„Ich bin halt nicht ganz recht …“[1]
Annäherungsversuch an Selbstbeschreibungen psychisch Erkrankter des 19. Jahrhunderts

Ellinor Forster

Die Patientengeschichtsschreibung scheint mittlerweile etabliert: Aussagen von PatientInnen über ihr eigenes Krankheitsempfinden, ihre Erklärungsversuche, ihre Ansichten über Therapien und Prognosen stehen schon längere Zeit im Fokus der Forschung.[2] Der Vergleich von Wahrnehmungen bzw. Erklärungen der Laien mit ärztlichen Beschreibungs- und Erklärungsmodellen liefert zusätzliche Erkenntnisse über die gegenseitigen Beeinflussungen der jeweiligen Vorstellungen.

Bei psychischen Erkrankungen scheint die Erfassung der Perspektive von unmittelbar Betroffenen zunächst schwieriger. Klare Unterscheidungen zwischen einzelnen Krankheitsbildern – wie etwa affektiven Erkrankungen (z. B. Depressionen) und Psychosen (z. B. Schizophrenie mit Wahnerleben) – haben sich weder in der Gegenwart bewährt, noch würde es Sinn machen, aufgrund von historischen Krankenakten im Nachhinein Diagnosen zu stellen. Viele Erkrankte, die im 19. Jahrhundert in „Irrenanstalten“ aufgenommen wurden, zeigten jedoch eine starke Wahnthematik. Erst wenn der Umgang mit Erkrankten im Alltag aufgrund beispielsweise von Tobanfällen oder Selbstmordversuchen zu schwierig geworden war, versuchten Angehörige oder Gemeindevorsteher, die betreffenden Personen in einer Anstalt unterzubringen. Viele Aussagen der Betroffenen wirken daher auf den ersten Blick chaotisch und der Zustand der Erkrankten veränderte sich zudem immer wieder.

Trotzdem soll in diesem Beitrag der Schritt gewagt werden, sich den meist durch dritte Personen vermittelten Selbstbeschreibungen von PsychiatriepatientInnen aus der Zeit von 1830 bis 1850 anzunähern. Der Blick richtet sich zunächst auf ihre Bezugnahme zur Umgebung: Wie nahmen sie sich im Vergleich zu Nichterkrankten wahr? Bemerkten sie einen Unterschied? Auch die Frage nach der Verortung ihrer Erkrankung im Körper wird gestellt. Schließlich aber stehen die Wahnthematiken im Mittelpunkt. In der Analyse von Inhalten und Strukturen dieser Äußerungen sollen Wege angedeutet werden, wie sich daraus Erkenntnisse über die jeweilige Gesellschaft und den Platz der Individuen darin gewinnen lassen könnten.

Quellenproblematik

Psychische Krankheiten lassen sich auch heute – trotz aller Definitionsversuche mittels Diagnoseschemata – nicht in fein säuberlich getrennte Kategorien einteilen.[3] Wahnvorstellungen können bei unterschiedlichen psychischen Erkrankungen auftreten – in verschiedener Ausprägung. Sie beeinträchtigen nicht die gesamte Persönlichkeit des Menschen, sondern kommen oft nur in bestimmten Zusammenhängen zum Ausdruck. Als Beispiel soll die Beschreibung Peter B.'s bei der Aufnahme in die Anstalt dienen:

„Er verräth beym Fragen und Antworten keine Sinnesverwirrung, redet über alles verständig, wenn man seine herrschende Vorstellungsweise unberührt läßt. Kommt er aber auf die schon in der Anamnese angeführte Idee, so geräth er in Eyfer, nennt sich einen Sünder, der große Strafe verdiene, dabey zeigte er sich sehr niedergeschlagen, und ängstlich.“[4]

Die Schwierigkeit der Abgrenzung ergibt sich nicht nur zwischen den Krankheitsbildern, sondern auch hinsichtlich des Verlaufs der Erkrankungen, die sich während des Aufenthalts in der Anstalt veränderten. Besonders den psychischen Erkrankungen ist es eigen, dass sie in so genannten Episoden oder Schüben auftreten. Auch zeitgenössisch wurde das bereits beobachtet und dann von hellen oder intermediären Zwischenräumen zwischen Krankheitsepisoden gesprochen. Die Ärzte entwickelten daraus in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Vorstellung einer Einheitspsychose – das Konzept einer Erkrankung, die von einem Erscheinungsbild zum anderen überging. Ein idealtypischer Krankheitsverlauf begann demnach mit Schwermut und wechselte schließlich zu Tobsucht bis hin zu völliger ‚Narrheit'.[5]

Wenn man es nun mit Äußerungen von psychisch Erkrankten zu tun hat, geben sie häufig ein sehr unterschiedliches Bild wieder – je nachdem, in welcher Verfassung sich der oder die Erkrankte gerade befand. Zuordnungen der Äußerungen zu verschiedenen Stadien sind schwer leistbar. Ein Wechsel der Verfasstheit kann sich natürlich auch bei somatisch erkrankten Personen äußern, jedoch hat man es hier nicht mit derartigen Beeinträchtigungen des Bewusstseins zu tun.

Daran schließt sich ein zweiter problematischer Punkt: In welcher Form liegen Äußerungen von psychisch Erkrankten vor? Den Quellenbestand der folgenden Untersuchung bilden 59 Krankenakten von PatientInnen der „Kaiserlich-königlichen Provinzial-Irrenanstalt“ in Hall in Tirol aus dem Tiroler und Vorarlberger Raum der Jahre 1830 bis 1850 – 30 Frauen und 29 Männer.[6] Dieselben Akten wurden bereits im Zusammenhang der Erörterung von Laien- und Expertenvorstellungen von Wahrnehmung und Erklärung von psychischen Krankheiten analysiert.[7] Die Perspektive der direkt Betroffenen wurde jedoch ausgeklammert, weil sie eine andere Behandlung als die Vorstellungen von nicht erkrankten Laien verlangte. Allgemeine Laien- und

in etwas schwächerem Ausmaß ebenso Expertenvorstellungen sind jedoch auch bei der vorliegenden Untersuchung mitzudenken, da sie den Hintergrund der Bilder der Erkrankten selbst bilden. Konkrete Aussagen zu ihrer Krankheit fanden sich in diesem Aktensample bei 22 Frauen und 24 Männern. Die Krankenakten bestehen jeweils aus einer Krankengeschichte, die vor der Anstaltseinweisung von den Kreis- und Distriktsärzten erstellt worden war, der in der Anstalt erfolgten Anamnese und den täglichen Ordinationsanmerkungen, die zudem in Form von Monats- oder Quartalsberichten zusammengefasst wurden. Manchmal liegen auch zusätzliche Dokumente, wie Briefe bzw. Berichte der Erkrankten und ihrer Angehörigen oder Gerichtsprotokolle von zusätzlichen Vernehmungen nahe stehender Personen vor.

