

„[...] dass die Schädigung der ruhigen Kranken durch die Unruhigen eine Grenze bildet, welche nicht überschritten werden darf.“

Raum, Körper und Sinne in der Psychiatrie um 1900

Monika Ankele (Wien)

Abstract

Using the example of the establishment of the first surveillance wards of the Psychiatric Clinic in Heidelberg under Emil Kraepelin (1856–1926) in the spring of 1892, this paper explores the question of noise regulation by examining the entanglement of spaces, bodies, and senses. One of the problems that asylums used to face was the noise that the patients made by shouting, singing, whistling, crying, slapping against things, etc. As psychiatrists observed, one noisy patient could cause others to make noise and the sensory regime of a ward could collapse within a few minutes with a single voice rising up – a sensory regime that in mental asylums was oriented towards silence (as an expression of order) since the early 19th century and which was enforced at different times with different methods of sedating and immobilizing the patients, regulating their affects. Focusing on the entanglement of spaces, bodies, and the senses, this paper analyzes four treatment methods that were applied in the surveillance wards and were intended to calming the patients and upholding the sensory regime of the clinic: bed treatment, permanent bath, drugs, and isolation. Each of these methods was linked to a specific arrangement of the space (the sick room, the bathroom, the single room) and the patients' bodies (lying in bed, lying in water, being locked in a room). These arrangements were directed towards influencing the patients' behavior by modifying the sensory perception of the patient being treated and consequently also of those around him or her. The close connection of the different rooms in the surveillance wards should allow, through the rapid transfer of noisy patients from one room to another (and from one sensory regime to another) to establish, at least temporarily, a boundary between the (more) quiet and the (more) noisy patients. Finally, the article focuses on the different sensory regimes that day (visual) and night (acoustic) unfold and the shift in the way noise was perceived, depending on whether it

was day or night. It elaborates on how day and night not only framed the sensual perception, but also the possibilities of the nurses to (re-)act on the restlessness – including the noisiness – of the patients. This article highlights the ways in which sensory experience is tied to material configurations and the ways in which institutional power is exercised by manipulating the senses.

Keywords German psychiatry, Sensual History, noise, bed rest, permanent bath, isolation, drugs

Einleitung

In einem Beitrag von 1895, der in der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie* veröffentlicht wurde, schrieb der Psychiater Emil Kraepelin (1856–1926) von einer Grenze, die nicht überschritten werden dürfe und die dann erreicht sei, wenn die ruhigen durch die unruhigen Kranken geschädigt werden. Jegliche Art von Erregung – und in diesem Sinne auch lautes und lärmendes Verhalten – stand in der Psychiatrie unter Verdacht, eine ansteckende Wirkung auf den umgebenden Raum und seine Bewohner*innen zu entfalten und sich unkontrolliert auszubreiten. Ein einziger lärmender Patient oder eine einzige lärmende Patientin sollte genügen, um aus einem Krankensaal binnen kürzester Zeit einen „Konzertsaal“ werden zu lassen,¹ so der Psychiater August Forel (1848–1931), denn schnell fanden sich Patient*innen, die – wie der Landwirt Johann S., untergebracht in der Irrenklinik Heidelberg – sich besonders darin störend zeigten, dass sie, „wenn andere Kranke[] unruhig sind“, gleich mitheulten und mitlärmten.² Auf diese Weise konnte innerhalb weniger Minuten das Sinnesregime³ eines Krankensaals oder einer gesamten Abteilung durch eine einzige Stimme, die sich erhob, in sich zusammenbrechen und von einer Kakophonie an Stimmen gleichsam überrollt werden⁴ – ein Sinnesregime, das in

1 August Forel zit. n. Emil Kraepelin: Ueber die Wachabtheilung der Heidelberger Irrenklinik. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 51 (1895), 1-21, 10.

2 Der vollständige Eintrag in der Krankenakte von Johann S. lautet: „Etwas ruhiger. Die Echoparasie zeigt sich besonders darin sehr störend, dass er wenn andere Kranken unruhig sind, gleich mitheult. Mitlärm.“ Universitätsarchiv Heidelberg [UAH], L-III (Männer), Sig. 00/13, Krankenakte der Irrenklinik Heidelberg von Johann S., Eintrag vom 13. April 1905.

3 Zum Begriff des Sinnesregimes vgl. Andreas Reckwitz: Sinne und Praktiken. Die sinnliche Organisation des Sozialen. In: Hanna Katharina Göbel, Sophia Prinz (Hg.): *Die Sinnlichkeit des Sozialen. Wahrnehmung und materielle Kultur*. Bielefeld 2015, 441-455, 451.

4 Die Historikerinnen Kearin (2020) und Fennelly (2014) deuten das gemeinsame Lärmen der Patient*innen als eine widerständige Kollaboration gegen die Anstalt.

den psychiatrischen Anstalten seit dem frühen 19. Jahrhundert auf Ruhe (als Ausdruck von Ordnung und Besonnenheit, als Voraussetzung für den Gebrauch der Vernunft und damit für die Aussicht auf Heilung) ausgerichtet war, die zu unterschiedlichen Zeiten mit unterschiedlichen Methoden der Beruhigung und Ruhigstellung der Patient*innen, der Reglementierung ihrer Affekte, durchgesetzt wurde.⁵ Dass es dabei nicht nur um die Fernhaltung psychischer Reize ging, sondern auch und vor allem darum, dem Körper Ruhe zu verschaffen, unterstrich der Psychiater und Bremer Klinikdirektor Friedrich Scholz (1831–1907) in seinen Ausführungen über die Einrichtung sogenannter Wachabteilungen in den Anstalten. In diesen Abteilungen, in denen mehrere Räume miteinander verbunden waren, die mit je spezifischen Behandlungsmethoden (Bettbehandlung, Dauerbad, Isolierung) verschränkt waren, sollten Patient*innen mit unterschiedlichen Symptomatiken Beruhigung und Ruhe erfahren:

Irre sind Kranke und bedürfen der Ruhe – auch dieser Satz erfreut sich unbedingter theoretischer Anerkennung. Aber man bezieht ihn, wie ich glaube, mancherorts zu einseitig auf die psychische Sphäre und versteht unter Ruhe hauptsächlich nur die Fernhaltung psychischer Reize, indem man weniger Werth auf gleichzeitige körperliche Ruhe legt. Gerade letztere jedoch ist von grösstem Einfluss auf die Genesung eines [...] geschwächten oder sonstwie krankhaft beeinflussten Gehirns.⁶

Ruhe und Unruhe bestimmten bereits um 1800 die Zuordnung der Patient*innen zu den Räumlichkeiten einer Anstalt. Sie beschrieben die zentralen Kategorien für die räumliche Aufteilung in „ruhige“ und „unruhige Abteilungen“. Bei der Anlage der Anstalt sollte darauf geachtet werden, dass die ruhigen von den unruhigen Abteilungen so weit getrennt lagen, dass der Krach und Lärm der unruhigen Patient*innen nicht in die Räumlichkeiten der ruhigen Abteilungen gelangen konnten. So wurden Tobabteilungen, in denen Patient*innen in aneinander angrenzenden Zellen verwahrt wurden, zumeist in den hinteren oder abgelegenen Teilen des Anstaltsgebäudes eingerichtet, um so eine

5 Vgl. Matthias M. Ester: ‚Ruhe – Ordnung – Fleiß.‘ Disziplin, Arbeit und Verhaltenstherapie in der Irrenanstalt des frühen 19. Jahrhunderts. In: *Archiv für Kulturgeschichte* 71/2 (1989), 349-376. Ester führt an, dass es in der Marsberger Anstalt zu Beginn des 19. Jahrhunderts verboten war, „unanständige[] Geräusche durch Singen, Pfeifen oder Schreien“ zu machen und auch das „Lärmen[], Fluchen[] und Schimpfen[]“ unterlassen werden sollte (ebd., 368).

