankt und einer der Kranken, die Elektrotherapie erhielten, hatte verschiedene Suchterkrankungen und litt außerdem an Psychopathie.²⁰⁴ Die

²⁰³ Domeyer (2004) und Erben (1904), S. 369 f..

²⁰⁴ Patienten Nr. 2446, Nr. 2506, Nr. 2340, Nr. 2585, Nr. 2685 und Nr. 2229.

Informationen, die man aus den Akten über die Art der Anwendung elektrotherapeutischer Maßnahmen erhält, sind leider nicht allzu ergiebig. Nur selten finden sich nähere Angaben dazu. So erfährt man im Fall der Patientin Nr. 2446, dass man nach Erfolglosigkeit einer Hyoscinbehandlung versuchte, Symptome wie Unruhe und Ängstlichkeit bei dieser Patientin durch Galvanisation und Vibrationsmassage zu therapieren. Allerdings blieben auch diese Versuche erfolglos. Die an Herzneurose leidende Patientin Nr. 2585 erhielt zwei Mal pro Woche elektrische Bäder, wobei diese jeweils für die Dauer von fünf Minuten bei einer Temperatur von 27 Grad R stattfanden. Im Tagesplan des Patienten Nr. 2340 waren für zwölf Uhr mittags Galvanisationen angeordnet. Dass die Elektrotherapie im Bellevue auch ganz konkret zur Behandlung somatischer Leiden angewandt wurde, davon zeugt das Beispiel des Patienten Nr. 2685. Bei diesem waren „Muskelspannungsgefühle“ aufgetreten, die sich infolge einer Galvanisationsbehandlung mit Stromstärken bis zwei Milliampère laut Eintrag in der Krankengeschichte rasch besserten.

Was nun die tatsächliche Heilwirkung der Elektrotherapie betrifft, so war man sich durchaus bewusst, dass diese eher von unterstützendem als von tatsächlich heilendem Charakter war. Man hatte erkannt, dass ihre Wirkungen nur sehr schwer durch Statistiken oder sonstige Methoden nachweisbar waren und schrieb insofern auch psychischen Momenten eine große Rolle bei der Heilwirkung der Elektrotherapie zu.²⁰⁵ Die Entdeckung der Elektrotherapie hatte darüber hinaus auch gesellschaftliche Auswirkungen. Durch den Versuch, psychische Krankheiten über eine körperliche Anwendung, deren Wirksamkeit sichtbar war (Zucken von Muskeln infolge von Stromapplikation), zu heilen, gab so manchem Kranken in dem Glauben, weniger psychisch als körperlich erkrankt zu sein, ein Gefühl der Erleichterung. Die Entwicklung der Elektrotherapie bedeutete aber auch gleichzeitig die Entdeckung, dass auch Nerven erkranken konnten. Die zahlreichen von diesem Zeitpunkt an diagnostizierten Neurosen mögen als Ausdruck dessen gesehen werden. Auch im Bellevue beherbergte man ja, wie in vorangehenden Kapiteln erörtert, um diese Zeit ausgesprochen viele Neurotiker. Dieser Sachverhalt könnte auch den Umstand erklären, dass die Elektrotherapie in der Kreuzlinger Anstalt eine so häufig verwendete Methode war. Wie in seinem Vortrag über die Suggestionstherapie hervorgeht, schätzte Binswanger selbst an dieser Behandlungsmethode

²⁰⁵ Siehe dazu auch Domeyer (2004), Kapitel 6.5.3.

vor allem deren Ungefährlichkeit, die sichere physiologische Wirkung sowie ihre leichte Erlernbarkeit.²⁰⁶ Eine direkte Wirkung auf die menschliche Psyche beschrieb er dabei nicht, vielmehr räumte er sogar ein, dass sie in einem Teil der Fälle nur durch Suggestion wirksam würde. Wie aus der Biografie Hermann Smidts über Binswanger hervorgeht, setzte sich Robert allerdings während seiner Amtszeit insgesamt stark für die Einrichtung von elektrotherapeutischen und hydrotherapeutischen Vorrichtungen sowie für Massagetherapien am Bellevue ein. Es war dies ein Ausdruck seiner Einstellung gemäß der er davon überzeugt war, dass psychische Therapiemethoden zu ihrer besseren Wirksamkeit durch körperliche Anwendungen ergänzt werden sollten.²⁰⁷ Daraus lässt sich schließen, dass es Binswanger bei der Durchführung elektrotherapeutischer Methoden in seiner Anstalt nicht nur darum ging, den modernen Standards gerecht zu werden, sondern er war ehrlich überzeugt von der Wirksamkeit all dieser Maßnahmen.

5.2.6 Hypnose

Im Gegensatz zu den Methoden der physikalischen Therapie stand Robert Binswanger der Anwendung von Hypnose in seiner Anstalt kritisch gegenüber. Diese rein psychische Heilmethode hatte sich seit Ende des 18. Jahrhunderts aus der Lehre Franz Anton Mesmers (1734 – 1815), dem so genannten „tierischen Magnetismus“ entwickelt.²⁰⁸ Die bei Mesmers Behandlungen auftretenden Bewusstseinszustände bezeichnete Puységur (1751 – 1825), einer von Mesmers Schülern, als „magnetischen Schlaf“ oder „künstlichen Somnambulismus“. Dabei äußerte er den für den Hypnotismus wegbereitenden Gedanken, dass die Heilungen infolge derartiger Behandlung rein psychischer Natur waren. Der englische Arzt James Briad gab diesen Zuständen 1843 schließlich den noch heute verwendeten Namen „Hypnose“. Bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts hatte sich die Hypnose als Heilmethode an deutschen Psychiatrien zwar nie wirklich etabliert, wurde aber dennoch in manchen Fällen angewandt. Man unterschied dabei zwischen zwei verschiedenen Hauptströmungen: der Schule von Nancy, begründet durch Auguste Liébeault (1823–1904) und Hippolyte Bernheim (1840–1919) und der Schule Charcots an der Salpêtrière in Paris. Diese waren einander zwar feindlich gesinnt, trugen aber

²⁰⁶ Domeyer (2004), Kapitel 6.5.3.

²⁰⁷ FAB Nr. 351.

²⁰⁸ Vgl. Ellenberger (1973), S. 95ff. und Domeyer (2004), Kapitel 6.6.

dennoch jeweils einen entscheidenden Teil zur Weiterentwicklung der Hypnose als Therapiemethode bei. Da sich in der Folgezeit viele verschiedene Ärzte mit dem Thema beschäftigten, gab es die unterschiedlichsten Meinungen über Indikationsstellung und Durchführungsmethoden der Hypnose.²⁰⁹ Als dieser Heilmethode besonders zugänglich fand man das Krankheitsbild der Hysterie. Unvollkommener und lückenhafter waren die Erfahrungen bei anderen Neurosen und Psychosen, sodass Otto Binswanger sich über die Indikationsstellung der Hypnose folgendermaßen äußerte: „Die hypnotische Behandlung ist durchaus gerechtfertigt in allen schweren Krankheitsfällen, bei welchen die Beseitigung quälender Symptome auf anderem Wege nicht erreichbar ist. Hierher gehören vor allem Fälle ausgeprägter Hysterie und hysterischer Geistesstörung. Aber auch hier muss man immer daran festhalten, dass es nicht gelingt, das hysterische Grundleiden durch die hypnotische Suggestivtherapie zu curieren, sondern, wie schon erwähnt, nur Symptome zu beseitigen.“²¹⁰ In seinen Ausführungen erläutert Binswanger weiter, dass die Hypnose bei der Mehrzahl der Geisteskranken erfolglos geblieben war, und sich im Gegenteil sogar so manche Krankheitserscheinung durch wiederholte Hypnotisierungsversuche verstärkt hätte. Diese Warnung ist Ausdruck einer durch das Anwenden von Hypnose in der Psychiatrie ausgelöste Diskussion, die die zeitgenössischen Psychiater bewegte. Es gab durchaus Ärzte, die sich positiv über die Hypnose aussprachen. Corval beispielsweise widersprach Binswangers warnenden Äußerungen, indem er zu bedenken gab, dass auch häufig verwendete Medikamente wie Kokain, Antifebrin oder Salizylsäure in ihrer Wirkungsweise nicht vollständig geklärt seien und dass durch den Einsatz von Hypnose gerade die Verabreichung bekanntermaßen gefährlicherer Medikamente wie Morphinum oder Chloroform deutlich reduziert werden könnte.²¹¹ Wie schon erwähnt, stand auch Robert Binswanger der Therapieform kritisch gegenüber. Er brachte diese Auffassung in einem Vortrag auf dem elften Kongress für Innere Medizin in Leipzig 1892 zum Ausdruck.²¹² Er kritisierte dabei vor allem die Gefährlichkeit der Methode, besonders bei Ausführung durch nicht ausreichend qualifizierte Personen. Des Weiteren bezeichnete er sie als spekulative Methode, der er die hydriatischen und elektrischen Therapien gegenüber stellte. Diese seien im Gegensatz zur Hypnose durch ihre

²⁰⁹ Binswanger, O. (1896).

²¹⁰ Binswanger, O. (1896), S. 277.

²¹¹ Domeyer (2004), Kapitel 6.6.

²¹² Domeyer (2004), Kapitel 6.6.

eindeutigen physiologischen Wirkungen exakter nachweisbar. Als psychische Heilmethode zog er das *Traitement moral* eindeutig den hypnotischen Methoden vor. Er begründete diese Meinung damit, dass das *Traitement moral* im Gegensatz zur Hypnose eine seit langem bewährte Heilmethode sei, deren Erfolge in der Vergangenheit weit größer gewesen seien. Äußerungen Smidts in seiner Biografie über Robert Binswanger bestätigen diese Auffassung Roberts. Smidt schrieb dazu, dass Robert die Hypnose zu seinen Lebzeiten in der Anstalt nur selten anwendete, sich jedoch trotzdem mit ihrer Theorie befasste.²¹³

Diese kritische Haltung Binswangers gegenüber der Hypnose als psychiatrische Heilmethode wurde auch bei Bearbeitung der für den Zeitraum 1906 – 1910 bearbeiteten Akten deutlich. So konnte nur in einem Fall die Anwendung von Hypnose gefunden werden.²¹⁴ Es handelt sich dabei um eine 33jährige an Neurasthenie erkrankte Patientin aus St. Petersburg. Während ihrem ca. ein halbes Jahr dauernden Aufenthalt am Bellevue litt sie an Tachykardien, die zunächst mit Hyoscin behandelt wurden. Als die Kranke nach Absetzen dieser Medikamente abermals über „Herzunruhe“²¹⁵ und Ängstlichkeit klagt, wird ein erneuter Versuch mit Hyoscin unternommen, der aufgrund auftretender Nebenwirkungen jedoch bald abgebrochen werden muss. Als auch ein Versuch, die Symptome mit Hilfe von Elektrotherapie in den Griff zu bekommen, scheiterte, wollte man der Patientin mittels Hypnose helfen. Leider schlug jedoch auch dieser Versuch fehl, wie dazu in einem Eintrag der Krankengeschichte vom 29.11.1907 vermerkt ist. Die Hypnose wird also auch in diesem einen aus den für die Jahre 1906 – 1910 transkribierten Akten bekannten Fall nicht von vornherein als Behandlungsform eingesetzt. Man schien vielmehr erst nach Versagen anderer Therapien auf die sie zurückgegriffen zu haben.

Wie aus diesen Untersuchungen hervorgeht, nahm die Therapieform der Hypnose im Bellevue während der Jahre 1906 – 1910 einen recht geringen Stellenwert ein. Sie wurde weniger regelmäßig angeordnet als eher ergänzend eingesetzt, wenn andere Methoden versagten. Vorzug wurde Behandlungsformen wie *Traitement moral*, sowie phy-

²¹³ FAB Nr. 351.

²¹⁴ Patientin Nr. 2446/1.

²¹⁵ Patientin Nr. 2446/1.

sikalischer und pharmakologischer Therapie gegeben, was Binswanger mit oben genannten Gründen rechtfertigte.

5.2.7 Mastkur nach Playfair - Mitchell

Begründet wurde diese Heilmethode Ende des 19. Jahrhunderts durch den Amerikaner Silas Weir Mitchell (1829–1914), der als Professor am College of Physicians in Philadelphia tätig war. Mitchells erklärtes Ziel war dabei, „entkräfteten und erschöpften Individuen neue Kraft und neues Leben zu verleihen“.²¹⁶ Europäische Vertreter dieser Methode war besonders der Engländer Playfair sowie die deutschen Ärzte Otto Binswanger, Burkhart und Leyden. Als Grundlage der Methode dienten Mitchell verschiedene physiologische Beobachtungen über Zunahme und Abnahme des Körperfettes sowie der damit einhergehenden Veränderung der Blutbeschaffenheit. In diesem Sinne bezeichnete er die Gewichtszunahme eines Patienten nach schwerer Krankheit als wünschenswert, jedoch nur so lange, als sie auch mit einer Vermehrung des Blutes einhergehe. Im gesunden Zustand sei daher eine Fettzunahme mit Vermehrung des Blutes verbunden.²¹⁷ Über die ernährungsphysiologischen Wirkungen seiner Therapie hinaus hielt Mitchell psychische Komponenten bei seiner Kur für außerordentlich wichtig. Im Rahmen einer Mastkur waren seiner Definition nach deshalb fünf auf ernährungsphysiologischer sowie psychischer Ebene wirksame Heilfaktoren nötig: Isolierung, Bettruhe, Massage, Elektrizität und Überernährung.

Isolierung

Darunter verstand Mitchell die Trennung des Patienten von dessen gewohnter Umgebung. Diesen Heilfaktor erachtete er deshalb als besonders wichtig, weil er die Erfahrung gemacht hatte, dass die Behandlungen von Kranken in ihrer gewohnten Umgebung nur selten erfolgreich waren. Zu stark waren hierbei wohl die Vorteile, die den Patienten von Seiten besorgter pflegender Angehöriger oder Freunden zuteil wurden. So schrieb Mitchell wörtlich darüber: „Die Kranken müssen aus den alten Gewohnheiten, die sie bisher umgarnten, herausgerissen, und vor jeder Berührung mit denen gehütet werden, die die willigen Sklaven ihrer Launen gewesen [waren].“²¹⁸ Die Kranken mussten also an einem anderen Ort als ihrer Wohnung behandelt werden, und Löwenfeld schlug dar-

²¹⁶ Löwenfeld (1904), S. 148 ff..

²¹⁷ Mitchell (1887), S. 13.

²¹⁸ Mitchell (1887), S. 25.

über hinaus vor, sie durch tüchtige, energische sowie gleichermaßen intelligente und gebildete Pflegekräfte versorgen zu lassen.²¹⁹

Bettruhe

Ruhe war Mitchells Meinung nach für nervenranke Patienten von großer Bedeutung, weshalb er der Bettruhe im Rahmen seiner Kur, die auch als „Ruhekur“²²⁰ bezeichnet wurde, viel Platz einräumte. So ließ er die Kranken in schweren Fällen bis zu acht Wochen ununterbrochen zu Bett liegen. In der ersten Zeit war es den Patienten nicht einmal erlaubt, sich etwa für die Nahrungsaufnahme aufzusetzen. Sie mussten dann zeitweise gefüttert werden. Im Laufe der Kur sollte die Zeit der Bettruhe immer kürzer werden, sodass gegen Ende der Behandlung nur noch drei bis vier Stunden täglich im Bett zu verbringen waren. Diese Art der Bettruhe sollte noch bis zu zwei Monate eingehalten werden, auch wenn die Patienten dann bereits wieder ausgehen durften.²²¹ Mitchell selbst beschrieb die strenge Beachtung dieser Maßnahme mit folgenden Worten: „Zuerst, und auch in einigen Fällen von vier- oder fünfwöchentlicher Ruhe, dürfen die Patienten nicht aufsitzen, nicht nähen, schreiben oder lesen; ich verbiete ihnen überhaupt die Hände zu irgend einer Thätigkeit zu gebrauchen, außer zum Zähneputzen. Wo zuerst die absoluteste Ruhe wünschenswerth ist, da muss sogar Stuhl und Urin im liegen gelassen werden.“²²²

Massage

Um, wie er sich selbst ausdrückte, die Ruhe von ihren schädlichen Folgen zu befreien, sah Mitchell bei der Durchführung einer Mastkur die regelmäßige Anwendung von Massagen vor. Unter „schädlichen Folgen“ verstand er dabei die Probleme der Obstipation und der Muskelatrophien, die sich jeweils aus der langen Ruhezeit ergaben.²²³ Die Massagen konnten gleich zu Beginn der Kur aufgenommen werden und folgten einer festgelegten Methode. Für den Zeitpunkt einer solchen Anwendung war die Zeit zwischen zwei Mahlzeiten vorgesehen. Sie sollten täglich stattfinden und über mindestens sechs Wochen fortgeführt werden. Sobald der Patient selbst aufstand, wurden die Massagen in der Regel abgesetzt.

²¹⁹ Löwenfeld (1904), S. 148.

²²⁰ Shorter (1999).

²²¹ Löwenfeld (1904), S. 148 f..

²²² Mitchell (1887), S. 93.

²²³ Mitchell (1887), S. 41 ff..

Elektrische Behandlung

Auch diese wurde hauptsächlich zur Stärkung ruhender Muskeln eingesetzt. Mitchell empfahl hierfür Induktionsstrom mit einer Frequenz von zwei bis fünf pro Sekunde.²²⁴ Die Behandlung wurde an den Beinen begonnen und über Unterleib, Rücken und Lenden bis zu Brust und Armen fortgesetzt. Als besonders günstig bezeichnete Mitchell dabei die Auswirkungen dieser Methode auf den Temperaturhaushalt der Patienten, der bei diesen viel weniger Schwankungen zeige.

Diät

Grundlage der Diät nach Mitchell bildete die Milch, die den Patienten portionsweise über den Tag verteilt als Ergänzung zur Nahrung gegeben werden sollte. Er bezeichnete das Nahrungsmittel auch als „die beste und bequemste Zugabe zu allgemeiner Krankenkost“²²⁵ und stütze seine Behauptung durch seine persönliche Erfahrung damit. Die Milch sollte möglichst abgerahmt sein und konnte warm oder kalt gegeben werden. Für den Anfang sah Mitchell die Gabe von 120 Gramm Milch in zweistündigem Abstand vor. Im Verlauf der Kur sollten die Portionen größer und die Zwischenzeiten verlängert werden. Die Einnahme sollte langsam vor sich gehen. Es war jeweils ein Mund voll zu nehmen und auf schlürfende Weise zu trinken.²²⁶ Zusätzlich zur Milch sah Mitchell nach einigen Tagen eine reichhaltige Ernährung vor, die auch große Mengen an Fleisch beinhaltete.

Medikamentöse Ergänzung

Zwar erwähnte Mitchell diese nicht ausdrücklich als eine der Hauptkomponenten seiner Therapie, aber das Kapitel über Diät in seiner Arbeit über die Mastkur beinhaltet auch Angaben zur medikamentösen Behandlung. So gab er an, seinen Patienten größere Mengen an Eisen zu verabreichen, sobald diese zusätzlich zur Milch auch noch weitere Nahrungsmittel zu sich nahmen.²²⁷ Er reichte dies beispielsweise in Form von 0,24 – 0,36 Gramm Ferrum lacticum zu den Mahlzeiten. Bei Obstipation verwendete Mitchell Aloe – Extrakt, Ochsen-galle, Cascara – Extrakt oder Ölklystiere. Sobald die Patienten aufsitzen durften, erhielten sie zudem fast immer Strychninum sulfuricum mit Eisen und

²²⁴ Mitchell (1887), S. 51 ff. .

²²⁵ Mitchell (1887), S. 59.

²²⁶ Mitchell (1887), S. 58 ff..

²²⁷ Mitchell (1887), S. 72 f..

Arsenik. Außerdem verordnete Mitchell Malzextrakte, von denen 60 – 120 Gramm in flüssiger Form vor den Mahlzeiten zu nehmen war.

Hauptindikation für eine Mitchell – Playfairsche Mastkur war nach Meinung Mitchells selbst die Hysterie, und im speziellen derartig erkrankte Frauen zwischen 20 und 30 Jahren. Er beschrieb diese Patientengruppe folgendermaßen: „[...] Zu dieser Klasse von Kranken gehören auch die Unglücklichen, die ich schon oben als Verzweiflung des Arztes schilderte. Die große Gruppe von Frauen, deren Leiden als nervöse Erschöpfung, oder wenn sich die hervorragenden Symptome auf das Rückenmark beziehen, als Spinalirritation hingestellt wird. Hierzu muss ich auch die Fälle rechnen, bei denen außer Abmagerung und Anämie heftige Gemüthsbewegungen vorherrschen; sie werden hysterisch genannt, gleichviel ob pathologische Erscheinungen von Uterus oder Ovarien vorliegen oder nicht.“²²⁸ Insgesamt war die Therapie natürlich recht teuer, weshalb sie oft nur bei Angehörigen der besseren Stände angewandt werden konnte.

In Europa und auch in Deutschland fand die Mitchell – Playfairsche Mastkur großen Anklang. Sie wurde auch von Internisten, Allgemeinärzten und Gynäkologen (Playfair beispielsweise war Gynäkologe) bei der Behandlung von Hysterie, Neurasthenie sowie chronischer gynäkologischer Erkrankungen eingesetzt.²²⁹ Löwenfeld bezeichnete sie als „unleugbar eine sehr wertvolle Bereicherung unserer Hilfsmittel gegen die schweren Formen der Neurasthenie und Hysterie“²³⁰. Schwierigkeiten ergaben sich bei dieser Therapieform jedoch aus den hohen Behandlungskosten, der Isolation der Patienten von ihrer gewohnten Umgebung, dem Finden geeigneter Pflegekräfte sowie der eingeschränkten Indikation für die Behandlung.²³¹ Nach und nach wurde den Medizinern dabei bewusst, dass nicht etwa die physischen, sondern vielmehr psychische Komponenten im Mittelpunkt dieser Behandlungsform standen. Shorter bezeichnete die Mastkur in diesem Zusammenhang auch als Wegbereiter der Psychotherapie.²³² Als der Heilung förderlichstes Element betrachtete man dabei die durch Bettruhe und Isolation hervorgerufene intensiviertere Beziehung des Kranken zum Arzt.

²²⁸ Mitchell (1887), S. 18.

²²⁹ Vgl. Shorter (1999), S. 203 f. und Domeyer (2004), Kapitel 6.7.

²³⁰ Löwenfeld (1904), S. 151.

²³¹ Vgl. Mitchell (1887), Löwenfeld (1904).

²³² Shorter (1999), S. 200 ff..

Auch im privaten Sanatorium Bellevue machte man Gebrauch von der Therapiemethode nach Mitchell – Playfair. Dabei eignete sich die Kreuzlinger Anstalt insofern besonders für derartige Behandlungen, als sie eine Privatanstalt war, in der man auch kostspieligere Methoden einsetzen konnte. Im Manuskript einer detaillierten Anstaltsbeschreibung von Robert Binswanger findet man Angaben dazu.²³³ Robert pries darin die guten Resultate der Therapie, besonders auch im Hinblick darauf, dass man im Bellevue nach einer leicht abgeänderten Methode vorging, deren Ergebnisse noch besser seien. So führte man die Mastkur im Kreuzlinger Sanatorium bevorzugt während der Sommermonate durch. Man ließ die Kranken dann den halben Tag zu Bett und die andere Hälfte des Tages an der frischen Luft liegen. Dabei wurde jedoch auf strenge Isolierung des Kranken von der Gesellschaft geachtet.

In den für die Zeit 1906 – 1910 bearbeiteten Krankenakten selbst war von einer Mastkur ausdrücklich nie die Rede. Aus Dokumenten wie Tageseinteilungen und Bemerkungen in der Krankengeschichte ließ sich dennoch in einigen Fällen darauf schließen, dass solche durchgeführt wurden.²³⁴ So sah die „Tageseinteilung“ der an Neurasthenie leidenden Patientin Nr. 2446 folgendermaßen aus:

„Tageseinteilung.

Name:	<i>Frau Ruoff</i>
Datum:	17.VI.07
7 ¾ Uhr	¼ L gek Milch.
8 Uhr	Massage, Beine zusammen 5 M.; Arme zusammen 4 M[inuten]. Rücken[,] Nacken 4 M[inuten]. Nacken 2 M[inuten]. nach der Massage Abreibung mit Fr[an]zb[ranntwein].
8 ½ Uhr	Montag, Donnerst. Fichtennadelbad; Dienstag Freitag Soolebad 5
L.	Soole; Mittwoch Sonnt. gewöhl. Bad Bäder 27 Grad R[éaumur]. [?]bad 10 M[inuten] die anderen Bäder 10 - 15 M Compr. nach den Bädern Bettruhe Frühst. Cacao, Honig, Butter Brod
10 Uhr:	Aufstehen.
10 ½:	Uhr Früchte dann anziehen bis 11 Uhr

²³³ FAB Nr. 308.

²³⁴ Vgl. Patienten Nr. 2446, Nr. 2585, 2229.

11 Uhr – 12Uhr: Uhr draussen liegen.
12 ½Uhr: gemeins. Essen[;] nach dem Essen bis 3 ruhen
3 – 4: Ausgang.
4 Uhr: ¼ - ½ L. Milch Butter Brod
4 – 7: im Freien, liegen, leichte Bewegung. 7 ½ Uhr Nachtessen
9 Uhr: Bettruhe.
9 ½ Uhr: ¼ L. gek. Milch.
3 x tgl 2 Pillen Blandii.²³⁵

Dabei deutet auf eine Mastkur zunächst die auffällig häufige Verabreichung von Milch hin. Auch erhielt die Kranke regelmäßig Massagen und musste anschließend Bettruhe einhalten. Allerdings war es ihr ansonsten durchaus gestattet aufzustehen. Weiterer Hinweis auf eine Mastkur, in Form von Binswangers leicht abgeänderter Version, bildet der Programmpunkt „im Freien liegen“ mit anschließender leichter Bewegung, der zweimal täglich durchzuführen war. Die Anwendung elektrischer Bäder ist hierbei nicht erwähnt. Aus der Krankengeschichte erfährt man dazu, dass die Kranke auf Galvanisation schlecht reagiert habe. Inwiefern die Patientin im Rahmen dieser Behandlung isoliert wurde, geht aus den Dokumenten leider nicht hervor. Auch über den Erfolg der Therapie gibt es keine direkten Vermerke. Bei ihrer Abreise schien es ihr jedoch gut zu gehen – sie sei frei von ihren sonstigen Ängsten und in guter gesundheitlicher Verfassung, wie in der Krankengeschichte hierzu notiert ist. Die an Herzneurose erkrankte Patientin Nr. 2585 erhielt laut Tagesplan ebenfalls viel Milch (vier Mal täglich), Massagen und Bäder, unter denen sich auch elektrische befanden. Auch für sie waren tägliche Aufenthalte im Freien vorgesehen. Eine Gewichtstabelle bestätigt die Zunahme des Körpergewichtes. Ob auch in psychischer Hinsicht Erfolge durch die Therapie erzielt werden konnten, bleibt unklar, da es hierzu unter dem Aktenmaterial keine Angaben gibt. Lediglich ein Brief der Patientin selbst wenige Wochen nach deren Entlassung zeugt davon, dass es ihr gut zu gehen schien. Auch im Aktenmaterial für den an Neurasthenie leidenden Patienten Nr. 2229 gibt es Hinweise auf die Anwendung einer Mastkur. So wurden ihm laut „Ordo“ in der Krankengeschichte faradische Bäder und Galvanisationen verordnet. Außerdem sollte er sich zwei Stunden täglich im Freien aushalten und einmal täglich Kakao zu sich nehmen. Allerdings erfährt man weiter nichts über

²³⁵ Patientin Nr. 2446/2.

seine Diät, Bettruhe oder Isolation, was die Tatsache, dass es sich dabei um eine Mastkur handelte, in Frage stellt. Der Erfolg dieser Verordnungen ist ebenfalls nirgends verzeichnet. Insgesamt verhielt sich der Patient jedoch äußerst unkooperativ.

5.2.8 Ernährungstherapie - Diät nach Ebstein

Die Mastkur war nicht die einzige ernährungstherapeutische Maßnahme, von der man im Bellevue Gebrauch machte. Große Bedeutung hatte auch die Diät nach Ebstein, die in erster Linie der Bekämpfung von Fettleibigkeit dienen sollte. Konzipiert wurde diese Art der Ernährungstherapie von Wilhelm Ebstein, dem Direktor der medizinischen Klinik in Göttingen während der achtziger Jahre des 19. Jahrhunderts. Sein diese Ideen enthaltendes Buch „Die Fettleibigkeit (Korpulenz) und ihre Behandlung nach physiologischen Grundsätzen“ erschien erstmals 1882. Darin erklärte er zum Ziel, die weit verbreiteten Fettentziehungskuren durch einen den natürlichen Verhältnissen entsprechenden Ernährungsplan ersetzen zu wollen.²³⁶ Der entscheidende Unterschied zwischen Ebsteins Diätform und den anderen gängigen Methoden bestand darin, dass Ebstein diese als „Ernährungsweise“ und nicht als „Abmagerungskur“ verstand. Anstatt einer raschen Gewichtsabnahme wollte er vielmehr eine kontinuierliche erzielen, die dabei keineswegs zeitlich begrenzt sein sollte, sondern lebenslanglich fortzuführen war. Ziel dieses Konzepts sollte die Vermeidung eines Rückfalles nach Beenden der Diät darstellen. Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen Ebsteins Diät und anderen Diätformen ergibt sich bei Betrachtung der unterschiedlichen Verteilung der einzelnen Nährstoffe im Rahmen der Therapie. Während Harvey (1864) und Oertel (1884) den strikten Verzicht auf Fett und Kohlenhydrate für unvermeidbar erklärten, schränkte Ebstein den Fettanteil im Rahmen des Diätplanes kaum ein. Allerdings beschränkte er die Zufuhr von Kohlenhydraten und Eiweiß. Gerade Eiweiß wurde bei Harvey und Oertel wiederum in größeren Mengen in den Speiseplan einbezogen.²³⁷ Während Ebstein die tägliche Fettzufuhr auf 60 – 100 Gramm festsetzte, fand man bei Harvey und Oertel jeweils eine Menge von lediglich 7,5 bzw. 22 – 43,5 Gramm pro Tag. Im Gegensatz dazu beschränkte Ebstein die Eiweißzufuhr täglich auf 105 Gramm, während Oertel 156 – 170 Gramm, und Harvey sogar bis zu 180 Gramm Eiweiß täglich vorsahen. Die Menge der täglich zuzuführenden Kohlenhydrate betrug laut nach Ebstein nur

²³⁶ Ebstein (1904), Vorwort zur ersten Auflage.

²³⁷ Kisch (1895), S. 638 – 654.

45 – 50, bei Harvey und Oertel bis zu 114 Gramm.²³⁸ Dieser unterschiedlichen Verteilung der Nährstoffe lagen verschiedene Auffassungen bezüglich ernährungsphysiologischer Grundlagen zugrunde. Während Vertreter der Diäten wie diejenigen nach Harvey oder Oertel davon ausgingen, dass bei eingeschränkter Fett- und Kohlenhydrat- sowie erhöhter Eiweißzufuhr die Verbrennung von Vorratsfett wirksam werde, war Ebstein der Ansicht, dass durch Zuführen von Fett der Ansatz von Körperfett verringert werden könne. Darüber hinaus fördere Ebsteins Meinung nach die Kohlenhydratzufuhr eine Fettbildung aus Eiweiß. Laut Uffelmann seien derartige Vorstellungen Ebsteins physiologisch zwar nicht bewiesen.²³⁹ Dennoch seien sie durch Erfahrungen auf diesem Gebiet nachvollziehbar und außerdem leichter durchzuführen, da die Speisepläne dem Geschmack der Patienten eher gerecht würden. Auch war Ebsteins Diät leichter verträglich als beispielsweise Diäten nach Harvey. Ein Speiseplan im Rahmen der Diät nach Ebstein sah beispielsweise folgendermaßen aus:²⁴⁰

„1. Frühstück. Eine grosse Tasse schwarzen Tees – ca. 250 ccm – ohne Milch und ohne Zucker. 50g geröstetes Weiss- oder Graubrot mit sehr reichlicher – ca. 20–30g Butter. (Im Winter um 7 ½, im Sommer um 6 oder 6 ½ Uhr.)

2. Mittagessen (zwischen 2–2 ½ Uhr.) Suppe (häufig mit Knochenmark, welches in konsistenter Form gereicht wird, nicht etwa geschmolzen, als eine die Suppe bedeckende Fettschicht), 120 bis 180g Fleisch, gebraten oder gekocht, mit fetter Sauce, mit Vorliebe dem Patienten gut bekömmliche fette Fleischsorten, Gemüse in mässiger Menge, mit Vorliebe Leguminosen aber auch Kohlarten. Rüben werden wegen ihres Zuckergehaltes fast, Kartoffeln aber ganz ausgeschlossen. Nach Tisch, wenn erwünscht, etwas frisches Obst. Als Kompott: Salat oder gelegentlich etwas Backobst (gekochtes, gedörrtes Obst) oder Apfelbrei oder gedämpfte Kirschen. Sämtliche Kompotts müssen ohne Zucker bereitet werden. Als Getränk: 2–3 Glas leichten Weissweines.

Bald nach Tisch: eine grosse Tasse schwarzen Tees ohne Milch und ohne Zucker.

3. Abendessen. (7 ½ - 8 Uhr.) Im Winter fast regelmässig, im Sommer gelegentlich eine grosse Tasse schwarzen Tees ohne Milch und ohne Zucker. Ein Ei oder etwas fetter Braten oder beides oder etwas Schinken mit dem Fett, Cervelatwurst, geräucherter oder

²³⁸ Vgl. Domeyer (2004), Kapitel 6.8.

²³⁹ Domeyer (2004), Kapitel 6.8.

²⁴⁰ Domeyer (2004); Kapitel 6.8.

frischer Fisch, ca. 30g Weissbrot mit viel Butter, 15–20g, gelegentlich eine kleine Quantität Käse und etwas frisches Obst.“²⁴¹

Ebstein verteilte die Nahrungsaufnahme somit auf drei tägliche Mahlzeiten, von denen er selbst dem Mittagessen die meiste Bedeutung zumaß. So beobachtete er bei seinen Patienten stets großen Hunger um die Mittagszeit, während das Nahrungsbedürfnis abends kein großes sei. Des Weiteren konnte er eine Abnahme des Durstgefühls unter der Diät feststellen. Dyspepsien oder Verdauungsstörungen kamen seiner Erfahrung nach dabei nicht vor. Die Lebensweise solle „eine im allgemeinen sehr ruhige, gleichmässig tätige, die körperliche Bewegung eine mässige“²⁴² sein. Diese körperlichen Betätigungen sollten in Form von seltenen Spaziergängen, meist nur einmal wöchentlich, unternommen werden.

Angaben zur Anwendung von ernährungstherapeutischen Maßnahmen im Sinne einer Ebstein – Diät im Sanatorium Bellevue können dem Manuskript einer Anstaltsbeschreibung von Robert Binswanger entnommen werden. Binswanger schrieb dazu: „Als Gegenstück zu der feeding cure behandeln wir seit Jahren mit Vorliebe diejenigen nervös cachektischen Frauen, deren hochgradig belästigendes Hauptsymptom die anaemische Fettsucht mit ihren Folgen bildet, mit Ebstein’scher Diät und sind mit deren Erfolgen recht zufrieden.“²⁴³ Smidt schrieb darüber hinaus in seiner Biografie, dass es Binswanger stets wichtig gewesen sei, seine Patienten mit ausreichend Nahrungsmitteln versorgt zu wissen.²⁴⁴ Infolge dessen zeigten viele der Kranken im Verlauf ihres Anstaltaufenthaltes eine Gewichtszunahme. Diätmaßnahmen nach Harvey oder Oertel passten außerdem insofern nicht in Binswangers Konzept, als es sich dabei um radikale Fettentziehungskuren handelte.

Betrachtet man die Krankenakten des Bellevue, so findet man in zahlreichen Fällen Aufzeichnungen über Ernährungspläne der einzelnen Patienten. Diese sind meist als Speisepläne in den „Tageseinteilungen“ der Kranken enthalten. Auffällig häufig verwendetes Nahrungsmittel bildete dabei die Milch, die auch außerhalb eines Diätplanes

²⁴¹ Ebstein (1904), S. 97.

²⁴² Ebstein (1904), S. 98.

²⁴³ FAB Nr. 308.

²⁴⁴ FAB Nr. 351.

zum Nahrungsaufbau gegeben wurde.²⁴⁵ So erhielt ein an Melancholie erkrankter Patient laut „Tageseinteilung“ zwei Tassen gekochte Milch am Nachmittag sowie ein Glas Milch zur Nacht.²⁴⁶ Die Ernährung der Patienten außerhalb eines Diätrahmens sollte Binswangers Meinung entsprechend eine reichhaltige und gesunde sein. Anhand der in den „Tageseinteilungen“ enthaltenen Speiseplänen der Kranken kann man dies nachvollziehen. Abgesehen von der Milch waren demnach häufig angebotene Nahrungsmittel Bouillon²⁴⁷, Gemüse²⁴⁸, Fleisch²⁴⁹, Suppe²⁵⁰ oder Früchte²⁵¹. Auch gab es oft Brot²⁵², wozu beispielsweise Butter²⁵³, Konfitüre²⁵⁴ oder Honig²⁵⁵ gereicht wurden. Des Weiteren standen Kakao²⁵⁶, Mehlspeisen²⁵⁷ und Zwieback²⁵⁸ für viele Patienten auf dem täglichen Speiseplan. Als besonders wichtig schien man darüber hinaus den Verzehr von Eiern erachtet zu haben. Diese wurden in Form von Omelette²⁵⁹, Eierspeisen²⁶⁰ oder einfach weichgekocht²⁶¹ serviert.

In Bezug auf das Angebot an alkoholischen Getränken im Bellevue hatte sich Roberts Einstellung dazu in den Jahren nach der Jahrhundertwende drastisch geändert. Smidt berichtete in seiner Biografie über Binswanger davon, dass dieser in seinem letzten Lebensjahrzehnt zu einer stark beschränkenden Haltung gegenüber dem Alkohol gelangt sei.²⁶² Während er in den Jahren vor 1900 den Genuss von Wein nur dann einzuschränken pflegte, wenn dieser allzu übermäßig betrieben wurde, hielt er in den folgenden Jahren zunehmend bei Alkoholikern sogar völlige Abstinenz für nötig. Auch nicht suchtkranken Patienten bot Robert Alkohol nur noch in Maßen an. Die an Dementia

²⁴⁵ Einträge zu Milch konnten in folgenden Dokumenten gefunden werden: Nr. 2340/3, Nr. 2410/2, Nr. 2446/2,

Nr. 2506/2, Nr. 2585/3, Nr. 2374[2670?]/2, Nr. 2812/1, Nr. 2845/6.

²⁴⁶ Patient Nr. 2506/2.

²⁴⁷ Eintrag dazu findet sich in der Akte der Patientin Nr. 2410/2.

²⁴⁸ Einträge dazu finden sich in den Akten der Patienten Nr. 2410/2, Nr. 2506/2.

²⁴⁹ Eintrag dazu findet man z.B. in der Akte der Patientin Nr. 2410/2.

²⁵⁰ Eintrag dazu findet sich z.B. in Akte der Patientin Nr. 2410/2.

²⁵¹ Einträge dazu findet man in den Akten der Patienten Nr. 2585/3, Nr. 2812/8.

²⁵² Einträge dazu finden sich in den Akten der Patienten Nr. 2410/2, 2446/2, 2858/3.

²⁵³ Einträge dazu finden sich in den Akten der Patienten Nr. 2410/2, Nr. 2446/2, 2585/3, 2812/8.

²⁵⁴ Einträge dazu finden sich in den Akten der Patienten Nr. 2506/2, 2585/3, 2812/8.

²⁵⁵ Einträge dazu finden sich in den Akten der Patienten Nr. 2446/2, 2812/8.

²⁵⁶ Einträge dazu finden sich in den Akten der Patienten Nr. 2410/2, 2446/2, 2585/3.

²⁵⁷ Eintrag dazu findet sich in der Akte des Patienten Nr. 2506/2.

²⁵⁸ Einträge dazu finden sich in den Akten der Patienten Nr. 2812/8, Nr. 2506/2.

²⁵⁹ Eintrag dazu findet sich in der Akte der Patientin Nr. 2410/2.

²⁶⁰ Eintrag dazu findet sich in der Akte des Patienten Nr. 2506/2.

²⁶¹ Eintrag dazu findet sich in der Akte der Patientin Nr. 2585/3.

²⁶² FAB Nr. 351.

praecox erkrankte Patientin Nr. 2410 verlangte beispielsweise, wie dies im Tagebuch einer Wärterin festgehalten ist, eines Abends ein zweites Glas Wein zum Essen, welches ihr nicht gewährt wurde.²⁶³ Auch eine an Dementia senilis erkrankte Patientin erhielt auf Verlangen nach mehr Wein nur alkoholfreie Getränke.²⁶⁴ Der Patient Nr. 2513 hingegen litt zusätzlich zu einer Dementia praecox an Alkoholismus und wurde im Bellevue laut Krankenbericht völlig abstinent gehalten. Als Ersatz für den Alkohol erhielt er nach jeder Mahlzeit einen Tee.²⁶⁵ Auch im Falle eines Patienten mit Neurasthenie und Alkoholismus wurden in der Krankengeschichte ausdrücklich als Getränke nur alkoholfreie Weine angeordnet.²⁶⁶

²⁶³ Vgl dazu Patientin Nr. 2410/2; Einträge vom 13.08.1907 und 27.06.1907.

²⁶⁴ Patientin Nr. 2716/1; Eintrag in die Krankengeschichte vom 04.09.1909.

²⁶⁵ Patient Nr. 2513/6; Eintrag in einem Krankenbericht.

²⁶⁶ Patient Nr. 2229/1, Eintrag im „Ordo“ als Teil der Krankengeschichte.

5.3 Der Begriff Dementia praecox im psychiatriegeschichtlichen Zusammenhang und im Klinikalltag des Bellevue

Da die Diagnose „Dementia praecox“ in der Anstalt Bellevue kurz vor und während des Zeitraumes 1906 – 1910 sprunghaft anstieg, lag es nahe, sich in dieser Arbeit mit dem Krankheitsbild und der Diagnosestellung „Dementia praecox“ in der damals gültigen Definition näher zu befassen. Allein unter den 18 für den Zeitraum 1906-1910 transkribierten Akten befinden sich vier, in denen von Kreuzlinger Ärzten als Diagnose „Dementia praecox“ angegeben ist. Zwei dieser Akten sind sogar mit einem „K**“ gekennzeichnet sind, was bedeutet, dass Smidt die jeweilige Krankenakte besonders interessant fand.

Diagnose und Differentialdiagnose der Dementia praecox waren seit jeher schwierig, da die Übergänge zu anderen psychiatrischen Erkrankungen fließend waren, und Begriff sowie Definition der Krankheit je nach vorherrschender Lehrmeinung wechselten. Der Begriff „Dementia praecox“ an sich wurde ursprünglich von Morel, einem französischen Arzt, in den fünfziger Jahren des 19. Jahrhunderts geschaffen.²⁶⁷ Die These eines Dr. J. Christian aus dem Jahr 1899 belegt, dass der Begriff wenig später schon von den Autoren Morel, Esquirol, Kahlbaum und Hecker verwendet wurde.²⁶⁸ In den neunziger Jahren übernahm der deutsche Psychiater Emil Kraepelin Teile von Morels Dementia praecox-Begriff, fasste ihn jedoch im Vergleich zu seinen französischen Kollegen weiter. So zählte Kraepelin hauptsächlich vesanische Formen zur Dementia praecox, während Morel die degenerative Grundlage stärker bewertete und chronische Wahnformen gar nicht beachtete. Dieser Ausbau des Begriffes wird besonders in der sechsten Auflage von Kraepelins Hauptwerk, dem so genannten „Lehrbuch der Psychiatrie“ deutlich.²⁶⁹ Kraepelin übernahm von Morel dabei nicht nur den Begriff Dementia praecox, sondern er führte auch dessen grundsätzlich nosologisches Denken in relativ strengem Sinne weiter.²⁷⁰ Aus Arbeiten dieser Zeit, in denen sich die Autoren unter anderem bereits auf Kraepelin bezogen, geht die zunehmende Bedeutung der Wandlung des Begriffes durch diesen Wissenschaftler hervor. Es seien hierbei die

²⁶⁷ Sedler (1991), Kapitel 3, S. 47.

²⁶⁸ Christian (1899).

²⁶⁹ Peters (1991), Kapitel 4; S.62.

²⁷⁰ Kronfeld (1930), Kapitel 9; S. 329.

Thesen von M. Bisch²⁷¹ in Lille oder G. Rancier²⁷² in Nancy jeweils im Jahr 1909 genannt. Darüber hinaus definierten in Deutschland weitere bedeutende Psychiater wie Emanuel Mendel oder Richard Freiherr von Krafft-Ebing Symptomenkomplexe, die der Dementia praecox Kraepelins ähneln, jedoch die Namen „Paranoia“, „primäre Verrücktheit“ oder „epileptisches Irresein“ trugen. Einige Jahre später gab Eugen Bleuler dem Krankheitsbild dann den Namen „Schizophrenie“.

Von Robert Binswanger selbst, unter dessen Leitung die Anstalt Bellevue in der Zeit zwischen 1906-1910 stand, gibt es keine expliziten schriftlichen Äußerungen zu diesem Thema, so dass sein Verständnis von Dementia praecox sekundär aus den vorhandenen Krankenunterlagen erarbeitet werden musste.

Für vorliegende Dissertation wurde nun zunächst erörtert, welche Lehrmeinungen zum Thema „Dementia praecox“ in Deutschland um die Jahrhundertwende von Bedeutung waren und wie die Autoren jeweils das Krankheitsbild definierten, um schließlich zu untersuchen, anhand welcher Kriterien man in Bellevue die Diagnose stellte. Besondere Beachtung wurde dabei neben den Krankenakten der Anstalt denjenigen Werken geschenkt, die sich in der Bibliothek des Bellevue befanden.

5.3.1 Dementia praecox nach Kraepelin

Person und Werk Emil Kraepelins

Wie schon erwähnt, ist es der Psychiater Emil Kraepelin, auf den der Begriff der Dementia praecox in seiner erweiterten Fassung zurückgeht. Es soll deshalb an dieser Stelle ganz kurz auf die Person und den Lebenslauf dieses Arztes eingegangen werden:²⁷³ Kraepelin wurde am 15. Februar 1856 in Neu-Strelitz (Mecklenburg-Strelitz) geboren. Das Studium der Medizin absolvierte er in Leipzig und Würzburg, promovierte 1878 und arbeitete lange an der Münchner Kreisirrenanstalt. Seine Assistenten-Laufbahn führte ihn 1882 nach Leipzig, wo er zunächst bei Flechsig arbeitete, mit dem er sich allerdings bald überwarf, und wo noch im selben Jahr die Habilitation vollzogen wurde. 1883 kehrte er nach München zurück. 1884 wurde er Oberarzt an der Anstalt

²⁷¹ Bisch (1909).

²⁷² Rancier (1909).

²⁷³ BLÄ (1962).

Leubus, sowie 1885 am Stadtkrankenhaus in Dresden. 1886 wurde er als Professor der Psychiatrie nach Dorpat berufen, 1890 wechselte er nach Heidelberg und 1904 nach München. 1922 trat er in den Ruhestand, widmete er sich aber weiter seiner 1917 gegründeten Forschungsanstalt für Psychiatrie sowie seinen wissenschaftlichen Arbeiten. Am 7. Oktober 1926 starb Kraepelin in München. In seinem wissenschaftlichen Werk beschäftigte sich der Arzt hauptsächlich mit dem systematischen Ausbau der Lehre vom manisch-depressiven Irresein, der Dementia praecox und der Paranoia. Festgehalten sind seine Studien in zahlreichen Zeitschriftenbeiträgen, sowie in seinem Hauptwerk, der „Psychiatrie“. Hierbei handelt es sich um ein Lehrbuch, dessen erste Auflage er noch als Assistent 1883 als schmales Kompendium publizierte. Im Laufe der Zeit erlebte dieses jedoch noch einige weitere Auflagen und wuchs so bis zum Jahr 1899 zu einem vierbändigen Standardwerk und zu für die Zeit maßgeblicher Fachliteratur an.

Die im folgenden dargestellte Definition und Einteilung der Dementia praecox ist der 6. Auflage dieses Werkes entnommen, die 1899 erschien und somit für den Zeitraum 1906-1910 die bedeutendste ist. Diese 6. Auflage ist für die vorliegende Arbeit insofern zusätzlich von besonderer Bedeutung, als eines der Exemplare in der Binswanger Bibliothek zu finden ist. Auf einer der ersten Seiten dieser Ausgabe ist handschriftlich „Curanstalt Belle-vue Kreuzlingen“ eingetragen. Aus Unterstreichungen speziell auch im Kapitel „Dementia praecox“ kann man schließen, dass die Kreuzlinger Ärzte sich eingehend mit Kraepelins Definition auseinandergesetzt haben.

Definition und Symptomatik der Dementia praecox

Zum ersten Mal erschien der Begriff „Dementia praecox“ bei Kraepelin in der fünften Auflage seines Lehrbuches „Psychiatrie“. Unter der großen Gruppe der „Stoffwechselerkrankungen“ beschrieb der Autor hier die so genannten „Verblödungsprozesse“. Diesen wiederum rechnete er drei Krankheitsbilder zu – Dementia praecox, Katatonie und Dementia paranoides. Bemerkenswert ist hierbei, dass er für die Diagnose „Dementia praecox“ zu der Zeit nur solche Symptome beschrieb, die er später der Hebephrenie zurechnete. Paranoide Erscheinungen brachte er mit Dementia praecox damals nicht in Verbindung. In der sechsten Auflage der „Psychiatrie“ 1899 widmete Kraepelin dann das gesamte fünfte Kapitel der Dementia praecox, die er zu dem Zeitpunkt als eigenständige Krankheit ohne weitere Übergruppen betrachtete. Er fasste dazu mehrere

Krankheitsbilder zusammen, deren gemeinsames Hauptmerkmal ein „Ausgang in eigenartige[n] Schwächezustände[n]“ darstellte.²⁷⁴ Das Krankheitsbild konnte laut Kraepelin jetzt in drei Formen unterteilt werden: in eine hebephrenische, eine katatonische sowie eine paranoide Form. Die Übergänge bezeichnete er als fließend; die Einteilung sei nur aus Gründen der Übersichtlichkeit vonnöten. Weitere Gründe für die nun um einiges umfassendere Definition der *Dementia praecox* gab Kraepelin nicht an. Als Ursache der Erkrankung ging er von einer Schädigung der Hirnrinde aus, wobei er allerdings betonte, der Krankheitsvorgang müsse nicht immer der gleiche sein. Als Begründung für die Namensgebung und damit Bezeichnung der Krankheit als „*Dementia praecox*“, wörtlich übersetzt also „vorzeitige Demenz“, gab Kraepelin an, dass die Krankheit stets in „psychischem Schwächezustand“, einer Demenz also, ende. Es kommt darin die Forderung des Autors zum Ausdruck, den Endzustand der Erkrankung zum Kriterium der Krankheitseinheit zu nehmen.²⁷⁵ In Bezug auf die Bezeichnung „*praecox*“ konnten keine klaren Begründungen von Kraepelin selbst gefunden werden. Betrachtet man aber besonders die hebephrenen Formen der *Dementia praecox*, so findet man einen Beginn der Krankheit meist noch im jugendlichen Alter, was sich mit der Bezeichnung „*praecox*“ in Verbindung bringen lässt. Auch geht Kraepelins Meinung nach die Verblödung bei *Dementia praecox* recht rasch vonstatten. Der „psychische Schwächezustand“ finde sich bei Patienten mit *Dementia praecox* als Ausgang der Erkrankung folglich meist schon recht früh. Insgesamt zeigte sich Kraepelin allerdings für Kritik an dieser von ihm gewählten Bezeichnung offen. Solange kein besserer Name vorgeschlagen würde, wolle er jedoch vorläufig an dieser Bezeichnung festhalten.²⁷⁶

Obwohl es sich nun also bei der *Dementia praecox* um eine Zusammenfassung mehrerer vielgestaltiger Krankheitsbilder handele, seien bei all diesen Formen einige weitere gemeinsame Grundsymptome vorhanden:

Zuerst sei hierbei die ungestörte Orientierung und Auffassung äußerer Eindrücke genannt, über die an *Dementia praecox* erkrankte Patienten laut Kraepelin verfügten. So sei ihre Wahrnehmung weitgehend unbeeinträchtigt, was meist im starken Gegensatz zu ihrem ansonsten eher stumpfen und gleichgültigen Verhalten stehe. Sowohl örtliche als

²⁷⁴ Kraepelin (1899), Kapitel 5, S. 137ff..

²⁷⁵ Kronfeld (1930), Kapitel 9, S. 333.

²⁷⁶ Kraepelin u.a. (1899), Band 56, S. 263.

auch zeitliche Orientierung seien in der Regel vorhanden. Die Kranken bemerkten Einzelheiten wie Änderungen in der Kleidungsweise der Ärzte, oder sie wüssten Namen von Mitpatienten. Diese klare Auffassung und Orientierung könne allerdings zum Teil durch andere Symptome wie Sinnestäuschungen, Wahnbildungen oder Negativismus getrübt werden.

Als weiteres Grundsymptom der Erkrankung prägten Trugwahrnehmungen in Form von Sinnestäuschungen aller Art das Bild der Dementia praecox. Am häufigsten beobachtete Kraepelin dabei akustische Halluzinationen. Auch optische und sensorische Täuschungen kämen vor. Die Kranken empfanden Durchströmungen, Berührungen und Beeinflussungen. All diese Trugwahrnehmungen seien im Anfang Täuschungen meist unangenehmen Inhalts, die bei den Kranken Unruhe und Besorgnis auslösten. Im späteren Verlauf hingegen würden die Sinnestäuschungen in der Regel gleichmütiger hingenommen, die Kranken schenken ihnen dann nicht mehr so viel Beachtung. Der Inhalt dieser Wahrnehmungen sei zumeist ein völlig unsinniger und zusammenhangloser.

Im Bewusstsein der Patienten konnte Kraepelin meist keine Störung finden. Die Kranken seien alle bewusstseinsklar, wenn auch anfällig für Störungen, beispielsweise durch zeitweise vorhandene Stupor - oder Erregungszustände.

Als charakteristisch für das Krankheitsbild der Dementia praecox bezeichnete Kraepelin außerdem ein erhebliches Maß an Ablenkbarkeit im Sinne einer Aufmerksamkeitsstörung. Den Patienten sei es nur schwer möglich, über längere Zeit bei einer Beschäftigung zu bleiben. Dabei mangle es ihnen hauptsächlich an Interesse für ihre Umgebung, und es falle ihnen insofern schwer, aus eigenem Antrieb die Aufmerksamkeit auf Vorgänge in ihrem unmittelbaren Umfeld zu richten. Der bemerkenswerte und für das Krankheitsbild charakteristische Gegensatz zwischen genauer Wahrnehmung der Umgebung einerseits und völliger Unfähigkeit, adäquat auf diese einzugehen, andererseits, trete hier noch einmal deutlich hervor.

Weiterhin beobachtete Kraepelin bei den Kranken ein recht gut erhaltenes Gedächtnis mit oft einwandfrei erhaltener Merkfähigkeit. Selbst ganz teilnahmslos erscheinende Patienten seien sehr gut dazu in der Lage, sich Namen oder Zahlen zum Teil sogar wochenlang zu merken und korrekt wiederzugeben. In von Negativismus oder Stupor geprägten Zeiten leide allerdings auch diese Fertigkeit.

Im Verlaufe der Krankheit, so Kraepelin, leide der Gedankengang der Patienten auf beachtliche Weise: Es komme zu einer Zerfahrenheit des Denkens, die sich auf verschiedene Arten manifestieren könne. In leichteren Fällen zeige sich diese in erhöhter Ablenkbarkeit und Sprunghaftigkeit, während der Psychiater in schwereren Fällen eine völlige Sprachverwirrtheit vorfinde. So sprächen die Patienten in Sätzen vollkommen sinnlosen und zusammenhangslosen Inhalts.

Des Weiteren beschrieb Kraepelin bei solchen Patienten eine gewisse Sprachstereotypie, die sich in der Neigung zu Reimen und Wortspielereien mit zusammenhangslosen Wiederholungen zeige.

Die Urteilsfähigkeit der Kranken bezeichnete Kraepelin als ausnahmslos schwer geschädigt. Dies machte er daran fest, dass die Patienten sich zwar in gewohnter Umgebung zum Teil relativ geordnet benehmen könnten, in ungewohnten, neuen Situationen allerdings regelmäßig versagten. Sie seien dann nicht in der Lage, die Situation zu überblicken und machten sich daraufhin ihre eigene, falsche Vorstellung davon, was um sie herum vorgehe. Als weiteres Beispiel für diese gestörte Urteilsfähigkeit führte er auf, dass den Patienten ein tieferes Verständnis für ihre Erkrankung fehle, obgleich häufig eine gewisse Vorstellung darüber bestehe, dass ihr Gesundheitszustand krankhaft verändert sei.

Weiterhin beschrieb Kraepelin Wahnvorstellungen als Grundsymptom der Dementia praecox. Diese entwickelten sich recht häufig und prägten damit das Krankheitsbild nachhaltig. Ihr Inhalt sei zunächst meist traurig und enthalte vor allem hypochondrische, Versündigungs- und Verfolgungsideen. Später tauchten zunehmend Größenideen auf, die oft ganz in den Vordergrund träten. Die Wahnvorstellungen seien meist sinnloser, zusammenhangsloser Art und wechselten häufig ihren Inhalt. Kraepelin beobachtete in der großen Mehrzahl der Fälle im weiteren Krankheitsverlauf eine Rückläufigkeit dieser Wahnideen.

Als für die Dementia praecox äußerst bezeichnend beschrieb Kraepelin eine so genannte „gemüthliche Verblödung“²⁷⁷. Diese Störung des Gemüthslebens beginne in der Regel mit trauriger oder ängstlich-erregter Verstimmung, seltener auch mit ausgelassener Heiterkeit. Ein solcher Zustand gehe dann in die völlige Verblödung des Gemüths über,

²⁷⁷ Kraepelin (1899), Kapitel 5, S. 142.

die sich folgendermaßen manifestieren könne: Es entwickle sich ein Zustand völliger Gleichgültigkeit gegenüber emotionalen Beziehungen. Die Kranken seien nicht mehr in der Lage, Zuneigung für Angehörige oder Freunde zu empfinden und auszudrücken. Sie verlören Freude und Befriedigung am Beruf und an Freizeitaktivitäten. Auch gegenüber eigenen Gefühlen finde man bei den Patienten bald eine vollkommene Stumpfheit. Es sei ihnen nicht mehr möglich, Trauer, Wut, Freude oder Liebe zu empfinden. Dieser Zustand gemüthlicher Stumpfheit könne phasenweise auch ersetzt werden durch eine grund- und gegenstandslose Ausgelassenheit. Beispielhaft beschrieb Kraepelin das Phänomen des gestörten Gemüts anhand verschiedener Alltagssituationen: Die Patienten empfingen z.B. ihre Angehörigen groß- und emotionslos, durchstöberten einzig deren mitgebrachte Essenskörbe, da eine gewisse Anziehungskraft zum Essen recht lange erhalten bleibe. Die Tatsache, dass viele solche Patienten längere Zeit in unbequemen Stellungen verharren konnten, stellte für Kraepelin ein Indiz dafür dar, dass diese Patienten auch gegenüber körperlichem Unbehagen abzustumpfen schienen. Der Endzustand des Krankheitsbildes werde von vollkommener Gleichgültigkeit geprägt, wobei zeitweise eine gewisse Reizbarkeit vorhanden sein könne.

Charakteristischerweise sei bei der *Dementia praecox* auch eine Störung des Benehmens und Handelns vorhanden. Grundlage für derartige Störungen bildete für den Arzt selbst eine Herabsetzung der Willensantriebe bei den Patienten. Den Kranken komme jeder eigene Antrieb zum Handeln und zur Betätigung gänzlich abhanden. Dies äußere sich darin, dass die Kranken nur noch müßig herumsäßen, nichts mehr mit sich anzufangen wüssten und ihre Pflichten vernachlässigten. Kraepelin teilte diese Antriebsstörung in zwei Grundformen ein: Erregung und Stupor. Erregung habe in diesem Zusammenhang nicht etwa mit gesteigertem Willensantrieb zu tun, sondern sei vielmehr nur eine motorische Erregung. Die Bewegungen seien also keineswegs zielgerichtet, sondern völlig planlos auftauchende Impulse, die Entäußerungen innerer Spannungen darstellten. Kraepelin beobachtete, dass Handlungen, die im Rahmen solcher Erregungszustände ausgeführt wurden, in der Regel mit großer Gewalt und oft blitzartig schnell abliefen. Irgendeine Einsicht in die Beweggründe für ihr Handeln fehle den Patienten regelmäßig. Das andere Extrem der Unfähigkeit, auftauchende Antriebe zu unterdrücken, bezeichnete Kraepelin als Stupor. Unter diesem Begriff verstand er einen Zustand der Willenssperrung, in dem jeder Antrieb durch einen stärkeren Antrieb von entgegengesetzter

Richtung ausgelöscht werde. Auf diese Weise entstehe das Symptom des Negativismus, worunter Kraepelin den zähen Widerstand gegen jede Lageveränderung, Nahrungsaufnahme, Zurückhaltung von Exkrementen und ähnliches verstand.

Als weiteres Grundsymptom seiner Patienten mit *Dementia praecox* beschrieb Kraepelin Bewegungs- und Haltungstereotypien. Diese stellten seiner Auffassung nach immer wiederkehrende Antriebe dar, zu denen sich auch Verbigeration [...] und die so genannten "Manieren" (heute: Manierismen) zählen ließen. Das Wesen dieser Stereotypien ins Krankhafte verändere die Abläufe normaler Handlungen. Somit würden alltäglichen Handlungen wie dem Ankleiden, dem Essen, dem Gehen und so weiter immer wiederkehrende Nebenantriebe beigemischt.

Oft trete außerdem das Symptom der Befehlsautomatie im Rahmen der *Dementia praecox* auf. Unter diesem Begriff verstand Kraepelin die erhöhte Lenksamkeit und Beeinflussbarkeit der Kranken. Er belegte dies unter anderem mit der Beobachtung, dass an *Dementia praecox* Erkrankte sich willig in einförmige Tagesabläufe fügten. Oft beobachtete er in diesem Zusammenhang auch Zeichen von Echopraxie und Echolalie.

Auch auf dem Gebiet körperlicher Beschwerden konnte Kraepelin bei den Kranken einige häufig vorhandene Besonderheiten feststellen. So litten viele von ihnen an so genannten Anfällen, unter denen Kraepelin Ohnmachten, epileptiforme und hysteriforme Krämpfe und Lähmungen, sowie andauernde choreaartige Bewegungen verstand. Oft fand er bei diesen Kranken auch gesteigerte Sehnenreflexe, auffallend weite Pupillen, vasomotorische Störungen, vermehrte Speichelsekretion sowie diffuse Vergrößerungen der Schilddrüse. Der Schlaf sei bei vielen Erkrankten gestört, die Nahrungsaufnahme unterliege oft großen Schwankungen. Dabei neigten die meisten der Patienten im Beginn der Erkrankung zur Gewichtsabnahme durch Nahrungsverweigerung, wohingegen sie später aufgrund einer Art Fressgier eher an Gewicht zunähmen, sodass die meisten ein gedunsenes, wohlgenährtes Aussehen hätten.

Einteilung der *Dementia praecox*

Aufgrund der vielen Übergänge der einzelnen Formen der *Dementia praecox* untereinander fiel es Kraepelin schwer, eine Einteilung in verschiedene Unterformen vorzunehmen. Der Übersichtlichkeit wegen wagte er dennoch den Versuch einer genaueren

Gruppierung. Insgesamt definierte er dazu drei verschiedene Formen: die hebephrenen, die katatonen und die paranoiden Formen.

Hebephrene Formen

Als Hebephrenie fasste Kraepelin all diejenigen Formen der Dementia praecox, „bei denen sich allmählich oder unter den Erscheinungen einer subacuten, seltener acuten Geistesstörung ein einfacher, mehr oder weniger hochgradiger geistiger Schwächezustand herausbildet“.²⁷⁸

Der Beginn dieser Erkrankung war seinen Beobachtungen nach in der Mehrzahl der Fälle ein schleichender. Infolge dessen gerieten viele der Kranken niemals in ärztliche Behandlung, da man ihren Zustand als Ergebnis einer ungünstigen Entwicklung fehl interpretierte. Die ersten Krankheitszeichen seien geprägt von somatischen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit oder Schwindelgefühl, sowie von einer allmählich sich vollziehenden Änderung im Wesen des Kranken. Kraepelin beschrieb einige der Patienten mit beginnender Hebephrenie als zunehmend still, in sich gekehrt und wortkarg. Zeitweise seien die Erkrankten auch immer reizbarer oder gar grundlos heiter und ausgelassen. Ihren Pflichten kämen solche Patienten nicht mehr nach, und sie würden zunehmend teilnahmsloser. Bei Frauen beobachtete Kraepelin leichte Erregungszustände während der Menses. In selteneren Fällen könne die Krankheit auch mit einer traurigen Verstimmung beginnen. Solche Patienten trügen sich zum Teil auch mit Todes- und Selbstmordgedanken.

Auf diese einleitenden Erscheinungen folgten bald Sinnestäuschungen in Form von optischen, akustischen, taktilen und olfaktorischen Halluzinationen. Viele Patienten äußerten die Befürchtung, ihre Gedanken könnten von anderen gehört werden. Wahnvorstellungen beschrieb Kraepelin ebenfalls als ein bei Hebephrenie auftauchendes Symptom. Diese seien bei dem Krankheitsbild sogar sehr ausgeprägt. Der Inhalt dieser Ideen sei zunächst meist trauriger Art und manifestiere sich hauptsächlich als Schuld- und Versündigungswahn. Die Patienten hielten sich zum Beispiel für Mörder und Vaterlandsverräter. Kraepelin beschrieb hierbei außerdem Patienten, die sich beeinflusst, misshandelt und entehrt fühlten. Im späteren Verlauf hingegen dominierten vor allem Größenideen das Krankheitsbild. Die Patienten glaubten, sie seien sehr reich, hätten

²⁷⁸ Kraepelin (1899), Kapitel 5, Seite 149.

geerbt, stammten vom Kaiser ab oder ähnliches. Diese Wahnideen entstammten entweder Träumen der Kranken, oder aber sie seien gänzlich in deren Phantasie entstanden. Allerdings stellte der Arzt fest, dass diese Größenideen mit der Zeit stets wieder in den Hintergrund traten, häufiger wechselten, um schließlich ganz zu verschwinden oder als vereinzelte zusammenhanglose Reste zurückzubleiben.

Ein Bewusstsein für die Krankheit konnte Kraepelin bei vielen solcher Patienten finden. Dieses Krankheitsverständnis sei allerdings meist ein krankhaft verfälschtes: Die Patienten seien zwar in der Lage zu merken, dass sie nicht gesund seien, zögen zur Erklärung ihres Zustandes aber ihre eigenen von Wahn und Sinnestäuschungen geprägten Gedanken heran. So glaubten manche der Kranken beispielsweise, dass sie an Gehirn-erweichung litten oder dass ihre Gedanken fortgeflossen seien.

Im Hinblick auf den Zustand von Orientierung und Gedächtnis unterschied Kraepelin die subakute von der akuten Form der Hebephrenie. Während an der subakuten Form leidende Patienten weiterhin orientiert und geordnet erschienen, bemerkte er bei den an der akuten Form Leidenden eine zeitweise Unklarheit und Verwirrtheit der Gedanken. Gedächtnis und Merkfähigkeit seien in beiden Fällen gut erhalten, jedoch machten die Kranken davon wenig Gebrauch, da sie zunehmend ihre geistige Regsamkeit verlören. Bemerkenswert fand Kraepelin des Weiteren einen gewissen Verfall des Verstandes, der sich oft erst darin zeige, dass neue, unbekannte Situationen nicht gemeistert werden könnten. Im Gegensatz dazu sei das Verhalten dieser Patienten, im gewohnten Umfeld belassen, zumeist recht unauffällig.

Als weitere Auffälligkeit konnte Kraepelin ein Umschwenken der Grundstimmung in Stumpfheit und Gleichgültigkeit erkennen. Zeitweise sei diese Gleichgültigkeit von plötzlich auftretenden Stimmungsschwankungen unterbrochen, die meist ängstlich-verzagt und reizbar gefärbt oder aber von gehobenem Selbstwertgefühl und ausgelassener Heiterkeit gekennzeichnet seien. Auch kämen religiöse und geschlechtliche Gefühle hinzu. Diese Gefühlsbetonungen träten mit zunehmender Krankheitsdauer mehr und mehr in den Hintergrund. Die Patienten trügen dann ihre Wahninhalte emotions- und teilnahmslos vor.

Das Handeln solcher Kranken beschrieb Kraepelin als entweder träge und schwerfällig oder aber von eigentümlich läppischer Natur. Die Handlungen seien oft unbegreiflich

und sinnlos. Er führte als Beispiel dafür einen kranken Lehrer an, der anstatt Unterricht zu halten mit den Kindern gespielt habe. Eigentümlichkeiten im Handeln wie Gesichterschneiden oder Manieren beim Essen konnten ebenfalls häufiger beobachtet werden. Der Wille sei unbeständig, und infolgedessen beobachte man bei diesen Patienten eine Vernachlässigung ihres Äußeren sowie ihrer Pflichten. Die Tatsache, dass ihr Wesen wechselhaft würde und ihr Leben unregelmäßig, sei der Grund dafür, weshalb man an ihrer Art überall Anstoß nähme. So komme es, dass viele von ihnen ständig die Stellung wechselten und in schlechte Gesellschaft gerieten, bevor letztendlich die Krankhaftigkeit ihres Zustandes erkannt würde.

Auch bei der Hebephrenie trete als kennzeichnendes Symptom der *Dementia praecox* gegenstandsloses Lachen auf. Es lägen diesem Lachen aber keine freudigen Emotionen zugrunde, vielmehr handele es sich hierbei um einen zwangsmäßigen Impuls. Im Bereich der sprachlichen Äußerungen konnte Kraepelin für die Hebephrenie ebenfalls einige Besonderheiten finden. So beschrieb er die Redensweise seiner Patienten als gekünstelt und geziert. Sie hätten eine Neigung zu Reimereien, zu mundartlichen Ausdrücken und Moderedensarten. Viele suchten absichtlich zu lispeln oder Wörter zu verdrehen. Diese Eigenheiten seien oftmals auch in Schriftstücken der Patienten festgehalten. Die Schrift sei in der Regel verschnörkelt und unregelmäßig und vom Inhalt her vollkommen zusammenhangslos. Sehr häufig beobachtete Kraepelin Erregungszustände, die mit läppischer Ausgelassenheit oder aber auch mit Verworrenheit und triebartiger motorischer Erregung einhergehen könnten. Auf dem körperlichen Gebiet fand Kraepelin, dass die Nahrungsaufnahme meist unregelmäßig, und das Körpergewicht zunächst eher zu niedrig, dann wiederum eher zu hoch sei. Der Schlaf sei bei vielen gestört. Weitere somatische Auffälligkeiten wie Pupillendifferenzen und Reflexsteigerungen entsprächen den allgemeinen Veränderungen bei *Dementia praecox* (siehe Kapitel 5.1.1)

Den Ausgang der Krankheit bilde laut Kraepelin stets der Schwachsinn. Er stellte fest, dass ungefähr 75 % seiner hebephrenen Patienten in höheren Graden der Verblödung endeten. Diese seien stumpf, völlig teilnahms- und willenlos und verhielten sich der Umgebung gegenüber vollkommen passiv. Kraepelin verglich ihren Geist in diesem

Stadium recht treffend mit einem „verwüsteten Acker“²⁷⁹ anstatt mit einem unbestellten oder unfruchtbaren. In diesem Vergleich kommt ganz gut zum Ausdruck, dass es sich bei der Dementia praecox eben um einen degenerativen Prozess handle, und nicht um einen angeborenen Schwachsinnzustand. In 17 % der Fälle, so fand Kraepelin heraus, war der finale Schwachsinn weit weniger ausgeprägt. Solche Patienten bewahrten ihre äußere Haltung und blieben orientiert. Als Überbleibsel der durchlebten Krankheit zeigten sich eine gewisse erhaltene Reizbarkeit, zeitweise auftretende Erregungszustände, sowie eine erhebliche Zerfahrenheit. Eine Rückkehr in selbständiges Leben sei in der Regel nicht möglich. In lediglich 8 % der ihm bekannten Fälle konnte Kraepelin einen vorübergehend vollständigen Rückgang der hebephrenen Symptomatik erkennen. In Anbetracht der hohen Rezidivrate der Erkrankung könne man aber selbst bei dieser Patientengruppe nur unter Vorbehalt von Genesung sprechen.

Katatonische Formen

Bei der Katatonie handelte es sich laut Kraepelin „um das Auftreten eigenthümlicher, meist in Schwachsinn ausgehender Zustände von Stupor oder Erregung mit den Erscheinungen des Negativismus, der Stereotypie und der Suggestibilität in Ausdrucksbewegungen und Handlungen“²⁸⁰.

Der Beginn dieser Form der Dementia praecox vollziehe sich, wie Kraepelin fand, meist subakut mit depressiver Verstimmung, einhergehend mit einer depressiv geprägten somatischen Symptomatik wie Appetit- und Schlaflosigkeit. Diese unspezifischen Vorboten der Erkrankung könnten je nach Fall über Wochen oder Jahre vorhanden sein.

Stets fand Kraepelin bei Ausbruch der Krankheit Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Die Sinnestäuschungen seien akustischer, optischer, olfaktorischer und taktiler Art. Auch Gedankenausbreitung sei hier ein verbreitetes Symptom. Bei den Wahnvorstellungen handele es sich, so Kraepelin, zunächst um einen Versündigungswahn, im Rahmen dessen die Patienten sich an allem Schuld glaubten. So seien viele von ihnen der Überzeugung, alle ins Unglück zu bringen, für die Sünden der Welt sterben zu müssen oder die Religion zerstört zu haben. Auch fühlten sich die Kranken von „wüsten

²⁷⁹ Kraepelin (1899), Kapitel 5, Seite 156.

²⁸⁰ Kraepelin (1899), Kapitel 5, Seite 160.

Gedanken²⁸¹ beherrscht. Sie fühlten sich fremdbestimmt, ihrer Eingeweide beraubt, Frauen oft entehrt. An späterer Stelle gesellten sich gewöhnlich Größenideen hinzu, die den Kranken in der Vorstellung leben ließen, sehr reich oder berühmt zu sein. Kraepelin konstatierte bei solchen Kranken außerdem oft ein leicht getrübtetes Bewusstsein. Auffassungsgabe und Orientierung seien nicht vollständig vorhanden. Auch sei der Gedankengang zerfahren und zusammenhangslos. Merkfähigkeit und Erinnerung seien zumeist unbeeinträchtigt, wobei letztere hie und da von Erinnerungsfälschungen beeinträchtigt sein könnte.

In Bezug auf die Stimmung bemerkte Kraepelin, dass diese vor allem von trauriger bis reizbarer Gestalt sei, immer wieder jedoch unterbrochen von unvermittelter Heiterkeit. Diese Intervalle seien dann oft begleitet von lebhafter geschlechtlicher Erregung und Masturbation. Das Handeln und Benehmen der Patienten sei laut Kraepelin dergestalt, dass die Kranken zunehmend tatenlos würden, sich vernachlässigten und öfter grundlos lachten.

Nach diesem ersten der Hebephrenie ähnlichen Abschnitt der Krankheit träten dann die eigentlich für die Katatonie charakteristischen Symptome auf, und zwar der katatonische Stupor und die katatonische Erregung. Kennzeichnend für die Katatonie sei, dass diese beiden Zustände einander recht unvermittelt ablösen könnten. Bei etwa einem Drittel seiner Patienten beobachtete der Arzt sogar ein Auftreten dieser Symptome ohne Vorboten aus völliger Gesundheit heraus. Im Folgenden sollen die beiden Grundsymptome, der Stupor und die Erregung, einzeln abgehandelt werden:

Der Stupor werde hauptsächlich zum einen durch den Negativismus, zum anderen durch die Befehlsautomatie dominiert. Um diese beiden Symptome etwas zu veranschaulichen, hierzu einige von Kraepelin geschilderte Beispiele. Zunächst zum Negativismus: „Sie blicken nicht mehr auf, wenn man mit ihnen spricht, [...]. Jeder Versuch des Eingreifens in Haltung oder Bewegung der Kranken begegnet zeitweise hartnäckigem und unüberwindlichem Widerstande. Den psychischen Ursprung [...] erkennt man am besten in den seltenen Fällen, in welchen die Kranken auch auf sprachliche Beeinflussungen in der gleichen Weise antworten. Es ist dann nicht nur möglich, den Kranken dadurch zum Vorwärtsgen zu veranlassen, dass man ihn scheinbar zurückdrängt und umgekehrt,

²⁸¹ Kraepelin (1899), Kapitel 5, Seite 161.

sondern er [...] steht still, sobald man ihn gehen heisst und ähnliches.“²⁸² Das Symptom der Befehlsautomatie hingegen beschrieb Kraepelin folgendermaßen: „[...] die sonst stummen Kranken singen auf Befehl einmal mit feiner Stimme ein bekanntes Lied.“⁸ Als weitere dem Negativismus zugehörige Erscheinungen beschrieb Kraepelin darüber hinaus die bei den Patienten häufige Nahrungsverweigerung, sowie deren Unreinlichkeit in Bezug auf Urin, Kot und Speichel. Außerdem konnte er bei den Kranken eine ungewöhnliche Einförmigkeit der Körperhaltung und Muskelspannung feststellen, die er ursächlich ebenfalls auf den Negativismus zurückführte. Im Rahmen dieser Erscheinung beobachtete der Psychiater, dass viele seiner Patienten wochen- bis monatelang in derselben oft äußerst eigentümlichen Stellung verharrten, manchmal so lange, bis der Körper wund wurde. So beschrieb Kraepelin einen Patienten, der jahrelang auf derselben Stelle kniete, bis er eine Gelenkentzündung entwickelte und man ihn gewaltsam zur Aufgabe der Stellung zwingen musste. Auch im Gangbild der Patienten machten sich laut Kraepelin einige Eigentümlichkeiten bemerkbar. So pflegten einige von ihnen mit gestreckten Knien zu laufen, andere auf den Zehenspitzen oder dem äußeren Fußrand. Als weiteres im Rahmen des Stupors auftretendes Symptom beschrieb Kraepelin einen dem Negativismus völlig gegensätzlich erscheinenden Zustand: die Katalepsie. Hierbei handele es sich um einen Zustand erhöhter Beeinflussbarkeit, der sich unter anderem mit den Symptomen Echolalie und Echopraxie äußere. Die Kranken wiederholten mechanisch Reden, die entweder an sie oder andere gerichtet worden seien. Außerdem ahmten sie zum Teil stundenlang Gebärden ihrer Mitmenschen nach.