Die meisten Äußerungen Erkrankter müssen den Informationen entnommen werden, welche die – einem anzunehmenden Selektionsprozess unterliegenden – Niederschriften der Ärzte liefern. Die zur Erstellung der Krankengeschichte beauftragten Kreis- oder Distriktsärzte gaben manchmal Aussagen der Erkrankten bei der Untersuchung oder über die Vermittlung von befragten Angehörigen wieder. Bei der Aufnahme in die Anstalt wurden die PatientInnen nochmals untersucht und befragt. Auch hier finden sich also Informationen über Aussagen der Erkrankten selbst. Schließlich flossen solche Bemerkungen auch in die täglichen und monatlichen Berichte ein. Selbstzeugnisse im eigentlichen Sinn liegen in diesem Sample nur von einer Frau – der Gattin eines Polizeikommissärs – in Form einer Lebensgeschichte[8] und einem Mann aus bäuerlichem Kontext in Form von Briefen, die er an die Obrigkeiten richtete[9], vor.

In Bezug auf die soziale Herkunft lassen sich sieben Frauen der sozialen Oberschicht, 20 der sozialen Mittelschicht aus dem bäuerlichen Milieu bzw. städtischen Handwerk und drei der sozialen Unterschicht zuordnen. Bei den Männern lautet die entsprechende Verteilung vier zu 23 zu zwei Personen. Selbstzeugnisse sind in den sozial mittleren und unteren Schichten seltener anzutreffen. Trotzdem ist es lohnenswert, auch jene soziale Schichten, von denen kaum oder keine Selbstzeugnisse vorliegen, in Untersuchungen über die Selbstwahrnehmung psychischer Krankheit einzubeziehen.

Ein im Moment in Berlin laufendes Forschungsprojekt über die „Wahrnehmung psychischen Krankseins in den Krankenakten der Berliner Charité 1880-1900“[10] setzt sich mit ebendiesen Quellenproblemen auseinander. Man kann auf die ersten Ergebnisse gespannt sein.[11]

Bezug zur Umgebung

Eine Selbstbeschreibung als ‚anders’ im Vergleich zur Umgebung wurde meist nur von erkrankten Personen ohne bewusstseinsverändernde Symptome oder von wahnhaft

Erkrankten mit abnehmender psychischer Symptomatik vorgenommen. Nothburga K. klagte bei ihrer Aufnahme in der Anstalt beispielsweise, „sie scheine sich gar nicht mehr dieselbe, die sie war; es sey ihr, als habe sie die Fehler der ganzen Welt angenommen, und tauge nicht mehr unter die Menschen; oft durch Kreuzen sich ihre Ideen sodaß sie nicht denken könne, ganz verwirrt sey, bald diese, bald jene Umgebung sehe.“[12] Typisch für ihre Herkunft aus bürgerlichem Kontext brachte sie ihre Krankheit mit den Nerven in Verbindung[13], indem „sie bekannte, daß sie nervenkrank sey, daß ihre Ideen sich manchmal so verwirren, daß sie nicht denken könne.“[14] Ähnlich äußerte sich auch Gottfried v. M. in bestimmten Momenten zu seinen eigenen Wahnideen, dass er vergiftet und bedroht würde: Er stellte es dann „nicht in Abrede, daß seine Phantasie ihn manchmal in spekulative Forschungen verwikle, die er sich nicht entwirren könne u. nennt sich einen Phantasten.“[15]

Die Grenzen zur Außenwelt wurden fließend und verschwommen beschrieben, etwa wenn Kreszenz S. bei ihrer Aufnahme in der Anstalt angab, „daß sie eine gerade ausgestochene Person, wie sie sagt, niemals war u. es noch nicht ist.“[16]

Wenn PatientInnen erkannten, wo sie sich befanden, rief das unterschiedliche Reaktionen hervor. Vielfach stellten sie dann die Rechtmäßigkeit ihrer Anwesenheit in der Anstalt in Frage. Joseph Ha., ein ehemaliger Theologe, „behauptete, er gehöre nicht in das Irrenhaus, denn er sei ja nicht irre“[17] und verlangte sogar „den Paragraph [zu] hören, der ihn zum Irrenhause verurtheile“[18]. Auch der Tagelöhnersohn Josef A. beharrte immer wieder darauf, „daß er solche Naren, wie er seyn soll, gar viele wüßte.“[19] Die Aussagen des Bauern Thomas B. schwankten zwischen „Recht bin ich nicht, wie es sich gehört“[20] und „Ich sage dieses mit gescheidten Worten ich bin nicht närrisch“[21], während sich der ehemalige Leutnant Gottfried v. M. über die Art beschwerte, wie er in die Anstalt gebracht worden war und von verletzter Ehre sprach.[22]

Körperliche Wahrnehmungen

Über den Körper wurde sehr viel gesprochen. Bei jeder Untersuchung und jeder Visite forderten die Ärzte die PatientInnen auf, sich über ihr körperliches Befinden zu äußern. Welche körperlich empfundenen Symptome auf zugrunde liegende somatische Erkrankungen zurückgingen und welche in engem Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung standen, lässt sich dabei schwer entscheiden. Zudem gingen die ärztlichen Theorien dieser Zeit zunehmend stärker von einer körperlichen Verursachung psychischer Krankheiten – vor allem durch Fehler in der Gehirntätigkeit – aus und formulierten ihre Fragen dementsprechend.[23]

Aussagen über Kopfschmerzen erhielten so für die Ärzte besonderes Gewicht –

beispielsweise über „Eingenommenseyn des Kopfes“[24] oder „ein Kuriösseyn im Kopfe (wodurch Peter B. ein Wirbeln in der Stirngegend ausdrücken will)“, das ihn zum Ausruf „Mein Kopf ist halt nicht, wie bey andern Leuten“[25] veranlasste. Bertha H., die Ehefrau eines jüdischen Handelsmannes, empfand morgens „immer Kopfwehe, und eine besondere Schwermuth.“[26] Der Weber Dismas K. „klagte über Schwere und Schmerzen im Kopfe, Schlaflosigkeit.“[27]

Nicht nur die Selektion, sondern auch die Vermischung der Aussagen mit der ärztlichen Interpretation macht bei der Auswertung der Akten Schwierigkeiten, wenn etwa Abraham L. „noch durchgehends über allgemeine Schwäche, Steifigkeit u. Ziehen vom Hinterhaupte, zwischen den Schulterblättern gegen den Rücken u. die Schenkel zufolge der Onanie“[28] klagte. Nur selten hatten sich PatientInnen der unteren und mittleren sozialen Schicht die ärztliche Vorstellung von der angeblichen Schädlichkeit der Onanie schon zueigen gemacht.[29] Dazu kamen die Vorurteile gegenüber Juden und Jüdinnen, die sich beispielsweise darin äußerten, dass die Ärzte zur Aussage Abraham L.’s, „daß seine Schwäche sich verminderte“ den Beisatz hinzufügten: „auf seine Äußerung ist wenig zu geben, er ist ein Jude“.[30]

Körperliche Empfindungen, die sich auf keine somatische Ursache zurückführen lassen, werden heute als *hypochondrischer Wahn* bezeichnet. Laut einer Untersuchung aus den 1970er Jahren hat diese Wahnform seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts zugenommen. Gründe dafür sahen die AutorInnen in der „stärkeren Aufmerksamkeit auf ‚Jugendfrische und Gesundheit’ als ‚Zeitwerten’.“[31] Mit der zunehmenden Kenntnis von medizinischen Vorgängen seien die Vorstellungen zudem detaillierter geworden. Jedoch sind die von den PatientInnen beschriebenen Empfindungen in einem breiteren Kontext zu sehen. Zum einen spielten – gerade bei psychischen Erkrankungen – Vorstellungen von Dämonen, die sich im Körper bewegen, eine Rolle. Zum anderen ähneln sehr viele Beschreibungen älteren medizinischen Körperbildern, die popularisiert worden waren.[32]

In den untersuchten Akten kam *hypochondrischer Wahn* – wenn man ihn denn klassifizieren möchte – mit je drei Nennungen bei Frauen und Männer in gleicher Anzahl vor. Aufgrund dieser geringen Fallzahl lassen sich kaum Aussagen zu schichtspezifischen Häufigkeiten treffen.