6 Jean Paul Friedrich Scholz: Ueber Wachabtheilungen in Irrenanstalten. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 45 (1889), 235-248, 236.

akustische Trennung zwischen den Ruhigen und Unruhigen zu ermöglichen und eine Art „Lärmansteckung“ zu vermeiden. Dieses Prinzip wurde viele Jahrzehnte hindurch beibehalten und galt auch noch für Anstaltsneubauten im ausgehenden 19. Jahrhundert,⁷ doch war es in großen Anstalten, gelegen in ländlichen Gegenden, leichter umzusetzen als in den kleineren, in Stadtnähe gelegenen Asyl⁸ bzw. den späteren psychiatrischen Kliniken. Ob die Beeinflussbarkeit der Kranken durch andere Kranke tatsächlich in dem Ausmaß gegeben war, wie unter anderem auch von Kraepelin befürchtet, war nicht so eindeutig zu beantworten. Scholz beispielsweise ging davon aus, dass

[f]risch Erkrankte [...] viel zu sehr mit sich selbst und den in ihrem Innern sich abspielenden Vorgängen beschäftigt [sind], um dabei zugleich auch lebhaft auf die Aussenwelt zu achten. Ihre Umgebung lässt sie ziemlich gleichgültig, Sinn und Aufmerksamkeit pflegen gegen äussere Eindrücke einigermassen abgestumpft zu sein, die Kranken sehen nicht und namentlich sie hören nicht, was um sie hervorgeht. Das für gesunde Ohren auf die Dauer oft unerträgliche Geräusch einer unaufhörlich schwatzenden Maniakalischen lässt die daneben liegende Melancholikerin ganz gleichgültig.⁹

7 So schrieb Cramer 1871, dass bei Neubauten von Anstalten die Einzelzellen, die nun ausschließlich für Lärm verursachende Kranke bestimmt sein sollten, so gelegen sein müssen, dass „der Lärm nicht auf die ruhigen Abteilungen dringt“. Heinrich Cramer: *Ueber horizontale und verticale Trennung der Abtheilungen in Irrenanstalten*. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 27 (1871), 53-58, 54.

8 Vgl. hier den Streit zwischen Wilhelm Griesinger (1817–1868) und der konservativen Anstaltspsychiatrie, in dem auch die Nähe von ruhigen und unruhigen Kranken in den von Griesinger vorgeschlagenen Stadtasylen thematisiert (und kritisiert) wurde. Kai Sammet: *„Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland.“ Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865-1868*. Münster 2000, v.a. 190, 244.

9 Scholz, *Wachabtheilungen*, 238. Scholz leitete die Anstalt in Bremen und beanspruchte die erste Einrichtung von Wachabteilungen, in der Patient*innen mit unterschiedlichen Symptomen gemeinsam untergebracht waren, für sich. Indem er die Unbeeinflussbarkeit von frisch Erkrankten durch ihre Umgebung hervorhob, legitimierte er zugleich die gemeinsame Unterbringung auf einer Abteilung, wie sie Mitte des 19. Jahrhunderts infolge des Vorschlags von Griesinger, entsprechende Abteilungen in Stadt-Asylen einzurichten, von der konservativen Anstaltspsychiatrie noch kritisiert wurde, die eine strenge Trennung der Patient*innen nach ihren Symptomatiken verlangte. Akustische Reize wurden auch verwendet, um die Aufmerksamkeit von Patient*innen zu testen. Der Psychiater Robert Sommer (1864–1937) berichtete von einem Versuch, bei dem ein Patient durch Geräusche vom Rechnen abgelenkt werden sollte: „Es wurde nun versucht, ob sich bei dem Rechnen die Aufmerksamkeit des Kranken durch lärmende akustische Eindrücke ablenken liess. Es wurden dabei Trommeln, Pfeifen, kleine Klaviere [...], ferner ein Horn, wie die Bahnwärter es brauchen, und ein Signalhorn für Radfahrer, welches einen unausstehlich durchdringenden Ton giebt und jeden normalen Menschen sehr stark im Denken hindert, wenn man in seiner Nähe damit Lärm macht, - verwendet. Ferner wurde geklatscht, geschrien und mit den Fäusten auf dem Boden gestampft, gegen Holz getrommelt. Während der ganzen Untersuchung kümmerte sich der Kranke nicht im mindesten um diesen wahrhaft fürchterlichen Lärm [...].“ Robert Sommer: *Zur Lehre von der ‚Hemmung‘ geistiger Vorgänge*. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 50 (1894), 234-257, 246.

Damit legitimierte Scholz auch die gemeinsame Unterbringung von ruhigen und unruhigen Kranken auf einer gemeinsamen Abteilung, was Kraepelin, der eine Schädigung der Ruhigen durch die Unruhigen befürchtete, als Nachteil einer solchen Abteilung empfand, zugleich aber genau mit diesem Problem bei der Einrichtung der ersten Wachabteilung in der von ihm geleiteten Heidelberger Irrenklinik im Frühling 1892 konfrontiert war, die den Ausgangspunkt des vorliegenden Beitrags bildet. In dieser Wachabteilung führte Kraepelin von Januar bis September 1893 eine Untersuchung über die dort untergebrachten Patient*innen¹⁰ und die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden durch und veröffentlichte 1895 einen ausführlichen Bericht darüber in der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie*.

Das von den Ärzten beschriebene Zustandsbild der Unruhe konnte verschiedene Dimensionen des Verhaltens umfassen und unterschiedliche Phänomene meinen. In den Einträgen der Krankenakten aus der Irrenklinik Heidelberg aus der Zeit um 1900 findet sich die Bezeichnung „ruhig“ begleitet von Begriffen wie „besonnen“, „arbeitsam“, „in sich gekehrt“ oder auch „abweisend“, während die Bezeichnung „unruhig“ von Begriffen wie „aggressiv“, „gefährlich“, „störend“ umrahmt wird. Im Fokus des vorliegenden Beitrags steht die akustische Dimension der Begriffsbezeichnung – das Singen, Lärmen, Krachmachen, Pfeifen, Jammern, Schreien –, auch wenn die Trennschärfe zu anderen als unruhig klassifizierten Verhaltensäußerungen nicht immer eindeutig hergestellt werden kann.

Die akustische Dimension als einen zentralen Aspekt des Sinnesregimes einer psychiatrischen Anstalt in den Blick zu nehmen, ermöglicht eine Analyse ihrer regulativen Mittel und ordnungsbestimmten Gestaltungen. Jede soziale Ordnung, so der Soziologe Andreas Reckwitz, bildet auch eine sinnliche Ordnung aus.¹¹ Dabei ist jede sinnliche Ordnung bzw. jedes Sinnesregime an die Konfiguration einer räumlich-materiellen Ordnung, an die An- und Zuordnung von Räumen und Körpern gebunden. So ist die Architektur von Räumen, die Anordnung von Objekten und Körpern im Raum, nicht nur Gegenstand der Wahrnehmung, sondern beeinflusst ihrerseits die Sinnesstrukturen¹² – wie unter anderem das Sehen oder Hören. Reckwitz führt aus, dass auch „soziale Makrophänomene wie Institutionen, soziale Felder oder Klassen [...] im Insgesamt ihrer

10 Während der Beobachtungszeit wurden auf der Wachabteilung für Männer 161 Patienten, auf der Wachabteilung für Frauen 118 Patientinnen behandelt. Vgl. Kraepelin, Wachabteilung, 14.