Die Krankheitserscheinung der katatonischen Erregung sei in Abgrenzung zum Stupor besonders durch das Auftreten zahlreicher Triebhandlungen und Bewegungsstereotypen gekennzeichnet. Wie schon erwähnt, wechselten diese Erregungszustände zumeist recht plötzlich mit zuvor stuporösen Zuständen. Eine solche Erregung manifestiere sich so, dass die Patienten zum einen plötzlich von großem Bewegungsdrang befallen schienen, zum anderen aber eigentümliche speziell bei der Katatonie auftretende Bewegungen ausführten. Diese seien meist dergestalt, dass die Patienten plötzlich am ganzen Körper erstarrten, zu Boden sanken und die Augen verdrehten, Kopf und Arme rotierten, sich schaukelten und wiegten oder mit den Fäusten schlugen. Hierbei fühlte sich

²⁸² Kraepelin (1899), Kapitel 5, Seite 164.

Kraepelin insbesondere an Äußerungen hysterischer Störungen erinnert. Der oben genannte Bewegungsdrang sei meist mit großer Unruhe verbunden und äußere sich in Bewegungen, die keinem bestimmten Zweck dienen und die von den Kranken in einförmiger Weise stundenlang fortsetzbar seien. Allerdings seien diese einförmigen Bewegungen zeitweise von merkwürdigen Antrieben unterbrochen. So berichtete Kraepelin von einem Patienten, der plötzlich in die Uhrkette des Arztes gebissen habe. Ein anderer schleppte seine Matratze stundenlang im Kreis, um sie an einer bestimmten Stelle jedes Mal gegen die Wand zu klopfen. All diese beschriebenen Handlungen würden mit großer Kraft und Rücksichtslosigkeit durchgeführt, sodass es häufig zu Verletzungen komme. Als ein weiteres für die Erregung charakteristisches Symptom erwähnte Kraepelin die Unsauberkeit der Kranken vor allem in Bezug auf die eigenen Exkremente, sowie den schamlosen Umgang mit sexueller Erregung. Infolge dessen komme es gehäuft zu öffentlicher Masturbation oder zum Greifen an die Geschlechtsteile anderer. Außerdem kennzeichnend für die Katatonie seien die von den Kranken ausgeführten merkwürdigen Ausdrucksbewegungen. Er nannte dazu allerlei bizarre Gebärden, Gesichterschneiden, sinnloses Kopfschütteln und Nicken, unbändiges Lachen und ähnliches. Er beobachtete überdies eine eigenartige Zerfahrenheit in der Redensweise der Patienten, sowie vielfältige Wortneubildungen und Wiederholungen einzelner Ausdrücke. Ähnlich wie im Stupor trete auch in der Erregung das Symptom der Verbigeration auf. Hierunter verstand der Arzt die Neigung der Kranken zur Stereotypie und zur Wiederholung. Es zeige sich diese Erscheinung in Form von stundenlangem Aufsagen der gleichen, meist sinnlosen Phrasen, sowie in den endlos wiederholten Schnörkeln, Zahlen und Wörtern in den Schriftstücken der Patienten.

Insgesamt sah Kraepelin den katatonischen Stupor und die katatonische Erregung als einander nahe verwandte Zustände, die entweder im unmittelbaren Wechsel oder aber auch gesondert voneinander auftreten, wobei der Ausprägungsgrad je nach Patient ein jeweils ganz unterschiedlicher sein könne. Einmal abgesehen von diesen beiden Grundsymptomen gab es, laut Kraepelin, noch einige weitere, für die Katatonie charakteristische Krankheitszeichen. Zunächst nannte der Arzt in diesem Zusammenhang den Zustand eines dauernd leicht getrübtens Bewusstseins. So seien die Patienten zwar noch in der Lage, äußere Eindrücke richtig wahrzunehmen, jedoch seien sie unfähig, diese weiter zu verarbeiten. So komme es dazu, dass die meisten von ihnen keine rechte Vorstel-

lung von ihrer Lage hätten und Personen in ihrer Umgebung vielfach verkannten, während sie im nächsten Augenblick beispielsweise den Namen der Wärterin richtig nennen könnten.

In Bezug auf die Krankheitseinsicht stellte Kraepelin fest, dass eine solche bei den meisten der Patienten durchaus vorhanden sei, wobei ein tieferes Verständnis für die Erkrankung in der Regel fehle. Als Beispiel hierfür gab er einen Fall an, in dem ein Patient seine Krankheit als „Dummheit“²⁸³ bezeichnete. Als Grund für sein zwangsmäßiges Handeln konnte er jedoch nur angeben, er müsse diese Dinge tun, weil „man“⁹ es von ihm verlangte. Abgesehen von einer sonderbaren Gleichgültigkeit und dem häufigen Wechsel von weinerlicher Gereiztheit zu heiterer Ausgelassenheit weise die Stimmung der Kranken keine weiteren Besonderheiten auf.

Was den Ausgang der Katatonie betrifft, musste Kraepelin auch bei dieser Form der Dementia praecox vermerken, dass die Mehrzahl der Patienten (nach eigenen Angaben nämlich 59 %), in einem erheblichen Grad psychischer Schwäche endete und in einem Zustand stumpfer, willenloser Gleichgültigkeit dahindämmerte. Lediglich erhaltene Reste früherer Fertigkeiten wie beispielsweise die Fähigkeit Schach zu spielen zeugten dann noch von früherer geistiger Stärke. Während ein Teil der so endenden Kranken sich zunehmend in gereizter Stimmung zurückziehe, verblieben andere in lebhafter, zerfahrener Unruhe. Vor allem letztere Patienten entwickelten Kraepelins Beobachtungen zufolge häufiger Manierismen, die seiner Meinung nach eine Weiterentwicklung der früheren Stereotypen darstellten. Er verstand darunter das Auftreten eigentümlicher Stellungen und automatenhafter Bewegungen und nannte als Beispiel hierfür das Gehen auf einem Strich oder das Auszupfen von Haaren, Zähneknirschen oder Augenrollen. Des Weiteren träten bei diesen Patienten Sonderbarkeiten in der Wahl von Frisuren, Kleidungsstücken oder beim Essen auf. Es zeige sich auch eine gewisse Sprachverwirrtheit, die sich in geschraubten Redensweisen oder der Bildung von Neologismen bis hin zur Produktion eines regelrechten Wortsalates äußere. Weit verbreitet bei den sogenannten „verblödeten Katatonikern“²⁸⁴ seien zeitweise Erregungen von jeweils nur kurzer Dauer. Bis dahin ruhige, fügsame Kranke seien dazu in der Lage, plötzlich in

²⁸³ Kraepelin (1899), 5. Kapitel, Seite 174.

²⁸⁴ Kraepelin (1899), Kapitel 5, Seite 177.

wirres Schimpfen auszubrechen, Fensterscheiben einzuschlagen oder einen Selbstmordversuch zu unternehmen.

27 % seiner an Katatonie erkrankten Patienten bezeichnete Kraepelin als im Endzustand nur bis zu einem gewissen Grad, jedoch nicht völlig verblödet. Diese Kranken zeichneten sich dadurch aus, dass sie, nach Rückbildung der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, in ihre häusliche Umgebung zurückzukehren fähig seien. Jedoch sei eine tiefgreifende geistige Veränderung auch bei dieser Patientengruppe noch spürbar vorhanden. So seien die meisten von ihnen vergesslicher, urteilsschwächer, unselbständiger und stumpfer geworden. Zeitweise auftretende Erregungszustände und Manieren seien ebenfalls keine Seltenheit.

Nur in 13 % aller Fälle sprach Kraepelin von einem Ausgang der Erkrankung in einen Zustand, der einer Heilung vergleichbar sei. Gekennzeichnet sei dieser dadurch, dass die ehemals Kranken wieder in der Lage seien, ihre frühere Stellung im Leben einzunehmen. Minimale Überbleibsel der Erkrankung könnten meist jedoch noch immer im Wesen dieser Menschen gefunden werden. Es seien dies beispielsweise verschrobene Ansichten über die durchgemachte Krankheit, gezwungene Bewegungen oder ein stilles Wesen. Von einer tatsächlichen Heilung auszugehen fiel Kraepelin in diesem Stadium allerdings noch schwer, da die Katatonie eine oft rezidivierend verlaufende Erkrankung sei, bei der selbst nach vielen Jahren Rückfälle auftreten könnten.

Als eine letzte Verlaufsmöglichkeit der Katatonie erwähnte Kraepelin den Tod der Patienten. Besonders die verblödeten Endzustände der Katatonie seien von dieser Verlaufsform betroffen, wobei der Tod durch Erschöpfung oder als Folge von Verletzung nach Erregungszuständen, meistens aber durch die Entwicklung einer Tuberkulose bei regungslosen, stuporösen Patienten eintrete.

Die Prognose der Katatonie betreffend, konnte Kraepelin in vielen Fällen plötzlich auftretendes Nachlassen der Krankheit beobachten: die Krankheitserscheinungen seien von einem Moment auf den nächsten weitgehend verschwunden. In den meisten Fällen sei dieses Nachlassen allerdings nur von kurzer Dauer, und die Krankheitszeichen brächen ebenso schnell wieder aus, wie sie verschwunden seien. In 20 % der Fälle aber überdauere es längere Zeit und gleiche hiermit einer Genesung, wobei gewisse Eigentümlichkeiten im Wesen sowie eine unvollkommene Krankheitseinsicht nach wie vor bestehen

blieben. Leider sei es ihm seither nicht gelungen, so Kraepelin, genaue Kriterien für die Prognose jedes Einzelfalles herauszuarbeiten. Die mutmaßlichen Heilungen lediglich als kürzer oder länger dauernde Remissionen ansehend, ging Kraepelin aufgrund seiner Beobachtungen trotz aller Ungewissheit davon aus, dass akut eintretende Störungen in der Regel eher zu Remissionen neigten und insofern gegenüber schleichend begonnenen Störungen von besserer Prognose seien. Auf der Grundlage dieser Theorie zog er schließlich den Schluss, dass katatonische Störungen eher zu Remissionen neigten als hebephrenische, da letztere meist einen subakuten Beginn hätten. Ein weiteres Prognosekriterium war seiner Meinung nach die Anzahl und der Ausprägungsgrad der fortbestehenden Eigentümlichkeiten wie die der gemütlichen Abstumpfung, die der Manieren und Stereotypen sowie die der periodischen unvermittelten Erregungen und Verstimmungen. Allerdings machte Kraepelin deutlich, dass all diese Betrachtungen zur Prognose der Krankheit seither nur Vermutungen aufgrund seiner eigenen Erfahrung seien und durch weitere Beobachtungen gefestigt werden müssten.

Paranoide Formen

Bei den paranoiden Formen handelt es sich laut Kraepelin um Krankheitsbilder, „bei denen neben den Erscheinungen einer rasch sich entwickelnden geistigen Schwäche unter vollkommener Erhaltung der Besonnenheit Wahnvorstellungen und meist auch Sinnestäuschungen viele Jahre hindurch die hervorstechendste Störung bilden.“²⁸⁵ Es sei diese Krankheit bisher aufgrund der persistierenden Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen zur Gruppe der Verrücktheit gezählt worden. Aufgrund der schnellen Verblödung dieser Patienten, sowie deren Neigung zu katatonischen Erscheinungen jedoch tendierte Kraepelin dazu, sie der *Dementia praecox* zuzurechnen.

Der Arzt kannte hierbei zwei Untergruppen der paranoiden Form: die erste Gruppe, die er auch als *Dementia praecox paranoides* bezeichnete, und eine zweite Form, die er früher der *Paranoia* zuzurechnen pflegte. Der Hauptunterschied dieser beiden Untergruppen, die nachfolgend beide näher erläutert werden sollen, besteht in der Art des Verfolgungswahnes: während er bei der ersten Form von zusammenhangslosem Charakter ist, ist er bei der ehemals als *Paranoia* bezeichneten Form systematisierter und vom Inhalt her zusammenhängend.

²⁸⁵ Kraepelin (1899), 5. Kapitel, Seite 182.

Zunächst also zur Dementia praecox paranoides: Wie oben beschrieben, verstand Kraepelin als das Hauptsymptom dieser Erkrankungsform das dauernde Vorhandensein zusammenhangsloser, ständig wechselnder Verfolgungs- und Größenideen mit leichter Erregung. Die Krankheit pflege mit den den übrigen Formen der Dementia praecox ähnlichen Allgemeinerscheinungen wie Kopfschmerzen, Unruhe und leichten Verstimmungen zu beginnen. Auch trete bald eine gewisse Erregung und Verstörung auf, die auf den abenteuerlichsten Vorstellungen basiere. So glaubten manche Patienten, es würde ihnen der Kopf abgeschnitten, der Leib geöffnet oder die Gedärme herausgenommen. Gleichzeitig konnte Kraepelin das Auftreten von Gehörstäuschungen, sowie vereinzelt auch optischen Halluzinationen beobachten, weshalb die Patienten alsbald von einer gewissen Erregung ergriffen würden. Es käme darauf zu folgenschweren Handlungen wie Selbstmordversuchen oder Brandstiftung, wobei die Patienten stets ihre Orientierung bewahrten.

Auf dieses von ängstlicher Verstimmung geprägte Anfangsstadium folge ein deutlicheres Hervortreten der Wahnbildungen mit vorwiegend heiterer Stimmung der Kranken. Es entwickelten sich nun unaufhaltsam die unsinnigsten, blühendsten Größenideen: Die Patienten glaubten sich als „Monarch, Maria Theresia, nach der Weltordnung Kaiserin von Frankfurt, Ideal der Frauenwelt, [...] Präsident von Amerika aus Hamburg, [...] nicht auf natürliche Weise zur Welt gekommen, wurde im Amazonenstrom aufgefischt, aus Blut und Speichel zusammengerieben, [...], besitzt [...] grossartige Ländereien auf der Sonne, auf den Sternen [...]“²⁸⁶ Neben diesen ständig wechselnden Größenideen beobachtete Kraepelin gleichzeitig auftretende Verfolgungsgedanken, die von den Patienten in merkwürdig heiterer bis gleichgültiger Weise vorgebracht oder niedergeschrieben würden. Dem Inhalt dieser Wahnbildungen lägen zum Teil Lesestoff oder Sinnestäuschungen der Kranken zugrunde. Neigung zur Ideenflucht oder Rededrang konnte Kraepelin bei diesen Patienten nicht finden, jedoch sei eine Tendenz zur Wiederholung von Wendungen und Vorstellungen auffällig, sobald die Entstehung der einzelnen Wahnvorstellungen etwas weiter zurück läge. Obwohl jeder Hinweis auf die Unsinnigkeit der Wahnideen von den Kranken empört abgelehnt würde, sei bei den meisten von ihnen durchaus ein Gefühl für die Krankheit vorhanden. So wurde Kraepelin von einem seiner Patienten erzählt, dass es schon sein könne, dass er geisteskrank sei; er wisse nur

²⁸⁶ Kraepelin (1899), 5. Kapitel, Seite 184.

eben so gar nichts mehr von sich. Andere Patienten machten diesbezüglich ähnliche Bemerkungen. Das Bewusstsein dieser Patienten, so beobachtete Kraepelin, sei in den meisten Fällen etwas getrübt. Die Kranken seien zwar oft noch in der Lage, korrekte Angaben zu ihrer Person zu machen oder Angehörige zu erkennen. Fremde jedoch würden häufig mit historischen oder selbst erfundenen Namen belegt oder mit früheren Bekannten identifiziert. Bisweilen auftauchende Erinnerungsfälschungen machte Kraepelin dafür verantwortlich, dass viele der Patienten zeitweise zu Personenverkenntnis neigten. Auch leide der Verstand der Patienten recht bald in beträchtlichem Ausmaß, sodass die Kranken die Fähigkeit zu geistigen Leistungen verlören.

Die Stimmung der Kranken empfand Kraepelin als eine stets gehobene. Die Patienten zeigten sich meist selbstbewusst, hochfahrend, anspruchsvoll und egoistisch. Von Zeit zu Zeit seien sie auch äußerst unruhig und gereizt und neigten dann zum Schimpfen sowie eventuell zu Gewalttaten. Heftige Wutausbrüche konnte er besonders zur Zeit der Menses feststellen. Die Kranken könnten aber auch von ruhigerer, geordneterer Stimmung sein und sich vorwiegend mit mechanischen Tätigkeiten oder dem Verfassen von verschnörkelten, großen Schriftstücken beschäftigen, in denen sie häufig ihre verworrenen Größen- und Verfolgungsideen niederlegten. An körperlichen Auffälligkeiten konnte Kraepelin bei dieser Gruppe von Patienten in der Regel nur wenig finden. Der Appetit sei meist gut, der Schlaf abgesehen von Phasen nächtlicher Unruhe ungestört. In einigen Fällen bemerkte er eine erhöhte vasomotorische Erregbarkeit. Viele der Patienten hätten ein blühendes Aussehen.

Den Endzustand der Dementia paranoides beschrieb Kraepelin als „schwachsinnige Verwirrtheit“²⁸⁷. Die Kranken seien zwar stets besonnen und orientiert, ihre weitschweifigen, unsinnigen Reden aber zeugten von den Resten der ehemaligen Verfolgungs- und Größenideen. Ihre Stimmung sei heiter bis gereizt, ihr Tun vollkommen ziellos. Die Schnelligkeit, mit der es zu diesem Endzustand komme, könne ganz unterschiedlich sein und von wenigen Monaten bis zu mehreren Jahren variieren. Den endgültigen Zusammenbruch der Urteilsfähigkeit kennzeichne laut Kraepelin dabei die Gleichgültigkeit, mit der die Patienten ab einem gewissen Zeitpunkt ihre Wahnvorstel-

²⁸⁷ Kraepelin (1899), Kapitel 5, Seite 188.

lungen vortrügen. In Bezug auf den Verlauf beobachtete der Arzt allerdings oft auch ein schubartiges Auftreten der Krankheitserscheinungen.

Für die zweite Untergruppe der Dementia praecox hatte Kraepelin im Gegensatz zur Dementia praecox paranoides keinen speziellen Namen. Er beschrieb sie lediglich als „paranoia-ähnliche Form“. Hierunter verstand er ein von abenteuerlichen Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen begleitetes Krankheitsbild, welches dadurch gekennzeichnet sei, dass diese „sich in mehr zusammenhängender Weise entwickeln und eine Reihe von Jahren festgehalten werden, um dann entweder wieder zu verschwinden oder völlig verworren zu werden.“²⁸⁸ Über die Zuteilung dieser Krankheitsform zur Dementia praecox war Kraepelin sich zu diesem Zeitpunkt nicht ganz schlüssig, wurde die Erkrankung früher doch zur Gruppe der Paranoia gerechnet. Hierüber könne, so Kraepelin, erst die Zukunft entscheiden.

Auch hier sei die Krankheit am Anfang von einer traurigen Verstimmung mit allmählich sich einstellenden depressiven Wahnvorstellungen geprägt. Es handle sich dabei zum einen um eine Art Versündigungswahn, aufgrund dessen die Kranken sich Vorwürfe über vermeintlich von ihnen begangene Straftaten machten. Zum anderen beschäftigten sie sich viel mit religiösen Dingen wie beten und singen oder gar mit Selbstmordgedanken. Die Kranken würden zunehmend misstrauischer und fühlten sich von ihrer Umgebung verspottet und betrogen. Es folgten dann auch zunächst akustische Halluzinationen, durch welche die Patienten sich verschmäht und bedroht oder um ihre Geschlechtsehre gebracht fühlten. Zusätzlich stellten sich weitere Sinnestäuschungen aller Art ein: die Kranken nähmen nächtliche Bilder sowie eigenartige Gerüche und Geschmäcker wahr. Von nun fände der weitere Ausbau der Wahnideen statt. Kraepelin fand dabei hauptsächlich zwei Arten von Wahn, die sich jeweils in mannigfaltiger Art und Weise ausgestalten könnten. Es waren dies ein physikalischer Verfolgungswahn einerseits und Größenideen andererseits.

Zunächst zur Ausgestaltung des physikalischen Verfolgungswahns: Die Vorstellungen einer körperlichen Beeinflussungen könnten sehr verschieden sein. So deuteten viele Patienten Schmerzen in Leib, Armen oder Beinen als von außen gemacht und damit nicht als auf natürliche Weise entstanden. Kraepelin schrieb dazu in seinem Lehrbuch:

²⁸⁸ Kraepelin (1899), Kapitel 5, Seite 189.

„Ein gelegentliches Bauchgrimmen, [...] macht es [für die Patienten] klar, dass man ihnen Gift in die Speisen gegeben hat.“²⁸⁹ Weit verbreitet bei den Kranken sei auch die Überzeugung, ihre Verfolger bedienten sich aus der Ferne wirkender Hilfsmittel - magnetische Batterien, Hohlspiegel oder gar Zauberei und Hypnotismus, um sie heimzuseuchen. All diese verschiedenen Beeinflussungsmethoden lösten eine Reihe der verschiedenartigsten Empfindungen bei den Kranken aus. So äußerten manche von ihnen das Gefühl, die Haut würde mit Nähnadeln beschossen oder Giftregen besprüht. Wieder andere hatten das Gefühl, einen Magneten im Ohr oder ein Räderwerk in der Brust sitzen zu haben. Häufig traf Kraepelin bei seinen Patienten auch auf die Vorstellung, dass die Verfolger auf unterschiedliche Weise in ihren Gedankengang einzugreifen vermochten. So beschrieben viele der Kranken, dass man ihnen die Gedanken abzöge und sie dadurch für ihre Feinde zu lenkbaren Opfern würden. Weiterhin beobachtete Kraepelin ein Gefühl des Gedankenlautwerdens, verbunden mit der Annahme, der Welt hilflos ausgeliefert zu sein. Es komme auch vor, so Kraepelin, dass die Beeinflussungen erst durch sie herbeigeführte Wirkungen wahrgenommen würden, anstatt dass die Patienten diese unmittelbar bemerkten. Beispielsweise seien diese Patienten der Überzeugung, es seien ihnen über Nacht sämtliche Knochen vertauscht worden oder man habe sie geschwängert.

Als die wohl eigenartigste Ausprägung dieses physikalischen Verfolgungswahnes jedoch betrachtete Kraepelin den so genannten „Bessenheitswahn“²⁹⁰. Der quälende Verfolger sitze hierbei im Körper des Patienten selbst und belästige diesen durch die verschiedenartigsten Einflussnahmen. Es könne in diesen Fällen auch zu einer Art Doppelung der Persönlichkeit des Verfolgers kommen, und zwar indem sich zu der bösen Macht im Körper des Kranken eine wohlwollende hinzugeselle. So komme es beispielsweise zu der unter den Patienten weit verbreiteten Vorstellung, Gott und der Teufel persönlich bekriegten sich in ihrem Körper.

Anschließend an diese Erläuterung des Verfolgungswahnes folgte bei Kraepelin noch eine Darstellung der anderen bedeutenden und meist gleichzeitig bestehenden Wahnform, dem Größenwahn: Diese Größenideen würden zum Teil in Träumen der Kranken manifest. So erscheine ihnen Gott im Traum und führe sie in fremde Länder oder ähnli-

²⁸⁹ Kraepelin (1899), Kapitel 5, Seite 191.

²⁹⁰ Kraepelin (1899), 5.Kapitel, Seite 193.

ches. Häufiger als diese Träume seien laut Kraepelin jedoch die bei klarem Bewusstsein erlebten visionären Erlebnisse der Patienten. Auch hier begegneten sie beispielsweise Gott oder den Engeln, welche ihnen ihre Sünden vergäben oder den Patienten zum ihrem Sohn ernannten. Des Weiteren vernahmen die Patienten eigenartige Wahrnehmungen, die sie selbst als „Gewissensstimmen“²⁹¹ bezeichneten. Auch diese verkündeten dem Patienten seine eigene Großartigkeit, indem sie seine vermeintlichen glorreichen Taten lobten. Auch wirkliche Wahrnehmungen würden nun vom Kranken im Sinne seiner Ideen verarbeitet, und es kämen Erinnerungsfälschungen vor.

Während der gesamten Entwicklung der Wahnbildungen blieben die Patienten bei der Paranoia-ähnlichen Form nach Kraepelins Beobachtungen stets orientiert und geordnet. Auch die Wahnvorstellungen selbst seien zunächst durchaus zusammenhängend und geordnet und erschienen systematisiert. Im späteren Verlauf hingegen zeigten sich zunehmend Zeichen der geistigen Schwäche, in deren Folge auch die Wahnideen zusammenhangloser und unsinniger würden.

Ein gewisses Krankheitsgefühl werde von den Patienten zwar häufig wahrgenommen, sie zeigten jedoch niemals auch nur das geringste Verständnis für die Krankhaftigkeit ihrer Wahnbildungen. Abgesehen von den das Krankheitsbild beherrschenden Wahnbildungen fand Kraepelin für diese Form der paranoiden Dementia praecox weitere Auffälligkeiten: Die Stimmung beschrieb er bei den meisten Patienten am Anfang als niedergeschlagen bis ängstlich-gereizt, mit späterem Übergang in eher gehobene Gefühle, unterbrochen von Reizbarkeit oder lebhaften Angstzuständen. Das Handeln der Kranken würde maßgeblich durch deren Wahnvorstellungen bestimmt. So komme es zu Angriffen, planlosen Reisen, Flucht- oder Selbstmordversuchen. Auch beobachtete Kraepelin bei vielen von ihnen die Entwicklung diverser Abwehrrituale, mit Hilfe derer sie sich vor den Verfolgern zu schützen versuchten. Diese Rituale bestünden zum Beispiel in der Ausführung eigentümlicher Gebärden, Stellungen, Selbstverstümmelung oder in der Wiederholung bestimmter Wörter. Auch die Größenideen nähmen einen gewissen Einfluss auf das Handeln der Patienten. So gäben viele von ihnen die Arbeit auf oder sie kleideten sich auffällig. Das Benehmen der Patienten beschrieb Kraepelin nach einem unauffälligen Anfangsstadium als wunderlich und verschroben, mit allerlei

²⁹¹ Kraepelin (1899), 5. Kapitel, Seite 195.

Manieren, einer geschraubten Sprechweise mit Reimereien und Wortspielereien, sowie stereotypen, verschnörkelten Schriftstücken und Anzeichen von Negativismus.

Kraepelin gliederte den Verlauf der Krankheit in ein von trauriger Verstimmung geprägtes Anfangsstadium, ein Stadium der Ausgestaltung von Verfolgungsgedanken mit anschließender Transformation des Wahnes in Größenvorstellungen und den ersten Anzeichen der psychischen Schwäche, sowie den schließlichen Zerfall der Wahnbildungen. Vorübergehendes Nachlassen, wie es auch bei der Katatonie vorkomme, konnte Kraepelin hier ebenso feststellen.

Im Ausgang des Leidens fand Kraepelin regelmäßig einen Zustand geistiger Schwäche vor, gekennzeichnet durch Verlust der Leistungsfähigkeit, Gedächtnis- und Urteilschwäche sowie gemütliche Stumpfheit. Die Wahnvorstellungen seien entweder vollständig verschwunden, oder aber die Patienten zeigten sich ihnen gegenüber gleichgültig. Am häufigsten jedoch fand Kraepelin im Endstadium einen Zustand „wahnhafter Verworrenheit“²⁹² mit zusammenhangslosen, zerfahrenen Wahnideen, Eigenheiten im Handeln und Benehmen, sowie vollständigem Verlust der äußeren Haltung.

²⁹² Kraepelin (1899), 5. Kapitel, Seite 200.

Ätiologie der Dementia praecox

Das Erkrankungsalter der Dementia praecox war laut Kraepelin bei den meisten der Patienten ein recht junges. So erkrankten nach seinen Beobachtungen 60 % aller an Dementia praecox Leidenden vor dem 25. Lebensjahr. Dabei konnte Kraepelin bei den verschiedenen Formen kleine Unterschiede im Zeitpunkt der Erstmanifestation feststellen: Von den hebephrenen Patienten erkrankten 72 %, bei den katatonischen 68 % und von den paranoiden nicht ganz 40 % in diesen jungen Jahren. Es fällt auf, dass die hebephrenen Erkrankungen somit zu einem ganz erheblichen Teil im jungen Alter begannen. Kraepelin schränkte jedoch die von manchen Psychiatern dieser Zeit vertretene Auffassung ein, es handle sich hierbei um ein Stehenbleiben des Geistes auf einer frühen Entwicklungsstufe. Es fänden sich in dem Krankheitsbild der Hebephrenen zwar viele pubertäre Eigenschaften wie die Neigung zu klingenden Reden, Leichtfertigkeit im Urteil oder unvermittelte Stimmungswechsel. Der Ausgang in tiefen Blödsinn spreche aber eher für eine Degeneration des Geistes als für einen Entwicklungsstillstand.

Was die Verteilung der Geschlechter betrifft, so fand Kraepelin, dass bei der Dementia praecox insgesamt gleich viele Frauen wie Männer betroffen seien. In den einzelnen Unterformen konnte er dann leichte Abweichungen feststellen: Während bei den hebephrenen Formen die Männer mit 64 % den größten Anteil bildeten, seien bei den katatonischen und paranoiden Formen die Frauen mit 58 und 59 % in der Mehrzahl.

Gerade anhand des Überwiegens der Frauen bei den katatonischen Formen meinte Kraepelin einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der weiblichen Fortpflanzung und der Katatonie ableiten zu können. So entwickelte sich bei 24 % der betroffenen Frauen die Katatonie während der Schwangerschaft oder nach Entbindung, bei 18 % der an Katatonie leidenden Frauen bestanden Menstruationsstörungen. Bei der weiteren Untersuchung der Ursachen fand Kraepelin häufiger vorangegangene akute Krankheiten wie Typhus oder Scharlach, wobei bei diesen Patienten in der Regel schon zuvor psychische Auffälligkeiten bestanden hätten. Er fand außerdem heraus, dass Gefangenschaft einen Einfluss auf den Ausbruch paranoider Formen haben könne, erkrankten doch 3 % seiner Patienten während einer solchen Situation. Im Gegensatz dazu schloss er Alkoholmissbrauch als eine mögliche Ursache des Leidens eindeutig aus. Erbliche Veranlagung spielte in 70 % der von ihm beobachteten Fälle und besonders bei den pa-

ranoiden Formen eine Rolle. Bei vielen der Patienten seien von Jugend auf Eigentümlichkeiten im Wesen bekannt, und die Dementia praecox sei des öfteren auch mit körperlichen Missbildungen vergesellschaftet. Die geistige Begabung sei in mehr als der Hälfte der Fälle eine gute gewesen.

Die Tatsache, dass bei der Dementia praecox gesunde Organismen recht unvermittelt gänzlich zu zerfallen schienen, bewegte Kraepelin schließlich zu der Annahme, dass es sich hierbei um einen krankhaften Vorgang im Hirn dieser Menschen handeln müsse. Er glaubte nachweisen zu können, dass es tatsächlich zu pathologischen Veränderungen im Gehirn der Kranken gekommen war und er ging deshalb davon aus, dass es sich dabei um eine Schädigung und den Verlust von Hirnrindenzellen handelte. Als wiederum ursächlich für diese Schädigung zog er eine Art chemische Selbstvergiftung in Erwägung, die mit bestimmten Vorgängen im Bereich der Geschlechtsorgane in Verbindung stehe. Zu dieser Annahme kam er in Anbetracht der engen Beziehung der Krankheit zum Entwicklungsalter und zur Fortpflanzung (Menstruationsstörungen, Schwangerschaft). Damit seien bestimmte Voraussetzungen wie erbliche Veranlagung, Menstruationsstörungen und ähnliches nur für eine herabgesetzte Widerstandsfähigkeit gegen den Ausbruch der Krankheit verantwortlich zu machen.

Differentialdiagnosen

Während es Kraepelin weniger wesentlich erschien, eine genaue Klassifizierung der Dementia praecox in verschiedene Untergruppen vorzunehmen, war die Abgrenzung gegen andere psychiatrische Erkrankungen für ihn von zentraler Wichtigkeit. Die bedeutendsten dieser Differentialdiagnosen sollen im Folgenden kurz abgehandelt werden.

Als erste Differentialdiagnose sei hierbei die Neurasthenie genannt. Für die Abgrenzung neurasthenischer Zustände gegen die Dementia praecox waren für Kraepelin vor allem die hauptsächlich bei der Dementia praecox vorkommenden Sinnestäuschungen, die Befehlsautomatie, der Negativismus und die gemütliche Stumpfheit von Bedeutung.

Da bei der Paralyse des Öfteren auch katatonische Zeichen auftreten könnten, hielt Kraepelin die Abgrenzung dieser von der Dementia praecox für besonders wichtig. Der Unterschied bestehe hier darin, dass die katatonischen Zeichen bei paralytischen Patienten weniger eigenartig ausgeprägt seien, und dass beim Paralytiker Unfähigkeit und Willensschwäche in den Vordergrund träten, während der Katatoniker mehr durch

Schrullenhaftigkeit und Unlenksamkeit auffalle. Ein weiterer großer Unterschied bestehe auf dem Gebiet der Auffassung und Orientierung, die beim Katatoniker im Gegensatz zum Paralytiker lange unbeeinträchtigt seien. Weiterhin sichere natürlich das Auftreten von Pupillen- oder Sprachstörungen die Diagnose Paralyse.

Unter dem Begriff Amentia verstand Kraepelin die so genannten Erschöpfungspsycho- sen, die ebenfalls von der Dementia praecox zu trennen seien. Besonderes unterscheidendes Merkmal sei hier der bei Dementia praecox vorhandene Negativismus und die Stereotypie. Außerdem seien Merkfähigkeit und Orientierung bei der Amentia in größerem Ausmaße gestört, und die Stimmung der Kranken sei, im Gegensatz zur gemüthlichen Stumpfheit bei Dementia praecox, lebhaft, wenn auch oft unvermittelt wechselnd.

Da er bei der Dementia praecox unter anderem auch der Epilepsie ähnliche Dämmerzu- stände beobachtete, war Kraepelin eine genauere Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Erkrankungen wichtig. Hierzu meinte er, dass ein auftauchender Negativismus der Katatonie, und eine stark gestörte Auffassung und Orientierung der Epilepsie zuge- rechnet werden müssten. Auch habe das Handeln der Epileptiker einen triebartigeren Charakter, während das der Katatoniker absonderlich und sinnlos stereotyp wirke.

Besondere Beachtung schenkte Kraepelin außerdem der Unterscheidung zwischen ma- nisch-depressivem Irresein und Dementia praecox. Der Grund für die besondere Be- deutung dieser Differentialdiagnose bestehe darin, dass das Anfangsstadium der De- mentia praecox oft einem depressiven Anfall beim zirkulären Irresein ähnele. Auftre- tende unsinnige Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen sprächen dabei immer für Katatonie. Auch die Stimmung der Patienten weise Unterschiede auf: während der Ka- tatoniker selbst gegenüber seinen Wahnvorstellungen gleichgültig erscheine, so seien bei manisch-depressiven Patienten stets Angst oder gar tiefe Traurigkeit vorhanden. Von großer Bedeutung sei es weiterhin, den Negativismus des Katatonikers gegen die Hemmung beim zirkulär Depressiven zu unterscheiden. Kraepelin fand dazu heraus, dass der Katatoniker einen starren Widerstand erst bei tatsächlichem Versuch der Lage- änderung aufweise, während er einfache und sogar schmerzhaft Berührungen toleriere. Manisch-depressive Patienten hingegen setzten selbst der geringsten Androhung einer Näherung großen Widerstand entgegen. Auch sei das Handeln der Gehemmtten stets langsam, während der Katatoniker, wenn er sich überhaupt bewege, dies schnell tue und

zum Teil Bewegungen bei weiterem Zureden ins Gegenteil verkehre. Die Stimmung sei bei beiden Krankheitsbildern ebenfalls sehr verschieden: hier stehe eine eigentümlich lustige, lebhaft aufmerksame Stimmung sowie zweckvolles übermütiges Handeln der manischen Patienten einer läppischen Heiterkeit und Gleichgültigkeit mit sinnlosen Bewegungsantrieben der Katatoniker gegenüber. Weiterhin spiele die Unterscheidung eines Erregungszustandes bei Dementia praecox von einem manischen Anfall eine wichtige Rolle. Hier sei vor allem auf eine eventuelle Störung von Orientierung, Auffassung und Gedächtnis zu achten, wovon manische Erregungen stets stärker betroffen seien. Die Reden allerdings seien bei Katatonikern im Vergleich zu manischen Patienten unsinnig und mit Zeichen der Verbigeration und Wiederholungen behaftet. Auch schenke der Katatoniker trotz guter Auffassungsgabe seiner Umgebung kaum Aufmerksamkeit, während der Manische zwar nur ungenau wahrzunehmen in der Lage sei, sich dafür aber jeder auftauchenden Veränderung seiner Umgebung zuwenden. Außerdem, so meinte Kraepelin, müssten die unterschiedlichen Arten der Bewegung bei beiden Krankheiten genauer betrachtet werden. Während er bei Katatonikern zwecklose, einförmige Bewegungen und Manieren auf engem Raum beobachtete, fand er bei Manischen einen immer neue Formen annehmenden und einen großen Radius umfassenden Bewegungsdrang.

Bei gelegentlichem Auftreten von Krämpfen sei die Dementia praecox darüber hinaus hysterischen Zuständen ähnlich. Es diene hier zur Unterscheidung die Feststellung von Zerfahrenheit, Urteilslosigkeit, gemüthlicher Stumpfheit, sowie ziellosem, einförmigem Handeln beim Katatoniker gegenüber der Überlegenheit, Launenhaftigkeit, berechnenden Schlaueit sowie planmäßigen Hartnäckigkeit der hysterischen Patienten.

Besonders durch das Auftreten von Wahnbildungen, so Kraepelin, sei schließlich eine Verwechslung der Dementia praecox mit der Paranoia möglich. Aufgrund der zentralen Wichtigkeit der Differentialdiagnose zur Dementia praecox soll das Krankheitsbild der Paranoia, wie Kraepelin es verstand, an dieser Stelle kurz erläutert werden: Der Paranoia-Begriff selbst erfuhr bei Kraepelin im Laufe der Zeit eine immer stärkere Einnengung. Da für vorliegende Dissertation vor allem der Zeitraum bis 1905 von Bedeutung ist, soll bei dieser Abhandlung nur auf die Wandlung des Begriffes bis zur sechsten Auflage von Kraepelins Lehrbuch der Psychiatrie eingegangen werden.

In der zweiten Auflage dieses Lehrbuches (1887) teilte Kraepelin die Gruppe der Psychosen in drei Untergruppen auf – die affektiven Störungen, die „Verrücktheit“ (Paranoia) und den „Wahnsinn“, womit der Krankheitsgruppe Paranoia recht viel Raum blieb. In der vierten Auflage (1893) unterteilte er dann die „wahnbildenden Krankheitsformen“ in zwei große Gruppen. So unterschied er die Krankheiten, bei denen Gedankengang und Urteil durch starke Gemütsbewegungen gestört würden wie bei der manisch-depressiven Erkrankung von denjenigen, bei denen Gedankengang und Urteil durch zerstörende Vorgänge Schaden nähmen, wie dies bei der Dementia praecox der Fall sei. Die Paranoia nehme hierbei eine Mittelstellung zwischen den beiden ein. In der fünften Auflage engte er diesen Begriff jedoch sehr stark ein, was auch in der sechsten und siebten Auflage so beibehalten wurde. Während die Paranoia als eigenständiges Krankheitsbild bestehen blieb, kam dem „Wahnsinn“ jetzt keine eigene Krankheitsgruppe mehr zu, sondern er tauchte nur noch als Unterbegriff bei anderen Krankheitsbildern wie etwa der Melancholie auf. Ein wichtiges differentialdiagnostisches Kriterium zur Dementia praecox sah Kraepelin im recht schnellen Übergang der Erkrankung in einfachen Schwachsinn oder Verworrenheit bei der Dementia praecox im Gegensatz zu Paranoia. Aber auch anhand der Ausgestaltung einzelner Symptome könnten beide Krankheiten auseinander gehalten werden: So komme es bei der Dementia praecox schnell zur Entwicklung von Wahnideen, die mit traurigen oder ängstlichen Verstimmungen und deutlichen Sinnestäuschungen einhergingen. Die Wahnbildungen bei der Paranoia hingegen entwickelten sich allmählich, Sinnestäuschungen hielten sich eher im Hintergrund. Auch der Charakter des Wahns weise bei beiden Erkrankungen große Unterschiede auf: Während es bei der Dementia praecox aufgrund des baldigen geistigen Verfalls zu unsinnigen, verworrenen und ständig wechselnden Wahnbildungen käme, stelle der Wahn bei Paranoia eine krankhafte Deutung wirklicher Ereignisse dar. Der innere Zusammenhang des gesunden wie auch des wahnhaften Denkens bleibe diesen Patienten bis zum Schluss erhalten, und auch der Kern der Wahnideen ändere sich kaum. Im Hinblick auf äußere Haltung und geistige Leistungsfähigkeit bemerkte Kraepelin einen Unterschied darin, dass Patienten mit Dementia praecox dieselben schneller verlören, was sich durch das Auftreten von Manieren und Stereotypien bemerkbar mache. Paranoiker blieben meist leistungsfähig und äußerlich geordnet. Schließlich konnte Kraepelin noch einen Unterschied im Verlauf der Erkrankungen feststellen: Während es

in der Dementia praecox zu einem ständigen unvermittelten Wechsel zwischen ängstlicher oder heiterer Erregung, Stupor und Remissionen käme, sei die Paranoia von gleichmäßigem Verlauf, und ein Nachlassen der Krankheit komme nur in Form schwindender Gefühlsbetonung der Wahnideen vor.

Therapie

Da die Ursachen der Dementia praecox weiterhin ungeklärt seien, sah Kraepelin eine symptomatische Behandlung seiner Patienten als einzige Möglichkeit. Er unterschied hierbei die Behandlung der Stadien vor und nach dem Auftreten akuter Störungen. Ziel der Behandlung akut auftretender Störungen sei vor allem die Verhütung von Unglücksfällen und Selbstmorden. Kraepelin schlug deshalb die Verbringung in eine Anstalt vor. Dort solle für Bettruhe, Überwachung, ausreichend Schlaf und Nahrungsaufnahme gesorgt werden. Im Falle von Erregungszuständen sah er Dauerbäder, speziell bei katatonischer Tobsucht feuchte Wicklungen und bei stuporösen Patienten hauptsächlich Sorge für Reinhaltung und Ernährung vor. Zum Schutz vor Selbstverletzungen seien Polsterbetten oder -zimmer zu verwenden. Nach Rückläufigkeit der akuten Störungen solle die Behandlung dem Erhalt der von der Krankheit unzerstörten Eigenschaften dienen. Dazu sei zunächst die Rückkehr der Patienten in die Familie angebracht, was Kraepelins Erfahrungen nach in vielen Fällen gut gelinge. Die Mehrzahl dieser „geistigen Krüppel und Halbkrüppel“²⁹³ jedoch befände sich in Irren- und Pflegeanstalten, wo vorrangige Therapiemaßnahme die Beschäftigung der Kranken sein müsse, um diese vor dem völligen Stumpfsinn zu bewahren.

²⁹³ Kraepelin (1899), 5. Kapitel, Seite 214.

5.3.2 Einteilungen von der Dementia praecox ähnlichen Symptomenkomplexen durch andere zeitgenössische Psychiater

Kraepelins Konzept, wie es in der sechsten Auflage seines Lehrbuchs entwickelt wird, hat sich zwar innerhalb einiger Jahre seinen Platz in der deutschen Psychiatrie erobert. Will man sich seine Bedeutung jedoch in vollem Ausmaß vor Augen führen, so muss man es gegenüber den Systemen, die es letztlich ablöste, abgrenzen. Ein gutes Maß für die wichtigen Lehrmeinungen der Zeit sind dabei die großen Enzyklopädien, von denen für vorliegende Dissertation besonders die dritte Auflage der Eulenburgschen Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde von Bedeutung war. Darüber hinaus können wichtige zeitgenössische Lehrbücher der Psychiatrie zur Bewältigung dieser Aufgabe herangezogen werden. In diesem Fall wurde dazu einer Ausgabe des Psychiatrielehrbuchs von Richard von Krafft-Ebing aus dem Jahr 1879/1880 besondere Beachtung geschenkt. Anhand dieser beiden Werke (Eulenburgs Realenzyklopädie und Krafft-Ebings Lehrbuch der Psychiatrie) ließ sich nun veranschaulichen, aus welchen früheren Krankheitsbildern Kraepelin schließlich den Symptomenkomplex der Dementia praecox zusammensetzte.

5.3.2.1 Die Krankheitsbilder „Dementia“ und „Paranoia“ in der Realenzyklopädie

Das Stichwort Dementia praecox findet sich in der besagten dritten Auflage der Eulenburgschen Realenzyklopädie nicht. Dagegen sind Artikel über Symptomenkomplexe wie „Dementia“ und „Paranoia“ zu finden. Verfasst wurden diese von einem Arzt namens Emanuel Mendel. Für vorliegende Arbeit wurden diese beiden Artikel besonders daraufhin untersucht, wieweit in ihnen Krankheiten beschrieben wurden, die für Kraepelin zur Dementia praecox gehörten.

Person und Werk Albert Eulenburgs²⁹⁴

Albert Eulenburg, Sohn des ebenfalls berühmten Arztes Moritz Michael Eulenburg, wurde am 10. August 1840 in Berlin geboren. Das Studium der Medizin absolvierte er in Berlin, Bern und Zürich, wo er im Mai 1861 promovierte. Er arbeitete als Privatdozent und Professor in Berlin und Greifswald und errichtete 1882 eine Poliklinik für

²⁹⁴ Alle Informationen hierzu aus BLÄ (1962).

Nervenranke in Berlin. Bei seinem Tod am 3. Juli 1917 hinterließ er einige größere nervenkundliche Arbeiten. Große Verdienste erwarb er sich durch die von ihm herausgegebene „Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde“, deren erste Auflage in den Jahren 1880-1883 bei Urban und Schwarzenberg erschien. Es handelt sich bei dieser Enzyklopädie um den ehrgeizigen Versuch, das gesamte aktuelle Fachwissen der Zeit von kompetenten Wissenschaftlern darstellen zu lassen.

Person und Werk Emanuel Mendels²⁹⁵

Emanuel Ernst Mendel wurde am 28.10.1839 in Bunzlau geboren. Nachdem er mit 16 Jahren die Reifeprüfung abgelegt hatte, begann er sein Studium der Medizin, welches er in Breslau, Wien und Berlin absolvierte. Nach seiner Promotion 1860 in Berlin ließ er sich noch im selben Jahr in Pankow bei Berlin nieder, wo er mehrere Dörfer und Irrenanstalten ärztlich betreute. Als Stabsarzt nahm er in den folgenden Jahren an mehreren Feldzügen teil, wobei er selbst schwere Verletzungen erlitt. Seine Arbeit in den Irrenanstalten veranlasste ihn zu Eröffnung einer eigenen Anstalt in Pankow im November 1868. 1873 habilitierte er sich für Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der Universität Berlin. 1882 begründete er das „Neurologische Centralblatt“. 1884 erhielt er einen Lehrauftrag für Psychiatrie, Nervenkrankheiten und forensische Psychiatrie, woraufhin er im Jahr 1885 die Leitung seiner Anstalt an einen Kollegen abgab. Seine geist- und humorvollen Vorlesungen fanden bei Medizinern, Juristen und Theologen großen Anklang und verliehen ihm einen hohen Beliebtheitsgrad. Mendel starb am 23.6.1907 in Berlin-Pankow. Sein Werk umfasste zahlreiche neurologische, psychiatrische und forensische Schriften. Für Eulenburgs Realenzyklopädie verfasste er mehrere Artikel, unter anderem über „Dementia“ und „Paranoia“.

Der Begriff „Dementia“ in der Realenzyklopädie

Im Artikel „Dementia“ beschrieb Mendel ein Krankheitsbild, das an einigen Stellen Parallelen zu Kraepelins Begriff der Dementia praecox aufweist. Interessant ist die Betrachtung der „Dementia“ in diesem Zusammenhang besonders deshalb, weil Kraepelin die Dementia praecox in seiner fünften Auflage unter dem Überbegriff „Verblödungsprozesse“ einordnete, was eine Art Demenz implizierte. Mendel definierte die „Dementia“ als eine „nach Ablauf der Kinderjahre erworbene Schwäche der geistigen Functio-

²⁹⁵ Kreuter (1996).

nen“.²⁹⁶ Er beschrieb eine bei diesen Patienten auftretende Urteilsschwäche sowie eine zunehmende gemütlliche Abstumpfung mit Neigung zur Gleichgültigkeit. Außerdem sei meist auch eine ausgeprägte Willensschwäche vorhanden. All diese Symptome sind, wie im vorherigen Kapitel erläutert, gleichfalls Hauptmerkmale, die nach Kraepelin die Dementia praecox auszeichnen. Allerdings beschrieb Mendel im Gegensatz zu Kraepelin zusätzlich eine bei diesen Patienten auffällige Schwäche des Gedächtnisses.

Eine Einteilung der „Dementia“ nahm Mendel auf zwei verschiedene Weisen vor: zum einen teilte er sie nach dem Ausprägungsgrad, zum anderen nach der möglichen Ursache ein.

Einteilung der Dementia nach Ausprägungsgrad

Je nach Grad der geistigen Schwäche definierte Mendel drei Formen der „Dementia“, die jeweils ineinander übergehen könnten: Die erste dieser Formen sei der so genannte „Schwachsinn“. Bei dieser eher gering ausgeprägten Form der „Dementia“ komme es weder zu Wahnbildungen noch zu Sinnestäuschungen. Vielmehr zeige sich der krankhafte Zustand bei dieser Form darin, dass die Patienten die Fähigkeit zu selbständigem Leben verlören. Es käme außerdem zu einem Verlust von Gefühlsregungen und damit auch der ethischen und moralischen Vorstellungen, wobei die Kranken sich vorwiegend ruhig verhielten. Ein seltsamer Wechsel von reizbarer Schwäche mit völliger Demut kennzeichne weiterhin deren Zustand. Die zweite Form bezeichnete Mendel als „agitierte Dementia“. Im Gegensatz zu der vorher beschriebenen Gruppe fand Mendel bei diesen Kranken eine vorherrschende Lebendigkeit und Beweglichkeit. Sie zeigten eine große Redelust mit völlig zusammenhanglosem Inhalt und seien von der Stimmung her teils heiter, teils ängstlich. Dabei könne dieser Stimmungswechsel durchaus unvermittelt auftreten. Zusammenhanglose Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen spielten darüber hinaus eine große Rolle bei dieser Form der „Dementia“. Bis auf den meist vorhandenen Verlust der Orientierung zu Zeit und Person gleichen somit all diese Symptome den von Kraepelin für die Dementia praecox paranoides beschriebenen. Die dritte Form nach dieser Einteilung nannte Mendel schließlich „apathische Dementia“. Er verstand unter dieser Form den schwersten Ausprägungsgrad des Krankheitsbildes. Infolge beinahe vollständigen Erlöschens sämtlicher Gedächtnisfunktionen seien die

²⁹⁶ Mendel (1895).

Kranken nicht mehr in der Lage, zu sprechen oder sich zu versorgen. Während ein Teil von ihnen zunehmend starr und bewegungslos würde, sei ein Teil ständig am gestikulieren oder pfeifen. Auch solche Symptome wurden von Kraepelin für die Dementia praecox und dabei speziell für die katatonische Form, beschrieben. Auch seien Sensibilität, Schmerz- und Temperaturempfindung herabgesetzt, was Kraepelin in ähnlicher Weise bei seinen Kranken feststellte. Man denke hierbei an die Unempfindlichkeit katatonischer Patienten, die selbst unangenehmen Berührungen gegenüber gleichgültig schienen. Auf körperlicher Ebene bemerkte Mendel außer einem ungestörten Schlaf meist eine erhebliche Gewichtszunahme, was durchaus mit Kraepelins Beobachtungen für die Dementia praecox übereinstimmte.

Einteilung der Dementia nach möglicher Ursache

Nach dieser Einteilung beschrieb Mendel ebenfalls drei verschiedene Gruppen: Die „funktionelle Demenz“, die „Demenz durch organische Hirnerkrankungen“ und die „sekundäre Demenz“. Für die „funktionelle Demenz“ beschrieb Mendel als Ursache Fehlernährung des Gehirns ohne nachweisbares pathologisch-anatomisches Korrelat, wie sie beispielsweise unter schweren körperlichen Erkrankungen vorkomme. Die insgesamt gute Prognose der Erkrankung mit oftmaligem Ausgang in Heilung sowie die stets erhaltene Orientierung der Kranken zu Zeit, Ort und Person unterscheidet diese Form der „Dementia“ jedoch wesentlich von Kraepelins Konzept der Dementia praecox. Bei der „Demenz durch organische Gehirnerkrankungen“ unterschied Mendel vier Unterformen: die diffusen Hirnerkrankungen, die senile Hirnatrophie, die Herd- und die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. Die Krankheitsbilder der „diffusen Hirnerkrankungen“ und der „senilen Hirnatrophie“ ähneln zwar in manchen ihrer Symptome wie beispielsweise der Art der Wahnvorstellungen den Symptomen der Dementia praecox, sind aber aufgrund ihrer Ätiologie und ihres Verlaufes nicht mit der Dementia praecox vergleichbar. Ursache der „Herderkrankungen“ seien beispielsweise Hämorrhagien, Embolien oder Hirntraumata. Auch bei dieser Form der „Dementia“ stimmen zwar viele der auftretenden Symptome wie erhöhte Reizbarkeit und das Auftreten von Wahnvorstellungen mit denen der Dementia praecox überein. Jedoch beschrieb Mendel für diese Patienten eine Gedächtnisschwäche, die ebenso wenig wie die Ätiologie (Hämorrhagien oder Hirntraumata) mit Kraepelins Dementia praecox vereinbar ist. Auch die von Mendel beschriebene „Dementia durch syphilitische Erkrankungen“ kann

hauptsächlich aufgrund ihrer Ätiologie nicht mit der Dementia praecox verglichen werden. Für die dritte Untergruppe der „Dementia“, die so genannte „sekundäre Demenz“, beobachtete Mendel die Entwicklung einer Demenz aufgrund dreier verschiedener Ursachen: nach primären Geistesstörungen wie Melancholie oder Paranoia, nach zentralen Neurosen wie Epilepsie sowie nach chronischen Vergiftungen wie chronischem Alkoholabusus. Das wesentliche Unterscheidungskriterium zur Dementia praecox liegt auch bei all diesen Demenzformen in ihrer Ätiologie: So beschrieb Kraepelin für die Dementia praecox weder einen Übergang aus primären Geistesstörungen oder Epilepsie, noch erkannte er den Alkohol als Ursache der Erkrankung an.

Der Begriff „Paranoia“ in der Realenzyklopädie

Des Weiteren findet man in der Realenzyklopädie einen Artikel über den Begriff „Paranoia“. Im Hinblick auf die Probleme, die sich für Kraepelin bei der Abgrenzung der Paranoia von der Dementia praecox paranoides ergaben, scheint es interessant, diesen ebenfalls von Mendel verfassten Artikel eingehender zu betrachten.

Als Synonyme zur Paranoia erschienen in der Realenzyklopädie die Termini „Verrücktheit“, „Wahnsinn“ und „Monomanie“. Mendel beschrieb die Schwierigkeit bei der Einteilung des unter diesen Begriffen subsummierten Krankheitsbildes in primäre und sekundäre Formen. Bedeutende Psychiater wie Westphal oder Griesinger seien sich lange nicht einig gewesen, ob die Paranoia als sekundär, d.h. aus affektiven Störungen wie einer Melancholie hervorgegangen, oder eher als primäre Geistesstörung zu verstehen sei. Das Ergebnis dieser Diskussionen habe schließlich das Verständnis der Verrücktheit als primäre Störung ergeben. So beschrieben viele Autoren in ihren Lehrbüchern eine „primäre Verrücktheit“, ohne dabei aber eine sekundäre zu erwähnen. Trotz dieser sich vor allem später durchsetzenden Ansicht beschrieb Mendel in der Realenzyklopädie die beiden verschiedenen Formen, also eine primäre und eine sekundäre Paranoia.

Primäre Paranoia

Mendel verstand diese Form als funktionelle Psychose in Abgrenzung zu auf anatomischer Grundlage entstandenen Psychosen. Besonders charakteristisch für die Paranoia sei das primäre Auftreten von Wahnvorstellungen, worin der Autor eine klare Trennung der Paranoia von Krankheitsbildern wie Manie oder Melancholie sah. Denn während die Wahnvorstellungen bei der Paranoia das primäre Auftreten eines psychischen Sym-

ptoms darstellten, zeige sich bei Melancholie und Manie ein beschleunigter Ablauf der Vorstellungen, zum Teil bezogen auf die Lustempfindungen, was in Verwirrtheit und darauf basierenden Wahnvorstellungen resultiere. Diese Wahnvorstellungen regierten nun das Leben der Kranken, deren Fühlen und Handeln eine Konsequenz des Wahninhalts darstelle. Es könne die primäre Verrücktheit anhand des Auftretens von Halluzinationen in zwei weitere Untergruppen eingeteilt werden – eine Paranoia simplex ohne und eine Paranoia hallucinatoria mit Halluzinationen.

Paranoia simplex

Hierbei unterschied Mendel weiter zwischen einer akuten und einer chronischen Form. Bei der akuten Form beobachtete er einen mehrere Wochen dauernden Beginn mit Schlaf- und Appetitlosigkeit sowie Unruhezuständen, in deren Folge erste Wahnvorstellungen auftraten. Der Charakter des Wahns sei zunächst depressiv und misstrauisch mit Verfolgungsgedanken. Dabei könnten die Kranken ihre Verfolger nicht nennen, und die Gründe der Verfolgung seien ihnen gänzlich unklar. Bald interpretierten die Patienten ihre gesamte Umwelt im Sinne ihrer Wahnvorstellungen. Allerdings seien Sinnes-täuschungen dabei regelmäßig nicht vorhanden. Da die Krankheit schnell fortschreite und die Patienten zunehmend mit der Außenwelt kollidierten, landeten viele von ihnen bald in Anstalten. Es stelle sich nunmehr entweder allmählich Genesung ein, oder aber die akute Form dieser primären Paranoia gehe in die chronische über.

Die chronische primäre Paranoia gliederte Mendel in drei Stadien. Im ersten Stadium entwickelten Personen, deren Charakter von Jugend auf Eigentümlichkeiten im Sinne von Hang zu Einsamkeit, Misstrauen oder Hypochondrie aufwies, eine allmähliche Verstärkung dieser Eigentümlichkeiten. Es äußere sich dieser Wahn in seltsamen Fragen, Briefen oder jähzornigen Handlungen. Nach meist vielen Jahren trete im zweiten Stadium das aus falschen Deutungen der Umwelt entstandene Wahnsystem immer stärker zutage, wobei der Wahninhalt meist von Beeinträchtigungs- und Verfolgungsgedanken geprägt sei. Die Entwicklung des Wahns sei hierbei langsamer als bei der akuten Form, und die wahnhaften Verfälschungen reichten bis in die Jugend der Kranken zurück. Häufig komme es zu Vergiftungsideen, die jedoch nicht in Geschmackshalluzinationen wurzelten, sondern in falschen Rückschlüssen der Patienten. Leide ein solcher Kranker nach dem Essen beispielsweise an Übelkeit, so ziehe er den wahnhaft falschen Schluss,

man wolle ihn vergiften. Die Wahnwahrnehmungen enthielten nicht ausschließlich den Charakter der Verfolgung, sondern könnten auch ein einfaches Gefühl der Unheimlichkeit bei den Kranken hinterlassen. Es entwickle sich aus diesen Verfolgungsgedanken ein Größenwahn mit Überschätzung der eigenen Persönlichkeit. Dies resultiere aus der Vorstellung der Kranken, hinter der Verfolgung müsse irgendein „Geheimnis“ stecken. Oft sei dieser Größenwahn von religiöser oder erotischer Art. Außer dem Auftreten der Größengedanken aufgrund fälschlicher Erklärung der Verfolgung sei diese Wahnform häufig durch Träume, Ereignisse oder Halluzinationen plötzlich ausgelöst. Es komme allerdings auch vor, dass die Größenideen völlig im Hintergrund stünden oder sich in ganz seltenen Fällen schon vor dem Größenwahn zeigten. Als „fixe Idee“²⁹⁷ bezeichnete Mendel das ständige Wiederkehren einer bestimmten Wahnvorstellung. Zu dieser Gruppe der Paranoiker zählte er die so genannten „Erfinder“²⁹⁸, die sich mit ungelösten Problemen wie einem Perpetuum mobile oder der Quadratur des Zirkels beschäftigten, wobei auch hier meist ein Stadium der Verfolgung vorausgegangen sei. Durch das phasenweise unterschiedlich stark ausgeprägte Hervortreten von Verfolgungsideen einerseits und Größenvorstellungen andererseits unterlägen die Kranken wechselhafter Stimmung und je nach vorherrschender Idee unterschiedlichem Fühlen und Handeln. Es könnten die Eigentümlichkeiten auch nur ganz diskret in Form von seltsamen Schnörkeleien oder Bemerkungen in Briefen zutage treten. Auf viele Jahre mit Exazerbationen und Remissionen folge das dritte Stadium, welches durch die Abnahme der geistigen Kraft gekennzeichnet sei. Es komme bei Fortbestehen der Wahnvorstellungen dennoch zu einer Abnahme von deren Intensität, was Mendel ganz anschaulich mit folgendem Satz beschrieb: „Das Feuer, welches brannte, ist längst erloschen, aber auch das Gebäude ist vernichtet.“²⁹⁹ Die Stimmung der Kranken werde ruhiger, die Patienten gefügig. So könnten sie jetzt zuverlässig für einfache Arbeiten in der Anstalt eingesetzt werden, denn früher erlernte Fähigkeiten seien noch erhalten. Allmählich könne dieses Stadium in einen Zustand ausgeprägteren Blödsinns mit Abschwächung des Gedächtnisses und Teilnahmslosigkeit übergehen, wobei höhere Grade des Blödsinns eine Seltenheit seien. Es müsse auch nicht in jedem Falle zu einem derartigen Blödsinnszustand kommen.

²⁹⁷ Mendel (1895), S. 291.

²⁹⁸ Mendel (1895), S. 291.

²⁹⁹ Mendel (1895), S. 292.

Mendel fand für die chronische Paranoia simplex zwei besondere klinische Varietäten – die originäre Verrücktheit und den Querulantenwahnsinn. Die originäre Verrücktheit sei charakterisiert durch die Entwicklung aufgrund einer „degenerierten Familie“³⁰⁰, deren Einfluss sich schon in Kinderjahren in Form von verschrobenem oder träumerisch zurückgezogenem Wesen oder sonderbaren Ansichten bemerkbar mache. Zum Begriff der „Degeneration“ sei an dieser Stelle kurz angemerkt, dass dieser mit dem Begriff der „Entartung“ gleichgesetzt wurde. Man verstand darunter im 19. Jahrhundert eine durch Erbfehler oder negative Umwelteinflüsse entstandene Abweichung von der Norm, die zum sozialen Niedergang vieler derartig degenerierter Familien führte.³⁰¹ Weiterhin auffällig sei bei dieser Variation der Paranoia simplex eine häufige Assoziation mit körperlichen Störungen. Solche Patienten neigten außerdem zu exzessiver Onanie, was die Entwicklung der voll ausgeprägten Psychose in der Pubertät dann begünstige. Unter dem „Querulantenwahnsinn“ hingegen verstand Mendel eine Form der Paranoia, bei der die Gefährdung ihrer rechtlichen Interessen für die Patienten im Mittelpunkt stehe. Mendel grenzte den Querulantenwahnsinn allerdings ausdrücklich von der originären Paranoia ab. Denn trotz oftmals vorhandener erblicher Anlage sowie Schädelmissbildungen könne eine kontinuierliche Entwicklung der Psychose aus einer originären Anlage bei diesen Patienten nicht beobachtet werden, da sich die Krankheit oft erst im 4. oder 5. Lebensdezennium zeige. Bis zu diesem Zeitpunkt erschienen solche Patienten im Gegensatz zu Patienten mit originärer Verrücktheit völlig normal. Die Intelligenz bleibe bei Querulanten meist lange ungestört. Beim Ausgang dieser Art des Wahnsinns trete ein geistiger Schwächezustand nicht zwingend auf.

Paranoia hallucinatoria

Auch bei dieser Form der Paranoia unterschied Mendel zwei Untergruppen – die akute und die chronische Paranoia. Die akute Paranoia hallucinatoria beginne mit einem meist nur wenige Tage dauernden Prodromalstadium, das durch gastrische Störungen, Schlaflosigkeit und depressiv-reizbare Stimmung gekennzeichnet sei. Vereinzelt träten von den Patienten gut verborgene Sinnestäuschungen, meist akustischer Art, auf. Dieses Anfangsstadium münde in ein allgemeines Delirium mit dem massenhaften Auftreten von Halluzinationen aller Sinne und gestörtem Bewusstsein. Häufig sei auch motorische

³⁰⁰ Mendel (1895), S. 293.

³⁰¹ Peters (1984).

Erregung diesem Zustand assoziiert. Meist schon nach wenigen Tagen lasse die Erregung aber nach. Die Kranken würden nun ruhiger, wobei die Sinnestäuschungen aber unverändert anhielten. Aus dem Delirium würde auf diese Weise schnell ein System, wie es für die Paranoia charakteristisch sei. Es erfolge dann entweder eine allmählich sich vollziehende Heilung, oder aber es entwickle sich ein chronischer Zustand, der der chronischen halluzinatorischen Paranoia gleiche. Ursache der akuten halluzinatorischen Paranoia sei in der großen Mehrzahl der Fälle eine akute fieberhafte Krankheit wie Typhus, Pneumonie oder puerperale Erkrankungen. Auch Alkoholmissbrauch und Morphinismus sah Mendel als mögliche Ursache für eine akute halluzinatorische Paranoia. Die chronische halluzinatorische Paranoia hingegen beginne ebenfalls oft in Verbindung mit körperlichem Unwohlsein oder psychisch belastenden Momenten. Bis dahin geistig gesunde Patienten vernähmen dann Gehörstäuschungen, die meist für sie von schockierendem Inhalt seien und die sie vorerst für Täuschungen hielten. Bei Anhalten dieser Halluzinationen über längere Zeit jedoch hielten sie diese mehr und mehr für real. Allerdings verschlossen die Patienten ihre Überzeugung von diesen Verfolgungsgedanken lange in sich, sodass die Umwelt oft nichts von der Krankhaftigkeit ihres Zustandes merke. Über viele Jahre hinweg unterlägen die Kranken so einer langsamen und unbemerkten Wandlung ihres Wesens. Ein äußerer Anlass, der unterschiedlicher Art sein könne – beispielsweise eine fieberhafte Erkrankung oder aufwühlende Ereignisse – brächten dann die Krankheit zum auch für die Umwelt offensichtlichen Ausbruch. Die Wahnvorstellungen dominierten jetzt über die sonstige Besonnenheit der Patienten, und es folge ein Stadium der von massenhaften Halluzinationen und daraus resultierenden Stimmungswechseln begleiteten Erregung. Von Halluzinationen veranlasst, neige der Patient auch zu plötzlichen unmotivierten Handlungen. Vorübergehend könne auch ein Zustand der Verleugnung sämtlicher Halluzinationen und der Dissimulation aller Wahnvorstellungen eintreten. Zeichen einer Geisteskrankheit finde man dann oft nur in Briefen oder Aufzeichnungen, die von den Kranken sorgfältig verheimlicht würden. Dieses Stadium könne, im Wechsel mit gelegentlichen Remissionen, zum Teil jahrzehntelang andauern. Der Ausgang, so beobachtete Mendel, sei oft ein Zustand gemüthlicher Abstumpfung, schwindender Energie und nachlassender Intelligenz. Heilung trete äußerst selten ein. Als Variation dieser chronischen halluzinatorischen Paranoia beschrieb der Autor die hypochondrische Paranoia. Während die anderen Formen meist

mit Gehörstäuschungen einhergingen, seien es hier besonders Halluzinationen des Gemeingefühls, von denen sich die Patienten verfolgt fühlten. Die Kranken glaubten, die von ihnen vernommenen Missempfindungen seien durch Feinde verursacht. Es könnte auch hier zu Größenideen kommen und zwar insofern, als die Kranken sich ihre körperliche Verfolgung nur mit der Überzeugung von ihrer eigenen Großartigkeit erklären konnten.

Sekundäre Paranoia

Obwohl er eigentlich der Ansicht war, es gebe keine solche sekundäre Paranoia, widmete Mendel ihr in der Realenzyklopädie einen Abschnitt im Kapitel Paranoia. Er wies dabei darauf hin, dass es zwar solche sekundär beispielsweise aus Melancholie oder Manie entstandene Krankheitsbilder gebe, ihr Vorkommen jedoch recht selten sei. So komme es vor, dass ein scheinbar geheilter Melancholiker nach Abklingen der depressiven Wahnvorstellungen Veränderungen im Wesen in Form von nachlassender Intelligenz, Gedächtnisschwäche sowie Eigentümlichkeiten in Sprache und Gesten aufweise. Allmählich zeigten sich auch Wahnvorstellungen von depressivem und maniakalischem Charakter. Dem klinischen Bilde nach unterschieden sich solche Kranken nicht von denen mit primärer Paranoia, wenn auch die Schwäche der Intelligenz stärker ausgeprägt und das Wahnsystem weniger systematisiert sei als bei der primären Form. Ein solcher Zustand könne jahrelang mit Exazerbationen und Remissionen bestehen und ende in den meisten Fällen in allgemeiner Verwirrtheit und Dementia. In Bezug auf Illusionen und Halluzinationen gelte das für die primäre Paranoia Gesagte.

Symptomatik der Paranoia

Nach der Schilderung der Einteilung verschiedener Formen von Paranoia soll nun auf die Symptome eingegangen werden, die nach Mendel die Krankheit charakterisierten. Hier seien zunächst die Anomalien im Bereich der Sinneswahrnehmungen genannt, die sich in Form von Halluzinationen und Illusionen bemerkbar machten. Halluzinationen seien nicht notwendigerweise vorhanden, weshalb Mendel ja eine halluzinatorische Form von einer ohne Sinnestäuschungen unterschied. Manchmal seien sie jedoch auch einfach für die Außenwelt nicht sichtbar. Was die Natur dieser Halluzinationen anbelangt, so träten diese vor allem im Beginn meist in Form von Gehörstäuschungen auf. Später gesellten sich Sinnestäuschungen aller Art hinzu, wobei den Gehörstäuschungen weiterhin meist die größte Bedeutung zukomme. Bei den Halluzinationen des Gemeingefühls, hauptsächlich bei der hypochondrischen Form der chronischen halluzinatorischen Paranoia, handele es sich meist um Illusionen, die ihren Ursprung oft in einer tatsächlich vorhandenen körperlichen Störung nähmen. So entwickelten sich bei Paranoikern, die an Reizungen der Sexualorgane litten, häufig Wahnvorstellungen sexuellen Inhalts. Mendel fand bei den Patienten in jedem Fall eine gestörte Wahrnehmung, die sich in der fälschlichen Interpretation ihrer Umwelt manifestiere.

Auch in Bezug auf die Denktätigkeit fand Mendel einige für die Paranoia charakteristische Symptome. So bleibe die Intelligenz lange erhalten und schwäche sich erst im dritten Stadium langsam ab, wobei es trotzdem bei einem mäßigen Grad des Schwachsinns bleibe. An Wahnvorstellungen begegnete ihm bei diesen Patienten am häufigsten der Verfolgungswahn, wozu sich in vielen Fällen im Laufe der Zeit ein Größenwahn geselle. Im Zusammenhang mit diesen Wahnformen beschrieb Mendel ein oft auftretendes „Delirium metabolicum“³⁰², bei dem die Kranken im Sinne ihres Wahns ihre Mitmenschen entweder für Verfolger oder für ihre Diener hielten oder ein „Delirium palingnosticum“³⁰³, bei dem die Kranken alle ihnen begegnende Menschen für alte Bekannte erklärten. Je nach Wahninhalt unterschied der Autor weitere Wahnformen, unter ihnen eine Paranoia erotica, die aufgrund fehlender Halluzinationen zur Paranoia simplex zählte. Eine weitere Form bilde die Paranoia religiosa, bei der die Patienten sich entweder vom Teufel besessen glaubten oder aber der Überzeugung seien, der Messias

³⁰² Mendel (1895), S. 300.

³⁰³ Mendel (1895), S. 300.

selbst zu sein. Andere Patienten wiederum meinten, beide Mächte in sich zu tragen. In seltenen Fällen, so beschrieb Mendel, käme es im Rahmen einer Paranoia zu stuporösen Zuständen, die vorübergehend oder auch monatelang das Krankheitsbild prägen könnten. Die Patienten verharrten dabei regungslos und statuenartig in verschiedenen Stellungen. Passiven Bewegungen brächten sie Widerstand entgegen, in manchen Fällen jedoch ließen sie sich im Sinne von *Flexibilitas cerea* in alle möglichen Stellungen bringen. Begleitet sei diese Erscheinung oft von Halluzinationen des Gemeingefühls oder des Gehörs, und Mendel beobachtete sie besonders bei aus Epilepsie sich entwickelnden Leiden. Es fänden sich bei Patienten mit Paranoia außerdem gehäuft Eigentümlichkeiten in Sprache und Schrift. Manche Patienten zeigten starken Rededrang, in vielen Fällen käme es auch zu inkohärenten Reden und Antworten.

In Bezug auf das Fühlen der Kranken stellte Mendel fest, dass die Wahnvorstellungen in der Regel von Affekten begleitet seien, was die Patienten im ersten Stadium noch unterdrücken könnten. Später hingegen käme ihnen mit zunehmendem Verlust der Selbstkontrolle diese Fähigkeit abhanden, und die Affekte kämen zum Vorschein. Im weiteren Verlauf lasse die Intensität der Gefühle im Sinne einer gemüthlichen Abstumpfung dann wieder nach. Ein Krankheitsgefühl fand Mendel bei Patienten mit der akuten Form im Anfang öfter, bei der chronischen Form nur vorübergehend in der ersten Zeit. Das Bewusstsein sei bei der akuten Form zuweilen vorübergehend, bei der chronischen Form selten gestört. Die Handlungen der Kranken seien als Folge der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen zu verstehen. So komme es beispielsweise zu sonderbaren Taten oder, bei schnell auftretenden Halluzinationen, zu plötzlichen, oft auch gewalttätigen Handlungen. Mendel bezeichnete die Paranoiker auf dem Höhepunkt ihrer Erkrankung sogar als die „gefährlichsten Geisteskranken“³⁰⁴.

An somatischen Besonderheiten erwähnte Mendel gehäuft auftretende Kopfschmerzen im Beginne der Erkrankung, die im weiteren Verlaufe verschwänden. Pupillendifferenzen, kataleptische Zustände sowie apoplektiforme und epileptiforme Anfälle konnte er ebenfalls beobachten. Aufgrund genauerer Untersuchungen fand er, dass es sich bei diesen Anfällen um willkürliche Zuckungen als Reaktion gegen vermeintliche feindselige Angriffe handele. Gastrische Störungen seien am Anfang besonders häufig, will-

³⁰⁴ Mendel (1895).

kürlicher Urin- und Stuhlverhalt trete aufgrund von Wahnvorstellungen auf. Das Körpergewicht zeige meist keine Auffälligkeiten. Der Schlaf sei bei der chronischen Paranoia gut, während Patienten mit akuter Paranoia eher schlecht schliefen.

Im Hinblick auf Erkrankungsalter und Ätiologie der Paranoia fand Mendel heraus, dass das Prädilektionsalter für Männer zwischen 25 und 30 Jahren, bei Frauen in den Pubertätsjahren sowie in der Zeit des Klimakteriums liege. Die Bedeutung einer eventuellen erblichen Anlage sei begrenzt. So fand er bei einem Drittel der Fälle überhaupt keine erbliche Anlage, während er in acht Prozent Psychosen in der Familie der Kranken fand, so dass man an „Degeneration“ denken könnte. Als veranlassende Ursache führte er allem voran die psychischen Momente wie enttäuschte Hoffnungen, unglückliche Ehen und ähnliches an. Ein gewisser Teil der Psychosen entstehe auch aufgrund von Nachahmung, so genannte Folie à deux. Auch Epilepsie und Hysterie könnten eine Ursache für Paranoia bilden. Herderkrankungen des Gehirns wie Apoplexien oder fieberhafte Erkrankungen sowie das Puerperium könnten Anlass zum Ausbruch einer Paranoia geben. Onanie wirke ebenfalls schädlich auf Körper und Geist, sei aber eher als Zeichen der neuropathischen Veranlagung anstatt als ätiologisches Moment zu sehen. Alkohol und Morphin wirkten als Hirngift verursachend auf derartige Geisteskrankheiten. Als abschließenden Überlegung zur Ätiologie der Paranoia stellte Mendel die These auf, dass es sich bei dieser Krankheit nicht um eine degenerative Psychose handeln könne. Dies begründete er unter anderem damit, dass sich sowohl bei erblich belasteten, als auch bei nicht belasteten Patienten dasselbe klinische Bild zeige. In Bezug auf den Ausbruch der Krankheit bemerkte er, dass die chronischen Formen stets sehr langsam, die akuten hingegen subakut mit leichten Allgemeinsymptomen und Unruhe begännen. Beide Krankheitsformen verliefen im Wechsel von Exazerbationen und Remissionen. Die Dauer der Erkrankung betrage in Fällen mit Heilung ungefähr sechs bis acht Monate, in Fällen ohne Heilung sei ein Verlauf über mehrere Jahrzehnte möglich.

Insgesamt beschrieb Mendel drei verschiedene Formen des Ausgangs einer Paranoia. Es sei dies zunächst der Ausgang in Heilung, welche der Autor nur bei der akuten Form von Paranoia simplex und hallucinaria beobachtete. Die jeweiligen chronischen Formen hingegen bezeichnete er als unheilbar, wobei er jedoch feststellte, dass in den meisten Fällen Besserung eintrete. Diese Besserung sei dergestalt, dass die Kranken in der Lage seien, bei erhaltener Intelligenz ihre Wahnvorstellungen so weit zurückzu-

drängen, dass diese nicht mehr länger ihre Handlungen beeinflussten. Eine weitere Ausgangsmöglichkeit, so Mendel, sei der Übergang der Paranoia in Dementia. In diesem Zustand erwähnten die Kranken ihre Wahnvorstellungen nicht mehr, was auf der Tatsache beruhe, dass all ihre Gefühle und Empfindungen abgeschwächt seien. Auch Energie und Gedächtnis seien in diesem Zustand geschwächt. Dieser Blödsinn verbinde sich in manchen Fällen mit allgemeiner Verwirrtheit und Agitation, wobei die höchsten Blödsinnsgrade nur äußerst selten beobachtet würden. Als dritte Form des Ausgangs nannte Mendel den Tod, herbeigeführt durch interkurrente Krankheiten oder Selbstmord. Einen charakteristischen Befund in der pathologischen Anatomie konnte Mendel für die Paranoia nicht beschreiben.

Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie der Paranoia

Der Nachweis von primären und nicht etwa auf emotiver Grundlage entstandenen oder auf einer organischen Hirnerkrankung beruhenden Wahnideen sei Voraussetzung für die Diagnose Paranoia. Es gelte die Krankheit im Weiteren gegen verschiedene andere Krankheiten abzugrenzen. Dies seien zunächst Melancholie und Manie. Der Unterschied zwischen Paranoia und diesen Störungen bestünde im Bewusstseinsinhalt, den der Kranke seinen jeweiligen Wahnvorstellungen gegenüber einnehme. Während beispielsweise der Melancholiker sich nicht gegen seine Verfolger wehre, sondern sich eher demütig zeige, so protestiere der Paranoiker heftig gegen die Verfolgung, für die er keinen Grund sehe. Auch entstünden die Wahnvorstellungen nicht wie bei Melancholie und Manie aufgrund der Stimmungslage des Patienten, sondern sie drängten sich in ein normales Bewusstsein, welches in der Folge durch sie verändert würde. Die Exaltationszustände der Manie unterschieden sich insofern von denen der Paranoia, als bei deren Abklingen etwaige Wahnvorstellungen des manischen Patienten gleichzeitig mit abklängen, während der Paranoiker auch nach Rückgang der Erregung an seinen Wahnideen festhalte. Außerdem seien die Wahnvorstellungen bei der Paranoia fix, während sie bei der Manie zum Wechseln neigten. Ein Delirium hallucinatorium unterscheide sich von der Paranoia durch die starke Bewusstseinstrübung sowie die große Zahl an Halluzinationen, die oft wechselten. Auch komme eine Systematisierung des Wahns beim Delirium hallucinatorium nicht vor. Organische Hirnerkrankungen seien insofern von einer Paranoia abzugrenzen, als Lähmungserscheinungen und Geisteschwäche bei der Paranoia nicht charakteristisch seien.

Eine wichtige Rolle in Bezug auf die Diagnose der Paranoia spiele die Dissimulation, die bei Paranoikern ganz besonders oft zu finden sei. Um ihre Zwecke, wie zum Beispiel eine baldige Entlassung aus der Anstalt zu verfolgen, gelinge es den Patienten, ihre krankhaften Eigenschaften zeitweise zu unterdrücken. Die Prognose sei bei der akuten Form, sowohl für die einfache als auch für die halluzinatorische Paranoia eher günstig. Heilungen beschrieb Mendel bei 25-30 % dieser Patienten. Die chronischen Formen hätten eine weitaus ungünstigere Prognose.

Bei der Therapie wies Mendel darauf hin, dass weder Zerstreuung des Patienten noch das Ausreden der Wahnideen eine sinnvolle Methode darstellten. Vielmehr begünstige man damit die Entwicklung der Krankheit, indem man der krankhaften Deutung der Umwelt durch die Kranken noch mehr Grundlage biete. Mendel hielt deshalb für die akuten einfachen sowie halluzinatorischen Formen die Unterbringung in einer Anstalt für dringend notwendig, da die Kranken nur so vor schädlichen Einflüssen der Außenwelt geschützt und einer regelmäßigen Lebensweise zugeführt werden könnten. Außerdem müssten die Kranken auch zum Schutz der Umwelt überwacht werden. Bei den chronischen Formen sei die Unterbringung in eine Anstalt je nach Gefährlichkeit des einzelnen Kranken für sich und die Umwelt sowie nach den finanziellen Möglichkeiten für eine angebrachte Verpflegung des Kranken zu erwägen. Sei eine Unterbringung unter diesen Gesichtspunkten nicht nötig, so bestehe bei den chronischen Formen die Möglichkeit, die Kranken in der Familie zu versorgen. Was die medikamentöse Therapie angehe, so war Mendel der Meinung, dass hier vor allem körperliche Symptome behandelt werden könnten. So riet er bei Anämie und Chlorose zu Eisen und Chinin, zu Chloral, Morphinum, Hyoscyamin oder Duboisin bei Erregungszuständen und zu Kalium bromatum bei sexuellen Reizzuständen. Er empfahl, diese Behandlung mit hydrotherapeutischen Maßnahmen wie Abreibungen, kühlen Sitzbädern und ähnlichem zu ergänzen. Als Diät befürwortete er kräftige Nahrungsmittel sowie einen Verzicht auf alle erregenden Getränke wie Bier, Wein oder Kaffee. Großen Wert legte er auf die Regelmäßigkeit der Ernährung in Zusammenhang mit passender Beschäftigung möglichst an der frischen Luft.

Paranoia bei Mendel im Vergleich mit Dementia praecox paranoides und Paranoia bei Kraepelin

Im folgenden Abschnitt soll die Definition der Paranoia durch Mendel im Hinblick auf Kraepelins Konzept für die Dementia praecox überprüft werden. Für diese Untersuchung sind aus Kraepelins Werk vor allem die Krankheitsbilder Dementia praecox, unter besonderer Beachtung der beiden Untergruppen „Dementia praecox paranoides“ sowie „Paranoia-ähnliche Formen“, und Paranoia heranzuziehen. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass Kraepelin somit insgesamt drei Krankheitsbilder einführte, um den Symptomenkomplex der paranoiden Erkrankungen zu definieren.

Wie Mendel bei der primären Paranoia, so beschrieb auch Kraepelin bei der Dementia praecox paranoides und den paranoia-ähnlichen Formen der Dementia praecox einen von Allgemeinerscheinungen wie Kopfschmerzen und Unruhe geprägten Beginn. Beide Autoren fanden bei diesen Patienten jeweils auch Sinnestäuschungen (bei Mendels Paranoia trifft dies definitionsgemäß jedoch nur bei der halluzinatorischen Form zu), hauptsächlich in Form von Gehörstäuschungen. Mendels Paranoia-Patienten waren im Gegensatz zu Kraepelins Dementia praecox-Patienten meist bemüht, diese Sinnestäuschungen zu dissimulieren. Während Kraepelin keine genauen Zeitangaben für dieses Anfangsstadium machte, gab Mendel bei der einfachen Form der Paranoia einen Verlauf des ersten Stadiums über Wochen bis Jahre, bei der halluzinatorischen Form über wenige Tage an. Die Stimmung der Kranken in diesem Einleitungsstadium war nach beiden Konzepten eine ängstlich-depressive. Es folge darauf das nächste Stadium, das sowohl bei den Unterformen der Dementia praecox Kraepelins als auch bei Mendels Paranoia durch die Ausgestaltung des Wahns gekennzeichnet ist. Bei der Dementia praecox paranoides träten diese Wahnvorstellungen hauptsächlich in Form von Größenideen auf, und die Kranken seien eher heiterer Stimmung. Es kämen gleichzeitig auch Verfolgungsgedanken vor, die von den Patienten jetzt aber gleichgültig und ohne Affekt hervorgebracht würden. Der Inhalt der Wahnvorstellungen sei bei dieser Form laut Kraepelin ganz unsinnig. Im Gegensatz dazu beschrieb Kraepelin die Wahnvorstellungen der paranoia-ähnlichen Form als mehr zusammenhängend, wobei sich auch hier ebenfalls sowohl Verfolgungs- als auch Größenideen fänden. Mendel bezeichnete die in diesem Stadium bei seinen Paranoia-Patienten auftretenden Wahnvorstellungen

ebenfalls als systematisierte Gebilde, was der Beschreibung Kraepelins für die paranoia-ähnlichen Formen der Dementia praecox entspricht. Wie Kraepelin, so beschrieb auch Mendel den Inhalt dieser Wahnvorstellungen als Verfolgungs- und Größengedanken. Affekte, welche die Wahnvorstellungen begleiteten, würden laut Mendel in den ersten Stadien von den Patienten im Sinne einer Dissimulation oft unterdrückt. Im zweiten Stadium gelinge dies den Patienten aufgrund mangelnder Selbstkontrolle nicht mehr, und im dritten Stadium verhindere eine zunehmende gemütliche Abstumpfung das starke Hervortreten von Gemütsbewegungen durch den Wahn. Im Hinblick auf die die Wahnvorstellungen begleitenden Affekte ergibt sich also, dass Mendel sich nur insofern von Kraepelin unterscheidet, als er im Beginn der Erkrankung Dissimulationsversuche des Wahns durch die Patienten beschrieb, was bei Kraepelin nicht erwähnt wurde. Das Handeln der Kranken beschrieben beide Autoren für alle in diesem Zusammenhang untersuchten Formen als durch die Wahnvorstellungen bestimmt. Mendel konnte weiterhin bei der Paranoia stuporöse Zustände mit Auftreten von Flexibilitas cerea feststellen. Auch Kraepelin sah solche Symptome bei seinen Dementia praecox-Patienten und ordnete sie in der Gruppe der katatonischen Formen von Dementia praecox ein. Stereotypen oder Manieren, wie bei der Katatonie weiterhin charakteristisch, beschrieb Mendel abgesehen von gewissen Eigentümlichkeiten in Sprache und Schrift jedoch für die Paranoia weniger. An körperlichen Symptomen fanden sowohl Kraepelin als auch Mendel zum Teil gestörten Schlaf, Appetitlosigkeit und Pupillendifferenzen. Die Dauer dieses zweiten Stadiums sei jeweils eine meist jahrelange mit Verlauf in Exazerbationen und Remissionen. Der Ausgang beider Erkrankungen, der Dementia praecox paranoides und der paranoia-ähnlichen Form, sei laut Kraepelin ein hochgradiger psychischer Schwächezustand. Dieser sei gekennzeichnet durch gemütliche Stumpfheit, Verlust der Leistungsfähigkeit sowie Gedächtnis- und Urteilsschwäche. Der von Mendel beschriebene Ausgang der Paranoia stimmt mit dem von Kraepelins Dementia praecox bis auf die Tatsache überein, dass Mendel den Schwachsinngrad für weniger ausgeprägt hielt. Dies wird deutlich, wenn er in Bezug auf den Ausgang der Paranoia sagt: „Sehr selten sieht man höhere Grade des Blödsinns“.³⁰⁵ Das am häufigsten vertretene Erkrankungsalter lag bei Kraepelin für die Dementia praecox vor dem 25. Lebensjahr, wobei die paranoiden Formen eher zu einem späteren Erkrankungsalter tendierten. Mendel fand als

³⁰⁵ Mendel (1895), S. 292.

häufigstes Erkrankungsalter bei Männern die Jahre zwischen 25 und 30, bei Frauen die Zeit von Pubertät und Klimakterium. Als Krankheitsursache sah Kraepelin eine Schädigung und Verlust von Hirnrindenzellen sowie vor allem bei den paranoiden Formen erbliche Veranlagung. Die Bedeutung genetischer Faktoren wie Vererbung stellte Kraepelin jedoch insgesamt eher in den Hintergrund. Damit distanzierte er sich wie auch Mendel davon, die Dementia praecox mit dem Begriff der „Degeneration“ in Verbindung zu bringen.³⁰⁶ Vielmehr sei die Dementia praecox konstitutionell bedingt. Auslösend auf die Erkrankung wirkten außerdem Schwangerschaft und Menstruation sowie Gefangenschaft. Auch sei die Dementia praecox oft mit körperlichen Missbildungen vergesellschaftet. Mendel hingegen fand eine noch geringere Bedeutung der erblichen Anlage als Krankheitsursache. Auch er war der Meinung, es könne sich nicht um eine degenerative Psychose handeln. Als Ursachen, die die Krankheit zum Ausbruch brächten, nannte er hingegen vor allem psychische Momente sowie Nachahmung, Epilepsie, Hysterie, Herderkrankungen des Gehirns oder fieberhafte Erkrankungen.

Vergleicht man nun den Begriff Paranoia bei Mendel mit dem Begriff Paranoia bei Kraepelin, so kommt man zu folgendem Ergebnis: Kraepelin charakterisierte die Paranoia in Abgrenzung zur Dementia praecox als Erkrankung, bei der sich „von Anfang an klar erkennbar ganz langsam ein dauerndes, unerschütterliches Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit herausbildet[e]“.³⁰⁷ Bei diesem Wahnsystem unterschied Kraepelin zwei Formen: Bei der „kombinatorischen Form“ vollziehe sich die Wahnbildung aufgrund fehlerhafter Interpretation der Außenwelt, während sie bei der „phantastischen Form“ in freier Erfindung und Sinnestäuschungen begründet sei. Im Vergleich dazu beschrieb Mendel bei seinen Paranoia-Patienten eine Interpretation der Umwelt im Sinne der Wahnvorstellungen dieser Patienten. Es besteht hier also wie auch bei Kraepelin eine gestörte Deutung der Außenwelt. Auch das Auftreten eines andauernden, systematisierten Wahnes bei zumeist gut erhaltenem Bewusstsein beschrieben beide Autoren für die Paranoia. Der Inhalt des Wahnes, so findet man bei beiden Autoren, folge mehr den Gesetzen gesunden Denkens, im Gegensatz zu dem abenteuerlichen Inhalt, den Kraepelin für die Wahnideen bei Dementia praecox beschrieb. Charakteristisch für die Paranoia sei laut Kraepelin außerdem, vor allem in Abgrenzung zur De-

³⁰⁶ Hoff (1994), Kapitel V2.2.

³⁰⁷ Kraepelin (1896), S. 657.

mentia praecox, das Fehlen einer Willensstörung. Entsprechende Symptome wie Negativismus, Stupor oder Stereotypie kämen also bei der Paranoia nicht vor. Hier ergibt sich ein kleiner Unterschied im Hinblick auf Mendels Definition der Paranoia. Dieser beschrieb nämlich ein mögliches Auftreten von stuporösen Zuständen bei Patienten mit Paranoia. Negativismus oder Stereotypie erwähnte er in dem Artikel der Realenzyklopädie allerdings nicht ausdrücklich. In Abgrenzung zur Dementia praecox war Kraepelin außerdem die unveränderte Persönlichkeit des Patienten durch die Krankheit bei der Paranoia wichtig. Während Paranoia-Kranken der Kern ihrer Persönlichkeit erhalten bleibe und sich lediglich deren Weltanschauung krankhaft verfälsche, komme es bei der Dementia praecox zu einem zunehmenden Zerfall der Persönlichkeit des einzelnen. Im Vergleich mit Mendel, der bei seinen Kranken ausgeprägte Blödsinnszustände als Endzustand der Krankheit nur selten sah und statt dessen leichtere Blödsinnsgrade mit abgeschwächten Emotionen und Gedächtnis beobachtete, könnte man hier Übereinstimmung mit Kraepelins Konzept finden. Allerdings ist dieser Schluss nicht eindeutig zu ziehen, da aus Mendels Artikel nicht deutlich genug hervorgeht, inwieweit die Kranken in ihrer Persönlichkeit am Ende der Krankheit wirklich verändert sind. Die hauptsächliche Krankheitsursache für die Paranoia sah Kraepelin in der „krankhaften Konstitution“³⁰⁸ des jeweiligen Charakters der Patienten. Des Weiteren spielte auch „erbliche Entartung“ eine Rolle, wobei dieser Begriff nicht näher erklärt wird. Mendel hingegen war der Meinung, die Bedeutung der Vererbung sei für die Ätiologie der Paranoia eher gering. Er machte vielmehr einige veranlassende Ursachen wie psychische Belastungssituationen, fieberhafte Erkrankungen und ähnliches für den Ausbruch der Krankheit verantwortlich. Solche Ursachen, besonders die mit psychogener Komponente, erkannte Kraepelin allerdings auch an, wobei er auf einer strikten Trennung von Paranoia und „psychogenen Erkrankungen“ beharrte. So schrieb er, dass „seelische Einflüsse den Störungen nur eine gewisse Färbung geben [könnten], die in Wirklichkeit durch ganz andersartige Ursachen hervorgerufen werden“.³⁰⁹ Die Prognose der Paranoia bezeichnete Kraepelin als ungünstig, wobei er die Krankheit hier ausdrücklich gegen die „Verblödungsprozesse“ wie Dementia praecox abgrenzte. Dies tat er, indem er sich auf den Zusammenhang und die Beständigkeit der Wahnideen sowie die erhaltene Besonnenheit und den Ausgang in leichterem psychischem Schwächezustand bei der Paranoia berief.

³⁰⁸ Kraepelin (1896), S. 696.

³⁰⁹ Hoff (1994), Kapitel V.2.2; S. 139.

Auch Mendel beobachtete bei der Paranoia den Ausgang in psychischer Schwäche von mäßigem Grad, wohingegen höchste Schwachsinngrade nur selten erreicht würden. Während Kraepelin das Auftreten von Heilungen nie beobachtete, beschrieb Mendel jedoch einen möglichen Ausgang in solcher, allerdings ausschließlich bei den akuten Formen der Paranoia simplex und hallucinatoria.

Zusammenfassung

Aus diesen Betrachtungen lassen sich nun verschiedene Dinge schließen: Was den Begriff der „Dementia“ angeht, wie er von Mendel in der Realenzyklopädie definiert wird, so ergeben sich im Großen und Ganzen doch recht wenig Gemeinsamkeiten mit dem Begriff der Dementia praecox bei Kraepelin. So definierte Mendel am Beginn seines Artikels die charakteristischen Symptome der Dementia zwar als gemütliche Abstumpfung und zunehmende Urteilsschwäche, doch nannte er zusätzlich eine auffällige Gedächtnisschwäche, was Kraepelin bei der Dementia praecox nie fand. Besonders deutlich wird dieser wenn auch noch so kleine Unterschied bei der von Mendel beschriebenen „agitierten Dementia“. Der Autor beschrieb hier ein von zusammenhanglosen Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen geprägtes Krankheitsbild mit Erregungszuständen. Die außerdem vorhandene Störung in der Orientierung zu Zeit und Person jedoch unterscheidet diesen Symptomenkomplex trotz aller anderen Übereinstimmungen maßgeblich von Kraepelins Dementia praecox. Die funktionelle Demenz unterscheidet sich aufgrund ihrer meist guten Prognose, und die Demenzen durch organische Hirnerkrankungen, nach primären Geistesstörungen sowie zentralen Neurosen aufgrund ihrer Pathogenese so sehr von der Dementia praecox, dass ein Vergleich mit dieser kaum möglich ist.

Zieht man die von Kraepelin definierten Unterformen der Dementia praecox, Dementia praecox paranoides und paranoia-ähnliche Form der Dementia praecox, und seinen Paranoia-Begriff hinzu, so ergeben sich die meisten Gemeinsamkeiten zwischen der „Paranoia“ bei Mendel und der „Paranoia“ bei Kraepelin. Das charakteristischste Symptom der Paranoia bei Mendel, nämlich die beständigen, systematisierten Wahnideen, finden sich bei Kraepelin in den gleichartigen Wahnideen der Paranoia sowie der paranoia-ähnlichen Form der Dementia praecox wieder. Die Wahnideen der Dementia praecox paranoides unterscheiden sich jedoch insofern, als die Wahnvorstellungen zusammen-

hangloser Natur sind. Der wesentliche Unterschied zwischen der von Mendel definierten Paranoia und den von Kraepelin genannten Unterformen der Dementia praecox besteht im Ausgang der Paranoia in einem mäßigeren Grad als dies laut Kraepelin bei der Dementia praecox der Fall ist. Stuporöse Zustände, wie Mendel sie auch bei der Paranoia beschrieb, findet man bei Kraepelin in der Untergruppe der katatonischen Formen der Dementia praecox. Allerdings muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass der Begriff „Katatonie“ in Eulenburgs Realenzyklopädie im Jahr 1895, also zu der Zeit, als Mendel seinen Artikel über Paranoia verfasste, noch gar nicht auftauchte. Einen Artikel zum Stichwort „Katatonie“ findet man vielmehr erst in einem Nachtrageband der Enzyklopädie aus dem Jahr 1906.³¹⁰ Der Autor war hierbei auch nicht Mendel, sondern ein Arzt namens Eschle. Ein großer Unterschied zwischen Mendels Paranoia und der Paranoia sowie der Dementia praecox bei Kraepelin ist außerdem die Tatsache, dass Kraepelin die jeweiligen Krankheiten als hauptsächlich konstitutionell bedingt betrachtete, während Mendel am ehesten psychische oder körperliche Anlässe als Ursache der Krankheit sah. Es sei dabei noch einmal erwähnt, dass auch Kraepelin psychische Momente als Auslöser der Krankheit anerkannte, insgesamt jedoch um eine klare Differenzierung zu „psychogenen Erkrankungen“ bemüht war. Auch das von Mendel bei der Paranoia beschriebene Symptom des Dissimulierens der Wahnvorstellungen findet man weder bei Kraepelins Dementia praecox noch bei der von ihm definierten Paranoia. Die beiden verschiedenen Paranoia-Begriffe (bei Mendel und bei Kraepelin) unterscheiden sich außerdem letztendlich in zwei Gebieten. Zum einen ist dies der Ausgang der Erkrankung. Während Kraepelin diesen als unheilbaren, aber mäßigen Schwachsinn beschrieb, fand Mendel bei den akuten Formen von Paranoia simplex und Paranoia hallucinatoria Fälle von Heilung. Die übrigen Formen endeten auch hier in mäßigem Schwachsinn. Zum zweiten träten laut Kraepelin bei der Paranoia keine Willensstörungen auf, während dies nach Mendel möglich sei. Diese Fälle sind dann wiederum eher der Dementia praecox zuzuteilen.

Man erkennt also unschwer, dass es den zeitgenössischen Psychiatern nicht leicht fiel, eine einheitliche Diagnosestellung für einen solchen Symptomenkomplex zu finden. Es wird ebenso deutlich, dass Kraepelin anhand der Definition seiner Dementia praecox um Ordnung in diesem Chaos der Diagnosen bemüht war.

³¹⁰ Eschle (1906), S. 296.

5.3.2.2 Die Krankheitsbilder „Primäre Verrücktheit“ und „Epileptisches Irresein“ bei Krafft-Ebing

Ein weiterer bedeutender Psychiater zur Zeit Kraepelins war Dr. Richard von Krafft-Ebing. Betrachtet man sein „Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für practische Ärzte und Studirende“ von 1879/1880 im Hinblick auf die Einteilung von Krankheitsbildern, die Symptome von Kraepelins Dementia praecox enthalten, so stößt man hauptsächlich auf die Begriffe „primäre Verrücktheit“ und „Epileptisches Irresein“. Die unter diesen Krankheitsbildern zusammengefassten Symptomenkomplexe weisen je nach Form mehr oder weniger Parallelen zu Kraepelins Dementia praecox auf. Nachdem Person und Werk Krafft-Ebings im Folgenden kurz dargestellt worden sind, wird auf diese Erkrankungen sowie auf die Einteilung psychiatrischer Krankheiten anhand von Krafft-Ebings Lehrbuch genauer eingegangen werden. Denn dieses Lehrbuch war eines der bedeutendsten jener Zeit und ist für vorliegende Arbeit insofern von besonderer Bedeutung, als sich ein Exemplar davon in der Bibliothek der Kuranstalt Bellevue befand. Dass die Kreuzlinger Ärzte sich mit dem Werk auseinandergesetzt haben, darauf deuten mit Bleistift unterstrichene Stellen in dem Buch hin.

Person und Werk Krafft-Ebings³¹¹

Richard Freiherr von Krafft-Ebing wurde am 14. August 1840 in Mannheim geboren. Er absolvierte sein Studium der Medizin in Heidelberg und Zürich und wurde 1863 in Heidelberg promoviert. Nach einer fünfjährigen Assistenzarztzeit in der Irrenanstalt Illenau praktizierte er bis zum Antritt seiner Professur 1872 an der Universität Straßburg als Nervenarzt in Baden. Einem Ruf nach Graz folgend, arbeitete er dort bis 1889 als Professor der Psychiatrie und als Direktor der Landesirrenanstalt. Noch im gleichen Jahr trat er die Nachfolge Leidesdorfs an der I. psychiatrischen Klinik in Wien an. 1892 war er dann als Nachfolger Meynerts an der II. psychiatrischen Klinik bis zu seiner Pensionierung im Jahre 1902 tätig.

Bei seinem Tod am 22. Dezember 1903 hinterließ Krafft-Ebing mehrere bedeutende Werke auf den Gebieten der Psychiatrie, Kriminalpsychologie und der Neurologie. Am bekanntesten ist heute noch seine „Psychopathia sexualis“ (erste Auflage 1886).

³¹¹ Alle Informationen hierzu aus BLÄ (1962).

Krafft-Ebings psychiatrische Nosologie

Der Begriff Dementia praecox tauchte bei Krafft-Ebing direkt natürlich nicht auf. Stattdessen nahm er in seinem 1879 verfassten „Lehrbuch der Psychiatrie“ eine recht ausführliche Einteilung der psychiatrischen Erkrankungen vor. Unter diesen fanden sich dann auch solche Krankheitsbilder, die sich in vielen Symptomen mit der Dementia praecox überschneiden, in anderen allerdings auch deutlich von ihr abwichen. Es sei hierbei besonders auf die Krankheitsbilder „primäre Verrücktheit“ und „epileptisches Irresein“ hingewiesen.

Das „Lehrbuch der Psychiatrie“ bestand aus drei Bänden mit jeweils über 200 Seiten, die folgendermaßen gegliedert waren: Während der erste Band sich hauptsächlich mit Beschreibungen und Erläuterungen zu den verschiedenen psychiatrischen Phänomenen wie Halluzinationen, sprachlichen, motorischen oder ähnlichen Störungen befasste, erstellte Krafft-Ebing im zweiten Band dieses Werkes eine Einteilung und Definition der verschiedenen Symptomenkomplexe und zeigte außerdem Möglichkeiten der Diagnosefindung sowie Therapiemaßnahmen auf. Der dritte Band enthält schließlich verschiedene Kasuistiken zu den einzelnen Krankheitsbildern. Besonders relevant im Hinblick auf die Einteilung der verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen nach Krafft-Ebing war das erste Kapitel des zweiten Bandes.

Aufgrund vieler Untersuchungen glaubte Krafft-Ebing, dass psychiatrische Krankheiten, wenn sie durch gleiche Faktoren wie zum Beispiel konstitutioneller oder erblicher Art bedingt sind, ähnliche Grundzüge in ihren Symptomen zeigten. Er wählte deshalb als Einteilungsprinzip der psychiatrischen Krankheiten maßgeblich das der Ätiologie. Auf diesem Prinzip basierend, definierte der Arzt nun zwei Grundstörungen, denen er die einzelnen psychiatrischen Krankheiten zurechnete - die Gruppe der „Psychoneurosen“ und die der „psychischen Entartungen“. Diese beiden Gruppen unterschieden sich in Ätiologie und in gewissen Eigentümlichkeiten in Entstehung, Verlauf und Symptomgruppierung. Als „Psychoneurosen“ bezeichnete Krafft-Ebing „parasitäre, zufällig erworbene Erkrankungen von Individuen, deren cerebrale Funktionen bisher normal von Statten gingen“³¹², wobei er deren Entwicklung als eine allmähliche bezeichnete. Zum besseren Verständnis muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass Krafft-Ebings Begriff

³¹² Krafft-Ebing (1879/80).

der „Psychoneurosen“ nicht mit dem heutigen übereinstimmt. Der Autor verstand darunter das gleichzeitige Vorliegen einer Psychose im Sinne von Irresein als auch einer Neurose im Sinne einer körperlichen Störung. Insofern umfasste der Begriff nach Krafft-Ebing auch die Krankheitsbilder Melancholie, Manie sowie erworbene Schwachsinnsformen. Betrachtet man im Vergleich dazu Kraepelins Definition der *Dementia praecox*, so findet man hier eine Abweichung der einzelnen Konzepte: Kraepelin nämlich beobachtete bei seinen Patienten konstitutionell bedingte Veränderungen in deren Wesen, oft schon lange vor dem Ausbruch der eigentlichen Krankheit, obwohl auch bei ihm die Krankheitsentwicklung in einigen Fällen langsam vor sich ging. Einen typischen Ablauf der Krankheit, eine geringe Vererbungsneigung, sowie eine Neigung zu Genesung und Rezidivseltenheit, wie Krafft-Ebing sie für die Psychoneurosen beschrieb, kamen bei Kraepelin ebenso wenig vor. Ganz im Gegenteil dazu fand dieser in bis zu 70 % der Fälle einen erblichen Zusammenhang mit der Krankheit, sowie einen untypischen, schwankenden Verlauf mit hoher Rezidivrate und geringer Tendenz zur Heilung. Des Weiteren beschrieb Krafft-Ebing eine enge zeitliche Begrenzung und somit eine scharfe Trennung zwischen krankem und gesundem Zustand beim Auftreten von Psychoneurosen, was für Kraepelins *Dementia praecox* auch nicht zutrifft, da deren Verlauf meist ein jahrelanger und nicht immer sicher von gesunden Zuständen abzugrenzender war. Auch im Hinblick auf die Art der Wahnideen ergeben sich Unterschiede für beide Krankheitsformen: Während Krafft-Ebing logische, aber aus falscher Interpretation der Umgebung entstandene, mit der Stimmung der Kranken kongruente Wahnideen bei den Psychoneurosen schilderte, waren die Wahnideen von Kraepelins *Dementia praecox* Patienten von zusammenhangloser, ständig den Inhalt wechselnder Natur. Ein weiterer Unterschied bestand in der Handlungsweise der Patienten bei den beiden Krankheitsbildern. Diese war bei den Psychoneurosen Krafft-Ebings eine meist motivierte, wohingegen Kraepelins *Dementia praecox* Patienten meist jeder Beweggrund für ihr somit eher triebhaft gesteuertes Handeln fehlte. Zusätzlich unterschied Krafft-Ebing bei den Psychoneurosen noch so genannte primäre von sekundären Störungen: Hierbei fasst er unter primären Störungen die Melancholie, die Manie und die Stupidität zusammen. Bei ausbleibender Heilung entstanden seiner Definition nach die sekundären Störungen, die er durch gemütlliche Abstumpfung, Zerfall der Persönlichkeit und des logischen Denkens charakterisierte.

In diesen Endzuständen von Krafft-Ebings Psychoneurosen ergeben sich nun doch Parallelen zum Erscheinungsbild von Kraepelins Dementia praecox, jedenfalls im Hinblick auf die Melancholie. Dieser Sachverhalt bestätigt sich ja auch in Bezug auf die Binswangersche Anstalt, wie in Kapitel 5.4.1 dieser Dissertation beschrieben: Die Zunahme der Diagnose Dementia praecox ging hier mit einer Abnahme der Diagnosen Melancholie und Manie einher. Betrachtet man jedoch die jeweilige Ätiologie dieser Zustände (der Dementia praecox bei Kraepelin und den sekundären Störungen bei Krafft-Ebing), so findet man bei Kraepelin diese als ein eigenständiges Krankheitsbild vorkommend, während Krafft-Ebing sie an dieser Stelle als Endzustände der Melancholie, Manie oder Stupidität bezeichnete.

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass Kraepelins Begriff der Dementia praecox nur bedingt mit der Gruppe der Psychoneurosen verglichen werden kann, wobei gewisse Ähnlichkeiten eindeutig vorhanden sind. Insofern kommt dennoch der weiteren Gruppierung Krafft-Ebings, den psychischen Entartungen, eine besondere Rolle zu, die im folgenden Abschnitt erörtert werden soll.

Unter der Krankheitsgruppe dieser psychischen Entartungen verstand Krafft-Ebing konstitutionelle, meist hereditär bedingte Krankheiten, deren Auslöser oft „Gelegenheitsursachen“³¹³ wie zum Beispiel auch physiologische Lebensphasen wie Pubertät oder Meneses, bildeten. Diese Definition findet einige Übereinstimmung mit der von Kraepelins Dementia praecox, da auch er allem voran konstitutionelle und auch erbliche Disposition sowie Auslösung der Erkrankung durch kleine physiologische Ereignisse, wie zum Beispiel Menstruation oder Schwangerschaft, postulierte. Auch akute körperliche Erkrankungen können als Auslöser in beiden Konzepten gefunden werden. Allerdings nannte Kraepelin zusätzlich Gefangenschaft als auf den Ausbruch der Krankheit begünstigend wirkendes Moment. Den Ablauf solcher psychischen Entartungen konnte Krafft-Ebing nur schwer definieren, da er seiner Beobachtung nach sehr variabel und unberechenbar sei, wobei nur selten Genesung, dafür aber häufig Rezidive und Entwicklung schwerer Krankheitszustände mit oft lebenslangem Verlauf die Regel seien. Auch unter diesen Gesichtspunkten stimmt Kraepelins Definition der Dementia praecox weitgehend überein. Besonders die Entwicklung eines schweren psychischen Schwä-

³¹³ Krafft-Ebing (1879/80), Seite 4.

chezustandes war bei Kraepelin für die Diagnose der Dementia praecox charakteristisch. Heilung konnte er äußerst selten beobachten, Rezidive häufig.

Die Wahnideen seiner Patienten mit psychischen Entartungen bezeichnete Krafft-Ebing als märchenhaft und ohne jede Logik. Ebenso beschrieb Kraepelin bei seiner Dementia praecox zusammenhangslose, ständig ihren Inhalt wechselnde Wahnideen. Krafft-Ebing bemerkte bei seinen Kranken außerdem oft ein seltsames „Gemisch aus Lucidität und krankhafter Verkehrtheit [...] bis zur Krankheitseinsicht“³¹⁴. Was eine zumindest teilweise Krankheitseinsicht anbelangt, so fand auch Kraepelin, dass viele seiner Patienten ihren Gesundheitszustand als verändert empfanden, wenngleich sie dabei auch keine tiefere Einsicht in ihre wirkliche Situation erlangten. In Bezug auf die Handlungen seiner Patienten stellte Krafft-Ebing fest, dass diese von seinen Patienten in der Regel impulsiv ausgeführt wurden. In der gleichen Weise konnte sein Kollege Kraepelin bei Patienten mit Dementia praecox feststellen, dass deren Willensantriebe geschwächt und damit nur noch Impulsen folgende Handlungen möglich seien, wobei den Kranken die Einsicht in ihr Handeln fehle.

Aus oben dargestellten Gründen wird deutlich, dass ein Symptomenkomplex wie Kraepelins Dementia praecox bei Krafft-Ebing zur Gruppe der psychischen Entartungen gerechnet werden müsste. Um im Weiteren herauszufinden, inwieweit auch Krafft-Ebing ein solches Krankheitsbild beschrieb, ist es hilfreich, die weitere Einteilung der psychischen Entartungen in verschiedene Krankheiten zu untersuchen. Aufgrund der größeren Bedeutung dieser Untersuchung soll diese im Folgenden in einem gesonderten Abschnitt abgehandelt werden.

Die „psychischen Entartungen“

In Krafft-Ebings Lehrbuch findet man eine Einteilung der psychischen Entartungen nach negativen und positiven Merkmalen der Symptomgruppierung, aufgrund derer der Arzt folgende fünf Typen unterschied.

³¹⁴ Krafft-Ebing (1879/80), Band 2; Seite 5 und 6.

Das constitutionell affektive Irresein

Als erste Variante der „Psychischen Entartungen“ definierte er hierbei das „constitutionell affektive Irresein (Folie raisonnante)“.³¹⁵ Geprägt sei dieses Krankheitsbild hauptsächlich durch affektive Erscheinungen, die im Wesentlichen stabil und rein formaler Art seien. Krafft-Ebing unterschied hierbei zwei Hauptformen – die Melancholie und die Manie. Die Beschreibung dieser Erkrankungen als rein formale Störungen im Vorstellen ohne Wahnideen oder Sinnestäuschungen zeigt jedoch, dass unter dieser Gruppe kein der Dementia praecox ähnlicher Symptomenkomplex enthalten sein kann.

Das moralische Irresein

Diese Art der psychischen Erkrankung beschrieb Krafft-Ebing als einen auf fehlender Fähigkeit zu ethischen Vorstellungen basierenden Defekt. Als Symptome zeigten sich eine Unfähigkeit zur Urteilsfällung auf moralischer Grundlage, eine Abstumpfung gegenüber altruistischen Gefühlen, eine so genannte „sittliche Farbenblindheit, [...] Herzenskälte“³¹⁶, was zumeist in Egoismus und schließlich in Kriminalität ende. Auch hier fehlten jedoch, wie Krafft-Ebing ausdrücklich formulierte, die für Dementia praecox bezeichnenden Erscheinungen wie Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen. Dies lässt den Schluss zu, dass es sich auch bei dieser Symptomkonstellation nicht um ein der Dementia praecox vergleichbares Krankheitsbild handelt.

Das aus konstitutionellen Neurosen entstandene Irresein

Hierbei handelte es sich um aus Epilepsie, Hysterie oder Hypochondrie entwickelte Geisteskrankheiten. Rein phänomenologisch beschrieb Krafft-Ebing unter den psychischen Störungen bei Epileptikern Krankheitsbilder, die dem Kraepelinschen Bild der Dementia praecox ähnlich waren. Die Abgrenzung wird jedoch durch das Vorhandensein von Anfällen sowie den oft temporären Charakter der psychischen Störungen (z.B. bei Epilepsie im Gegensatz zur Dementia praecox) ziemlich eindeutig.

Das periodische Irresein

Unter diesem Krankheitsbild verstand Krafft-Ebing hauptsächlich zwei Krankheitsformen – Psychosen und Delirien. Die Psychosen unterteilte er weiter in maniakalische,

³¹⁵ Krafft-Ebing (1879/80), Band 2; Seite 8.

³¹⁶ Krafft-Ebing (1879/80), Band 2; Seite 65.

melancholische und zirkuläre Formen. Den Verlauf dieses Krankheitsbildes beschrieb Krafft-Ebing als eine periodisch wiederkehrende Reihe von Anfällen, die immer von ähnlicher Art seien. An dieser Stelle kann keine eindeutige Kongruenz zum Verlauf einer Dementia praecox gefunden werden, da diese zwar in Rezidiven wiederkehrt, die Anfälle in ihrer Art jedoch variieren können. Vorwiegend betroffen sei beim periodischen Irresein die Affektivität der Kranken, wobei die Störungen sich auf formales Gebiet beschränkten. Inhaltliche Störungen wie Wahnideen oder Sinnestäuschungen konnte Krafft-Ebing bei den Patienten nicht finden. Auch hier ist Kraepelins Konzept der Dementia praecox nicht vergleichbar, denn Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen prägten bei der Dementia praecox das Bild, während Affekte meist völlig verflachten.

Im Intervall zeigten Patienten mit periodischem Irresein eine neuropathische Konstitution, Teilerscheinungen von Neurosen wie Hysterie oder Epilepsie, sowie als Folgesymptome der Anfälle mit sekundärer Hirnveränderung Reizbarkeit, gemütliche Abstumpfung und psychische Schwäche. Hier kann eine stückweise Übereinstimmung mit Kraepelins Dementia praecox gefunden werden. Besonders Reizbarkeit, gemütliche Abstumpfung und psychische Schwäche als Endzustand seien laut Kraepelin besonders charakteristisch. Allerdings zeigten seine Patienten diese Symptome nicht nur im Intervall, sondern sowohl im akuten Anfall, als auch als dauerhafter Endzustand. Teilerscheinungen von Neurosen wie Hysterie und Epilepsie in Form von Anfällen und Krämpfen konnte Kraepelin auch finden, weshalb ihm die genaue Differentialdiagnose zwischen diesen und der Dementia praecox wichtig war.

Die primäre Verrücktheit

Am meisten Gemeinsamkeiten dürfte wohl diese von Krafft-Ebing definierte Krankheitsform mit Kraepelins Dementia praecox haben. Im folgenden Teil soll ausgeführt werden, weshalb dem so ist. Zunächst unterteilte Krafft-Ebing diese Form der psychischen Entartung in zwei weitere Untergruppen – die primäre Verrücktheit in Wahnideen und die primäre Verrücktheit in Zwangsvorstellungen.

1. Die primäre Verrücktheit in Wahnvorstellungen

Den Ursprung dieser Krankheit als primär bezeichnend, betonte Krafft-Ebing die Abgrenzung zur sonstigen zeitgenössischen Lehrmeinung, dieses Krankheitsbild entstehe

sekundär aus einer anfänglich affektiven Störung wie Melancholie oder Manie. Als Ätiologie dieses Krankheitsbildes nahm Krafft-Ebing vor allem erbliche Belastung an. Disponierend wirkten sämtliche Arten der Hirnschädigung und Schädelmissbildungen, sowie konstitutionelle Faktoren. Auslöser der Krankheit seien häufig physiologische Lebensphasen. Es seien die Eigenheiten des Charakters, welcher in vielen Fällen schon von Kindheit an ein verschrobener gewesen sei, die die Krankheit in ihrer Ausgestaltung maßgeblich formten. So seien besonders die Wahnideen häufig von der Persönlichkeit des einzelnen Patienten gefärbt. Was die Symptomkonstellation und den Verlauf des Krankheitsbildes der primären Verrücktheit angeht, so beschrieb Krafft-Ebing ein Inkubationsstadium, ein Stadium der vollen Entwicklung sowie ein darauf folgendes Stadium der Transformation.

Das Inkubationsstadium zeichne sich dadurch aus, dass der Patient bei richtiger Wahrnehmung der Außenwelt diese entsprechend seiner charakterologischen Individualität interpretiere und in Beziehung zu seinem persönlichen Leben setze. Es geschehe dies jedoch für den Patienten völlig unbewusst. Der Übergang vom Inkubationsstadium ins Stadium der vollen Entwicklung ging nach Krafft-Ebings Beobachtung in den meisten Fällen allmählich vonstatten. Den wesentlichen Teil dieses folgenden Stadiums bildeten laut Krafft-Ebing hauptsächlich Wahnvorstellungen als Kern der Erkrankung. Diese seien meist systematisierte Gebilde von märchenhafter, bizarrer Gestalt mit Ursprung in Träumen oder Freizeitbeschäftigungen der Kranken. Im krassen Gegensatz dazu würden sie von den Kranken in der Regel jedoch emotions- und kritiklos vorgetragen. Gleichzeitig fehle den Patienten jegliche Motivation für diese Wahnbildungen. Überhaupt gehe den Kranken zunehmend ihre Fähigkeit zu echten Gefühlen verloren, wobei das logische Denken allerdings weiterhin intakt sei. Als Quelle der Wahnbildungen dienten den Patienten nach Krafft-Ebing zahlreiche Sinnestäuschungen, die am häufigsten als Gehörs-, aber auch als Gefühls-, Gesichts-, Geschmacks- und Geruchstäuschungen zutage träten. Den Kranken selbst erschienen diese Halluzinationen fremd, überraschend und vollkommen unverständlich. Als seltene Komplikation der Krankheit beobachtete Krafft-Ebing gleichermaßen aus Sinnestäuschungen resultierende Zwangsvorstellungen. Der Inhalt des Wahnes stimme trotz aller individuellen Färbungen durch die unterschiedlichen Charaktere der Patienten insofern in allen Fällen überein, als es sich immer um entweder einen Beeinträchtigungs- oder um einen Größenwahn handele. Diese bei-

den Inhalte (Beeinträchtigungs- und Größenwahn) kämen sowohl nebeneinander, als auch isoliert oder nacheinander auftretend vor, was sich besonders im folgenden Stadium der Transformation zeige. Unter diesem Stadium verstand Krafft-Ebing das Phänomen, dass die beiden inhaltlich unterschiedlichen Wahnideen im Krankheitsverlauf eines einzelnen Patienten ineinander übergehen konnten. Allerdings fand er eine solche Wandlung des Wahns nur bei den Patienten, die anfänglich unter Beeinträchtigungs-ideen litten. So fühlten sich diese im Verlauf einer derartigen Transformation zunehmend selbstbewusster, was für sie im Rahmen eines manifesten Größenwahns in dem Glauben gipfelte, eine ausgezeichnete Persönlichkeit zu sein.

Hauptmerkmal der Erkrankung waren für Krafft-Ebing die Wahnvorstellungen, und er teilte die primäre Verrücktheit anhand der beiden unterschiedlichen Wahnformen in zwei weitere Untergruppen ein: Er unterschied also eine primäre Verrücktheit mit Beeinträchtigungs- und Querulantenwahn von einer mit religiösem und erotischem Größenwahn.

Die Patientengruppe mit Beeinträchtigungswahn leide im Inkubationsstadium vor allem unter der Vorstellung, von ihren Mitmenschen beobachtet, verfolgt und verspottet zu werden. In der Folge würden diese Kranken zunehmend misstrauisch und zögen sich immer mehr zurück. Es folge ein meist allmählicher Übergang ins Stadium der vollen Entwicklung, in dem die Wahnbildungen zur Gewissheit würden und die Kranken sich zusätzlich durch Sinnestäuschungen, vor allem in Form von Stimmenhören, aber auch als taktile und seltener optische Halluzinationen, verfolgt fühlten. Krafft-Ebing meinte, der Inhalt dieser Wahnvorstellungen würde hauptsächlich durch ätiologische Momente geprägt. Sei dieses ätiologische Moment beispielsweise sexueller Art wie Uterinleiden oder Klimakterium, so ergebe sich meist eine sexuelle Färbung der Wahnideen. Weitere ätiologische Momente sah er in Masturbation oder akuten körperlichen Krankheiten. Als Reaktion auf diese Beeinträchtigungen beobachtete Krafft-Ebing bei den Kranken affektive Zustände. Diese unterschieden sich insofern von denen der Melancholie oder Manie, als es sich hierbei um unmotivierte Gefühlszustände handele. Die Kranken wüssten nicht, warum sie verfolgt würden, während zum Beispiel der Melancholiker aus mangelndem Selbstwertgefühl eine solche Verfolgung für gerechtfertigt halten würde. Die Handlungen solcher Patienten seien laut Krafft-Ebing als logische Reaktionen auf die Verfolgung zu verstehen. Im Verhalten seien die Kranken zunächst passiv, neigten

aber bei zunehmender Unerträglichkeit ihres Verfolgungszustandes zu mitunter gefährlichen Aktionen wie Morden oder ähnlichem. Das Ende der Krankheit bilde entweder ein psychischer Schwächezustand, oder aber es finde, wie Krafft-Ebing in einem Drittel der Fälle beobachten konnte, eine Transformation des Verfolgungswahns in Größenideen statt. Eine solche Transformation geschehe meist allmählich, und die entstehenden Größenideen zeigten meist einen stabilen, systematischen Charakter.

Ähnlich dieser Grundform der Erkrankung unterschied sich der von Krafft-Ebing beschriebene Querulantenwahn lediglich insofern von dieser, als die Verfolgungsgedanken der Kranken sich hier anstatt auf vitale eher auf rechtliche Interessen bezögen. Bei zunehmender ethischer Verkümmerng fühlten sich diese Patienten meist aufgrund eines mehr oder weniger bedeutenden Rechtsstreites benachteiligt und begännen, mit unverschämt überzogenen Ansprüchen für ihr vermeintliches Recht zu kämpfen.

Als Therapie der primären Verrücktheit in Beeinträchtigungsideen bot Krafft-Ebing bei Erregungszuständen Bromkali, Hydrotherapie, Strom und subkutane Morphininjektionen an. Zum Schutz der Patienten vor dem Spott der Außenwelt und zur Ablenkung von Träumereien sah er die Unterbringung in einer Anstalt und bei Querulantenwahn eine Entmündigung vor.

Das Inkubationsstadium der Patientengruppe mit religiösem oder erotischem Größenwahn sei gekennzeichnet durch hypochondrische und hysterische Erscheinungen. Sie vernachlässigten ihre sozialen Pflichten und vertieften sich stattdessen, im Fall des religiösen Wahns, in religiöse Schriften oder glaubten sich, obwohl von eigentlich eher scheuem Wesen, im Falle des erotischen Wahns von einer für sie unerreichbaren Person heimlich geliebt. War die Erkrankung durch akute körperliche Störungen oder sexuelle Exzesse ins Stadium der vollen Entwicklung getreten, fand Krafft-Ebing zunächst Halluzinationen, die von anfänglichen Visionen bis zum Stimmen hören selbst in späten Stadien der Krankheit reichten. Der Inhalt dieser Halluzinationen sei je nach Form der Verrücktheit geprägt von der Vorstellung Welterlöser, Gottesgebälerin oder von einer unerreichbaren Person geliebt zu sein. Aus diesen Halluzinationen resultiere die letztendliche Ausgestaltung der Wahngebäude. Das Handeln der Patienten richte sich nach dem Wahn, und während die Kranken sich anfangs eher beobachtend und passiv verhielten, seien im späteren Verlauf aktive Verhaltensweisen gemäß dem Wahn die Regel,

wodurch die Patienten meist ihre Gesellschaftsfähigkeit verlören. Bemerkenswert fand Krafft-Ebing den für an religiösem Größenwahn Erkrankten typischen Verlauf mit Wechsel zwischen Zeiten maßloser Begeisterung einerseits und Zeiten tiefsten Zweifels und Zerknirschung andererseits. Krafft-Ebing beschrieb den Krankheitsverlauf insgesamt als von Exazerbationen und Remissionen geprägt.

Den Ausgang der primären Verrücktheit bilde ein psychischer Schwächezustand, in dem die Wahnideen, besonders bei der religiösen Art des Größenwahns, nicht mehr als leere Phrasen seien. Genesung konnte er nicht beobachten.

Insgesamt bezeichnete Krafft-Ebing den Verlauf der primären Verrücktheit als subakut oder chronisch, gekennzeichnet von unvermittelt auftretenden Exazerbationen und Remissionen. In Zeiten der Exazerbation beschrieb er, zusätzlich zu den psychischen Symptomen wie Verbigeration, Erregungs- oder Stuporzustände gewisse somatische Erscheinungen wie beispielsweise Schlaflosigkeit, Salivation, und ähnliches. Als Endzustand der Krankheit beschrieb er bei längerer Dauer der Erkrankung den regelmäßigen Ausgang in psychische Schwächezustände mit gemüthlicher Stumpfheit und Verblassen der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen. In einigen Fällen konnte er aber Genesung beobachten, wobei dieser günstige Ausgang vor allem bei Kranken mit Größenwahn oder akutem Einsetzen der Erkrankung auftrat.

2. Die primäre Verrücktheit in Zwangsvorstellungen

Diese Form der primären Verrücktheit unterscheidet sich vor allem darin von der mit Wahnvorstellungen, dass die psychischen Störungen rein formaler Natur seien, während das inhaltliche Denken ungestört sei. Auch seien sich diese Patienten der Krankhaftigkeit ihrer Zwangsvorstellungen bewusst. Der Inhalt dieser Zwangsvorstellungen könne entweder immer derselbe sein oder aber auch von Zeit zu Zeit wechseln. Häufig sei dieser Inhalt religiöser Art, wobei Krafft-Ebing außerdem des öfteren einen Grübelzwang, sowie vor allem gegen später ausgeprägte Berührungsangst fand. Den Verlauf beschrieb Krafft-Ebing als von Exazerbationen und Remissionen geprägt, jedoch niemals als progressiv. Psychische Schwächezustände oder inhaltliche Denkstörungen wie Wahnbildungen und Sinnestäuschungen kämen niemals vor.

In Anbetracht dieser Symptome wird deutlich, dass dieses Krankheitsbild mit Kraepelins Dementia praecox nichts gemein hat und insofern für diese Arbeit von geringem Interesse ist.

3. Vergleich der Krankheitsbilder primäre Verrücktheit und Dementia praecox

Nach der Veranschaulichung von Krafft-Ebings Konzept für die Symptomanordnung sowie für Verlauf und Gliederung der primären Verrücktheit, insbesondere bei der primären Verrücktheit in Wahnideen, lässt sich nun ein Vergleich mit dem Konzept Kraepelins anstellen, was Verlauf und Symptome seiner Dementia praecox anbelangt. Dabei wurde vor allem die primäre Verrücktheit in Wahnideen aufgrund ihrer größeren Ähnlichkeit mit der Dementia praecox zum Vergleich herangezogen.

In Bezug auf Ursprung und Ätiologie der Krankheit, so findet man beim Vergleich, stimmen die beiden Konzepte (primäre Verrücktheit in Wahnideen und Dementia praecox) größtenteils überein: Das Bestreben Krafft-Ebings, diese Form der Verrücktheit ausdrücklich als primäre, und nicht sekundär aus Melancholie und Manie entstandene Erkrankung zu definieren, deckt sich mit der Auffassung Kraepelins, dem eine Abgrenzung von Melancholie und Manie als Differentialdiagnose zur Dementia praecox wichtig war. Auch wurden erbliche Belastung, häufige Assoziation der Krankheit mit körperlichen Anomalien wie Schädelmissbildungen sowie eine gewisse Einflussnahme des persönlichen Charakters der einzelnen Patienten von beiden Autoren beobachtet. In letzterem Punkt stimmten die beiden jedoch nur insofern überein, als beide Auffälligkeiten verschrobener Art schon von Kindheit an bei ihren Patienten beobachtet hatten. Mehr noch als Kraepelin beharrte Krafft-Ebing jedoch auf der Tatsache, dass hauptsächlich die Eigenheiten des Charakters die Krankheit in ihrer Ausgestaltung formten. Sowohl physiologische Lebensphasen wie Pubertät oder Klimakterium, wie auch akute körperliche Erkrankungen sahen beide Ärzte als auslösende oder die Symptome intensivierende Momente.

Auch bei Verlauf und Symptomenkomplex weisen die beiden Konzepte Gemeinsamkeiten auf: Es sei hierbei zunächst auf den stadienartigen Verlauf hinzuweisen, den beide Ärzte beschrieben. Krafft-Ebings „Inkubationsstadium“ wie auch Kraepelins „Einleitungsstadium“ beinhalten eine gesteigerte Aufmerksamkeit der Patienten in Bezug auf die Umwelt, wobei diese von den Kranken falsch interpretiert werde. So be-

schrieb Krafft-Ebing, dass seine Patienten ihre gesamte Umwelt in Beziehung zu ihrem persönlichen Leben setzten, wobei diese Vorstellung bei den Kranken Affekte auslösen könne. Kraepelin hingegen beobachtete bei seinen Patienten eher wohl aus denselben Gründen resultierende depressive Verstimmungen mit begleitenden somatischen Beschwerden, sowie als Folge davon zunehmende Zurückgezogenheit und Gereiztheit. Diese Affektbesetzungen scheinen den bei Krafft-Ebing als Reaktion auf die vermeintliche Bezugnahme der Umwelt auf das Leben des Patienten beschriebenen ähnlich zu sein. Auf dieses Inkubations- oder Einleitungsstadium folgte nach beiden Konzepten der Ausbruch der eigentlichen Krankheit, in beiden Fällen getriggert durch akute körperliche Erkrankungen oder physiologische Lebensphasen. Beide Autoren beschrieben hierbei in den meisten Fällen einen allmählichen Übergang, wobei jeweils auch plötzliche Ausbrüche vorkamen. Wahnbildungen und Sinnestäuschungen bildeten nach Auffassung beider Autoren die charakteristischen Hauptsymptome der Erkrankung. Es ergeben sich auch bei näherer Betrachtung dieser Hauptsymptome weitere Gemeinsamkeiten: So sind Sinnestäuschungen jeweils in Form von akustischen, optischen, olfaktorischen sowie taktilen Halluzinationen möglich, wobei bei beiden Krankheitsbildern den akustischen Täuschungen die größte Bedeutung zukommt. Die Wahnbildungen sind insofern vergleichbar, als deren hauptsächlichster Inhalt bei beiden Krankheitsbildern sowohl in Verfolgungs- als auch in Größenideen besteht. Hierin stimmt die *Dementia praecox*, bei der Kraepelin einen allmählichen Übergang der anfänglichen Verfolgungsgedanken in Größenwahn beschrieb, am ehesten mit Krafft-Ebings primärer Verrücktheit mit Beeinträchtigungswahn überein. Denn bei dieser Form der primären Verrücktheit beschrieb der Autor ja eine Transformation des Verfolgungswahns zu Größenideen, wohingegen bei der primären Verrücktheit mit Größenwahn keine solche Transformation stattfand. Weitere Übereinstimmungen in der Art der Wahnbildungen finden sich in deren zusammenhangloser Natur. Das gleichgültige Vortragen und die fehlende Einsicht in die Krankhaftigkeit dieses Geschehens findet man abermals sowohl bei Kraepelin als auch bei Krafft-Ebing.

Ein Unterschied zwischen dem Konzept Kraepelins und dem Krafft-Ebings ergibt sich jedoch im Hinblick auf die Einteilung der Erkrankung. Während Krafft-Ebing sein Krankheitsbild anhand des Wahninhaltes in eine Form mit Beeinträchtigungswahn und eine Form mit Größenwahn einteilte, waren für Kraepelin weitere Symptome wie das

Vorkommen von Stupor, das Erkrankungsalter, Neigung zu Manieren und ähnliches für die Einteilung in hebephrene, katatonische und paranoide Formen wichtig. Es fällt hierbei auf, dass Kraepelins Einteilung zudem eine umfassendere ist, denn einige der Symptome, die er beispielsweise der Hebephrenie oder Katatonie zuordnete, erwähnte Krafft-Ebing nicht ausdrücklich als Symptome seiner primären Verrücktheit. Es sei in diesem Zusammenhang besonders hinzuweisen auf das kindisch-läppische Verhalten oder die gezierte Redensweise und verschnörkelten Schriftstücke, die Kraepelin bei seinen an Hebephrenie Erkrankten beschrieb. Auch der bei Katatonie beobachtete Negativismus, die Befehlsautomatie, Katalepsie und Stereotypien wurden von Krafft-Ebing im Zusammenhang mit der primären Verrücktheit nicht genannt. Im Gegensatz also zu Hebephrenie und Katatonie scheint die paranoide Form der Dementia praecox am weitesten mit der von Krafft-Ebing definierten primären Verrücktheit in Wahnideen übereinzustimmen, da auch hier Beeinträchtigungs- und Größenideen dominieren, die Tendenz zu Transformation zeigen.

Betrachtet man den Gesamtverlauf von Dementia praecox einerseits und primärer Verrücktheit andererseits, so findet man wieder viel Gemeinsamkeiten: Beide Ärzte beschrieben für ihr jeweiliges Krankheitsbild einen eher subakuten, von Exazerbationen und Remissionen geprägten Verlauf mit Ausgang in einen psychischen Schwächezustand, während Genesung jeweils nur in seltenen Fällen vorkam. Im Hinblick auf Therapiekonzepte sahen beide Autoren die Unterbringung in Anstalten vor, jeweils zum Schutz und zur Ablenkung der Patienten. Auch Hydrotherapie wurde von beiden Ärzten angewandt. Während Kraepelin jedoch vom Nutzen medikamentöser Therapie nicht besonders überzeugt schien, verwandte Krafft-Ebing, so beschrieb er dies in seinem Lehrbuch, des Öfteren Morphium und Bromkali bei Erregungszuständen.

Zusammenfassung

Beim Vergleich der Lehrmeinungen Kraepelins und Krafft-Ebings stellt sich heraus, dass Teile des Symptomenkomplexes der Dementia praecox bei Krafft-Ebing vor allem im Krankheitsbild der „primären Verrücktheit in Wahnvorstellungen“ gefunden werden können. Verglichen mit Kraepelin erscheinen die Krankheitsbilder bei Krafft-Ebing jedoch insgesamt weniger klar definiert. So grenzte Kraepelin beispielsweise eindeutig (im heutigen Sinne) affektive von schizophrenen Störungen ab, während diese beiden Krankheitsformen bei Krafft-Ebing oft ineinander verflochten dargestellt wurden. Hier-

für spricht unter anderem dessen Einteilung der psychischen Krankheiten in „Psychoneurosen“ und „psychische Entartungen“, bei deren Krankheitsbildern jeweils sowohl schizophrene Störungen in Form von Wahnbildungen als auch affektive Störungen in Form von depressiven oder maniakalischen Verstimmungen auftreten können. Kraepelin hingegen fasste die psychischen Erkrankungen zu insgesamt 13 gleichberechtigten Untergruppen zusammen. Unter diesen fanden sich, einander jeweils als eigenständige Krankheitsbilder getrennt gegenüberstehend, auch schizophrene Erkrankungen wie Dementia praecox und affektive Störungen wie manisch-depressives Irresein.

Im konkreten Vergleich von Dementia praecox mit der „primären Verrücktheit“ findet man als Gemeinsamkeit vor allem Wahnvorstellungen in Form von Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn sowie Sinnestäuschungen. Besondere Übereinstimmung finden hierdurch Kraepelins Dementia praecox paranoides und Krafft-Ebings „primäre Verrücktheit mit Beeinträchtigungs- und Größenwahn“. Allerdings kann man mit den Symptomen der primären Verrücktheit nicht alle Facetten der Dementia praecox erfassen, da diese weit umfassender definiert ist. Hier sind es besonders katatonische und hebephrene Symptome, die bei Krafft-Ebings Definition der primären Verrücktheit im Gegensatz zu Kraepelins Dementia praecox keine Erwähnung finden.

Im Ganzen zeigt sich, dass Kraepelins Einteilung der psychiatrischen Erkrankungen eine klarere und übersichtlichere ist als die Krafft-Ebings. Dies dürfte wohl auch mit der Grund sein, weshalb sich Kraepelins Konzept in der folgenden Zeit allgemein durchsetzte.

5.3.3 Krankenakten „Dementia praecox“ aus der Anstalt Bellevue

Um sich nun ein Bild davon zu machen, wie die Kreuzlinger Ärzte mit der Diagnose Dementia praecox umgingen und besonders auch wie sie die Diagnosestellung handhabten, ist eine genauere Betrachtung einiger Krankenakten aus der Anstalt hilfreich. Für vorliegende Arbeit wurden dazu zwei Akten aus dem Bellevue ausgewählt, in denen als Einweisungsdiagnose „Dementia praecox“ verzeichnet ist. Die Auswahl gerade dieser beiden von den vier insgesamt transkribierten Dementia praecox – Akten beruht auf der Tatsache, dass die Diagnosefindung in diesen Fällen den Ärzten offensichtlich Schwierigkeiten bereitet hatte und die Krankengeschichten insofern von besonderem Interesse sind. Bei den anderen beiden Fällen kommen keine Diagnosenwechsel vor und

es sind auch keine weiteren Dokumente erhalten, die Diskussionen um die Diagnosenstellung enthalten. Anhand dieser Krankengeschichten kann man sehen, dass die Diagnosestellung nicht immer so schwierig war und durchaus auch Fälle vorkamen, bei denen die Ärzte sich über die Definition der Erkrankung einig zu sein schienen. Zur Veranschaulichung der Fälle, in denen die Diagnosefindung jedoch keineswegs so einfach war, dient folgendes Kapitel, in dem zwei solcher Krankengeschichten vorgestellt werden sollen.

I. Ein Fall von Dementia praecox paranoides

Die Auswahl der Akte mit der Nummer 2410 geschah unter anderem aufgrund der Tatsache, dass Smidt sie mit einem „K**“ gekennzeichnet hatte. Er zeigte damit, dass er die Akte für besonders interessant hielt. Sie ist darüber hinaus auch im Hinblick auf die Diagnose für diese Arbeit von speziellem Interesse, denn es handelt sich um eine an „Dementia praecox paranoides“ erkrankte Patientin namens *Emmy Haller*, die vom 13.03.1907 bis zum 16.11.1907 in der Anstalt Bellevue verweilte. Gerade bei dieser Art der Dementia praecox ist die Diagnosefindung recht differenziert (auch bei der Patientin findet man mehrere Diagnosewechsel in der Vorgeschichte), und es ist insofern besonders wichtig nachzuvollziehen, anhand welcher Kriterien die Kreuzlinger Ärzte eben diese Diagnose stellten und in welchen Zusammenhang ihre Diagnosestellung mit zeitgenössischen Lehrmeinungen gebracht werden kann. Dieser Veranschaulichung soll das folgende Kapitel dienen.

Aktenmaterial

Zunächst soll kurz der Inhalt der bearbeiteten Akte beschrieben werden: Ein zentrales Dokument ist die Krankengeschichte, die von Robert Binswanger und seinem Kollegen Otto von Holst während des Aufenthalts der Patientin in der Anstalt handschriftlich geführt wurde. Der erste Eintrag findet sich am 28. März 1907, der letzte leider schon am 15. August – gut drei Monate, bevor die Patientin die Anstalt verließ. Ansonsten sind die Einträge jedoch regelmäßig und enthalten aufschlussreiche Beschreibungen des körperlichen und psychischen Befindens der Patientin. Des Weiteren gibt es ein ebenfalls handschriftliches Tagebuch, das von der Wärterin vom zwölften März bis zum 16. August geführt wurde. Es enthält z. T. Speisepläne der Kranken, schildert aber auch recht anschaulich ihre Tagesabläufe. Insgesamt sind die Eintragungen sehr ausführlich

und gewissenhaft gemacht. Aus der Zeit vor dem Aufenthalt in Kreuzlingen findet man die Abschrift einer Krankengeschichte in Maschinenschrift aus einer Ahrweiler Klinik. Es handelt sich dabei um eine private Heil- und Pflegeanstalt für Gemüts- und Nervenranke, in der sich die Patientin vor ihrem Eintritt ins Bellevue einige Zeit aufhielt. Diese Krankengeschichte enthält erste Diagnosestellungen sowie Schilderungen von Symptomen. Auch sind in der Akte vielerlei Briefe vorhanden. So findet sich darunter der maschinenschriftliche Einweisungsbrief des Herrn Professor Hoffmann³¹⁷, einem niedergelassenen Facharzt für Innere- und Nervenkrankheiten aus Düsseldorf, dem Frau Haller als langjährige Patientin wohl bekannt war. Von Ahrweiler Ärzten sind zwei jeweils handschriftliche Briefe unter dem Aktenmaterial zu finden: einer von Dr. Carl von Ehrenwall³¹⁸, dem Besitzer der Ahrweiler Anstalt. Der andere Brief stammt von einem Herrn Dr. Kurella³¹⁹, der offensichtlich auch an der Behandlung der Patientin beteiligt war. Des Weiteren befinden sich fünf eigenhändig geschriebene Briefe von Brüdern der Kranken in der Akte. Auf einem Auszug aus dem Kopierbuch befinden sich drei handschriftliche Briefe von Robert Binswanger an die Brüder der Patientin. Außerdem ist ein handschriftlicher Brief im Original in der Akte enthalten. Auch ein ebenfalls handschriftlicher Brief von Otto von Holst an seinen Kollegen Robert Binswanger befindet sich unter den Dokumenten. Der Brief enthält Berichterstattungen vom Zustand verschiedener Patienten im Bellevue, unter ihnen Frau Haller. Außerdem befinden sich auch von der Patientin selbst verfasste Briefe unterschiedlicher Art in der Akte. So gibt es längere, recht ausführliche Briefe, in denen sie Geld oder wertvolle Gegenstände an diverse Personen verschenkt, aber auch Briefe an Angehörige mit der Bitte, sie aus der Anstalt wegzuholen. Im Gegensatz dazu kommen auch sehr kurze, oft nur aus einem einzigen Satz bestehende Nachrichten sowie völlig zusammenhangslose Notizen vor. Ein weiteres, besonders interessantes Dokument ist darüber hinaus ein Entmündigungsschreiben vom zwölften November 1907, also kurz nach dem Austritt der Patientin aus dem Bellevue. Als Grundlage dieser Entmündigung diente ein handschriftliches ärztliches Attest des Herrn Prof. Westphal, vom März 1907, das ebenfalls unter dem Aktenmaterial zu finden ist. Bei diesem handelt es sich um Alexander Westphal³²⁰, Direktor

³¹⁷ Kreuter (1996), Band 2, S. 593/594.

³¹⁸ Kreuter (1996), Band 1, S. 280/281.

³¹⁹ Kreuter (1996), Band 2, S. 808.

³²⁰ Kreuter (1996), Band 3, S. 1562.

der psychiatrischen und Nervenlinik sowie der Heil- und Pflegeanstalt in Bonn, Sohn des berühmten Berliner Psychiaters und Neurologen Carl Westphal. Von Westphal ist darüber hinaus noch ein früherer Brief vom 2. August 1907 enthalten. Als letztes befinden sich noch handschriftliche Briefe eines gewissen Herrn Dr. Peretti³²¹ unter dem Aktenmaterial, ein Psychiater, der die Kranke offenbar nach ihrer Entlassung aus der Kreuzlinger Anstalt betreute. Es geht in diesen Briefen um eine eventuelle Aufhebung der Entmündigung.

Sozialdaten der Patientin

Frau *Emmy Haller* wurde im Januar 1865 in Frankfurt am Main geboren. Über ihre Jugend erfährt man sehr wenig. Einen Beruf übte die Patientin anscheinend nicht aus. Sie lebte als wohlhabende Frau in kinderloser Ehe mit ihrem Mann, einem Oberlandesgerichtsrat, in Düren. In der Krankengeschichte des Bellevue wird sie als „graziöse, schwächliche, magere Frau [...] mit fortwährendem verbindlichem Lächeln und einer forcierten, geschraubten Sprechweise“³²² beschrieben. Sie habe viele künstlerische Interessen, besonders für die Malerei. Über die Eltern ist lediglich herauszufinden, dass sie wohl Vettern waren und dass in beider Verwandtschaft Psychosen aufgetreten seien. Die Art dieser Psychosen oder nähere Angaben wie Namen oder Beruf der Eltern sind im Aktenmaterial nicht enthalten. Offenbar lebte die Mutter zurzeit von *Frau Hallers* Aufenthalt in Bellevue noch, jedoch hatte die Patientin „kein innerliches Verhältnis zu dieser“, wie in der Krankengeschichte aus Ahrweiler verzeichnet ist. Außer der Mutter, über die nur spärliche Informationen vorhanden sind, tauchen an weiteren Angehörigen noch zwei Brüder der Patientin auf. Ihre Namen sind *Martin* und *Richard Hoss*. Beide Brüder lebten zur Zeit des Anstaltsaufenthaltes ihrer Schwester in Düren, ihr jeweiliger Beruf geht, obwohl sie beide in Briefkontakt mit Robert Binswanger standen, aus dem Aktenmaterial nicht hervor. Es konnte jedoch herausgefunden werden, dass *Martin Hoss* zwölf Jahre vor seiner Schwester *Emmy* ebenfalls in Bellevue behandelt wurde. Es war bei ihm damals eine Neurasthenie diagnostiziert worden. An der Behandlung der Patientin selbst im Bellevue waren Robert Binswanger sowie Otto von Holst beteiligt.

³²¹ Kreuter (1996), Band 3, S. 1082.

³²² Patientin Nr. 2410/1.

Anamnese

Die meisten Angaben zur Vorgeschichte der Patientin findet man in der Krankengeschichte aus Ahrweiler. Der Aufenthalt in der Ahrweiler Anstalt war der erste derartige Aufenthalt der Patientin. Psychische Auffälligkeiten zeigten sich bei Frau *Haller* laut Angaben der Haushälterin erstmals nach dem Tod ihres Mannes im Jahre 1905. Dieser erlag zu dem Zeitpunkt einem Krebsleiden und wurde bis zum Schluss in mühevoller Arbeit von seiner Frau gepflegt. Allerdings vermerkte der Arzt in der Ahrweiler Krankengeschichte einige, schon vor den von der Haushälterin genannten psychischen Auffälligkeiten aufgetretene, diskrete Verschrobenheiten im Charakter der Patientin, die er wohl von Professor Hoffmann, einem niedergelassenen Facharzt für Innere- und Nervenkrankheiten in Düsseldorf, dem Frau *Haller* langjährig als Patientin bekannt war erfahren hatte. So hatte die Patientin zwölf Jahre vor Aufnahme in Ahrweiler Lähmungen beider Beine erlitten, von denen sie mittlerweile geheilt war. Auch äußerte sie seit mehreren Jahren den Wunsch, die Sexualorgane entfernen zu lassen. Bei den Symptomen, die sie nach dem Tod ihres Mannes zeigte, habe es sich laut den Aussagen des Ahrweiler Arztes um eine Art Zusammenbruch gehandelt. Die Patientin habe sich selbst krebsleidend geglaubt. In der folgenden Zeit hielt sich die Patientin zunächst in Bonn auf, um dann wieder zu ihrer Mutter nach Düren zurückzukehren. Sie lebte zurückgezogen und klagte viel über Herzbeschwerden, Schlaflosigkeit sowie Schmerzen im Unterleib. Im Frühsommer 1906 wurde die Patientin daraufhin ins Düsseldorfer Krankenhaus aufgenommen, wo sie unter anderem durch Redelust auffiel. Ein Besuch der Mutter verschlechterte den Zustand stark. So war die Patientin fortan stark erregt, sie halluzinierte und litt an Schreib-, Rededrang, Erinnerungsfälschungen sowie Illusionen. In freien Intervallen zeigte sie zwar gewisse Krankheitseinsicht, erklärte sich ihren Zustand dann aber durch hypnotische Beeinflussung. Die Erregung spitzte sich mehr und mehr zu und es sei zu kam zu Gewalttätigkeiten, woraufhin Frau *Haller* am 7. Juli 1906 in die Ahrweiler Anstalt eingeliefert wurde.

In Ahrweiler wurde die Patientin unter anderem von Herrn Dr. Ehrenwall betreut. Auch ein Herr Dr. Kurella scheint an ihrer Behandlung beteiligt gewesen zu sein, wie aus einem Brief Herrn Dr. von Ehrenwalls sowie aus mehreren Briefen der Patientin selbst hervorgeht. In ihren Briefen erwähnte die Patientin oftmals auch einen Herrn Dr. Dan-

nenberger, der offensichtlich ebenfalls an ihrer Behandlung in Ahrweiler beteiligt war. Was nun die weitere Krankengeschichte in Ahrweiler anbelangt, so sei die Patientin in einem erregtem Zustand gehobener Stimmung dort angekommen. Zeitlich sei sie nicht orientiert gewesen, was sich in den folgenden Tagen aber ändern sollte. Sie sei besonnen gewesen, habe aber keinerlei Einsicht in ihre Lage gezeigt. Von Ahrweiler Ärzten wurde zu diesem Zeitpunkt die Diagnose „Erschöpfungsdelir“ gestellt. Im weiteren Verlauf zeigte sie sich zunehmend misstrauisch, sie halluzinierte und glaubte sich in ihrem Gedankengang von anderen gelenkt. Im August 1906 stellte man daraufhin in einem ärztlichen Konsil die Diagnose „Paranoia“. Frau *Haller* wurde auf die geschlossene Abteilung verlegt, was in der folgenden Zeit immer wieder nötig wurde. Es wechselten Zustände, in denen die Patientin an lebhaften Halluzinationen hauptsächlich akustischer Art litt, mit solchen, in denen die Halluzinationen angenehmen Inhalts waren oder sogar ganz verschwanden. Krankheitseinsicht war zeitweise vorhanden, konnte aber auch völlig fehlen. Die Patientin sei insgesamt überempfindlich für äußere Eindrücke gewesen, sie habe viel Unverständliches geschrieben und gezeichnet. Die feindliche Stimmung habe sich zeitweise fortgesetzt. Manchmal habe Frau *Haller* ein Bild halluzinatorischen Stupors geboten. Es konnten rasche Wechsel in Benehmen und Absichten auftreten, Anordnungen der Ärzte widersetzte sich die Patientin zum Teil, während sie in anderen Zeiten willig gehorchte. Auch machte sie übergroße Geschenke und lachte ohne Grund. Auf einem Dokument wird die Kranke als „stets verschrobene Frau“ beschrieben, die „aber klug sei“.³²³ In Ahrweiler beschrieb man sie als Person „mit vielen künstlerischen Interessen“, allerdings „ohne Energie, etwas zu Ende zu führen“.³²⁴

Ein Grund für das Ende des Aufenthalts von Frau *Haller* wird in der Abschrift der Ahrweiler Krankengeschichte nicht angegeben. Man findet dort lediglich notiert: „Hierher überführt“.³²⁵ Eingewiesen wurde die Patientin von Herrn Dr. Hoffmann. Von diesem findet sich ein Einweisungsbrief vom 6. März 1907. Es steht hier, dass „ein Wechsel der Anstalt nöthig geworden“³²⁶ sei. Nähere Gründe dafür werden auch an dieser Stelle nicht genannt. Wie jedoch aus einem Brief des Herrn Dr. von Ehrenwall an die Kreuzlinger Ärzte vom 20. März 1907 sowie aus einem undatierten Brief des Herrn Dr. Ku-

³²³ Patientin Nr. 2410/4.

³²⁴ Patientin Nr. 2410/3.

³²⁵ Patientin Nr. 2410/3.

³²⁶ Patientin Nr. 2410/6.

rella an *Richard Hoss* hervorgeht, war es zu Streitigkeiten zwischen Herrn Dr. von Ehrenwall und Herrn Dr. Kurella gekommen. Den Dokumenten ist zu entnehmen, dass es sich dabei um eine Art Machtkampf gehandelt haben muss. Herr Dr. Kurella scheint sich in seinen ärztlichen Befugnissen durch Herrn Dr. von Ehrenwall stark eingeschränkt gefühlt zu haben. Herr Dr. von Ehrenwall erklärte in seinem Brief an die Kreuzlinger Ärzte, dass die Familie *Hoss* aufgrund der Streitereien das Vertrauen zu seiner Anstalt verloren habe.

Aufgrund all dieser Unstimmigkeiten wurde Frau *Haller* dann von Professor Hoffmann in die Anstalt Bellevue eingewiesen, wo sie am 13. März des Jahres 1907 in Begleitung ihres Bruders *Martin Hoss* und dessen Frau ankam und aufgenommen wurde. Im seinem Einweisungsbrief beschrieb Hoffmann die Krankheit der Patientin als „recidivierende Erregungszustände mit Hallucinationen“³²⁷ sowie „entschieden paranoische[n] Anklänge“³²⁸. Er räumte allerdings ein, dass weder er noch Professor Westphal oder die Ahrweiler Ärzte eine exakte Diagnose zu stellen in der Lage gewesen seien. Es sei eben ein „auf dem Boden der Heredität entstandenes wechselvolles Krankheitsbild“.³²⁹ Man sieht also, dass die Diagnosestellung in Frau *Hallers* Fall den Ärzten einige Schwierigkeiten bereitete.