So glaubte die Gutsbesitzerin Josepha v. M. nicht nur, dass sie „ihrer Sünden wegen verdamt sey“, sondern auch, „daß sich in ihrem Unterleibe 2 Straffen befinden, eine schreyende und eine laufende, in Folge dessen sie nicht ruhig seyn könne.“[33] Sie klagte vor allem aber über einen „spannenden Schmerz, der sich von der Gegend der Eyerstöcke zur Schambeingegend erstreckt.“[34] In der Folge fühlte sie ihren Körper immer enger werden und zusammenwachsen[35] und nur mehr aus einer hohlen Haut bestehend.[36] Als ihr wegen einer Zahnfleischentzündung zwei Blutegel angesetzt wer-

den sollten, nahm sie diese aus dem Glas „und verschluckte sie, damit sie sich, wie sie sagte, innerlich verbluten könnte“[37] und klagte später über die in ihrem Leib herumkriechenden und alles zerreißenden Blutegel.[38] Die Bauerntochter Josefa S. beschrieb bei ihrer Aufnahme die Empfindung, dass „dieses zusammenziehende, spannende Gefühl bald im Unterleibe [beginne], und steige dann von hier gegen die Brust und den Hals, den es ihr beynahe ganz zusammenschnüre, und komme dann in den Kopf, von wo es sich auf die Hände verbreitet, es sey gerade als wenn ein lebendes Thier sich in ihr befinde, und dieses sey der böse Feind, sie verlangt stets, daß unser H. Caplan sie benedicire, denn sie habe schon öfters bemerkt, als jener Pfarrer sie benedicirte, daß der Teufel vom Kopfe hinein gefahren, und durch die Ferse von ihr gewichen sey.“[39]

Ein ähnliches Empfinden beschrieb der Insasse des Zwangshauses in Schwaz (Tiroler Unterland) Franz W., wenn er über „Schwindel, und von Zeit zu Zeit eintrettendes Gefühl einer Kugel [klagte], welche vom Nabel heraufsteige, und bis an die Brust oder den Hals gelangt ihm allen Athem benehme.“[40] Während der Medizinstudent Alois N. sich manchmal über das Gefühl äußerte, „als ob der Schädelknochen des Hinterhauptes gleichsam auseinandergedrängt würde“,[41] schilderte der Bergknappe Anton B. eindrücklich, „daß sein linkes Auge ein Loch habe, wo es beständig ausrinne, und zwar durch die Brust hinab, und daß er sich daher sehr schwach fühle.“[42]

Schließlich kam auch ein Phänomen vor, das in der Forschung – ohne bis jetzt gründlich erforscht zu sein[43] – den Namen *Dermatozoenwahn* erhielt: Die Magd Viktoria P., die als Kind zum Viehhüten in Schwaben war und von dort zurückgeschickt wurde, weil sie nach einem Erlebnis, über das sie nie sprach, „völlig sinnesverwirrt“ zu sein schien, klagte später „öfters über die Empfindung von Ameisenkriechen über die gesammte Körpers-Oberfläche.“[44] Etwas abstrakter hingegen ist die Klage Thomas B.'s „über zeitweise Nässe des Herzens u. Geistlosigkeit, so daß er sich wie ein Stockfisch vorkomme.“[45]

Interpretationsmöglichkeiten von Wahnvorstellungen

Schon in diesen körperlichen Wahrnehmungen spielten Wahninhalte eine Rolle. Was sind aber Wahnvorstellungen? Das Diagnosesystem der Psychiatrie zielte stets darauf ab, festzustellen, ob das Symptom Wahn vorhanden sei oder nicht, um die weitere Therapie zu planen, die auf die Beseitigung des Wahnerlebens zielte. Seit einigen Jahren beschäftigt sich die so genannte *Hermeneutische Psychopathologie der Psychosen* jedoch intensiver mit der Struktur des Wahns. Sie lässt sich in der Therapie auf die konkreten Inhalte des Wahns ein und versucht, „die wahnhaften und halluzinatorischen Erlebnisse gemeinsam mit dem Kranken retrospektiv aufzuarbeiten.“[46] Als Ursprung

von Wahnideen nimmt man ein stark psychotisches Erlebnis an, das zu einem völligen Zusammenbruch der bisherigen psychischen Ordnungsstruktur eines Menschen führe, zu einer radikalen Verunsicherung des Weltverständnisses. Dieses Erlebnis und diese Situation müssten Erkrankte für sich selber sinnhaft deuten und in einen logischen Zusammenhang bringen, um damit fertig zu werden. Die innere Wirklichkeit des psychotisch Unverständlichen wird also in eine Sphäre der Bedeutungshaftigkeit transformiert. Dadurch entsteht für die Erkrankten Einsichtigkeit und eine kognitive Sicherheit, die sich in der Folge auch mitteilen lässt. Schließlich dringen diese Sinndeutungen in Form von sprachlichen Äußerungen und Handlungen nach außen.

Dieser neue Lebensentwurf der Erkrankten lasse sich laut diesem Ansatz nun entschlüsseln – nicht in erster Linie über die Inhalte der Wahnideen, sondern über die strukturellen Merkmale: Das ursprüngliche Gefühl des Ausgeliefertsein könne sich zum Beispiel in einem Verfolgungswahn konkretisieren.[47] Anliegen der PsychiaterInnen ist es vor allem, sich über das Verständnis der Wahnstruktur zusammen mit den Erkrankten diesem auslösenden Ereignis zu nähern und es zu bearbeiten.

Für HistorikerInnen stellen sich andere Fragen. Solche auslösenden traumatischen Erlebnisse stehen nicht im luftleeren Raum, sondern sind eng mit der Persönlichkeitsstruktur, den Lebensumständen und den kulturell-historischen Bedingungen verbunden. Das Material, das sich dazu historischen Krankenakten entnehmen lässt, ermöglicht nur einen bedingten und vor allem durch die jeweiligen Vorstellungen geprägten Blick auf die Person. In faszinierender Weise knüpft die moderne Annahme eines traumatisierenden Erlebnisses an die Laienvorstellung des frühen 19. Jahrhunderts an, wonach psychische Krankheit durch ein bestimmtes Ereignis ausgelöst würde, während die ärztliche Sicht zur selben Zeit ein breites Repertoire an zusammenwirkenden Ursachen sah.[48] Wenn man davon ausgeht, dass Erkrankte versuchen, sich ihre neue Welt bestmöglich zu erklären, dann ist es wahrscheinlich, dass sie dafür bekannte Bausteine aus ihrer nächsten Umgebung und ihrem bisherigen Denken verwenden. So müsste es möglich sein, aus diesen Bestandteilen der Wahnphantasien auf die Vorstellungswelten der Individuen und ihrer kulturellen Verortetheit in der Gesellschaft schließen zu können. Dazu wäre allerdings eine breit angelegte Studie mit einer intensiven Rückkoppelung der Äußerungen – und in der Folge auch der Handlungen – auf die biografischen und sozialen Verhältnisse nötig, was im Rahmen dieser Untersuchung nur annähernd geleistet werden kann.