11 Reckwitz, Sinne und Praktiken, 446.

12 Vgl. ebd., 450.

Praktiken ihr jeweiliges Sinnesregime [...] (kultivieren)¹³. Das trifft auch auf die Psychiatrie und ihre (Behandlungs-)Praktiken zu, die auf das Hervorbringen und Stabilisieren eines spezifischen (visuellen, akustischen, olfaktorischen) Sinnesregimes gerichtet waren, um auf die Patient*innen einzuwirken, Atmosphären zu verändern und Macht auszuüben. Da Praktiken an Körper und Dinge gebunden sind, fragt der Beitrag am Beispiel der Lärmregulierung nach dem Verhältnis von räumlich-materieller Ordnung und sinnlicher Erfahrung. Er folgt dem Arrangement von Räumen, Körpern und Sinnen, das etabliert werden musste, um jene Grenze ziehen zu können, die Kraepelin als notwendig erachtete, um die ruhigen vor den unruhigen Kranken – die in der ersten Wachabteilung der Heidelberger Klinik (vorerst) gemeinsam untergebracht waren¹⁴ – zu schützen. Da Ruhe und Unruhe allerdings transitorische Zustände beschreiben, musste diese Grenze eine dynamische und relative sein, die permanente Interventionen (Verlegungen von Patient*innen, Einwirkungen auf ihren Körper und Modifikationen ihrer Wahrnehmung) erforderte, um sie zumindest temporär ein- und aufrechterhalten zu können. Denn, so Konrad Rieger (1855–1939), Leiter der psychiatrischen Klinik in Würzburg, Ruhe und Unruhe seien „in der Regel keine einem und demselben Individuum längere Zeit hindurch beständig anhaftende [Eigenschaft]. Vielmehr lehrt die tägliche Erfahrung [...], dass der Unruhige dieser Minute der Ruhige der nächsten ist und umgekehrt“¹⁵.

Im Folgenden werde ich am Beispiel der ersten Wachabteilung der Heidelberger Irrenklinik erörtern, welche Resonanz die Einteilung der Kranken in ruhige und unruhige in der Anordnung der Räume dieser Abteilung erfuhr und in welcher Weise die (An-)

13 Ebd., 451. Bislang gibt es im deutsch- und englischsprachigen Raum nur vereinzelt historische Studien, die die Sinnesregime psychiatrischer Anstalten eingehender untersuchen. Als Beispiele sind u.a. zu nennen Monika Ankele: From a Patient's Point of View: A Sensual-Perceptual Approach to Bed Treatment. In: Rob Boddice, Bettina Hitzer (Hg.): *Feeling Dis-Ease in Modern History. Experiencing Medicine and Illness*. London 2022, 237-254; Maria Heidegger: Der Teufel als Ohrwurm: Über das Hören und Spüren von Stimmen im Sinnesraum der Irrenanstalt. In: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* 33/1 (2022), 55-75; Maria Heidegger: Lärm macht (Un)sinn: Resonanzen in der frühen Anstaltspsychiatrie. In: *Re:visit. Humanities & Medicine in Dialogue* 1 (2022), DOI 10.57974/Re:visit_2022_1.09; Kai Sammet: Silent „Night of Madness“? Light, Voice, Sounds, and Space in the Illenau Asylum in Baden between 1842-1910. In: Monika Ankele, Benoît Majerus (Hg.): *Material Cultures of Psychiatry*. Bielefeld 2020, 44-73; Madeline Bourque Kearin: „As syllable from sound“: the sonic dimensions of confinement at the State Hospital for the Insane at Worcester, Massachusetts. In: *History of Psychiatry* 31/1 (2020), 67-82; Katherine Fennelly: Out of sound, out of mind: noise control in early nineteenth-century lunatic asylums in England and Ireland. In: *World Archaeology* 46/3 (2014), 416-430.

14 1901 wurde eine eigene Wachabteilung für Unruhige in Heidelberg eingerichtet. Vgl. Emil Kraepelin: Die Heidelberger Wachabteilung für unruhige Kranke. In: *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*. Neue Folge 12 (1901), 705-714.

15 Konrad Rieger: Die neue psychiatrische Klinik der Universität Würzburg. In: *Klinisches Jahrbuch*. Bd. 5 (1895), 145-156.

Ordnung von Räumen auch auf eine (An-)Ordnung von Körpern und eine damit einhergehende Modifikation der sinnlichen Wahrnehmung gerichtet war. Im nächsten Schritt analysiere ich mit dem Fokus auf das relationale Verhältnis von Raum, Körper und Sinne vier Behandlungsmethoden, die in der Wachabteilung Anwendung fanden (Bettbehandlung, Dauerbad, Narkotika und Schlafmittel, Isolierung). Danach folgt eine Zusammenchau der bisherigen Ausführungen am Beispiel der changierenden Sinnesregime, die der Tag und die Nacht ausbilden und die die Handlungsspielräume der Pfleger*innen im Umgang mit lärmenden Patient*innen rahmten, sowie ein Fazit.

Der Beitrag basiert zum einen auf Lehrbüchern sowie zeitgenössischen Veröffentlichungen in Fachzeitschriften, zum anderen auf Einträgen in den Krankenakten der Heidelberger Irrenklinik. Diese geben Einblicke in die Alltagspraxis der Patient*innen und Pfleger*innen, in Verordnungen und Reaktionen, Verhaltens- und Handlungsweisen und vermitteln einen – wenn auch fragmentarischen – Zugang zu den akustischen Phänomenen der Klinik.

Die räumliche Anordnung der Wachabteilung der Heidelberger Irrenklinik

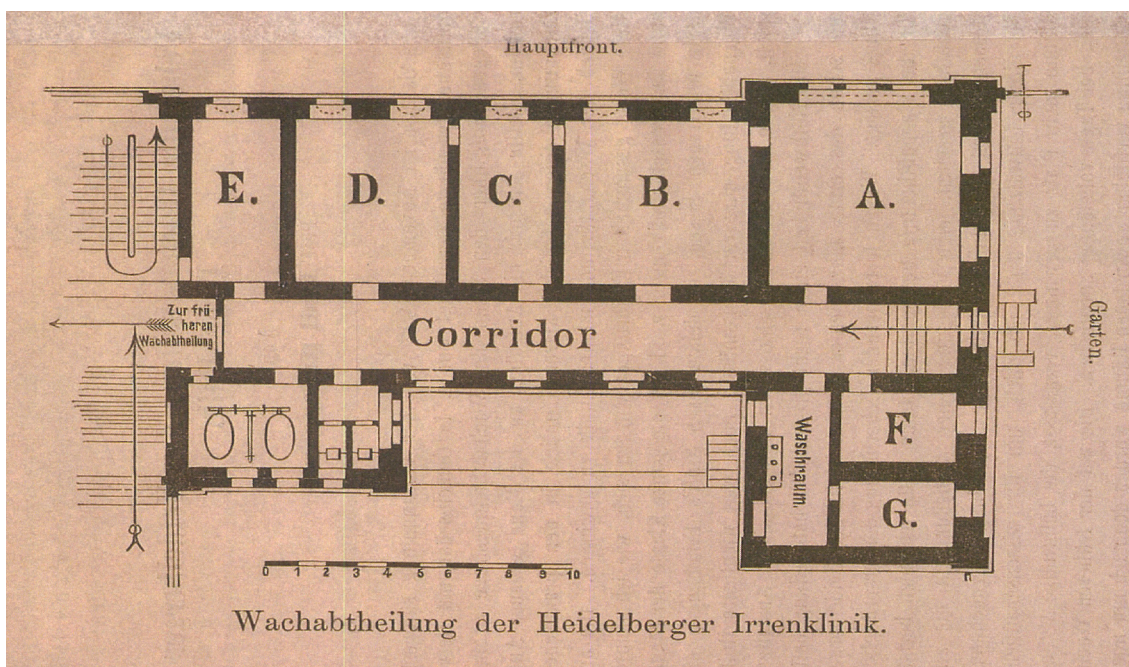


Abb. 1: Die Wachabteilung der Heidelberger Irrenklinik (aus Kraepelin, *Wachabteilung*, 2).