Symptome und Krankheitsverlauf

Im ersten Abschnitt der Krankengeschichte sind in standardisierter Weise einige Personaldaten der Patientin festgehalten. Es steht an dieser Stelle vermerkt, dass Frau *Emmy Haller* sich vom 13. März 1907 bis zum 16. November 1907 in der Anstalt befand. Sie sei zu dem Zeitpunkt 42 Jahre alt gewesen. Als Wohnort ist Düren, als Familienstand Witwe angegeben. Der behandelnde Arzt sei Dr Hoffmann aus Düsseldorf. Unter der Rubrik Diagnose gaben die Kreuzlinger Ärzte „Dementia praecox paranoides“ an.

Der erste Eintrag in die Krankengeschichte findet sich am 28. März 1907. Die Patientin wird dabei als „graziöse, schwächliche magere Frau [...] mit fortwährend verbindlichem Lächeln [und] einer forcierten, geschraubten Sprechweise“³³⁰ beschrieben. Sie gebe sich recht vernünftig und sehe ihre allgemeine Körperschwäche ein. Den Vorwurf, zu viel

³²⁷ Patientin Nr. 2410/6.

³²⁸ Patientin Nr. 2410/6.

³²⁹ Patientin Nr. 2410/6.

³³⁰ Patientin Nr. 2410/1.

Geld ausgegeben zu haben, nehme sie ruhig an und sie verspreche ihren Verwandten, nichts ohne deren Zustimmung zu tun. Kurz darauf habe sie jedoch schon damit begonnen, endlose Briefe zu schreiben, in denen sie alles verschenke in dem Glauben, eine Mission erfüllen zu müssen. Sie erscheine dem Arzt gegenüber stets korrekt und geordnet, wobei sie jedoch die Unwahrheit spreche. Auch fiel dem Kreuzlinger Arzt die stete unruhige Geschäftigkeit der Patientin auf. Sie komme vor lauter Kramen und Sprechen an manchen Tagen kaum zum Ausgehen. Ihre Briefe seien „unmöglich zum Abschicken“³³¹. Der Arzt konstatierte eine innerliche Erregung, etwaige Halluzinationen stellte er allerdings noch in Frage. Die Patientin lache oft vor sich hin und verharre auch manchmal in katatonischen Posen. Des Öfteren sei sie auch nachts unruhig, wobei sie bei all ihrer Unruhe nach außen ruhig erscheinen könne. Als Medikation erhielt die Patientin Opium und Veronal.

Im Tagebuch der Wärterin findet man nähere Ausführungen zur Gestalt der Symptome. So beschrieb die Wärterin in den Monaten März und April, in denen fast jeder Tag einzeln kurz beschrieben ist, ebenfalls immer wiederkehrende Erregungs- und Unruhezustände bei der Patientin. Sie erwähnte, dass Frau *Haller* in diesen Zuständen, die des Öfteren auch nachts aufträten, gewöhnlich Briefe schrieb. Anschließend zerreiße sie diese zum Teil wieder. Auch packe sie in solchen Unruhezuständen grundlos sämtliche Dinge zusammen, die sie dann abschicken wollte, oder sie mache große Bestellungen. Unmotiviertes Lachen fiel auch der Wärterin auf. Nach solchen Erregungszuständen sei die Patientin oft erschöpft. Dann kämen Tage vor, an denen sie sich gar nicht anleide und die meiste Zeit im Bett verbringe. Auch vernachlässige die Patientin von Zeit zu Zeit ihr Äußeres, sie wasche und frisiere sich dann nicht. An einem Tag konnte die Wärterin beobachten, dass die Patientin mehrmals „herein“ rief, ohne dass angeklopft wurde, um dann längere Zeit mit erhobenen Händen zu verharren wie eine Heilige. Die Wärterin beschrieb zwischenzeitlich aber auch bessere, ruhigere Tage. An diesen beschäftige sich die Patientin mit Handarbeiten, Zeichnen und Lesen oder sie mache kleinere Ausfahrten in die Umgebung. Sie sei dann vergnügt, aber ruhig und unauffällig.

Der nächste Eintrag in der Krankengeschichte ist vom 7. Mai 1907. Jetzt beschrieb der Arzt die Patientin als unberechenbar. Ruhige Zeiten könnten von einem Tag auf den

³³¹ Patientin Nr. 2410/1.

nächsten mit Erregung wechseln. In Erregungszuständen zeige sich die Patientin feindlich gegen ihre Familie, der sie dann mit Revolver, Staatsanwalt und Anwalt drohe. Insgesamt seien diese Zeiten jedoch selten, die Patientin sei in der Regel liebenswürdig, auch zu ihrer Familie. Allerdings ist an dieser Stelle auch notiert, dass Frau *Haller* weiterhin vieles verschenke. Ihre Aufmerksamkeit gelte diesbezüglich vor allem einem gewissen Herrn Dr. Dannenberger, einem Arzt aus Ahrweiler, dem sie besonders wohlgesonnen scheine. Sie vermache ihm brieflich große Summen an Geld und behaupte dabei, im Sinne ihres verstorbenen Mannes zu handeln. Auch könne die Patientin nicht in die Stadt gehen, da sie ansonsten alles kaufen wolle. Sie sei insgesamt nach außen hin viel geordneter als nach ihren Briefen zu urteilen. Weitere von dem Arzt bemerkte Auffälligkeiten waren, dass die Patientin sich beispielsweise als Objekt der Krebsforschung opfern wolle oder ein Kind zu adoptieren wünsche. Auch wurden von ihr verfasste sinnlose Briefe an den Justizminister oder Kaiser gefunden.

Sowohl in der Krankengeschichte als auch im Tagebuch der Wärterin wird am 7. Mai von einem kleinen Zwischenfalls berichtet: Die Patientin sei auf einem Ausflug am Inselhotel in Konstanz vorbeigekommen und habe sich eigenmächtig dort einquartiert. Sie lasse sich nicht zu einer Rückkehr in die Anstalt bewegen mit der Behauptung, sie wäre ganz gesund und habe das Anstaltsleben satt. Im Gegensatz zu anderen Personen sei es dem daraufhin informierten Arzt jedoch leicht gelungen, die Patientin wieder in die Anstalt zu überführen.

Nachdem es am folgenden Tag zu einem höhergradigen Erregungszustand gekommen sei, in dem die Kranke ihre Verwandten beschimpft habe, gewalttätig geworden sei, die sofortige Entlassung gefordert und sich immer mehr in ihren Zustand hineingesteigert habe, ohne dass eine Beruhigung möglich gewesen sei, sei sie in die Tannegg verlegt worden, die geschlossene Abteilung der Anstalt. Zwar habe die Patientin heftigen Widerstand gegen diese Verlegung geleistet, sei aber nach wenigen Stunden wieder ruhiger geworden. Allerdings habe sie jedoch den Arzt auch nachmittags nicht empfangen wollen. Dass es sich bei diesem Arzt um Otto von Holst gehandelt haben muss, geht aus einem Brief dessen an seinen Kollegen Binswanger hervor, in dem er den Vorfall folgendermaßen schildert:

„Das Vorspiel mit Frau ((*Haller*)) am Dienstag Abend hat Mittwoch früh 8 ½ Uhr sein? Nachspiel gefunden. Um 8 Uhr wurde ich[...] gerufen. Frau ((*Haller*)) hätte seit 5 Uhr gepackt und wolle fort. Ich war sofort zur Stelle und fand die Pat. auf's höchste erregt, sie beschimpfte nicht nur ihre Familie sondern uns alle schlug auf den Tisch, sprach mit gehobener ja störend? lauter Stimme und verlangte ihre sofortige Entlassung in's Inselhotel. Alle Beruhigungsversuche halfen nichts ich liess also einspannen und fuhr Frau ((*H[aller]*)). mit der Schwester in die Tannegg. Vor der Tannegg weigerte Fr. ((*H[aller]*)). sich auszusteigen, so dass schliesslich Gewalt nöthig wurde. [...] Mich hat Fr. ((*H[aller]*)). bisher nicht vorgelassen, doch ist sie momentan völlig ruhig findet es in der Tannegg sehr schön, malt und beschäftigt sich. [...] Meiner Meinung nach ist *Frau*((*H[aller]*)). in der Tannegg am besten untergebracht[...]. Herrn ((*Martin Hoss*)) habe ich den ganzen Sachverhalt geschrieben habe aber zu einem Besuche noch nicht eingeladen zumal Fr. ((*Haller*)) nur von ihrem Bruder ((*Friedrich Hoss*)) etwas wissen will.“³³²

In den folgenden Tagen wurde die Patientin laut Krankengeschichte zunehmend ruhiger, gebe aber auch zu, die Stimmen ihres verstorbenen Mannes sowie ihres Vaters zu hören. Sie zeige keinerlei Krankheitseinsicht und lache zeitweise ohne Grund. Der Arzt konnte auch Gedankenlautwerden feststellen. Ihre Geschäftigkeit erklärte die Kranken selbst als durch Eindrücke von ihren Ausfahrten angeregt, die Geschenke müsse sie im Sinne ihres verstorbenen Mannes machen. Es fiel dem Arzt allerdings auf, dass Frau *Hallers* Antworten bei näherem Nachfragen immer verwirrter ausfielen. Sie schien sich in der Tannegg gegen Ende des Monats Mai gut eingewöhnt zu haben. Trotzdem seien ihr Drang zum Schreiben unsinniger Briefe und großen Bestellungen erhalten geblieben. Auch sei ihre Ausdrucksweise nicht frei von Stereotypen. Die Wärterin schrieb über die erste Zeit der Patientin in der Tannegg, dass die Kranke wiederholt an Angehörige schrieb mit der Bitte sie abzuholen. Sie äußere den Gedanken, dass sie abreisen müsse, weil ihr Mann sie suche. Auch komme es vor, dass die Patientin plötzlich aufspringe und behaupte, es weine jemand, sie müsse gehen und helfen. Ihre Reisepläne ändere die Patientin oft. Mal wolle sie nach Bonn, dann nach Düren, Berlin, München und so fort. Nachts stehe sie zum Teil auf, rüttele am Fenster und spreche von einsperren. Ansonsten wechselten erregte Zustände mit ruhigeren, wie in der Zeit vor ihrer Verlegung in die geschlossene Abteilung.

Im Juni bemerkte der Arzt eine deutliche Abnahme ihrer geistigen Leistungsfähigkeit. Die Patientin sei völlig zerfahren in ihren Wünschen und Zukunftsplänen. Es gelinge ihr, sich bei Gesprächen mit dem Arzt für kurze Zeit zu konzentrieren. Dabei sei sie

³³² Patientin Nr. 2410/18.

stets liebenswürdig und freundlich. Auch die Wärterin vermerkte in ihrem Tagebuch eine zunehmende Zerfahrenheit der Patientin. Sie spreche unklar und verwirrt und gebe oft unpassende Antworten. Ihre Schriftstücke bestünden aus unzusammenhängenden Worten, und die Kranke erscheine oft geistesabwesend. Die Patientin rufe außerdem Namen von Personen, die gar nicht da seien. Diese Verwirrtheitszustände konnten, wie aus dem Tagebuch ersichtlich, über mehrere Tage anhalten. Zusätzlich, so der Arzt in der Krankengeschichte, überschätze Frau *Haller* stark ihre malerischen Talente und zeige übertriebenes Selbstbewusstsein. Sie verschenke weiterhin Unmengen, beispielsweise an Herrn Dr. Dannenberger oder das städtische Spital in Düren, und mache Bestellungen, die sie, sobald eingetroffen, nicht mehr im Mindesten interessierten. Auch sei die Kranke nicht frei von sexuellen Ideen.

Frau *Hallers* Zustand blieb während des Monats Juli ungefähr der gleiche. In der Krankengeschichte wird von zeitweisen Erregungszuständen berichtet, die sich in Form von zornigen Affekten äußerten. Die Patientin mache dann ihre Verwandten dafür verantwortlich, dass ihre Frauenwürde durch die Anstalt verletzt würde. Sie zeige weiterhin keine Krankheitseinsicht und dränge auf ihre Entlassung mit der Begründung, sie sei das Bevormunden müde und müsse im Sinne ihres Mannes leben. Außerdem leide ihre Frauenwürde. Die Wärterin bemerkte darüber hinaus, dass die Kranke eine Zeit lang wieder klarer wurde und richtige Antworten gab. Ihr Drang zu großen Schenkungen (zum Beispiel eine Statue im Wert von 150 Mark an Herrn Dr. Dannenberger) und zum Schreiben unsinniger Briefe halte jedoch an. Auch die Wärterin berichtete von Beleidigungen der Patientin gegen ihre Familie und von der Befürchtung der Kranken, ihre Frauenwürde könne Schaden nehmen. Zum Teil sei sie aber auch wieder unklarer und verwirrter. So seien zu manchen Zeiten richtige Antworten von ihr nicht zu erwarten. Sie wechsele oft ihre Ansicht und rede in Widersprüchen. Sie glaube sich stets beleidigt und ungerecht behandelt von Seiten ihrer Verwandten. Auch der Wärterin gegenüber sprach die Patientin wohl ständig vom Verlassen der Anstalt. Sie schenke in auffälliger Weise kleinen, bedeutungslosen Gegenständen mehr Beachtung als angebracht. So beschrieb die Wärterin einen Ausflug zu einem Schloss, von dem sie berichtete:

„Pat[ientin] betrachtete alles aufmerksam, fand alles wunderbar schön, selbst Gegenstände[,] die nicht zu beachten sind.“³³³

Im August kündigte die Frau *Haller* laut Krankengeschichte ihr Zimmer im Bellevue, um dann auf Reisen zu gehen. Allerdings habe sie die Einwände der Ärzte gegen diese Reise ruhig aufgenommen und in eine Verlängerung ihres Aufenthaltes im Bellevue bis in den September eingewilligt. Im Tagebuch der Wärterin wird ebenfalls von Kündigungsabsichten der Patientin berichtet. So hielt diese folgenden Satz der Patientin fest: „Ich habe die Binswangerei satt, ich reiße aus, [...], ich brenn ihm doch noch durch.“³³⁴ Die Kranke spreche ständig vom Fortgehen aus der Anstalt und davon, dass sie auch gerichtlich vorgehen wolle. Im letzten Eintrag, den man in der Krankengeschichte findet, wird bemerkt, dass die Patientin sich sexuell beeinflusst fühlte. Diese Beeinflussung geschehe durch ihre Wärterin auf hypnotischem Wege. Im Tagebuch findet man dazu in einem Eintrag vom 9. August, dass die Patientin der Wärterin unterstellte, sie habe unreine Gedanken und sei derb in der Krankenpflege. Anschließend habe die Patientin die Äußerung dieses Vorwurfes bereut und die Wärterin um Verzeihung gebeten. Sie sei innerlich erregt gewesen und habe deshalb einen derben Satz sagen müssen. Sie gebe weiterhin zum Teil unpassende Antworten und würde insgesamt wieder unruhiger. Ein recht anschauliches Bild vom Zustand der Patientin gibt folgender Tagebucheintrag vom 10. August 1907:

„Pat. schlief von 1 - 2 u. 5 - ½ 7. Uhr; in der Zwischenzeit geschrieben, da die Briefe aber sehr verwirrt, unklar waren, alle wieder zerrissen. Pat. machte mir Vorwürfe in der Nacht, ich wäre [?], hätte affektierte, sittliche Gedanken, die ich durch Hypnose auf sie übertrage. Wir Alle wären gemein; ich schmiede mit Herrn Dr. Binswanger ein Complot gegen sie, arrangierte, daß ihr Fortgehen verhindert würde. - Nachher sagte Pat. ich sollte aus dem Zimmer, meine Anwesenheit errege sie, Pat. war sehr erregt u. verwirrt. Sie schrieb einen Brief u. legte sich zu Bett; ich sollte sofort aus dem Zimmer. - Meine Antw. „, Gnädige Frau, ich darf Sie nicht allein lassen, schien sie erst zu beruhigen. Auf einmal sprang Pat. aus dem Bett, goß einen großen Krug voll Wasser in mein Bett, als ich ihr den Krug wegnahm, holte sie den zweiten, versuchte ihn über mich zu gießen, sagte: Frau Oberlandesgerichtsrat Dr. ((*Werner Haller*)), ist nicht verrückt, es ist dies nur ein ((*Haller*)) Scherz.“³³⁵

Den Ärzten gegenüber benehme sie sich noch immer freundlich und umgänglich. Gehörstauschungen leugne die Patientin zwar, für den Arzt, der die Krankengeschichte

³³³ Patientin Nr. 2410/2.

³³⁴ Patientin Nr. 2410/2.

³³⁵ Patientin Nr. 2410/2.

schrieb, stand sie jedoch zweifellos unter solchen. Auch frühere Äußerungen der Wärterin, die Patientin höre es klopfen oder ähnliches deute stark auf das tatsächliche Vorhandensein akustischer Halluzinationen hin.

Mit diesen Beschreibungen vom Zustand Frau *Hallers* enden sowohl Krankengeschichte als auch Tagebuch. Die folgenden Informationen über den weiteren Krankheitsverlauf sind hauptsächlich Briefen entnommen, die sich unter dem Aktenmaterial befanden.

Aus zwei Briefen, die von der Patientin selbst stammen, kann man entnehmen, dass es ihr im Oktober 1907 abermals gelang, aus der Anstalt zu fliehen. Die beiden Briefe sind auf den 22. Oktober datiert. Der eine von beiden ist an Dr. Binswanger gerichtet und auf Briefpapier des Seehotels geschrieben. Die Patientin bat darin um Nachsendung ihrer Sachen aus der Anstalt und kündigte ihr Zimmer in Bellevue auf den 1. November. Der andere Brief ist an Frau *Hallers* Bruder *Martin* gerichtet. Man erfährt durch diesen Brief, dass die Patientin gewaltsam in die Anstalt zurückgeholt werden musste. Als Grund für ihr Ausreißen gab die Kranke an, das Vertrauen zu den Schweizer Ärzten verloren zu haben. Das Leben in der Anstalt sei ihr zu teuer, und sie habe Angst, ihr ganzes Vermögen zu verlieren. Ihre „gesamte Sittlichkeit“³³⁶ dränge sie, bald von dort fort zu kommen. Sie müsse im Sinne ihres Mannes nach Düren zurückkehren. Sie bat ihren Bruder, sie aus der Anstalt fortzuholen. Herr Dr. Binswanger habe kein Recht, ihr Vermögen so in Anspruch zu nehmen.

Während des gesamten Aufenthaltes der Patientin in Kreuzlingen liefen Vorbereitungen und Diskussionen um eine etwaige Entmündigung der Kranken. Eine entsprechende Verordnung wurde am 21. November 1907, also erst nach der Entlassung der Kranken aus der Kreuzlinger Anstalt, vom königlichen Amtsgericht aufgesetzt. Das Original dieses Entmündigungsschreibens liegt der Akte der Patientin bei und enthält folgenden Wortlaut:

³³⁶ Patientin Nr. 2410/29.

„Beschluss.

Die am 1. Januar 1865 zu Düren geborene Frau Witwe Oberlandesgerichtsrat ((*Werner Haller*)) ((*Katharina Emma*)) geborne ((*Hoss*)), evangelisch, vermögend, zur Zeit in der Binswanger'schen Kuranstalt Belle-vue in Kreuzlingen (Schweiz) untergebracht, wird wegen Geisteskrankheit entmündigt. Die Kosten des Verfahrens werden derselben zur Last gelegt.

Gründe:

Nach dem Gutachten des Professors Dr. Westphal in Bonn steht Frau ((*Haller*)) völlig unter dem Einfluss von Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Diese Wahnvorstellungen beherrschen ihren Gedankengang nach den verschiedensten Richtungen, sie drängen sich bei allen ihren Handlungen ein und beeinflussen dieselben in der schädlichsten Weise. Ihr krankhaftes Mißtrauen, ihre Beeinträchtigungsideen in Verbindung mit den Vorstellungen der Überschätzung der eigenen Person und Verhältnisse, die sie zu dem [sic] unsinnigsten Schenkungen und Käufen veranlassen, müssen die schwersten Schädigungen ihrer Interessen zur Folge haben. Ihre Urteilslosigkeit verbunden mit einer ausgesprochenen Zerfahrenheit des Denkens *ist ist* [sic] eine so grosse, dass ihr die selbständige Wahrung ihrer Interessen unmöglich ist.

Frau ((*Haller*)) ist nach dem erwähnten Gutachten als geisteskrank zu erachten. Ihre Entmündigung ist daher gerechtfertigt auf Grund des § 6 B.G.B.

Die Kostenentscheidung stützt sich auf § 658 C.P.O.

Düren, den 21. November 1907.

Königliches Amtsgericht, Abteilung 4.

gez. Schmitz³³⁷

Grundlage dieser Entmündigung war ein ärztliches Attest des Herrn Professor Westphal in Bonn vom 9. März 1907. In diesem diagnostizierte er eine Paranoia und hielt fest, dass die im Rahmen der Erkrankung auftretenden Wahnvorstellungen Frau *Haller* bei ihrer Geschäftsbetätigung behinderten und deren „Willensentschlüsse und Handlungen wesentlich und zu ihrem zweifellosen Nachteil beeinfluss[t]en“³³⁸. Aus einem Brief Robert Binswangers an die Brüder der Patientin vom 23. März 1907 geht hervor, dass die beiden bereits zu Beginn des Anstaltsaufenthaltes ihrer Schwester mit Herrn Dr. Binswanger bezüglich einer Entmündigung in Kontakt standen. Offensichtlich hatten die Brüder den Arzt um seine Meinung zur Durchführung eines solchen Unternehmens gebeten. Binswanger erklärte sich mit dem Vorhaben sofort einverstanden. Er vertrat allerdings auch mit Nachdruck die Meinung, die Patientin dürfe von solchen Plänen nichts wissen. Dazu schrieb er in dem Brief, er müsse „die Zeitungen wissen, in denen

³³⁷ Patientin Nr. 2410/31.

³³⁸ Patientin Nr. 2410/7.

die Entmündigung angezeigt würde, um zu verhüten, dass sie einer unserer Kranken in die Hände fallen.³³⁹“ So erfuhr Frau Haller im weiteren Verlauf also nichts von ihrer geplanten Entmündigung, bis sie schließlich am 21. November 1907 in Kraft trat.³⁴⁰ Herr Dr. Peretti, der die Kranke nach deren Aufenthalt im Bellevue betreute, bemühte sich ein halbes Jahr später um eine Aufhebung dieser Entmündigung. Unter dem Aktenmaterial befindet sich ein Brief, in dem er Binswanger im April 1908 um Zusendung der Krankengeschichte seiner Patientin zur Durchsicht bat. Die Kranke zeige sich einsichtig und fordere eine solche Aufhebung. Binswanger ließ ihm die Akte zukommen und erhielt sie im Juni 1908 zurück, zusammen mit einem Brief von Peretti. In diesem bedankte sich der Arzt für das Überlassen der Krankengeschichte und schilderte Frau *Hallers* momentanen Zustand als recht gut. Ob es in der Folge tatsächlich zu einer Aufhebung der Entmündigung kam, ist dem Aktenmaterial nicht zu entnehmen.

Näheres über den Austritt der Patientin aus dem Bellevue erfährt man nur aus einem Brief der Patientin selbst sowie aus zwei Briefen von *Richard* und *Martin Hoss*. In einem Brief vom 4. November an *Richard Hoss* berichtete die Patientin also darüber, dass Herr Dr. Binswanger ihr einen Besuch des Bruders am 14. November mitgeteilt habe und sie in diesem Rahmen auf ihre Entlassung hoffe. Sie schien bester Stimmung zu sein und sich sehr auf die Rückkehr nach Hause zu freuen. Wie *Richard Hoss* in einem Brief an Herrn Dr. von Holst vom 23. November berichtete, war der Wunsch der Patientin auf Entlassung ihr dann wohl auch gewährt worden. Er gab in dem Brief an, dass die Reise nach Hause gut verlaufen sei und die ersten Tage nach der Rückkehr erfreulich gewesen seien. Ein Grund für die Entlassung ist diesem Schriftstück nicht direkt zu entnehmen. *Richard Hoss* meinte dazu lediglich, seine Mutter und er hätten den Versuch eines längeren Aufenthalts nicht für geraten gehalten. Näheres dazu erwähnte er nicht. Die Patientin kehrte also offensichtlich ins Elternhaus zurück, und die Familie hielt dies für die geeignetste Unterbringung für ihre Tochter und Schwester. *Richard Hoss* berichtete aber auch von bereits jetzt auftauchenden Schwierigkeiten in Form von Widerstand der Patientin gegen jeden empfundenen Druck. So wolle sie die Aufhebung der vor kurzem in Kraft getretenen Entmündigung beantragen, ein eigenes Haus bauen oder allein anstatt in Begleitung ihrer Mutter auf Reisen gehen. Jedoch sei sie noch in-

³³⁹ Patientin Nr. 2410/12.

³⁴⁰ Patientin Nr. 2410/31.

sofern beeinflussbar, als sie sich leicht überzeugen ließe, dass ein Aufenthalt im Elternhaus momentan noch das Beste für sie sei. Auch *Martin Hoss* erwähnte in seinem Brief an das Bellevue vom 25. November, dass die Patientin sich gut wieder daheim einlebe und sich den Bedingungen, die die Familie vorgab, willig und einsichtig füge. Als Grund für den Abbruch des Aufenthaltes in Kreuzlingen gab er an, dass „ihr Drang zur Heimat“³⁴¹ eine Weiterbehandlung unmöglich gemachte habe. Er und seine Familie bedauerten diesen Zustand offenbar sehr, hofften aber auf Einsicht der Kranken in Bezug auf eine Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt.

Tatsächlich wandte sich Frau *Haller* einige Zeit später aus eigenem Antrieb noch einmal an Herrn Dr. Binswanger. Unter dem Aktenmaterial befindet sich dazu ein Brief der Patientin vom 12. September 1909, in dem sie Binswanger persönlich um einen Besuch bat. Der Beruhigung wegen wolle sie ihm noch einiges erzählen und ihn noch einiges fragen. Aus einem Schreiben der Patientin an den Arzt vom 14. September 1909 geht hervor, dass Binswanger ihr den Wunsch gewährte und einen Besuch abstattete. Frau *Haller* schien entsprechend ihren Äußerungen in dem Brief geordnet und einsichtig. Sie schrieb darin einsichtig über ihre Krankheit und gab Erklärungen für diese ab. So erklärte sie, während ihrer Krankheit von Vorstellungen darüber geplagt worden zu sein, wie das Leid ihres Mannes hätte verhindert werden können. Weiter schrieb sie, dass ihre Gedanken „sich nur beruhigen [konnten], wenn die sonnige Heiterkeit u[nd] Festigkeit meines Mannes mir wieder ganz in Erinnerung trat.“³⁴² Ihr früher so oft vorhandenes Lachen sei in der Erinnerung an frühere Zeiten begründet gewesen. Außerdem schilderte sie es als „augenblickliche harmlose Situationskomik“.³⁴³ Insgesamt schien sie dem Arzt sehr verbunden zu sein. Sie dankte ihm für sein warmes ärztliches Interesse und versprach ihn zu besuchen, wenn sie an den Bodensee komme. Auch über einen Besuch seiner Frau sei sie sehr erfreut.

Problem der Diagnosenstellung „Dementia praecox“ im zeitgenössischen Zusammenhang

Insgesamt kam es im Verlauf der Krankheit bei Frau *Haller* zu vier verschiedenen Diagnosen von vier verschiedenen Fachärzten bzw. Anstaltsärzteschaften. Es wird hier

³⁴¹ PatientinNr. 2410/33.

³⁴² Patientin Nr. 2410/46.

³⁴³ Patientin Nr. 2410/46.

deutlich, dass man sich bei der Diagnose von Krankheitsbildern, wie es Frau *Haller* bot, damals sehr schwer tat. Es sollen in diesem Kapitel die einzelnen Diagnosen der zeitlichen Abfolge nach diskutiert werden. Besondere Beachtung erfährt dabei die Diagnose, die in Kreuzlingen gestellt wurde – die *Dementia praecox paranoides*. Diese soll auch in Hinblick auf zeitgenössische Lehrmeinungen betrachtet werden.

Die zeitlich gesehen erste unter dem Aktenmaterial befindliche Angabe zu einer Diagnose bei Frau *Haller* stammt aus der Krankengeschichte in Ahrweiler im Juli 1906. Die Ärzte der Anstalt stellten kurz nach Aufnahme der Patientin die Diagnose „Erschöpfungsdelir“. Es lässt sich aus den damaligen Lebensumständen der Patientin schließen, dass die Diagnose unter besonderer Beachtung des Todes von Herrn *Haller* im November 1905 gestellt wurde. Dieser war von der Kranken angeblich in sehr aufwändiger Arbeit gepflegt worden. Auch die Haushälterin gab an, dass die Patientin erst nach dem Tod ihres Mannes psychisch auffällig geworden sei. Weiterhin stütze sich diese Diagnose wohl auf in der Krankengeschichte beschriebene Symptome wie mangelnde zeitliche Orientierung der Patientin bei ihrer Ankunft in der Anstalt, gehobene Stimmung und fehlende Krankheitseinsicht. In der Zeit direkt vor Aufnahme in Ahrweiler lebte die Patientin sehr zurückgezogen und zeigte hypochondrische Ideen wie Herz- und Unterleibsbeschwerden, Schlaflosigkeit oder den Glauben, wie ihr Mann an Krebs erkrankt zu sein. Außerdem waren Rede- und Schreibdrang, Halluzinationen sowie starke Erregungszustände aufgefallen. Was allerdings bei der Diagnose „Erschöpfungsdelir“ völlig außer Acht gelassen wurde ist die Tatsache, dass die Kranke bereits in früheren Zeiten gewisse Eigentümlichkeiten wie Reizbarkeit und hypochondrische Veranlagung in ihrem Wesen zeigte. Dies geht aus Angaben hervor, die der Ahrweiler Krankengeschichte als Anamnese vorangestellt sind und vermutlich von Herrn Dr. Hoffmann stammen. Bei der Diagnose „Erschöpfungsdelir“ gilt es darüber hinaus zu beachten, dass der Begriff im Lauf der Zeit einem Wandel unterlag: Bei Kraepelin taucht er bis zur 7. Auflage seines Lehrbuches auf, dann nicht mehr. Das frühere „Erschöpfungsdelir“ wird dann synonym mit „Erschöpfungspsychose“ verwendet. Der Begriff „Delir“ entstammt dem Französischen und war damals viel breiter gefasst als heute. Die Diagnose „Erschöpfungsdelir“ wird heute allerdings wieder verwendet (ICD 10: F43.0).

Wenige Wochen später wurde die Diagnose dann auch von den Ahrweiler Ärzten revidiert: aus dem „Erschöpfungsdelir“ wurde eine „Paranoia“. Wie in der Krankengeschichte festgehalten, war man im Rahmen eines ärztlichen Konsils zu dem Diagnosenwechsel gekommen. Abermals fehlen direkt genannte Gründe für diese Diagnose, aber man kann auch hier anhand der in der Krankengeschichte geschilderten Symptome den Wandel in der Krankheitsdefinition nachvollziehen. So wurden zwischenzeitlich auch ruhigere Phasen bei der Kranken festgestellt, wobei ein gewisses Misstrauen gegenüber der Umwelt wohl immer erhalten bleibe. Die Patientin suche Eigenbeziehungen und behandle ihre Mitmenschen unpassend. Sie spreche auch davon, in ihrem Gedankenablauf gelenkt zu werden und die Ahrweiler Ärzte meinten, „Hallucinationen mit Sicherheit aus Sprechpausen und sonstigem Gebahren [...] schliessen“³⁴⁴ zu können. Später gab die Kranke dann zu, „Stimmen läppischen, ärgerlichen Inhalts“³⁴⁵ zu hören. Diese akustischen Halluzinationen konnten zeitweise ganz verschwinden. Auch wechselten Zeiten mit Krankheitseinsicht mit solchen ohne diese. Die Halluzinationen konnten angenehmen oder unangenehmen Inhalts sein. Großes Selbstbewusstsein und hohe Empfänglichkeit für äußere Eindrücke sowie rascher Wechsel im Benehmen konnten festgestellt werden. Die Kranke zeigte feindliches Verhalten gegenüber einem Arzt (Herrn Dr. Kurella), während sie den anderen nicht als feindlich betrachtete. Sie bot manchmal ein Bild halluzinatorischen Stupors und schrieb zusammenhangslose Briefe. Angeblich kamen auch Briefe paranoiden Inhalts vor. Leider ist nicht näher ausgeführt, was der die Krankengeschichte schreibende Arzt unter „paranoidem Inhalt“ genau verstand. Insgesamt waren es wohl all diese geschilderten Symptome, die die Ahrweiler Ärzte nun zur Diagnose „Paranoia“ veranlasst hatten.

Die Diagnose „Paranoia“ bei Frau *Haller* wurde außerdem von Professor Westphal vertreten, der dies im März 1907 in Form eines ärztlichen Attests bestätigte. Dieses Attest sollte später die Grundlage der Entmündigung bilden. Westphal untermauerte seine Diagnose damit, dass Frau *Haller* unter dem Einfluss von Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen stehe, wobei Beeinträchtigungsideen im Vordergrund stünden. Fraglich bleibt bei dieser Diagnosestellung für den Leser jedoch, welche Rolle hierbei die Größenideen spielten. Diese traten im weiteren Verlauf angeblich immer mehr hervor und

³⁴⁴ Patientin Nr. 2410/3.

³⁴⁵ Patientin Nr. 2410/3.

machten sich in Form von großen Schenkungen und Bestellungen der Patientin bemerkbar. Zu diesem Zeitpunkt schienen aber vorerst Verfolgungsgedanken einen größeren Raum eingenommen zu haben. Da dieses ärztliche Zeugnis das einzige von Westphal stammende Dokument ist, das unter dem Aktenmaterial zu finden ist, erfährt man nicht, ob der Arzt seine Diagnose später weiterhin vertrat oder ob er sie doch noch zugunsten einer anderen, eventuell passenderen Diagnose aufgab.

Dr. Hoffmann wiederum sah das Problem der Diagnosestellung bei Frau *Haller* noch um einiges differenzierter. In seinem Einweisungsbrief der Patientin schrieb er an die Ärzte im Bellevue: „Weder Professor Westphal der die Kranke öfter gesehen hat noch ich und die Ahrweiler Ärzte sind imstande eine exacte Diagnose zu stellen. Es ist eben ein auf dem Boden der Heredität entstandenes wechselvolles Krankheitsbild.“³⁴⁶ Er nannte damit die Schwierigkeit der genauen Diagnosefindung beim Namen und deutete gleichzeitig seine Zweifel an der Richtigkeit der bisher gestellten Diagnosen an. Die Verbindung der Erkrankung Frau *Hallers* mit einem hereditären Ursprung könnte er aus der Tatsache geschlossen haben, dass ein Bruder der Patientin, *Martin Hoss*, sich bereits in früheren Jahren ebenfalls in psychiatrischer Behandlung befand. Allerdings, so haben Nachforschungen ergeben, war bei diesem eine Neurasthenie diagnostiziert worden. Er wurde damals auch eine zeitlang im Bellevue behandelt. Es waren zudem auch Psychosen in der Verwandtschaft väterlicher- und mütterlicherseits bekannt. Auf die Charakterisierung von Frau *Hallers* Krankheit als „wechselvolles Krankheitsbild“ ging Hoffmann noch im selben Brief näher ein. So beschrieb er die Krankheit als „recidivierende Erregungszustände mit Hallucinationen“³⁴⁷. Auch seien „entschieden paranoische Anklänge“³⁴⁸ dabei. Trotz dieses Eingeständnisses schien er sich nicht vollständig auf die Diagnose „Paranoia“ einlassen zu wollen, was allerdings nicht näher begründet wurde. Er bezog in diesem Punkt keine klare Stellung. Zwar meldete er Schwierigkeiten und Zweifel an der seitherigen Diagnosestellung an, räumte aber auch die eigene Unfähigkeit, eine adäquatere Bezeichnung zu finden, ein und überließ die weitere Diagnosefindung mit oben genannten Beschreibungen des Krankheitsbildes den Kreuzlinger Ärzten.

³⁴⁶ Patientin Nr. 2410/6.

³⁴⁷ Patientin Nr. 2410/6.

³⁴⁸ Patientin Nr. 2410/6.

In Bellevue fand man nun entgegen allen bisherigen Meinungen zur Diagnose „Dementia praecox paranoides“. Diese Bezeichnung des Krankheitsbildes ist in der Krankengeschichte unter der standardisierten Rubrik „Diagnose“ angegeben. Es ist die einzige Stelle, an der in der Akte überhaupt etwas zur Diagnose auftaucht. Nähere Begründungen fehlen. Jedoch findet man auch keine anderen Diagnosen im weiteren Verlauf in der Anstalt. Auch gibt es kaum Hinweise darauf, dass die Diagnose weiter diskutiert wurde, oder es sind zumindest keine Dokumente über solche Diskussionen erhalten. Das einzige Dokument, das hierbei noch von Bedeutung ist, ist ein Brief Robert Binswangers an einen Professor vom 27. März 1907. In diesem erklärte Binswanger zur Diagnose bei Frau *Haller* folgendes: „Ich habe noch wenig paranoisches an ihr entdeckt, hingegen begegne ich in allem, was sie spricht, denkt und ausführt einer gehörigen Dosis Schwachsinn gepaart mit einer inneren Erregung u. Erotomanie, welche sich hauptsächlich auf die Person des Dr. Dannenberger in A. bezieht.“³⁴⁹ An diesem Brief zeigt sich, dass man sich auch im Bellevue mit der Diagnose nicht leicht tat und die Diagnosenstellung sorgfältig überprüfte. Während der erste Diagnosenwechsel von „Erschöpfungsdelir“ zu „Paranoia“ durch das klinische Bild bestimmt war (das in Frau *Hallers* Fall zu viele psychotische Komponenten aufwies, als dass man es länger als reaktiv ausgelöstes „Erschöpfungsdelir“ bezeichnen können hätte), zeigt der Wechsel von der Diagnose „Paranoia“ zu „Dementia praecox paranoides“ durch die Kreuzlinger Ärzte einen Wechsel des nosologischen Systems: Man kann aus der Verwendung des Begriffes „Dementia praecox paranoides“ schließen, dass man sich in Kreuzlingen bereits an Kraepelin orientierte, denn der Begriff ging ja in seiner derartigen Ausgestaltung auf diesen zurück. Es spricht außerdem für eine schnelle Umsetzung der Kraepelinschen Lehrmeinung durch die Ärzte des Bellevue. Dies wird deutlich, wenn man beachtet, dass Kraepelin den Begriff Dementia praecox erst 1899 das erste Mal in der umfassenden Weise definierte, dass auch paranoide Erkrankungen darunter eingeordnet werden konnten. Die Krankheitsbilder „Paranoia“ und „Dementia praecox paranoides“ grenzte er dabei deutlich voneinander ab. Dass es sich bei Frau *Haller* um eine Krankheit mit paranoischer Komponente handeln musste, darüber waren sich wie erwähnt alle beteiligten Ärzte einig.

³⁴⁹ Patientin Nr. 2410/13.

Wie also kamen nun die Kreuzlinger Ärzte genau dazu, die Krankheit unter der *Dementia praecox* einzuordnen und inwieweit stimmten die von Frau *Haller* gezeigten Symptome mit Kraepelins Definition überein? Zur Klärung dieser Fragen ist es von Nutzen, sich anhand der Krankengeschichte und des Tagebuchs der Wärterin vor Augen zu führen, welche Symptome die Patientin genau aufwies und inwiefern diese zur *Dementia praecox paranoides* passen. Gemeinsamkeiten treten bereits am Beginn der Erkrankung auf: Wie auch Kraepelin gewisse Verschrobenheiten des Charakters bei Patienten mit *Dementia praecox* beschrieb, konnten solche Eigentümlichkeiten bei Frau *Haller* gefunden werden. Laut Anamnese aus Ahrweiler war die Patientin sehr reizbar und litt unter allerlei hypochondrischen Vorstellungen. Die Verschlimmerung von Frau *Hallers* Zustand nach dem Tod ihres Mannes passt insofern zu Kraepelins Konzept, als dieser auch so genannte Gelegenheitsursachen wie psychische Belastungssituationen als häufigen Auslöser für die Krankheit sah. Die Tatsache, dass in Frau *Hallers* Verwandtschaft väterlicher- sowie mütterlicherseits Psychosen vorgekommen waren und auch ihr eigener Bruder an einer Neurasthenie litt, trifft auf Übereinstimmung mit Kraepelins Behauptung, die *Dementia praecox* entwickle sich zumindest zum Teil auf erblicher Basis. Die Hauptcharakteristika der *Dementia praecox*, die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, sind bei Frau *Haller* zweifelsohne vorhanden. Kraepelin beschrieb die Sinnestäuschungen als hauptsächlich akustischer Art. Genau dies war auch bei Frau *Haller* der Fall: sowohl die Ärzte als auch Wärterin stellten akustische Sinnestäuschungen fest. Auch Wahnvorstellungen wurden bei der Patientin von Seiten der Ärzte und Wärterin bemerkt. Es war dies zum einen eine Art Größenwahn, demzufolge sie ihre finanzielle Situation, obwohl es um diese nicht schlecht stand, dennoch maßlos überschätzte und unsinnige Schenkungen machte. Unter den Menschen, die sie besonders häufig beschenkte, trat ein gewisser Herr Dr. Dannenberger hervor, der die Patientin unter anderen in Ahrweiler betreut hatte. Das Verhältnis der Kranken zu dem Arzt wird näher zwar nicht beschrieben, doch könnte es sich dabei von Seiten der Patientin um eine Art Liebeswahn gehandelt haben. Der Größenwahn konnte sich laut Krankengeschichte auch auf die malerischen Fähigkeiten der Patientin erstrecken. Der Wahn der Kranken konnte aber auch von anderer Gestalt sein und zeigte sich dann in Verfolgungsideen. So war ihre feindliche Stimmung gegenüber ihrer Umwelt und insbesondere gegenüber ihrer restlichen Familie sehr auffällig. Auch fühlte sich die Kranke in der Anstalt einge-

sperrt und verdächtigte im Rahmen dieser Gedanken sogar die Wärterin, zusammen mit Herrn Dr. Binswanger ein Komplott gegen sie zu schmieden.³⁵⁰ Des Weiteren äußerte sie besonders im späteren Verlauf Beeinträchtigungsideen sexueller Art. Frau *Hallers* Wahn war dabei insgesamt wechselnden Inhalts und ohne System. Die Art des Wahnes also – Größenwahn gepaart mit Beeinträchtigungsideen – entspricht insgesamt wiederum dem Konzept Kraepelins, der ebenfalls Größen- und Verfolgungswahn als hauptsächliche Erscheinungsformen des Wahns bei der *Dementia praecox* beobachtete. An weiteren Symptomen zeigte die Patientin Anzeichen „gemütlicher Stumpfheit“, die für Kraepelin ja eine zentrale Rolle bei der Diagnose einer *Dementia praecox* spielten. Man versteht unter diesem Begriff eine Verarmung von Emotionen. So nahm die Patientin Vorwürfe bezüglich ihrer übertriebenen Schenkungen merkwürdig ruhig an. Zwischen- durch war von einer Gefühlsstumpfheit allerdings nichts zu bemerken. Dann schrieb die Patientin in liebenswerter Weise an ihre Verwandten. Auch diese wechselnden Phasen sind jedoch mit Kraepelins Definition vereinbar. Die starken Erregungszustände, die phasenweise bei Frau Haller auftraten, sowie die ab und zu erscheinenden katatonischen und stuporösen Zustände passen ebenfalls zu Kraepelins Konzept für die *Dementia praecox*. Besonders auffällig ist in diesem Fall die Geschäftigkeit, die die Patientin so häufig zeigte und während welcher sie dann zusammenhanglose Briefe schrieb oder unsinnige Bestellungen machte. Die Sinn- und Ziellosigkeit der Handlungen in derartigen Erregungsphasen stimmen ebenfalls mit Kraepelins Definition überein. Denn dieser beschrieb die Erregungszustände bei *Dementia praecox* als planlos auftauchende Impulse, die oft auch mit Gewalt ausgeführt würden. Auch zu solchen gewalttätigen Ausschreitungen war es in Frau Hallers Fall gekommen. Man denke hierbei an ihre Verletzung in die Tannegg am 8. Mai 1907. Weiterhin zeigte die Kranke vor allem in späteren Zeiten zunehmende Zerfahrenheit in Denken und Sprechen. So beschrieb die Wärterin die Antworten der Kranken um zeitweise als verkehrt und unklar. Ein weiteres Zeichen dieser Zerfahrenheit waren die unsinnigen zusammenhanglosen Briefe, die die Kranke zu schreiben pflegte. Am 15. Juni 1907 stellte der Arzt in der Krankengeschichte fest, dass Frau *Haller* „völlig zerfahren in ihren Wünschen und Zukunftsplänen“³⁵¹ sei. Die Wärterin schilderte dies zum Beispiel so, dass die Kranke ständig Reisepläne für die Zukunft schmiedete, wobei sie das Ziel dieser Reisen jedoch ständig neu bestimmte.

³⁵⁰ Patientin Nr. 2410/2; Tagebucheintrag vom 10. August 1907.

³⁵¹ Patientin Nr. 2410/1; 15. Juni 1907.

Zusätzlich bemerkte sie eine gewisse Ablenkbarkeit und Sprunghaftigkeit. Zum Beispiel kam es vor, dass die Patientin nachmittags einen Wagen zum Ausfahren bestellt hatte, um ihn dann wieder abzubestellen. Oder sie machte große Bestellungen an Büchern, interessierte sich jedoch bei deren Ankunft nicht mehr im Mindesten für diese. Solche Zustände von Zerfahrenheit hatte nun auch Kraepelin für die *Dementia praecox* beschrieben und Frau *Hallers* Krankheit würde also auch insofern zu dessen Konzept passen. Im Zusammenhang mit eben dieser Zerfahrenheit stellte der Arzt in der Krankengeschichte weiterhin fest, die Patientin gehe „geistig fraglos zurück“³⁵². Dies trifft abermals auf Übereinstimmung mit Kraepelins Definition der *Dementia praecox*, da er als Charakteristikum der Krankheit zunehmende geistige Schwäche postulierte. Allerdings scheint diese geistige Schwäche bei Frau *Haller* nicht unbedingt zuzunehmen. Im Gegenteil: Es kam phasenweise wieder zu einer Besserung und auch auf längere Zeit gesehen schien sich Frau *Hallers* geistiger Zustand wieder gebessert zu haben. Man kann dies unter anderem der Tatsache entnehmen, dass sich Herr Dr. Peretti 1908 um eine Aufhebung der bis dahin in Kraft getretenen Entmündigung bemühte und den Zustand der Patientin als gebessert beschrieb. Im Vergleich mit Kraepelin muss man allerdings auch hier wieder beachten, dass dieser die Krankheit im Verlauf als Wechsel von schlechteren mit besseren Phasen beschrieb. Da man nun aber über den weiteren Verlauf von Frau *Hallers* Krankheit in der Akte des Bellevue nichts erfährt, fällt eine genaue Beurteilung dieses Punktes schwer. In einem weiteren Punkt, nämlich dem der Orientierung und Auffassung äußerer Eindrücke, stimmen Kraepelins Definition und die Diagnosestellung der Kreuzlinger Ärzte wieder überein. Kraepelin beschrieb hierfür bei *Dementia praecox* abgesehen von Zeiten starker Wahnbildungen oder Sinnestäuschungen ungestörte Orientierung und Wahrnehmung. Auch bei Frau *Haller* schienen diese, abgesehen von Zeiten mit starker Beeinflussung durch die Krankheit, ungestört zu sein. So war der Kranken stets bewusst, dass sie sich in einer Anstalt befand, wer die Ärzte und Schwestern um sie herum waren und sie erkannte ihre Verwandten. Auch zu ihrer eigenen Person sowie zeitlich war sie vollständig orientiert und sie konnte ihre Umgebung ungestört wahrnehmen. Allerdings interpretierte die Patientin trotz dieser ungestörten Wahrnehmung ihre Umgebung nach eigenen, wahnhaften Vorstellungen. Man denke dabei an ihre Überzeugung, die Familie stehe ihr feindlich gegenüber. Selbst

³⁵² Patientin Nr. 2410/1; 15.Juni 1907.

Handlungen der Ärzte interpretierte sie zum Teil als feindlich, oder sie fühlte sich von der Schwester bei der Pflege derb behandelt und unterstellte ihr daraufhin unreine Gedanken. Teilweise kam es auch zu Überbewertungen solcher Wahrnehmungen. Hierbei ist besonders auf die Person des Dr. Dannenbergers aus Ahrweiler hinzuweisen. Die Patientin überhöhte diesen und machte ihm infolge dessen übergroße Geschenke. Auch in Bezug auf ihren eigenen Zustand zeigten sich ihre fälschlichen, wahnhaften Interpretationen: So zeigte sie teilweise keinerlei Krankheitseinsicht, war aber zu anderen Zeiten durchaus nicht uneinsichtig. Sie sah dann ein, dass ihr Zustand kein gesunder sei, erklärte diesen aber zum Beispiel mit Hypnose. All dies lässt auf eingeschränkte Urteilsfähigkeit schließen, weshalb man sie wohl unter anderem später auch entmündigte. In Bezug auf Kraepelins *Dementia praecox* findet sich auch hier Übereinstimmung, denn auch dieser nannte solche Symptome bei der *Dementia praecox*. Des Weiteren war Frau *Hallers* Bewusstsein, abgesehen von stuporösen und erregten Zuständen, ungetrübt. In diesem Punkt stimmt die Diagnosestellung in Kreuzlingen abermals mit Kraepelins Konzept überein, da auch er ungetrübtetes Bewusstsein als Merkmal der *Dementia praecox* beschrieb. Auffällig war bei der Kranken weiterhin ein gewisser Grad an Beeinflussbarkeit und Lenkbarkeit, was auch Kraepelin als Symptom der *Dr* beschrieb. Allerdings schien sich dieses lenkbare Verhalten der Patientin nur auf bestimmte Personen zu erstrecken, namentlich in der Hauptsache auf bestimmte Ärzte. In Bezug auf somatische Besonderheiten, wurden bei Frau *Haller* vasomotorische Störungen und gesteigerte Sehnenreflexe beschrieben, was auch Kraepelin bei der *Dementia praecox* oft finden konnte. Auch was Kraepelins spezielle Diagnose „*Dementia praecox paranoides*“ anbelangt, gibt es einige Parallelen zu Frau *Hallers* Krankheit. Kraepelin charakterisierte das Krankheitsbild *Dementia praecox paranoides* als dauerndes Vorhandensein zusammenhangloser, ständig wechselnder Verfolgungs- und Größenideen mit leichter Erregung, das mit einem Einleitungsstadium mit Allgemeinbeschwerden wie Kopfschmerzen, Unruhe und leichten Verstimmungen beginne. All diese Merkmale wies auch Frau *Haller* im Verlauf ihrer Krankheit auf. Rededrang bemerkte Kraepelin bei seinen Patienten allerdings nicht, Frau *Haller* hingegen wies dieses Symptom von Zeit zu Zeit auf. Auch sei bei den an *Dementia praecox paranoides* erkrankten Patienten laut Kraepelin gewöhnlich ein gewisses Gefühl für die Krankheit vorhanden. Die Kreuzlinger Ärzte fanden dies ebenso bei Frau *Haller*, die ja zwischenzeitlich immer

wieder ihren krankhaften Zustand erkannte. Das Bewusstsein könne nach Kraepelins Definition leicht getrübt sein. Wenn man im Hinblick auf dieses Symptom Frau *Hallers* Krankheitsbild betrachtet, dann findet man auch hier zum Teil getrübttes Bewusstsein, vor allem in Phasen starker Erregung. Von Kraepelin beschriebene Erinnerungsfälschungen wurden von den Kreuzlinger Ärzten nicht direkt genannt, eine als stets gehalten beschriebene Stimmung konnten sie bei Frau *Haller* jedoch in Ansätzen durchaus feststellen. Auch Unruhe, Neigung zum Schimpfen und zu Gewalttaten beschrieben sowohl Kraepelin für die *Dementia praecox paranoides* als auch die Kreuzlinger Ärzte bei Frau *Haller*. Die mit solchen Erregungszuständen wechselnden, ruhigeren Phasen, in denen Frau *Haller* sich mit mechanischen Tätigkeiten wie Handarbeit, Lesen oder Schreiben beschäftigte, beschrieb Kraepelin ebenso als charakteristisch für die *Dementia praecox paranoides*. Der von Kraepelin beschriebene Endzustand in „schwachsinniger Verwirrtheit“ lässt sich wie auch schon im obigen Teil bei der *Dementia praecox* an sich im Fall Frau *Hallers* deshalb nicht vollständig beurteilen, weil nicht genügend Dokumente über den Verlauf der Erkrankung nach der Entlassung der Patientin aus dem Bellevue vorhanden sind. Der Zustand der Patientin scheint allerdings zumindest vorübergehend gebessert gewesen zu sein.

Zusammenfassung

Wie unschwer zu erkennen ist, konnte ein Krankheitsbild wie das bei Frau *Haller* beschriebene durchaus unter Kraepelins Diagnose *Dementia praecox* eingeordnet werden. Selbst eine Zuteilung zur speziellen Untergruppe *Dementia praecox paranoides* scheint angebracht zu sein. Es ist dabei allerdings zu beachten, dass nicht alle von Frau *Haller* gezeigten Symptome genau mit Kraepelins Definition übereinstimmten. Die wesentlichen Züge der Krankheit sind bei ihr jedoch eindeutig vorhanden. Trotz dieser recht eindeutig möglichen Zuteilung zeigt sich, dass den Ärzten der damaligen Zeit die Diagnosestellung bei einem derartigen Krankheitsbild schwer fiel, was sich in Frau *Hallers* Fall besonders an dem häufigen Diagnosenwechsel manifestierte. Man brachte gleichsam die Diagnosen „Erschöpfungsdelir“ oder „Paranoia“ mit einem solchen Krankheitsbild in Verbindung. Dabei muss allerdings offen bleiben, ob man diese Diagnosen jeweils in ausdrücklicher Abgrenzung zu Kraepelins *Dementia praecox* stellte, oder ob Kraepelins Konzept von diesen Ärzten (noch) nicht verwendet wurde. Andere wiederum erkannten, wie Hoffmann dies im Einweisungsbrief formulierte, die Schwierig-

keit bei der genauen Definition und konnten den Symptomenkomplex keiner Diagnose eindeutig zuordnen. Dieser Sachverhalt spiegelt wohl die Wirrungen wider, denen selbst Wissenschaftler und Fachleute zu der Zeit bei der Einteilung solcher Symptomenkomplexe begegneten. Dabei ist an die unterschiedlichen Lehrmeinungen beispielsweise Kraepelins, Krafft-Ebings oder Mendels hinzuweisen, die solchen Konstellationen in der Symptomatik die unterschiedlichsten Diagnosen zuwiesen. In Kreuzlingen orientierte man sich offensichtlich an Kraepelin, was sich schon an der Wahl des Begriffes „Dementia praecox paranoides“ als Diagnose bei Frau *Haller* zeigt. Dass dieses Denken für damalige Verhältnisse als eher fortschrittlich bezeichnet werden kann, lässt sich daraus schließen, dass Kraepelins Definition schon 1907 von den dortigen Ärzten verwendet wurde. Bedenkt man, dass der Begriff in diesem Ausmaß erst ein paar Jahre vorher (nämlich 1899) von dem Autor eingeführt wurde, so offenbart sich auch dadurch die schnelle und mit gewissen Einschränkungen sichere Umsetzung des Konzeptes durch die Kreuzlinger Ärzte. Es kann außerdem anhand der Diagnosefindung bei Frau *Haller* nachvollzogen werden, wie Kraepelin den Begriff Dementia praecox aus verschiedenen vorher vorhandenen Diagnosen rekrutiert haben musste.

II. Ein Fall von Dementia praecox hebephrenica

Auch bei der transkribierten Akte Nr. 2845 handelt es sich um einen Fall von Dementia praecox, bei dem die Diagnosestellungen nicht einfach gewesen zu sein scheint. So sind unter dem Aktenmaterial zahlreiche Dokumente vorhanden, die Diskussionen um die Diagnose enthalten, und sogar im Bellevue selbst kommt es im Verlauf des Aufenthalts der aus dem Elsass stammenden Patientin namens *Marianne Schmid* zu einem Diagnosenwechsel. *Marianne* befand sich in der Zeit vom 5. August 1910 bis zum 6. April 1911 in der Anstalt. Die in der Krankengeschichte verzeichnete Diagnose lautet „Dementia praecox hebephrenica“. Zur Diskussion im Rahmen dieser Arbeit ist die Krankenakte insofern besonders geeignet, als Schwierigkeiten bei der Diagnosefindung hier gut aufgezeigt werden können. Außerdem handelt es sich im Vergleich zur im vorigen Kapitel besprochenen Akte um eine andere Unterart der Dementia praecox. Es kann hierbei recht anschaulich verfolgt werden, wie die Kreuzlinger Ärzte Kraepelins Definition der Dementia praecox im Klinikalltag anwandten und welche Probleme sich dabei ergaben.

Aktenmaterial

Die Akte Nr. 2845 besteht aus insgesamt 94 Dokumenten und ist damit recht umfangreich. Man findet unter diesen Dokumenten zunächst die handschriftlich von Ludwig Binswanger geführte Krankengeschichte, die bei *Marianne* mit 18 Seiten recht ausführlich gestaltet ist. Sie enthält Angaben zur Person und Sozialdaten der Patientin, einen ausführlichen somatischen Befund derselben sowie eine kurze Anamnese, die auf Angaben der Mutter beruht. Im Abstand von jeweils einigen Tagen bis Wochen folgt dann die Schilderung des Aufenthalts der Kranken im Bellevue. Die täglichen Abläufe der Patientin und deren Verhalten werden auch in Tagebüchern der Wärterin plastisch dargestellt, von denen drei Exemplare in den Akten enthalten sind. Diese Tagebücher sind von der Wärterin handschriftlich geführt. Das erste enthält dabei den Zeitraum 6. November 1910 bis 11. August 1910, der zweite den Zeitraum 11. August bis 26. September 1910. Das dritte und letzte erhaltene Buch schildert die Zeit vom 4. Oktober bis zum 18. November 1910. Außer einer maschinenschriftlichen Todesanzeige, die den Tod der Patientin am 6.10.1911 verkündet, und einer handschriftlichen Notiz Ludwig Binswangers, die teilweise stenographisch ein Gespräch mit der Patientin wiedergibt, ist unter dem Aktenmaterial jede Menge Korrespondenz enthalten. Es finden sich einige Briefe der Kreuzlinger Ärzte an vor- oder weiterbehandelnde Kollegen. So gibt es vier maschinenschriftliche Briefe von Binswanger an den Hausarzt der Familie *Schmid*, und drei handschriftliche Briefe von diesem an die behandelnden Ärzte im Bellevue. Des Weiteren gibt es einen maschinenschriftlichen Brief Binswangers an den vorbehandelnden Kollegen im „Sanatorium Ebers“, sowie eine handschriftliche Antwort von diesem. Es sind auch drei maschinenschriftliche Briefe der Kreuzlinger Ärzte (wahrscheinlich Ludwig Binswangers) an die nach der Entlassung der Patientin weiterbehandelnde Ärztin erhalten. Von dieser Ärztin findet man vier handschriftliche Briefe an Ludwig Binswanger. Ein paar dieser Briefe sind nach *Mariannes* Tod verfasst. Es gibt außerdem noch einen an diese Ärztin gerichteten Brief in französischer Sprache, der von den Pflegeeltern stammt, bei denen *Marianne* nach ihrem Aufenthalt im Bellevue untergebracht war. Offenbar kam es auch einmal zu einem Kontakt Ludwig Binswangers zu einem Rechtsanwalt. Davon zeugen ein maschinenschriftlicher Brief des Anwaltes an den Arzt sowie ein maschinenschriftlicher Brief Binswangers an den Anwalt. Darüber hinaus ist ein maschinenschriftliches Dokument erhalten, auf dem Binswanger sich Notizen in

Form eines Konzeptes für das Verfassen dieses Briefes gemacht hatte. Außer dieser Korrespondenz sind auch Briefwechsel zwischen den Kreuzlinger Ärzten und Angehörigen der Kranken beziehungsweise dieser persönlich unter dem Aktenmaterial zu finden. So gibt es 16 maschinenschriftliche Briefe eines Kreuzlinger Arztes, dessen genaue Identität nicht ausfindig gemacht werden konnte, an den Vater, und sieben ebenfalls maschinenschriftliche Briefe an die Mutter der Patientin. Diese Dokumente enthalten Schilderungen des Befindens der Kranken, aber auch Auseinandersetzungen mit den Eltern um eine adäquate Behandlung der Tochter. Vom Vater, Herrn *Schmid*, gibt es 14 handschriftliche Briefe auf Französisch, die an Ludwig Binswanger adressiert sind. Auch von Frau *Schmid*, der Mutter, sind insgesamt sieben handschriftliche Briefe in französischer Sprache an Ludwig Binswanger enthalten. Außerdem gibt es einen handschriftlichen Brief auf deutsch von Herrn *Schmid* an Marie Griesbach, die unter anderen die Patientin im Bellevue betreute. In diesem bat er um Kontrolle der Briefe seiner Tochter. Es gibt des Weiteren einen maschinenschriftlichen Brief eines Kreuzlinger Arztes an die Patientin persönlich sowie einen an einen ihrer Freunde. Schließlich kann man unter den Dokumenten noch zahlreiche jeweils handschriftliche Briefe von *Marianne Schmid* persönlich finden. Darunter befinden sich zwei französische Briefe an die Mutter, einer an den Vater, sowie jeweils einer auf Deutsch an Ludwig Binswanger, an Frau Griesbach und an eine befreundete Familie. Außerdem sind drei Briefe an Freundinnen der Kranken enthalten, teils auf deutsch, teils auf französisch sowie insgesamt sechs Briefe der Kranken an diverse Männerbekanntschaften, ebenfalls teilweise auf deutsch, teilweise auf französisch geschrieben. Unter der Korrespondenz der Patientin befinden sich außerdem ein von dieser verfasstes französisches Telegramm sowie eine von dieser aufgegebene Bestellung an die Direktoren eines Kaufhauses, ebenfalls auf Französisch. Zum Schluss bleiben noch drei kleine Besonderheiten zu erwähnen: Zum einen sind dies zwei Postkarten, die männliche Bekannte der Patientin nach Bellevue schickten. Zum anderen gibt es ein Foto, das die Patientin einem ihrer Männerbekanntschaften schicken wollte. Bei dem Foto handelt es sich um eine Aufnahme von einigen Personen im Schnee. Die Patientin hat dabei die einzelnen Personen mit Namen versehen, woraus man entnehmen kann, dass unter anderem sie selbst, ihre Mutter sowie einige Bekannte dargestellt sind.

Sozialdaten der Patientin

Bei der Patientin, deren Krankengeschichte in der Akte Nr. 2845 des Bellevue festgehalten ist, handelte es sich um ein zum Zeitpunkt des Anstaltsaufenthaltes 16jähriges Mädchen, *Marianne Schmid*. Nach Angaben der Mutter war *Marianne* nach komplikationsloser Schwangerschaft und Geburt im Juni des Jahres 1894 als Tochter eines Kaufmannes zur Welt gekommen. Sie war von evangelischer Konfession. Aus der Krankengeschichte geht hervor, dass die Patientin drei Geschwister hatte – zwei Brüder und eine Schwester, wobei einer der Brüder mit 18 Tagen an Keuchhusten gestoben war. Zwei ihrer jüngeren Geschwister werden hierbei außerdem als „etwas nervös“³⁵³ bezeichnet. Auch die Mutter schien psychische Probleme zu haben, wird sie doch in der Krankengeschichte als „Hysterika“³⁵⁴ bezeichnet. Den Angaben der Mutter ist weiterhin zu entnehmen, dass die Kranke schon während der Jugend wählerisch in Freundschaften gewesen sei und nur schwer Anschluss gefunden habe. Nichtsdestotrotz sei sie offenbar gern in Gesellschaft und bei anderen beliebt gewesen. Das Lernen sei ihr schwer gefallen, doch habe es auch Zeiten übertriebenen Ehrgeizes gegeben. Insgesamt seien die schulischen Leistungen ihrer Tochter als mittelmäßig zu bezeichnen. Die Mutter räumte im Anamnesegespräch außerdem ein, dass sie das Kind sehr verwöhnt habe. Beim ihrem Eintritt ins Bellevue war *Marianne* den Schilderungen der Krankengeschichte entsprechend unverheiratet und hatte seit den einige Zeit vorangehenden Streitigkeiten zwischen den Eltern (diese waren in Scheidung begriffen aufgrund eines Verhältnisses der Mutter zu ihrem Vetter) zusammen mit der Mutter und ihren Geschwistern in einer elsässischen Stadt gewohnt.

Anamnese

Zur Veranschaulichung der Vorgeschichte von *Mariannes* Krankheit sind drei Dokumente von besonderer Bedeutung. Dies sind zum einen die anamnestischen Angaben, die ihre Mutter gegenüber einem Kreuzlinger Arzt machte, was dieser am 19. August 1910 in der Krankengeschichte festhielt. Zum anderen ist es ein Brief des Hausarztes der Familie *Schmid*, Zimmermann, vom 14. August 1910 an Binswanger sowie der Brief des in Ebers Sanatorium tätigen Arztes Wappenschmitt an Binswanger, in dem er

³⁵³ Patientin Nr. 2845/1.

³⁵⁴ Patientin Nr. 2845/1.

den Aufenthalt der Patientin im Sanatorium in Baden-Baden beschrieb. So nannte die Mutter als Beginn der Erkrankung den Zeitraum zwischen Mai und Juni 1910. Während dieser Zeit habe sich Frau *Schmid* nämlich selbst in Ebers Sanatorium aufgehalten. Der Grund hierfür seien die ehelichen Streitigkeiten gewesen, zu denen es zwischen ihr und ihrem Mann gekommen sei. *Marianne* habe in dieser Zeit als Vertraute der Mutter, die sie des Öfteren habe trösten müssen, viel Schreckliches erlebt und sei seit dem Winter zunehmend ernster geworden. Die Mutter bemerkte auch zunehmende Erregung und Unbeständigkeit sowie häufiges Weinen bei der Tochter. Auch Zimmermann zog die Belastung des Mädchens durch die Streitigkeiten der Eltern als Auslöser der Krankheit in Erwägung. Er bezeichnete den Zustand der Patientin als von depressiver Stimmung geprägt, wobei er sogar von Selbstmordgedanken der Kranken wusste. So äußerte auch Dr. Wappenschmitt, dass die Patientin sich einmal von einem Münster habe stürzen wollen und besonders ihrer Mutter gegenüber oft mit Suizidgedanken gespielt habe. Aufgrund dieser Selbstmordgedanken sei es dann am 16. Juli 1910 zur Aufnahme ins Sanatorium Ebers gekommen. Wappenschmitts Schilderung nach seien auch Verfolgungs- und Beeinträchtigungsgedanken vorgekommen. Die Patientin habe des Weiteren unter „nervöse[m] Heißhunger“³⁵⁵ und Globus hystericus gelitten. Sie habe große Reizbarkeit und Sprunghaftigkeit gezeigt. Als Diagnose nannte Wappenschmitt Hysterie. Zimmermann diagnostizierte überdies nervöses Erbrechen, nervöse Anorexie sowie melancholische Depression. Berichten Wappenschmitts und Zimmermanns zufolge kam es zu einem jähen Ende des Aufenthaltes der Patientin im Sanatorium, denn ihr Vater holte sie vollkommen unvermittelt ohne Wissen der Mutter von dort weg. Aus dessen Begründung für sein derartiges Verhalten geht hervor, dass er einen zu großen Einfluss der Mutter auf seine Tochter im Sanatorium fürchtete. Da Herr *Schmid* von einer Rückkehr seiner Tochter nach Baden-Baden nicht zu überzeugen war, schlug Zimmermann die Aufnahme ins Bellevue vor, welche darauf tatsächlich erfolgte.

Symptome und Krankheitsverlauf

So wurde *Marianne Schmid* am 5. August 1910 in die „Maria“ der Kreuzlinger Anstalt aufgenommen. Sie wurde vom aufnehmenden Arzt als großes, kräftiges Mädchen beschrieben, das sich in einem „schwer definierbaren Zustand“³⁵⁶ befinde. Die Stimmung

³⁵⁵ Patientin Nr. 2845/88.

³⁵⁶ Patientin Nr. 2845/1.

wechsle unvermittelt von Depression zu Vergnügtheit und es sei die Patientin unklar in ihren Angaben. Sie habe über ihre zwei Selbstmordversuche gesprochen und zugegeben, dass sie gern intrigiere und infolge ihrer lebhaften Phantasie zum Teil Dinge erfinde. Des Weiteren habe die Patientin davon gesprochen, was für eine große Rolle sie in Strassburg gespielt habe. Die Kranke selbst führte dies auf ihr hübsches Äußeres zurück. Der zuständige Arzt bezeichnete das Verhalten der Patientin zu Beginn ihres Anstaltsaufenthaltes als „widerspruchsvoll und bizarr“³⁵⁷. So zeige sie des Öfteren unmotiviertes Lachen, um kurz darauf bitterlich zu weinen. Die Wärterin berichtete in ihrem Tagebuch von einigen bizarren bis hypochondrisch anmutenden Vorstellungen der Patientin. So habe diese behauptet, einen Tumor am Ohr zu haben. Die Kranke habe sich dies damit erklärt, dass sie sich lange nicht gewaschen habe. Auch glaube die Patientin, durch in der Vergangenheit liegende Vergehen körperlich entstellt zu sein. Zudem habe *Marianne* den Wunsch geäußert, durch Blitzschlag zu sterben, was aus einem Tagebucheintrag vom 9. August hervorgeht: „Wie es blitzte fuhr sie plötzlich auf, und rief, „Wenn mich nur der Blitz treffen würde, das währ [sic] mein Herzenswunsch.““³⁵⁸ Auffällig dabei sei, so vermerkte der Arzt in der Krankengeschichte, dass die Kranke solche Gedanken nur der Pflegerin gegenüber zur Sprache bringe. Den Ärzten gegenüber habe sie niemals derartiges geäußert. Des Weiteren ist in der Krankengeschichte festgehalten, dass die Patientin gegenüber der Umgebung gleichgültiges Verhalten gezeigt habe. Auch wurde ihre Mimik als oft inadäquat beschrieben. So habe sie bei Erwähnung des Todes ihres Bruders oder der Erkrankung ihrer Mutter gelacht. Dem Arzt fiel außerdem auf, dass die Patientin ungern auf tiefere Diskussionen eingehe und insgesamt lieber beim Allgemeinen bleibe. Auf ihre Schönheit sei sie sehr eingebildet. Das widerspruchsvolle Verhalten habe sich laut Bericht eines Kreuzlinger Arztes an die Mutter der Patientin gegen Mitte August etwas gebessert. Die Kranke zeige sich jedoch noch immer sehr verschlossen und sei meist missmutiger, gedrückter Stimmung. Sowohl der Arzt in der Krankengeschichte, als auch die Wärterin im Tagebuch schilderten zunehmend Äußerungen der Patientin, die dahin gingen, dass über sie gesprochen werde. Der Arzt vermerkte dazu in der Krankengeschichte, es sei dies lediglich auf Einfälle der Patientin zurückzuführen, die sich als geisteskrank ausgeben wolle. Wahnideen oder Halluzinationen wollte er zunächst nicht mit diesen Äußerungen in Verbindung bringen.

³⁵⁷ Patientin Nr. 2845/5.

³⁵⁸ Patientin Nr. 2845/3.

Im weiteren Verlauf jedoch revidierte er diese Aussage, indem er offensichtliche Halluzinationen feststellte. So beschrieb er in der Krankengeschichte Aussagen der Patientin darüber, dass die Mädchen in der Küche über sie sprächen. Die Wärterin berichtete ähnliches, wobei der Inhalt des vermeintlich gesprochenen stets Anschuldigungen gegen die Patientin enthalte. Die Patientin meinte beispielsweise zu hören, für begangene Dummheiten, zu vieles Essen oder ihr Erbrechen von den Küchenmädchen beschuldigt zu werden. Überhaupt schien der Patientin auch das Essen Probleme zu bereiten. Berichten des Arztes und der Wärterin zufolge weigerte sie sich zunehmend, regelmäßig zu essen. Die Wärterin berichtete hierzu in ihrem Eintrag vom 15. August 1910: „Zu Essen weigerte sich Frl., es nütze doch nichts, verstehe sie doch niemand [...] Den Kakao wi[e] Butter wollte Frl. zum Fenster rauswerfen.“³⁵⁹ Auch ihre Verschuldungsgedanken traten im weiteren Verlauf immer mehr zutage, wie man Schilderungen der Wärterin und der Ärzte entnehmen kann. Als Beispiel dazu folgender Auszug aus dem Tagebuch vom 17. August 1910: „Des Morgens klagte Frl. ((*Schmid*)), habe die ganze Nacht im Zimmer gelegen, und ihrer Verschuldung nachgedacht. Aber es nütze doch nichts, die Schuld wäre zu groß, könnte sich zu Hause nicht mehr sehen lassen, an Verzeihung dürfe sie nicht denken. Nachmittags lachte Frl. sehr viel; wälzte sich im Bett, und gab Kuschhändchen in die Luft. Beim Nachtessen musste sich Frl. übergeben, nachher sagte sie, „Es ist eigentlich dumm von mir, dass ich das immer mache.“ Ferner wollte Frl. ((*Schmid*)) gehört haben, wi[e] die Mädchen in der Küche über sie schimpften, brauche auch nicht so viel essen und nicht so langsam, wäre nicht nötig immer solche Dummheiten zu machen.“³⁶⁰ Des Öfteren äußerte die Kranke nach Berichten der Wärterin die Befürchtung, von anderen verspottet zu werden. Die Wärterin berichtete Ende August davon, dass die Patientin vor ihrer Tür Menschen über sie spotten höre. Der Arzt vermerkte in der Krankengeschichte einen hohen Grad an Zerfahrenheit und Direktionslosigkeit bei *Marianne*. Er bemerkte dies vor allem in Bezug auf die Tatsache, dass die Kranke zwar einerseits das Gespräch suche, dann aber wieder behaupte, nicht reden zu können. Der Arzt schilderte auch, dass die Patientin viel Zeit zum Ankleiden und Frisieren brauche, was in gleicher Weise von der Wärterin im Tagebuch beschrieben wurde. Weiterhin beobachtete der Arzt, dass die Patientin oft das Gegenteil von dem tue, was man von ihr verlange. So sei sie beispielsweise nicht dazu

³⁵⁹ Patientin Nr. 2845/6; 15. August 1910.

³⁶⁰ Patientin Nr. 2845/6; 17. August 1910.

zu bringen, an ihre Eltern zu schreiben. Anfang September wurde der Zustand der Kranken laut Bericht in der Krankengeschichte wieder schlechter. Sie sei unruhig und unzufrieden, dränge ständig aus der Anstalt weg. Auch nehme sie einiges an Körpergewicht zu. Aus einem Eintrag in die Krankengeschichte Mitte September geht hervor, dass die Patientin sich ängstlich gegenüber Dr. v. Holst zeige und ein Gespräch nur schwer möglich sei. Sie zeige sich zunehmend hypomanisch und ihre Bewegungen erhielten immer mehr erotische Prägung. Anschließend schien eine Phase der Besserung einzutreten. Der Arzt berichtete davon, dass die Patientin ruhiger halluziniere und auch ihre Stimmung ruhiger und gleichgültiger sei. Auch beschäftige sie sich regelmäßig mit Klavierspiel, Weberei und Gartenarbeit. Dennoch komme es häufig zu raschem Stimmungswechsel, und die Patientin wirke noch immer äußerst zerstreut. Sie äußere nun auch Vermutungen, es könne ihr etwas ins Essen gemischt werden. Der Arzt räumte ein, dass ihm die Unterscheidung zwischen Halluzination und Wahnideen bei *Marianne* sehr schwer falle. Anfang November konnte er dann endgültig Fortschritte im Befinden der Patientin feststellen. Sie zeige sich weniger sprunghaft und bizarr, gehe mehr unter Menschen und spreche mehr. Von Krankheitseinsicht sei allerdings noch keine Spur vorhanden. Als die Wahnideen gegen Ende November immer mehr abblassten, drängte die nun lebhaft gewordene Patientin zunehmend nach Hause. Briefen des Arztes an die Eltern der Kranken ist zu entnehmen, dass dieser die Patientin aufgrund der Rückfallgefahr noch ungern entlassen wollte. Es wurde deshalb ein Urlaub über Weihnachten bei den Eltern geplant, unter der Bedingung, dass die Patientin dort nicht mit den Familienverhältnissen belastet werden dürfe. Bis zum Antritt desselben am 23. Dezember 1910 wurde *Mariannes* Zustand laut Berichten der Ärzte zunehmend manisch gefärbt. Sie habe viel gelacht, geredet und kokettiert. Den Beginn ihrer Wahnideen habe sie in diesem Stadium damit erklärt, dass sie in einem Restaurant mit fremden Männern angetroffen worden sei, was sie damals sehr gekränkt habe. Trotz dieser nicht unkritischen manischen Phase wurde ihr laut Krankengeschichte der Urlaub gewährt und die Patientin wurde am 23. Dezember 1910 vom Vater abgeholt und zur Mutter gebracht.

Dieser Urlaub sollte nicht ganz ohne Folgen bleiben, wie dem weiteren Verlauf zu entnehmen ist. So war die Rückkehr der Kranken auf den 3. Januar angesetzt. Die Patientin hatte jedoch offensichtlich gegen diese Vereinbarung verstoßen, denn in der Krankengeschichte findet sich der erste Eintrag im Jahr 1911 erst am 15. Januar. Er beginnt mit

folgender Bemerkung: „Erst heute zurückgekehrt!“³⁶¹ Was in der Zwischenzeit, also während des Urlaubs der Patientin vorgefallen war, und warum sie erst so spät zurückkehrte, geht aus einem Brief der Patientin an Binswanger und dessen Antwort hervor. *Marianne* hatte demzufolge die Ferien mit der Mutter im Schwarzwald verbracht, wo sie eigenen Angaben nach eine vergnügliche Zeit verlebt und viel Wintersport getrieben hatte. Beim genauen Lesen des von ihr an Binswanger am 3. Januar 1911 verfassten Briefes fällt auf, dass sich die Patientin zu diesem Zeitpunkt immer noch in einem exaltierten Zustand befunden haben musste. So bemerkte *Marianne* in dem Brief, dass alle Bekannten von ihrem Aussehen entzückt seien. Auch sind erschienen ihre Schilderungen des Urlaubs übertrieben und verklärt. Darüber hinaus schrieb sie wohl zahlreiche Briefe an Herren, die zum Teil auch im Bellevue weilten. Sie gab in besagtem Brief vom 3. Januar außerdem an, voraussichtlich später als geplant nach Bellevue zurückzukehren. Als Grund dafür gab sie an, sie wolle auf Wunsch des Vaters ihre Garderobe erneuern lassen, worüber sich Binswanger wenig erfreut zeigte. Nach *Mariannes* Rückkehr in die Anstalt habe sie sich nach Schilderungen des Arztes noch mehrere Wochen in einem manischen Stadium befunden, was sich in heiterer Erregung, Unruhe und Geschwätzigkeit manifestierte. Sie habe sich übertrieben geschminkt, mit Schmuck behangen und große Bestellungen aufgegeben. Dabei habe sie die Vorstellung gehabt, jeden Moment Herrenbesuch zu bekommen und darüber hinaus erfundene Liebesgeschichten über Mitpatienten verbreitet. Dem Brief eines Kreuzlinger Arztes an die Mutter der Kranken vom 26. Februar 1911 ist außerdem zu entnehmen, dass er bei der Kranken keine tieferen Gefühle feststellen konnte. In der Krankengeschichte ist auch vermerkt, sie habe viel geschrieben, unter anderem erotisch gefärbte Briefe und Karten an Männer in und außerhalb der Anstalt. Diese Briefe, von denen einige unter dem Aktenmaterial zu finden sind, wurden von den Ärzten mit dem Argument abgefangen, dass sie aufgrund deren Ausdrucks gesteigerter Erotik zum Abschicken ungeeignet seien. Ein Kreuzlinger Arzt erklärte Herrn *Schmid* diese Maßnahme mit folgenden Worten: „Ich habe die meisten Briefe von Fräulein ((*Marianne*)), abgesehen von solchen an die Familie, zurückhalten müssen, da sie an Fremde entweder zu intim und herzlich schreibt, oder über ihr hiesiges Leben vollständig erfundene Angaben macht.“³⁶²

³⁶¹ Patientin Nr. 2845/1; 15. Januar 1911.