In der Psychiatriegeschichte gab es ab Mitte des 20. Jahrhunderts Versuche, die Veränderung von Wahnformen zu greifen.[49] Abgesehen von der – den AutorInnen bewussten – Methodenproblematik, historische Krankenakten einer Diagnostizierung zu unterziehen, um sie mit aktuellen Krankenakten vergleichen zu können, zeigten sich doch einige Trends. Demzufolge seien im Zeitraum vom Beginn des 20. Jahrhunderts

bis zu den 1970er Jahren beispielsweise *Beziehungswahn* (wenn alles auf die eigene Person bezogen wird), *religiöser Wahn, Beeinträchtigungs-* und *Verfolgungswahn* konstant geblieben, der *hypochondrische Wahn* habe jedoch signifikant zugenommen, *Größen-* und *Liebeswahn* hingegen abgenommen. Ein Zusammenhang zwischen *Größenwahn* und männlichem Geschlecht habe sich gehalten, während sich in den 1970er Jahren der Zusammenhang zwischen *Liebeswahn* und weiblichem Geschlecht im Vergleich mit der ersten Dekade des 20. Jahrhunderts nicht mehr nachweisen ließ.[50] Neben solchen Untersuchungen, die meist an der Oberfläche bleiben, wurde immer wieder das interessante Faktum registriert, dass bei Wahnausprägungen jeweils die neuesten technischen Errungenschaften aufgenommen und in das Wahrnehmungs- und Interpretationssystem eingebaut werden. Die Beziehungen zu technischen Geräten habe sich beispielsweise gewandelt: Stellte das Telefon in Wahnvorstellungen zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch einen Apparat dar, aus dem bedrohliche Stimmen kamen, so war es in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gefährlich geworden, weil es abgehört werden konnte.[51] Acht Jahre nach der Konzeption des World-Wide-Webs wurde vom ersten Patienten berichtet, der das Internet in seinen Wahn einbezogen hatte.[52]

Blickt man auf die Wahninhalte des vorliegenden Samples, so sieht man sich sofort mit der Schwierigkeit der Zuordnung konfrontiert, weil einzelne Erkrankte durchaus mehrere Wahnformen ausprägten. Zudem stellt sich die Frage, wie etwa *Größenwahn* von *religiösem Wahn* zu unterscheiden sei, wenn jemand zum Beispiel überzeugt war, Papst zu sein. Man müsste genauer ins Detail gehen und fragen, in welcher Weise sich die Erkrankten mit bestimmten Personen identifizierten.

Dies zeigt bereits die Grenzen einer alleinigen Herangehensweise über die unterschiedlichen Formen des Wahns, die nur einen Aspekt der Analyse darstellen können. Daher wurden die Wahnformen zwar ausgezählt, in der Folge aber im Zusammenhang mit der generellen Struktur von Wahnvorstellungen interpretiert.

Strukturelle und inhaltliche Aspekte der Wahninhalte

Dem ursprünglichen Verlorensein der Erkrankten kommen am ehesten – nicht sehr häufig anzutreffende – Schilderungen von Desorientiertheit nahe. Der Weber Dismas K. gab beispielsweise dem Arzt gegenüber an, „er möchte doch wißen, was er wäre, und was aus ihm würde, und wohin er gehöre, und was er thun müße etc.“[53]

Ein erster Schritt der Sinndeutung konnte offensichtlich darin bestehen, dass sich Erkrankte ein nicht auszuhaltendes Gefühl durch selbst verursachte Schuld zu erklären versuchten. „Sie könne nichts dafür, sie sey schuldig, sie habe es nicht geflüßentlich gethan, man thue ihr unrecht, man möchte ihr es deßwegen verzeihen u.s.w.“[54] oder

„um mich ist es schon geschehen, ich kann nicht bethen, ich habe zu viel gethan […] mit mir wird nichts mehr zu machen seyn“[55] waren typische Äußerungen von Erkrankten, die sich auf keine objektiven Sachverhalte bezogen.

Manchmal sind die Angaben, wofür sich Leute schuldig fühlten, aber auch sehr konkret: Joseph H. glaubte, seine Mutter umgebracht zu haben, „doch gleich darauf sagt er weiter: Er habe seine Mutter stark geärgert und da sey sie aus Verdruß gestorben.“[56] Obwohl sie nicht wirklich tot war, deutete er damit seine Schuld an. Josef E. glaubte, „er habe jedermann beleidigt; weshalb er jedermann nacheilt, um ihn um Vergebung zu bitten.“[57] Solche Aussagen lassen auf vielleicht im Kern vorhandene Konflikte schließen, die im Wahnerleben übersteigert thematisiert wurden. Ein sozialer Bezug könnte beispielsweise hinter der immer wieder geäußerten Reue der Ehefrau eines jüdischen Handelsmannes, Sofia S., „über den erst vollbrachten Baue einer Waschküche“[58] liegen, von dem ihre Dienstmädchen berichteten.

Vor allem aber bot sich das religiöse Glaubenssystem an, um den neuen Lebensentwurf daran auszurichten. Mit dem SünderInnendasein, der ständigen Gefahr der Verdammung und den verschiedenen Praktiken (gottesfürchtiges Leben, gute Werke und im katholischen Glauben Beichte), um eine Befreiung von der Sünde und der auf sich geladenen Schuld erlangen zu können, bot es alle Bestandteile, mit der sich Erkrankte ihre Welt erklären konnten. Dementsprechend häufig waren solche Inhalte. Frauen identifizierten sich mit acht von insgesamt 22 Frauen, die sich zu ihrer Krankheit äußerten, häufiger mit negativen religiösen Inhalten als Männer (vier von 24). Da die Frauen der Gesamtstichprobe im Vergleich zu den Männern von ihrer Umgebung in einem höheren Maß als sich zurückziehend und sich in übertriebenem Maß religiöser Literatur widmend geschildert wurden[59], könnte hier ein Zusammenhang bestehen.

PatientInnen nahmen sich als „verdammt“[60], „schlecht und eine grosse Sünderin“[61], „verdammt [ohne] Antheil an der Seeligkeit“[62] wahr oder wähnten sich „in der Hölle, und ihre Umgebung voll Donner, d. i. voller Teufel.“[63] Der Bergknappe Anton B. glaubte, „daß auch ihn das Loos der Kreutzigung wie seinen Heiland, treffen werde.“[64] „Teufel seien in sie hineingefahren“[65], gab die Kammerjungfer Babette L. an.