Die Einrichtung von Wachabteilungen sollte gegen Ende des 19. Jahrhunderts vor allem in den neu gegründeten psychiatrischen Kliniken bzw. „Stadtsylen“ eine unausgesetzte Überwachung der Patient*innen bieten, um so auch modernere Behandlungsmethoden

wie die Bettbehandlung und das Dauerbad zur Anwendung bringen zu können.¹⁶ Aufnahme in der Abteilung fanden Patient*innen, die „aus irgend einem Grunde [...] Tag und Nacht der unausgesetzten Beobachtung bedürfen“¹⁷. Dazu zählten neu aufgenommene, ‚unruhige‘, suizidale, körperlich erkrankte und ‚unreinliche‘ Patient*innen sowie Kranke, die die Nahrung verweigerten.¹⁸ Abhängig vom Grad der Un/Ruhe oder der Notwendigkeit der Überwachung wurden die Patient*innen einzelnen Räumen der Wachabteilung zugewiesen und dort behandelt. Denn die Wachabteilung zeichnete sich dadurch aus, dass sie ein Konglomerat aus Räumen (vor allem Wachsaal, Dauerbad, Einzelzimmer) war,¹⁹ die mit jeweils unterschiedlichen Behandlungspraktiken verschränkt waren, die eine Beruhigung über eine Modifikation des Körperempfindens und, damit verbunden, der sinnlichen Wahrnehmung entfalten sollten: So sollte im Wachsaal die Verlagerung des Körpers ins Bett, im Dauerbad die Verlagerung des Körpers ins Wasser beruhigende Effekte zeigen, sowohl auf die Behandelten als auch – infolge der dadurch eingeleiteten Beruhigung – auf ihre Umgebung.

Um die geforderte Überwachung der Kranken durch die Pfleger*innen zu ermöglichen, musste das Raumarrangement der Abteilung übersichtlich gestaltet sein. Von möglichst jedem Punkt eines Saales oder des Korridors aus sollten die Patient*innen im Blick der Pfleger*innen sein – was in der ersten Wachabteilung der Heidelberger Klinik zwar versucht wurde, aber nicht immer gelang. So wurden zwar Sichtachsen mit Hilfe von Verbindungstüren, die zwischen den Sälen errichtet wurden, erweitert, aber auch sie

16 Über die erste Gründung von Wachabteilungen stritten sich die Zeitgenossen: Bernhard Gudden (1824–1886) stellte 1886 die Einrichtung sogenannter Überwachungsstationen vor, auch Jean Paul Friedrich Scholz (1831–1907) im Jahr 1889 und Albrecht Paetz (1851–1922) beanspruchten die erste Einrichtung von Wachabteilungen für sich, dasselbe tat – mit Blick auf die Integration von Dauerbädern – auch Emil Kraepelin. Vgl. Bernhard Gudden: Über die Einrichtung sogenannter Überwachungsstationen. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 42 (1886), 454-458; Albrecht Paetz: Ueber die Einrichtung von Ueberwachungsstationen. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 44 (1888), 424-433. Vgl. zur Geschichte der Einrichtung von Wachabteilungen in deutschen Anstalten Eric J. Engstrom: *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*. Ithaca und London 2003, 132-135. Im Fokus der Untersuchung von Engstrom steht die Heidelberger Irrenklinik und ihre Reorganisation unter Kraepelin. Engstrom führt an, dass ab Mitte der 1890er Jahre in Preußen auf Basis einer neuen Bauvorschrift die Einrichtung einer Wachabteilung für jedes größere Krankenhaus verpflichtend war.

17 Emil Kraepelin: *Lehrbuch der Psychiatrie für Studierende und Aerzte*. Leipzig 1899, 349.

18 Ebd., 349; vgl. Engstrom, *Clinical Psychiatry*, 132.

19 Ob die Wachabteilungen auch über einen Tagesraum oder ob der für die Bettbehandlung vorgesehene Wachsaal auch über einen Tisch für kurzzeitig nicht-bettlägerige Patient*innen verfügen sollte, darüber wurde diskutiert. Vgl. u.a. Theodor Kirchhoff: *Geschichte der Psychiatrie*. Leipzig, Wien 1912, 186. Die Zeitgenossen unterschieden diesbezüglich zwischen der Wachabteilung, wie Gudden sie entwarf, und der Wachabteilung, wie sie in Alt-Scherbitz bestand und die auch über Tagesräume verfügte. Vgl. 3. Jahres-sitzung des norddeutschen psychiatrischen Vereins in Zoppot. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 52 (1897), 574-583, 577-579.

gaben nur einen begrenzten Ausschnitt in die angrenzenden Säle frei. Die Nähe der einzelnen Räume zueinander ermöglichte aber auch eine rasche Verlegung von Patient*innen, die ihre Umgebung (unter anderem) durch Singen, Reden, Schreien, Pfeifen störten, von einem in den nächsten Raum.

In Kraepelins Berichtszeitraum vom 3. Januar bis 9. September 1893 versorgte die Klinik durchschnittlich 62,54 Kranke auf der Männerseite und 46,80 Kranke auf der Frauenseite. Auf den beiden Wachabteilungen befanden sich in diesem Zeitraum 42,66 Prozent aller Patient*innen, davon 23,08 Prozent auf der Wachabteilung für Männer und 50,37 Prozent auf der Wachabteilung für Frauen. Diesen geschlechtsspezifischen Unterschied erklärte sich Kraepelin aus der „grösseren Häufigkeit von Depressions- und Aufregungszuständen“ bei den Frauen.²⁰

Abbildung 1 gibt eine Übersicht über die Raumanordnung der Wachabteilung in der Heidelberger Irrenklinik: Von einem Korridor, der sich über 26,3 Meter erstreckte, gingen sowohl zur rechten als auch zur linken Seite die einzelnen Räume ab. Der größte Saal, der am Ende des Korridors gelegen war, war Saal A mit 46,5 qm. Dieser war für „ruhigere“ und „besonnene“ Kranke vorgesehen. Über den Korridor gelangte man von hier aus auch schnell in den Garten der Klinik. An Saal A grenzte der etwas kleinere Saal B mit 38,9 qm, der durch eine Tür mit Saal A verbunden war. Saal B war für Kranke bestimmt, die einer unausgesetzten Überwachung bedurften. Der dritte Wachsraum (Saal D) war auf den Längsseiten von zwei Einzelzimmern (C und E) begrenzt. Saal D maß 31,4 qm und war für „unruhigere, aber nicht sich selbst oder Anderen gefährliche Elemente“ bestimmt. Zimmer C, das zwischen Saal B und Saal D lag, war für die Separierung von „wenig empfindsame[n]“ Patient*innen vorgesehen, die sich vom potenziellen Lärm, der aus den Sälen B und D in das Zimmer C gelangen konnte, nicht beeinflussen ließen. An Saal D grenzte auch das Isolierzimmer E. Hier wurden Patient*innen untergebracht, die wegen beständigen Lärmens alleine schlafen sollten. Die Einzelzimmer E und C hatten auch die Funktion einer akustischen Dämpfung des mittig gelegenen Saales D und seiner möglichen Lärmquellen. „[N]ur allzu häufig“ wurde „die Nachtruhe [...] durch mehr oder weniger anhaltende Erregungsausbrüche im Saale D gestört“.²¹ Auf der anderen Seite des Korridors, gegenüber von Saal D und dem Isolierzimmer E, lag das Dauerbad, das über zwei Wannen verfügte. Das Dauerbad wurde vor allem Patient*innen verordnet, die

²⁰ Kraepelin, Wachabteilung, 4.