³⁶² Patientin Nr. 2845/43.

Diesem Brief sowie Berichten aus der Krankengeschichte zufolge wurde die Kranke während dieser Zeit hauptsächlich im Bett gehalten und von äußeren Einflüssen weitgehend abgeschottet. Mitte Februar kam es laut Krankengeschichte und Briefen zu einem Zusammentreffen zwischen Herrn *Schmid* und Binswanger, da dem Vater der Patientin die Anstaltskosten offenbar zu hoch waren. In Anbetracht des noch immer exaltierten Zustandes der Patientin plädierte Binswanger jedoch stark für eine Weiterbehandlung der Kranken in einer Anstalt, und man einigte sich darauf, *Marianne* in einem billigeren Sanatorium unterzubringen. Wie dessen Briefen zu entnehmen ist, nahm Binswanger daraufhin Kontakt zu einer Frau Dr. Siglinde Stier auf, die in Rapperswil am Zürichsee ein kleines Frauen-Sanatorium leitete, und erkundigte sich nach einem Behandlungsplatz für die Kranke. So kam es nach Briefen entnommenen Schilderungen am 6. April 1911 zum Austritt der Patientin aus dem Bellevue und zur Aufnahme in diesem Sanatorium. Im Überweisungsbrief Binswangers an Stier wies dieser unterem auf die Schwierigkeiten hin, die in *Mariannes* Fall zusätzlich von Seiten der Eltern herbeigeführt wurden. So schrieb er, dass er nicht wisse, wer von den beiden zerstrittenen Eheleuten der bessere und glaubwürdigere Teil sei. Es zeige die Mutter keinerlei Verständnis für die Krankheit ihrer Tochter, während der Vater selbst wiederum seine Frau in Bezug auf Mariannes Krankheit für einiges verantwortlich mache. In Bezug auf den Zustand der Patientin selbst beschrieb er diesen in einem Brief an seinen Kollegen Zimmermann Anfang April 1911 als noch immer auffällig. Die Stimmung sei weiterhin gehoben gewesen, Krankheitseinsicht hatte er bis dahin nicht feststellen können. *Marianne* habe eine gemütlche Stumpfheit gezeigt, die der Arzt für die ihre mangelnde Gesprächsfähigkeit verantwortlich machte. Zur Verfolgung des weiteren Krankheitsverlaufes nach Entlassung aus der Kreuzlinger Anstalt kann besonders die weiterhin bestehende Korrespondenz zwischen Binswanger und seiner Kollegin Stier herangezogen werden. Nach Schilderungen der Ärztin sei das manische Stadium der Patientin während der folgenden Monate langsam abgeklungen. Die Patientin sei ruhiger geworden, Rede-, Kauf- und Schreibdrang hätten sich gemäßigt und die Kranke sei gegenüber ihren Mitmenschen umgänglicher geworden. Auch die gesteigerte Erotik sei im Abnehmen begriffen, was die Ärztin aber auf Mangel an Gelegenheit (die Patientin befand sich ja nun in einem Frauen-Sanatorium) zurückführte. Selbstgefühl und Stimmung seien jedoch weiterhin gehoben und eine deutliche intellektuelle Schwäche wahrnehmbar gewesen. Wie

dem Brief Stiers an Binswanger vom 9. August 1911 weiterhin zu entnehmen ist, sei der Vater aus Kostengründen auf Dauer auch von diesem Sanatorium nicht überzeugt gewesen. Die Patientin wurde daraufhin vom 30. Juni 1911 an in einer Pfarrersfamilie untergebracht, was offensichtlich eine billigere Unterkunft darstellte und die Patientin gleichzeitig vor den familiären Zwistigkeiten weiterhin bewahrte. Dies geht aus einem Brief hervor, den eine Frau Curchad am 6. Oktober 1911 an Dr. Stier schrieb. Bei dieser Frau handelt es sich wohl um die Pflegemutter aus der Pfarrersfamilie. Sie berichtete weiterhin in dem Brief, dass die Patientin einige Zeit später im Einverständnis des Vaters in ein Internat aufgenommen worden sei. Aufgrund einer „crise de folie hystérique“³⁶³ sei sie in eine Klinik in Lausanne eingeliefert worden. Dort sei die Kranke nach einigen Tagen heftiger Erregung am 6. Oktober 1911 von ihren Wärtern tot aufgefunden worden. *Mariannes* plötzlicher Tod schien sowohl Dr. Stier als auch ihren Kollegen Binswanger zutiefst erschüttert zu haben, was man ihren Briefen aus der Folgezeit entnehmen kann. Über die genaue Todesursache herrscht Unklarheit und man findet unter den in den Dokumenten gemachten Angaben verschiedener Parteien die unterschiedlichsten Meinungen und Mutmaßungen darüber. So findet man in der Todesanzeige vom 11. Oktober die Angabe, der Tod sei nach kurzer Erkrankung eingetreten. Auch der Vater sprach in einem Brief an Binswanger vom 13. Oktober von einer kurzen Krankheit und „Herzschlag“³⁶⁴. Dr. Stier äußerte sich diesbezüglich dahingehend, dass sie den Tod als Ausgang eines schnellen Rückfalles betrachte. Ihre Ansicht, dass dieser Ausgang in Anbetracht der Schwere der Krankheit wohl das Beste für die Patientin gewesen sei, teilte auch Binswanger, wie dies aus einem Brief vom 10. Oktober hervorgeht. Allerdings stellte er am Ende dieses Briefes in Bezug auf die Todesursache die Vermutung auf, es habe sich dabei um einen Suizid gehandelt. Aus seiner Wortwahl wird deutlich, dass er an dieser Tatsache kaum zu zweifeln schien. So schrieb er an seine Kollegin Stier: „Ein Suicid scheint wohl auch Ihnen das Nächstliegende zu sein?“³⁶⁵ Inwiefern Binswangers Vermutung tatsächlich der Wahrheit entsprach, kann dem Aktenmaterial leider nicht weiter entnommen werden. Die genaue Ursache von *Mariannes* plötzlichem Tod muss daher offen bleiben.

Problem der Diagnosenstellung

³⁶³ Patientin Nr. 2845/78.

³⁶⁴ Patientin Nr. 2845/82.

³⁶⁵ Patientin Nr. 2845/80.

Hinsichtlich der Diagnosestellung scheinen die verschiedenen an der Behandlung beteiligten Ärzte auch in *Mariannes* Fall einigen Schwierigkeiten begegnet zu sein. Die genauere Untersuchung der Diagnosefindung ist gerade in diesem Fall besonders interessant, weil sich unter dem Aktenmaterial einige Dokumente mit Überlegungen und Stellungnahmen Ludwig Binswangers persönlich zu diesem Thema finden. Um die Diskussionen über die Diagnose der chronologischen Reihenfolge nach darzustellen, soll allerdings zunächst auf die Überlegungen eingegangen werden, die Ärzte vor dem Eintritt der Patientin ins Bellevue anstellten. Dabei sind zunächst besonders die Stellungnahmen Zimmermanns und Wappenschmitts von Bedeutung. In einem Brief an Binswanger vom 14. August 1910 beschrieb Zimmermann die Krankheit der Patientin als Psychose mit Selbstmordgedanken, wobei er einräumte, selbst nicht viel über Beginn und Verlauf dieser Psychose zu wissen. Darüber hinaus leide die Kranke an nervösem Erbrechen, nervöser Anorexie und an melancholischer Depression. Das Vorhandensein von Wahnideen habe er nicht ermitteln können. Sein Kollege Wappenschmitt ging in seinem aus gleicher Zeit stammenden Brief an Binswanger etwas näher auf die Diagnosestellung ein. Er halte das bei *Marianne* auftretende Krankheitsbild in Übereinstimmung mit einem seiner Kollegen in Ebers Sanatorium für eine „Hysterie“. Als Symptome nannte er diesbezüglich Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, starke Vergesslichkeit, Reizbarkeit, sowie Pseudologia phantastica neben Globus hystericus und klonischen Krämpfen in den Armen. In der Krankenakte des Bellevue wurde als Diagnose entgegen all diesen Überlegungen die Diagnose „Dementia praecox – hebeheure Form“ angegeben. Dass diese Diagnose allerdings nicht von Anfang an in der Form vertreten wurde, sondern vielmehr als Ergebnis gewissenhafter Überlegungen zu sehen ist, davon zeugen zahlreiche Dokumente, in denen die Diagnose im Bellevue von Zeit zu Zeit abgewandelt wurde. Bei all dem scheinen die Ärzte in Kreuzlingen weniger Zweifel an der Diagnose Dementia praecox an sich gehabt zu haben. Binswanger schien sich jedoch mit der genauen Zuteilung der Erkrankung zu einer der Unterformen der Dementia praecox nicht leicht getan zu haben und genau diese Auseinandersetzung des Arztes mit der Diagnosestellung ist in besagten Dokumenten festgehalten. Zeitlich gesehen das erste davon ist ein Brief Binswangers an Zimmermann vom 23. November 1910, in dem er *Mariannes* Krankheit als Dementia praecox paranoides bezeichnete. Als zu dieser Diagnose veranlassende Symptome bezeichnete er die ausgesprochenen Beziehungs- und

Verfolgungsideen der Kranken sowie deren läppisch-bizarres Verhalten mit Tendenz zu Sprunghaftigkeit. Weiterhin wies er seiner Meinung nach die raschen Wechsel von deprimierter zu ausgelassener Stimmung auf eine Dementia praecox paranoides hin. Er habe auch leichte stuporöse Phasen bei der Kranken erlebt und meinte, mit hoher Wahrscheinlichkeit das Auftreten zahlreicher Gehörstäuschungen feststellen zu können. Er sprach insgesamt von einem „Schub“ der Erkrankung, der momentan im Rückgang begriffen sei. Wie im vorigen Teil der Arbeit erörtert, befand sich die Patientin im November 1910 in einem depressiv geprägten Stadium der Dementia praecox, welches in der folgenden Zeit in ein manisches übergehen sollte. Der Arzt konnte zu diesem Zeitpunkt davon allerdings noch nichts spüren, was ihn wohl zu dem Schluss kommen ließ, es handele sich dabei um beginnende Genesung oder zumindest Besserung der Krankheit. Dass dem nicht so sein konnte, lehrte ihn dann wohl die folgende Zeit, in der die Patientin besonders nach ihrer Rückkehr aus dem Heimaturlaub ein stark manisch-exaltes Verhalten an den Tag legte. Er schien aus dem derartigen Wechsel in der Grundstimmung der Kranken sogar eine komplette Änderung seiner Diagnose in Betracht gezogen zu haben. Wie aus einem Brief an seine Kollegin Stier vom 5. April 1911 hervorgeht, habe er zwischenzeitlich daran gedacht, die Diagnose Dementia praecox vollständig aufzugeben und stattdessen manisch-depressives Irresein zu diagnostizieren. Mittlerweile, so Binswanger in dem Schreiben, halte er aber die Diagnose Dementia praecox diesen differentialdiagnostischen Überlegungen zum Trotz für gesichert. Zu diesem Schluss habe ihn vor allem die Symptomatik der Depression bewogen. Im Rahmen dieser habe er bei der Kranken neben der depressiven Grundstimmung Gehörstäuschungen, läppisches Benehmen sowie Anzeichen von Gedanken laut werden beobachten können. Einen weiteren wichtigen Hinweis auf das Vorliegen einer Dementia praecox habe für ihn das Fehlen jeglicher tieferen Gefühlsregungen während der manischen Phase dargestellt. Auf eine bestimmte Unterform der Dementia praecox wollte sich Binswanger zu diesem Zeitpunkt offensichtlich noch nicht festlegen. Man muss dabei allerdings beachten, dass Binswanger mit der Bezeichnung „Dementia praecox“ eventuell schon das Vorliegen einer hebephrenen Unterform impliziert haben könnte. Man beachte dabei die Definition Dementia praecox in der fünften Auflage von Kraepelins Lehrbuch, wo dieser hebephrene Erscheinungen unter dem Begriff Dementia praecox verstand. Sein Festhalten an der ursprünglich von ihm gestellten Diagnose Dementia praecox bestä-

tigte Binswanger auch in einem Brief an Zimmermann vom 7. April 1911. Als Hauptkriterium für diese Diagnose bezeichnete er auch an dieser Stelle die gemüthliche Stumpfheit, die mit der Unmöglichkeit einhergehe, „einen persönlichen Rapport mit ihr [gemeint ist die Patientin] zu erlangen“³⁶⁶ Auch hierbei ist nicht ganz klar, ob Binswanger unter *Dementia praecox* die allgemeine Diagnose ohne weitere Unterteilung verstand oder ob er darunter eine hebephrene Symptomatik andeutete, wie Kraepelin dies in der fünften Auflage seines Lehrbuches tat. So antwortete Dr. Stier in ihrem Brief vom 27. April 1911, dass sie sich der von dem Kreuzlinger Arzt gestellten Diagnose einer „Hebephrenie“ anschließe. Da unter den Dokumenten allerdings keines zu finden ist, in dem der Arzt ausdrücklich die Diagnose *Dementia praecox hebephrenica* stellte, kann man unter Vorbehalt wohl davon ausgehen, dass Binswanger schon in seinem Brief vom 5. April unter der Diagnose *Dementia praecox* eine hebephrene Symptomatik andeutete. Im Gegensatz dazu ist auf dem ersten Blatt der Krankengeschichte eindeutig die Diagnose „*Dementia praecox – hebephrene Form*“ verzeichnet, was wiederum dafür spricht, dass man sich beim Begriff der *Dementia praecox* im Bellevue um diese Zeit auf die Definition derselben in Kraepelins sechster Auflage seines Lehrbuches bezog.

Zusammenfassung

Auch der Fall *Marianne Schmid* erweist sich als Beispiel dafür, dass die Diagnosestellung der *Dementia praecox* den Ärzten dieser Zeit (Anfang des 20. Jahrhunderts) immer wieder Schwierigkeiten bereitete. Betrachtet man die Diagnosen, die bei der Patientin vor der *Dementia praecox* gestellt wurden, so findet man mannigfaltige Krankheitsbilder, die es abzugrenzen galt. Allerdings muss man bei der Betrachtung derjenigen Diagnosen, die vorbehandelnde Ärzte vor dem Eintritt der Kranken ins Bellevue stellten, wie auch schon beim vorigen Fall *Emmy Hallers* beachten, dass bei dieser Auseinandersetzung offen bleiben muss, ob die Ärzte ihre Diagnose bewusst in Abgrenzung zur *Dementia praecox* stellten, oder ob sie mit diesem Begriff im Gegensatz zu den Kreuzlinger Ärzten eventuell noch gar nicht arbeiteten. Die häufigen Diagnosenwechsel in *Mariannes* Krankengeschichte belegen jedenfalls, dass derartige Krankheitsbilder oft schwer eindeutig einer der auf damaligen Lehrmeinungen beruhenden Diagnosen zuzuordnen war. Besonders diskutiert wurden in diesem Fall Hysterie, manisch-depressives

³⁶⁶ Patientin Nr. 2845/75.

Irresein und Dementia praecox. Der rege Austausch Binswangers mit seinen niederge-
lassenen oder in anderen Anstalten tätigen Kollegen über die Diagnosenstellung bei
Marianne macht deutlich, dass er besonders im Fall des Diagnostizierens sehr gewis-
senhaft und sorgfältig vorging. Er schien mit Kraepelins Konzept sehr vertraut gewesen
zu sein und war offenbar bemüht, dieses auch anzuwenden. Dies zeigen besonders seine
differenzierten Überlegungen bezüglich der genauen Zuteilung von *Mariannes* Krank-
heitsbild zu einer definierten Unterform der Dementia praecox.

5.4 Vergleich mit den Vorzeiträumen

Die Kreuzlinger Anstalt Bellevue feierte im Jahr 1907 bereits ihr 50jähriges Bestehen und befand sich unter der Leitung ihres zweiten Direktor, Robert Binswanger. In diesem Kapitel soll nun untersucht werden, was sich in dieser Zeit in der Anstalt an Veränderungen vollzogen hatte. Zu diesem Zweck sollen die Jahre 1906 – 1910 mit vorherigen Zeiträumen verglichen werden. Zu einem solchen Vergleich wurden für die Zeit unter der Leitung von Ludwig Binswanger sen. die Dissertationen über die Anstalt während der Jahre 1861 – 1865 von Claudia Stäbler³⁶⁷ und während der Jahre 1866–1870 von Sandra Schweizer³⁶⁸ sowie die Veröffentlichung von A. Moses und A. Hirschmüller³⁶⁹ herangezogen. Für Informationen über die Zeit unter der Leitung Robert Binswangers standen die Arbeiten von Kaspar Domeyer³⁷⁰ für die Jahre 1886–1890, und von Amei Fischer³⁷¹ für die Jahre 1891–1895 zur Verfügung. Außerdem konnten die von Katja Doneith für den Zeitraum 1881–1885 ausgewerteten Daten verwendet werden. Als zusätzliche Informationsquelle dienten die Vorträge von Annett Moses³⁷² anlässlich der internationalen Tagung zum Bellevue im Oktober 2002. Besonderes Interesse galt bei diesem Vergleich den zeitlichen Veränderungen in Bezug auf die Patientenstatistik der Anstalt. Interessant war in dem Zusammenhang beispielsweise die Fragestellung, inwieweit sich auch im Bellevue das Auftreten der „Modekrankheit“ Neurasthenie auf das Patientengut niederschlug. Und wie groß war darüber hinaus der schon bei Sichtung des Materials aus dem vermehrten Aktenbestand unverkennbare Patientenzuwachs tatsächlich? Des Weiteren wurden die einzelnen Arbeiten auf die bauliche Entwicklung der Anstalt zu den verschiedenen Zeiträumen, auf Unterschiede in der personellen Struktur, in der Art der Dokumentation der Krankengeschichten sowie im jeweiligen Therapiekonzept untersucht.

5.4.1 Vergleich der Patientendaten

Die Zahl der jährlichen Aufnahmen schien über den Zeitraum 1861–1910 hinweg stetig zu steigen. So wurden während der Jahre 1861-1870 ungefähr 19 Patienten pro Jahr

³⁶⁷ Stäbler (2001).

³⁶⁸ Schweizer (2000).

³⁶⁹ Moses u. Hirschmüller (2004a).

³⁷⁰ Domeyer (2004).

³⁷¹ Fischer (2004).

³⁷² Moses (2002a) und Moses (2002b).

aufgenommen, im Zeitraum 1871-1880 26 und in den Jahren 1881 – 1885 waren es ungefähr 31 Aufnahmen pro Jahr. 1886–1890 wurden dann schon ungefähr 63, 1891–1895 80 und 1906–1910 schließlich sogar 122 Patienten pro Jahr in die Anstalt aufgenommen. Auch im Hinblick auf den Bestand war die Tendenz insgesamt steigend. Dies verdeutlichen die genauen Bestandszahlen der einzelnen Zeiträume. In den frühen Jahren 1861–1870 lagen diese bei ungefähr 14 Patienten im Zeitraum 1861–1865 und 21,9 Patienten in der Zeit 1865–1870. In den Jahren 1871-1880 lag der Bestand bei ungefähr 12 Patienten. 1881–1885 beherbergte das Bellevue dann schon durchschnittlich 32, und 1886–1890 43,9 Patienten. Bis in die Jahre 1906–1910 war der Bestand weiterhin gestiegen und es hielten sich im Durchschnitt bis zu 65,5 Patienten in der Anstalt auf. Diese Zunahme des Bestandes ist unter anderem auf die baulichen Erweiterungen der Anstalt zurückzuführen. Betrachtet man die Verweilzeiten der Patienten während der untersuchten Zeiträume, so stellt man fest, dass diese sich im Lauf der Zeit stark verkürzten. Während die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 1861–1870 noch bei 500 Tagen und 1871-1880 bei 299 Tagen lag, verweilten die Kranken im Zeitraum 1881–1885 schwerpunktmäßig zwischen drei und sechs Monaten im Bellevue. In den folgenden Zeiträumen 1886–1890 und 1891–1895 hielten sich nur noch knapp 50 % bzw. weniger als 40 % länger als drei Monate in der Anstalt auf. Im Zeitraum 1906–1910 befand sich der größte Teil der Patienten lediglich für ein bis zwei Monate in der Klinik.

Über diesen Vergleich hinaus können zudem die Sozialdaten der Patienten während der einzelnen untersuchten Zeiträume verglichen werden. Betrachtet man dazu zunächst die jeweilige Geschlechterverteilung, so lässt sich über alle Zeiträume hinweg ein Überwiegen der männlichen Klientel konstatieren. Die genaue Verteilung unterlag dabei gewissen Schwankungen. So lag der Anteil der Männer 1881–1885 beispielsweise bei ungefähr 86 %, während er 1906–1910 etwa 58 % ausmachte. Was das Alter der Patienten anbelangt, so konnte herausgefunden werden, dass sich der Altersschwerpunkt der im Bellevue lebenden Patienten von 20–29 Jahren im Zeitraum 1861–1870 auf 30–39 Jahre in den Zeiträumen 1886–1895 und 1906–1910 erhöht hatte. Insgesamt befanden sich in späteren Jahren im Vergleich zu früher also weniger jugendliche Patienten in der Anstalt. Während der Familienstand der Patienten in den Jahren 1861–1870 stark variierte, so überwog in den Zeiträumen 1881–1895 sowie 1906–1910 insgesamt der Anteil der Verheirateten. Untersucht man die Daten der Patienten auf deren Religionszugehörig-

keit, so findet man durchweg ein Überwiegen der evangelischen Konfession. In Bezug auf die gesellschaftliche Schicht der Patienten konnte festgestellt werden, dass sich der Anteil der dem Kleinbürgertum angehörenden Patienten (Gewerbe, Handwerk, Kleinhandel, mittlere und niedere Beamte) im Laufe der Jahre permanent zugunsten des Anteils der höheren gesellschaftlichen Schichten wie Privatiers, höheren Beamten, Militärs, Akademikern und Studenten verschob. Dabei betrug der Anteil des Kleinbürgertums während der Jahre 1861–1865 noch 42 % und in den Jahren 1866–1870 25 %. Im Zeitraum 1886–1890 hatte er sich bereits auf 7,7 %, und in den Jahren 1891–1895 auf 7,4 % verringert. Dieser Trend setzte sich auch im Zeitraum 1906–1910 fort. Deutlich unterschieden sich die Patienten in den einzelnen Zeiträumen auch bezüglich ihrer Herkunft. So stammte der größte Anteil der Kranken während der Jahre 1861–1870 (90 %) zu jeweils ungefähr gleichen Teilen aus Deutschland und der Schweiz. Ein weitaus kleinerer Anteil von ca. 6–9 % kam aus Ländern wie Russland, Frankreich oder Österreich. In späteren Jahren beobachtet man allerdings eine Verschiebung dieser Verhältnisse. Der Anteil der deutschen und besonders der schweizerischen Patienten nahm zugunsten von Patienten aus Russland, Frankreich und Italien stetig ab. So belief sich der Anteil der Deutschen und der Schweizer im Bellevue während dem Zeitraum 1906–1910 lediglich auf 58 %, wobei 50 % davon deutsch und nur 8 % schweizerisch waren. Damit war dieser Anteil so gering wie in keinem der für diese Arbeit untersuchten vorhergehenden Zeiträume. Länder wie Russland, Frankreich, Österreich und Italien hingegen waren mit insgesamt 24 % vertreten. Das Einzugsgebiet des Bellevue hatte sich während der 40 Jahre Bestehenszeit also stark ausgedehnt. Zurückführen lässt sich diese Tatsache wie auch die Verschiebung der Schichtzugehörigkeit der Klientel zugunsten höherer Stände zum einen auf den zunehmenden Bekanntheitsgrad und die Exklusivität der Anstalt. Es lohnte sich wohl auch für weit entfernt lebende Patienten, den weiten Weg von Russland oder Frankreich auf sich zu nehmen, um sich im Bellevue behandeln zu lassen. Dieser gute Ruf der Anstalt hatte natürlich auch seinen Preis, was sich am Rückgang des Kleinbürgertums bemerkbar machte. Zum anderen weist die Verschiebung der Patientenschaft zugunsten höherer Stände und entfernteren Ländern auf eine verbesserte Irrenversorgung in der Schweiz hin. Kranke aus der Schweiz scheinen in kostengünstigeren Anstalten des Landes attraktive Alternativen zum Bellevue gefunden

zu haben, was ihrem Rückgang am Anteil der Patienten in der Kreuzlinger Anstalt entspräche.

Beim Vergleich der im Bellevue vertretenen Krankheitsbilder in den einzelnen Zeiträumen sind zwei Fehlerquellen zu beachten, aus denen sich bei dieser Betrachtung Schwierigkeiten ergeben haben: Zum einen ist dies die Tatsache, dass die Diagnosen aus den Zeiträumen 1861–1870 nur unvollständig vorhanden sind. In weniger als der Hälfte der Fälle finden sich hier zuverlässige Angaben zur Benennung eines Krankheitsbildes im Aktenmaterial. Es wäre dabei möglich, dass besonders beim Vorkommen bestimmter Diagnosen die Dokumentation vernachlässigt wurde. Zum anderen ist aber der in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts ständige Wandel der Diagnosendefinition als Ursprung einer falschen Interpretation in Betracht zu ziehen. Insofern kann man nicht davon ausgehen, dass die verwendeten Diagnosenbegriffe aus verschiedenen Zeiträumen übereinstimmten. Für nachfolgende Untersuchung wurden diese Fehlerquellen außer Acht gelassen und nur Patienten mit sicher vorhandener Diagnose zum Vergleich herangezogen. Damit lassen sich für die Verteilung der Krankheitsbilder im Bellevue folgende Aussagen machen: Der Anteil der affektiven Psychosen (Melancholie, Manie und zirkuläre Psychosen) zeigte über die Jahre hinweg eher abnehmende Tendenz. Während der Anteil des manisch-depressiven Formenkreises in den Jahren 1857–1880 insgesamt 35,9% ausmachte und 1861–1870 sogar ungefähr 40 % der Patienten des Bellevue dieser Diagnose zugeteilt waren, kam sie beispielsweise im Zeitraum 1880–1890 nur noch bei 20 % der Kranken vor. In den Jahren 1906–1908 betrug der Anteil der an affektiven Störungen leidenden Patienten 20,82 %, 1909–1910 nur noch 14,9 %. Der Anteil der schizophrenen Psychosen (Dementia praecox und Paranoia) hatte im Zeitraum 1881–1890 gegenüber 1857–1880 ebenfalls abgenommen und zwar auf ungefähr 10 %. In den Jahren 1906–1910 war der Anteil dieser Diagnosengruppe insgesamt jedoch wieder stark angestiegen und betrug 22,6 % in den Jahren 1909–1910. Ein Grund hierfür lag wohl in der Erweiterung und Ausarbeitung des Begriffes „Dementia praecox“ durch E. Kraepelin Ende des 19. Jahrhunderts, wodurch mehrere früher selbständige Krankheitsbilder zu diesem einen Begriff zusammengefasst wurden. Zu beachten ist, dass es sich hierbei weniger um eine Veränderung der Patientenklientel handelt als vielmehr um eine Veränderung des Diagnosenbegriffes. Was die Nervenkrankheiten wie Neurasthenie, Hypochondrie, Hysterie und Zwangsneurosen anbelangt, so kann

man über die Jahre hinweg eine Zunahme dieser Diagnosegruppe erkennen. Verantwortlich hierfür waren unter anderem das Aufkommen und der zunehmende Popularitätsgrad der Diagnose „Neurasthenie“, die in den Krankenakten des Bellevue 1871 erstmals Erwähnung fand. Wie Domeyer bereits in seiner Dissertation erörterte, löste der Begriff „Neurasthenie“ zumindest teilweise die Diagnose „Hypochondrie“ ab. So betrug der Anteil der an Hypochondrie leidenden Patienten in den Jahren 1861–1870 ungefähr 15 %, was ungefähr einem Anteil von 14 % an Neurasthenie leidenden Kranken in den Zeiträumen 1886–1890 und 1906–1908 entspricht. Allerdings war die Diagnose Hypochondrie auch in den Jahren 1886–1890 noch mit immerhin 7 % vertreten, 1906–1908 wurde diese Krankheit allerdings nur noch bei 3,56 % der Patienten diagnostiziert und im Diagnosenschema der Jahre 1909–1910 gab es diese Diagnosengruppe in der Form gar nicht mehr. Außerdem hatte die Zahl hysterischer Patienten im Zeitraum 1886–1890 stark zugenommen und auch in den Jahren 1906–1908 war ihr Anteil mit 13,42 % recht groß. Insgesamt fielen 1906–1908 34,42 % der Patienten unter die Gruppe der „Nervenkranken“, was einen leichten Anstieg gegenüber 30 % im Zeitraum 1886–1890 bedeutete. Verglichen mit 20 % Nervenkranken 1861–1870 war der Anstieg schon um einiges größer. Für die Jahre 1909–1910 hingegen konnte wieder ein leichter Rückgang der neurotischen Erkrankungen konstatiert werden. So war ihr Anteil 1909–1910 mit 25,4 % etwas geringer als noch in den Jahren zuvor. Der Anteil der Suchtkrankheiten stieg von ungefähr 7% in den Jahren 1857–1880 auf fast 19 % in den Jahren 1886–1890. Dabei war der Anteil der Alkoholkranken ungefähr gleich geblieben. Allerdings war als „neue“ Suchtkrankheit der Morphinismus hinzugekommen, der bis 1870 noch gar nicht im Bellevue behandelt wurde. In den Jahren 1906–1908 kam es hingegen wieder zu einer Abnahme der im Bellevue diagnostizierten und behandelten Suchterkrankungen auf 8,22 %, wobei der Anteil der Morphiniumabhängigen gegenüber alkoholkranken Patienten weiterhin überwog. 1909–1910 nahm die Zahl suchtkrankter Patienten in der Anstalt dann allerdings abermals zu und stieg auf einen Anteil von 11,3 % insgesamt.

Fasst man diese Ergebnisse zusammen, so kommt man zu folgendem Schluss: Im Zeitraum 1906–1910 wurden im Bellevue weit mehr Patienten aufgenommen als in den dazu untersuchten Vorzeiträumen. Auch der Bestand hatte sich entsprechend vergrößert, wobei die durchschnittlichen Verweilzeiten der einzelnen Patienten im Vergleich zu

früher um einiges kürzer waren. Die Patientenklientel war überwiegend männlich, verheiratet und gehörte der evangelischen Religion an, womit sich kein Unterschied zu den Vorjahren ergibt. Allerdings gehörten die meisten der Kranken, anders als noch 1861–1870, gesellschaftlich höheren Schichten an, womit sich der Trend der Jahre 1881–1895 fortsetzte. Auch das Einzugsgebiet hatte sich seit den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts zulasten der regionalen Patienten vergrößert. Was die Diagnosengebung betrifft, so war auch im Zeitraum 1906–1910 die Gruppe der Nervenkranken weiterhin mit einem großen Anteil vertreten. Darüber hinaus war die Diagnosengruppe der *Dementia praecox* verglichen mit früheren Zeiträumen im Ansteigen begriffen.

Diese Veränderungen sind Ausdruck unterschiedlicher Ursachen. Die Zunahme des Bestandes und der Aufnahmezahlen lassen sich unter anderem auf die ständigen baulichen Erweiterungen zurückführen, die Robert Binswanger während seiner Amtszeit eifrig vorantrieb. Dabei achtete er besonders auf eine komfortable und luxuriöse Ausstattung, was wiederum die Anstaltskosten in die Höhe trieb und somit vermehrt Angehörige der gehobenen Gesellschaftsschichten anzog. Außerdem bemühte er sich mittels Anzeigen und Werbung in ausländischen Zeitungen stets darum, seine Anstalt gerade auch im Ausland bekannt zu machen. Den Erfolg dieser Unternehmungen spiegelt das große Einzugsgebiet der Anstalt im Zeitraum 1906–1910 wider. Darüber hinaus war es Roberts Bestreben, das Sanatorium besonders für Nervenranke auszubauen. Er ließ in diesem Sinne ständig neue Villen bauen, die eine Trennung zwischen ruhigen und unruhigen Kranken ermöglichte. In den Jahren 1906–1910 war die bedeutendste Neuerung in dieser Hinsicht die Fertigstellung des Parkhauses 1907, einer geschlossenen Abteilung zur Unterbringung von unruhigen Geisteskranken. Somit wollte er „Nervenkranken“ den nötigen Abstand zu „Geisteskranken“ gewähren. Dass auch dieses Vorhaben Roberts Erfolg hatte, belegt unter anderem der hohe Anteil nervenkranker Patienten, der 1906–1910 im Bellevue weilte.

5.4.2. Vergleich der Therapiemethoden

Robert Binswanger orientierte sich, was die im Bellevue angewandten Therapiemethoden anbelangt, zum einen an seinem Vater Ludwig, in dessen Sinne er die Anstalt weiter führte. Zum anderen war er aber auch offen gegenüber neuen Methoden, was das Therapiespektrum in der Anstalt zusätzlich bereicherte. Zu diesem Schluss gelangten auch Domeyer und Fischer im Rahmen ihrer diesbezüglichen Untersuchungen.

So bildeten Milieuthherapie und „Traitement moral“ auch im Zeitraum 1906–1910 die Grundlage der therapeutischen Versorgung in der Anstalt. Diese beiden Therapiegrundsätze waren bereits von Ludwig Binswanger vertreten worden und hatten sich damit über 40 Jahre Bestehenszeit der Anstalt halten können. Die psychische Therapie im Sinne des „Traitement moral“ wurde von Robert in gleicher Weise fortgeführt, wie dies sein Vater getan hatte. In Bezug auf die Milieuthherapie hatten allerdings im Laufe der Zeit kleine Veränderungen stattgefunden. So wohnte Robert nicht wie sein Vater mitten unter den Kranken in der Anstalt selbst, sondern er bezog mit seiner Familie das kleine Gut Brunnegg, wenige Minuten von der Anstalt entfernt. Es kam jedoch vor, dass auch ausgewählte Patienten zeitweise mit der Familie Binswanger auf dem Anwesen lebten. Ein enger Kontakt zwischen Arztfamilien und Patienten fand also weiterhin durchaus statt, denn viele der Assistenzärzte waren mit ihren Familien auf dem Anstaltsgelände untergebracht. Darüber hinaus wurden die wie Domeyer beschreibt schon in den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts begonnenen Bauten, die die Errichtung von geschlossenen Abteilungen zum Ziel hatten, im Zeitraum 1906–1910 weiter fortgesetzt. Davon zeugt unter anderem die Fertigstellung des Parkhauses im Jahr 1907. Dies eröffnete den Ärzten und Patienten der Kreuzlinger Anstalt nun gänzlich neue Therapiemöglichkeiten. Denn durch die Errichtung solcher geschlossener Häuser konnten physische Zwangsmaßnahmen weitgehend vermieden werden. Außerdem wurde so die Trennung ruhiger von unruhigen Kranken und somit die vermehrte Aufnahme nervenkranker Patienten ermöglicht, was Robert sich langfristig zum Ziel gesetzt hatte.

Physische Zwangsmaßnahmen lehnten sowohl Robert als auch sein Vater Ludwig prinzipiell ab. Dennoch schien ihre Anwendung zum Teil nötig geworden zu sein. Drei Patienten wurden beispielsweise während der Jahre 1861–1865 mittels Zwangsjacke ruhig

gestellt. Vier von ihnen wurden in eine Tobzelle verbracht.³⁷³ In ihrer Arbeit über die Jahre 1866–1870 berichtet Schweizer allerdings nur einmal von der Verbringung eines Patienten in die Tobzelle. In späteren Jahren unter der Leitung Roberts tauchen solch drastische Maßnahmen unter den untersuchten Akten kaum mehr auf. Für den Zeitraum 1906–1910 konnten im Aktenmaterial keine Angaben über derartige Methoden gefunden werden.

Die pharmakologische Therapie bot zu Roberts Zeiten, besonders was die Anwendung psychotroper Substanzen angeht, weit mehr Möglichkeiten als dies zur Zeit Ludwigs der Fall gewesen war. So wurden in den Jahren 1906–1910 zum Beispiel mehr Schlaf- und Beruhigungsmittel eingesetzt, als während der Jahre 1861–1870. Stark sedierenden Mitteln wie Hyoscin gegenüber bewahrte jedoch auch Robert eine eher ablehnende Haltung, da er in ihr eine Form des „chemischen Restraint“ sah. In Ausnahmefällen verordnete er dennoch auch solche Medikamente. Darüber hinaus wurden weiterhin bei Bedarf somatische Arzneimittel verabreicht.

Größere Bedeutung als in früheren Jahren kam in Zeitraum 1906–1910 auch der Anwendung von physikalischen Therapien zu. Robert hatte die Anstalt dazu mustergültig ausrüsten lassen und behandelte seine Patienten zu Beginn des 20. Jahrhunderts regelmäßig mit Bädern und Massagen. Im Vergleich dazu wurden Bäder während der Jahre 1861–1870 nur vereinzelt angewendet und Massagen überhaupt nicht erwähnt. Unterdessen bildeten Bäder bereits in den Jahren 1886–1890 eine der häufigsten Therapieanordnungen überhaupt. Massagen kamen 1886–1890 jedoch nur vereinzelt im Rahmen einer Mitchellschen Mastkur vor. Als neue physikalische Therapiemethode hatte man Ende des 19. Jahrhunderts außerdem die Elektrotherapie entdeckt. Während man in den Jahren 1861–1870 keine Angaben über die Anwendung solcher Maßnahmen im Bellevue findet, war diese moderne Therapieform in den Jahren 1886–1895 sowie 1906–1910 äußerst beliebt und wurde häufig angewendet.

In ernährungstherapeutischer Hinsicht konnten für den Zeitraum 1906–1910 keine ausdrücklichen Verordnungen spezieller Diäten im Aktenmaterial gefunden werden. Auch für die Jahre 1861–1870 sowie 1891–1895 liegen keine derartigen Angaben vor. Dörmeyer fand im Gegensatz dazu für den Zeitraum 1886–1890 die ausdrückliche Anwen-

³⁷³ Stäbler (2001), S. 79 ff..

dung von Mastkuren nach Playfair-Mitchell oder Diäten nach Ebstein. Allerdings legte Robert stets Wert auf reichliche, gesunde Ernährung, was in den Krankenakten enthaltene Speisepläne der Patienten belegen. Solche Dokumente waren auch im Aktenmaterial der Patienten im Zeitraum 1906–1910 zahlreich vorhanden.

Hypnose war unter der Leitung von Ludwig senior am Bellevue nicht durchgeführt worden. Robert zeigte sich unterdessen durchaus aufgeschlossen gegenüber dieser Methode, erkannte jedoch auch deren Schwächen und schränkte ihre Anwendung in der Anstalt deshalb stark ein. So wurden Patienten während der Jahre 1886–1890 nur vereinzelt hypnotisiert. Auch 1906–1910 wurde die Hypnose als Therapiemethode nur in wenigen Fällen angewendet.

Über diese Therapiemethoden hinaus gewann in den Jahren nach der Jahrhundertwende die Psychoanalyse als Therapieform auch im Bellevue zunehmend an Bedeutung. Binswanger überließ deren Durchführung jedoch in den meisten Fällen seinen Kollegen und besonders seinem Sohn Ludwig. Dieser war es auch, unter dessen Führung die Psychoanalyse ab 1909 im Bellevue Anwendung fand. Im Zeitraum 1906–1910 konnten in ein paar wenigen Fällen Angaben über die Durchführung einer Psychoanalyse gefunden werden. Es sei in diesem Zusammenhang auch auf die Arbeiten von Andrea Henzler und Micha Neumann hinzuweisen, die sich der Bearbeitung dieses Themas ausführlicher widmen.

5.4.3 Vergleich der Dokumentation der Krankengeschichten

Die Dokumentation in den Krankenakten war in den Jahren 1906–1910 wie auch schon im Zeitraum 1886–1895 eine sehr gründliche und ausführliche. Dies wird besonders im Vergleich mit dem Zeitraum 1861–1870 deutlich, wo zum Teil nur lückenhafte Angaben zu den Patienten gemacht wurden. Allerdings, so fanden auch schon Domeyer und Fischer für den Zeitraum 1886–1895, wurde 1861–1870 mehr Wert auf die genaue Dokumentation der Vorgeschichte der Kranken gelegt. In späteren Jahren hingegen findet man diesbezüglich manchmal nur Verweise auf Briefe von Angehörigen oder Ärzten. Insgesamt kam den Krankenakten als Informationsquelle über Krankheitsverlauf, Symptome und Therapie der Kranken im Zeitraum 1906–1910 weit mehr Bedeutung zu als den Akten der untersuchten Vorzeiträume. In den Jahren 1906–1910 gab es über diese Akten hinaus nämlich kaum Aufzeichnungen über die Patienten. Während in früheren

Jahren die Aufnahmebücher (Personale I – III) für Informationen bezüglich verschiedener Patientendaten, das Ordinationsbuch für Informationen über Anamnese, Verlauf und Ordinationen, sowie das Hauptbuch für Informationen bezüglich Pensionskosten herangezogen werden konnten, wurden im Zeitraum 1906–1910 all diese Bücher nicht weiter geführt. Zusätzliche Angaben zu Verordnungen kann man lediglich den „Arzneiverordnungen“³⁷⁴ entnehmen. Darüber hinaus enthält das „Protokollbuch der ärztlichen Konferenz“³⁷⁵ zum Teil weitere Informationen über die Patienten.

Außer diesen formalen Änderungen waren auch die personellen Verhältnisse im Zeitraum 1906–1910 nicht mehr dieselben wie in früheren Jahren. Während Ludwig Binswanger senior bis zum Eintritt seines Sohnes Robert in die Anstalt über fast 20 Jahre hinweg einziger Arzt am Bellevue gewesen war, so standen Robert in späteren Jahren meist mindestens zwei weitere Ärzte zur Seite. Im Jahr 1906 kam beispielsweise ein Arzt auf ungefähr zwölf Patienten. Man kann außerdem davon ausgehen, dass auch die Zahl der Wärterinnen und Wärter entsprechend dem Wachstum der Anstalt in späteren Jahren höher war, obwohl aus früheren Jahren keine Angaben über die genaue Wärterzahl vorhanden sind.

Nachdem es der Anstalt am Ende des 19. Jahrhunderts finanziell ausgesprochen gut gegangen war, schien dieser Trend zu Beginn des neuen Jahrhunderts etwas abzuflauen. Darauf weist der Pensionspreis hin, der im Zeitraum 1906–1910 noch immer bei 12,50 Franken lag, was dem unveränderten Pensionspreis von 1886–1890 entspricht.

³⁷⁴ UAT Nr. 442/222 und Nr. 442/223.

³⁷⁵ UAT Nr. 442/228.

6. Zusammenfassender Vergleich des Bellevue mit zeitgenössischen Anstalten und Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel soll die Kreuzlinger Anstalt in den Jahren 1906-1910 mit anderen psychiatrischen Häusern dieser Zeit verglichen werden, um den psychiatriegeschichtlichen Zusammenhang zu beleuchten. Zu diesem Zweck wurden verschiedene Arbeiten und Dokumente über öffentliche und private Anstalten herangezogen und ausgewertet. Dabei ist zu bemerken, dass die Suche nach solchen Dokumenten insofern einige Schwierigkeiten bereitete, als gerade aus dieser Zeit auch über große Häuser oft nur spärliche Informationen über genauere Patientendaten vorhanden zu sein schienen.

6.1 Der Untersuchung zugrunde liegende Arbeiten

Zunächst handelt es sich dabei um einen Bericht über die 1875 gegründete Anstalt Schussenried, nach Zwiefalten und Winnental die dritte öffentliche Anstalt Württembergs. Verfasser dieses 1925 anlässlich des fünfzigjährigen Bestehens des Hauses erschienen Berichtes ist der damalige Direktor der Heilanstalt selbst, Dr. Robert Groß. Groß leitete die Schussenrieder Anstalt von Beginn des 20. Jahrhunderts an und gab in seiner Schrift zum fünfzigjährigen Jubiläum einen Überblick über deren Entwicklung bezüglich Baulichkeiten und Anstaltbetrieb unter den drei seitherigen Direktoren, einschließlich seiner eigenen Person. Der Zeitraum 1906-1910 fällt unter die Direktionenschaft Groß' selbst. Den entsprechenden Kapiteln des Berichtes kann man Angaben über bauliche Veränderungen, Therapiekonzepte, den allgemeinen Gesundheitszustand der Patienten und das Pflegepersonal entnehmen. Im Anhang findet man eine Auflistung aller in der Anstalt tätigen und tätig gewesenen Personen sowie eine tabellarische Darstellung der aufgenommenen und entlassenen Kranken und der Patientenbestandszahlen eines jeden Jahres.³⁷⁶ Auch eine Schrift zur Geschichte der Heilanstalt Zwiefalten anlässlich deren Hundertjährigem Bestehen im Jahre 1912 konnte ausgewertet werden. In gemeinsamer Arbeit vom damaligen Direktor der Anstalt, Dr. Krimmel, und einem früheren Oberarzt der Anstalt, Dr. Camerer, verfasst, enthält auch diese Schrift Berichte über den Anstaltbetrieb unter den verschiedenen Direktoren, ein Verzeichnis des Personals sowie für jedes Jahr Daten über die jeweilige Krankenbewegung. In den Berichten

³⁷⁶ Groß (1925).

werden Baulichkeiten, pflegerische Methoden, Gehälter des Personals, Verpflegungssätze, aktuelle Patientenzahlen und eine genaue Personalzusammenstellungen beschrieben.³⁷⁷ Eine weitere für diesen Teil der Arbeit relevante Arbeit ist ein Bericht von Hans Walser über die Geschichte der Rheinau, eine öffentliche Anstalt im schweizerischen Kanton Zürich. Der Druck dieses Berichtes ist einer Jubiläumsschrift zum hundertjährigen Bestehen der Klinik 1967 entnommen und von der schweizerischen Gesellschaft für Geschichte der Medizin herausgegeben. Walser schildert in dieser Arbeit das Anstaltsleben in der Rheinau unter den jeweiligen Direktoren, unter denen sich von 1886 bis 1898 Eugen Bleuler befand. Für den Zeitraum 1906-1910 ist die Amtsperiode des Direktors Friedrich Ris von Bedeutung, der die Klinik von 1898-1931 leitete. Allerdings sind genaue Angaben zu Patientendaten nur in sehr beschränktem Maß vorhanden. Am Ende der Arbeit gibt Walser noch einen kurzen Überblick über das zu den jeweiligen Zeiten in der Anstalt tätige Personal.³⁷⁸ Jan Mikolasek verfasste 1991 eine Schrift über das kantonale Asyl in Wil, St. Gallen, die ebenfalls für vorliegende Arbeit herangezogen werden kann. Mikolasek beschrieb darin die Gründung des Asyls, das Personal und die Patienten, zu denen allerdings auch nur beschränkt Angaben gemacht wurden. So findet man zwar Daten zur Krankenbewegung, genaueres über Diagnosen oder Herkunft fehlt jedoch.³⁷⁹ Peter Eller und Christina Vanja beschrieben in ihrer 1993 erschienenen Arbeit eine öffentliche Anstalt, die psychiatrische Klinik in Heppenheim. Angaben, die den Zeitraum 1906-1910 betreffen, findet man in einem Kapitel über die Anstalt am Ende des 19. Jahrhunderts. Im Gegensatz dazu findet man in einer Arbeit über Zahl, Zunahme und Beruf der Geisteskranken in Preußen von Robert Behla genauere Angaben zu Patientendaten. Behla bezieht in seinem Werk öffentliche und private Anstalten des Landes Preußen mit ein. Ein direkter Vergleich zwischen verschiedenen Anstalten ist damit nur dann möglich, wenn Behla die Anstalten nach öffentlich und privat aufteilt. Solche Daten sind für vorliegende Arbeit gut verwertbar. In diesem Sinne vergleicht Behla allerdings nur die Herkunft der Patienten. Die restlichen Untersuchungen beinhalten zwar ebenfalls interessante Aspekte wie beispielsweise Einteilung der Patienten zu bestimmten Diagnosen und Berufsgruppen, sind aber wegen fehlender Aufteilung zwischen privaten und öffentlichen Anstalten für diese Arbeit nicht weiter

³⁷⁷ Krimmel, Camerer (1912).

³⁷⁸ Walser (1970).

³⁷⁹ Mikolasek (1991).

verwertbar.³⁸⁰ Schließlich konnten auch Arbeiten über private Anstalten mit ausgewertet werden. Zu nennen ist hierbei zunächst eine Art Festschrift über das Ehrenwallsche Sanatorium in Ahrweiler, herausgegeben 1907 zum 30jährigen Bestehen der Anstalt von Dr. Ehrenwall persönlich. Ehrenwall schildert in der Schrift Lage und Entwicklung seines Sanatoriums sowie Diagnosen, unter denen Patienten aufgenommen wurden, und die dort üblichen Therapien. Er machte außerdem Angaben zu Verpflegungssätzen. Zu allen übrigen statistisch verwertbaren Belangen wie genaue Diagnosenverteilung, Herkunft oder Berufsgruppe der Patienten fehlen jedoch genauere Angaben.³⁸¹ Eine weitere Arbeit über eine private Anstalt, der einige Angaben entnommen werden konnten, ist der 1952 von Paul Krauss und Werner Landerer vorgelegte Bericht über das Christophsbad Göppingen. Die Autoren beschrieben darin die hundertjährige Entwicklung der Anstalt unter besonderer Beachtung und Beschreibung des Werkes und der Biographien der Brüder Landerer, die die Anstalt leiteten. Angaben, die für vorliegende Arbeit verwendet werden konnten, sind lediglich Bestandszahlen und Ausführungen über Baulichkeiten.³⁸² Eine weitere Arbeit über das Christophsbad ist die Dissertation von Eva-Maria Müller. Sie beinhaltet einen Bericht über die Geschichte der Anstalt sowie eine Auswertung von Krankengeschichten. Ergänzend zu all diesen Berichten über zeitgenössische Anstalten wurde ein von Hans Laehr aufgestelltes Verzeichnis psychiatrischer Anstalten von 1907 verwendet. In diesem sind Anstalten getrennt nach öffentlichen und privaten sowie alphabetisch nach ihrer Lokalisation geordnet aufgeführt. Man kann diesem Verzeichnis Bestandszahlen, Personalangaben und eine kurze geschichtliche Zusammenfassung der jeweiligen Anstalten entnehmen. Auch die Dissertation von Kaspar Domeyer wurde zur Diskussion herangezogen. Es handelt sich dabei ebenfalls um eine Dissertation im Rahmen des Binswangerprojektes, wobei Domeyer in seiner Arbeit den Zeitraum 1886-1890 untersucht. Besonders hilfreich war diese Arbeit in Fällen, in denen zum Zeitraum 1906-1910 nur unzureichend Daten gefunden werden konnten.

³⁸⁰ Behla (1912).

³⁸¹ Ehrenwall (1907).

³⁸² Krauss u. Landerer (1952).

6.2 Vergleich einzelner Anstalten

6.2.1 Vergleich der Patientendaten

Vergleicht man nun zunächst unter zu Hilfenahme des Verzeichnisses von Hans Laehr den Patientenbestand des Bellevue im Zeitraum 1906-1910 mit jenen anderen Anstalten, so findet man folgende Angaben: Das Bellevue beherbergte am 31. März 1906 51³⁸³ Kranke. In vergleichbaren privaten Anstalten wie der Ahrweiler Anstalt unter Leitung Carl Ehrenwalls oder vor allem dem Christophsbad kamen weit mehr Patienten unter. So befanden sich am 31. März 1906 insgesamt 433³⁸⁴ Patienten in der Göppinger Anstalt. In Ahrweiler waren es am 31. Dezember 1905 87³⁸⁵ Kranke. Für öffentliche württembergische Anstalten ergeben sich folgende Zahlen: In Schussenried befanden sich am 31. März 1906 480³⁸⁶, in Zwiefalten 558³⁸⁷ Patienten. Die ebenfalls deutsche, öffentliche Anstalt Heppenheim bot zum selben Zeitpunkt 461³⁸⁸ Kranken Unterkunft. Zu den schweizerischen staatlichen Sanatorien Rheinau und Will findet man in Laehrs Verzeichnis keine genauen Bestandszahlen. Zieht man jedoch einige der oben beschriebenen Arbeiten hinzu, so findet man folgende Angaben: In der Rheinau befanden sich ab 1905 940³⁸⁹ Kranke, deren Zahl damals weiter im Steigen begriffen war. Durch Zufügung einiger Neubauten gab es im Jahre 1920 in der Anstalt Plätze für 1039 Patienten. Für das Asyl in Wil, wo neben geisteskranken auch körperlich Kranke und Altersschwache Unterkunft fanden, liegen keine genaueren Angaben zum Patientenbestand vor. Man sieht also, dass das Bellevue unter den hier verglichenen privaten Anstalten eine verhältnismäßig geringe Anzahl an Kranken beherbergte. Der Unterschied zwischen Bellevue und den öffentlichen Anstalten tritt in Bezug auf die Patientenzahlen dadurch so stark hervor, dass diese in den öffentlichen Einrichtungen jeweils um einiges höher sind als in der Kreuzlinger Anstalt.

Im Hinblick auf Aufnahmezahlen kann man Laehrs Verzeichnis nur in beschränktem Maß hinzuziehen. So sind darin zwar für einige der Anstalten Aufnahmezahlen vorhan-

³⁸³ Laehr (1907), S. 115.

³⁸⁴ Laehr (1907), S. 70.

³⁸⁵ Laehr (1907), S. 2.

³⁸⁶ Laehr (1907), S. 190.

³⁸⁷ Laehr (1909), S. 237.

³⁸⁸ Laehr (1907), S. 86.

³⁸⁹ Walser (1970), S. 38.

den, jedoch bleibt unklar, auf welchen Zeitraum sich diese jeweils beziehen. Für das Bellevue sind Aufnahmezahlen in Laehrs Schrift beispielsweise gar nicht verzeichnet. Es wurden dort im Zeitraum 1906-1910 insgesamt 613 Kranke aufgenommen. Die jährlichen Aufnahmezahlen in diesem Zeitabschnitt betragen zwischen einem Minimum von 113 (im Jahr 1909) und einem Maximum von 135 (im Jahr 1910).³⁹⁰ Im Christophsbad wurden im Jahr 1898 110 Patienten aufgenommen.³⁹¹ In Schussenried gab es im Zeitraum 1906-1910 insgesamt 746³⁹² Aufnahmen, in Zwiefalten waren es insgesamt 512³⁹³. Im kantonalen Asyl Wil beliefen sich die jährlichen Aufnahmezahlen der körperlich Kranken und Altersschwachen auf 40 bis 50, während sich unter den 1897 aufgenommenen Pfleglingen 30 Geisteskranke befanden.³⁹⁴ Für die Anstalten Ahrweiler, Heppenheim und Rheinau konnten in den dazu untersuchten Arbeiten keine Angaben über Aufnahmezahlen für den Zeitraum 1906-1910 ermittelt werden. Aus den gesamten Betrachtungen verschiedener Anstalten bezüglich der Aufnahmezahlen lässt sich der Schluss ziehen, dass das Bellevue sich in der Hinsicht nicht wesentlich von anderen Anstalten unterschied.

Ein Vergleich der Verweilzeiten von Patienten in den einzelnen Anstalten erwies sich als nur schwer durchführbar, da solche Angaben für die meisten der Häuser nicht vorhanden sind. Die Verweilzeiten der Patienten im Bellevue kann man anhand der Aufnahme- und Entlassdaten aus Aufnahmebüchern und Krankenakten erschließen. Daraus ergibt sich für das Bellevue im Zeitraum 1906-1910 eine durchschnittliche Verweilzeit der Patienten von ein bis zwei Monaten, was eine verhältnismäßig kurze Zeit darstellt. Zurückführen lässt sich dies auf die Konzeption der Anstalt als Heilstätte für heilfähige Kranke, auf die im Vergleich zu anderen Anstalten höheren Verpflegungskosten sowie auf den verhältnismäßig hohen Grad an Selbstbestimmung, der den Patienten im Bellevue aufgrund ihrer meist weniger schweren Krankheiten gewährt wurde. Im Gegensatz dazu blieben die Kranken in Heppenheim während dem Zeitraum 1866-1896 durchschnittlich 259 Tage in der Anstalt.³⁹⁵ Aktuellere Daten dazu konnten nicht gefunden werden. Über Verweilzeiten in der Rheinau, dem Asyl Wil, die Ahrweiler Anstalt, dem

³⁹⁰ Vergleiche Kapitel 5.1.1.

³⁹¹ Müller (1985), S. 13.

³⁹² Groß (1925), S. 92.

³⁹³ Camerer, Krimmel (1912), S. 192.

³⁹⁴ Mikolasek (1991), S.87 f..

³⁹⁵ Vanja u. Eller (1993), S. 46.

Christophsbad, Schussenried und Zwiefalten liegen unter angegebenem Material ebenfalls keine Daten vor. Es zeigt sich also trotz spärlicher Informationen, dass die Patienten meist kürzer im Bellevue verweilten als dies in anderen Anstalten der Fall war.

Im Hinblick auf die Verteilung der Geschlechter entsprach das Bellevue ungefähr zeitgenössischen Häusern. So überwog in den Anstalten Zwiefalten³⁹⁶, Schussenried³⁹⁷, Heppenheim³⁹⁸, Ahrweiler³⁹⁹ und Christophsbad⁴⁰⁰ der Anteil der Männer. Eine derartige Verteilung konnte auch für die Kreuzlinger Anstalt Bellevue gefunden werden. So befanden sich unter den 613 im Zeitraum 1906-1910 aufgenommenen Patienten 356 Männer und 257 Frauen. Vom Wiler Asyl und der Ahrweiler Anstalt sind keine genauen Daten vorhanden, von der Rheinau gibt es lediglich aus der Gründungszeit 1867 leicht abweichende Daten. Der Anteil der Frauen scheint demnach dort leicht überwogen zu haben.⁴⁰¹ Hinsichtlich der Altersstruktur findet man außer für das Bellevue nur wenig Informationen. Deshalb wurde zu dieser Betrachtung zusätzlich die Dissertation von Kaspar Domeyer hinzugezogen, die sich unter anderem mit dem Vergleich verschiedener Anstalten mit dem Bellevue im Zeitraum 1886-1890 beschäftigt. Laut dieser Arbeit entsprach die Alterverteilung im Bellevue der Jahre 1886-1890 derjenigen in den Anstalten Christophsbad und Schussenried, während die Patienten in Zwiefalten insgesamt älter waren.⁴⁰² So waren in Zwiefalten nur wenige der Kranken unter 40 Jahre, während diese Altersgruppe im Bellevue mit über der Hälfte der Patienten vertreten war.⁴⁰³ Im Zeitraum 1906-1910 hatte sich das Alter der Patienten im Bellevue allerdings leicht nach oben verschoben. So waren zu diesem Zeitpunkt 23,5 % der Patienten zwischen 30 und 39 Jahren, 20,7 % waren zwischen 40 und 49 Jahren. Ob eine solche Verschiebung des Patientenalters auch in anderen Anstalten statt fand, lässt sich mangels vorhandener Daten nicht ermitteln. Auch zu Angaben über den Familienstand der Patienten konnte außer aus Angaben aus dem Bellevue wenig herausgefunden werden. In der Kreuzlinger Anstalt waren demnach die meisten der Patienten verheiratet. Greift man auch hier auf Domeyers Dissertation zurück, so findet man für die Anstalten Zwi-

³⁹⁶ Krimmel, Camerer (1912), S. 192.

³⁹⁷ Groß (1925), S. 92.

³⁹⁸ Laehr (1907), S. 86.

³⁹⁹ Laehr (1907), S. 2.

⁴⁰⁰ Laehr (1907), S. 71.

⁴⁰¹ Walser (1967), S. 12.

⁴⁰² Domeyer (2004).

⁴⁰³ Domeyer (2004).

falten und Schussenried im Zeitraum 1886-1890 ein Überwiegen des ledigen Standes. Im Christophsbad waren in den Jahren 1898-1900 laut Domeyer 60 % der Patienten ledig und 34 % verheiratet.⁴⁰⁴ Der Anteil der unverheirateten Männer überwog jedoch sowohl im Bellevue als auch in anderen Anstalten den der unverheirateten Frauen, was durch frühere Heirat und späteres Erkrankungsalter der Frauen bedingt sein könnte.⁴⁰⁵ Überträgt man diese Zahlen unter Vorbehalt auf den Zeitraum 1906-1910, so ergibt sich ein Unterschied zwischen Bellevue und anderen Anstalten. Es scheint im Bellevue im Gegensatz zu anderen Anstalten der Anteil an verheirateten Patienten am größten gewesen zu sein. Schwierigkeiten ergaben sich mangels vorhandenen Materials auch beim Vergleich der Konfessionen. Angaben zum Zeitraum 1906-1910 fanden sich außer für das Bellevue nur für das Christophsbad. Sie unterschied sich in den jeweiligen Anstalten nicht wesentlich von ihrer Verteilung in der Gesamtbevölkerung der unterschiedlichen Regionen.⁴⁰⁶ So gehörten 52 % der Kreuzlinger Patienten der evangelischen Religion an. Relativ häufig vertreten waren außerdem Patienten katholischen sowie jüdischen Glaubens, deren Anteil mit jeweils 17,3 % den zweithäufigsten bildete. Besser vergleichbar sind vor allem unter Hinzuziehen von Domeyers Arbeit die Daten bezüglich der Berufe und damit auch des Einkommens der Patienten. Hierbei zeigt sich ein großer Unterschied zwischen Bellevue und öffentlichen Anstalten. Für Zwiefalten ergibt sich daher, dass die meisten der Patienten um die Jahrhundertwende eher weniger vermögenden Schichten angehörten. Es fanden sich dort zu einem großen Teil Handwerker, Bauern, Knechte und Tagelöhner.⁴⁰⁷ Aber auch in der privaten Anstalt Christophsbad befand sich ein großer Anteil von Angehörigen der unteren Schichten. Arbeiter, unselbständige Handwerker, Tagelöhner und Patienten ohne Ausbildung bestritten im Jahr 1900 67 % des Klientels. Leider lagen für vorliegende Dissertation keine näheren Angaben zu anderen privaten Anstalten wie beispielsweise Ahrweiler vor. Im Bellevue überwog während der Jahre 1906-1910 in Bezug auf die Schichtzugehörigkeit der dort behandelten Patienten deutlich die soziale Oberschicht. Kaufmännische Berufe (22,5 %), Privatiers (21,9 %) und Akademiker (17,8 %) machten mehr als die Hälfte der in der Anstalt weilenden Patienten aus. Im Gegensatz dazu gehörten insgesamt nur acht

⁴⁰⁴ Domeyer (2004).

⁴⁰⁵ Domeyer (2004).

⁴⁰⁶ Domeyer (2004).

⁴⁰⁷ Domeyer (2004).

von 613 im Bellevue aufgenommenen Patienten der Berufsgruppe der Handwerker an, drei kamen aus der Gruppe der Arbeiter, zu denen im übrigen auch die Tagelöhner gezählt wurden, und 30 von 613 Patienten waren in der Landwirtschaft tätig. Dass das Bellevue vor allem für Angehörige der sozialen Oberschicht interessant war, zeigt sich auch recht anschaulich bei der Untersuchung der Behandlungskosten der einzelnen Anstalten. Für öffentliche Anstalten konnten dem vorliegenden Material für die Anstalt Schussenried und Zwiefalten Angaben entnommen werden. So betragen die täglichen Verpflegungssätze im Jahr 1920 in Schussenried zwischen 5,50 und 9 Mark, je nach Pflegeklasse.⁴⁰⁸ In Zwiefalten variierten die Preise je nach Verpflegungskategorie zwischen 450 und 3000 Mark im Monat.⁴⁰⁹ Als Beispiel für eine private Heilanstalt konnten die Pflegesätze der Anstalt Ahrweiler ermittelt werden, die im Jahr 1907 je nach Ausstattung des Zimmers zwischen 240 und 600 Mark pro Monat lagen. Dieser Preis beinhaltete dabei die Kosten für Zimmer, volle Versorgung mit Lebensmitteln, ärztliche Behandlung, tägliche Dusche oder Bad sowie Bedienung, Beleuchtung, Beheizung, Bett- und Zimmerwäsche.⁴¹⁰ Allerdings mussten für einige weitere Leistungen zusätzliche Zahlungen entrichtet werden, wie beispielsweise für eigene Pflegepersonen, Nachwachen, Medikamente, besondere Speisen oder Getränke. Im Vergleich dazu lagen die Tagessätze für das Bellevue im Jahr 1908 für volle Verpflegung und Behandlung bei 12,50 Franken, was zu der Zeit einem Wert von zehn Mark entsprach.⁴¹¹ Preise für die Wohnung, welche jeweils zusätzlich berechnet wurden, lagen zwischen fünf und fünfzehn Franken täglich (entsprechend vier bis zwölf Mark). Des Weiteren kosteten Privatwärter 7,50 Franken (sechs Mark) pro Tag. Man erkennt unschwer die große Preisdifferenz zwischen der Kreuzlinger Anstalt und öffentlichen Einrichtungen. Selbst unter den privaten Anstalten scheint das Bellevue eher teuer zu gewesen zu sein, was sich unter anderem beim Vergleich mit Ahrweiler zeigt. Bezüglich der Herkunft der Patienten gibt es große Unterschiede zwischen Bellevue und anderen zeitgenössischen Anstalten. So boten die öffentlichen württembergischen Anstalten hauptsächlich Patienten regionaler Abstammung Unterkunft.⁴¹² Auch die hessische Anstalt Heppenheim war für

⁴⁰⁸ Groß (1925), S. 80.

⁴⁰⁹ Krimmel, Camerer (1912), S. 175.

⁴¹⁰ Ehrenwall (1907), S. 122f..

⁴¹¹ FAB Nr. 145.

⁴¹² Domeyer (2004).

Einwohner des Herzogtums Hessen vorgesehen.⁴¹³ Auch die kantonale Anstalt Wil nahm in der Regel nur selten kantonsfremde Patienten auf.⁴¹⁴ Betrachtet man als Beispiel für eine private Anstalt das Christophsbad, so findet man auch hier eine größtenteils regionale Herkunft der Patienten. So stammten in den Jahren 1898-1900 95 % der Göppinger Patienten direkt aus Baden-Württemberg.⁴¹⁵ Die Patienten des Bellevue jedoch beschränkten sich in ihrer Herkunft keineswegs auf die regionale Umgebung der Anstalt. Der Großteil von ihnen stammte aus dem gesamten deutschsprachigen Raum. So kamen 50 % allein aus Deutschland, 8 % aus der Schweiz und 5 % aus Österreich. Das Einzugsgebiet der Kreuzlinger Anstalt erstreckte sich aber auch weit über diese deutschsprachigen Grenzen hinaus, und es fanden sich neben deutschsprachigen Patienten zu 7 % Russen, zu 4 % Franzosen und zu 1 % Patienten osteuropäischer Abstammung in Binswangers Sanatorium. Aus Behlas Statistik zur Situation der Geisteskranken in Preußen geht hervor, dass die Patienten sowohl in öffentlichen als auch in privaten Anstalten Preußens im Jahr 1908 meist aus preußischen Regionen stammten. Auffällig ist bei dieser Statistik, dass private preußische Anstalten tendenziell mehr Patienten aus dem Ausland aufnahmen als Patienten aus dem außerpreußischen Deutschland. Öffentliche Anstalten beherbergten dagegen mehr Patienten aus dem übrigen (außerpreußischen) Deutschland und weniger Patienten aus dem Ausland.⁴¹⁶ Das Bellevue entsprach somit in Bezug auf die Herkunft der Kranken am ehesten dem Trend preußischer Privatanstalten, während es sich deutlich von öffentlichen deutschen Einrichtungen abhob.

Ein Vergleich der verschiedenen Anstalten bezüglich der dort gestellten und behandelten Krankheitsbilder ist insofern nicht einfach, als insgesamt kein einheitliches Diagnoseschema verwendet wurde. Jede Anstalt hatte ihr eigenes Einteilungsprinzip und ein Vergleich mit anderen Anstalten wird somit erschwert. In den öffentlichen württembergischen Anstalten wie Schussenried und Zweifalten litten viele Patienten an schizophrenen und depressiven Psychosen.⁴¹⁷ In der hessischen Anstalt Heppenheim waren im späten 19. Jahrhundert 87 % der aufgenommenen Kranken an endogenen „Seelenstörungen“ erkrankt, worunter man in Heppenheim die Diagnosen Melancholie, Manie und

⁴¹³ Eller, Vanja (1993), S. 45.

⁴¹⁴ Mikolasek (1991), S. 40.

⁴¹⁵ Domeyer (2004).

⁴¹⁶ Behla (1912), S. 367.

⁴¹⁷ Domeyer (2004).

„sekundäre Seelenstörung“ zusammenfasste.⁴¹⁸ Letztere bildete mit 42 Prozent den größten Anteil. Auffällig war hierbei, so Vanja in ihrem Bericht über die Anstalt, dass der Anteil der Frauen bei den Diagnosen Manie und Melancholie deutlich überwog, während Männer in allen übrigen Bereichen in der Mehrzahl vertreten waren. Ein Zehntel aller Erkrankungen bildete die Paralyse infolge syphilitischer Infektion. Geistige Störungen infolge Epilepsie waren mit weniger als einem Prozent vertreten, geistige Behinderungen, wozu man in Heppenheim „Imbecillität“, „Idiotismus“ und „Cretinismus“ zählte, mit zwei Prozent. Der Anteil der Alkoholiker am Patientengut der Heppenheimer Anstalt stieg nach 1900 von einem auf drei Prozent an. Nervenkrankheiten und Morphinismus wurden erst seit Beginn des 20. Jahrhunderts spezifiziert unter die Diagnosen in Heppenheim aufgenommen. Die Diagnosen „Hysterie“, „Neurasthenie“, „Chorea“, „Tabes“ und „andere Erkrankungen des Nervensystems“ nahmen jeweils einen Anteil von weniger als einem Prozent unter allen aufgeführten Krankheiten ein. In der Rheinau waren bei deren Gründung im Jahre 1867 zwei Diagnosengruppen besonders stark vertreten. Es waren dies der „Zustand von secundärem Wahnsinn bis Verrücktheit“ (mit 101 Kranken von 436 vertreten) und der „Zustand von Verrücktheit bis Blödsinn“ (mit 128 Kranken von 436 vertreten).⁴¹⁹ Ebenfalls relativ zahlreich waren die Diagnosen „Epilepsie“ und „angeborene psychische Schwäche, Idiotie, Imbecillität und Cretinismus“ mit jeweils knapp 60 der 436 Kranken. Affektive Störungen nahmen offensichtlich einen deutlich geringen Anteil in Anspruch (Melancholie mit 28, zirkuläre Störungen mit 13 von jeweils 436 Patienten). Im Wiler Asyl befanden sich unter den 52 aufgenommenen Kranken im Jahr 1897 30 Geistesranke, von denen mehr als die Hälfte mit der Diagnose Geistesschwäche, Epilepsie oder Altersdemenz bezeichnet wurde.⁴²⁰ Das Christophsbad beherbergte hauptsächlich Patienten mit endogener Psychose, während Neurosen, neurologische Erkrankungen und organische Psychosen mit jeweils ungefähr zehn Prozent weniger häufig angetroffen wurden.⁴²¹ Für die ebenfalls private Anstalt Ahrweiler liegen zwar keine genauen Angaben zu einer prozentualen Diagnosenverteilung vor, jedoch nennt Ehrenwall in seinem Bericht zum 30jährigen Bestehen der Anstalt Krankheitsbilder, die zur Aufnahme in Ahrweiler geeignet

⁴¹⁸ Vanja u. Eller (1993).

⁴¹⁹ Walser (1870), S. 13.

⁴²⁰ Mikolasek (1991), S. 88.

⁴²¹ Domeyer (2004).

seien.⁴²² Er erwähnte hierbei „Krankheitszustände der nervösen Überreizung“, „leichtere Fälle von Hypochondrie und Depression“, „periodische Depression“, „Hysterie“ sowie „funktionelle“ und „organische Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks“. Für die untersuchten Anstalten ergibt sich somit ein mehr oder weniger deutliches Überwiegen der schizophrenen und affektiven Störungen, während neurotische Erscheinungen größtenteils außen vor bleiben. Anders sieht die Situation jedoch im Bellevue aus: Hier bildete im Zeitraum 1906-1910 gerade die Gruppe der neurotischen Erkrankungen mit 34,42 % während der Jahre 1906–1908 und 25,4 % während der Jahre 1909–1910 den größten Anteil. Es folgten affektive und schizophrene Störungen, die mit 20,82 % bzw. 13,43 % in den Jahren 1906-1908 sowie 14,9 % bzw. 22,6 % in den Jahren 1909-1910 vertreten waren. Unter diesen Voraussetzungen kann der Schluss gezogen werden, dass die Patienten im Bellevue aufgrund des hohen Anteils an neurotischen Störungen insgesamt zwar weniger schwer erkrankt waren. Jedoch war der pflegerische Aufwand gerade für diese Patienten sehr hoch und eine gute Besetzung des Pflegepersonals war für Anstalten wie das Bellevue eine grundlegende Voraussetzung.

6.2.2 Vergleich der Therapiekonzepte

Bezüglich der Behandlungsmethoden und Therapiekonzepte findet man im Vergleich der verschiedenen Anstalten mit dem Bellevue im Zeitraum 1906-1910 insgesamt nur wenige Abweichungen. So legte man in Schussenried und Zweifalten Wert auf ein geordnetes, regelmäßiges Leben der Kranken, in Verbindung mit gesunder Ernährung und einer freundlichen Umgebung, während Medikamente nur ergänzend angewendet wurden.⁴²³ Man beschäftigte die Kranken mit sinnvollen Arbeiten wie Gartenbau, Landwirtschaft oder baulichen Unternehmungen. Ähnliche Therapiekonzepte wurden im Göppinger Christophsbad, im kantonalen Asyl Wil⁴²⁴ und der Rheinau⁴²⁵ praktiziert. So lag Friedrich Ris, dem damaligen Leiter der Anstalt, das Wohl seiner Patienten persönlich sehr am Herzen. Mitarbeiter bezeichneten die Anstalt zu seinen Zeiten auch als „Zufluchtsstätte“. Um das Jahr 1910 begann man sich dort unter anderem verstärkt für die Psychoanalyse zu interessieren.⁴²⁶ Ehrenwalls Bericht über die Ahrweiler Anstalt kann

⁴²² Ehrenwall (1907), S. 77f..

⁴²³ Domeyer (2004).

⁴²⁴ Mikolasek (1991), S. 90f..

⁴²⁵ Walser (1970), S. 36f..

⁴²⁶ Walser (1970), S. 41.

man entnehmen, dass auch dieser nach den im vorigen beschriebenen Vorstellungen arbeitete. So bot er den Kranken in seiner Anstalt ein vielfältiges Therapieprogramm inklusive Wasserheilverfahren, Massagen, Liegekuren, elektrischen Heilverfahren, Heilgymnastik, Schwimm-, Sonnen- und Luftbad sowie Beschäftigungstherapie.⁴²⁷ Auch psychische Betreuung (in Form von persönlichen Gesprächen des Arztes mit dem Patienten) und Unterhaltung zur Zerstreuung (in Form von Spaziergängen oder Ausflügen in die Umgebung) zählten zum Angebot der Ahrweiler Klinik. In Heppenheim wiederum galten Ruhe, Ordnung und Disziplin als oberstes Prinzip, weshalb man die Kranken dort mit großer Sorgfalt von der Außenwelt abschirmte.⁴²⁸ Eine Trennung von ruhigen und unruhigen beziehungsweise heilbaren und unheilbaren Kranken wurde sowohl in deutschen als auch in schweizerischen Anstalten vorgenommen.⁴²⁹ Zwangsmittel wurden von kaum einer der Anstalten regelmäßig angewendet. Mit seinem therapeutischen Angebot, das von Bädern bis zu Massagen und Gymnastik reichte, der Überzeugung von der Notwendigkeit individueller und liebevoller Pflege geistig kranker Menschen und dem danach ausgerichteten Freizeit- und Beschäftigungsprogramm mit Möglichkeit zu Ausflügen, Spaziergängen, Unterricht in Fremdsprachen und Gymnasialfächern sowie zu sportlicher Betätigung, lag die Anstalt Bellevue in den Jahren 1906-1910 ganz im Trend der damaligen Zeit.⁴³⁰

6.2.3 Vergleich der personellen Verhältnisse und der Anstaltsausstattung

Untersucht man die Anzahl von Wärtern und Ärzten, die einem Patienten in den jeweiligen Anstalten zur Verfügung standen, so erhält man folgendes Ergebnis: In Zwiefalten waren in den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts für 558 Patienten fünf Ärzte zuständig, womit auf jeden Arzt etwas mehr als 100 Patienten kommen.⁴³¹ Für die Anstalten Schussenried und Heppenheim ergeben sich ganz ähnliche Zahlen, sodass auf jeden Arzt ungefähr 100 Kranke kommen.⁴³² Dabei kamen in Schussenried im Hinblick auf die Pflege zu der Zeit 5,7 Patienten auf einen Wärter.⁴³³ In Heppenheim befanden sich kurz vor der Jahrhundertwende gut 70 Wärterinnen und Wärter bei einer mutmaßlichen

⁴²⁷ Ehrenwall (1907), S. 79ff..