Neben der Vorstellung von Teufeln wurden auch andere übersinnliche Elemente geschildert. Dismas K. hielt beispielsweise seinen Bruder „für Teufel, seine Schwestern aber für Hexen.“[66] Thomas B. glaubte, „dass jedes Kind verzaubert seie u. im Gegentheile bezaubernd wirken könne“[67], während Maria Anna J. „die fixe Idee [hatte], daß Hexen und Gespenster großen Einfluß auf sie ausüben.“[68]

Ausweglosigkeit schimmert besonders in Josefa v. M.’s Aussagen durch: „Ihre Seele sey fort, und Gott habe sie auch verlassen; dies sey eine Strafe Gottes, und sie sey jetzt nur dazu bestimmt immer zu laufen, zu schreyen, und zu verzweifeln, kein Mensch könne mehr helfen; denn man müßte einen ganz neuen Leib machen, und

eine von Gott verhängte Strafe könne man doch nicht aufheben.“[69]

Angehörige und Seelsorger unterstützten dieses religiöse Deutungssystem, indem Beichte, Segnungen und Exorzismen auch in der Vorstellung von nicht Erkrankten als Heilmittel gegen psychische Krankheit galten bzw. die Grenzen zwischen Sünde und den Auswirkungen von psychischer Krankheit nicht so klar gezogen wurden. Johanna R.'s Eltern suchten beispielsweise für den Zustand ihrer Tochter Hilfe bei der Geistlichkeit, woraufhin Johanna nicht nur oft freiwillig beichten ging, sondern laut Krankengeschichte auch manchmal von ihrer Mutter zur Beichte gezwungen wurde. Die Handlungsweise der Mutter überrascht nicht, wurde doch über sie angegeben, dass sie vor Jahren von einem Irrsinn befallen worden war, der aber „bloß durch Tröstung, Belehrung und geistlichen Zuspruch“ verschwunden sei. Der Beichtvater warnte Johanna, „daß sie zusehen solle, damit ihr Glaubenslicht nicht ganz erlösche, so bemächtigte sich ihrer die Idee, daß ihr Glaubenslicht nun erloschen, daß sie verdammt und sie und andere unrettbar verloren seyen.“[70]

Der inneren Logik des Wahrnehmungs- und Deutungssystems folgend suchten Erkrankte auf verschiedene Weise Abhilfe ihres Zustands. Ein sehr häufiger Weg schien im Selbstmordversuch zu liegen – durch „Hunger, Ersäufen und Erfrieren“[71] oder in der Bitte „man solle ihn verbrennen, oder den Kopf abhauen, oder er wolle dies selbst thun.“[72] Manchmal wurde die Verantwortung für das Handeln von der eigenen Person weg geschoben: Der Priester Johann M. fühlte „sich angetrieben, sich selbst in das Wasser zu stürzen“[73], und Thomas B. gab zu seinen bellenden Geräuschen an, „daß nicht er die Ursache des Lärmens sei, sondern daß ein Anderer (eine andere Persönlichkeit) aus ihm schreie“[74], oder er meinte, „Ich bin halt ein geschlagener Mensch, ich kann nicht anders.“[75] Auf die von ihm ständig gemachten Kreuzzeichen befragt, erwiderte er: „Ja ich weis es halt nicht, ich muß es halt thun.“[76]

Solche religiöse Praktiken stellten eine andere Möglichkeit zur Verbesserung des Zustands dar: Kreuzzeichen oder Hilferufe – „Herr sey mir gnädig“[77] oder „Laß mich nicht verdammt werden, mein lieber Jesus. Ich will meine Freiheit haben.“[78] Johann M. „sah dann überall Teufel, Verfolgung, Verführung; nahm seine Zuflucht zum Kreuzmachen, Bethen u. Fluchen; oder lief mit großer Unruhe u. Hast in seinem Zimmer auf u. nieder.“[79] Manchmal verlangten Erkrankte einen Exorzisten.[80] Zur psychischen Entlastung entwickelte Anton B. zu seiner ersten Überzeugung, gekreuzigt zu werden, noch eine zweite Idee: Er hielt seine Aufnahme in den Himmel für sicher, weil es nicht zwei Strafen nebeneinander geben könne, „und er eine hier bereits im höchsten Maaße leide, indem niemand begreifen könne, was er hier zu dulden habe.“[81] Peter B. wiederum „konnte sich […] von der irrigen Idee – als sey er der gröste Sünder und müsse, um in den Himmel zu kommen, schon auf dieser Welt gestrafet werden, nicht mehr loßreißen.“[82] So hatte er in der Folge versucht, vier Personen umzubringen, was

ihm schließlich bei seiner Mutter auch wirklich gelungen war. In seiner Vorstellung konnte ihn die Abbüßung einer irdischen Strafe von den Sünden befreien. Weniger häufig vorkommende, „weltliche“ Versuche, den eigenen Zustand positiv zu verändern, lagen beispielsweise darin, Menschen um Verzeihung zu bitten[83] oder sich beim Kaiser beklagen zu wollen.[84]

Die einen solchen Zustand begleitende Angst und Bedrohung konnte in spezifischere Ängste transformiert werden, um besser damit umgehen zu können. Man musste sich dann nur noch vor bestimmten Ereignissen schützen. In der ausgeprägten Häufigkeit spezifischer Ängste verhielten sich Frauen und Männer gleich, unterschieden sich jedoch in der Art des Inhalts. Die Angst vor Vergiftung kam beispielsweise nur bei Männern vor, wahrscheinlich korrespondierend zu dem Umstand, dass sie in den meisten Fällen nicht selber kochten. Der Priester Johann M. sah „giftige u. unkeusche Dinge in den Speisen u. Getränken, behauptete, man wolle ihn geistig u. leiblich morden, ihn zu bösen Gedanken u. Handlungen zwingen, u. verführen.“[85] Seiner Angst begegnend, „daß man ihm überall schaden, und ihn kreutzigen wolle, daß man ihn zu vergiften trachte etc.“[86], kochte sich Joseph N. beispielsweise selber. Josef E. „erblickte in jedem eine unheilvolle Vorbedeutung; dass er sich u. anderen durch Essen großen Schaden zufüge.“[87] Eine typische männliche Angst schien auch „die Furcht [zu sein], nicht mehr im Stande zu sein, seiner so zahlreichen Familie Brod zu verschaffen.“[88] Frauen hingegen machten manchmal ihre Kinder zum Gegenstand ihrer Ängste – sei es ein „Sohn, welcher erwachsen als verabschiedeter Soldat, ohne Handwerk, ohne eigene Schuld dem Elende u. der Noth blos aus unverzeichlicher Nachlässigkeit seiner ausschweifenden Mutter Preis gegeben sei, […] und somit unter dem unüberwindlichen Drucke des verhängnißvollen Schicksales zu Grunde“[89] gehe oder Kinder, die verfolgt und in Gefahr, umgebracht oder verbrannt zu werden, gesehen wurden. In diesem letzten Fall wechselte die Furcht der Mutter mit ihrer Forderung nach Messern, „um ihre Kinder zu morden, od. [sie] forderte andere dazu auf.“[90] Solche drastischen Übergänge in den Wahnideen kamen häufig vor. Auch die Furcht der Schmiedstochter Maria R. vor dem Geköpftwerden wechselte mit dem Wunsch, geköpft zu werden.[91]