²¹ Ebd., 9.

die Ruhe im Wachsaaal störten oder nicht im Bett liegen blieben. Je näher das Bad an jenen Räumen gelegen war, die für die Unterbringung von erregten und unruhigen Patient*innen bestimmt waren – wie Saal D –, desto kürzer war auch der Weg dahin. Dies spielte bei der Verlegung unruhiger Patient*innen, die sich oft gegen die Verbringung ins Bad wehrten, eine nicht unwesentliche Rolle. An das Bad grenzte der Abort an. Gegenüber von Saal A und durch den Korridor getrennt, befanden sich noch ein Isolierzimmer F und der Raum G, der durch eine Türe mit einem Waschraum verbunden war. „Ruhe“ und „Unruhe“ sowie die potenzielle Gefahr, die von einem lärmenden Saal ausgehen konnte, waren zentrale Kategorien, die zum einen die (An-)Ordnung der Räume und zum anderen die Zuweisung der Patient*innen zu den Räumen bestimmten. Der Korridor der Abteilung, von dem die einzelnen Räume abgingen, sollte in den folgenden Jahren aufgelöst und die einzelnen Säle durch Abtragung der Trennwände zum Korridor vergrößert werden. Dadurch sollte sich für die Pfleger*innen auch die Überwachung der Patient*innen erleichtern lassen.²²

„Dennoch bin ich darüber vollkommen im Klaren, dass die Vereinigung von ruhigen und unruhigen Kranken auf der Wachabtheilung auch dann als ein ernster Uebelstand betrachtet werden muss, wenn die räumliche Anordnung, wie bei uns, wenigstens einigermaßen eine Abtrennung der verschiedenen Elemente gestattet“, schrieb Kraepelin in seinem Bericht von 1895.²³ Der Nachteil dieser ersten Wachabteilung in der Heidelberger Klinik zeigte sich für ihn darin, dass die ruhigen von den unruhigen Kranken trotz des räumlichen Arrangements der Abteilung nur bedingt getrennt werden konnten, dass also jene Grenze, die Kraepelin selbst als für so notwendig erachtete – auch wenn sie eine dynamische und relative war –, nicht wirklich gezogen werden konnte. Die Nähe der einzelnen Räume zueinander und ihre unterschiedliche funktionelle Bestimmung korrespondierten allerdings mit dem transitorischen Zustand von Ruhe und Unruhe, sodass eine Verlegung der Kranken von einem in den anderen Raum, von einem Sinnesregime in das andere, schneller vollzogen werden konnte. Kraepelins Wunsch nach einer von der Wachabteilung für ruhige Kranke getrennten Wachabteilung für unruhige Kranke sollte sich erst einige Jahre später realisieren.²⁴

²² Vgl. Kraepelin, Heidelberger Wachabtheilung, 706.

²³ Kraepelin, Wachabtheilung, 9.

²⁴ Vgl. Kraepelin, Heidelberger Wachabtheilung.

Das Verhältnis von Raum, Körper und Sinnen: Vier Behandlungsmethoden

Im Fokus der folgenden Ausführungen stehen vier Behandlungsmethoden (Bettbehandlung, Dauerbad, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Isolierung), die in der Wachabteilung der Heidelberger Klinik zur Anwendung kamen.²⁵ Die Behandlungsmethoden waren in gleichem Maße auf den Raum, den Körper und die Sinne gerichtet und sollten ihre beruhigende (und ordnende) Wirkung über ein spezifisches Arrangement dieser Elemente entfalten.

Bettbehandlung

Die Bettbehandlung fand ihre Anwendung in den Wachsälen der Abteilung, wo sie „den Krankheitsverlauf in zahlreichen Fällen milder und günstiger“ gestalten sollte.²⁶ Die Behandlungsmethode wurde im ausgehenden 19. Jahrhundert von den Allgemeinen Krankenhäusern übernommen und führte in den Psychiatrien zur Einrichtung von großen Krankensälen, ausgestattet mit mehreren Bettenreihen. Die Behandlung sah vor, dass die Patient*innen, untergebracht mit anderen Kranken im gemeinsamen Krankensaal, für Tage, Wochen oder auch Monate im Bett blieben, bis die Ärzte eine Besserung des Zustandes beobachteten und das Aufstehen – zunächst für Stunden, dann für Tage – erlaubten. „Heute Erlaubnis, einige Stunden außer Bett zu sein“, wurde in der Heidelberger Krankenakte von Rosalia D. am 21. Dezember 1899 vermerkt.²⁷ Rosalia D. wurde am 14. Dezember 1899 zum ersten Mal in die Klinik aufgenommen – und im Bett untergebracht, wobei sie unter „der Unruhe des unruhigen Saales“ litt.²⁸ Mehrmals zwischen dem ruhigen und unruhigen Saal hin und her verlegt, wurde zudem beobachtet, dass sich ihr Verhalten durch eine veränderte Umgebung ebenfalls änderte.²⁹

Die für die Bettbehandlung vorgesehenen Räume sollten einen behaglichen Eindruck machen, die Fenster mit Vorhängen und Gardinen versehen sein und akustische Reize durch die Auslegung des Bodens mit Linoleum reduziert werden.³⁰ Auch waren die

25 Keine Berücksichtigung findet die „feuchte Einpackung“, bei der Patient*innen in ein feuchtes Leintuch gewickelt und dadurch ruhiggestellt wurden. Auch diese Behandlung fand Anwendung in der Wachabteilung.

26 Kraepelin, Wachabteilung, 18.

27 UAH, L-III (Frauen), Sig. 99/167, Irrenklinik Heidelberg, Krankenakte Rosalia D., Eintrag vom 21. Dezember 1899.

28 Ebd., Eintrag vom 19. Dezember 1899.

29 Ebd., Eintrag vom 5. Januar 1900.

30 Vgl. Clemens Neisser: Die Bettbehandlung der Irren. In: *Berliner Klinische Wochenschrift* 38 (1890),

Pfleger*innen angewiesen, ihre Tätigkeiten möglichst „geräuschlos“ auszuführen, um keine Erregung im Saal zu provozieren.³¹ Die Gestaltung der für die Bettbehandlung vorgesehenen Räume sowie die Verlagerung der Körper in die Horizontale waren darauf ausgerichtet, Sinnesreize soweit wie möglich von den Kranken fernzuhalten und ihre Wahrnehmung – wie unter anderem das Sehen – zu beeinflussen. Durch die liegende Haltung waren die Patient*innen visuellen Eindrücken weniger stark ausgesetzt und das Gehirn, so die Ansicht von Psychiatern wie Clemens Neisser (1861–1940), konnte durch die horizontale Lage des Körpers Ruhe finden, was seinen Niederschlag im Verhalten der Patient*innen finden würde.³² Zudem war die von unter anderem Scholz³³ geforderte körperliche Ruhe in der liegenden Haltung gegeben.