⁴²⁸ Eller, Vanja (1993), S. 47f..

⁴²⁹ Domeser (2004).

⁴³⁰ FAB Nr. 146.

⁴³¹ Laehr (1907), S: 237.

⁴³² Laehr (1907), S. 190 und S. 86.

⁴³³ Groß (1925), S. 68.

Patientenzahl zwischen 400 und 500, womit ungefähr ein Wärter für sechs bis sieben Kranke zuständig war.⁴³⁴ In der Göppinger Privatanstalt sahen diese Zahlen ebenfalls ähnlich aus. Im Jahr 1906 waren dort vier Ärzte für gut 400 Kranke zuständig.⁴³⁵ Das Bellevue hingegen unterschied sich im Verhältnis Personal zu Patient stark von diesen Anstalten. So kam im Jahr 1906 ein Arzt auf zwölf bis 13 Kranke, und in den späten 80er Jahren des 19. Jahrhunderts ein Wärter auf durchschnittlich zwei Patienten.⁴³⁶ Damit gleicht die Kreuzlinger Anstalt unter den untersuchten Anstalten lediglich dem privaten Sanatorium Ehrenwalls in Ahrweiler, wo zu Beginn des 20. Jahrhunderts ein Arzt für weniger als durchschnittlich 15-20 Patienten zuständig war und auf einen Wärter höchstens zwei Patienten kamen.⁴³⁷ Auch in der Art der Unterbringung von Kranken unterschied sich das Bellevue von den meisten der anderen Anstalten. So waren die Anstalten Zwiefalten, Schussenried und Rheinau in ehemaligen Klöstern und Schlössern untergebracht, bei der Heppenheimer Anstalt handelte es sich um ein eigens errichtetes Krankenhaus. Dabei teilten sich meist mehrere Patienten ein Zimmer. Im Gegensatz dazu wurde die Anstalt Bellevue im Sinne des Villensystems erbaut und bot den Patienten Unterkunft in Einzelzimmern mit gehobener Ausstattung. Ähnlich dieser Bauweise und Unterbringungsart, bestand das Ahrweiler Sanatorium aus mehreren Häusern, die nebeneinander auf einem großzügigen Areal errichtet wurden. Die Zimmer der Kranken waren komfortabel ausgestattet und vorwiegend auf eine Person ausgelegt.

6.3 Zusammenfassender Vergleich des Bellevue mit öffentlichen Anstalten

Stellt man nun einen direkten Vergleich des Bellevue mit den in dieser Arbeit untersuchten öffentlichen Anstalten an, so findet man, dass das Bellevue für weniger Patienten konzipiert war. Dabei fällt auf, dass es jedoch nicht weniger Aufnahmen zu verzeichnen hatte als öffentliche Anstalten, was darauf schließen lässt, dass die Verweilzeiten in der Kreuzlinger Anstalt mit hoher Wahrscheinlichkeit wesentlich kürzer waren. Außerdem findet man ein Überwiegen der verheirateten Patienten im Bellevue, wohingegen in öffentlichen Anstalten die Zahl der ledigen Patienten größer war. Außerdem gehörten die Kranken im Bellevue hauptsächlich der sozialen Oberschicht an, während in öffentlichen Anstalten der Anteil an Arbeitern und Handwerkern in der Regel

⁴³⁴ Eller, Vanja (1993) S. 130; Laehr (1907) S. 86.

⁴³⁵ Laehr (1907), S. 70.

⁴³⁶ Laehr (1907), S. 115; Domeyer (2004).

⁴³⁷ Laehr (1907), S. 2; Ehrenwall (1907), S. 10.

am größten war. Entsprechend dieser Klientel waren die Behandlungs- und Verpflegungskosten im Bellevue wesentlich höher als in öffentlichen Einrichtungen. Außerdem war das Einzugsgebiet der Kreuzlinger Anstalt gegenüber öffentlichen Häusern um einiges größer. Im Bellevue wurden darüber hinaus mehr Patienten mit neurotischen Erkrankungen versorgt, während man in den öffentlichen Anstalten zumeist schizophrene und affektive Psychosen vorfand. Dabei war das Bellevue in Bezug auf Ärzte und Pfleger viel besser besetzt als öffentliche Häuser, weshalb in Kreuzlingen sicherlich ein persönlicherer Arzt-Patienten-Kontakt und intensivere Pflege möglich waren. Die Zimmer der Patienten waren zudem weitaus komfortabler als in öffentlichen Einrichtungen. Lediglich bezüglich Geschlechterverteilung, Altersstruktur und Behandlungsmethoden konnte kein wesentlicher Unterschied zwischen dem Kreuzlinger Sanatorium und öffentlichen Anstalten festgestellt werden.

6.4 Zusammenfassender Vergleich des Bellevue mit privaten Anstalten

Vorneweg muss bemerkt werden, dass seither kaum vergleichbare Untersuchungen zu Anstalten wie dem Bellevue vorliegen und das Tübinger Projekt in seiner umfangreichen Datenerfassung und –aufarbeitung insofern eine Besonderheit darstellt. Dies erschwert allerdings den Vergleich zu zeitgenössischen privaten Anstalten, da dort die Datenerfassung oft unvollständig oder uneinheitlich (insbesondere bezüglich der Diagnosen) ist.

Beim Vergleich des Bellevue der Jahre 1906-1910 mit Ehrenwalls privater Anstalt in Ahrweiler ergeben sich bei weitem weniger Unterschiede als bei im vorigen Kapitel ausgeführten Vergleich des Bellevue mit öffentlichen Anstalten. Ein nur geringfügiger Unterschied zwischen den beiden Anstalten besteht beispielsweise in ihrer Patientenbestandszahl. Während das Ahrweiler Sanatorium am Ende des Jahres 1905 insgesamt 87 Kranke beherbergte, befanden sich im Bellevue am Anfang des Jahres 1906 51 Kranke.⁴³⁸ Den hohen Aufnahmezahlen und folglich kurzen Verweilzeiten im Bellevue können leider keine Angaben aus Ahrweiler gegenübergestellt werden, da solche in bearbeitetem Material nicht enthalten waren. Die Patientenklientel unterschied sich in Bezug auf die Geschlechterverteilung nicht, denn sowohl in Kreuzlingen als auch in Ahrweiler überwog im Wesentlichen der Anteil der männlichen Patienten. Über Alter,

⁴³⁸ Laehr (1907), S. 2 und S. 115.

Familienstand und Konfession der Kranken konnten für die Ahrweiler Anstalt keine Daten ermittelt werden. Auch statistische Angaben zu Berufen, Schichtzugehörigkeit und Herkunft der Ahrweiler Patienten sind nicht vorhanden. Aus den hohen Verpflegungskosten lässt sich jedoch schließen, dass die bei Ehrenwall behandelten Kranken ähnlichen Kreisen (also der sozialen Oberschicht) entstammten wie die Patientenschaft des Bellevue. Dabei war das Bellevue insgesamt etwas teurer. Ob das Ahrweiler Einzugsgebiet in seiner Ausdehnung dem Bellevue vergleichbar war, muss dabei bis auf weiteres offen bleiben. Die in den jeweiligen Anstalten vorherrschenden Krankheitsbilder sind insofern schwer vergleichbar, als für Ahrweiler auch hier keine genaueren Angaben gemacht werden. So ist lediglich bekannt, dass dort Psychosen, Neurosen und affektive Störungen behandelt wurden. Welchen Anteil die jeweiligen Diagnosen an der gesamten Patientenschaft hatten, ist jedoch unbekannt, und es konnte daher nicht erarbeitet werden, ob in Ahrweiler wie auch im Bellevue hauptsächlich Neurosen therapiert wurden, oder ob der Behandlungsschwerpunkt eher auf anderen Erkrankungen lag. In beiden untersuchten privaten Anstalten wurden ähnlich vielfältige Therapie- und Freizeitmöglichkeiten geboten und sowohl Ehrenwall als auch Binswanger schienen sich bezüglich ihrer wohlwollenden Einstellung gegenüber ihren Pfleglingen zu gleichen. Auch das zahlenmäßige Verhältnis von Pflegepersonal und Ärzten zu den behandelten Patienten war in beiden Anstalten zugunsten der Patienten geprägt. So kamen sowohl in Kreuzlingen als auch bei Ehrenwall durchschnittlich ein Wärter auf zwei und ein Arzt auf 13-20 Patienten. Der Aufbau beider Anstalten glich sich im Vorhandensein eines Villensystems mit komfortabler Einrichtung sowie in Bezug auf die Verfügung von Einzelzimmern. Unterschiede ergaben sich lediglich im Ausmaß des jeweils vorhandenen Komforts, in Details der Anstaltskonzeption, bei der genauen Umsetzung von Therapieansätzen sowie in Bezug auf die vom jeweiligen Leiter geprägte Atmosphäre in der Klinik.

7. Zusammenfassung

In vorliegender Dissertation wird der Zeitraum 1906–1910 der von 1857–1980 bestehenden und von der Familie Binswanger geführten Privatklinik Bellevue in Kreuzlingen untersucht. Die Arbeit wurde im Rahmen eines DFG - geförderten Projekts zur Erschließung und Auswertung des Binswanger – Archivs, durchgeführt. Damit setzt sie die Reihe der Dissertationen fort, die bereits über frühere Zeiträume der Anstaltsgeschichte verfasst wurden. Als Grundlage und Informationsquellen für die Bearbeitung dienten die Krankenakten der Anstalt aus den Jahren 1906–1910 sowie Korrespondenzbücher, Arzneiverordnungsbücher, ein Protokollbuch über ärztliche Bestimmungen und weitere Dokumente aus dem Anstalts- sowie dem Familienarchiv der Binswangers. Anhand dieses umfangreichen Materials konnten zusätzlich zu medizinischen und sozialen Daten der Patienten die unterschiedlichen in der Anstalt angewendeten Therapieformen studiert und der Anstaltsalltag veranschaulicht werden.

Robert Binswanger, Leiter der Klinik in der Zeit 1906–1910 und Nachfolger seines Vaters Ludwig, hatte während seiner Amtszeit von 1880–1910 zahlreiche bauliche Erweiterungen der Anstalt vornehmen lassen. Infolgedessen erstreckte sich das Anstaltsgelände Anfang des 20. Jahrhunderts über ein großes Gebiet und umfasste mehrere Villen, die in offene und geschlossene Abteilungen aufteilt waren. Robert hatte somit sein Ziel erreicht, ruhige von unruhigen Kranken zu trennen, um seine Klinik verstärkt für nervenranke Patienten attraktiv zu gestalten.

In den Jahren 1906–1910 wurden insgesamt 613 Patienten in die Anstalt Bellevue aufgenommen. Dies entspricht einer jährlichen Aufnahmezahl von 122 Kranken. Dabei belief sich der Bestand der Anstalt auf durchschnittlich 66 Patienten, und die durchschnittliche Verweilzeit betrug ein bis zwei Monate. Von den 613 während des gesamten Zeitraums aufgenommenen Patienten waren 356 Männer, was einem Anteil von 58 % entspricht, und 257 Frauen, entsprechend einem Anteil von ca. 42 %. Dabei waren die meisten der Patienten verheiratet, und die Altersgruppe der 30 – 39jährigen war die am häufigsten vertretene. Der größte Teil der Kranken war christlichen Glaubens, wobei die evangelische Konfession mit 52 % und die katholische mit 17,3 % vertreten waren. Ebenfalls einen Anteil von 17,3 % bildeten die Angehörigen jüdischen Glaubens. Mehr

als die Hälfte der Patienten gehörte der sozialen Oberschicht an. Dabei gingen 22,5 % kaufmännischen Berufen nach, 21,9 % waren Privatiers und der Anteil der Akademiker und Studenten betrug 17,8 %. Genau die Hälfte der Patienten (entsprechend 50 %) stammte aus Deutschland, die Schweiz hingegen war nur mit 8 % vertreten. Darüber hinaus kamen 5 % der Kranken aus Österreich, 7 % aus Russland, 4 % aus Frankreich und 6 % aus Italien. 19 % der Patienten war in anderen Ländern und 1 % in östlichen Staaten beheimatet. Im Hinblick auf die Diagnosenstellung ergab sich die Schwierigkeit, dass es in der Psychiatrie Anfang des 20. Jahrhunderts noch immer kaum klare Einteilungsschemen zur einheitlichen Klassifikation psychiatrischer Krankheitsbilder gab. Im Bellevue wurden im Zeitraum 1906–1910 außerdem zwei unterschiedliche Diagnoseschemata benutzt. So galt für die Jahre 1906–1908 der von Robert Binswanger erstellte Diagnoseschlüssel zwei, für die Zeit 1909–1910 der so genannte Diagnoseschlüssel drei. Am häufigsten vergebene Diagnose anhand des Diagnoseschlüssels zwei war die Neurasthenie mit 14 % aller 1906–1908 aufgenommenen Patienten. Überhaupt bildeten die neurotischen Erkrankungen 1906–1908 mit insgesamt 34,52 % die größte Krankheitsgruppe. Die Häufigkeit affektiver Erkrankungen lag bei ungefähr 21 %, die der schizophrenen Störungen bei 13 % und Suchterkrankungen kamen mit einer Häufigkeit von 8 % vor. In den Jahren 1909–1910 war die am häufigsten vergebene Diagnose anhand des Diagnoseschlüssels drei die Dementia praecox mit einem Anteil von 22,6 % an allen Diagnosen. Die neurotischen Erkrankungen bildeten mit 25,4 % weiterhin den größten Anteil unter den Diagnosegruppen, dicht gefolgt von der Gruppe der schizophrenen Störungen, deren Anteil sich 1909–1910 auf 22,6 % belief. Affektive Störungen waren in diesen Jahren mit 14,9 % und Suchterkrankungen mit 11,3 % vertreten.

Das den Patienten im Bellevue während der Jahre 1906–1910 zur Verfügung stehende Therapiespektrum war vielfältig. Grundlage bildeten dabei nach wie vor Milieutherapie und „Traitement moral“. In diesem Sinne legte Robert wie auch schon sein Vater Ludwig großen Wert auf eine freundliche, familiäre Atmosphäre in der Anstalt und integrierte dazu auch die Ärzte mitsamt deren Familien in den Klinikalltag. Im Rahmen des „Traitement moral“ erzog er die Kranken zu einer regelmäßigen, geordneten Lebensweise. Dabei waren empathisches Eingehen auf den Kranken und seine Bedürfnisse sowie die Vorbildfunktion der Ärzte von großer Bedeutung. Zwangsmaßnahmen lehnte

Robert wie auch schon sein Vater ab. Darüber hinaus erhielten Binswangers Patienten ein vielfältiges Angebot an Beschäftigungstherapien. Zunehmend wurde in der Zeit nach der Jahrhundertwende auch die Psychotherapie ins Therapiespektrum des Bellevue aufgenommen. So fanden, seit Roberts ältester Sohn Ludwig, der spätere Begründer der „Daseinsanalyse“, ab 1908 als Assistent in der Klinik tätig war, erste Versuche mit der Durchführung psychoanalytischer Behandlungen statt. An pharmakologischen Präparaten verordnete Binswanger vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel. Im Vordergrund stand für ihn dabei weniger die Sedierung der Patienten an sich. Er wollte den Kranken damit vielmehr den Weg zurück in ein geregeltes Leben erleichtern. Abgesehen von diesen Medikamenten setzte man im Bellevue Laxantien, Schmerz- und Fiebermittel, Kokain sowie eine Reihe weiterer somatischer Heilmittel ein. Darüber hinaus war Robert überzeugt von der Wirkung physikalischer Therapien. Infolge dessen hatte er während seiner Amtszeit die dazu notwendigen Einrichtungen in der Anstalt ausbauen lassen. Somit stand den Patienten 1906–1910 ein vielseitiges Angebot an Balneo-, Hydro-, und Elektrotherapie sowie Massagen zur Verfügung. Im Gegensatz dazu behielt Robert der Hypnose als Therapieform gegenüber stets eine kritische Haltung. Unter dem Aktenmaterial für den Zeitraum 1906–1910 konnte ein Versuch ihrer Anwendung im Bellevue nur in einem Fall gefunden werden. In ernährungstherapeutischer Hinsicht machte Binswanger gerne von der Mastkur nach Playfair–Mitchell Gebrauch. In den Jahren 1906–1910 findet sich zwar keine ausdrückliche Verordnung einer derartigen Kur, in zahlreichen Dokumenten aus den Krankengeschichten der Patienten tauchten dennoch Elemente dieser Therapieform auf. Dies lässt darauf schließen, dass diese wohl zumindest ansatzweise angewandt wurde. Adipösen Patienten verordnete Robert eine Diät nach Ebstein. Bei allen übrigen Patienten legte er hauptsächlich Wert auf eine vielseitige, reichliche Ernährung.

Aus der näheren Betrachtung zweier Krankengeschichten geht hervor, dass man im Bellevue sehr darum bemüht war, den individuellen Bedürfnissen der Kranken gerecht zu werden. Außerdem zeigen die Untersuchungen bezüglich des Krankheitsbildes der *Dementia praecox* anhand der Krankenakten Roberts fortschrittliche Orientierung, was ätiologische und therapeutische Aspekte der Erkrankung anbelangt. Dies zeugt von dem regen wissenschaftlichen Interesse des Arztes sowie von dem Bestreben, seinen Patienten eine möglichst zeitgemäße Behandlung zukommen zu lassen. In diesem Zusammen-

hang folgte er dabei im Allgemeinen den anerkannten wissenschaftlichen Strömungen seiner Zeit.

Im Vergleich mit den Vorzeiträumen hatten sich am Bellevue über die Jahre hinweg einige Veränderungen ergeben. Die Zahl der Patientenaufnahmen pro Jahr war kontinuierlich gestiegen und erreichte in den Jahren 1906–1910 doppelt so hohe Werte wie 1886–1890. Im Vergleich zum Zeitraum 1861–1870 waren sie ungefähr sechs Mal höher. Entsprechend den erhöhten Aufnahmezahlen hatte sich auch der Bestand im Vergleich zu vorigen Zeiträumen vergrößert, wohingegen sich die Verweilzeiten stark verkürzt hatten. Die 1906–1910 aufgenommenen Patienten waren im Durchschnitt etwas älter als in den Jahren 1861–1870. Die Altersverteilung entsprach somit eher der im Zeitraum 1886–1895. Der größte Teil der Klientel gehörte weiterhin den gehobeneren Ständen an, das Kleinbürgertum war unter den Patienten weniger vertreten. Das Einzugsgebiet hatte sich gegenüber 1861–1870 stark vergrößert. Im Vergleich mit 1886–1895 war es zwar gleich groß geblieben. Jedoch hatte der Anteil der Deutschen und Schweizer zugunsten aus weiter entfernten Ländern stammender Patienten abgenommen. Der Pensionspreis hatte sich verglichen mit 1861–1870 zwar erhöht, bestand aber seit 1886–1890 in unveränderter Weise fort. Wenige Unterschiede ergaben sich bei der Geschlechter- und Konfessionsverteilung sowie im Hinblick auf den jeweils am häufigsten vertretenen Familienstand. In Bezug auf die Diagnosenverteilung nahm der Anteil der Nerven- und Suchterkrankungen besonders im Vergleich zum Zeitraum 1861–1870 stark zu. Auch im Vergleich zu den Jahren 1886–1890 ist der Anteil der Nervenkranken noch einmal leicht angestiegen, während der Anteil der Suchtkranken eher wieder etwas zurückging. Der Anteil affektiver Störungen hingegen hatte über die Jahre hinweg stark abgenommen. So befanden sich 1906–1910 nur etwa halb so viele an affektiven Störungen leidende Patienten im Bellevue wie 1861–1870. Damit entsprach dieser Anteil ungefähr dem der Jahre 1886–1890. Schizophrene Erkrankungen wurden 1906–1910 bei etwas mehr Patienten diagnostiziert als 1886–1890, was mit der Ausdehnung des psychiatrischen Begriffes der *Dementia praecox* um die Jahrhundertwende zusammenhängen könnte. Die Unterschiede zwischen den in den einzelnen Zeiträumen angewandten Therapien entsprachen den Änderungen, die sich durch Entwicklung neuer bzw. Weiterentwicklung alter Therapiemethoden bis in die Jahre 1906–1910 ergeben hatten. Außerdem sorgte Robert durch Verbesserung der Anstaltsausstattung für die Intensivierung

mancher Therapieformen wie beispielsweise der Hydro-, Balneo- und Elektrotherapie. Darüber hinaus zeigte er sich stets offen für neue Therapieformen. Im Zeitraum 1906–1910 war dies maßgeblich die Psychoanalyse. Bei all diesen Änderungen blieb Robert dem Grundsatz seines Vaters treu, die psychische Behandlung und das therapeutische Milieu als besonders wichtig für die Genesung geistig Kranker zu erachten. In der Folge davon behielt er diese Therapieformen während seiner gesamten Amtszeit bei.

Vergleicht man die Privatanstalt Bellevue mit öffentlichen Anstalten im Zeitraum 1906–1910, so ergeben sich wesentliche Unterschiede in Bezug auf Bestandszahlen, demographische und medizinische Patientendaten sowie auf die jeweilige Ausstattung. Das Bellevue bot weit weniger Patienten Platz als vergleichbare öffentliche Anstalten. Die trotzdem großen Aufnahmezahlen der Privatanstalt lassen sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die kurzen Verweilzeiten der Kranken zurückführen. Die Patientenklientel des Bellevue war öfter verheiratet, gehörte zu einem größeren Anteil der sozialen Oberschicht an und stammte aus einem viel ausgedehnteren Einzugsgebiet als die Klientel öffentlicher Häuser. Darüber hinaus lag der Schwerpunkt der in der Privatklinik behandelten Patienten auf neurotischen Erkrankungen, während in öffentlichen Anstalten hauptsächlich affektive und schizophrene Psychosen behandelt wurden. Das Bellevue verfügte über ein größeres Aufgebot an Personal sowie über eine modernere und komfortablere Ausstattung, was mit einem im Vergleich zu öffentlichen Häusern um einiges höheren Pensionspreis einherging. Wesentliche Unterschiede bezüglich der eingesetzten Therapien konnten jedoch nicht festgestellt werden.

Die Unterschiede zwischen dem Bellevue und der privaten Anstalt Ahrweiler als Beispiel für ein vergleichbares Haus waren hingegen deutlich geringer. Die demographischen Daten der Patienten glichen einander stark, und auch in Bezug auf Ausstattung und Patientenbestand ergaben sich bei der Untersuchung höchstens geringfügige Unterschiede. Aus den über Ahrweiler ermittelten Informationen bezüglich dort eingesetzter Therapien kann man schließen, dass diese den im Bellevue angewandten Methoden sehr ähnlich waren. Somit unterschieden sich die privaten Häuser lediglich in Details der Anstaltskonzeption, dem Ausmaß an Komfort in der jeweils vorhandenen Ausstattung sowie in der Umsetzung von Therapieansätzen. Je nach Leiter der Anstalt ergaben sich darüber hinaus Unterschiede in Bezug auf die Atmosphäre in den Häusern.

8. Dokumentarteil

Im Folgenden ist die Transkription der Akte Nr. 2410 der im Kapitel 5.3.3 vorgestellten Patientin sowie die Krankengeschichte der Akte Nr. 2845 abgedruckt. Weitere Dokumente letzterer Akte konnten aufgrund des allzu großen Umfangs des Aktenmaterials und den sich daraus ergebenden Platzproblemen an dieser Stelle nicht aufgeführt werden.

Bei der Transkription der Dokumente wurde auf vollständige und diplomatisch getreue Wiedergabe geachtet. Rechtschreibung und Zeichensetzung wurden behutsam modernisiert und dem heutigen Sprachgebrauch angepasst. Nicht selbstverständliche Abkürzungen wurden in eckigen Klammern aufgelöst (z.B. Mo[rphium]), unleserliche Wörter durch eckige Klammer ersetzt ([...]). Ein Fragezeichen in eckigen Klammern ([?]) bedeutet, dass ein Wort nicht eindeutig zu entziffern war. Hervorhebungen jeder Art (beispielsweise Unterstreichungen) wurden kursiv wiedergegeben. Offensichtliche Rechtschreibfehler wurden stillschweigend verbessert. Besonderheiten der deutschen Schreibschrift wurden nicht übernommen; Namen von Patienten, Angehörigen sowie Orte, die zum Schutz der Anonymität der Patienten nicht genannt werden können, wurden pseudonymisiert und erscheinen kursiv.

8.1 Krankenakte Nr. 2410

Nr.2410/1

Krankenblatt; Schreiber: Robert Binswanger u.a.; eh., 2 Bg., 7 Ss.

No. 2410

Curanstalt Bellevue bei Konstanz.

Name:	<i>Emmy Haller</i>
Stand:	Witwe
Alter:	42 J.
Wohnort:	Düren
Tag der Aufnahme:	13/3/1907
Tag des Austritts:	16/11/1907
Diagnose:	Dementia praecox paranoid.

Behandelnder Arzt:

Prof. Hoffmann Düsseldorf

[Schrift Robert Binswangers:]

28.03. :

vide Beilagen

Pat. ist eine graziöse, schwächliche magere Frau mit gespanntem Gesichtsausdruck, fortwährendem verbindlichem Lächeln, einer forcierten, geschraubten Sprechweise. Das Sprechen in dieser Weise strengt sie an, sie bekommt bald einen rothen Kopf. Es kostet einige Mühe, sie rationell zu ernähren. (Sie will nicht stark werden) Nebenbei ist ihre Circulation schlecht. Kalte Füße. - Die ersten 5 Tage sind ihr Bruder u. Schwägerin hier. Sie gibt sich recht vernünftig, d.h. dissimuliert, sieht ihre allgemeine Körperschwäche ein u. will rationell leben. Den Vorhalt, dass sie zu viel Geld ausgegeben u. vor allem zu viel verschenkt habe, nim[m]t sie ruhig an. Sie verspricht Verwandten u. sagt, nichts ohne deren Zustimmung zu thun. Sehr bald fängt sie an, endlos zu schreiben. Verschenkt *alles* in ihren Briefen. Mehreres einige Male. Will damit eine Mission erfüllen.

Ist dem Arzte gegenüber stets geordnet u. will correct erscheinen. Spricht aber die Unwahrheit, will ihre Jungfer überreden, heimlich Depeschen zu expediren. Verspricht alles u. hält nichts.

Ist ausserordentlich viel geschäftig. Kommt kaum zum Ausgehen an manchen Tagen vor lauter Kramen u. Sprechen.

Ihre Briefe stellenweise mystisch mit Ausrufen, Alliterationen versehen. Abgerissen, unmöglich zum Abschicken.

Ist jedenfalls innerlich erregt. Hallucinationen noch fraglich.

Lacht immerhin für sich. Verharrt auch in katatonischen Posen. Mit gekreuzten Armen wie verückt.

Nachts steht sie oft auf, kramt, schreibt. Geht mit kalten Füßen herum, bis sie blau wird.

Menses treten den 25ten ein. Verspätet. Weint dabei. Nach aussen ruhig. Bekommt einmal wie gewohnt 15 Tr. Opium.

Einmal 0,5 Veronal.

07.05.:

Pat. ist unberechenbar. Plötzlich nach guten Tagen erregt, feindlich gegen ihre Familie, droht Mutter u. Bruder dass ein malheur passiere. Verlangt brieflich Revolver.

Zu Rede gestellt, sagt sie, sie wolle die Waffen nicht gegen sich wenden, sondern gegen die Ihrigen. Droht mit dem Staatsanwalt u. Anwalt.

Diese feindlichen Momente selten; eigentlich nur die ersten Tage in Mai. Wie sie im ganzen sehr liebenswürdig, ist sie es auch im Princip brieflich gegen die Ihrigen.

Ein anderer raptus: sie verabschiedet plötzlich ihre Jungfer, da sich mit ihr so traurige Erinnerungen verknüpfen: Krankheit u. Tod ihres Mannes.

Ihre Correspondenz erstreckt sich *viel* auf den früheren Arzt von Ahrweiler, Dr. D.

Verschreibt ihm u. dessen Vater große Geschenke u. große Summen.

Heute erhält sie Rechnungsauszug vom Bruder *Martin* mit genauer Darlegung ihres Vermögens, morgen verschleudert sie es durch sinnlose Summen, die sie aussetzt. Zu Rede gestellt: Es ist im Sinne meines † [verstorbenen] Gatten.

Andere raptus: a) will sich opfern als Object für die Krebsforschung / Briefe an Czerny / b) will ein Kind annehmen u. schreibt deswegen nach Ahrweiler c) will großartige Einrichtungen zur Verschönerung der Spitäler machen.

Schreibt sinnlos an den Justizminister mit Beziehungen zum Kaiser (nicht erotisch).

Seit ca. 14 Tagen beschäftigt sie sich nett. Malt, macht Handarbeiten, zeichnet, lässt sich durch die Schwester, zu welcher sie etwas überschwänglich, vorlesen. Fährt viel spazieren. Man muss aber die Stadt vermeiden, da sie alles, was sie sieht, kaufen will.

Schläft sehr abwechselnd. Oft in der Nacht auf, arbeitet. Öfters Veronal. Appetit gut. Nimmt zu. Darf es nicht wissen. Gegen den Stuhl Tamarinden.

Ermüdet stets außerordentlich leicht. Legt sich dann von selbst zu Bett.

Nach aussen viel geordneter, lucider als in den Briefen.

Menses im April sturmlos verlaufen. Hatte kein Opium nothwendig.

[Schrift Dr. von Holst:]

Von einer Ausfahrt zurückgekehrt lässt Pat. sich nicht abhalten, in die Stadt zu gehen, um sich im Insel-Hotel nach der Ankunft von Bekannten zu erkundigen. Pat. wird von der Schwester begleitet. Im Insel-Hotel nimmt Pat. sich ein Zimmer, erklärt, nicht in die Anstalt zurückkehren zu wollen. Dem von diesem Vorgange benachrichtigten Arzte gelingt es leicht, Pat. in die Anstalt zurückzuführen.

08.05.07 :

Packt seit früh morgens; will nach Zürich abreisen. Um 8 Uhr bei Anwesenheit des gerufenen Arztes gesteigerte Erregung, beschimpft ihre Verwandten, selbst Mutter, verlangt sofortige Entlassung, das Hinhalten hätte sie satt, sie müsse im Sinne ihres Gatten handeln, in Ahrweiler, aber auch hier, hielte man sie zum Narren, u. dergl. mehr. Pat. spricht mit hochoberer Stimme, stampft mit den Füßen, schlägt auf den Tisch. Pat. lässt sich nicht beruhigen, wird bei allen diesbezügl. Versuchen erregter. Der von der Pat. verlangte Wagen, um aufs Telegraphenamnt zu fahren, führt Pat. nach Tannegg. Hier muss Pat. ins Haus getragen werden, leistet energischen Widerstand, Bad. Bettruhe. Nachmittags ruhig, empfängt den Arzt nicht.

09.05.07 :

Nacht gut, gegen den Arzt noch steif, aber sonst freundlich. Schreibt Briefe und Depeschen, will bald hier-, bald dorthin reisen.

10.05.07 :

Giebt zu, die Stimmen ihres verstorbenen Mannes und Vaters zu hören, keine Krankheitseinsicht.

11.05.07 :

abends *Menses*

13.05.07 :

Völlig ruhig, verlangt nach ihrem Bruder *Richard*, den sie noch vor 3 Tagen als „schlappen Kerl“ nicht sehen wollte.

14.05.07 :

Lacht zeitweise ohne Grund vor sich hin, giebt bei einer derartigen Gelegenheit an, mit Dr. B. eine lustige Auseinandersetzung gehabt zu haben, schildert den ganzen Vorgang mehr als Gedankenlautwerden. Auf ihre Vielgeschäftigkeit gebracht, erklärt Pat. diese durch Anregungen, die sie durch Örtlichkeiten auf ihren Ausfahrten bekomme, die vielen Geschenke meint Pat. aus Pietät für ihren verstorbenen Gatten, in seinem, aber auch in ihrem Sinne machen zu müssen. Bei stärkerem Insistieren und Fragen fallen die Antworten der Pat. bald *verwirrt* aus.

Menses schwach, so gut wie überstanden

30.05.07 :

Hat sich gut in der Tannegg eingewöhnt. Nach wie vor grosse Bestellungen, Verlangen nach Büchern, die Pat., wenn sie angeschafft sind, kaum mehr ansieht, schreibt Unmassen von Briefen, in welchen oft nur ein Satz, ein flüchtiger Gedanke steht, der häufig sogar völlig unklar ist. In der Ausdrucksweise nicht frei von Stereotypen. Vermacht brieflich nach wie vor grössere Summen.

15.06.07 :

Ruhiger, lacht weniger, Nächte sehr wechselnd; häufiger Nachhilfe nöthig, geht geistig fraglos langsam zurück. Völlig zerfahren in ihren Wünschen und Zukunftsplänen.

27.06.07 :

[am Rand der Akte steht:] Siehe Copierbuch Seite 751 vom 06.08.07

Kann sich bei den aerztl. Besuchen auf kurze Zeit concenzrieren; immer liebenswürdig und lächelnd. Viel Lachen besonders bei Nacht, steht häufig aus dem Bette auf, schreibt, zerreisst einen grossen Theil der Briefe wieder. Täglich neue Zukunftspläne. Zeitweilig wie geistesabwesend, vergisst alle Verordnungen. Starkes Ueberschätzen ihrer malerischen Talente, übertriebenes Selbstbewusstsein, Briefe oft völlig erfunden. Verschenkt brieflich Tausende von Mark, hat über ihre Vermögenslage etc. keine Ahnung. Gedächtnis für Jüngstvergangenes sehr schlecht, vor allen Dingen seit des hiesigen Aufenthaltes verschlechtert.

30.06.07 :

Nach wie vor grosse Neigung zu Bestellungen, speciell Bücher, die Pat. nicht ansieht. Sucht selbst Plunder einzukaufen resp. zu verschicken. Z. B. versendet Pat. an ein Krankenhaus bunte Papierflitter, Schnurreste, Staniolpapier etc. etc.

Nicht frei von sexuellen Ideen [durchgestrichen:] und Beeinflussung durch dritte Personen. lacht nachts nach wie vor viel, selten weint Pat.; Nahrungsaufnahme stets gut, Nächte oft so schlecht, dass eine Nachhilfe mit Medicamenten nöthig wird.

14.07.07 :

Zeitweise erregt in der Idee, dass ihre Frauenwürde durch die Anstalt wie durch die Verwandten verletzt würde. Die Zornaffected halten nie lange an, Pat. beruhigt sich stets bald wieder, auf ihre Familie meist sehr schlecht zu sprechen.

21.07.07 :

Gar keine Krankheitseinsicht, fasst Pläne, die Anstalt zu verlassen, man müsste sie frei handeln lassen, das ewige Bevormunden wäre sie müde, ihre Frauenwürde litte, sie müsste im Sinne ihres Mannes leben.

05.08.07 :

Hat ihr Zimmer schriftlich auf den 14ten Aug. gekündigt, will ins Insel-Hotel Konstanz, dann nach Bonn ziehen. Beabsichtigt weiter mit der Schwester eine Reise nach Japan und America zu machen. Nimmt die Erklärung, dass von einer Reise noch nicht die Rede sein könne, völlig ruhig auf, prolongiert den Termin des Hierbleibens bis auf den ersten Sept.

15.08.07 :

Fühlt sich durch die Schwester sexuell beeinflusst, die Beeinflussung geschehe auf hypnotischem Wege. Täglich Ausfahrten, Gänge in Parke. Stets gegen die Aerzte ausgesucht lebenswürdig, kann sich nach aussen sehr zusammenehmen. Gehörtäuschungen will Pat. nicht haben, steht aber auch tagsüber fraglos unter solchen, ebenso nachts.

*Nr.2410/2: Speiseplan mit tagebuchartigen Notizen, 12. 03.-16.08.1907
eh., 34 Bg., 67 Ss.*

Vordruck; auf jedem Bogen steht in der ersten Zeile: „Name:“. Dann gibt es sieben vertikale Spalten, in die v.l.n.r. folgendes gedruckt ist: „Datum“, „1. Frühstück“, „2. Frühstück“, „Mittagessen“, „Vesper“, „Nachtessen“, „Bemerkungen“. Die wiederkehrende Rubrik „Name“ wird hier, weil selbstverständlich, nicht immer neu abgedruckt.

Name:

Datum: 12.März

1.Frühstück: Ankunft

2.Frühstück:

Mittagessen:

Vesper:

Nachtessen:

Bemerkungen:

Datum: 13. März

1.Frühstück:

2.Frühstück:

Mittagessen:

Vesper:

Nachtessen:

Bemerkungen: Gew.: 90 [Pfd] 200g

Datum: 20. März

1.Frühstück:

2.Frühstück:
 Mittagessen:
 Vesper:
 Nachtessen:
 Bemerkungen: 91 [Pfd.] 200g
 Datum: 25. März bis zum 30. März
 1.Frühstück:
 2.Frühstück:
 Mittagessen:
 Vesper:
 Nachtessen:
 Bemerkungen: Menses dauerte 4 Tage, kam recht stark, war in den ersten 2 Tagen ruhig wurde um 3ten Tag erregt, schrieb sehr viele Briefe und schlief schlecht stand auch in der Nacht auf und schrieb wieder Briefe. Am 4ten Tag rief sie häufig ohne dass angeklopft wurde „herein“ und stand minutenlang ganz abwesend mit erhobenen Händen wie eine Heilige. Machte vom 25-30 ten absolut keine Toilette, ging am 30ten Spazieren [sic] ohne sich an dem Tage zu waschen und zu frisieren.

Datum: 30.März
 1.Frühstück: Tee, Ei, 1 Brötchen, Butter
 2.Frühstück: belegtes Brot, 1 T. Bouillon
 Mittagessen: Suppe Komppott [sic]
 Vesper: 1 T. Milchcacao
 Nachtessen: 2 Eier, Brot, Reis, Komppott
 Bemerkungen: 1.5 Stunden spazieren

Datum: 31. März
 1.Frühstück: Tee, Ei, Brötchen, Butter
 2.Frühstück: 1 T. Bouillon
 Mittagessen: Suppe, Fisch, Fleisch, Gemüse, Komppott, Dessert
 Vesper: 1 T. Milchcacao, 1Stück Kuchen
 Nachtessen: 2 Eier, Brot, Reis, Komppott
 Bemerkungen: 1.5 Stunden mit dem Wagen aus

Datum: 1. April
 1.Frühstück: Tee Ei Brötchen Butter
 2.Frühstück: 1T. Bouillon 1 belegtes Brot
 Mittagessen: Suppe Komppott
 Vesper: 1T. Milchcacao 1Stück Kuchen
 Nachtessen: 1 Ei Brot Reis Komppott
 Bemerkungen: 0,5 Std. spazieren

Datum: 2. April
 1.Frühstück: Tee Ei 1 Brötchen Butter
 2.Frühstück: nichts
 Mittagessen: Suppe Gemüse ½ Stückchen Fleisch Dessert
 Vesper: 1 T. Milchcacao 1 Brot
 Nachtessen: 2 Eier Brot Reis Komppott Butter
 Bemerkungen: Die Nacht war besser als die vorhergehende; Hatte eine gute Nacht, schrieb weniger
 Bemerkungen: Gew. 2.April 91 [Pfund] ??????????????????
 War ruhiger als sonst und weinte öfter und heftig. Die Nacht war gut, fing aber früh mit Schreiben an. Kleidete sich vor Tisch nicht an machte auch sonst absolut keine Toilette. Nachdem der Tisch gedeckt war und ich zum Essen meldete, legte sie sich zu Bett und nahm dort das Mittagessen ein.
 Gab an nicht anständig genug gekleidet zu sein, um bei Tisch zu sitzen. Blieb dann den ganzen Tag im Schlafzimmer. Abends nahm sie ein Bad.
 War die Nacht bis 3 Uhr ruhig, stand dann auf u. schrieb Briefe.

Datum: 3.April
 1.Frühstück: Tee etwas Brot 1 Ei
 2.Frühstück: Bouillon
 Mittagessen: Suppe Gemüse Comppott Dessert
 Vesper: Milchcacao 1 Brot
 Nachtessen: Suppe Omelette Comppott
 Bemerkungen: War 1 Stunde mit Frl. B. aus
 Die Nacht war gut, nahm Schlafpulver 1/2 V[eronal?].
 Fing aber schon früh an zu schreiben und blieb obschon ausser dem Bett den ganzen Vormittag im Nachtgewand.

Datum: 4. April
 1. Frühstück: Tee Brot Butter
 2. Frühstück: Bouillon belegtes Brot
 Mittagessen: Suppe Gemüse Komppott Dessert
 Vesper: Milchcacao 1 Brot
 Nachtessen: Suppe Omelette Komppott
 Bemerkungen: Die Nacht war gut, ohne Pulver. Nahm alle Mahlzeiten im Bett liegend ein. Schrieb den ganzen Tag. Wurde aber gleich nach dem Frühstück sehr gereizt und wollte ich sollte gleich abreisen, blieb wegen grosser Müdigkeit bis am Nachmittag zu Bett liegen. Da ging es besser, musste sich aber schon früh zu Bett legen, weil sie sehr abgespannt u. müde wurde.

Datum: 5. April
1. Frühstück: Tee Brot Butter
2. Frühstück: Bouillon belegtes Brot
Mittagessen: Suppe Gemüse Kompott Dessert
Vesper: Milchcacao 1 Brot
Nachtessen: Suppe Omlett Gemüse Kompott
Bemerkungen: war 1 Std. mit Frl. G. aus
Die Nacht war darauf, sehr gut, schrieb auch weniger, blieb aber den ganzen Tag im Schlafzimmer um Sachen einzupacken die ich dann abschicken sollte.

Datum: 6. April
1. Frühstück: Tee Butter Brot Ei
2. Frühstück: Bouillon belegtes Brot
Mittagessen: Suppe Gemüse Kompott Dessert
Vesper: Milchcacao 1 Brot
Nachtessen: Suppe Omlett Gemüse Kompott
Bemerkungen: war 1 Std. mit Frl. B. aus
Die Nacht war sehr gut.

Datum: 7. April
1. Frühstück: Tee Butter Brot Ei
2. Frühstück: Bouillon belegtes Brot
Mittagessen: Suppe reichlich Gemüse Kompott Dessert
Vesper: Milchcacao 1 Kuchen
Nachtessen: Suppe Gemüse Omelett Kompott
Bemerkungen: Machte an dem Tag keine Toilette, sondern blieb beständig im Schlafzimmer nahm auch dort die Mahlzeiten. Dann packte sie allerlei Sachen zusammen, unter anderem auch ihre Pantoffeln und ging den ganzen Tag auf Strümpfe [sic].
Hatte auf 3 Uhr den Wagen bestellt um mit Frl. ((Griesb)). auszufahren, kurz vor 3 Uhr bestellte sie den Wagen ab und liess sich bei Frl. ((G.)) entschuldigen, sie habe keine Zeit zum ausfahren.
Am Abend wurde sie ruhiger, packte alles wieder ruhig aus und zerriss die Briefe die sie dazu geschrieben hatte. Vor 10 Uhr wurde sie jedoch wieder lebhafter mußte noch Briefe schreiben und nötige Bestellungen machen, so dass sie an dem Abend erst später einschlief. War in der Nacht jedoch sehr ruhig.

Datum: 8. April
1. Frühstück: Tee Butter Brot Ei
2. Frühstück: Bouillon belegtes Brot
Mittagessen: Suppe Gemüse 1Stck Fleisch Kompott Dessert
Vesper: Milchcacao 1 Kuchen
Nachtessen: Suppe Gemüse Omelett Kompott

Bemerkungen: War 1Std. mit Frl. B. aus
Hatte abends gebadet Die Nacht war gut nahm 1/2 V[eronal?]
Schlafpulver Am Morgen war sie sehr gereizt, lachte öfter wenn
sie sich allein glaubte, später schrieb sie mir einen Brief, worin
sie mich bat, ihr Zimmer nicht mehr zu betreten und sofort
meine Stelle bei ihr zu verlassen.

Datum: 9.April
1.Frühstück: Tee Butter Brot Ei
2. Frühstück: Bouillon
Mittagessen: Suppe Fleisch Gemüse Komppott Dessert
Vesper: Tee Butter Brot
Nachtessen: Suppe 1 Ei Gemüse Käse Komppott
Bemerkungen: War 1 Std. aus

Die Nacht war gut, war auch im ganzen ruhiger beschäftigte sich
etwas mit Handarbeiten und zeichnen unter anderem zerschnitt
sie eine gute Decke und zwei Servietten

Datum: 10.April
1. Frühstück: Tee Butter Brot Ei
2. Frühstück: Bouillon belegtes Brot
Mittagessen: Suppe Fleisch Gemüse Komppott Dessert
Vesper: Tee Butter Brot
Nachtessen: Suppe 1 Ei Gemüse Käse Komppott
Bemerkungen: War 2 mal aus

war im ganzen ruhig

Datum: 11. April
1. Frühstück: Tee Butter Brot Ei
2. Frühstück: Bouillon belegtes Brot
Mittagessen: Suppe Fleisch Gemüse Komppott Dessert
Vesper: Tee Butter Brot
Nachtessen: Suppe 1Ei Gemüse Käse Komppott
Bemerkungen: 1 x 1 Stunde

Die Nacht gut, den Tag über Zeichnen u. Sticken.

[ab 12. andere Handschrift]

Datum: 12. April
1. Frühstück: Tee Butter Brot Ei
2. Frühstück: Bouillon belegtes Brot
Mittagessen: Suppe, Fisch Kartff. Gemüse, Comp. Des.
Vesper: Tee Butter Brot
Nachtessen: Suppe 1Ei Gemüse Käse Comp.
Bemerkungen: 2 x aus

3,5 St. Mainau

War sehr vergnügt. Zeichnete etwas u. stickte. Die Nacht gut.

Datum: 13. April
1. Frühstück: Tee Butter Brot Ei
2. Frühstück: Bouillon belegtes Brot
Mittagessen: Suppe, Fisch Kartff. Gemüse, Comp. Des.
Vesper: Tee Butter Brot
Nachtsessen: Suppe 1 Ei Gemüse Reis Comp
Bemerkungen: 2 x aus
2 St. Fahrt i. Wald
Sprach wenig. Die Nacht gut. Zeichnete, stickte u. schrieb.

Name:
Datum: 14. April
1. Frühstück: Tee 1 Ei, 1 Brot, Butter
2. Frühstück: Belegtes Brot Bouillon
Mittagessen: Suppe, Fisch, Kartff., Fleisch, Gemüse, Comp.,
Dessert
Vesper: Tee 2 St. Kuchen
Nachtsessen: Suppe, Omelette, Gemüse, Comp, Käse, Butter
Bemerkungen: 2 x aus
Fahrt nach Mainauer Wald.
Die Nacht gut. Schrieb und stickte, las auch etwas.

Datum: 15. April
1. Frühstück: Tee, 1 Brot m. Butter
2. Frühstück: Belegtes Brot Bouillon
Mittagessen: Dasselbe [wie am Vortag]
Vesper: Tee 2 St. Kuchen
Nachtsessen: Suppe, Omelette, Gemüse, Käse, Butter 1 Ei
Bemerkungen: Fahrt n. dem Arenenberg.
Die Nacht gut. Ziemlich ruhig. Schrieb wenig, stickte u. las.

Datum: 16. April
1. Frühstück: Tee, 1 Brot m. Butter
2. Frühstück: Belegtes Brot Bouillon
Mittagessen: Dasselbe [wie am Vortag]
Vesper: Tee 2 St. Kuchen 1 Brot
Nachtsessen: Suppe, Omelette, Gemüse Comp, Käse, Butter 1 Ei
Bemerkungen: Fahrt nach Oberhofen
Die Nacht gut. Ganz[sic] ruhig Schrieb nichts. stickte u. las.

Datum: 17. April
1. Frühstück: Tee, 1 Brot m. Butter
2. Frühstück: Bouillon
Mittagessen: Dasselbe [wie am Vortag]

Vesper: Tee 2St. Kuchen 1Brot
Nachtessen: Suppe Spinat mit Ei Milchreis u. Comp.
Bemerkungen: 2 mal aus
Die Nacht gut. Weniger [sic] ruhig. Zeichnete u. stickte; gegen [sic] Abend noch mehr unruhiger

Datum: April 18.
1.Frühstück: Tee 1Ei 1Brot m. Butter u. Confiture
2.Frühstück: Boullion bel. Brot
Mittagessen: Suppe Fisch Kartffl. Fleisch Gemüse Comp. Dessert
Vesper: Thee 2 Brot m. Butter u. Conf.
Nachtessen: Suppe 1 Ei Gemüse Comp.
Bemerkungen: 2 [mal] aus
Fuhr n. d. Wald
Pflückte Waldmeister
Veronal 0.25; Hat gut geschlafen, wieder ruhiger. Zeichnete u. stickte. Gegen Abend trat Mens. ein u. war etwas erregter, sprach viel. Pat. legte sich gleich nach Eintr. von Mens. zu Bett.

Datum: April 19.
1.Frühstück: Tee 1 Ei 1Brot m. Butter u. Confiture
2.Frühstück: Boullion bel. Brot
Mittagessen: Suppe Fleisch Gemüse Comp. Des.
Vesper: Thee 1Brot
Nachtessen: Suppe 1Ei Gemüse Comp.
Bemerkungen: Hat gut geschlaf. Lag im Bett, stand aber am Tage öfter auf, packte verschiedene Sachen, schrieb im Nachthemd verschiedene Briefe, war etwas erregter, sprach per Gelegenheit viel. Die Nacht über ruhig. Stickte sehr viel.

Datum: April 20.
1.Frühstück: Tee 1 Ei 1Brot m. Butter u. Confiture
2.Frühstück: Boullion bel. Brot
Mittagessen: Suppe Fleisch Gemüse Comp. Dessert
Vesper: Thee 1Brot
Nachtessen: Suppe Omel. Gemüse Comp. Käse
Bemerkungen: Die Nacht ruhig.
Veronal 0.25. War auch den Tag über ruhiger, stickte viel im Bett u. schrieb verschiedene Briefe. sprach [sic] im Allg. weniger. Während ds. Vorlesens lachte Pat. verschiedenemal ohne irgend welche vohiergegangene[sic] Ursache.

Name:
Datum: April 21.
1.Frühstück: Thee 1Ei 2Brot Butter Conf.
2.Frühstück: Boullion 1 bel. Brot

Mittagessen: Suppe Fisch Kartffl. Gemüse Comp. Dess.
Vesper: Tee 2 St. Kuchen
Nachtessen: Suppe k. Fleisch 1 Ei Gem. Comp.
Bemerkungen: Lag zu Bett, die Nacht gut. Im Ganzen ruhig. Schrieb, stickte u. packte verschiedenes ein. Mens. vorüber.

Datum: April 22.
1.Frühstück: Tee 1Ei 2Brot Butter Conf.
2.Frühstück: Boullion 1bel. Brot
Mittagessen: 2 x Fleisch Suppe Fisch Kartffl. Gemüse Comp. Dess.
Vesper: Tee 1Brot Butter Conf.
Nachtessen: Suppe k. Fleisch 1 Ei Gem. Comp.
Bemerkungen: 1,5 St. Ausgefahren
Die Nacht wenig geschl. doch ruhig dabei. Lag viel am Tage auf der Chais, da Pat. über Erschöpfung klagte. Schrieb weniger, stickte viel u. las etwas. Auf der Fahrt wenig gesprochen nur ab u. zu Ausrufe über die schöne Landschaft.

Datum: April 23.
1.Frühstück: Tee 1 Ei 2Brot Butter Conf.
2.Frühstück: Boullion 1bel. Brot
Mittagessen: 2 x Fleisch Suppe Fisch Kartffl. Gemüse Comp. Dess.
Vesper: Tee 1Brot Butter Conf.
Nachtessen: Suppe k. Fleisch 1 Ei Gem. Comp.
Bemerkungen: 2 St.ausgef.
Die Nacht war sehr gut. Auch den Tag über ruhig. Zeichnete u. stickte.

Name: Frau Dr. *Haller*
Datum: April 24.
1.Frühstück: Tee 1Brot Butter 1 Ei Conf.
2.Frühstück: 1beleg. Brot Boullion
Mittagessen: Suppe wenig Fleisch Gemüse Comp. Dess.
Vesper: 1 Brot Tee Butter Conf.
Nachtessen: Suppe Omel. Gemüse Comp.
Bemerkungen: Die Nacht weniger gut. Pat. ist unruhig und eregter. Stand schon früh auf und schrieb verschiedene Briefe. Nach dem Frühstück klagte sie über Erschöpfung u. legte sich zu Bett. stand [sic] aber oft auf u. schrieb Briefe. Während ds. Tages stickte sie u. wurde gegen Abend ruhiger, zeichnete etwas.

Datum: April 25.
1.Frühstück: Tee 1Brot Butter 1 Ei Conf.
2.Frühstück: 1 beleg. Brot Boullion
Mittagessen: Suppe wenig Fleisch Gemüse Comp. Dess.

Vesper: 1 Brot Thee Butter Conf.
Nachtessen: Suppe Omel. Gemüse Comp.
Bemerkungen: 3,5 St. ausgefahren
Die Nacht weniger geschlafen. Stand auf und stickte. Den Tag über sehr ruhig, stickte und zeichnete. Während der Fahrt erzählte Pat. vergnügt, freute sich über die schöne Landschaft. Abends Bad. Gew.46 kg. 900gr.

Datum: April 26.
1.Frühstück: Thee 2Brot Butter 1Ei Conf.
2.Frühstück: 1 beleg. Brot Boullion
Mittagessen: Suppe wenig Fleisch Gemüse Comp. Dess.
Vesper: 1 Brot Thee Butter Conf.
Nachtessen: Suppe Omel. Gemüse Comp.
Bemerkungen: 2 St. ausgef.
Hat in der Nacht wieder gestickt. Den Tag über ruhig. Zeichnete u. stickte.

Name: Frau *Haller*
Datum: April 27.
1.Frühstück: 1Brot Thee Butter
2.Frühstück: 1bel. Brot
Mittagessen: Suppe Fleisch Gem. Comp. Dess.
Vesper: Thee 1Brot Butter Conf.
Nachtessen: Suppe Rührei Gemüse Comp.
Bemerkungen: Nicht aus, da Pat. über Erschöpfung klagt. Die Nacht wenig geschlafen infolge Gewitters. Pat. aber ruhig. Stand früh morgens auf schrieb Vieles u. packte verschiedene Sachen zusammen wobei sie sehr unruhig war. Nach kurzer Zeit wieder ruhiger verlangte die eingepackten Sachen zurück, die dann nicht abgeschickt wurden.
Den Tag über ruhig, sie zeichnete u. stickte.
Abends Bad. Veronal 0,5.

Datum: April 28.
1.Frühstück: 1Brot Thee Butter
2.Frühstück: 1bel. Brot
Mittagessen: Suppe Fleisch Gem. Comp. Dess.
Vesper: Thee 1Brot Butter Conf.
Nachtessen: Suppe Rührei Gemüse Comp.
Bemerkungen: Die Nacht sehr gut. Pat. sehr ruhig. Zeichnet u. malt.

Datum: April 29.
1.Frühstück: 1Brot Thee Butter
2.Frühstück: 1bel. Brot
Mittagessen: Suppe Fleisch Gem. Comp. Dess.

Vesper: Thee 1Brot Butter Conf.
Nachtessen: Suppe Rührei Gemüse Comp.
Bemerkungen: War aus zu Fuß
Die Nacht gut. Pat. stand um 3 Uhr auf, wollte zeichnen, schlief aber darüber ein. Den Tag über im Ganzen ruhig. Gegen Abend wurde Pat. unruhig, sie schrieb viel, zerriß alles nach dem wieder, auch Zeichnungen die sie die Tage vorher zeichnete zerriß sie, weißen Nessel zerschnitt sie, nachdem vorher aufgezeichnet.-
Bad-Veronal

Name:
Datum: April 30.
1.Frühstück: 1Brot Thee Butter
2.Frühstück: 1bel.Brot
Mittagessen: Suppe Fleisch Gem. Comp. Dess.
Vesper: Thee 1Brot Butter Conf.
Nachtessen: Suppe Rührei Gemüse Comp.
Bemerkungen: Pat. schlief sehr ruhig. Hat gegen Morgen verschiedenes geschrieben u. eingepackt. Fühlte sich nachdem erschöpft u. blieb zu Bett. Den Tag über sehr ruhig. Veronal. Bad

Datum: Mai 1.
1.Frühstück: 1Brot Thee Butter
2.Frühstück: 1bel. Brot
Mittagessen: Suppe Fleisch Gem. Comp. Dess.
Vesper: Thee 1Brot Butter Conf.
Nachtessen: Suppe Rührei Gemüse Comp.
Bemerkungen: Die Nacht sehr gut. Gegen Mittag wurde Pat. sehr unruhig redete viel, ganz verwirrt. Schrieb sehr viel, den ganzen Tag im Nachthemd. Abds. Bad-Pat. erwartete Besuch, wollte jedoch den Besuch nicht annehmen, da es ein Unglück gebe. Sie drohte mit Erschießen.

Datum: Mai 2.
1.Frühstück: 1Brot Thee Butter
2.Frühstück: 1bel. Brot
Mittagessen: Suppe Fleisch Gem. Comp. Dess.
Vesper: Thee 1Brot Butter Conf.
Nachtessen: Suppe Rührei Gemüse Comp.
Bemerkungen: Die Nacht gut. Gegen Morgen schrieb Pat. u. war sehr unruhig. Den Tag über schrieb sie u. lag abwechselnd zu Bett indem sie über Erschöpfung klagte.
Nachmittag ausgefahren, wobei Pat. sehr ruhig wurde u. es auch den ganzen Abend war. Abds. Bad. Veronal.
Hat sehr viel geschrieben. Am Abend gestickt.

Name:
Datum: Mai 3.
1.Frühstück: 1Brot Thee Butter
2.Frühstück: 1bel. Brot
Mittagessen: Suppe Fleisch Gem. Comp. Dess.
Vesper: Thee 1 Brot Butter Conf.
Nachtessen: Suppe Rührei Gemüse Comp.
Bemerkungen: Pat. sehr ruhig
Die ganze Nacht durch geschlafen. Pat. machte nach dem Frühstück vollständige Toilette, schrieb und packte verschiedenes ein. Während des Vorlesens stickte Pat. u. hörte aufmerksam zu. Nach Tisch legte sie sich zu Bett und schrieb viel. Nachher klagte sie über Erschöpfung, dann 2 St. ausgefahren, wobei sie sehr wenig sprach. Sonst ruhig. Stickte etwas. Abds. Bad. Veronal.

Datum: Mai 4.
1.Frühstück: 1Brot Thee Butter
2.Frühstück: 1bel. Brot
Mittagessen: Suppe Fleisch Gem. Comp. Dess.
Vesper: Thee 1 Brot Butter Conf.
Nachtessen: Suppe Rührei Gemüse Comp.
Bemerkungen: Die Nacht gut. Vor und nach dem Frühstück verschiedene Bestellungen gemacht. Nach Tisch legte sie sich zu Bett war etwas erregter. Bestellte den Wagen ab, da sie nicht ausfahren wollte weil verschiedene wichtige Familienangelegenheiten zu ordnen wären.
Gegen Abend wieder ruhiger. Bad-Veronal.0.25
Gewicht 47.300gr.

Datum: Mai 5.
1.Frühstück: 1Brot Thee Butter
2.Frühstück: 1bel. Brot
Mittagessen: Suppe Fleisch Gem. Comp. Dess.
Vesper: Thee 1Brot Butter Conf.
Nachtessen: Suppe Rührei Gemüse Comp.
Bemerkungen: Die Nacht durchgeschlafen. Gegen Morgen verschiedenes geschrieben. Im Ganzen ruhig. In Mainau zeichnete Pat. nach der Natur. Abds. Bad-Veronal 0.25.

Datum: Mai 6.
1.Frühstück: 1Brot Thee Butter
2. Frühstück: 1bel. Brot
Mittagessen: Suppe Fleisch Gem. Comp. Dess.
Vesper: Thee 1Brot Butter Conf.
Nachtessen: Suppe Rührei Gemüse Comp.

Bemerkungen: Pat. schlief unruhig. Sehr oft stand sie auf - schrieb, malte u. stickte in der Nacht. Ist wieder unruhiger. Pat. will fort von hier, erst zur Mutter, dann an die Kunst-Akademie n. Berlin.
Fahrt nach Mainau. Pat. zeichnete dort nach der Natur. War ruhiger, sprach weniger, ging früh zu Bett, da Pat. über Erschöpfung klagt. Veronal 0.25.

Datum: Mai 7.
1.Frühstück: 1Brot Thee Butter
2Frühstück: 1bel. Brot
Mittagessen: Suppe Fleisch Gem. Comp. Dess.
Vesper: Thee 1Brot Butter Conf.
Nachtessen: Suppe Rührei Gemüse Comp.
Bemerkungen:

Pat. mehr unruhiger [sic]. In der Nacht wachte sie oft auf u. schrieb verschiedenes. Sie wollte die Geschw. hier haben nachher will sie sie nicht empfangen. Vor u. nach Tisch wieder ruhig. Auf der Fahrt nach Berg pflückte Pat. Enzian u. war vergnügt dabei. Nachdem wieder unruhiger, sie verlangte im Retourweg nach dem Inselhotel zu fahren um dort Verwandte zu begrüßen, war davon nicht abzubringen. Dort angekommen fand sie den erwarteten Besuch nicht. Sie gab verschiedene Telegramme auf, alle ohne Adr. zwei davon hielt Pat. wieder zurück, nur eines sollte abgeschickt werden, an Herr *Friedrich Hoss*:

Inh.: sofort hierher kommen erwarte dich im Inselhotel.

Pat. wollte nicht wieder zurück, erklärte dort zu bleiben u. bestellte Zimmer. Zur eigenhändigen Beförderung an Herrn Dr. Binswanger Inh.: Bin im Inselhotel, bitte schicken Sie mir die Zahnbürste u. das Übrige.

Im Zimmer dort erklärte Pat. nicht eher zurückzugehen bis sie die Verwandten alle persönlich gesprochen hätte.

Sie wäre ganz gesund, hätte das dückerige [sic] Anstaltsleben satt. Nach Rückkehr hierher u. gegen Abend war Pat. wieder ruhiger. Vor dem Zubettgehen erklärte Pat. noch ruhig u. bestimmt nicht hier bleiben zu wollen, nach Rücksprache mit Herrn Dr. Binswanger wollte sie abreisen, sie hätte sich hier sehr gut erholt wäre nun wohl u. könnte noch Vieles in der Welt leisten. Im Anstaltsleben käme sie zurück.

Veronal 0.5.

Pat. will beinah tägl. oft eigennartig zusammengestellte Sachen, Sendungen an Herrn Dr. Dannenberger senden.

Name:
Datum: 8.Mai

Pat. schlief bis nach 5 Uhr durch. Um 6 Uhr verlangte sie Frühstück. Gleichzeitig und zwar sofort wünschte Pat. Herr Dr. von Holst u. Herr Dr. Binswanger zu sprechen, es wären wichtige Angelegenheiten zu besprechen. Post-Indiskretion u.s.w. Ferner

wünschte sie zum Telegraphen Amt zu fahren um zu telegr. Sie packte ein um abzureisen.

Verlagt nach der Tannegg. Pat. sehr unruhig - musste mit Gewalt angekleidet werden. Nachher im Bett wieder ruhiger, sie lachte oft ohne Ursache, erzählte: Soeben eine recht humoristische Unterhaltung mit Herrn Dr. Binswanger gehabt zu haben. Den Tag über schlief sie viel. Abds. Veronal.

Sprach sehr wenig nur ab u. zu: Ich möchte Ruhe haben.

Gew. 46kg.

Name:

Datum: Mai 9.

Die Nacht über stand Pat. häufig auf u. schrieb Vieles auf, was sie hernach am Morgen alles wieder zerriß. Sonst ruhig. Appetit mäßig. Gegen Abend wieder unruhiger. Pat. verlangte sofort abzureisen. Abds. Veronal.

Den ganzen Tag zu Bett. - Scizzierte u. strickte.

Datum: Mai 10.

Pat. stand wieder viel in der Nacht auf. Gegen Morgen schon früh verlangte sie auszufahren um im Inselhotel nachzufragen ob Besuch da wäre. Nachher wieder ruhiger. Pat. stand auf, machte vollständige Toilette. Zeichnete u. strickte mit Unterbrechungen indem sie sich auf das Bett legte u. über Erschöpfung klagte. Abds. Veronal. Schickte verschiedene Telegramme ab an Angehörige mit der Bitte sie hier abzuholen. Appetit mäßig.

Name:

Datum: Mai 11.

Die Nacht durchgeschlafen von 12 - 5 Uhr. Vor 12 Uhr und nach 5 Uhr stand Pat. oft auf um zu schreiben.

Nach dem Frühstück machte Pat. vollständige Toilette verlangte dann sofort abzureisen. Packte Alles zusammen, war sehr unruhig, schickte viele Telegramme ab, sagte: Ich muß abreisen, mein Gatte sucht mich. Stand oft mit erhobenen Armen im Zimmer u. fing dann plötzlich zu lachen an. Nach Tisch schlief Pat. etwas, sprang plötzlich auf, sagte: Es weint jemand; ich muss gehen u. helfen.

Nachher verlangte sie wieder abzureisen, da Herr Dr. v. Holst ihr schon zweimal mitgeteilt hätte die Mutter wäre sehr krank u. bedarf die Tochter notwendig als Stütze. Sie änderte ihren Plan sehr oft - erst wollte Pat. nach Berlin, dann wieder Bonn, dann Düren, dann nach Maubach, Hamburg, München, Frankfurt, Düsseldorf u. zuletzt erwähnte sie Zürich als bleibenden Wohnsitz.

Hat sehr wenig gegessen. Gegen Abend ruhiger, zeichnete und strickte. Mens. eingetreten. Kam von dem Plan, abzureisen, ab, wollte nun wieder bis Okt. hier bleiben. Abds. Veronal 0,5.

Datum: Mai 12.

Pat. schlief ohne Unterbrechung bis heute Morgen um 7 Uhr durch. Ist sehr ruhig - schreibt im Bett Briefe u. zeichnet etwas. Klagt über Erschöpfung. Spricht sehr wenig, nur ab u. zu Ruhe, Ruhe möchte ich haben. Appetit mäßig. Abds. Veronal.

Datum: Mai 13.

Pat. oft wach in der Nacht, war aber sehr ruhig. Den Tag über sehr ruhig. [in Akte durchgestrichen]: Abds. Veronal. Sticke. Appetit gut.

Datum: Mai 14.

Von 11 - ½ 5 Uhr an durchgeschlafen. Vorher schrieb Pat. Am Morgen las sie verschiedene Briefe durch u. zerriss dann Alles. Nachher sehr müde. Schliefe beinah den gz. Tag.

Name:

Datum: Mai 15.

Pat. hat gut geschlafen. Den Tag über ruhig. Zeichnete u. stickte etwas. Stand auf. Wenig geschrieben. Appetit gut.

Datum: Mai 16.

Pat. stand morgens um 3 Uhr auf schrieb u. las verschiedenes durch. Nachher zerriss sie Alles wieder. Um 6 Uhr morgens legte sie sich wieder zu Bett u. schlief bis 11 Uhr. Nachmittags malte sie nach der Natur. Im Ganzen ruhig. Appetit gut.

Datum: Mai 17.

Pat. sehr gut geschlafen bis morgens um 8 Uhr durch. Den Tag über ruhig. Zeichnete u. strickte. Appetit gut. Abds. Veronal.

Datum: Mai 18.

Pat. gut geschlafen. Im Ganzen ruhig. Schrieb viel u. zerriss dann Alles wieder. Appetit gut. Abds. Bad.

Name:

Datum: Mai 19.

Pat. weniger gut geschlafen. Zündete oft in der Nacht das Licht an. Schrieb verschiedenes u. zerriss Alles wieder. Am Tage ru-

hig, verbrachte den ganzen Tag im Bett, da Pat. sehr erschöpft war. Appetit gut.
Gegen Abend etwas erregter, schrieb viel.

Datum: Mai 20.

Pat. schlief gut. Den Vormittag ruhig. Nach Tisch erregter, erzählte viel. Abds. wieder ruhiger. Malte u. schrieb sehr viel.
Appetit gut.

Datum: Mai 21.

Pat. schlief unruhig. War in der Nacht von 3 - ½ 5 Uhr auf.
Schrieb u. weinte sehr! Den Tag über sehr deprimiert.
Lag zu Bett. Appetit gut. Abds. Bad.

Datum: Mai 22.

Pat. schlief gut. Ist sehr ruhig. Malte u. stickte. Appetit gut.
Abds. Bad. Veronal 0.5.
Ausgefahren, war vergnügt, pflückte Blumen.
Gew. 46.5 kg.

Name:

Datum: Mai 23.

Pat. schlief gut. Ist ruhig. Appetit gut. Malte u. stickte Abds.
Bad.

Datum: Mai 24.

Pat. schlief bis morgens 4 Uhr. Stand auf schrieb verschiedenes
u. machte Bestellungen. Ist sonst ruhig.
Appetit gut.
Zeichnete u. stickte. 1x ausgefahren.
Abds. Bad. Veronal

Datum: Mai 25.

Pat. schlief gut. Ist ruhig. Nachmittags Besuch. Gegen Abend
sprach Pat. viel u. sehr erregt. Schrieb Manches, zerriss Alles
wieder. Bad u. Veronal.

Datum: Mai 26.

Pat. hat wenig geschlafen. Um 2 Uhr stand sie auf klappte Türen
zu, lief viel umher, rüttelte am Fenster, sprach erregt, über An-
staltleben, einsperren u. s. w. Schrieb dann bis 4 - ½ 5 Uhr. Von
da ab geschlafen bis 8 Uhr. Pat. stand auf, machte Toilette
sprach erregt. Nachmittags während der Fahrt ruhiger
Abds. wieder erregter.
Bad - Veronal.

Name:

Datum: Mai 27.

Frau *Werner Haller*.

Pat. schlief gut. Schrieb am Morgen viel. Machte Bestellungen. Mittags erklärte Pat. vor Müdigkeit nicht ausfahren zu können. Äußerlich scheint Pat. ruhig, ist aber innerlich sehr erregt. Zeichnete wenig. Sehr viel geschrieben. Appetit weniger gut. Abds. Bad.

Datum: Mai 28.

Pat. stand öfter in der Nacht auf, lief umher, drehte das Licht oft aus u. an. Packte verschiedenes u. schrieb. Den ganzen Vormittag sehr unruhig u. erregt. Nachmittags ausgefahren [sic] wieder ruhig, gegen Abend vollständig ruhig. Bad. Appetit gut.

Datum: Mai 29.

Pat. schlief gut. Ist ruhig. Zeichnete u. strickte. Appetit gut. Abds. Bad.

Datum: Mai 30.

Pat. hat sehr gut geschlafen. Gegen Mittag etwas erregter. Fuhr nicht aus, Ermüdung vorschützend, Abds. wieder ruhig.

Name:

Frau *Werner Haller!*

Datum: Mai 31.

Pat. schlief gut. Ist ganz ruhig. Zeichnet u. stickt. Abds. Bad. 1x ausgefahren. Appetit gut.

Datum: Juni 1.

Pat. hat gar nicht geschlafen. War beinahe die ganze Nacht auf. Schrieb viel u. packte verschiedenes. Sprach sehr erregt. Lief wie geistesabwesend auf u. ab. Von 6 - 8 Uhr geschlafen. Am Tage ruhiger. Nachmittags ausgefahren. Gewicht 46.600 kg.

Datum: Juni 2.

Pat. schlief gut. Am Tage ruhig. Nachmittags trat Menses ein, Pat. legte sich zu Bett; war sehr ruhig. Abds. Veronal. Schrieb viel zeichnete u. stickte.

Datum: Juni 3.

Pat. schlief wenig. Weinte viel. Am Tage ruhig. Appetit gut.

Datum: Juni 4.

Pat. schlief gut. Ist sehr ruhig u. klar. Appetit gut. Abds. Veronal.

Name:

Frau *Werner Haller*

Datum: Juni 5.

Pat. hat gut geschlafen, den Tag über sehr ruhig. Schrieb u. zeichnete. Abds. Veronal.

Datum: Juni 6.

Pat. schlief gut. 1x im Garten spazieren u. ausgefahren. Ist sehr ruhig, strickte u. zeichnete.-

Datum: Juni 7.

Pat. hat gut geschlafen. Ist ruhig, zeichnete u. strickte. Abds. Bad.
Appetit gut.

Datum: Juni 8.

Pat. hat gut geschlafen. Ausgefahren Zeichnete u. stickte. Ist ruhig. Abds. Bad.

Datum: Juni 9.

Pat. hat gut geschlafen. Ausgefahren. Ist vollständig ruhig.
Abds. Bad
Strickte u. malte.

Name: Frau *Werner Haller*

Datum: Juni 10.

Pat. schlief weniger. Stand öfter's auf. Schrieb [sic] viel. Packte am Morgen verschiedenes zusammen, ist im Sprechen nicht ganz klar.
Gegen Mittag ruhiger, Nachm. ausgefahren.
Appetit wenig. Abds. Bad. Veronal. Gewicht. 47. Kilo.

Datum: Juni 11.

Pat. schlief durch ohne Unterbrechung. Ist wieder sehr ruhig.
Strickte u. malte.
Appetit gut. Abds. Bad.

Datum: Juni 12.

Pat: schlief gut. ist [sic] ruhig. Seefahrt nach Meersburg. Dort zeichnete Pat. nach der Natur u. war ganz vergnügt. Appetit gut.
Abds. Bad.

Datum: Juni 13.

Gut geschlafen. War gegen Mittag erregter Abds. wieder ruhig, strickte u. zeichnete.
[der folgende Satz ist in anderer Handschrift geschrieben]
(Pat. will versch. an Herrn Dannenberger gesendet haben)

Name:

Frau Werner Haller

Datum: Juni 14.

Pat. hat fast gar nicht geschlafen. Sie lachte beinah die ganze Nacht hindurch. Schrieb viel, zerriss Alles wieder. Sonst aber ruhig. Abds. Bad. Veronal.

1x im Garten spazieren [sic]. Pat. strickte am Tage.
hat [sic] wenig gegessen.

Datum: Juni 15.

Pat. hat durchgeschlafen. Ist wieder ganz ruhig. Lacht aber sehr viel. Ausgefahren. Im Walde spazieren gegangen. Abds. Bad. Appetit gut.

Datum: Juni 16.

Pat. hat nicht geschlafen. Die ganze Nacht hindurch gelacht u. verschiedenes geschrieben. Gegen Morgen sehr unruhig u. erregt. Machte bis Mittag keine Toilette. Packte wieder ein u. verschenkte viel. Zerschnitt verschiedene Taschentücher. Sprach sehr unklar u. verwirrt; gab auf Fragen unrichtige Antworten oder überhaupt keine, sah einen an u. begriff überhaupt nicht was man wollte u. wer man ist. Dabei [in Akte steht an dieser stelle noch mal „Juni 16.“, da ein neuer Bogen anfängt] aber oft Namen gerufen, die nicht da sind. Sprach viel mit sich selbst u. lachte sehr viel. Der ganze Zorn entlud sich auf die Mutter. Das ganze Zeichenmaterial sollte dorthin gesandt werden; die alte Frau soll sich Malunterricht geben lassen.- Nach Tisch schlief Pat. bis 4 Uhr. War dann ruhiger u. klarer.

Am Abend gingen wir im Garten spazieren; wobei [in Akte steht an dieser Stelle ein durchgestrichenes „sie“] Pat. sehr viel sprach. Hat wenig gegessen.
Schrieb viel. Abds. Veronal.

Datum: Juni 17.

Pat. schlief durch. Ist wieder ruhiger. erklärt [sic] aber bald abgeholt zu werden. Appetit gut. Nachm. ausgefahren, im Walde spazieren gegangen. Pat. lacht immer sehr viel mit sich selbst, ist dann ganz abwesend. Will vieles abschicken u. Vieles verschenken. Macht große Bestellungen. Spricht wenig. Appetit gut.

Strickte u. schrieb viel; das meiste wieder zerrissen.
Abds. Bad.

Name: Frau *Werner Haller*

Datum: Juni 18.

Pat. wenig geschlafen, die Nacht hindurch geschrieben u. gelacht; auch am Tage. Blieb im Bett, Erschöpfung vorschützend; stand aber sehr viel auf, schrieb Briefe im Nachthemd, schnitt die weißen Ränder der Zeitung ab, u. schrieb darauf Verse, lauter verwirrte unzusammenhängende Worte, lachte sehr viel u.

war ganz abwesend. Sehr wenig gegessen. Will verschiedenes verschenkt u. bestellt haben. Abds. Veronal.

Datum: Juni 19.

Pat. hat kaum geschlafen. Lachte ununterbrochen. Stand sehr viel auf, klappte Türen u. Kästen zu, lief hin und her ohne was positives zu tun machte Verse, sehr verwirrt, schrieb wohl sonst immer wieder auf einem anderen Briefbogen:
Nehmt dieses Packpapier, ich habe kein Geld.
Gegen Mittag etwas ruhiger, nachm. ausgefahren.
Abds. wieder sehr unruhig, schrieb sehr viel sprach ganz verwirrt. Appetit gut. Abds. Bad. Veronal.

Name: Frau *Werner Haller*

Datum: Juni 20.

Pat. hat gut geschlafen. War am Morgen etwas ruhiger gegen Mittag wieder sehr unruhig.
Sprach verwirrt, schrieb verwirrt. Giebt unklare verkehrte Antworten. Mittags nicht ausgegangen Erschöpfung vorschützend.
Fast gar nichts gegessen. Abds. Bad.

Datum: Juni 21.

Von 12 - 5 Uhr geschlafen; dann stand Pat. auf. Schrieb viel im Nachthemd lief erregt auf u. ab, machte große Bestellungen u. will viel verschenkt haben. Ist sehr verwirrt; spricht unklar.
Hat wenig gegessen. Abds. Bad. Gew. 46.500kg.

Datum: Juni 22.

Pat. hat sehr gut geschlafen. Ist ruhiger - klarer im Denken u. Sprechen. Pat. hat nicht zu Mittag gegessen. Nachmittags ausgefahren. Abds. nicht gegessen. Erbrechen. Ging früh zu Bett.

Name: Frau *Werner Haller*

Datum: Juni 23.

Pat. hat gut geschlafen. Ist ruhig. Gegen Mittag erregter - schrieb viel, ist oft abwesend. Gegen Abend ruhiger.

Datum: Juni 24.

Pat. schlief nicht. Lachte die ganze Nacht hindurch. am [sic]Morgen viel geschrieben, nachher Alles wieder zerrissen. Macht große Bestellungen, will vieles verschenken. Nachmittags trat Menses ein. Pat. ist ruhig - liegt zu Bett. - Sehr wenig gegessen.