Größenideen können als die andere Seite der Medaille gesehen werden. Die Vorstellung, eine mächtige Persönlichkeit zu sein, stellte einen anderen Weg dar, die Welt neu zu organisieren bzw. einen wirksamen Schutz gegen das Gefühl, ausgeliefert zu sein. Auch hier wechselten oft Größenphantasien mit Ängsten bzw. Schuldempfinden und deuten so die Zwiespältigkeit dieses Zustands an. So hielt sich der Knecht Joseph G. einerseits für den „Antechrist, und von Gott auserwählet, um die Welt zu regieren.“ Andererseits hatte er aber „auch die schwere Pflicht alle Sünden seines noch lebenden Bruder abzubüssen.“[92] Dazu passte, dass er „ohne Unterbrechung, sowohl bey Tag, als bey der Nacht, eine Musik, welche abwechselnd bald von den Engeln, bald von den

Teufeln produziret werde, [hörte]. Manchmahl beobachtet er ein hartnäckiges Stillschweigen.“[93]

Fast die Hälfte – 41 Prozent – der Männer mit Wahnvorstellungen hatten Größenphantasien, während sich nur drei Frauen – 14 Prozent – für eine sozial höher stehende Person hielten. Sebastian U. sah sich „als Prediger neuer religiöser Wahrheiten – und endlich gar als von Oben-Gesandten.“[94] Auch Josef A. hielt sich „einmal für einen von Gott gesandten“[95] und Roman K. „dünkt sich nun Gott zu seyn, will die benachbarten Reformirten bekehren, und alle Arme reich machen etc.“[96] Für den Priester Johann M. lag es vielleicht näher, sich mit dem Papst zu identifizieren.[97] Aus dem weltlichen Bereich nahm der Musiker und Müller Michael S. seine Vorbilder: „Er imaginirte sich der Schaar seiner neuen Zöglinge die Märsche der berühmtesten Compositare vortragen, […] und – war auf einmahl ein Mozart – ein Haidn etc.“ Später jedoch hielt er sich jedoch wieder für „Lucifer, die Menschen zu peinigen, ein Prophet, sie zu bekehren, ein Geist [des Komponisten] Lanners, ein Welteroberer etc. etc.“[98] Römischer Kaiser, Zuchthausverwalter, Teufel und Förster war der Förster Michael G. in ein und demselben Augenblick.[99]

Die Magd Viktoria P. wähnte sich hingegen als „Königin oder eine andere hohe Person […], und ihr Handeln wurde diesen Ideen entsprechend hochmüthig und besonders gegen ihre Umgebung feindselig, da selbe die hohe Würde ihrer Persönlichkeit in Zweifeln zu ziehen wagte.“[100] Ursula P., die Gattin eines Sattlermeisters, „bildete sich ein, eine sehr mächtige reiche Person zu seyn, die Andere mit Ehrenstellen und Reichthum beschenken könnte […] manche Leute wollte sie nicht sehen, beschimpfte sie, andere erklärte sie zu Heiligen, vom Bischofe ihr zugesandt.“[101] Weiters sah sie „allerhand Gestalten, und verkehrte mit abwesenden Personen, mit guten u. bösen Geistern,“ glaubte „daß ein Bild sich in Gold verwandeln würde, und sah es deßwegen sehr oft an, und ließ auch ihren Gatten fleißig nachsehen.“[102] Bemerkenswert scheint auch die Vorstellung der Wirtschafterin Kreszenz G., die sich für Gott hielt.[103]

In diesen Bildern geht es um Positionen, in denen Macht ausgeübt werden konnte und die je höher, desto weniger Unterordnung verlangten, die alles möglich zu machen schienen und materielle bzw. ideelle Wünsche widerspiegeln, die mit Reichtum und Ansehen einhergingen. Die Möglichkeit, andere Personen zu beschenken oder reich machen zu können, wurde zum Markzeichen der Überfülle. Bei den Größenideen lohnt besonders ein Blick auf die gewählten Identifikationspersonen. Die Kirche mit ihren männlichen Vorbildern – Gott und sein Gegenspieler der Teufel, Christus, Papst und Bischöfe – schien sich vor allem für Männer zu eignen. Interessanterweise kommt Maria als Mutter Gottes nicht als äquivalente Identifikationsfigur bei den Frauen vor. Sie wurde vielleicht nicht als ausreichend machtvoll empfunden. Stattdessen wählten die Patientinnen mächtige Frauen, wie Königinnen, oder allgemein reiche Frauen. Un-

terstrichen werden konnte der Status durch die Betonung von wichtigen Beziehungen, wie zum Beispiel zum Bischof, der Ursula P. Heilige sandte. Die im Vergleich zu den Männern selteneren Größenphantasien der Frauen könnten auf ihren untergeordneten rechtlichen Status deuten, wenn man die möglichen Inhalte von Größenphantasien an die tatsächliche Geschlechterhierarchie angelehnt sieht. Dazu würde auch die Gottesvorstellung Kreszenz G.'s passen, die mit ihrer Funktion als Wirtschafterin des Bades Obladis (Tiroler Oberland) eine von den Ärzten hervorgehobene selbständige Position einnahm. Zugleich enthalten Größenvorstellungen jedoch auch kompensatorische Aspekte, sodass ihr häufiges Vorkommen bei Männern anzeigen könnte, dass diese unter einem größeren gesellschaftlichen Druck standen, einen eigenen Hausstand zu gründen und wirtschaftlich unabhängig zu sein.

Beide Geschlechter wiesen in ihren Wahnvorstellungen in je drei Fällen – modern genannten – *Liebeswahn* auf. Da der Heiratswunsch nicht nur die Liebeserfüllung bedeutete, sondern zugleich die Begründung eines angestrebten unabhängigeren Status, knüpfen diese Inhalte unmittelbar an die Größenphantasien an. Anton B.'s „Hauptidee, er sey Herr im Hause, alles gehöre ihm, und Niemand könne von ihm etwas fordern“[104], nimmt die Mittlerstelle zwischen den Größenphantasien und Heiratsideen ein. Die Bauerntochter Kreszenz G. „bekam schlaflose Nächte, schrie immer um den Bräutigam, sie gehe in kein Bett mehr vor sie nicht ins Brautbett gehen kann, machte zur Nachtszeit öfters Feuer auf den Herd und sprach so für sich als wenn der Liebhaber mit ihr spreche.“[105] Später hielt sie sich schon für lange verehelicht und sprach ständig von ihren Kindern.[106] Auch die 28-jährige Magd Maria G. glaubte sich verheiratet und „erzählte, daß sie gekommen sei, um ihren Mann aufzusuchen, sie sei verheirathete Wirthin, habe schon 20 Kinder geboren, wovon das Älteste schon 40 Jahre alt. Auf die Frage, wie alt sie selbst sei, antwortete sie 63 Jahre alt.“[107] Franz F.'s „liebstes Gespräch ist von Handl, und Heyrathen, es scheint als wenn er Bauer wäre.“[108] Die Ideen des Hauptmanns im Kaiserjägerregiment Joseph S. schlagen schließlich wieder die direkte Brücke zu den Größenvorstellungen. Auch er glaubte sich – reich – verheiratet.[109] Im späteren Verlauf der Erkrankung kamen Entbindungsphantasien dazu: Durch Onanieren erzeugte er Kinder, vermehrte sie ins Millionenfache, machte aus den ausgezogenen Fäden einer Decke Kinder und produzierte auf diese Weise auch Geld. Er sprach nur noch von Samen und Kindern. „Er ist Kaiser, Gott u. noch mehr; Geld nach Millionen, Weiber u. Kinder alles macht er u. gehört ihm; er masturbiert sich, um nur die Welt mit Myriaden seiner Kinder bevölkern zu können […] hat Affen und Elefanten im Leib; die ersten laßt er herausschneiden u. schickt sie in die Schule.“[110] Zugleich schlug er seiner Soldatenlaufbahn entsprechend „tausend 1000000 Engländer“[111] und „Tieger und Küraßier todt.“[112] Feinde würden ihn verfolgen „u. ihm Stiche durch den Kopf, die Haut u. die Füße“ beibringen, „ihm Degen in den Bauch zwängen, seine