Die Wirkung der Bettbehandlung war aber nicht nur auf den einzelnen Patienten oder die einzelne Patientin gerichtet, sondern auch auf den ihn oder sie umgebenden Raum und seine sinnliche Ordnung. Mit der Bettbehandlung, so Scholz, blieben die „schwersten Aufregungszustände [...] dem Kranken und seiner Umgebung erspart, das ganze Krankheitsbild, auch das des tobsüchtigen Maniacus, zeigt ein milderes Antlitz“³⁴. Ist das Zustandsbild der Unruhe in diesen Ausführungen von Scholz noch relativ weit gefasst, so berührt er an anderer Stelle seines Textes auch die akustischen Dimensionen, die die Bettbehandlung begleiten können:

Einige schwatzen, gesticulieren und singen wohl auch, im Allgemeinen herrscht aber Ruhe und Excesse werden im Keim erstickt. [...] Selbstverständlich geht nicht Alles immer ganz glatt und geräuschlos ab. Aufgeregte Scenen kommen ab und zu wohl vor. Am leichtesten fügen sich natürlich Melancholiker, die nur in Angstanfällen das Bett zu verlassen streben. Auch einfach Maniakalische sind leicht zu behandeln. Ihr freilich oft recht lästiges unaufhörliches Schwatzen hindert sie doch nicht, ruhig im Bett zu bleiben.³⁵

863-866, 865. Zur räumlich-materiellen Gestaltung der Bettbehandlung vgl. Monika Ankele, Horizontale Szenographien. Das Krankenbett als Schauplatz psychiatrischer Subjektivität. In: Lars Friedrich, Karin Harrasser, Céline Kaiser (Hg.): *Szenographien des Subjekts*. Wiesbaden 2018, 49-64.

31 Scholz, Wachabtheilungen, 241.

32 Vgl. Neisser, Bettbehandlung.

33 Vgl. Fußnote 6.

34 Ebd., 237.

35 Ebd., 239. „Um Nichts zu verschweigen, muss ich noch anführen, dass auch Fälle vorgekommen sind, etwa 5-6 in diesen 12 Jahren, wo wir [...] den Tobsüchtigen nicht auf der Wachabtheilung lassen konnten, weil er durch Geschrei die Ruhe doch allzusehr störte.“ (Ebd., 243).

Zeigten sich die Patient*innen nicht gewillt, im Bett zu bleiben, und störten sie durch Gesang, Geschrei, Klopfen oder Trommeln ihre Mitpatient*innen und irritierten damit auch das auf Ruhe ausgerichtete Sinnesregime, so konnten sie entweder Beruhigungs- und Schlafmittel verabreicht bekommen, ins angrenzende Dauerbad verlegt werden, eine feuchte Einpackung erhalten oder in eine Isolierzelle verbracht werden. Rosalia D. erhielt unter anderem eine „Einspritzung“, da sie einen „großen Lärm [machte]“ und „in später Stunde gegen die Bettlade [trommelte]“.³⁶ Dabei erklärte sie, dass sie sich nur „Vergnügen“ machen wollte, „und es sei eine Unverschämtheit, dass Ref. dafür einspritzen dürfe“.³⁷ In ihrem Fall nutzte Rosalia D. die Materialität des Bettes als Resonanzkörper, der ihr Trommeln akustisch verstärkte – das Bett war in diesem Moment nicht der Ort, der ihrem Körper durch die liegende Haltung zur Ruhe verhalf.

Dauerbäder

„[Das Dauerbad, MA] setzt gerade dort ein, wo die Bettbehandlung beginnt, uns im Stiche zu lassen, bei den schweren Aufregungszuständen“, schrieb Kraepelin 1901.³⁸ Zur Wachabteilung der Heidelberger Klinik gehörte daher auch ein kleiner Baderaum mit zwei Wannern.³⁹ Denn zeigte die Bettbehandlung nicht die gewünschte beruhigende Wirkung, so wurden die Patient*innen in das Dauerbad verlegt. Dieses war gegenüber dem Wachsaaal für unruhige Patient*innen und neben dem Isolierzimmer eingerichtet. In der Krankenakte von Katharina K. aus der Irrenklinik Heidelberg wurde vermerkt, dass sie ins Dauerbad gebracht wurde, da sie „[l]aut“ und „lästig für die Mitkranken“ war.⁴⁰ Und in der Krankenakte eines weiteren Patienten aus Heidelberg hieß es: „Musste die meiste Zeit im Dauerbad gehalten werden, da er unerträglich laut wurde.“⁴¹ Bereits in seinem Lehrbuch von 1883 erwähnte Kraepelin den „große[n] Wert warmer und lauer, besonders verlängerter 3-4 Stunden dauernder Bäder für die Behandlung von Aufregungszu-

36 Ebd., 2. Januar 1900.

37 Ebd.

38 Kraepelin, Heidelberger Wachabtheilung, 714.

39 Franz Nissl (1860–1919), der Kraepelin 1904 als Klinikleiter nachfolgte, verwies darauf, dass die von seinem Vorgänger eingerichteten Dauerbäder die ersten gewesen seien, „die zur regelmässigen Behandlung unruhiger, zum Teil auch unreinlicher und decubitalgefährlicher Kranker dienen“ und „tatsächlich das Vorbild für andere Anstalten geworden [sind]“. UAH, H-III, 682/1, [Franz] Nissl: Die psychiatrische Klinik, 18. November 1910, 8.

40 UAH, L-III, Sig. 99/81, Irrenklinik Heidelberg, Krankenakte Katharina K., Eintrag vom 6. Juni 1899.

41 UAH, L-III, Sig. 09/38, Irrenklinik Heidelberg, Krankenakte Jakob S., Eintrag vom 30. Mai (oder 30. April) 1909.

ständen⁴². In der Ausgabe seines Lehrbuches von 1896 geht er ausführlicher auf die Behandlungsmethode ein, die er nun auch auf die Dauer von Tagen – später auf die Dauer von Wochen und Monaten – ausdehnt und die ihre Wirkung vor allem bei manischen und paralytischen Aufregungszuständen zeigen sollten. Mit den Dauerbädern gelang es, „zahlreiche, äußerst unruhige Kranke dauernd vor der Isolierung zu bewahren“ und „die Kranken so weit zu beruhigen, daß sie gern im Bad verweilen“.⁴³ Auch wenn die hier beschriebenen Verhaltensäußerungen der Unruhe sich nicht explizit auf akustische Phänomene beziehen lassen, so schließen sie diese – wie unter anderem die Einträge in den Krankenakten deutlich machen – mit ein. Die beruhigende Wirkung des Dauerbads führte Kraepelin unter anderem auf die „behagliche Wärme des Bades, die Freiheit von allen beengenden Kleidungsstücken, das sich beim Hinausgehen einstellende Unbehagen“ zurück.⁴⁴ Das Dauerbad war durch eine ebenfalls horizontale Verlagerung des Körpers, dieses Mal allerdings ins Wasser, auf die Modifikation des Körperempfindens gerichtet. Dabei bildete das lauwarme Wasser, das den Körper in der Wanne umgab, eine eigene thermische Kontur, die es den Patient*innen erschwern sollte, die Wanne zu verlassen. Über diese Modifikation des Körperempfindens durch den Wechsel vom umgebenden Aggregatzustand (der Luft) in den der Flüssigkeit (das Wasser) sollte die Behandlung die gewünschten Effekte zeigen und das Verhalten der Patient*innen entsprechend regulieren.