Datum: Juni 25.

Pat. schlief nicht - die ganze Nacht hindurch gelacht u. geschrieben. Ist sonst ruhig, liegt zu Bett.
Ißt sehr wenig. - Abds. Veronal.

Datum: Juni 26.

Pat hat sehr gut geschlafen. Am Tage geschrieben u. etwas gestrickt. Schlieft aber viel. Appetit sehr gut.
[der folgende Satz ist in einer anderen Handschrift geschrieben]
(Pat. will versch. an Herrn Dr. Dannenberger, an das städt. Hospital in Düren gesandt haben.)

Name:

Frau *Werner Haller*

Datum: Juni 27.

Pat. hat gut geschlafen. Am Morgen viel gelacht u. geschrieben. Am Tage etwas gestrickt u. gezeichnet.
Appetit gut. Sonst ruhig. Gegen Abend etwas unruhiger, Pat. verlangte ein zweites Glas Wein, als dies nicht bewilligt wurde sie erregt, aber bald wieder ruhig.

Datum: Juni 28.

Pat. hat gut geschlafen. Ist ruhig spricht aber sehr viel. Menses vorüber. Pat. steht auf. Strickte u. zeichnete. Lacht sehr viel.

Datum: Juni 29.

Hat wenig gut geschlafen, schrieb sehr viel in der Nacht u. viel gelacht. Am Tage ebenfalls. Sonst ruhig. Appetit gut. Scheinpulver [Placebo?]. 1x ausgefahren.

Datum: Juni 30.

Pat. hat geschlafen. Ist ruhig, zeichnet u. strickt. Lacht aber sehr viel. 1x ausgefahren. Appetit gut.
Gew. 46 Klg. Abds. Bad.

Name:

Frau *Werner Haller*

Datum: Juli 1.

Pat. gut geschlafen. Am Tage ruhig. Strickte u. zeichnete. Lacht sehr viel u. schrieb viel. Abds. Bad.
Appetit gut. 1x ausgefahren.

Datum: Juli 2.

Pat. hat nicht geschlafen; die ganze Nacht hindurch gelacht u. geschrieben. Am Morgen ruhiger, zeichnet und strickt, lacht aber sehr viel. Giebt richtig Antw. u. wird sicherer, fester in Angaben. - Abds. Bad. Veronal.

Datum: Juli 3.

Pat hat gut geschlafen. Bis ½ 5 Uhr, nachdem viel geschrieben lacht sehr viel. Sonst ganz ruhig; malt u. strickt.
Abds. Bad.

Datum: Juli 4.

Pat. hat ganz gut geschlafen. Ist ruhig, lacht weniger. Gegen Abend erregter, sprach von einsperren hier, ist verwirrter, unklarer u. lacht sehr viel. Appetit gut. Bad.

[in anderer Handschrift folgt dieser Satz:]

(Pat. will an Gräfin *Klein* Maubach eine Sendung Hohspitalsachen[sic] gesandt haben, gleichzeitig dasselbe an Herrn Dannenberger Dieburg.)

Name: Frau *Werner Haller*.-

Datum: Juli 5.

Pat. hat nicht geschlafen, die ganze Nacht hindurch geschrieben, oder lief erregt auf u. ab. Sprach sehr erregt u. verwirrt, unklar unzusammenhängend, Schimpfte [sic] über: ohne Ursache einsperren, man wollte sie hier stumpfsinnig machen, von schlechter Behandlung etc. u. zwischendurch lachte Pat. sehr viel. - Die Erregung hielt an bis nachmittag; dann etwas ruhiger u. gegen Abend ganz ruhig, dann war Pat. ganz depr.. Klage über Heimweh u. weinte etwas. Bad - Veronal. App. gut.

Datum: Juli 6.

Die Nacht war gut. Pat. ist ruhiger. Spricht wenig; klagt über Erschöpfung. Lacht nicht mehr; strickte u. malte etwas. Appetit gut. Abds. Bad. - Gewicht 46.500kg.

[folgender Satz in anderer Handschrift:]

(Pat. will versch. nach Ahrweiler gesandt haben)

Name: Frau *Werner Haller*.-

Datum: Juli 7.

Pat. hat wenig geschlafen. Schrieb sehr viel, was aber alles weggepackt wurde, war ganz klar, antwortete richtig, ist fester positiver im Denken. - 1x ausgefahren. Pat. legte sich früh zu Bett, stand aber sehr oft wieder auf um zu schreiben. - Hat wenig gegessen.

Datum: Juli 8.

Die Nacht war gut. Pat. ist ruhig, klar u. sicher im Antworten. Strickte u. malte etwas. Abds. Bad.-

[folgender Satz ist in anderer Handschrift geschrieben:]

(Pat. beauftr. mich Bücher im Werte von 50 M. an Herrn Dannenberger zu senden).

Datum: Juli 9.

Die Nacht durchgeschlafen bis $\frac{1}{2}$ 5 Uhr, von da ab geschrieben, Vieles wieder zerrissen. War am Morgen etwas erregt, versuchte aber so ruhig wie möglich zu erscheinen, schrieb dann viel, wollte die ganze Binswangersche Anstalt verklagen, hat aber nachher Alles wieder zerrissen. Ursache war: daß Pat. glaubte, Briefe würden erbrochen u. nicht abgeschickt. Gegen Mittag ru-

higer, war mit Frau *Merz* in der Stadt u. kam ganz vergnügt wieder. Abds. Bad.

Name:

Datum: Juli 10.

Pat. hat nicht geschlafen. Schrieb sehr viel. Am Tage sonst ruhig u. einige Stunden geschlafen. Abds. Veronal.

Datum: Juli 11.

Die Nacht war gut. Am Tage ruhig, malte u. strickte etwas, giebt richtige klare Antworten. Abds. Bad.- Spricht sehr viel.

Datum: Juli 12.

Pat. hat nicht geschlafen. Am Morgen klagte sie über Erschöpfung u. legte sich zu Bett. Mittags trat Menses ein. Pat. sonst ganz ruhig schlief viel. Appetit gut. Veronal 0.5.-

Datum: Juli 13.

Die Nacht war gut. Am Morgen war Pat. sehr erregt. Sprach viel u. etwas verwirrt, unklar, von fortwährender Beleidigung ihrer Angehörigen, sie müsste um ihrer Frauenwürde nicht zu schaden, Rache üben etc. Pat. schrieb dann einige Briefe, u. wurde nachdem ruhiger. Mittags verlangte Pat. ein 2tes Glas Wein, als dieses nicht gewährt wurde, wurde Pat. sehr erregt, sprach von verklagen, die Binswangerschen Anstalt u.s.w. Nachher dann wieder ruhig u. gegen Abend ganz vergnügter Stimmung, erzählte viel war animiert. Appetit gut. Veronal 0.5.-

Name: Frau *Haller*

Datum: Juli 14.

Pat. schlief von 12 - 4 Uhr, nachdem geschrieben bis 8 Uhr, Vieles davon wieder zerrissen, das Andere weggeschlossen. Am Tage ruhig, hat viel geschlafen. Appetit gut.

Datum: Juli 15.

Die Nacht durchgeschlafen, Pat. ist ruhig, spricht klar, giebt genaue, richtige Antworten, strickt u. zeichnet etwas im Bett.-

Datum: Juli 16.

Pat. schlief bis 4 Uhr von da ab geschrieben, lachte sehr viel, ist ganz abwesend; auf Fragen bekommt man einen verständnislosen Blick, u. erst nach einigen Minuten eine unrichtige Antwort. Gegen Mittag u. Nachmittag wurde sie ruhiger, am Abend einmal im Garten spazieren, wobei Pat. viel erzählte, nicht ganz klar, nicht korrekt, wechselt oft ihre Ansicht u. lauter Widersprüche. Ferner glaubt Pat. fortgesetzt von Dr. Müller beleidigt zu werden u. will sich dafür rächen.-
Mens. vorüber

Name:

Datum: Juli 17.

Bis ½ 5 Uhr geschlafen, nachdem geschrieben. Etwas unklar. Am Tage viel geschlafen, Erschöpfung vorschützend. Einmal im Garten spazieren gegangen. Pat. sprach sehr viel, u. lacht sehr viel. - Appetit gut. - Gestrickt u. gelesen.

Datum: Juli 18.

Hat unruhig geschlafen. Stand viel auf u. schrieb sehr viel. Glaubt fortgesetzt beleidigt u. ungerecht behandelt zu werden, von Seiten der Verwandten.

Am Tage schlief sie viel u. strickte etwas. - 1x ausgegangen im Garten. Pat. lacht viel mit sich selbst.

Ändert oft ihre Ansichten betr. Zukunft. Sprach viel, lauter Widersprüche. Veronal 0.5.-

Name:

Datum: Juli 19.

Frau Werner Haller.-

Vor dem Einschlafen hat Pat. sehr viel gelacht. Dann von 12 - 5 Uhr geschlafen, nachdem wieder viel gelacht, um 7 Uhr stand sie auf, schrieb verschiedene Briefe im Nachthemd, ist erregter, unklar, verwirrt. Abds. Bad.-

Datum: Juli 20.

Pat. hat gut geschlafen, außer mit Unterbrechung viel gelacht; auch am Tage sehr viel gelacht, war sehr erregt, giebt sich Mühe so ruhig wie möglich zu erscheinen, spricht den ganzen Tag von Fortgehen hier, da sie gesund wäre. Pat. legte sich um 8 Uhr zu Bett, da sie sehr müde war. 1x ausgefahren nach Schloß“Kling[enmünster]

Pat. betrachtete alles aufmerksam, fand Alles wunderbar schön, selbst Gegenstände die nicht zu beachten sind.-

Datum: Juli 21.

Die Nacht war sehr gut. Am Morgen hat Pat. sehr viel gelacht, dann geschrieben, aber Alles weggeschlossen. Am Tage ruhig. Abds. Bad.-

Name:

Datum: Juli 22.

Pat. hat nicht geschlafen; die ganze Nacht hindurch geschrieben u. gelacht. Lief im Nachthemd auf u. ab; war ganz abwesend. - Am Tage ruhiger, lachte weniger, 1x ausgefahren, u. etwas gegangen, wobei Pat. viel erzählte u. nur von Herrn Dannenberger, lachte auch sehr viel, ohne Ursache, antworte [sic] nicht ganz korrekt. - Appetit gut. Abds. Veronal 0.5.

Datum: Juli 23.

Pat. schlief bis 4 Uhr, nachdem aufgestanden, im Nachthemd verschiedenes geschrieben, dabei sehr viel gelacht, hat aber Alles weggeschlossen. - Am Tage sonst ruhig, sehr viel gelacht u. geschrieben. Abds. Bad. Gew. 47.kg.

Datum: Juli 24.

Pat. hat die ganze Nacht hindurch, gelacht u. geschrieben kaum geschlafen.

Am Tage auch sehr viel gelacht, nichts gearbeitet, etwas geschrieben u. gedichtet.

1x ausgefahren; während der Fahrt immerzu gelacht. Abds. Veronal 0.5.

Name:

Datum: Juli 25.

Pat. hat durchgeschlafen bis Morgens 6 Uhr; stand dann auf u. machte Toilette; schrieb verschiedene Briefe u. lachte sehr viel; hernach Alles wieder zerrissen. -

Nach dem Frühstück legte sich Pat. wieder zu Bett, Erschöpfung vorschützend; stand aber immer wieder auf u. schrieb im Nachthemd Briefe, lachte sehr viel, schloß sämtl. Briefe dann weg. Nach Tisch stand Pat. auf, u. machte vollst. Toilette.

1x ausgefahren, ½ Stunde zu Fuß gegangen.

Pat. sprach sehr wenig, war sehr nachdenklich, gab nicht immer ganz korrekte Antw. oft verkehrt.

Appetit gut. Abds. Bad.-

Datum: Juli 26.

Pat. lachte die ganze Nacht hindurch, hat sehr wenig geschlafen. Um 6 Uhr stand sie auf schrieb verschiedenes wobei sie sehr lachte, legte sich dann zu Bett, u. schlief bis Mittag, nach Tisch stand Pat. auf machte vollst. Toilette, legte sich auf die Chaislg. und schlief bis 4 Uhr; nachdem ausgefahren, wobei Pat. sehr lachte u. wenig sprach. Abds. Trional.

Name:

Datum: Juli 27.

Frau *Werner Haller*.-

Pat. hat durchgeschlafen, stand um 7. Uhr auf, schrieb verschiedenes, lachte sehr viel, spricht von nichts anderem als von fortgehen hier; ist sehr erregt.

Schlief am Tage zwischendurch; gegen Abend sehr viel geschrieben, sehr viel wieder zerrissen, giebt unklare Antw. oder auch gar nicht. Abds. Bad. Veronal 0.5.-

Datum: Juli 28.

Pat. schlief durch mit Unterbrechung, lachte dann sehr viel. Stand um 10 Uhr auf u. machte vollst. Toilette. Ist sehr erregt,

schreibt u. lacht viel, giebt keine Antw. oder erst nach geraumer Zeit, u. dann verkehrt
1x ausgefahren, dabei sehr gelacht. Abds. sehr unruhig, ohne Ursache. - Appetit gut.-

Datum: Juli 29.

Pat. hat gar nicht geschlafen, schrieb u. lachte die ganze Nacht hindurch, lief hin u. her, wusste nicht was sie wollte. - Am Morgen von 6 - 11 Uhr geschlafen
[folgender Satz ist in anderer Handschrift geschrieben:]
(Pat. beauftr. mich eine Statue (150 M.) an Herrn Dannenberger zu senden!)
stand zwischendurch auf u. schrieb im Nachthemd verschiedenes; machte dann vollständige Toilette, lachte sehr viel u. schrieb sehr viel, zerriss dann Alles wieder. 1x ausgefahren, wobei Pat. sehr lachte, ohne Ursache, gab keine Antw. u. oft nicht ganz korrekt. Abds. mehr unruhig. Bad. Trional.-

Name:
Datum: Juli 30.

Frau *Haller*

Pat. hat bis 4 Uhr morgens geschlafen, von da ab geschrieben, ist sehr erregt, spricht von nichts anderem als fortzugehen von hier, will nach der Stadt u. Einkäufe machen, verbindet aber damit die Absicht, sofort in's Inselhotel zu gehen u. dort zu bleiben. Als der Ausgang vereitelt wurde, war sie sehr erregt, will die Binswang. Anstalt verklagen, da man sie widerrechtlich hier festhalten wollte, geht immer mit dem Gedanken um, wie u. auf welche Art sie von hier wegkommen kann.-
Schrieb einige Briefe von ganz kurzem Inhalt, die aber einige Stunden in Anspruch nahm, Pat. ist sehr verwirrt, will niemand sprechen u. niemand sehen; da Besuch sie erregen würde, behauptet aber sie wäre vollst. gesund u. könnte allein in die Welt gehen. - Abds. Bad. - Appetit gut. -

Name.
Datum: Juli 31.

Pat. hat nicht geschlafen, von ½ 12 Uhr - 3 Uhr geschrieben, legte sich dann zu Bett u. lachte sehr, nach einer ½ Stunde wieder aufgestanden, ließ das geschriebene durch, lachte dann sehr u. zerriß Alles wieder, nachdem wieder geschrieben, bis 6 Uhr Morgens; dann legte Pat. sich zu Bett u. schlief bis 10 Uhr, von da ab im Nachthemd bis 12 Uhr geschrieben, dabei sehr gelacht, wollte nicht gestört sein u. machte dann Toilette.
Nach Tisch legte sich Pat. wieder u. schlief bis 4 Uhr. 1x ausgefahren, Pat. sprach kaum etwas, gegen Abend ruhiger, erzählte von nichts anderem als von Fortgehen hier.
Appetit gut. Veronal 0.5. -

Name:

Datum: Aug. 1.

Pat. schlief bis 2 Uhr, von 2 - 4 Uhr gestrickt u. geschrieben. Nachdem wieder geschlafen bis Morgens $\frac{1}{2}$ 8 Uhr; stand dann auf u. machte Toilette, wollte sofort zur Stadt u. sich einen Koffer kaufen, wollte ganz allein gehen; (verband damit die Absicht nicht wiederzukehren, was aus zerrissenen Notizen zu ersehen war.) - Als Herr Dr. Binswanger Pat. mitteilte, noch nicht gesund zu sein, auf keinen Fall wegzukönnen, lachte Pat. nach Weggang Herrn Dr. sehr u. mit scheinbar, ruhiger Stimme teilte mir Pat. die Unterredung mit u. wollte sich auch damit abfinden; schrieb aber unmittelbar darauf an verschiedene Verw. u. Bek. man möchte sie abholen, sie wäre gesund, man sperre Pat. widerrechtlich ein. - Pat. erzählte u. sprach nur von Herrn Dannenberger u. Ahrweiler ungünstig über die Anstalt, über Ersteren günstig. - 1x ausgefahren da Pat. sich nach Tisch beruhigte. Appetit weniger gut, aß kein Fleisch. Abds. Bad. - Veronal 0.5. - [folgender Satz ist in anderer Handschrift geschrieben:] Pat. beauftragte mich eine Sendung Bücher (150 M) an Herrn Dannenberger zu senden.

Name:

Datum: Aug. 2.

Frau *Haller*. -

Pat. schlief durch bis Morgens 6 Uhr; nachdem geschrieben u. viel gelacht. Stand nach dem Frühstück auf u. machte vollst. Toilette; strickte u. zeichnete verschiedenes, legte sich zwischendurch auf die Chaiseloge u. schlief. 1x ausgefahren, Pat. kaufte Kinderkränze (Vergißmeinnicht) auf das Grab ihres Gatten u. Vater's. Lachte nachdem sehr viel, packte unter enormem Lachen eine Mappe mit Zeichnungen für Frau Dr. Binswanger zusammen. Strickte etwas. Appetit gut. - Abds. Bad.

Datum: Aug. 3.

Pat. schlief kaum, sie lachte die ganze Nacht hindurch u. schrieb. Vieles. Einen Brief an Herrn Dr. Binswanger, worüber sie sehr lachte, u. dann noch verschiedene Briefe die abgehen sollten; Alles Andere wieder zerrissen. Einen zerrissenen Brief im Papierkorb mit Inh: „Ich habe die Binswangerei satt, ich reiße aus, ich kneife aus, ich brenn` ihm doch noch durch! - Am Tage schlief Pat. sehr viel; sprach wenig, strickte etwas, packte verschiedenes zum Verschenken zusammen. Veronal 0.5.

Name.

Datum: Aug. 4.

Pat. schlief bis 4 Uhr; stand auf u. strickte bis 6 Uhr; nachdem einiges geschrieben u. wieder zerrissen. Schlief dann bis Mittags, empfing keinen Besuch. Nach Tisch schrieb Pat. viel,

sprach kaum etwas, wollte nicht gestört sein u. legte sich zwi-
schendurch wieder zu Bett. - Abds. Bad. Appetit gut.

Datum: Aug 5.

Pat. schlief kaum, stand oft auf u. schrieb. Legte sich um 6 Uhr
zu Bett u. schlief bis 11 Uhr, stand dann auf und machte Toi-
lette. Pat. sprach nichts, wollte auch nicht gestört sein. Nach
Tisch legte sich Pat. wieder u. schlief bis 4 Uhr, nachdem nur
geschrieben u. gepackt. Lläuft oft im Zimmer auf u. ab, als ob sie
was suchte setzt sich wieder u. schreibt, zerreißt später beim
Durchlesen vieles davon wieder. Pat. zerreißt sehr vieles, und
braucht lange bis ein Brief korrekt geschrieben ist. Für einen
Brief mit nur einigen Sätzen, der aber korrekt sein muß braucht
Pat. oft Stunden, darf dann nicht gestört werden, da sie sich
dann verwirrte, sie verliert den Stil, muß den Brief zerreißen u.
einen anderen schreiben. 1x ausgegangen im Garten, Pat. sprach
von nichts Anderem als von Fortgehen hier, wenn man ver-
suchte sie länger hier zu halten, wollte Pat. gerichtlich vorgehen.
Sie ist oft sehr erregt, was sich äußert, daß Pat. Türen u. Ksten
zuklappt, schreibt zerreißt oft noch brauchbare Sachen in Pa-
pierkorb wirft. - Abds. Bad. Veronal 0.5. -

Name.

Datum: Aug 6.

Pat. schlief bis Morgen 5 Uhr, von da ab geschrieben; nach dem
Frühstück geschlafen bis 11 Uhr, der Tag verlief sonst wie der
Vorhergegangene.
Appetit gut. Abds. Bad. -

Datum: Aug. 7.

Pat. schlief wenig, schrieb u. lachte wieder viel. Ist im Ganzen
ruhiger. 1x ausgefahren, Pat. sprach kaum. Appetit gut. Abds.
Bad - Veronal. 0.5.

Name:

Datum: Aug. 8.

Pat. schlief bis 4 Uhr; nachdem geschrieben. Stand nicht auf,
Erschöpfung vorschützend; schlief am Tage sehr viel; und las
etwas. -

Datum: Aug. 9.

Pat. schlief gut, stand um 10 Uhr auf u. machte Toilette, war
sehr erregt, sagte mir ab u. zu über mich selbst unwahre Dinge:
z. B. „Schwester haben Sie nicht immerfort unreine Gedanken,
sie sind etwas derb in der Krankenpflege“, hernach bat sie mich
um Verzeihung, sagte mir sie hätte oft so große innerliche Erre-
gungen, da mußte sie einmal einen derben Satz sagen. - 1x aus-
gefahren, Pat. wollte verschiedenes kaufen u. rgerte sich, daß

ich kein Geld hatte. Gegen Abend etwas ruhiger, Bad - Veronal 0.5. Gewicht 47.5 Kilo -

[In Handschrift steht am Rand:] Bemerk.

Pat. giebt sich große Mühe um ruhig zu erscheinen, ¼ Stunde geht es, nachher wird Pat. unruhig u. verwirrt, zieht sich dann immer zurück mit der Entschuldigung: ich bin müde. -

Während des Vorlesens, hört Pat. entweder gar nicht zu, oder nur kurze Zeit u. wenn sie nicht mehr folgen kann, zieht sie sich zurück mit der Entschuldigung: ich bin müde. -

Pat. wünscht soviel wie möglich allein [zu] sein, da die Anwesenheit eines zweiten sie erregen würde, sie käme weiter, wenn sie allein wäre. Pat. will nicht beobachtet sein, da sie dies bewegte u. ihr ein Zwangsgefühl aufdränge. - Pat. will gesund sein, u. will darum nicht beobachtet werden, sie lacht sehr viel, schreibt sehr viel, zerreißt viel, geht oft ganz geistesabwesend auf u. ab, bemerkt nicht immer ein Eintreten in's Zimmer, giebt auch oft verkehrt Antwort. - Pat. verlangte ihren Schmuck, da ihr dir die Unterschrift der Copie von der Bank fehle, ein jeder könnte kommen u. sagen, da ist Ihr Schmuck u. er wäre nicht da. Pat. sagt sie müßte auf derartige Lapalien achten, da man sie leicht für geistig minderwertig halten könnte. -

Name:
Datum: Aug.10.

Frau *Haller*. -

Pat. schlief von 1 - 2 u. 5 - ½ 7. Uhr; in der Zwischenzeit geschrieben, da die Briefe aber sehr verwirrt, unklar waren, alle wieder zerrissen. Pat. machte mir Vorwürfe in der Nacht, ich wäre unvaehr [unfair, sic], hätte affektierte, sittliche Gedanken, die ich durch Hypnose auf sie übertrage. Wir Alle wären gemein; ich schmiede mit Herrn Dr. Binswanger ein Complott gegen sie, arrangierte, daß ihr Fortgehen verhindert würde. - Nachher sagte Pat. ich sollte aus dem Zimmer, meine Anwesenheit errege sie, Pat. war sehr erregt u. verwirrt. Sie schrieb einen Brief u. legte sich zu Bett; ich sollte sofort aus dem Zimmer. - Meine Antw. „, Gnädige Frau, ich darf Sie nicht allein lassen, schien sie erst zu beruhigen. Auf einmal sprang Pat. aus dem Bett, goß einen großen Krug voll Wasser in mein Bett, als ich ihr den Krug wegnahm, holte sie den zweiten, versuchte ihn über mich zu gießen, sagte: Frau Oberlandesgerichtsrat Dr. *Werner Haller*, ist nicht verrückt, es ist dies nur ein *Haller* Scherz.

Name:
Datum: Aug. 11.

Pat. wollte mich am Tage nicht sehen; sie sagte wenn ich wünsche, daß der Zwischenfall vergessen werden soll, möchte sie mich einige Tage nicht sehen. Pat. war sehr erregt am Tage, war verwirrt unklar, verlangte von verschiedenen Menschen die ge-

rade da waren immer wieder dasselbe, trotzdem es wiederholt schon verboten war. - Abds. Veronal 0.5 - . Sprach sehr wenig, schrieb verschiedenes, dann wieder Alles zerrissen. -

Datum: Aug. 12.

Pat. schlief mit Unterbrechung durch, sie schrieb einiges auf, wobei sie lachte. Am Morgen trat Menses ein; Pat. klagte über große Schmerzen, verlangte Opium. Am Tage war sie ruhig, lachte viel, sprach nichts. 2x Opii. Pulv.

Eintr. von M. nach einer Zeitdauer von 4 Wochen sonst regelmäßig nach 3 Wochen.

Name:

Datum: Aug. 13.

Pat wachte öfters in der Nacht; sie lachte viel. Sie ist mehr unruhiger; steht am Tage oft auf u. schreibt im Nachthemd, verbietet ein Eintreten, da sie sonst gestört würde, sie hätte sehr wichtiges zu schreiben. Pat. ist verwirrter, sie wünscht ich solle packen, da sie unbedingt am 15. Aug. abreisen wolle, für's Erste in's Inselhotel. Sie ist oft ganz abwesend, sagt Herr *Rich. Hoss* käme nie hieher[sic], er hätte zuviel erlebt, sie müßte selbst handeln, sie müßte wiederkommen, da ihr Schwiegervater sie sonst verachten würde. Appetit gut. Pat. trinkt tägl. 2 - 3 Glas Wein. Stuhl regelmäßig

Pat. nimmt jeden Abend 1 Tamarinde.

Datum: Aug. 14.

Pat. stand oft auf in der Nacht, schrieb u. lachte. Nach dem Frühstück stand Pat. auf, machte Toilette, schlief aber untermittags etwas. Mens. diesmal nur schwach, heute vorüber. Pat. beauftragt mich immer zu packen, sie will fort, sie ließe sich nicht mehr halten, sie ist etwas ruhiger, aber manchmal verwirrt, packt fortwährend. Ihren späteren Aufenthaltsort bestimmt sie alle Augenblicke anders. Sie läuft im Zimmer auf u. ab, oft ganz abwesend, bemerkt ein Eintreten nicht. 1x ausgegangen im Garten, wobei Pat. nichts anderes sprach als von Fortgehen, sie müsste jetzt einmal Veränderung haben, sie bekäme hier ein Zwangsgefühl, sie müsste Anderes sehen u. kennen lernen. Am Abend war Pat. etwas depr., sie sagte mir, ihr Geist wäre jetzt so produktiv, aber nicht mehr verwirrend, wirklich klare feste Gedanken hätte sie, gleichzeitig fragt Pat. mit trauriger Stimme, sie glaube nicht mehr lang zu leben, sie bekäme sicher in kurzer Zeit einen Gehirnschlag, ihr Geist arbeite wie noch nie. - Pat. weinte vor dem Zubettgehen, lachte aber nachher wieder. Bad - Veronal 0.5.

Name:

Datum: Aug. 15.

Die Nacht war gut. Pat. stand früh auf, zerriß ein Tagebuch, das sie seit März hier führte, zerriß viele Briefe, Cop. lachte dabei sehr, Pat sagt sie müßte auf diese Art produktiv tätig sein, packte verschiedenes da sie absolut weg will. Pat. kann nicht erfassen, daß sie noch hier bleiben soll, trotzdem es ihr Herr Dr. v. Holst schon wiederholt sagte, sie beauftragt mich fortwährend zu packen, sie will jetzt nach Bonn, von dort aus die Leitung Ihres Baues in Düren Leiten [sic], sie müßte selbst handeln, selbst produktiv, positiv vorgehen, da sie sich sonst die Verachtung ihrer Angehörigen zuzöge. -

Pat. braucht mehrere Stunden, u. darf absolut nicht gestört werden, um einen Brief von wenigen Sätzen korrekt zu schreiben, ein längerer Brief verwirrt sie. Pat. sagt mir sie habe früher auch Leinenpapier geschrieben, jetzt hätte sie gewöhnliches, sie müßte auf derartige Lapalien achten, da man sie für geistig minderwertig halten könnte. -

Pat. findet Alles schön u. vornehm, selbst Dinge u. Gegenstände die nicht zu beachten sind. - Appetit gut. Pat. hat Bureau Binswanger 1. Sept. gekündigt; es wäre so richtiger, da dann die Zimmer gleich wieder vermietet werden könnten. -

Name:

Datum: Aug. 16.

Pat. schlief bis Morgens um 5 Uhr, nachdem versch. geschrieben.

Nr.2410/3: Krankenblatt aus Ahrweiler; mschr. Abschr., 13.3.1907, 2 Bg., 3 Ss.

Dr. Binswanger's Curanstalt Bellevue

Kreuzlingen, Cant. Thurgau, Schweiz.

Adresse für Briefe aus Deutschland u. Oesterreich: Belle-vue Konstanz

Krankheitsgeschichte: Ahrweiler

Frau Oberlandesgerichtsrat *Emmy Haller*

geb.1.1.65 Frankfurt a.M.

ev. Witwe

Prof. Hoffmann (8.7.06):

Anamnese:

Vater und Mutter Vettern

Mütterlicherseits: Psychosen. Väterlicherseits auch in fernerer Verwandtschaft.

Vor 12 Jahr. Lähmung beider Beine. Geheilt!

Seit 10 Jahr. alle möglichen körperl. Klagen; psychogen gedeudet.

Vor 6 Jahr. Wunsch, dass Sexualorgane entfernt würden.

Somatisch: Wandermilz. Starke Rötung der Wangen; oft cyanotisch.

Menses alle 3- 3,5 Wochen; fluor

Psychisch: stets reizbar. Viele künstlerischen Interessen; aber ohne Energie, etwas zu Ende zu führen.

11.05 Tod des Mannes. Merkwürdige Energie bei Pflege.

Hinterher Zusammenbruch. Glaubte sich selbst krebsteidend.

Wieder passive Operationswut! [in Klammer steht eh. dahinter: „cf. Oben“]

3 Monate in Bonn; Lokalbehandlung; schlechte Ernährung.

Nach Düren, wo Mutter. Kein innerliches Verhältnis zu dieser.

Lebte zurückgezogen. Klagte über Schmerzen im Unterleib, Herzbeschwerden, Schlaflosigkeit.

Vor 6 Wochen nach Düsseldorfer Krankenhaus. 2 Pfund

Gewichtszunahme. Auffallende Redelust, schnell schlechtes Urteil.

Vor 12 Tagen Verschlimmerung nach Besuch der Mutter: aufgeregte, Rede- u. Schreibdrang, Hallucinationen, Illusionen, Erinnerungsfälschungen. Freie Interwalle mit Krankheitseinsicht; erklärte dann ihren Zustand mit hypnotischer Beeinflussung.

6.7.06 Heftige Erregung mit Gewalttätigkeiten. Hyosc. inj.

Seither feindlich gegen Arzt. Nahrungsverweigerung.

(Angaben der Haushälterin: Bis 11.05 geistig gesund. Körperlich schon immer an Menorrhagien leidend, die sich seither verschlimmerten.)

7.7.06 Aufnahme in Ahrweiler.

7.7.06 Bei Ankunft erregt.

Antwortensinngemäß.[sic] Meint sie sei im [sic] t [sic] „Trance“ hergekommen. Verweigert aber bald ironisch nähere Auskunft. Gehobene Stimmung, glänzende Augen, gerötete Wangen. Zeitliche Orientierung mangelhaft. Krittelsucht; will sich den Anordnungen nicht fügen.

In den ersten t [sic] Tagen scheinbar orientiert und besonnen, aber ohne Einsicht in ihre Lage; drängt fort.

Somatisch abnorm: starke Ovarie, gesteigerte Patellarsehnenrefl.

Psych. Diagnose: Erschöpfungsdelir.

17.7. Ruhigere Abteilung. Zufriedener, freundlicher, scheinbar ganz componiert, aber fühlbar misstrauisch.

8. Weist von oben herab jede ärztliche Einmischung in ihre Angelegenheiten [sic] ab. Gibt über sich keine Auskunft. Sucht Eigenbeziehungen; geschickte Lektüre schickt sie als auffallend unpassend zurück.

21.8. Spricht davon, dass von anderen ihr Gedankenablauf gelenkt, sistiert werde. Hallucinationen mit Sicherheit aus Sprechpausen und sonstigem Gebahren zu schliessen. IM [sic] ganzen abweisend.

30.8. In ärztlichem Consilium Diagn.: Paranoia!

Geschlossene Abteilung. Gibt zu, dass sie Stimmen höre läppischen, ärgerlichen Inhalts. Fügt sich jetzt Anordnungen.

17.9. Menses: Vermehrung der Stimmen, die sie nicht als krankhaft anerkennt.

24.10. Seit 3 Wochen angeblich keine Stimmen mehr. Vertrauen zu den Aerzten. Keine richtige Einsicht in das Krankhafte der vergangenen Zeit.

12. Völlige Krankheitseinsicht [sic]/Subjectiv wohler, freier.

Hallucinationen seltener, angenehmen Inhalts, weniger plastisch. Dankbar. Tätiges Interesse für Umgebung, Wissensgebiete, Kunst.

1907

14.1. Starker Affektausbruch! Zorn über Beaufsichtigung p.p.

Abends Reue, Tränen.

Stets übergrosses Selbstbewusstsein -- leichte Ermüdbarkeit, Hypersensibilität äussern Reizen gegenüber. (Besuche, Explorationen)

22.1. Akustische Halluc. immer noch. Hoheitsvoll, paranoid im Benehmen. Vollkommene Bewegungsfreiheit; keine Kontrolle ihrer Tätigkeit.

Gebraucht übermässig Stimulantien (Kaffee, Sekt). Schon kürzere Gespräche hinterlassen Hemmung des Gedankenablaufs.

6.2. Ueberempfindlichkeit für äussere Eindrücke. Zuweilen starkklauschende [sic] Haltung.

7.2. Drängt wieder fort. Schreibt viel, unter anderem beziehungsvoll – paranoidenn [sic] Brief an Arzt.

8.2. Giebt Reise spontan a – uf [sic].

11.2. Befolgt Anordnungen (Parald. abends). Halluciniert lebhaft mit Gehörs- u. Gesichtssinn.

Abends beschwörende Bewegungen gegen Arzt.

12.2. Will wieder abreisen. Versucht mit Gewalt durch dietüre [sic] zu kommen. Sieht nur Dr. Kurella als Feind an, den anderen [sic] Arzt nicht.

Geschlossene Abteilung. Rascher Wechsel in Benehmen, u. Absichten. Manchmal Bild hallucinator. Stupors.

[2. Blatt (Fortsetzung)]

15.2.07 Schläft die letzten Nächte trotz Hypnotica schlecht. Lacht vor sich hin. Rythmische Bewegungen!

Frägt einmal, ob etwas Sexuelles gegen sie voläge!

21.2. Im Gegensatz zu früher kaum bemerkbare Menses.

Geht bei Spaziergang gegen Verabredung in frühere Wohnung (offen). Kann nur mit Wärterinnenaufgebot zurückgeführt werden. Versucht brieflich übergrosse Geschenke zu machen.

12.3. Giebt unverständliche Schreiben u. Zeichnungen ab.

Hierher überführt!

Nr. 2410/4: Abschrift einer Anamnese von Prof. Hoffmann in der Handschrift Robert Binswangers, eh., 1 Bg., 1 S.

Emmy Haller geb. Hoss, 42

Mann † [gestorben] Oberlandesgerichtsrath in Frankfurt. 45 J. alt. 1905 Nov. Carcinom Schwere Pflege. Heredität siehe Kr. Gesch. *Martin Hoss*.

Litt von jeher an Erregungszuständen, die sie cachirte. Antip[athie] + Symp[athie]

Nach dem Tode des Mannes hypochondrisch.

Furcht vor Carcinom. War in Bonn Jan.- März 1906. Unterernährt. Bei Frtisch. Hat höhere Richtg. *Kunst*
In Düren nachher noch unterernährter. Juni Düsseldorf 1906 bei Hoffmann Ueberernährung. Nahm 3 Wochen zu. Dann Hallucinationen. Acut verwirrt.
Katatonisch. Nach *Ahrweiler*.
(Hyoscin, Morph. Salonwagen)
Dort zwischen offener und geschlossener Anstalt gependelt. Wurde für paranoisch gehalten.
Unmotivirte Feindschaften.
Sie muss einem besonderen Zweck leben.
Verbreitung von Kunst in Schulen und in *Düren*. Bestellt in Massen. Verschwendung. Beglückt alle Menschen, will aber nicht beglückt sein.
Kritisch. Hoch-fürstlich.
In A. zugenommen, wurde besser.
Stets verschrobene Frau. Aber klug.
Will nicht *behandelt* sein.
Hallucinationen?
Unter Umständen *Alcohol*.
[in blauer Buntstiftschrift steht darunter:] Persönlich von Prof. Hoffmann aufgenommen

Nr. 2410/5: *Emmy Haller an Prof. Hoffmann, 29.02.1907, Orig., eh., 1 Bg., 3 Ss.*

Ahrweiler 29. Febr. 07.

Verehrter Herr Professor!

Wollen Sie die Güte haben, Herrn Dr. Curella mitzuteilen, daß ich diese Anstalt, vielmehr meine Wohnung in der Villa Belle-vue nur dann weiter behalten darf, wenn mir gestattet wird, vollständig frei von ärztlicher Beobachtung u. Vermittlung der Oberpflegerin dort zu wohnen, bis daß ich ruhig genug bin, mir mein neues Leben in Cöln oder Bonn auszugestalten. -

Für diesen liebevollen Beweis Ihrer Sorge um mein Wohl wäre ich Ihnen dankbar

Ihre Sie verehrende
Emmy Haller.

NB Sollten Sie, verehrter Herr Professor, nicht der Ansicht sein, daß mein Wunsch erfüllt werden darf u. Ihre Vermittlung für Sie sehr peinlich sein würde, so bitte ich Sie, mich aus einer Anstalt abzuholen, in welcher ich mir unter oben genannten nur weiter unter oben genannten Beding[ung]en. - *Ohne daß* Sie mich hier abholen, scheint mich Niemand heraus lassen zu wollen.

Nr.2410/6: Dr. Hoffmann an einen Arzt im Bellevue, 0 6.03.1907, Original, mschr., 1 Bg., 1S.

Düsseldorf,
Hohenzollernstr. 26

d. 6. März 1907.

[in Dokument steht an dieser Stelle mit rotem Buntstift „erledigt“]

Sehr geehrter Herr College!

Eine langjährige Patientin von mir Frau Oberlandesgerichtsrat *Haller* die schon einmal früher in Begleitung ihres damals kranken Bruders *Martin Hoss* bei Ihnen war ist nun selbst psychisch erkrankt und seit August d. J. bei v. Ehrenwall. Es ist nun ein Wechsel der Anstalt nöthig geworden und habe ich [sic] vorgeschlagen die Patientin zu Ihnen zu bringen. Es handelt sich um recidivierende Erregungszustände mit Halucinationen. Dabei entschieden paranoische Anklänge [sic]. Weder Prof Westphal der die Kranke öfter gesehen hat noch ich und die Ahrweiler Aerzte sind imstande eine exacte Diagnose zu stellen. Es ist eben ein auf dem Boden der Heredität entstandenes wechselvolles Krankheitsbild.

Nun geht meine im Auftrage der Familie zu stellende Anfrage dahin, ob die Kranke für sich 2 Zimmer und für ihre Jungfer 1 Zimmer am Dienstag den 12 d M bekommen kann. Ich bemerke dabei dass sie zur Zeit noch unter der Herrschaft von Halucinationen und Erinnerungstäuschungen steht.

Mit vorzüglichster Hochachtung

D Hoffmann

Nr. 2410/7: Abschrift eines ärztlichen Zeugnisses von Prof. Westphal, 09.03.1907, eh., 1 Bg., 1S.

Abschrift

Prof. A. Westphal

Bonn, den 9.3.1907
Cölner - Chaussee 206[„142“ ist durchgestrichen].

Ärztliches Zeugnis.

Die 42 Jahr alte verwittwete Frau Oberlandesgerichtsrat *Werner Haller* geb. *Emmy Hoss* aus Düren steht unter dem Einfluß von Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, unter denen Beeinträchtigungs-Vorstellungen im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen. Frau *Haller* leidet an Paranoia. Jede Krankheitseinsicht fehlt zur Zeit. Da sich die Wahnvorstellungen der Frau *Haller* bei ihrer Geschäftsbetätigung oft einschleichen, ihre Willensentschlüsse und Handlungen wesentlich und zu ihrem zweifellosen Nachteil beeinflussen, ist Frau *Haller* nicht im Stande ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen.

Frau *Haller* ist eine sehr leicht erregbare und in hohem Grade empfindliche Patientin. Da ihre Vernehmung nicht ohne Nachteil für ihren Gesundheitszustand ausführbar sein würde, erscheint es vom ärztlichen Standpunkte aus geboten, daß die Vernehmung der Frau *Haller* unterbleibt.

gez. Dr. A. Westphal
o. Professor der Psychiatrie a. d.
Universität. Direktor der Provinzial Heil-
und Pflege-Anstalt.

Nr. 2410/8: Richard Hoss an Dr. Binswanger, 09.03.1907, Orig., eh., 1 Bg., 1,5 Ss.

RICHARD HOSS

Düren, den 9. März 1907

Sehr geehrter Herr!

Herr Prof. Dr. Hoffmann D´dorf sendet mir Ihr geehrtes Schreiben bezüglich Aufnahme meiner Schwester Frau *Werner Haller*. Ich teile Ihnen höflich mit dass meine Schwester am kommenden Dienstag in Begleitung von Prof. Hoffmann, meinem Bruder *Martin* und seiner Frau um 8 Uhr 10 abends in Konstanz eintreffen wird.

Das Mädchen wird sie dorthin begleiten und das weitere stelle ich nach Rücksprache mit Prof. Hoffmann ganz ihrer ärztlichen Bestimmung anheim.

Entgegen meiner Absicht kann ich meine Schwester nicht begleiten, da sie seit einigen Tagen nichts mehr von mir wissen will. Ich habe ihr bisher stets am nächsten gestanden, konnte aber ihre kranken Wünsche nicht ausführen; das hat die Erregung gegen mich hervorgerufen.

Mit vorzüglicher Hochachtung
ergebenst

Richard Hoss

*Nr. 2410/9: Abschrift eines Briefes von Dr. Kurella an Richard Hoss, ohne Datum, eh.,
2 Bg., 2Ss.*

Richard Hoss
Düren

Ihre gestern erhaltenen Instruktionen werden genau befolgt werden. Gestern traf Ihr Herr Bruder *Martin Hoss* mit Frau Gemahlin ein, leider war es gerade Ihrer Frau Schwester gelungen, infolge grober Nachlässigkeit des Personals, die eine strenge Remedur verlangt, in ihr Quartier im neuen Hause zu gelangen.

Erst gegen Abend war unter unvermeidlicher Erregung für die Kranke die Rückkehr in die traurige und geschlossene Abteilung möglich. Es tritt darin, wie in anderen Dingen, die durch Herrn v. E. absichtlich herbeigeführte *Anarchie* hervor, die systematische Einschränkung meiner direktionellen Befugnisse, die Willkürherrschaft der mir untergeordneten Angestellten.

Ich habe soeben Herrn v. E., der in Monaco sitzt, gekündigt und werde die Anstalt verlassen, sobald die Patienten (oder deren Familien) die zu *mir*, nicht etwa zu Herrn v. E. gekommen sind, anderweitig versorgt sind.

Ich kann also den ehrenvollen Auftrag, mich dauernd Ihrer Frau Schwester persönlich anzunehmen, nicht ausführen.

Wie ernst die Mißstände sind, mögen Sie aus Folgendem ersehen:

H. v. E. hat mich durch das Angebot, mir die Leitung der Anstalt zu übertragen, verlockt, meine ausgezeichnete Praxis in Breslau und eine mir November 1904 von einer österreichischen Universität angebotenen Professur fahren zu lassen. (Ich bin seit 1.4.05 hier)

Dann hat er alles getan, um *sich* durch Beeinträchtigung meiner Befugnisse des mir eines leitenden Psychiaters zu geben, das mir untergeordnete Personal selbst zu leiten und mir abspänstig zu machen, mich durch Aufbürdung einer Last subalternen Funktionen moralisch und psychisch herabzudrücken und grenzenlos auszubeuten.

Nur die hier herrschende *Anarchie* ist an dem Tode der unglücklichen Frau *Haller* schuld.

Ich gehe, obschon meine Breslauer Praxis unwiederbringlich verloren ist, obwohl ich 6 kleine Kinder, kein Vermögen, keine Ersparnisse und kein Einkommen habe.

Sie mögen daraus ermessen, wie es hier steht.

Entschließt sich v. E., der Donnerstag zurückkommt, einen kompetenten ärztlichen Direktor anzustellen, und sich des Hineinpfuschens in die Behandlung zu enthalten, so kann vielleicht noch die Anstalt vom Untergange gerettet und das Interesse der Kranken gewahrt werden.

Machen Sie von diesen Zeilen jeden beliebigen Gebrauch.

Nr.2410/10: Dr. v. Ehrenwall an einen Arzt im Bellevue, 20.03.1907, Original, eh., 1 Bg., 2 Ss.

**Dr. v. Ehrenwall's Kuranstalt
für Gemüts- und Nervenkrankte
zu Ahrweiler**

[Bild der Anstalt]

**Briefe sind zu richten an die Adresse:
Direktion der v. Ehrenwall'schen
Kuranstalt zu Ahrweiler**

Ahrweiler, den 20.3.1907

Streng persönlich und vertraulich.

Sehr geehrter Herr College!

Anbei übersende Ihnen die fertiggestellte Krankengeschichte der Frau *Haller*. Ueber die näheren Umstände ihres Fortgangs von hier werde ich Sie hoffentlich demnächst mündlich bei der Sitzung der psychiatrischen Vereins in Frankfurt informieren, indem ich annehme, dass Sie dieser interessanten Tagung beiwohnen werden.

In Folge einer schändlichen Verleumdung des Herrn Dr. Kurella betreffend meine Person bei der Familie *Hoss* hatte letztere das Vertrauen zu uns verloren. Herr Dr. Kurella ist jetzt nicht mehr bei uns; die Angelegenheit selbst wird von mir dem Ehrengericht unterbreitet werden.

Sollte Frau *Haller* noch einmal hierhin zurückverlangen, so würden Sie mir mehr einen wie einen Gefallen erweisen, wenn Sie diesen Wunsch unterstützten.

Ich wünsche Ihnen alles Material demnächst vorzulegen. Eine größere Schurkerei als ich in den letzten 3 Wochen erlebt habe, habe ich noch nicht mitgemacht. Die Familie *Haller* + Prof. Hofmann konnten für den Moment nicht anders handeln; sie sind jetzt über Alles aufgeklärt.

Ich habe auf Wunsch Ihres Herrn Bruders Herrn Dr. Sostmann hierselbst angestellt. Ich hoffe, daß er sich hält; im Uebrigen bin ich sehr zufrieden mit ihm.

Mit colleg. Gruß

Ihr Dr. v. Ehrenwall.

RichardHoss

Düren

Düren, den 22. März 1907

Herrn Dr. Binswanger,
Konstanz - Belle Vue

Sehr geehrter Herr!

Ihr freundliches Schreiben nebst Brief meiner Schwester empfang ich vor einigen Tagen.

Hiermit übersende ich Ihnen einen mir heute zugegangenen Einschreibenbrief meiner Schwester nebst darin enthaltenen Beilagen.

Ich nehme daraus Veranlassung eine Angelegenheit wieder aufzugreifen, die ich auf Ihnen, mir durch meinen Bruder *Martin* mitgeteilten Wunsch zurückgezogen hatte.

Bereits vor 6 Wochen etwa wünschten die Anstaltsärzte von Ahrweiler die Einleitung des Entmündigungs – Verfahrens gegen meine Schwester, weil eine Haupt – Erscheinung [sic] ihrer Krankheit die Weggabe oder Entäusserung aller der wertvollen Kunstsachen und Einrichtungen war, die sie mit ihrem verstorbenen Mann zusammen erworben [sic], die sie in gemeinsamem Testament dem hiesigen L. *Hoss*–Museum vermacht und an denen ihr Herz nach gesundem Ermessen hängen müsste.

Ich habe damals abgelehnt und gebeten doch alle Schriftstücke mir zu übermitteln; leider gingen Schenkungsbriefe an etwa 4 öffentliche Kunst – Anstalten an ihre Adresse und der Konflikt war da. Ich habe als General – Bevollmächtigter meiner Schwester Einspruch erhoben.

Auf Grund weiteren zweimaligen resp. – einmaligen Besuchs der Herren Professoren Westphal – Bonn und Aschaffenburg – Köln erklärten diese Herren, dass Entmündigung unumgänglich notwendig und zwar im eigensten Interesse der Kranken.

Zur Einleitung des Verfahrens sandte mir Prof. Westphal ein Attest, dessen Wortlaut ist: „Ärztliches Zeugnis.

Die 42 Jahre alte verwitwete Frau Oberlandesgerichtsrat *Werner Haller* geb. *Emmy Hoss* aus Düren steht unter dem Einfluss von Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, unter denen Beeinträchtigungsvorstellungen im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen.

Frau *Haller* leidet an Paranoia – jede Krankheitseinsicht fehlt zur Zeit.

Da sich die Wahnvorstellungen der Frau *Haller* bei ihrer Geschäftsbetätigung oft einschleichen, ihre Willensentschlüsse und Handlungen wesentlich und zu ihrem zweifellosen Nachteil beeinflussen, ist Frau *Haller* nicht im Stande ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen.

Frau *Haller* ist eine sehr leicht erregbare und in hohem Grade empfindliche Patientin. Da ihre Vernehmung nicht ohne Nachteil für ihren Gesundheitszustand ausführbar sein würde, erscheint es vom ärztlichen Standpunkte aus geboten, dass die Vernehmung der Frau *Haller* unterbleibt.

gez. Dr. A. Westphal
O. Professor d. Psychiatrie a. d. Univ.
Director d. Provinzial Heil und Pflege Anstalt“

Meine Familie hält eine Entmündigung für geboten. Diese wird erleichtert für meine Schwester, da sie sich im Auslande befindet, als ihr Domizil Düren angemeldet ist, und das hiesige Amtsgericht daher für das Verfahren zuständig.

Bevor ich jedoch einen Schritt in der Angelegenheit tue, bitte ich Sie höflich mir nach der Überzeugung, welche Sie gewonnen haben, Ihren ärztlichen Rat und Ihre Beurteilung mitzuteilen.

Mit vorzüglicher Hochachtung,

Richard Hoss

Nr. 2410/12: Kopie eines Briefes von Dr. Binswanger an Martin und Richard Hoss, 23.03.1907, eh., 3 Bg., 3 Ss.; teilweise unleserlich

23.3.1907

Herren *Richard* u. *Martin Hoss*, Düren.

Ihre Zuschriften von gestern mit Beilagen unserer Patientin bestimmen mich mit der geplanten Entmündigung Letzterer mich sofort einverstanden zu erklären.

Würde das Vormundschaftsgericht in Düren, wie es Professor Westphal wünscht, auf eine Vernehmung der Patientin verzichten, so wäre die Angelegenheit rasch erledigt. Nun ist es freilich nach deutschem Recht notwendig, dass die geplante Entmündigung den Pat. mitgeteilt werden muss.

Das wird aber, wie es scheint, emot[ional?] [unleserliches Wort, etwa: erregend]. So z.B. wurde letzthin unserer Anstalt ein Schreiben vom Amtsgericht Frankfurt für eine Patientin zugestellt, in welchem ihr ihre bevorstehende Entmündigung einfach angezeigt wurde, ohne sie darüber aufzuklären, dass ihr laut Gesetz ein [unleserliche Passage].

Es wurde von der Patientin nicht einmal eine Bescheinigung verlangt, dass sie das amtsgerichtl. Schreiben erhalten habe. Auf dies hin legte ich dasselbe einfach zu meinen Acten, da es ganz unmöglich war ihr dasselbe zu unterbreiten in Ansehung ihres Geisteszustandes. Weiteres weiss ich noch nicht über den Verlauf der Angelegenheit.

Bei Ihrer Frau Schwester ist etwa das gleiche der Fall. Es kann ihr unmöglich mitgeteilt werden, dass sie entmündigt werden soll.

Sollte das Vormundschaftsgericht in Düren verlangen – durch Schreiben an das Bezirksgericht Kreuzlingen - , dass Frau *E. Haller* durch den schweizerischen Physicus auf ihren Geisteszustand untersucht werde und würde dieselbe von diesem und dem Gerichtspräsidenten je einen Besuch erhalten ohne Angabe des Zweckes. Aber die Gefahr besteht, dass die Kranke ihn erriethe.

Vielleicht begnügt sich das Gericht in Düren mit einem Gutachten von mir, dem jetzt behandelnden Arzte.

Noch muss ich bemerken, dass die Patientin in Kreuzlingen selbst mit grossen Schwierigkeiten unter Vormundschaft gestellt werden könnte. Die Entmündigung muss in Düren selbst ausgesprochen werden. Das Kreuzlinger Gericht würde nur die amtliche Untersuchung hiefür besorgen u. die Acten alsdan nach Düren senden. So war es bisher stets der Fall bei deutschen Reichsangehörigen, die während des Aufenthaltes in unserer Anstalt entmündigt wurden. Auch müsste ich die Zeitungen wissen, in denen die Ent-

mündigung angezeigt würde, um zu verhüten, dass [sie] einer unserer Kranken in die Hände fallen. –

Die Affaire [...] belehrt mich, dass Frau *H.* nicht halten kann, was sie verspricht. Mir gegenüber hat sie [?] [?] erklärt von einem weiteren Geschenk absehen zu wollen. Ich werde mit ihr darüber noch einmal in allem Ernst sprechen. Den Brief des Herrn *Martin H.* welcher eine Concession in Sachen enthält, behalte ich vorderhand zurück.

Mit ausgezeichnete Hochachtung

Ergebenster Dr. Binswanger.

Den Brief des Professor *Kallmann* werde ich der Pat. nicht abgeben, da sie ihn sofort animieren würde nach Italien zu reisen.

Nr. 2410/13: Robert Binswanger an Professor Hoffmann, 27.03.1907, Orig., eh., 1 Bg., 4 Ss.

27| 3.

Sehr geehrter Herr Professor!

Auf Ihre freundliche Empfehlung hin hat sich Herr *Ernst Schwarz* aus Elberfeld an uns gewandt um für seinen in Begleitung seiner Frau in Montreux sich befindlichen Bruder Aufnahme in unsere Anstalt nachzusuchen.

Wir entsprachen sofort, hörten aber heute von Hr. *Schwarz* in E. u. Frau *Schw.* in M. dass der Kranke nicht reisefähig sei. Da wie es scheint aber doch ernstlich an eine Übersiedelung zu uns gedacht wird, möchte ich Sie freundlichst bitten uns kurz zu sagen um was es sich in diesem Falle handelt. Herr *Ernst* deutet eine schwere Erschöpfung an.

Frau *Emmy Haller* hat sich in den 14 Tagen ihres Hierseins ganz ruhig verhalten u. sich bisher lenksam gezeigt. Immerhin schreibt sie endlose Briefe, will im Sinne ihres gestorbenen „Gatten“ alle ihre Kunstschatze verschenken u. alle Menschen beglücken.

Ich habe noch wenig paranoisches an ihr entdeckt, hingegen begegne ich in allem was sie spricht, denkt u. ausführt einer gehörigen Dosis Schwachsinn gepaart mit einer inneren Erregung u. Erotomanie, welche sich hauptsächlich auf die Person des Dr. Dannenberger in A. bezieht.

Frau *H.* genießt die Freiheit spaziert u. fährt, hat aber sehr wenig Verlangen mit anderen Menschen zu verkehren. Es ist mir dies sehr angenehm, da sie das Sprechen angreift u. erregt. Schlaf u. Appetit sind befriedigend. Ebenso sind die Menses in den letzten Tagen verlaufen. Ueber die Entmündigung welche mir auch sehr gerathen erscheint, correspondiere ich eben mit den Brüdern.

Mit ausgezeichnete Hochachtung

Ihr ergebenster

Nr2410/14: Kopie eines Briefes von Dr. Binswanger an Herrn Hoss, 19.04.1907, eh., 1 Bg., 1 S.

19.4.1907

Geehrter Herr *Hoss*!

Ihre Briefe vom 16ten u. 17ten sind im meinem Besitz. Was den Besuch bei Frau *Haller* von Seiten ihrer Mutter betrifft, so ersehen sie aus beiliegendem Brief, wie Ihre Frau Schwester darüber denkt.

Ich bin auch der Meinung, dass der Besuch möglichst lange hinausgeschoben werden soll. Auch Ihren u. Ihrer Frau Gemahlin Besuch würde ich eventuell auf Pfingsten verschieben.- Den Brief von Neuenborn bitte ich gefälligst zu beantworten.

Aus dem Briefe an Sie ersehen Sie, dass Frau *H.* gute Zeiten hat. Seit gestern liegt sie. Nun kommt aber die Affaire *Frieda*. Letztere ist jetzt doch geknickt, dass die Pat. sie nicht mehr will u. *grämt* sich. Ich erlaube mir den Rath zu geben, *Frieda*- ohne Wissen von Frau *H.* nach Düren zurückzunehmen u. sie dort zu beschäftigen. Wir sollten sie doch in Reserve behalten.

Ihrer umgehenden Antwort sehe ich gerne entgegen.

Mit vorzüglicher Hochachtung,
Dr. Binswanger

Nr. 2410/15: Kopie eines Briefes von Dr. Binswanger an Herrn Hoss, 30.04.1907, eh., 1 Bg., 1 S.

30.4.1907.

Hochgeehrter Herr *Hoss*!

Den Empfang des Heimathscheines zeige ich Ihnen dankend an.

Ihren eingelegten Brief an Frau *E. H.* habe ich abgegeben.

Ihre Hierherkunft ist in keiner Weise dringend u. kann auch bis *nach* Pfingsten verschoben werden.

Ich werde auch um diese Zeit wohl nicht hier sein, da ich, sobald es schönes Wetter wird, in Urlaub gehe. In meiner Abwesenheit wird Dr. v. Holst mich bei Frau *H.* vertreten.

Was nun die Zukunft unserer Pat. betrifft, so ist es schwer, darüber etwas bestimmtes [sic] zu sagen. Es kann in Zukunft wohl der Fall eintreten, dass sie ausserhalb der Anstalt wohnen kann oder sich auf Reisen begeben. Hingegen kann ich mir nicht denken, dass im Interim die bevorstehende Entmündigung wieder aufgehoben werden könnte. – Die Zimmerfrage werde ich gewiß im Auge behalten.

Mit ausgezeichneter Hochachtung ergebenster Dr. Binswanger

Constanz-Belle-vue - 3. Mai 1907.

bitte bring dieses
Schriftstück mit

Lieber *Richard*!

Bitte überweise Herrn Dr. Dannenberger im Sanatorium Ehrenwall, nachdem du angefragt hast, an welche Leute die nachfolgend genannte Summe zu senden ist 30.000 MK (dreißigtausend Mark) weil ich es geben darf u. kann. Die Summe ist von meinem Vermögen abzuziehen. Außerdem erhält Herr Kreisphysicus Dr. Dannenberger in Dieburg Hessen meinen Snyders⁴³⁹, wie ich es ihm angekündigt habe. Ich halte darauf, dass es *bald* geschieht denn so ist Ehre im deutschen Vaterland u. all überall. *Bald* alles was ich hier Dir sagte.

Ich bitte Dich zu kommen u. die Aufträge entgegennehmen zu wollen für Überweisungen nach Düren zu *Werner's* Ehre. Ich werde nach Frist einiger Monate Kunst studieren u. wahrscheinlich mit *Frieda* Berlin gehn (man wohnt dort einfach im Hospitz) u. *Erhard Lang* oder jemand anderes um Rat bitten. Bitte auch meinen Schwiegervater, vielmehr zuerst Schwager *Detlef* Zustimmung.⁴⁴⁰

Bis zum 1. Oktober bleibe ich hier, um weiter zu arbeiten, *jetzt müssen* vorgenannte Verpflichtungen erledigt werden. Also nochmals: Meine Verpflichtungen Herrn Dr. Dannenberger in Ahrweiler gegenüber erfülle direkt, gleichzeitig diejenigen Herrn Kreisphysicus Dr. Dannenberger in Dieburg gegenüber aber frage besser zuerst [sic] *letzteres* an wohin senden besser gesagt unter welcher Firma es dem alten vornehmen Herrn zu senden ist, ich schreib ja schon.

Ich erwarte Deine Antwort bald

Herzlichst Deine *Emmy*!

also ganz positiv alles nehmen

Herr *Erhard Lang* wird auch die Stauer-Bern Sammlung samt *Werner's* Bild, welches Mama mir nach *Werner's* Tod zahlte dem Justizministerium überreichen. -

⁴³⁹ Vielleicht ein Bild des flämischen Barockmalers Frans Snyders (1579-1657).

⁴⁴⁰ Patientin hat durch Hinzufügen der Ziffern 1.) und 2.) die Reihenfolge der zu bittenden Personen mehrfach geändert.

Nr. 2410/17: Martin Hoss an einen Arzt im Bellevue, 09.05.1907, Orig., eh., 2 Bg., 6 Ss.

Düren (Rhld.)
((Aachenerstrasse 28.))

9| 5 07

Sehr geehrter Herr Doctor!

Soeben empfang ich Ihren werten Brief und danke für ausführliche Erklärung. Es ist sehr bedauerlich, daß die Erregung meiner Schwester so groß geworden ist, daß sie in die geschlossene Abteilung verbracht werden mußte.

Ich hoffe sehr, daß sie zur Einsicht kommt über die Notwendigkeit ihres Aufenthalts in einer Anstalt.

Das Telegramm hätte meine Mutter, da es zur Annahme führte, meine Schwester wäre auf irgend eine Weise der Anstalt entflohen, sehr aufregen können. Meine Mutter ist seit 8 Tagen an einer Gallen und Leberschwellung sehr erkrankt und wird noch lange Ruhe bis zur Verteilung der Anschwellung nötig haben, und sich später direkt einer Kur unterziehen müssen. Das Telegramm ist ihr natürlich vorenthalten worden. Ein nachlaufendes Telegramm der Schwester hätte uns wohl direkt Aufklärung verschafft, daß sie unter Beobachtung war.

Von der Erkrankung meiner Mutter darf meine Schwester natürlich nicht das genau richtige wissen. Wir schreiben einen Ihnen zuzusendenden Brief über eine andere Erkrankungsart an meine Schwester, die Hinfahrt meiner Mutter wäre nicht möglich etc., den Sie nach Einsicht ihr überhändigen wollen.

Da meine Schwester vom Inselhotel aus auch an *Frieda* telegraphiert hatte, so haben wir den Wunsch, daß dieselbe zurückgerufen werden muß, sobald meine Schwester sich nach ihr sehnt. *Frieda* versteht ja naturgemäß als alte Pflegerin, die [in Dok. steht an dieser Stelle durchgestrichen "mit"] bei meiner Schwester schon länger im Hause war, deren Wünsche und Art genauer und fühlt dieselben heraus, als eine Fremde bei aller Pflichttreue es thun kann.

Um zu wissen, in welchem augenblicklichen Geisteszustand meine Schwester ist und um zu wissen wie man sich ihr gegenüber im Briefwechsel stellen soll, ist es uns lieb fortlaufende Schilderung ob sie wirr oder klar ist durch die Pflegerin zu erhalten, die ja dem Arzte durch die vielen Schreibereien zu viel kostbare Zeit wegnehmen würden. Sie wissen ja auch, daß *Frieda* zu Hause nur auf Urlaub ist und von uns bis auf weiteres immer gehalten wird.

Ich ersuche auch höflich um Einsendung aller jetzt an die Familie gerichteten Briefe, da uns dieselben Aufklärung über ihre Gedanken und über den Einfluß den der Wechsel in ihrer Freiheit auf sie gemacht hat, geben.

Mit vorzüglicher Hochachtung

grüßt
Martin Hoss

Nr. 2410/18 Otto von Holst an Dr. Robert Binswanger, 10.05.1907, Orig., eh., 1 Bg., 2 Ss.

Mitteilung
Curanstalt Belle-vue

Konstanz, Kreuzlingen, 10. Mai 1907.

L[ieber] R[obert]

Beiliegend eine Aufforderung erneut in dem Russ. Medicinal Kalender zu inserieren. Das Vorspiel mit Frau *Haller* am Dienstag Abend hat Mittwoch früh 8 ½ Uhr sein Nachspiel gefunden. Um 8 Uhr wurde ich mit der Meldung gerufen, Frau *Haller* hätte seit 5 Uhr gepackt und wolle fort. Ich war sofort zur Stelle und fand die Pat. auf's höchste erregt, sie beschimpfte nicht nur ihre Familie sondern uns alle schlug auf den Tisch, sprach mit gehobener ja störend lauter Stimme und verlangte ihre sofortige Entlassung in's Inselhotel. Alle Beruhigungsversuche halfen nichts ich liess also einspannen und fuhr Frau *H.* mit der Schwester in die Tannegg. Vor der Tannegg weigerte Fr. *H.* sich auszusteigen, so dass schliesslich Gewalt nöthig wurde. Um 9 Uhr war Patientin gebadet und in Fr. *Trautweins* Zimmer, die in die Maria übergeführt wurde. Mich hat Fr. *H.* bisher nicht vorgelassen, doch ist sie momentan völlig ruhig findet es in der Tannegg sehr schön, malt und beschäftigt sich. Die Schwester Gertrud ist bei der Kranken geblieben. Meiner Meinung nach ist Frau *H.* in der Tannegg am besten untergebracht und würde ich rathen ihr sobald als möglich die *Bucksche* Wohnung zu geben zumal Frau *Buck* jetzt tagelang deutlich gebessert erschien. Herrn *Martin Hoss* habe ich den ganzen Sachverhalt geschrieben habe aber zu einem Besuche noch nicht eingeladen zumal Fr. *Haller* nur von ihrem Bruder *Friedrich Hoss* etwas wissen will. Beiliegend ein Brief von *Georg Koch* Frau *Metzger* ist eine ganz demoralisierte Morphinisten hat Stromann angeführt, selbst nebenbei gespritzt, ich habe heute nach einer Schwester telegraphiert, die Frau erscheint so zurückgegangen, dass sie hier wohl keinen Herren anregen wird. *V[on]. Roth* kommt Montag. *Tobler* ist mit Abreise *L. V.* im Ganzen einverstanden meint jedoch ob *Lina* sich nicht vielleicht lieber die Kinder kommen lassen sollte um mit ihnen die Pfingsttage etwa in Ueberlingen zu verbringen - solch ein Blödsinn! *Lina* selbst tendiert nach Sulzbach sie fürchtet den Aufenthalt dort nicht zumal die Mutter verreist. Fr. v. *Ruttersdorf* fragte ob Du *Martin* eventuell wenn er von ihrem Mann fortkäme hier anstellen würdest, nur unter dieser Bedingung würde sie sich von ihm trennen.

Sonst nichts besonderes, Emma besser.

Viele Grüße,
Otto

Nr.2410/19: Emmy Haller an Oberstaatsanwalt Rabe, einer von insgesamt drei an "Oberstaatsanwalt Rabe Cöln a Rh." adressierten Briefe in einem gemeinsamen Umschlag, wahrscheinlich vom 18.05.1907, Orig., eh., 1 Bg., 1 S.

Sehr verehrter Staatsanwalt,

Was ist die beste Vorlage mir weiterzuhelfen?
Ich bitte so sehr darum

Ihre Sie hochverehrende
Emmy Haller

Nr. 2410/20: Emmy Haller an Oberstaatsanwalt Rabe, einer von insgesamt drei an "Oberstaatsanwalt Rabe Cöln a Rh." adressierten Briefe in einem gemeinsamen Umschlag, 18.05.1907, Orig., eh., 1 Bg., 2 Ss.

Kreuzlingen. Bodensee, Dr. Binswanger
18. Mai 07.

Hochgeehrter Herr Oberstaatsanwalt!

Wollen Sie im Andenken meines verewigten treuen Gatten die Güte haben sich sich Herr bei Herrn Dr. Curella Godesburg a Rh sowie bei Fräulein Zimmermann, der Oberpflegerin der Ehrenwall'schen Anstalt Ahrweiler zu erkundigen, weshalb Frl. *Elsbeth Gudbrod*, die Herr Pfarrer *Johannes Sautter* mir als Gesellschafterin u. Lebensgefährtin vorgeschlagen hatte, abgewiesen wurde? Man ging in Ahrweiler widerrechtlich vor, meine Verwandten wurden dadurch geblendet u. brachten mich auf's neue in eine Anstalt. Darf ich Sie höflichst bitten, die Angelegenheit in die Hand nehmen zu wollen u. meinen Verwandten Mittheilung zu machen.

Ich möchte nach Cöln ziehen, wo ich sehr viel Liebes habe, in Düren will man mich nicht, weil mein Schwiegervater auch gern wo anders zieht; ich möchte zur Thatkraft im edelsten Sinne zurück, bitte verhelfen Sie mir dazu. -

Ihre Sie hochverehrende u. an alte Bande denkende
Emmy Haller.

Nr. 2410/21: *EmmyHaller an Frau von Leyen, 27.07.1907, Orig., eh., 1 Bg., 4 Ss.*

Kreuzlingen-Bodensee
Belle-vue.

27. Juli 07

Liebe Frau von Leyen!

Viel lieber möchte ich Ihnen sagen dürfen, hoffend, daß Sie u. die lieben Ihren sich wohl befinden. Ihr junges Paar wird jetzt in Berlin sein u. Sie gewiß hauptsächlich in Ihren Gedanken bei Ihnen wie Mama bei mir.

Ich hoffe, daß ich Ende August in meine Heimat zurückkehre, um zu sehen, ob es Allen recht ist, wenn ich mich in Cöln ansiedle, indem ich eine Etage miete.

In Düren bin ich zu viel, Mama u. meine Schwiegereltern leben gern allein u. besuchen mich lieber auswärts u. werden besucht. -

Mama war viele Wochen krank, 9 Wochen war sie krank, kann jetzt mit ihrer Begleiterin nach Kissingen gehen; ich hätte sie so gern dorthin begleitet, es wäre nicht angebracht gewesen. Meine Geschwister sind zum Teil verreist u. senden frohe Nachrichten; eines meiner Geschwister-Paare erwarte ich bald. - Bei Frau Dr. Binswanger, geborene Gildemeister aus Bremen, lernte ich deren Tante Fräulein Hasenclever aus Bremen kennen, welche die Tochter *Lichtenfeld* kannte. Ich halte mich hier ganz zurück, da kleine Beschäftigungen mir am besten thun.

Man schont mich nur zu sehr.

Am Bodensee kann man wunderbar Beobachtungen in der Landschaft u. im Volksleben machen. Ich sah neulich höchst reizende Aufzeichnungen auf dem Bodensee durch die liebe Plauderei meines Schwesterchens, was mir viel davon erzählt. Sie liebt Musik u. ist lieb u. anschmiegend nach allen Seiten hin. Ich denke so viel an Frankfurt u. unser Leben da u. habe viel Heimweh.

Später von Cöln aus darf ich Ihnen hoffentlich einen Gruß senden u. mich nach Ihrer aller Ergehen erkundigen. -

Mit den herzlichsten Grüßen an Sie alle
Ihre Sie stets liebende u. verehrende

Emmy Haller

Nr. 2410/22: *Emmy Haller an Frau von Ehrenwall, 27.07.1907, Orig., eh., 1 Bg., 3 Ss.*

Kreuzlingen
Bodensee

27. Juli 07.

Sehr geehrte liebe Frau von Ehrenwall!

Viel lieber möchte ich Ihnen sagen dürfen, hoffend, daß Sie u. die lieben Ihren sich wohl befinden. Ihr junges Paar wird jetzt in Berlin sein u. Sie gewiß hauptsächlich in Gedanken bei Ihnen wie Mama bei mir. Ich hoffe, daß ich Ende August in meine Hei-

mat zurückkehre, um zu sehen ob es allen recht ist, wenn ich mich in Cöln ansiedle, indem ich eine Etage miete.

In Düren bin ich zu viel, Mama u. meine Schwiegereltern leben gern allein u. besuchen mich lieber auswärts u. werden besucht. -

Mama war viele Wochen krank, 9 Wochen lag sie zu Bett, ich hatte viel Sorge um sie. Jetzt wird sie mit ihrer Begleiterin nach Kissingen gehen. Meine Geschwister sind zum Teil verreist u. senden frohe Nachrichten; eins meiner Geschwisterpaare wird mich bald abholen. - Es würde mich sehr freuen, dürfte ich einmal über Ihren Herrn Sohn hören u. wie es Fräulein *Marie* geht.

Ich lebe hier noch mehr für mich als in Ahrweiler u. suche mich zu beschäftigen. Die Natur u. alles Wertvolle, welches die Umgegend bietet ist da, aber ich sehne mich sehr danach endlich mein Heim einrichten zu können u. hoff es jetzt wagen zu dürfen. -

Leben Sie wohl u. behalten Sie lieb -
Ihre Sie allzeit verehrende

Emmy Haller.

Nr. 2410/23: Emmy Haller an Richard Hoss, 27.07.1907, Orig., eh., 1 Bg., 3 Ss.

Kreuzlingen - Bodensee
27. Juli 07.

Lieber *Richard*!

Ich bin unangenehm im höchsten Grade, ich möchte nach Deutschland in ein Hôtel bald einziehen in Cöln. - Es ist nicht recht daß Ihr mich merkt, holt mich ab; Ich hab genug Krankenhausgewäsch. -

Emmy.

verte!

Die Schwester wird zu oberpflegerhaft; sie hat genug Carriere gemacht. -

Ich habe meinen Austritt zum 15. Aug. angemeldet, *Frieda* geschrieben; beordre Du sie ebenfalls nach Constanz Insel-Hôtel u. holt mich dorthin; es ist besser daß Schwester nicht bei mir bleibt; Schwester Gertrud pflegt lieber Andere, weil sie die Kraft dazu hat.

Emmy.

Bitte Telegramm wann Du kommst.

Bestelle Zimmer 2 im Inselhotel, kühle Lage mit Balkon.

Frieda darf mal hier mit einpacken, weil hier *Wagner* meinen Koffer hat.

Also fertig u. bitte kommt. -

Ich möchte lieber in Cöln wohnen wie in Berlin, weil ich nur da Euch zur Verfügung sein kann u. auch von da öfter nach Düren kann, wenn auch in heiterem Sinne.

Nr. 2410/24: Prof. Westphal an Arzt im Bellevue, 02.08.1907, Orig., eh., 1 Bg., 3 Ss.

Professor A. Westphal

Bonn, den 2. August 1907
Cölustr. 206

Sehr verehrter Herr Kollege!

Dem Wunsch des Herrn *Richard Hoss* folgend erlaube ich mir Ihnen die Abschrift meines kurzen – zum Zwecke d Einleitung d Entmündigung d Frau *Haller* angefertigten Zeugnisses zu übersenden. An d Diagnose einer ächten [sic] Paranoia möchte ich allerdings nach dem Verlauf d Krankheit, wie er mir geschildert worden ist, kaum noch festhalten. Es soll ja ziemlich schnell große Zerfahrenheit des Denkens/ Demenz?) eingetreten sein – eine Einreihung in ein ganz bestimmtes Krankheitsbild ist vielleicht, wie so häufig wie [sic] bei diesen schon belasteten Fällen, überhaupt nicht möglich. Es würde mich lebhaft interessieren von Ihrer Auffassung des Falles zu hören! Ich bin mit d Ausstellung eines schriftlichen Entmündigungsgutachtens vom hiesigen Amtsgericht beauftragt worden, werde dasselbe jedoch erst im Laufe des September anfertigen können, da ich da ich jetzt einen längeren Urlaub antrete. Sehr verbunden wäre ich Ihnen, wenn Sie mir dann die bei Ihnen geführte Krankengeschichte zu diesem Zweck freundlichst überlassen würden, damit ich über den jetzigen Zustand der Patientin orientiert bin. Ich werde mir erlauben nach Rückkehr von meiner Reise an Sie deßwegen zu schreiben. Ich bedaure sehr, Sie verehrtester Hr Kollege, so lange nicht gesehen zu haben, hörte aber zu meiner Freude durch Ihren Bruder, dass es Ihnen u. den Ihrigen gut geht.

Mit bestem Gruß und vielen Empfehlungen auch an Herrn Dr. Smidt,

Ihr aufrichtig ergebener
A. Westphal

Nr. 2410/25: *Emmy Haller* an Dr. Binswanger, 04.08.1907, Orig., 1 Bg., 1 S.

Kreuzlingen
Tanegg
Bodensee
4. Aug.07

Sehr geehrter Herr Dr. Binswanger!

Ich biete Ihnen meinen Besitz an oder sollen wir das Suleika - Vermögen oben anlegen.
Ich war schon öfter Giovanna.

Ihre Sie verehrende
Emmy Haller

Nr.2410/26: *Emmy Haller an Richard Hoss, 05.08.1907, Orig., eh., 1Bg., 1S.*

Kreuzlingen Bodensee
5. Aug. 07.

Lieber *Richard!*

Ich geh nach Aachen in Cöln ist mir zu viel Verkehr.

Deine treue Schwester
Emmy.

Nr. 2410/27: *Bestellung von Emmy Haller, an keine bestimmte Person gerichtet, 05.08.1907, Orig., eh., 1 Bg., 1 S.*

Villa Fanegg.

den 5. Aug. 1907.

Die Werke Bountet de Monvel⁴⁴¹
sowie die Werke Darwin´s

Adr. Frau Oberlandesgerichtsrat Dr. *Werner Haller*
Lagerhaus Hermens Aachen
mit der Bemerkung nach Cöln Lagerhaus Hermens zu senden.
Absendungsschein erbeten.

Nr. 2410/28: *Emmy Haller an Dr. Binswanger, 22.10.1907, Orig., eh., 1 Bg., 1 S.*

[an dieser Stelle befindet sich ein großes gemaltes Bild des Seehotels, um das herum
Folgendes geschrieben steht:]

Neu erbaut - Eröffnet 1907

Das ganze Jahr geöffnet

Modernst eingerichtet

70 Betten

Einzelne Zimmer und

Familienwohnungen mit Bad

Pension

Grosse Terasse mit herrlicher Aussicht
auf See- und Alpen

Omnibus zu allen Zügen und Schiffen

Automobil

Autocarage

⁴⁴¹ Wahrscheinlich Louis Maurice Boutet de Monvel, bekannter Kinderbuchillustrator.