Eingeweide vergiften, welche er deßwegen herausgenommen, u. ausgewaschen u. dadurch seinen Zustand weniger unerträglich gemacht habe.“[113]

Zusammenfassung

Selbstbeschreibungen psychisch erkrankter Personen sind schwieriger in den Griff zu bekommen als solche somatisch Erkrankter, weil der psychische Zustand auf die vielfältigste Weise wechseln kann. Handelt es sich zudem um Angehörige der mittleren und unteren sozialen Schichten, stehen kaum selbst verfasste Dokumente zur Verfügung, sondern Aussagen der Kranken lassen sich fast ausschließlich nur über die Vermittlung von Mitteilungen von Angehörigen oder Ärzten, die die Angaben der Erkrankten in ihren eigenen Systemen von Wahrnehmung und Erklärung selektierten und interpretierten, greifen.

Ausgehend von der Annahme der *Hermeneutischen Psychopathologie der Psychosen*, dass psychotisch Erkrankte versuchen, mit den ihnen zur Verfügung stehenden Deutungsmustern das Krankheitsgeschehen zu verstehen und sich zu erklären, wurde jedoch eine Annäherung an die Analyse von Wahninhalten und Wahnstrukturen gewagt. Über die Untersuchung der Bausteine von Wahninhalten konnten einige Aussagen zu den Vorstellungswelten der Menschen unterschiedlicher sozialer Herkunft getroffen werden. In den Wahnvorstellungen bildete sich beispielsweise eine katholisch-religiöse Struktur ab, die sich mit ihren Konzepten der Schuld und möglichen Erlösung gut für die Erklärung der Verfasstheit Erkrankter eignete. Wechselnde Wünsche und Befürchtungen gaben Einblick in die angestrebten Ziele der Personen innerhalb der Gesellschaft. Geschlechtsspezifische Unterschiede deuteten sich vor allem in der Auswahl von Identifikationspersonen an, die Männer in größerer Häufigkeit und Variationsbreite zwischen Gott, dem Teufel oder kirchlichen Würdenträgern wählen ließ, während sich Frauen mit Königinnen, allgemein hochgestellten Frauen und in einem Fall mit Gott identifizierten.

[1] Psychiatrisches Krankenhaus Hall (fortan PKH), Krankenakten (fortan KA) 1846, Thomas B., Anamnese 1846.

[2] Vgl. *Eberhard Wolff*: Perspektiven der Patientengeschichtsschreibung. In: Norbert Paul u. Thomas Schlich (Hgg.): Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Frankfurt a.M. u. New York 1998, 311-334.

[3] Vgl. einen Überblick über die Diagnoseproblematik der gegenwärtigen Psychiatrie bei *Michael Musalek*: Die unterschiedliche Herkunft von Schizophrenien und ihre philosophischen Grundlagen. In: Forschritte der Neurologie – Psychiatrie, 73 (2005), 16-24.

[4] PKH, KA 1830, Peter B., Anamnese 1835.

[5] Vgl. *Heinz Schott* u. *Rainer Tölle*: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München 2006, 331-333.

[6] Der ursprüngliche „30. Mann“ wurde für diese Untersuchung ausgesondert, weil er sich während des Aufenthalts in der Anstalt als nicht erkrankt erwies.

[7] Vgl. *Ellinor Forster*: Soziale Repräsentationen von psychischer Krankheit. Ein Vergleich der Vorstellungswelten von Laien und Ärzten im 19. Jahrhundert (1830-1850). In: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin, 6 (2007), 25-53.

[8] Vgl. PKH, KA 1831, Nothburga K., selbstverfasster Bericht 1831.

[9] Vgl. PKH, KA 1846, Thomas B., undatierte Briefe.

[10] Vgl. die Projektbeschreibung von Annett Bretthauer unter http://www.charite.de/medizingeschichte/forschung/wahrnehmung.pdf (Stand: 25.07.2007).

[11] Vgl. den Tagungsbericht der Tagung „Psychiatrische Krankenakten als Material der Wissenschaftsgeschichte. Methodisches Vorgehen am Einzelfall“ in Berlin, 17.-19. Mai 2007 von Michaela Ralser unter http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/tagungsberichte/id=1602&count=2&recno=1&sort=datum&order=down&search=Ralser (Stand: 25.07.2007).

[12] PKH, KA 1831, Nothburga K., Anamnese 1832.

[13] Zum Nervendiskurs vgl. *Joachim Radkau*: Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler. München 1998; *Michael Stolberg*: Homo patiens. Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit. Köln 2003, 229-233.

[14] PKH, KA 1831, Nothburga K., Ordinationszettel Juli 1831.

[15] PKH, KA 1830, Gottfried v. M., Gerichtsprotokoll Mutter 1830.

[16] PKH, KA 1839, Kreszenz S., Anamnese 1839.

[17] PKH, KA, 1843, Joseph Ha., Ordinationszettel Febr. 1846.

[18] Ebd., Ordinationszettel 1. Mai 1846.

[19] PKH, KA 1835, Josef A., Ordinationszettel März 1835.

[20] PKH, KA 1846, Thomas B., Ordinationszettel 30. April 1846.

[21] Ebd., Ordinationszettel Mai 1846.

[22] Vgl. PKH, KA 1830, Gottfried v. M., Anamnese 1831.

[23] Vgl. z. B. *Wilhelm Griesinger*: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, für Aerzte und Studirende. Stuttgart 1845.

[24] PKH, KA 1835, Johann Ach., Ordinationszettel Nov. 1835.

[25] PKH, KA 1830, Peter B., Krankengeschichte 1830.

[26] PKH, KA 1830, Bertha H., Krankengeschichte 1830.

[27] PKH, KA 1837, Dismas K., Krankengeschichte 1837.

[28] PKH, KA 1837, Abraham L., Anamnese 1839.