Doch im Gegensatz zu der intendierten Wirkung des Bades galten die Dauerbadezimmer – bedingt unter anderem durch die Gruppe von Patient*innen, die dort untergebracht war – als Räume, in denen „erfahrungsgemäß viel Lärm erzeugt wird“, so der Psychiater Ludwig Kirchhoff (1853–1922).⁴⁵ Diese Wahrnehmung teilte die Patientin Christine W. aus der Irrenklinik Heidelberg, die den Ärzten in einem Brief vom 10. August 1913 mitteilte, dass „[i]m Bad furchtbar viel Lärm“ sei.⁴⁶ Bezogen auf die Akustik des Baderaumes wies Kirchhoff darauf hin, dass auch die materielle Beschaffenheit des Raumes – vor allem die gefliesten Wände – dazu beitrug, den Lärm, der sich dort durch

42 Groß, Kraepelins Bedeutung, 52.

43 Ebd., 55.

44 Ebd.

45 Kirchhoff, Geschichte, 93. Kirchhoff empfahl auch bei dem Bau von Dauerbädern die Räumlichkeiten so zu legen, dass der Lärm in eine Richtung projiziert werde, wo er wenig störe. Vgl. ebd.

46 UAH, L-III, Sig. unbekannt, Irrenklinik Heidelberg, Krankenakte Christine W., Brief datiert mit 10. August 1913.

die Unterbringung von unruhigen Patient*innen ohnehin verdichtete, zu verstärken: Es brauche daher eine „genügende Berücksichtigung der akustischen Probleme bei der Einrichtung des Dauerbades und der beste Raum wäre der, der den erzeugten Lärm aufs weitgehendste absorbierte“⁴⁷. Allerdings wusste Kirchhoff, dass dies nicht zu realisieren war, da „bei der Feuchtigkeit der Luft in diesen Räumen glatte Wände kaum zu entbehren sind, wodurch das Dröhnen und Hallen sehr begünstigt wird“⁴⁸. So forderte das Wasser zwar eine eigene räumliche Umgebung und spezifische materielle Ausgestaltung ein, doch konnte diese wiederum wie ein Resonanzkörper wirken, der die Laute im Raum verstärkte. Das traf auch auf das Material zu, aus dem die Wannen gefertigt waren und das von den Patient*innen zur Lärmerzeugung genutzt wurde: Kirchhoff riet von Wannen aus Kupfer ab, da diese „zu lärmendem Trommeln Anlaß geben“⁴⁹. Hier schien das räumlich-materielle Arrangement die Intentionen der Behandlung zu untergraben und nur vordergründig Ordnung (durch die Trennung der unruhigen von den temporär ruhigen Patient*innen durch ihre Verlegung in den Baderaum) herzustellen. In seinem Lehrbuch von 1927 räumte Kraepelin schließlich ein, dass „durch die oft unvermeidliche Zusammendrängung einer ganzen Anzahl schwer Erregter in einen Baderaum die Erregung des einzelnen Kranken manchmal nicht gelindert, sondern eher gesteigert wird“⁵⁰. Diese durch den Raum evozierte „antitherapeutische Wirkung“ der Badebehandlung thematisierte auch Adolf Groß⁵¹. Die Lärmansteckung im Dauerbad veranlasste ihn dazu, in der von ihm geleiteten Anstalt Betonwände zwischen den einzelnen Wannen einzuziehen, um so die Akustik im Baderaum durch eine Regulierung des Blickfelds der Patient*innen zum Zweck einer Reduzierung visueller Reize zu verbessern. Der Zustand der Ruhe schien demzufolge nicht nur durch akustische, sondern stets auch durch visuelle Reize gefährdet zu sein und die Ausführungen Großs legen nahe, dass schon der bloße Anblick der anderen in den Wannen liegenden Patient*innen Unruhe auslösen konnte.⁵²

47 Kirchhoff, Geschichte, 149.

48 Ebd.

49 Ebd, 150.

50 Groß, Kraepelins Bedeutung, 65.

51 Ebd. Die genauen Lebensdaten konnten nicht eruiert werden.

52 Paetz weist 1888 darauf hin, dass „die körperlich Kranken [...] vielfach durch unruhiges oder bizarres Verhalten der anderen Krankenkategorie belästigt, umgekehrt auch die letzteren, wie z. B. die Melancholiker, durch den Anblick der körperlich Leidenden und Siechen ungünstig beeinflusst (wurden)“. Paetz, Einrichtung, 427.

Christian M., der im August 1900 in die Irrenklinik Heidelberg aufgenommen und mit „Manie“ diagnostiziert wurde, zog die Aufmerksamkeit seiner Umgebung durch sein lautes und fortwährendes Schreien auf sich: „[S]tört die ganze Abteilung durch lautes Schreien. Jeder Grund ist ihm recht um ein [...] Geheul anzustimmen, dabei schreit er sich selbst in immer größere Erregung hinein.“⁵³ Sein Geschrei führte zur Verlegung vom Wachsaal in das Dauerbad, wo er zusätzlich die Beruhigungsmittel Hyoscin bzw. Trional verabreicht bekam. Auch feuchte Einpackungen fanden Anwendung, zeigten aber nicht die von den Ärzten erhoffte Wirkung. Am 23. September 1900 wurde in seiner Akte vermerkt, dass er „seit 36 Stunden mit geringen Unterbrechungen geschrien [hat]“, am 10. Oktober findet sich der Eintrag, dass der Patient „gestern endlich aufgehört [hat] zu schreien“. Als er im November wieder lauter, unruhiger und erregter war, verlangte Christian M. nun selbst „stürmisch nach dem Dauerbade“, von dem er „selbst sehr eingenommen [ist]“.⁵⁴ Wollten die Pfleger ihn aus dem Bad ins Bett verlegen, setzte die Unruhe wieder ein: „Er erhebt dann ein derartiges Geschrei, dass man gezwungen ist, ihn sofort zurück ins Bad zu bringen.“⁵⁵

Wie lange die Behandlung im Dauerbad fortgesetzt wurde, lässt sich aus der Krankenakte nicht schließen, doch findet das Bad immer wieder Erwähnung, und auch der Vermerk auf die Furunkel, die sich bei Christian M. ab Februar 1901 ausbildeten und die vielfach eine Folge der Badebehandlung waren, deuten auf eine sehr intensiv durchgeführte Dauerbadbehandlung hin. Im März wurde er weiterhin mit dem Dauerbad behandelt, wo er in der Wanne „schmatzt, schimpft und pfeift“⁵⁶. „Pfeift den ganzen Tag im Bade mit sehr starken durchdringenden Tönen.“⁵⁷ Hier liegt es nahe, zu fragen, ob der Patient bewusst die Akustik des Baderaumes mit seinen hallenden und tonverstärkenden Effekten im Sinne einer akustisch-sinnlichen Selbstermächtigung genutzt hat.⁵⁸ Im April wurde er schließlich wieder ins Bett gelegt und Ende April in eine andere Anstalt überwiesen.