SEE-HOTEL
- HOTEL DU LAC -
TELEFON No 147.

KONSTANZ AM BODENSEE, den 22. Okt. 1907.

Sehr geehrter Dr. Binswanger!

Da ich bereits zurück in´s Seehôtel ging, bitte ich freundlichst mir meine Sachen senden zu wollen. Meine Pension läuft bei Ihnen wie gesagt bis zum 1. November fort. Schwester Gertrud Spät ist entlassen.

Meine freundlichste Empfehlung:
Frau Oberlandesgerichtsrat Dr. *Werner Haller* geb. *Emmy Hoss*.

Nr.2410/29: Emmy Haller an Martin Hoss, 22.10.1907, Orig., eh., 2 Bg., 8 Ss.

Villa Tannegg.
Constanz.
Belle-vue
Dr. Binswanger
22. Okt.07.

Lieber *Martin*!

Da ich kein Vertrauen mehr zur Schweizer Erde habe, ging ich heute nach Constanz in´s Seehotel. Von dort ließ ich Dir telegrafieren Du möchtest sofort in´s Belle-vue kommen. Ich muß baldigst fort von hier. Die Preise sind zu teuer u. ruinieren mein ganzes Vermögen, auf alle Zukunft hin.

Herr Dr. Binswanger habe ich zum 1. November gekündigt, er sprach sich aber sehr unvollkommen aus ob er mich entlassen würde, indem er mir sagte "Gehen Sie nicht nach Düren, dort bringt man Sie in eine Anstalt." Aus dem Grunde ging ich heute auf deutschen Boden. Meine ganze Sittlichkeit drängt mich dazu baldigst von hier fortzukommen u. ganz in *Werner's* u. meinen Lebenstraum [?], meinen Besitz selbst zu wahren u. mir die neue Häuslichkeit in Düren zu gründen. Nur so werde ich ebenfalls dem großen Vertrauen gerecht, welches Schwiegervater in mich gesetzt hat. Im Seehotel bin ich von Herrn Dr. Bader, Frl. Brodtmann u. Schwester Gertrud abgeholt u. mit Gewalt hierher zurückgeführt worden, weil es gegen meine Überzeugung ging zu folgen. Herr Dr. Bader hat mit jetzt aber hier versprochen, in dem Sinne vermitteln zu wollen, daß ich von hier fort kann, er will *Richard* schreiben. Er befürchtet, daß er mich noch nicht ganz aus einem Sanatorium entlassen kann, weil mein Nervenleben noch nicht ganz regelt. Er ist sehr gewissenhaft u. sehr ängstlich für seine Patienten bedacht; ich habe im gerade erklärt dass der letzte Rest von oftmaligen Schwermutseindrücken und innerer Erregung mir eine baldige Aufnahme meiner nächstliegenden Pflichten in der Heimat nehmen wird. Herr Dr. Bader kann hoffentlich in richtiger Weise durchdringen; jedenfalls weiß er daß ich Deinen sofortigen Besuch erwarte. Vom Seehotel aus habe ich mir nach dorthin an Frau Oberlandesgerichtsrat Dr. *Werner Haller* geb *Emmy Hoss* von der

Dürener Bank 900 Mk bestellt. Schwester Gertrud musste ich entlassen; weil sie intrigiert. Bittenehmt Euch meine kleinen Nervositäten nicht zu Herzen, wohl aber meinen hier zu sehr schwindenden Geldbeutel.

Herzlicher Gruß
Deine treue Schwester *Emmy*.

NB. Ich hatte mit Dr. Binswanger verabredet bis Mitte September hier zu bleiben, man hält mich länger hier, Geld gibt man mir nicht in die Hand. Was die Schwester aufgegeben am Bureau weiß ich nicht genau, sie ist aber durchaus unexakt erzogen. Also bitte komme bald u. nehmt mich mindestens zum 1. Nov. fort: Herr Dr. Binswanger hat kein Recht mein Vermögen so in Anspruch zu nehmen u. Ihr habt ebenfalls mir so Liebes erwiesen, dass ich sehr darauf vertraue. Ihr habst [sic] in dem Sinne, dass ihr mich direkt nach Cöln abholt. Von hier kann niemand mit, wie mir erklärt wurde, auch Schwester Gertrud drückt sich so no[nc]halant u. unbestimmt aus. Allein lässt man mich nach Überzeugungen von Herrn Dr. Binswanger auch nicht von hier abreisen. Dieser Brief gilt ebenfalls für *Richard* und Mama.

Nochmals *Emmy*.

Nr.2410/30: Emmy Haller an Richard Hoss, 04.11.1907, Orig., eh., 1 Bg., 3 Ss.

Villa Tannegg.
Costanz.
Kuranstalt Belle-vue

4. Nov. 07

Lieber *Richard*!

Herr Dr. Binswanger erzählte mir gestern kurz, daß Du am 14. Nov. kommen willst. Ich bin Dir unendlich dankbar dafür u. hoffe von ganzem Herzen, daß damit der Abschluß meines hiesigen Aufenthalts erreicht ist. -

Die große Entfernung von der Heimat u. das ganz einsame Leben erregen u. spannen meine Nerven dennoch ab.

Sonst habe ich mich ja sehr erholt. Hier ist es aber nicht mehr recht für mich. Auch empfinde ich die sehr feuchte schwere Luft die der Herbst hier hat als sehr unangenehm. Am Besten fahren wir wohl direkt bis zu Mama nach Düren durch. Ich bat Mama schon für diesen Fall *Frieda Groß* mitreisen zu lassen in meinem Auftrag. Meiner Schwester hatt ich gekündigt, schon einmal im August, was sie nicht annahm, dann jetzt vor einigen Tagen. Sie hatte vor aus vaterländischem Krankendienst auszutreten u. zu ihrer Mutter zurückzukehren.

Bitte danke *Carla* sehr für ihren lieben Brief, der mir so innig wohl that u. nimm Du mit den lieben Deinen die innigsten Grüße Deiner treuen

Schwester *Emmy*.

Nr. 2410/31: Entmündigungsschreiben des Königlichen Amtsgerichts in Düren, adressiert an die Binswangersche Kuranstalt Bellevue, 21.11.1907, Orig., mschr., 1 Bg., 2 Ss.

4.E.8/07. 19.

Beschluss.

Die am 1. Januar 1865 zu Düren geborene Frau Witwe Oberlandesgerichtsrat *Werner Haller Katharina Emma* geborne *Hoss*, evangelisch, vermögend, zur Zeit in der Binswanger'schen Kuranstalt Belle-vue in Kreuzlingen (Schweiz) untergebracht, wird wegen Geisteskrankheit entmündigt.

Die Kosten des Verfahrens werden derselben zur Last gelegt.

Gründe:

Nach dem Gutachten des Professors Dr. Westphal in Bonn steht Frau *Haller* völlig unter dem Einfluss von Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Diese Wahnvorstellungen beherrschen ihren Gedankengang nach den verschiedensten Richtungen, sie drängen sich bei allen ihren Handlungen ein und beeinflussen dieselben in der schädlichsten Weise. Ihr krankhaftes Mißtrauen, ihre Beeinträchtigungsideen in Verbindung mit den Vorstellungen der Überschätzung der eigenen Person und Verhältnisse, die sie zu dem [sic] unsinnigsten Schenkungen und Käufen veranlassen, müssen die schwersten Schädigungen ihrer Interessen zur Folge haben. Ihre Urteilslosigkeit verbunden mit einer ausgesprochenen Zerfahrenheit des Denkens *ist ist* [sic] eine so grosse, dass ihr die selbständige Wahrung ihrer Interessen unmöglich ist.

Frau *Haller* ist nach dem erwähnten Gutachten als geisteskrank zu erachten. Ihre Entmündigung ist daher gerechtfertigt auf Grund des § 6 B.G.B.

Die Kostenentscheidung stützt sich auf § 658 C.P.O.

Düren, den 21. November 1907.
Königliches Amtsgericht, Abteilung 4.
gez. Schmitz,
Ausgefertigt:
[unleserliche Unterschrift]
Gerichtsschreiber
des Königlichen Amtsgerichts. Abt.4.

An

[folgendes ist eh.:]

Die Dr. Binswanger'sche
Kuranstalt „Bellevue“
in Kreuzlingen

Richard Hoss
Düren

Düren, den 23. Novbr 1907

Sehr geehrter Herr Dr. von Holst!

Ich versprach Ihnen Nachricht über das Befinden meiner Schwester zu geben. Die Reise ist gut verlaufen; in Bonn hielt ich, mit meiner Mutter im Einverständnis, einen Versuch längeren Aufenthalts nicht für geraten und so ist meine Schwester dann am vergangenen Montag bereits in ihr Elternhaus gekommen.

Es ist eine erhebliche Erleichterung eingetreten durch den Wechsel und die ersten Tage waren recht erfreulich.

Jetzt beginnt aber sich schon der Widerstand gegen jeden empfundenen Druck bemerkbar zu machen. Fräulein *Lachmann* hat sie gekündigt, die Aufhebung der Entmündigung will sie beantragen, ein eigenes Haus mieten oder bauen; mit *Frieda*, die sie engagieren will, allein reisen, während meine Mutter mit ihrer Gesellschafterin reisen soll.

Vorläufig lässt sich jeder Wunsch noch leicht fortschieben und sie lässt sich zu der vorläufigen Zustimmung bewegen, dass für die nächste Zeit ein ruhiger Aufenthalt im Elternhause und danach eine längere Reise nach dem Süden das beste für sie sei.

Das Unwohlsein, welches bei der Ankunft von Bonn eingetreten war, scheint sie weniger belästigt zu haben; körperlich ist sie wohl und isst reichlich.

Heute hatte sie sich den Hausarzt meiner Mutter gebeten, San.-Rat Dr. Didolff, und sich eine Stunde mit ihm unterhalten, hauptsächlich wohl um durch ihn Wünsche bei den Verwandten befürworten zu lassen.

Dr. Didolff erachtet auch als das einzige, was zu thun bleibt, sie so lange als möglich im Elternhause zu halten; dass der Tag kommen würde wo hierzu keine Möglichkeit mehr sei, und dass er eine besonders lange Dauer nicht erhoffen könne hat er meiner Mutter gesagt.

Einstweilen ist sie gegen meine Mutter noch recht herzlich und für eine Zahl von Tagen ist für diese jedenfalls ein Glück und eine Beruhigung herbeigeführt worden.

Indem ich Sie bitte mich Herrn Dr. Binswanger, Frau Gemahlin und Fräulein Schwester zu empfehlen, verbleibe ich,

mit vorzüglicher Hochachtung,
Ihr ergebenster
Richard Hoss

Nr.2410/33: *Martin Hoss an Robert Binswanger, 25.11.1907, Orig., eh., 1 Bg., 4 Ss.*

Düren d. 25.11.07

Sehr geehrter Herr Doctor!

Die Reise meiner Schwester nach hier ist sehr gut verlaufen. Sie hat sich bereit gefunden fürs Erste ruhig bei meiner Mutter zu leben und keine Pläne mit eigenem Haushalt verwirklichen zu wollen und scheint sich nun zufrieden zu geben, da sie aus der Auseinandersetzung mit uns merkte, daß eine Änderung im Grade ihrer Selbständigkeit und Entmündigung nicht zugegeben würde, wenn dieser Stand derselbe wie früher bleibt. Es ist ihr ja der Wunsch in der Nähe ihrer Verwandten zu sein erfüllt. In den letzten Tagen war meine Schwester sehr frisch und verträglich. Es wäre zu hoffen, wenn sich auch weiter so mit ihr laviere ließe, daß sie hier bleiben kann, was sie anscheinend glücklicher und zufriedener macht. Wir haben es sehr bedauert, daß ihr Drang zur Heimat sie zu solcher Unruhe brachte, daß die Weiterbehandlung in Ihrer Anstalt nicht noch für einige Zeit fortgesetzt werden konnte. Meine Schwester war nun auch über 1 ½ Jahre weg; vielleicht wird sie bei einem eventuellen Rückfall ihrer Krankheit eher den Nutzen einer Anstaltspflege einsehen, wenn sie ihren früheren Verkehr wieder gehabt hat. Ich teile Ihnen auch noch mit daß das Kistchen mit Schmucksachen von der Thurgauer Bk. angekommen ist.

Mit der Bitte mich den Damen und Herrn Dr. Binswanger bestens zu empfehlen, verbleibe ich mit vorzüglicher Hochachtung

Ihr ergebener

Martin Hoss

Nr.2410/34: an das Bellevue gerichtetes Schreiben eines Staatsanwaltes, 26.11.1907, wahrscheinlich Orig., eh., 1 Bg., 1 S.

Der Erste Staatsanwalt

Aachen, den 26. November 1907

[Aktenzeichen]

Die in dortiger Anstalt untergebrachte Frau Witwe Oberlandesgerichtsrat *Werner Haller* geb *Hoss* aus Düren, ist durch Beschluß des Königlichen Amtsgerichtes in Düren vom 21. November 1907 - 4. E 8/07 - für entmündigt erklärt worden

Im Auftrage

[unleserliche Unterschrift]

An die
Dr. Binswanger´s
Curanstalt Belle-vue
in Kreuzlingen

Nr.2410/35: *Emmy Haller an Richard Hoss, ohne Datum, Orig., eh., 1 Bg., 1 S.*

Lieber *Richard*.

Mich stützend auf dies [?]werk verlang ich diese Wägung!
Herzlichst bitte ich Dich meine Bitte auszuführen.
Seid brav!
Tante *Emmy* will auch mal andre Kinder sehen!

Viel Liebes Deiner treuen
Emmy.

Nr. 2410/36: *einer von drei sich zusammen in einem Umschlag befindenden Briefen Emmy Hallers an Oberstaatsanwalt Rabe, ca. 18.05.1907, Orig., eh., 1 Bg., 2 Ss.*

[auf Briefumschlag steht:]
Herrn Oberstaatsanwalt Rabe
Cöln a. Rh.

[jetzt beginnt Brief]

Kreuzlingen, Bodensee, Dr. Binswanger.

Hochverehreter Herr Oberstaatsanwalt!

Wollen Sie im Andenken meiner im Andenken meines verewigten treuen Gatten die Güte haben, sich Herrn bei Herrn Dr. Curella Godesburg a Rh sowie bei Fräulein Zimmermann, der Oberpflegerin der Ehrenwall'schen Anstalt Ahrweiler zu erkundigen, weshalb Frl. *Elsbeth Gudbrod* die Herr Pfarrer *Johannes Sautter* mir als Gesellschafterin u. Lebensgefährtin vorgeschlagen hatte, abgewiesen wurde?

Man ging in Ahrweiler widerrechtlich vor; meine Verwandten wurden dadurch geblendet u[nd] brachten mich auf's neue in eine Anstalt; ich bin sehr gerne hier, weil alte Bande der [gestrichen: Intimität] Pietät mich festhalten [Rest unleserlich]

Nr. 2410/37: *Emmy Haller an Prof. Hoffmann, ohne Datum, Orig., eh., 1 Bg., 2 Ss.*

Sehr geehrter Herr Prof. Hoffmann!

Wollen Sie die Güte haben mich abzuholen u. mich nach Cöln zu geleiten.
Meine Geschwister bestimmten mich zu Binswanger zu gehen ich wollte gleich von Ahrweiler aus Cöln, Hotel Oisch, wurden alle Bestellungen zurückgehalten durch Frl. Zimmermann.

Man küßt einer Dame die Hand wenn man sie leiden sieht, wie das bei Frl. Zimmermann angebracht war, sie giebt Rosen zum Abschied

Nur holen Sie mich ab bitte sehr

Ihre Sie sehr verehrende
Emmy Haller

Nr. 2410/38: Emmy Haller an Landesgerichtsrat Frank, Düsseldorf, sowie an Herrn und Frau Bernhard von Baiersbach, Wimerken, ohne Datum, Orig., eh., 1 Bg., 1 S.

Geht leise wie der Wind

Nr. 2410/39: Emmy Haller an Dr. Dannenberger, ohne Datum, Orig., eh., bei dem Dokument handelt es sich um einen auf beiden Seiten beschrifteten Briefumschlag. Im Umschlag befinden sich drei von der Patientin beschriftete Papierschnipsel.

[Die eine Seite des Umschlags:]

Herrn Dr. Dannenberger
Ahrweiler a. d. Ahr

[Die andere Seite des Umschlags:]

Zwei Servietten - Mappen mit Litze u. S[?] dazu [offensichtlich eine Handarbeit]
Eine für Zimmermann zu Händen von Herrn Dr. Dannenberger
Eine Mama zu Händen von *Richard*.

[erster Schnipsel:]

Zwei Servietten Mappen mit Litze und S[?] eine für Dr. Zimmermann u. eine für Mama.

[zweiter Schnipsel:]

Vorhang nähen für [...] u. [...] nach Muster wie unser Vorhang war, der jetzt bei Mama

[dritter Schnipsel:]

Zwei Servietten – Mappen mit Litze dazu nach Ihrem Vorbild liebe Schwester

Nr. 2410/40: von Emmy Haller mit zusammenhanglosen Sätzen beschriebener Umschlag, ohne Datum, Orig., eh.

Und alles dieses kommt gemeinsam wohl zurück
ganz objectiv zu nehmen

Herr Dr. Dannenberger behält alles was ich ihm sandte

mir hätte ich gern mein kleines Kinderbuch zurück um meinem Jungen später zu erziehen. Die drei kleinen Aquarell Bilder wie das Heft enthält werden enfalls [sic] zum Spiel für Sie verwendet.

1 heißt *Emmy* u. ihr kleiner Adoptivsohn. Heißt sehr u. stolz einmal.

Berlin

So muß Papa *Hugo* mir auch bis an mein Lebensende das halten, was *Werner* sagte sandte

Nr. 2410/41: Notizen Emmy Hallers, ohne Datum, Orig., eh., 1 Bg., 4 Ss.

[Seite 1:]

Ich verlange daß man mir alles zurückgibt was ich ich mag nach *Werners* Tod verschenke, d.h. lediglich die Bußnadel die ich *Bertha Haller* (Tochter von *Christian* und *Irene Haller*geborene *Grossmann* aus zu weit gehender Liebe schenkte die kleinen Hemdenknöpfe die ich meinem Bruder *Friedrich Hoss* für *Rüdiger* sandte, die Brillanthemenknöpfe, die ich *Peter* Sohn von *Wilhelm* u. *Caroline Haller* geb *Miller* sandte.

Herr Oberlandesgerichtspräsident Excellenz Dr. Hagens gibt mir 16 Mk für die Blumen die ich seiner Gattin sandte.

Ebenfalls alles, was ich *Andreas* u. *Christian* noch aus dem Hause Constanzer schenkte; die Ärzte, zuerst Herr Dr. Dannenberger

[Seite 2:]

erklärten, daß ich gleich nach meines Gatten Tod, wohl schon vorher hat Herr Dr. Blum mich deshalb so sorgsam umgeben, unzurechnungsfähig war. -

bitte lieber Herr Dr. Dannenberger Sie haben meine linke Hand schon lange besorgen Sie auch dieses u. schreiben Sie allem auf ihre reine Weise d.h. auf die einfachste Weise der Welt nachdem es geschehe, sonst bitte senden Sie mir alles wieder ganz hieher [sic] zurück, ohne Rembrandt, Dürer u. was ich Ihnen gab od. geben werde. -

Ihre Sie verehrende Frau *Emmy Haller*

(Auch Opal, Diamant und kleiner Fächer kommt zurück. Diese drei Gegenstände werden nie von mir zurückgenommen, weil Herr Dr. Dannenberger die linke Hand braucht)

Werner konnte diese Leute all nicht leiden u. deshalb will ich es zurück, nur die schönen Miniaturbilder von Tante *Martina Müller* u. die Miniatur-Ahnenbilder, Urgroßeltern in Stollberg welche ich Mama *Hoss – Beckmann* nach dem Tode meines Gatten [Zusatz am Ende des Briefbogens: das heißt von der Anstalt Ehrenwall aus wo sie mich gar nicht verstehen wollte und doch] sandte verbleiben ihr nur äußerst eventuell.

[Seite 3:]

ich beziehe mich an die kurzen knappen Notizen die mein Gatte dem Testament hinzugefügt, samt verschlossenem Brief, dessen Inhalt ich nicht kannte. -

[Seite 4:]

[Folgendes ist alles mit einem großen Kreuz durchgestrichen:]

kleine Enziane mitbringen

Immergrün

Hahnenfuß holen
Kutscher Carl fährt vielleicht
Kleine weiße Leinen-Servietten Kaffeervisite wie *Peter* u. Duisburg
Zwölf mit weißem Band
6 mit weißem Band für Schwester Gertrud
es könnte ja auch gelb grau sein
kleines Servietten mit [?] Mappen für [?] Kind bestellen...von Mama zu Weihnachten
wünschen
[der Rest ist nicht durchgestrichen:]
Sie sind gewesen Herr wenn Sie nicht alles wiederbringen was ich Ihnen sandte

Nr. 2410/42: an keine bestimmte Person gerichteter Brief Emmy Hallers, ohne Datum, Orig., eh., 1 Bg., 2 Ss.

Mein Buch d.h. das liebe Buch meines Gatten kommt in zwei Auflagen heraus, drei Exemplare in Oker, innen, eins in grau innen
wir hatten auch ein Buch vorgeschlagen mit Einband à la Einband Maupassant, mein Gatte ist so von Keller gemalt worden, Keller gab es ihm die beiden hatten ja köstlichen Spaß - Scherz daher wurde das Bild so wunderbar, gehen Sie nur mal zu Mama, da steht er ganz im Erker wo wir getraut wurden
das kann ich nicht ertragen, da wurde ich so wild, daß ich Mama ganz folge u. das soll ein Kind u. dann kommt das was Mama hat, sie tyrannisiert, sie wird derb, wie Papa's hohe Seele mir in diesem Moment es vorsagt (Verzeihung daß ich dieses ausstrich ich kam erst hier zur ganzen Einsicht) [Patientin bezieht sich auf ein wiederholtes „in diesem“] u. wird mich unterdrücken, sodaß ich bald wieder jemand anflehen muß, was ich schon lang gethan habe

Deine *Emmy*

Nr. 2410/43: Sanitätsrat Dr. Peretti an Arzt im Bellevue, 10.04.1908, Orig., eh., 1 Bg., 2 Ss.

**Sanitätsrat
Dr. Peretti.**

Düsseldorf-Grafenberg, 10. April 1908

Sehr geehrter Herr Kollege!

Frau Oberlandesgerichtsrat *Haller*, die im vorigen Jahr in Ihrem Sanatorium war, möchte ihre Entmündigung aufgehoben haben und hat Prof. Westphal in Bonn und mich angegangen, die Sache einzuleiten. Ich möchte mir deßhalb die ergebenste Bitte gestatten, mir die damals bei Ihnen geführte Krankengeschichte für einige Zeit zur Durchsicht zu überlassen. Frau *H.* spricht sich jetzt ganz einsichtig über ihren früheren Zustand aus,

was übrigens, wie mir Kollege Westphal mitteilt, früher in Ahrweiler auch schon vorübergehend der Fall gewesen ist.

Mit kollegialer Hochachtung

Ihr ergebenster
Dr. Peretti

Nr.2410/44: Sanitätsrat Dr. Peretti an Arzt im Bellevue, 25.06.1908, Orig., eh., 1 Bg., 1 S.

**Sanitätsrat
Dr. Peretti.**

Düsseldorf-Grafenberg, 25. Juni 1908

Sehr geehrter Herr Kollege!

Mit verbindlichem Dank sende ich Ihnen die mir freundlichst geliehenen Aufzeichnungen betr. Frau *Haller* zurück. Es wird Sie interessieren zu hören, daß es Ihrer früheren Patientin jetzt recht gut geht und daß sie sich mit überaus bemerkenswerter Einsicht über ihren früheren Krankheitszustand äußert.

Mit kollegial. Hochachtung
Ihr ergebenster

Dr. Peretti

Nr. 2410/45: Emmy Haller an Dr. Binswanger, 12.09.1909, Orig., 1 Bg., 2 Ss.

München den 12. Sept. 09.

Sehr geehrter Herr Dr. Binswanger!

Falls es Ihre Zeit gestattet, würde ich Ihnen sehr dankbar sein, wollten Sie mich noch einmal ärztlich besuchen. - Es würde mich sehr beruhigen, Ihnen noch Einiges erzählen u. Sie noch um Einiges fragen zu dürfen.

Ich bin jeder Zeit da u. liege von diesem Nachmittag ab für 2 Tage zu Bett.

Ihrer freundlichen Antwort entgegensehend,
mit herzlicher Verehrung
Ihre ergebene

Emmy Haller.

München den 14. Sept. 09.

Sehr geehrter Herr Dr. Binswanger!

Um ganz korrekt in meinen Aussagen zu sein, möchte ich im Anschluß an Ihren gestrigen Besuch noch nachholen, daß ich Herrn Sanitätsrat Peretti gegenüber, u. zwar ihm als einzigem Arzt, wohl von meiner Vorstellung, der Gerichtsverhandlung gesprochen, daß ich ihm aber damals noch nicht die Gründe, aus welchen diese Vorstellung hervorgegangen, angeben konnte. -

Im übrigen haben mich ja in meiner Krankheit die Vorstellungen, was verhindert hätte werden können, um das frühhereingebrochene Leide meines Mannes, zurückzuhalten, sehr gequält. Es hatte mir einmal jemand geäußert, daß Krebs durch Überarbeitung u. Kummer entstände u. so furhen denn meine armen Gedanken allem Erlebten nach u. konnten sich nur beruhigen, wenn die sonnige Heiterkeit u. Festigkeit meines Mannes mir wieder ganz in Erinnerung trat.

Sie fragten neulich, weshalb ich so viel gelacht; ich konnte Ihnen damals schon antworten, daß es heitere Erinnerungen waren, die mit unserer Vergangenheit zusammenhingen. Zu diesen Erinnerungen kam auch viel eine augenblickliche harmlose Situationskomik, über welche ich oft hellauf lachen mußte. -

Nochmals herzlichen Dank für Ihr warmes ärztliches Interesse.

Wenn ich an den Bodensee komm, wird mein Erstes sein, Sie aufzusuchen.

Sollte Ihre liebe Frau Gemahlin auf ein Augenblickchen zu mir kommen, so würde mir das große Freude bereiten.

Sonst mit herzlichem Lebewohl

Ihre sehr ergebene

Emmy Haller.

8.2 Krankengeschichte der Akte Nr. 2845

Nr. 2845/1

Krankenblatt; Schreiber: Ludwig Binswanger u.a.; 05.08.1910-06.04.1911, Orig., eh., 5 Bg., 18 Ss.

No. 2845

Curanstalt Bellevue bei Konstanz.

Name:	Schmid, Marianne
Stand:	Kaufmannstochter
Geboren:	08.06.1894
Wohnort:	Strassburg
Tag der Aufnahme:	05.06. [muss 05.08. heißen!] 1910
Tag des Austritts:	06.04.1911.
Diagnose:	Dementia praecox (Hebeph. Form)
Überweisender Arzt:	Dr. Zimmermann – Mülhausen
Die Aufnahme erfolgt in:	Maria.
Erblichkeit:	Angaben der Mutter.
Vater:	1) <i>Potator</i> ; Tyrann; rauer Mensch. Vater des Vaters[:] soll auch <i>getrunken</i> haben († 45 inf. Verwund[un]g im Krieg.) Mutter des Vaters[:] Geschwister des Vaters[:] keine. 19.II.1) Vater bestreitet entschieden, dass Alkohol eine Rolle gespielt habe bei ihm od. s. Vater
Mutter:	2) <i>Hysterika</i> . Weint, sobald sie von sich spricht, 43. Will erst durch d. Ehe nervös geworden sein. Vater der Mutter[:] 73 † an Schlaganfall Mutter der Mutter[:] 72, lebt, rüstig. Geschwister der Mutter[:] 2 Brüder, der jüngste einmal überarbeitet gew[esen]. [am Rand steht mit Bleistift:] <i>Onkel der Mutter</i> mütterl.s. geisteskrank † In den 30er Jahren begonnen, Liebschaften gehabt, Geld hinausgeworfen. 3 Jahre in Anstalt gew[esen]. „ <i>Ramolissement des malais</i> .“ 19.OII. 2) „Bald ein Teufel, bald ein Engel“ laut Vater.
Geschwister:	1.) Pat. 2.) <i>Stefan</i> , mit 18 Tagen an Keuchhusten † 3.) <i>Ann-Kathrin</i> , 12. Etwas nervös. 4.) <i>Gerhard</i> , 8, gut entwickelt, etw. nervös.
Kinder:	
Körperlicher Status am :	08.08.10.

Körperbau:	kräftig
Grösse:	gross
Gewicht:	121 Pfd.
Ernährungszustand:	gut
Gesichtsfarbe:	gut gerötet
Skelett:	
Haut:	An Armen und Knien blaue Flecke. Exkorationen.
Schleimhäute:	gut gerötet.
Zähne:	gut entw.
Gaumen:	gut entw.
Iris:	blau
Ohren:	gut entw.
Schädel:	
Umfang:cm.
Lunge:	o.B.
Spitzenschall:	
Untere Grenze:	
Atemgeräusch:	
Husten:	
Herzdämpfung:	
Obere Grenze:	unt. Rd. d. III. Rippe
Rechte Grenze:	I. Sternalrand
Spitzenstoss:	nicht sicht- u. fühlbar
Herztöne:	rein, laut
1. Ton an der Spitze:	
2. Ton an der Spitze:	
2. Pulmonalton:	
Aortentöne:	
Puls:	95, leicht unregelm. Voll
Arterien:	o.B.
Abdomen:	gespannt
Leberdämpfung:	etw. oberhalb Rippenrand
Stuhl:	etw. angehalten.
Menstruation:	mit B' auf aufgetreten, anfangs sehr unregelm., in der letzten Zeit regelm., 2 Tage dauernd, keine Beschwerden.
	Hämoglobin 80%
Oedeme:	[keine]
Drüsen:	o.B.
Kopfpercussion:	
Augenbewegungen:	+
Cornealreflex:	+
Conjunctivalreflex:	+
Pupillen:	mittelweit u. gleich weit
L.R.	prompt, ausgiebig
C.R.	prompt, ausgiebig
Mundfacialis:	symm.
Augenfacialis:	symm.

Vater glaubt, dass der Betreffende auch mit der Tochter angebändelt habe, äussert sogar den Verdacht, die Tochter sei gravid, da sie einigemal erbrochen habe!?

Erklärt, dass er seine Frau u. diese ihn längere Zeit durch einen Detektiv habe beobachten lassen! Der *Scheidungsprozess*, angebl. vonseiten des Vaters anhängig gemacht, ist im Gange.

Dr. Ebers erklärt auf telephon. Anfrage, die Mutter sei eine sehr anständige Person, die selbst in seinem Sanator. gewesen. Glaubte, dass der Vater durch die Entführung der Tochter eine Pression auf die Mutter ausüben wolle! Der Vater stellt es übrigens der Tochter anheim, ob sie hier bleiben wolle, ist bereit, sie wieder zu Ebers zu bringen, als sie anfangs sich nicht entschliessen kann. Auf telephon. Gespräch mit dem Assistenten bei Dr. Ebers entschliesst sich Pat. ohne deutl. Grund, hier zu bleiben.

Pat. selbst ist bei der Aufnahme in einem schwer definierbaren Zustand. Scheint bald deprimiert, bald lacht sie vergnügt, benimmt sich äusserlich wie eine Erwachsene, sieht viel älter aus. Erklärt, sie sei durch die schwierigen häusl. Verhältnisse sehr erregt worden, sie könne nicht glauben, dass die Mutter schlecht sei, wie der Vater es behaupte, sie liebe ihre Mutter sehr, diese sei aber böse auf sie, da sie bei Ebers über die Familienverhältnisse ausgeplaudert habe; den Vater möge sie nicht, er habe sie durch Geschenke verführt, Aussagen über das Leben der Mutter zu machen! Um den Aufregungen zu entgehen, habe sie *2x Selbstmordversuche* machen wollen, einmal sich vom Strassburger Münster herunterstürzen wollen, einmal bei Ebers sich einen Strick um den Hals gelegt. Giebt selber an, dass sie gern *intrigiere*, eine sehr lebhaft Phantasie habe u. hie u. da erfundene Dinge behaupte. Spricht fliessend, will nur nicht „alles“ erzählen, oft unklar in ihren Angaben und so anspruchsvoll wie ein Kind. Sie habe in Strassburg eine grosse Rolle gespielt, ganz Strassburg habe von ihr gesprochen, weil sie so hübsch sei u. bei den besten Familien Empfang gefunden habe. Sie sei durch viel Complimente verwöhnt worden. Ernsthafte Liebesgeschichten habe sie nicht gehabt.

Abends nach der Abreise des Vaters sehr vergnügt im Bett, lacht, kokettiert mit den Augen, erzählt von Baden, dass sie dort Zimmerarrest bekam, nicht folgte etc.

08.08. Die ersten Nächte unruhig geschlafen, jetzt besser. Anfangs sehr verschlossen, jetzt offener u. zugänglicher; Stimmung anfangs oft gedrückt, jetzt besser. Sah *oft auf einen Fleck vor sich hin* [rot unterst.], kann dann plötzlich *lachen* [rot unterst.]. Lacht überhaupt öfters, wenn sie ruhig daliegt. Am 6. einmal aus dem Bett gesprungen und gesungen: Herr Dr., haben's "Geduld zu mir", nochmals wiederholt, dabei getanzt. Zur Pflegerin: „Wie kann man mit einem Menschen so gut auskommen wie Sie mit mir. Ich bin schrecklich.“ Am 7. klagt [sie] zur Pflegerin über grossen Kummer, den sie nie aussprechen könne. Möchte läuten hören, um weinen zu können.

Bei der körperl. Untersuchung nicht prüde, aber auch nicht schamlos. Zum Arzt bald schmollend, bald freundlich-vertraulich. Beim Gespräch oft abspringend oder plötzlich ganz innehaltend u. vor sich *hinstarrend* [rot unterst.].

[Handschrift wechselt:]

09.08. Pat. liegt sehr ruhig auf einer Chaise longue im Garten, ohne sich für die Umgebung zu interessieren. Sie macht ein gelangweiltes, leicht deprimiertes Gesicht mit einer Gleichgültigkeit Note dazu. Zeigt während des Gesprächs wenig Mimik, die nicht immer adaequat ist (bei Tod eines Bruders, nach Erkrankung der Mutter lacht sie, ebenso bei Erwähnung der Suicidideen). Ihre Haltung hat nichts steifes (Gesicht auch nicht), es besteht eher eine allgem. Relaxation. Sie geht nicht gern auf tiefer[e] Diskussion ein –

Scheint sich die Fragen sehr zu überlegen, sagt lieber nichts wie zuviel. Pläne, Vorschläge will sie keine haben –

Ihre Zukunft sei ruiniert, durch die Zwistigkeiten der Eltern, nachträglich lässt sie durchblicken, dass sie sich selbst kompromittiert hat – Sie kann unmöglich nach Strassburg zurück. Sie habe sich ruiniert. Wie? Betont sehr, dass [sie] viel sehr viel mit angesehen, gehört und gemacht hat. Bleibt immer beim Allgemeinen. Sie meint, sie könne weder mit Mutter noch mit Vater auskommen. Mutter hat sie geliebt, hat sich das heitere Harmonieren unmöglich gemacht, habe ausgeschwätzt in Baden-Baden; sie habe ihr auch dieses und jenes versprochen „sie würde vorwärts kommen“ („arriver“), sagt aber nicht speziell was (wahrscheinlich reiche Ehe) jetzt könne sie das alles nicht mehr – Sie war der Liebling der Strassburger Gesellschaft, überall empfangen, gesucht – Von einem Hof von Bewunderern umgeben, selbst kokettiert, aber nicht verliebt; niemals intime Freundschaften gehabt, auch nicht in der Schulzeit. „On m'accusait de frivolité«. Sie will erst in den letzten Jahren durch Familienzwistigkeiten krank geworden sein; Hog [?] seit 2 J. Suicidgedanken, Zitteranfälle (die sie nicht will oder kann beschreiben), Aengstlichkeit, Scheu vor den Menschen, wenn zu Hause vor Haustüre geläutet wurde. – Deprimiert, gleichgültig.

In der Familie soll sie besondere Rolle gespielt haben, sehr verwöhnt. – Ist auf ihre Schönheit sehr eingeildet, spricht viel davon vor dem Arzt.

Sie könne sich nicht aussprechen – kein Bedürfnis danach – Angst davor. –

[Handschrift wechselt wieder zu Ludwig Binswanger]

11.08. Während sie sich dem Arzt gegenüber jetzt ziemlich geordnet benimmt u. alles darauf hinausläuft, ob sie ihr „Geheimnis“ sagen soll od. nicht, macht sie der Wärterin allerhand vor: Sie habe zu viel verschuldet, sie könne nicht wieder gesund werden. Springt plötzlich aus dem Bett u. sagt halb lachend, halb weinend: Ich kann's nicht mehr aushalten, Herr Dr. soll kommen. Weigert sich, im gegebenen Moment aufzustehen, zu essen. Erklärt, sich nicht bücken zu können wegen Schmerzen im Rücken. Will im Garten weglaufen, wenn sie jene kommen sieht, da sie sich schämen müsse. Bei einem Blitz erklärt sie, ihr Herzenswunsch sei, vom Blitz getroffen zu werden. Klagt über eine Geschwulst am Ohr, einen geschwollenen Hals. Sie sei so entstellt worden durch die Sachen, die sie gemacht habe. All dies äußert sie nur einer Pflegerin, nie zum Arzt.

17.08. Hat am 12. erbrochen nach dem Mittagessen, „es käme daher, dass sie hier bleiben müsse“. Behauptet, die Mädchen in der Küche *sprächen über* sie, sagten, es sei eine Komödie mit ihr, sie mache Dummheiten, äße zuviel etc. Es ist ganz klar, dass diese Behauptungen weder auf Halluc. noch auf Wahnideen beruhen, sondern Einfälle der Pat. sind, die sich damit als geisteskrank ausgeben will.*

[ganz unten steht:] * 03.04. Nicht ruhig gewesen. Offenbar bestanden *Hallucin.* [rot unterst.], wie sich aus weiterem Verl. ergab.

[ganz normal weiter:] – In ihrem Körper wäre alles *angewachsen* [rot unterst.] u. hart wie *Stein* [rot unterst.], das käme von den *vielen Gedanken* [rot unterst.]. „Hätte ich *mich nur nicht krank gestellt* [rot unterst.], dann wäre ich nicht hier! Wie dumm war ich!“ Weinend: „Es geht wie ich längst gedacht habe, als Mitglied unserer Familie darf ich nicht mehr gelten, jaja, ich muss bestraft werden für das was ich gemacht habe, das ist nur gerecht!“ Ist oft schwer zum Essen zu bewegen, wollte einmal Kakao u. Butter zum Fenster hinauswerfen. (Auszüge aus dem Heft der Pflegerin).

Zum Arzt jetzt etwas ernster, lächelt aber noch öfters ohne Grund. Fühlt sich durchschaut, versucht aber doch immer wieder, etwas vorzumachen. Behauptet nach wie vor, „es sei so eine verwickelte Sache, sie könne es nicht sagen“, will reden, behauptet dann wieder, sie könne nicht. Will fort von hier, weiss aber nicht wohin. Ist noch gänzlich zerfahren und ohne Direktion.

Periode heute eingesetzt.

19.08. *Angaben der Mutter.*

Vor Pat. auf die Welt kam, 3 *Aborte der Mutter* in 15 Mon., Ursache unbekannt, Unvorsichtigkeit? Immer im 3. Mon. Mutter immer sehr krank damals. Pat. erst nach 4 jäh. Ehe geboren. Schwangerschaft normal verlaufen, Mutter litt nun schon unter der Rohheit des Mannes. Geburt normal, P. soll 4 Pfund gewogen haben, entwickelte sich gut, 13 Mon. Amme. Zur Zeit gehen u. sprechen gelernt. Sehr lebhaftes Kind, keine nerv. Stigmata, mit 6 auf Kopf gefallen, bewusstlos kurze Zeit. Keine direkten Folgen. Galt als *Musterkind* [rot unterst.] fr[isches]] *Aussehen* [rot unterst.]. Machte Röteln und Scharlach durch, ohne Nachkrankheiten. Mit 6 zur Schule, wollte anfangs nicht gern lernen, *übermütig und gleichgültig*“, mittelm. Zeugnisse. Mit 10 v. Colmar nach Mühlhausen, hier stramm gelernt, manchmal zu lange, sehr ehrgeizig, sehr empfindlich gegen Tadel. Lernte etwas schwer, nie sitzen geblieben. Seit 2 Jahren in Strassburg in der Schule, ging mittelmässig, nicht übertrieben gearbeitet, bei Lehrern beliebt.

[am Rand steht:] Betragen als kl. Kind schlecht, später gut.

[normal weiter:] Wählerisch in ihren Freundschaften, schliesst sich nicht leicht an; eher ältere Freundinnen. Ging gern in die Oper, war gern in Gesellschaft, nicht ausgesprochen kokett, zog sich aber gut an; trat bescheiden auf, war sehr beliebt. Der Mutter ist nichts von Liebhabereien bekannt.

Die ehelichen Verhältnisse der Eltern sollen früh verdüsternd auf Pat. gewirkt, sie ernster gemacht haben. Vater kümmerte sich nie um die Kinder, Pat. hing nie an ihm, hatte Angst vor ihm. Später schrieb der Vater ihr, „wie man nur an eine verdorbenen Frau schreibt“. Schalt sie bald respektlos, bald hypokrite, wenn sie freundlich war.

Durch Freundinnen sei sie sexuell aufgeklärt. Mit 8 Jahren noch an Storch geglaubt. Mutter glaubt, dass Pat. jetzt alles weiss. Sie sei aber sehr zurückhaltend, rede nicht mit der Mutter darüber. *Vater* habe der Mutter oft Schmutzwörter gesagt, Pat. habe jeweils im Lexikon nachgeschlagen, was sie bedeuteten. Zu *Mutter* sei sie immer gut gewesen, M. habe sie aber zu sehr verwöhnt.-

M. giebt an, Pat. sei schon im *Winter 1909/10 gedrückt* gewesen, war immer still. Tröstete die Mutter viel. War ganz orientiert über die schlechten ehel. Verhältnisse. Vater kam noch regelm. nach Strassburg bis Weihnachten 10. Blieb dann einfach weg; schrieb, er sei plötzlich abgereist; schrieb der Mutter „Schandbriefe“. Tochter las alles. Vater habe die Fam. den ganzen Winter „verfolgen“ lassen, was sehr auf Pat. gewirkt hat. Fam. sei von Anhängern des Vaters hart behandelt worden, was wiederum auf sie drückte. Am Gründonnerstag hat Vater dann die Scheidungsklage der Mutter übersandt. M. habe furchtbar geweint, Tochter habe getröstet und mitgeweint. Pat. hörte später alles, was Mutter von den Gerichtssitzungen heimbrachte. Mutter war dann von Mai bis Ende Juni bei Dr. Ebers, Pat. bei Grossmutter. *In jener Zeit soll Krankheit der Tochter begonnen haben.* Wollte nicht mehr *essen*, war *aufgeregt*, konnte nie fertig werden mit allem, war *sehr unbeständig*; soll nachts viel geweint haben; nicht geschlafen, nachgegrübelt. (Schon ehe Mutter zu Ebers ging, hat Pat. geäussert, die Mitschülerinnen

wüssten v. d. Scheidung der Mutter, sie wolle lieber offen mit ihm reden, da Vater schlimme Gerüchte über die Mutter ausgestreut hatte.)

Nach d. Rückkehr d. Mutter sehr aufgeregt, sie würde *verachtet*, sie *müsse* mit den Freundinnen darüber reden. Kam eines Tages verwirrt heim (Juli) sagte, der Professor hätte so schöne Gedichte vorgelesen, dass sie laut geschluchzt hätte; sei herausgegangen u. habe den Freundinnen alles gestanden. Freundinnen hätten sie sehr bedauert u. Freundschaft beteuert. Im Sanator. Ebers dann noch einmal über Verhältnisse der Eltern gesprochen trotz Bitte der Mutter, es nicht zu tun. Behauptete ferner, sie habe in der Schule vor sich hingesprochen, alle hätten sie dann ausgelacht. Wurde dann anfangs immer aus der Schule genommen. Wiederholte zuhause immer wieder, sie werde verfolgt, es sei ihr wieder einer nachgelaufen (das war schon im letzten Winter der Fall), nämlich v. d. Spionen des Vaters. Pat. litt schon im Innersten sehr über Gerüchte, die der Vater über sie durch Verwandte austreuen liess, sie habe Rendez-vous in Massen, in einer Brauerei. M. sagt, das sei alles ausgeschlossen. Pat. sehr gekränkt in ihrem Stolz darüber.

Pat. wurde dann zu Ebers gebracht von der Mutter Mitte Juli, als sie den Suicidversuch auf d. Münster geplant hatte. Erklärte, „ich mach es doch noch, was hab ich noch im Leben, ich haben keinen Vater, er hat gesagt, er werde uns immer verfolgen lassen“ (stimmt). Bei Ebers habe sich dann alles noch verschlimmert (s. Bericht von dort).

[Handschrift wechselt – jetzt schreibt wahrscheinlich Smidt]

26.09. Pat. zeigt immer das gleiche Bild – Weicht systematisch aus bei jedem eindringl. Fragen – Widerspruchsvoll in ihren Angaben – Behauptet, sie habe Pfunde abgenommen, schlafe überhaupt nicht, ihre Nase sei nicht in Ordnung, sie könne manchmal kaum atmen - Sie wird nicht fertig mit Ankleiden, Frisieren und – hat in der Tat viel Hemmungen, kommt sehr langsam fertig – spricht automatisch aber mit Pflegerin – beschäftigt dich ganz ungerne – Macht gern das Gegenteil vom Verlangten – Ist nicht dazu zu bringen, an Mutter od. Vater zu schreiben.

08.09. Pat. ist zeitweise schlechter, unruhiger, unzufrieden – will weg à tout prix – Halluzinierte viel – giebt kaum darüber Auskunft; man spreche über sie, sage, sie sei verrückt; spez., die Offermädchen und eine Pflegerin im Haus – Sie müsse sich allerdings schämen über sich selbst, wie wenig sauber sie esse – wegen der Nase – (sie will sich viel und sehr gern waschen, wird überhaupt nie fertig) – Sie habe sich das Leben hier unmöglich gemacht – Im Garten hört sie auch über sich sprechen, sobald jemand in Sicht ist, hört sie es -

In besseren Momenten liest sie die, spricht wenn kurz doch richtig darüber; hat eine Stickereiarbeit angefangen – Gestern sagte sie ab. es gehe ihr ganz gut – Behauptet auch, es sei zu viel gesagt, sie wollte Ref. die Freude machen – Hat den Wunsch ausgesprochen, nicht immer allein zu essen – Frl. Griesbach ass mit ihr – es soll gut gegangen sein. Pat. isst überhaupt viel, nimmt körperlich zu (2 ½ Pf). Hat ein paar längere Ausflüge gemacht – Einkäufe in der Stadt besorgt – grosse Mühe sich zu entschliessen –

14.09. Pat. hat grosse Angst vor Dr. v. Holst. Sein ungenügender Rapport mit ihr – Gestern ab., nachdem sie beim Coiffeur gewesen war, plötzlich wie hypomanisch, erotisch (aber autistische Erotik – trotzdem Gesicht u. Bewegungen sehr erotisch sind) giebt sie die Hand in der gleichen ablehnenden Weise wie sonst. Sie habe wieder an etw[as] denken müssen – sie habe es früher schön gehabt (was?)? –

Heute ruhiger, aber doch über dem gewöhnlichen Niveau – verspricht zu schreiben – fasst die besten Vorsätze – will endlich anfangen [zu] sprechen (?).

[wieder in Handschrift Ludwig Binswanger:]

19.09. Eher etwas besser – Stimmung ruhiger, gleichgültig. Hat angefangen Klavier zu üben (spontaner Wunsch). Rapport immer gleich – scheint ruhiger zu hallucinieren.

09.10. Seit 2 Wochen beschäftigt sie sich regelmässig, spielt v. 9 - 10 Klavier, geht von 11 – 12 zum Weben, v. 5 –8 zur Gartenarbeit. Arbeitet eifrig, aber ganz in sich gekehrt daher, mehr automatisch.

Behauptet oft, *man rede ihr alles nach*; schwer, was Halluc. u. Illusionen u. was Wahnideen. Hört u. sieht, dass die Leute am Shee von ihr davon laufen. Glaubt, dass ihr etwas in den Cacao getan worden sei, die ganze Maria ist in Verruf gekommen, weil sie drin ist. Rascher Stimmungswechsel zw Depression, Gereiztheit u. mehrmals v. Lachen und Heiterkeit. Im allgemeinen verstreut u. gehemmt; bes. dem Arzt gegenüber gehemmt.

Heute Besuch der Mutter.

25.10. Bes. d. Mutter gut verl. Drängte nur sehr von hier weg. Innerlich jetzt etwas besser, aber voll von Beziehungsideen. Kommt jetzt abends nach Tisch nach Bellevue, ist aber überzeugt, dass man nur Anspielungen auf sie macht, dass man zweideutige Reden führt; man glaube, sie sei verrückt, da sie nicht spräche. Sie verstelle sich aber nur, sie merke alles was vorgehe. Sie werde erst besser, wenn von hier weg. Behauptet, die Masseuse sei keine Schwedin, eine andere Dame keine Russin. Das erstmal hätten sie gut deutsch gesprochen, jetzt verstellten sie sich u. redeten gebrochen. Schimpft noch viel über's Essen, starrt viel vor sich hin; sehr gehemmt beim Anziehen u. zerstreut.

08.11. In den letzten 14 Tagen gute Fortschritte gemacht, bes. in ihrem äusseren Gebahren. Lacht seltener vor sich hin, starrt weniger, weniger sprunghaft u. bizarr. Geht mehr unter die Menschen, spricht mehr, öfters heiter. Die Beziehungsideen bestehen fort, von Krankheitseinsicht daher keine Spur, sie giebt aber immer wieder an, dass sie sich viel weniger darum kümmere, sich weniger daraus mache. Hie u. da aber noch plötzlich auftretendes und rasch verschwindendes Weinen u. Klagen, dass man sie hier so verachte, das kränke sie. Sah kürzlich beim Kartenspielen zu; erklärte aber, man habe nur zum Schein gespielt, damit sie es nicht lernen könne.

17.11. Wahnideen blassen ab, lassen Pat. „gleichgültiger“, „ich kümmere mich weniger darum“. Spricht viel lebhafter, Gesichtsausdruck viel freier. Drängt nach Hause, lässt sich aber bis Weihnachten vertrösten.

28.11. Weiterer Fortschritt. Spricht gar nicht mehr von ihren Wahnideen. Ist auffallend lebhaft, heiter u. gesprächig. Ermüdet noch leicht, noch ziemlich blass. Erhält Ti[nctura] Athenstaedt.

07.12. Noch deutlich submanisch, wenn auch ganz leicht. Lacht viel, immer vergnügt. Erklärt, ihre Wahnideen hätten damit angefangen, dass andere (von der Partei des Vaters u. dieser selbst) behauptet hätten, sie sei in einem Restaurant mit fremden Herren getroffen worden. Das habe sie furchtbar gekränkt.

23.12. Die manische Färbung des Zustandes noch deutlicher. Spricht u. lacht sehr viel, kokettiert mit Herren, wenn auch harmlos, neckt andere gern; sehr lebhaft u. etwas auffallend in ihren Bewegungen.

Vom *Vater* heute für einen Urlaub abgeholt. Geht zur Mutter, soll am 3.1. zurückkommen bis Familie gefunden ist.

1911.

15.01. Erst heute zurückgekehrt! In der Zwischenzeit mit Mutter im Schwarzwald u. Strassburg, dort einen Ball mitgemacht trotz Ratschlägen an d. Mutter, dass sie sich sehr ruhig verhalten müsse! Schrieb *massenhaft* Postkarten hierher, sehr oft unfrankiert, am meisten an einen Russen, der ihr hier einmal Blumen geschenkt. Inhalt der Karten *sehr* warm! – Erscheint heute in warmer Mütze, die übers Ohr gezogen u. mit Räschenzweigen geschmückt ist. Ist sehr ausgelassen, läuft auf der Kegelbahn zu den Herren, ist dort kaum wegzukriegen. Sehr ungehalten, dass sie nicht zu Tisch darf.

18.01. Bisher ganz im Bett gehalten, trotzdem u. trotz lebhafter Versuche, das Aufstehen zu versuchen, ist sie sehr heiter. Schrieb vorgestern 15 – 20 Briefe, sodass ihr das Briefpapier weggenommen werden musste. Puderte u. malte sich übertrieben, da sie glaubte, von einem der Herren (Patienten) Besuch (im Bett!) zu bekommen. Schlaf gut. War in Mülhausen beim *Vater* (!), 4x im Theater, in Strassburg angeblich zu lange gelebt.

20.01. Gestern etwas aufgestanden u. in Begleitung ausgegangen. Entwich aus Maria und stürmte zum Thee in den Saal in Bellevue, redete konfuses Zeug, warum man sie nicht heraufliesse, sprach u. gestikulierte so lebhaft, dass die übrigen Pat. ganz betroffen waren über ihr Verhalten. War gemalt u. geschminkt. Heute wieder ganz im Bett.

24.01. S. ihre Briefe vom 26., wo sie massenhafte Bestellungen macht und sich als Mlle la Comtesse *Schmid* unterschreibt. Wird übrigens in der Zurückgezogenheit deutlich ruhiger. Ist von 12 – 6 ausser Bett.

29.01. Drapirt sich noch immer mit Kordeln, Ketten, Halsschmuck etc. In Geschäften i. d. Stadt mehrmals kleinere Sachen entwendet, Blumen, die sie in Shawl versteckte, Stückchen Tuch abgerissen. Bespritzt sich mit Eau de Cologne, das sie im Zimmer der Hausdame findet.

08.02. War 3 Tage ganz im Bett weil unwohl. Stat. id. Schrieb einem Mitpat. eine Karte u. sandte ihre Phtogr. (nicht abgeliefert). Verlangt Kataloge, macht Bestellungen, zerrt einer Mitpat. Bilder aus einem Buch, verbreitet beim Weben erfundene Liebesgeschichten über andere, muss daher wieder auf dem Zimmer gehalten werden.

11.02. Schildert einer Freundin brieflich, „la vie de flirt et de l’amour“, das sie mit dem Russen hier führe. Er bete sie an, wolle sich ihretwegen scheiden lassen etc.

19.02. *Vater* zur Besprechung hier. Willigt ein, dass sie noch längere Zeit in ein billigeres Sanator. geht.

06.03. Immer heiter erregt, schmolzt, wenn immer wieder von ihren Plänen u. Wünschen abgehalten, aber nie ernstlich gereizt. Correspondenz ausser mit Eltern schon lange Zeit ganz unterbunden. Hatte im Urlaub mit mehreren Herren angebändelt u. sich sehr erotisch benommen, wie aus der Controlle ihrer Correspondenz hervorgeht. Soll zu Frl. Stier. Rapperswil; ungehalten darüber, möchte lieber hier bleiben.

24.03. Stat. idem. Kann nur selten in Gesellschaft, da zu auffallend durch ihre Lebhaftigkeit u. vor allem durch ihre indiskreten u. zahllosen Fragen.

Nahm bei einer Ausfahrt ein Couvert mit, das sie einem Schauspieler, wenn sie ihn sähe, zuwerfen wolle. Darauf stand: Dem süßen Engel unserer holden Träume. Darin eine Visitenkarte: *M. Sch.* aus Nordamerika, New York; Maria, vis à vis dem Gärtner etc. Keinerlei gemütl. Reaction, als ihr die Sache vorgehalten wird; amüsiert sich noch nachträglich darüber.

03.04.

Krank?	„Nein.“
Warum noch hier?	„Weil Sie es wollen!“
Warum will ich's?	„Ein bisschen zur Nachkur!“
Warum halte ich Sie noch für krank?	Weil ich etwas ausgelassen bin, das ist alles. Ich lasse mich hier eher furchtbar gehen, ich bin hier ja auf dem Lande. In Strassburg hätte ich mich nicht so gehen lassen. Wenn man mir viel mehr Freiheit liesse, würde ich nicht so drauf bestehen. Ich war früher viel selbständiger. Jetzt mache ich grade das Gegenteil von dem, was man mir sagt, wie ein kleines Kind.“
Was für Kranke noch hier?	„Nerven- und Gemütskranke, Seelische Kr. u. Einbildungskranke, nach Nervenkrise, alles was mit Nervensystem zus. hängt. Ich war einbildungskrank. Ich war noch nicht so vorgeschritten im Alter, dass es von den Nerven kommen könnte. Ich war blasirt v. allem, vom Angenehmen u. Unangenehmen.“
Wie im Anfang hier?	„Stiller, grübelte nach, wie ich entrinnen könnte. Einmal wollte ich Benzinfl. nehmen, hatte keinen Schlüssel, ein andermal aus dem Fenster, da kam die Wärterin dazu.“
Warum Leben nehmen?	„Ich war blasirt.“
Blasirt?	„Alles überdrüssig, übersatt.“
Woher?	„Hatte furchtb. Unangen. erlebt. Folglich kann in Zukunft sogar aus dem Angenehmen bloss Unangenehmes raus kommen.“

Liebt M. mehr als Vater, „dem V. waren wir lebendes Spielzeug, er suchte uns nicht durch seine Persönlichkeit zu gewinnen, sond. durch sprunghafte Geschenke; es war mehr eine tierische Anhänglichkeit, ein Instinkt.“

Jetzt? „Sehe alles in Rosa, was ich im Sommer pessimistisch gesehen habe.“

Woher d. Aenderung? „Das ist meine frühere Natur; ich war zieml.

	geistreich, sah, wie ich die andern durch meine forsche Natur auch erforschte. Durch all das Unangenehme, war ich eben runter gesaust.“
Unangenehmes?	„Wie mein Vater sein Leben befleckte, dass ein Sohn von ihm existierte; dass er eine Maitresse hatte.“
	Sie habe vor 2 Jahren die Eltern zus. führen wollen, es ging aber nicht. Der Vater werde d. Process verlieren, es sei falsch; er u. Geschäftsführer betrügen.
	<i>Schulkenntnisse</i> auffallend schlecht, sow. in Geschichte, Geographie als Literatur. (s. Beilage v. Frl. Griesbach).
Was <i>Neid</i> ?	„Jem., der etw. hat, das ich nicht habe, etw. von Besitzlosigkeit, das ich auch haben möchte, ob es ginge od. nicht, in physischem od. moral. Sinne, das ich nicht habe, u. haben will auf gutem od. schlechtem Wege.“
Dankbarkeit?	„Ich werde Ihnen gegenüber dankbar sein, weil Sie mir Gutes erwiesen haben; einem Menschen danken, weil er einem heraus geholfen hat; ein Gefühl darbringen, das man empfunden hat u. sucht zu verwerten.
Unterschied zw. Bach und Teich?	T. ist eben eine Fläche Wasser v. so u. so viel qm Umfang, das stillsteht, u. ein Fluss eben ein Wasser, das Anfang u. Ende hat u. Eben weiter fliesst.
Kind u. Zwerg?	K. Geschöpf der Natur u. Z. Geschöpf d. Phantasie. Kind ist etwas Norm., Zwerg ein unnorm. Mensch, der zu klein gewachsen ist, gegen die Natur, fehlt ihm was.
Borgen und schenken?	Sch. nicht aus Pflichtgef., sondern aus Zuneigung, aus Liebe. B[orgen]. da habe ich Gefühl einer Enge, die zu erweitern suche, u. zu deren Zweck womögl. zu einem anderen gehe, er solle mir aushelfen, das Verlorene wieder herzustellen u. nach Frist zurückzugeben.
ich	
Geiz u. Sparsamkeit?	G. Gefühl sich zu bereichern, damit mich keiner überflügelt etc., bestimmter Trieb, damit ich Welt verblenden kann auch Wagen, Pferde, Schmuck ich kaufe es zu eigenem Nutzen od. f. Nachkommen; damit ich geliebt werde, das war ein fleißiger Mensch, dem man seinen Namen ehrt, mit Blumen umziert etc. Während Sparsamkeit das Gefühl ist, das Gute mit dem Praktischen zu verbinden, wod. ich mir selber u. andern dienen kann, ohne im Auge diesen Schein v. Flitter zu haben, ich tue es nicht um zu blenden, sondern aus eigenem Interesse.
dern	

5x12 = 60; prompt
7x18 = 126; prompt
9x27 = 243; prompt

$84:4 = 21$; pr.
 $144:12 = 12$; pr.
 $232:3 = 79$; pr.

$112-23 = 89$
 $87+28 = 115$

600 M à 4% in 5 Jahren? 120 prompt

06.05. Reist heute in Begleitung v. Frl. Griesbach zum Frl. Dr. Stier-Jona.

9. Quellenverzeichnis

9.1 Ungedruckte Quellen aus dem Universitätsarchiv Tübingen (UAT)

Aufnahmebuch 4, 1895-1911.

Signatur UAT 442/4.

Patientenakten der Anstalt Bellevue für den Zeitraum 1906-1910.

Signatur UAT 441/2309-2878.

Kopier-Bücher.

Signatur UAT 442/69-72.

Jahresstatistik 1910.

Signatur UAT 442/196.

Jahresstatistik 1909.

Signatur UAT 442/195.

Arzneiverordnungen.

Signatur UAT 442/222-223.

Protokollbuch der ärztlichen Konferenz.

Signatur UAT 442/228.

„Parkhaus-Einzug“, enthält Lohnskala des Pflegepersonals.

Signatur UAT 442/229.

Weberei; tabellarische Auflistung der Ausgaben und Einnahmen.

Signatur UAT 442/234.

Gerhard Fichtner: Verzeichnis der Ärzte, Psychologen und Verwalter im Bellevue, 1857-1975.

Signatur UAT 442/453.

Mitarbeiter des Bellevue; enthält unter anderem Pfleger-Ordnungen, 1908-1931.

Signatur UAT 443/133.

Briefe von Robert Binswanger an den Bruder Otto.

Signatur UAT 443/181 und 443/198.

9.2 Ungedruckte Quellen aus dem Familienarchiv Binswanger (FAB)

Prospekt des Bellevue aus dem Jahr 1878.

Signatur FAB 113.

Mitteilung an die Herren Ärzte aus dem Jahr 1911.

Signatur FAB 115.

Prospekt der Anstalt Bellevue aus dem Jahr 1908.

Signatur FAB 145.

Prospekt der Anstalt Bellevue aus dem Jahr 1909.

Signatur FAB 146.

Prospekt der Anstalt Bellevue aus dem Jahr 1887.
Signatur FAB 155.

Liste der im Bellevue tätigen Ärzte.
Signatur FAB 156.

Vorarbeiten zu einer Anstaltschronik.
Signatur FAB 216.

Daten zu Personal und Baulichkeiten.
Signatur FAB 240.

Manuskript einer detaillierten Anstaltsbeschreibung.
Signatur FAB 307.

Manuskript einer detaillierten Anstaltsbeschreibung.
Signatur FAB 308.

Manuskript einer detaillierten Anstaltsbeschreibung.
Signatur FAB 309.

Ausführungen Robert Binswangers über die Notwendigkeit eines neuen Isolierhauses.
Signatur FAB 310.

Biographie Robert Binswangers von Hermann Smidt.
Signatur FAB 351.

10. Literaturverzeichnis

- Ackerknecht (1985) Ackerknecht, Erwin H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. 3. Auflage. Stuttgart 1985.
- Arzneibuch (1910) Deutsches Arzneibuch. Berlin 1910.
- Behla (1912) Behla, Robert: Zahl, Zunahme und Beruf der Geisteskranken in Preußen. Berlin 1912.
- BLÄ (1962) Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten 50 Jahre. Hrsg. u. bearb. v. I[sidor] Fischer. Zugleich Fortsetzung des biographischen Lexikons der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker. 2. und 3., unveränderte Auflage. Band 1,2. München, Berlin 1962.
- Binswanger, L. (1956) Erinnerungen an Sigmund Freud. Bern 1956.
- Binswanger, L. (1957) Binswanger, Ludwig: Zur Geschichte der Heilanstalt Bellevue in Kreuzlingen. Kreuzlingen [Privatdruck] 1957.[Wiederabdruck in Herzog (1995)].
- Binswanger, O. (1896) Binswanger, Otto: Hypnotismus. In Eulenburg, A.: Realencyclopädie der gesammten Heilkunde. 3. Auflage. Bd 11. Wien, Leipzig 1896.
- Bisch (1909) Bisch, M.: La période médico-légale de la démence précoce. Lille 1909.
- Busch (1882) Busch, Friedrich: Allgemeine Orthopädie, Gymnastik und Massage. Leipzig 1882.
- Christian (1899) Christian, Jules: Pathologie de la démence précoce de jeunes gens. Contribution à l'étude de l'hébéphrénie. In: Ann. Méd.-psychol. 57 (1899), S. 5-22, 177-188, 421-436.
- Conolly (1860) Conolly, John: Die Behandlung der Irren ohne mechanischen Zwang von John Conolly. Lahr 1860
- Detlefs (1993) Detlefs, Gerald: Wilhelm Griesingers Ansätze zur Psychiatriereform. Pfaffenweiler 1993.
- Domeyer (2004) Domeyer, Kaspar: Binswangers Privatklinik Bellevue 1886-1890. Med. Diss. Tübingen 2004.
- Ebstein (1904) Ebstein, Wilhelm: Die Fettleibigkeit (Korpulenz) und ihre Behandlung. 8. Auflage. Wiesbaden 1904.
- Ehrenwall (1907) Ehrenwall, Carl von: Sanatorium für Nerven- und Gemütskranke von Dr. v. Ehrenwall. Ahrweiler 1907.
- Ellenberger (1973) Ellenberger, Henry: Die Entdeckung des Unbewussten. Bd. 1.2. Bern, Stuttgart, Wien 1973.

- Erben (1904) Erben, S.: Faradisation, allgemeine. In: Lexikon der physikalischen Therapie, Diätetik und Krankenpflege. Hrsg. von Anton Bum. Berlin und Wien 1904.
- Eschle (1906) Eschle, Franz: Katatonie. In: Realencyclopädie der gesamten Heilkunde. Bd. 30. Berlin, Wien 1906.
- Fischer (2004) Fischer, Amei: Binswangers Anstalt Bellevue 1891-1895. Med. Diss. Tübingen 2004.
- Geppert (1894) Geppert: Borpäparate. In: Eulenburg, A: Realencyclopädie der gesamten Heilkunde. Bd. 3. 3. Auflage. Wien, Leipzig 1894.
- Geppert (1896) Geppert: Jod, Jodpräparate. In: Eulenburg, A.: Realencyclopädie der gesamten Heilkunde. Bd. 11. 3. Auflage. Wien, Leipzig 1896.
- Geppert (1897) Geppert: Kaliumpräparate. In: Eulenburg, A.: Realencyclopädie der gesamten Heilkunde. Bd. 12. 3. Auflage. Wien, Leipzig 1897.
- Geppert (1899) Geppert: Säuren. In: Eulenburg, A.: Realencyclopädie der gesamten Heilkunde. 3. Auflage, Bd. 21.. Berlin, Wien 1899.
- Geppert (1901) Geppert: Wismutpräparate. In: Eulenburg, A: Realencyclopädie der gesamten Heilkunde. 3. Auflage, Bd. 26. Berlin, Wien 1901.
- Groß (1925) Groß, Robert: Geschichte der staatlichen Heilanstalt Schussenried 1875-1925. Schussenried 1925.
- Hall (1997) Hall, Frank: Psychopharmaka- Ihre Entwicklung und klinische Erprobung. Hamburg 1997.
- Herzog (1995) Ludwig Binswanger und die Chronik der Klinik Bellevue" in Kreuzlingen. Eine Psychiatrie in Lebensbildern. Hrsg. v. Max Herzog. Berlin, München: 1995
- Hirschmüller (1978) Hirschmüller, Albrecht: Physiologie und Psychoanalyse im Leben und Werk Josef Breuers. Bern, Stuttgart, Wien 1978 (Jahrbuch der Psychoanalyse, Beiheft 4).
- Hirschmüller (1989) Hirschmüller, Albrecht: Freuds „Mathilde“. Ein weiterer Tagesrest zum Irma-Traum .In: Jb Psychoanal. 24(1989), S 128-159.
- Hoff (1994) Hoff, Paul: Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft. München 1994.
- Kisch (1895) Kisch: Diät und diätetische Curen. In: Eulenburg, A.: Realencyclopädie der gesamten Heilkunde. 3. Auflage,. Bd. 5. Wien, Leipzig 1895.

- Kloucek (1895) Kloucek, Viktoria: Hydro-, Balneo- und Klimatherapie im Spiegel der Münchener medizinischen Wochenschrift von 1866 – 1900. Med. Diss. München 1985.
- Kraepelin (1896) Kraepelin, Emil: Lehrbuch der Psychiatrie. 5.Auflage. München 1896.
- Kraepelin (1899) Kraepelin, Emil: Lehrbuch der Psychiatrie. 6. Auflage, Bd. 1-4. München 1899.
- Kraepelin u.a. (1899) Kraepelin, Emil in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 56. Berlin 1899.
- Krafft-Ebing (1879/80) Krafft-Ebing, Richard, Freiherr von: Lehrbuch der Psychiatrie. Bd. 2. 1. Auflage. Stuttgart 1879.
- Krauss u. Landerer (1952) Krauss, Paul; Landerer, Werner: Das Christophsbad Göppingen. Tübingen 1952
- Kreuter (1996) Kreuter, Alma: Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Bd. 1-3. München 1996.
- Krimmel, Camerer (1912) Krimmel, [Emil]; Camerer, [Rudolf]: Geschichte der königlichen Württembergischen Heilanstalt Zwiefalten 1812-1912. Stuttgart 1912.
- Kronfeld (1930) Kronfeld, Arthur: Perspektiven der Seelenheilkunde. Berlin 1930.
- Laehr (1907) Laehr, Hans: Die Anstalten für psychisch-krank in Deutschland, Deutsch-Österreich, der Schweiz und den baltischen Ländern. Berlin 1907.
- Langgaard (1898) Langgaard: Phenacetin. In: Eulenburg, A.: Realencyklopädie der gesamten Heilkunde. 3. Auflage, Bd. 19. Berlin, Wien 1898.
- Lewin (1898) Lewin, Louis: Opium. In: Eulenburg, A.: Realencyclopädie der gesamten Heilkunde. 3.Auflage, Bd. 17. Wien, Leipzig 1898.
- Lewin (1899) Lewin, Louis: Salicylsäure. In Eulenburg, A.: Realencyclopädie der gesamten Heilkunde. 3. Auflage, Bd. 21. Berlin, Wien 1899.
- Löwenfeld (1897) Löwenfeld, Leopold: Lehrbuch der gesamten Psychotherapie. Wiesbaden 1897.
- Löwenfeld (1904) Löwenfeld, Leopold: Die moderne Behandlung der Nervenschwäche (Neurasthenie), der Hysterie und verwandter Leiden. 4. Auflage. Wiesbaden 1904.
- Mendel (1895) Mendel, Emanuel: Dementia. In: Eulenburg, A.: Realencyklopädie der gesamten Heilkunde. 3. Auflage, Bd. 5. Berlin, Wien 1895.

- Mikolasek (1991) Mikolasek, Jan: Das kantonale Asyl in Wil (St. Gallen): die Jahre 1892 bis 1950 der heutigen Psychiatrischen Klinik. Zürich: 1991 (Zürcher medizingeschichtliche Abhandlungen ; Nr. 229).
- Mitchell (1887) Mitchell, S. Weir: Die Behandlung gewisser Formen von Neurasthenie und Hysterie. Berlin 1887.
- Moses (2002a) Moses, Annett: Das Tübinger Projekt zur Erschließung und Auswertung der Krankengeschichten des Binswanger-Archivs. In: Psychiatrie in Binswangers Klinik „Bellevue“. Diagnostik – Therapie – Arzt-Patient-Beziehung. Vorträge einer internationalen Tagung. Tübingen 2002. http://w210.ub.uni-tuebingen.de/portal/binswanger_tagung/
- Moses (2002b) Moses, Annett: Diagnosen und ihre Wandlungen – Entwicklungen psychiatrischer Therapie. In: Psychiatrie in Binswangers Klinik „Bellevue“. Diagnostik – Therapie – Arzt-Patient-Beziehung. Vorträge einer internationalen Tagung. Tübingen 2002. http://w210.ub.uni-tuebingen.de/portal/binswanger_tagung/
- Moses u. Hirschmüller (2004a) Annett Moses und Albrecht Hirschmüller: Binswangers psychiatrische Klinik Bellevue in Kreuzlingen. Das „Asyl“ unter Ludwig Binswanger sen. 1857-1880. Frankfurt a. M. [u.a.] 2004 (Marburger Schriften zur Medizingeschichte 44).
- Moses u. Hirschmüller (2004b) Annett Moses und Albrecht Hirschmüller: Binswangers psychiatrische Klinik Bellevue in Kreuzlingen. Die Kuranstalt unter Robert Binswanger (1880-1910). Unter Mitarbeit von Kaspar Domeyer, Katja Doneith, Amei Fischer, Julia Gnann, Heidi von Jurczyk und Ibolya Stollwerck. Unveröff. Manuskript. Tübingen 2004.
- Penzoldt u. Stintzing (1903) Penzoldt, F[rantz]; Stintzing, R[oderich]: Handbuch der Therapie der Erkrankungen des Nervensystems. 3. Auflage, Bd. 5. Jena 1903.
- Peters (1984) Peters, Uwe [Hendrik]: Wörterbuch der Psychiatrie und Medizinischen Psychologie. München 1984.
- Peters (1991) Peters, U[we] H[endrik]: The German classical concept of schizophrenia. In: The concepts of schizophrenia – historical perspectives. Herausgegeben von John G. Howells. Washington, DC 1991, S. 59-73.
- Radkau (1998) Radkau, Joachim: Das Zeitalter der Nervosität. München, Wien 1998.
- Rancier (1909) Rancier, Gilbert Joseph Albert: L'étiologie des démences précoces. Nancy 1909.

- Scheffczyk (1997) Scheffczyk, Stefan Frank: Die Kokaintherapie der Morphiumsucht am Beispiel des Sanatoriums Bellevue in Kreuzlingen (1884-1887). Med. Diss. Tübingen 1997.
- Schweizer (2000) Schweizer, Sandra Josefin: Binswangers Anstalt Bellevue 1866-1870. Med. Diss. Tübingen 2000.
- Sedler (1991) Sedler, Mark J.: Concepts of Schizophrenia: 1600-1860. In: The concepts of schizophrenia – historical perspectives. Herausgegeben von John G. Howells. Washington, DC 1991, S. 47-57
- Shorter (1999) Shorter, Edward: Geschichte der Psychiatrie. Berlin 1999.
- Stäbler (2001) Stäbler, Claudia: Binswangers Privatklinik Bellevue 1861-1865. Med. Diss. Tübingen 2001.
- Vanja u. Eller (1993) Vanja, Christina, Eller, Peter: 1866-1992 Psychiatrie in Heppenheim. Kassel 1993.
- Vogl (1895) Vogl: Crotonöl. In: Eulenburg, A.: Realencyclopädie der gesamten Heilkunde. 3. Auflage, Bd. 5. Wien, Leipzig 1895.
- Walser (1970) Walser, Hans: Hundert Jahre Klinik Rheinau 1867-1967. Kanton Zürich 1970.
- Weber (1999) Weber, Matthias: Die Entwicklung der Psychopharmakologie im Zeitalter der naturwissenschaftlichen Medizin. München 1999.

Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Professor Albrecht Hirschmüller für die intensive Betreuung meiner Arbeit, die fundierten, hilfreichen Anregungen bei schwierigen Fragestellungen, die erfrischende Begeisterung für das Projekt sowie für die unendliche Geduld bei der Bewältigung von Problemen.

Darüber hinaus bedanke ich mich ganz herzlich bei allen Mitarbeitern des Instituts für Geschichte der Medizin Tübingen, deren Hilfsbereitschaft ich während meiner Arbeitsphasen im Institut sehr zu schätzen wusste. Mein Dank gilt dabei auch Annett Moses, deren Arbeiten mir bei der Bewältigung des statistischen Teils der Arbeit sehr hilfreich waren.

Den Mitarbeitern des Universitätsarchivs, insbesondere Irmela Bauer, und dem Aufsichtspersonal des Historischen Lesesaals danke ich für die geduldige und freundliche Hilfe beim Auffinden und Bereitstellen von Dokumenten.

Herzlichster Dank geht auch an alle am „Binswanger-Projekt“ beteiligten Kommilitoninnen und Kommilitonen für das Überlassen der Patientendaten ihrer Zeiträume beim Auswertungsteil meiner Arbeit, für aufmunternde Worte, sowie für den Spaß und die gute Stimmung bei Seminaren, Tagungen und Exkursionen.

Ganz besonders danke ich außerdem meinen Eltern Helmut und Bärbel Gnann, die mir durch ihre liebevolle und großzügige Unterstützung mein gesamtes Medizinstudium sowie die Fertigstellung dieser Arbeit erst ermöglicht haben.

Zum Schluss möchte ich mich noch bei meinen Freunden und meinen Geschwistern bedanken, die mir stets ermutigend zur Seite gestanden, bei EDV-Problemen ausgeholfen und mir mangelnde Zuwendung in besonders arbeitsintensiven Phasen meiner Dissertation großmütig nachgesehen haben.

Lebenslauf

Julia Susanne Gnann, geboren am 21.09.1978 in Tübingen.

- | | |
|-------------|---|
| 1985-1989 | Besuch der Grundschule Neckartenzlingen. |
| 1989-1998 | Besuch des Gymnasiums Neckartenzlingen. |
| 1998: | Abitur. |
| 1998-2005 | Medizinstudium an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen. |
| 06.09.2000 | Ärztliche Vorprüfung. |
| 28.08.2001 | Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. |
| 2001-2004 | Famulaturen in Innerer Medizin und Anästhesie (Filderklinik, Filderstadt), Innere Medizin und Chirurgie (Hawke's Bay Hospital, Hastings, Neuseeland), Kinder- und Jugendpsychiatrie (Universitätsklinik Tübingen) und Dermatologie (Universitätsklinik Tübingen). |
| 05.04.2004 | Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. |
| 2004-2005 | Praktisches Jahr am Royal Infirmary Hospital, Edinburgh (Innere Medizin), am Nambour Hospital, Queensland, Australien (Innere Medizin), und am Klinikum Bad Cannstatt (Dermatologie und Chirurgie). |
| 23.11. 2005 | Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. |