[29] Vgl. *Karl Braun*: Die Krankheit Onania. Körperangst und die Anfänge moderner Sexualität im 18. Jahrhundert. Frankfurt a.M. 1995; *Stolberg* (wie Anm. 13), 261-281.

[30] PKH, KA 1837, Abraham L., Ordinationszettel 26. Juli 1837. Vgl. *Gilman L. Sander* (Hg.): Der schejne Jid. Das Bild des jüdischen Körpers in Mythos und Ritual. Wien 1998.
[31] *Eveline Steinebrunner* u. *Christian Scharfetter*: Wahn im Wandel der Geschichte. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 222 (1976), 47-60, hier 51.
[32] Vgl. *Stolberg* (wie Anm. 13).
[33] PKH, KA 1843, Josefa v. M., Krankengeschichte 1843.
[34] Ebd., Ordinationszettel Juli 1843.
[35] Ebd., Ordinationszettel Aug. 1843.
[36] Ebd., Ordinationszettel Okt. 1843.
[37] Ebd., Ordinationszettel Juli 1844.
[38] Ebd., Ordinationszettel Aug. 1844.
[39] PKH, KA 1843, Josefa S., Anamnese 1843.
[40] PKH, KA 1848, Franz W., Anamnese 1847.
[41] PKH, KA 1843, Alois N., Ordinationszettel Aug. 1843.
[42] PKH, KA 1844, Anton B., Anamnese 1844.
[43] Vgl. *Roland W. Freudenmann*: Der „Dermatozoenwahn“. Eine aktuelle Übersicht. In: Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie, 70 (2002), 531-541.
[44] PKH, KA 1831, Viktoria P., Krankengeschichte 1831.
[45] PKH, KA 1846, Thomas B., Ordinationszettel Mai 1846.
[46] *Meinhard Schmidt-Degenhard* u. *Harald Feldmann*: Hermeneutische Psychopathologie der Psychosen. Wissenschaftstheoretische Grundlegung – Konzepte – Klinische Aspekte. In: Der Nervenarzt, 74 (2003), 16-22, 20f.
[47] Vgl. diess.: Strukturale Affinitäten des Unverständlichen im schizophrenen Wahn. In: Der Nervenarzt, 68 (1997), 226-230, hier 229.
[48] Vgl. *Forster* (wie Anm. 7).
[49] Vgl. eine Zusammenstellung der unterschiedlichen Untersuchungen bei *Steinebrunner* u. *Scharfetter* (wie Anm. 31), 48f.
[50] Vgl. ebd., 51-59.
[51] Vgl. ebd., 59.
[52] Vgl. *Klaus Podoll* u. a.: Internet als Wahnthema bei paranoider Schizophrenie. In: Der Nervenarzt, 71 (2000), 912-914, hier 912.
[53] PKH, KA 1837, Dismas K., Krankengeschichte 1837.
[54] PKH, KA 1846, Kreszenz G., Krankengeschichte 1846.
[55] PKH, KA 1830, Peter B., Anamnese 1835.
[56] PKH, KA 1841, Joseph H., Krankengeschichte 1841.
[57] PKH, KA 1847, Josef E., Krankengeschichte 1847.
[58] PKH, KA 1835, Sofia S., Krankengeschichte 1835.
[59] Vgl. *Forster* (wie Anm. 7).
[60] PKH, KA 1847, Josef E., Krankengeschichte 1847.
[61] PKH, KA 1830, Bertha K., Krankengeschichte 1830.
[62] PKH, KA 1835, Johanna R., Anamnese 1835.
[63] PKH, KA 1849, Eva S., Gerichtsprotokoll mit Mutter 1849.
[64] PKH, KA 1844, Anton B., Krankengeschichte 1844.
[65] PKH, KA 1849, Babette L., Krankengeschichte 1849.
[66] PKH, KA 1837, Dismas K., Krankengeschichte 1837.
[67] PKH, KA 1846, Thomas B., Anamnese 1846.

68 PKH, KA 1836, Maria Anna J., Krankengeschichte 1836.
69 PKH, KA 1843, Josefa v. M., Anamnese 1843.
70 PKH, KA 1835, Johanna R., Krankengeschichte 1835.
71 PKH, KA 1830, Peter B., Krankengeschichte 1830.
72 PKH, KA 1837, Dismas K., Krankengeschichte 1837.
73 PKH, KA 1839, Johann M., Krankengeschichte 1838.
74 PKH, KA 1846, Thomas B., Ordinationszettel Juni 1847.
75 Ebd., Ordinationszettel Febr. 1850.
76 Ebd., Ordinationszettel Mai 1850.
77 PKH, KA 1837, Dismas K., Krankengeschichte 1837.
78 PKH, KA 1839, Johann M., Anamnese 1843.
79 Ebd., Ordinationszettel Mai 1840.
80 Vgl. PKH, KA 1847, Josef E., Anamnese 1847.
81 PKH, KA 1844, Anton B., Krankengeschichte 1844.
82 PKH, KA 1830, Peter B., Krankengeschichte 1830.
83 Vgl. PKH, KA 1837, Dismas K., Krankengeschichte 1837.
84 Vgl. PKH, KA 1835, Josef A., Ordinationszettel 9. März 1835.
85 PKH, KA 1839, Johann M., Krankengeschichte 1838.
86 PKH, KA 1844, Anton B., Krankengeschichte 1844.
87 PKH, KA 1847, Josef E., Anamnese 1847.
88 PKH, KA 1847 Josef E., Krankengeschichte 1847.
89 PKH, KA 1841, Katharina T., Anamnese 1844.
90 PKH, KA 1849, Anna S., Anamnese 1849.
91 PKH, KA 1830, Maria R., Anamnese 1835.
92 PKH, KA 1831, Joseph G., Krankengeschichte 1831.
93 Ebd.
94 PKH, KA 1831, Sebastian U., Anamnese 1834.
95 PKH, KA 1835, Josef A., Ordinationszettel März 1835.
96 PKH, KA 1835, Roman K., Krankengeschichte 1835.
97 Vgl. PKH, KA 1839, Johann M., Krankengeschichte 1838.
98 PKH, KA 1847, Michael S., Krankengeschichte 1847.
99 Vgl. PKH, KA 1835, Michael G., Anamnese 1836.
100 PKH, KA 1831, Viktoria P., Krankengeschichte 1838.
101 PKH, KA 1842, Ursula P., Krankengeschichte 1842.
102 Ebd.
103 PKH, KA 1846, Kreszenz G., Ordinationszettel März 1849.
104 PKH, KA 1844, Anton B., Gerichtsprotokoll Vater 1846.
105 PKH, KA 1839, Kreszenz S., Krankengeschichte 1839.
106 Vgl. ebd., Anamnese 1839.
107 PKH, KA 1845, Maria G., Ordinationszettel April 1847.
108 PKH, KA 1831, Franz F., Krankengeschichte 1830.
109 Vgl. PKH, KA 1838, Joseph S., Krankengeschichte 1838.
110 Ebd., Ordinationszettel I. Quartal 1838.
111 Ebd., Ordinationszettel 14. Juli 1839.
112 Ebd., Ordinationszettel 6. Juli 1839.
113 Ebd., Ordinationszettel Jan. 1840.