Nicht nur im Fall von Christian M. wurden mit der Intention, den Patienten in der Wanne zu halten und ihn zu beruhigen, unterschiedliche Behandlungsmethoden kom-

53 UAH, L-III, Sig. 00/21, Irrenklinik Heidelberg, Krankenakte Christian M., Eintrag vom 30. August 1900.

54 Ebd., Eintrag vom 5. November 1900.

55 Ebd., Eintrag vom 17. November 1900.

56 Ebd., Eintrag vom 20. März 1901.

57 Ebd., Eintrag vom 29. März 1901.

58 Entsprechende Interpretationen für das Verhalten von Patient*innen legt u.a. auch Kearin in ihrem Beitrag nahe. Vgl. Kearin, Syllable.

biniert, wie es auch Kraepelin in seinem Lehrbuch von 1903 bei „schwierigen Fällen“ empfahl.⁵⁹ So wurde in der Krankenakte von Christine W. am 25. Juli 1913 notiert, dass sie dauernd im Bad sei und Hyoscin erhalte.⁶⁰ „Erhaelt viel Hyoscin innerlich, ist immer im Bad“, heißt es auch am 13. Oktober. Die Anwendungen schienen allerdings nur bedingt ihre Wirkung entfaltet zu haben, denn es wurde ergänzt: „Schreit und laermt, ist aber etwas weniger laut als sonst [...]“.⁶¹ Im Gegensatz „zu den eigentlichen Schlafmitteln, welche regelmäßig eine Auffassungs- und Willenslähmung erzeugen“, führten die warmen Bäder, so Kraepelin in seinem Lehrbuch von 1913, „nur ein Ruhebedürfnis ohne Schädigung des Seelenlebens“ herbei.⁶²

Narkotika und Schlafmittel

Zur „Unterdrückung von Lärm und Unruhe“⁶³ kamen in den um 1900 zunehmend überfüllten Anstalten vermehrt Schlaf- und Beruhigungsmittel zum Einsatz. So auch in der Wachabteilung der Heidelberger Irrenklinik, wo, so Kraepelin, „[a]m meisten [...] Schlafmittel [...] in Anwendung gezogen [wurden], weil sich hier im Allgemeinen diejenigen Kranken befanden, welche um ihrer selbst, wie um ihrer Umgebung willen am meisten der Beruhigung bedurften“⁶⁴. Zwischen 1870 und 1900 wurden Medikamente mit einer beruhigenden und schlafmachenden Wirkung wie Paraldehyd, Trional, Sulfonal, Hyoscin⁶⁵ oder Veronal entwickelt und u.a. an Patient*innen in psychiatrischen Anstalten, wo das Ruhebedürfnis ein besonders großes war, erprobt.⁶⁶ Sie ergänzten die bereits

59 Groß, Kraepelins Bedeutung, 56.

60 UAH, L-III, Sig. [unbekannt], Irrenklinik Heidelberg, Krankenakte Christine W., Eintrag vom 25. Juli 1913.

61 Ebd., Eintrag vom 13. Oktober 1913.

62 Groß, Kraepelins Bedeutung, 60.

63 Kirchhoff, Geschichte, 176-177.

64 Kraepelin, Wachabtheilung, 13.

65 Der Psychiater Rudolf Gnauck erforschte die Wirkung des Hyoscyamins an Patient*innen der Irrenklinik der Charité in Berlin und hob seine schlafmachende Wirkung hervor, die eine ganze Nacht anhalte. Er empfahl in einem Artikel von 1882 die Anwendung von Hyoscin in psychiatrischen Einrichtungen. Rudolf Gnauck: Ueber die Anwendung des Hyoscins bei Geisteskranken. In: *Charité-Annalen* 7 (1882), 448-454; vgl. Ellen Leibrock: *Die medikamentöse Therapie psychisch Kranker in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Eine Untersuchung am Beispiel der pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt Klingenstein*. Heidelberg 1998, 137-138; vgl. auch Carl Serger: Ueber die Wirkung des Hyoscins bei Geisteskranken. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 47 (1891), 308-328.

66 Vgl. Leibrock, Therapie.

bekanntesten Mittel wie Chloralhydrat oder Morphinum, die ebenfalls wegen ihrer schlafmachenden Wirkung verabreicht wurden.

Für die Vergabe von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, die sowohl subkutan als auch oral erfolgen konnte, war es nicht notwendig, die Patient*innen in einen anderen Raum zu verlegen, sondern die Injektion oder Verabreichung konnte dort vorgenommen werden, wo sich der Patient oder die Patientin zu jenem Zeitpunkt gerade aufhielt – sei es im Bad oder im Bett. Die Verabreichung eines Schlaf- oder Beruhigungsmittels sollte – nicht nur, aber auch – die Stimmen und Handlungen der Patient*innen, die als zu laut und zu störend empfunden wurden, verstummen lassen und sie gefügig machen. Über diese Modifikation, die hier vorgenommen wurde, sollte sich das auf Ruhe ausgerichtete Sinnesregime der Anstalt bzw. der Abteilung wieder herstellen lassen. Bei der Verabreichung von Beruhigungs- und Schlafmitteln stand der Körper im Fokus, auf den eingewirkt wurde, um durch die intendierte Wirkung der Mittel die räumliche Atmosphäre und die sinnliche Wahrnehmung im Raum zu verändern.

Kraepelin berichtete, welche Mittel in der Wachabteilung der Heidelberger Irrenklinik zur Anwendung kamen: Bei den männlichen Patienten waren das vor allem die „eigentlichen“ Schlafmittel Trional und Sulfonal.⁶⁷ Diese wurden überwiegend in der Nacht verabreicht, um „in den überfüllten Abteilungen [...] Ruhe zu schaffen“⁶⁸. In seinem Lehrbuch von 1899 führte Kraepelin aus, dass die ermüdende und schwächende Wirkung des Sulfonal bis in den nächsten Tag und die nächste Nacht nachwirken könne. Dies sei allerdings bei „dauernd erregten Kranken, die man an die Bettruhe gewöhnen will, geradezu erwünscht“.⁶⁹ Auch das Trional konnte seine Wirkung noch am nächsten Tag zeigen, das bei den Patient*innen eine „bedeutende Erschwerung der Auffassung“ und „eine Störung der Bewegungsantriebe“ bewirkte.⁷⁰ Den weiblichen Patienten wurden im Vergleich zu den männlichen Patienten nicht nur mehr, sondern auch stärkere Beruhigungs- und Schlafmittel verabreicht, wie die „rasch und stark wirkenden Narkotica Hyoscin und Morphinum“.⁷¹ Darüber hinaus fanden Brom und Opium sowohl bei Männern als auch bei

67 Trional: Männer 347, Frauen 228; Sulfonal: Männer 721, Frauen 511; Hyoscin: Männer 20, Frauen 206; Morphinum: Männer 0, Frauen 74; Opium: Männer 420, Frauen 509; Brom: Männer 279, Frauen 312. Vgl. Kraepelin, Wachabteilung, 15.

68 Ebd.

69 Emil Kraepelin: *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*, 1. Bd. 6. vollst. überarb. Aufl., Leipzig 1899, 309.

70 Ebd.

71 Kraepelin, Wachabteilung, 15.

Frauen Anwendung. Vor der Vergabe von Morphinum als Beruhigungsmittel, das „eine Herabsetzung der centralen Schmerzempfindlichkeit sowie eine Lähmung des Willens bei gleichzeitiger Erleichterung des Vorstellungsverlaufes“ bewirkte, warnte Kraepelin bereits in seinem Lehrbuch von 1899, da es schwere Nebenwirkungen sowie Abhängigkeit erzeugen könne.⁷² Das Hyoscin fungierte für Kraepelin als Mittel, mit dem rasch Beruhigung und Schlaf eingeleitet werden konnten und das eine „gewaltige[] Wirkung“ zeigte.⁷³ Es gehörte, so der Psychiater Wilhelm Weygandt (1870–1939), zu den „stärksten Schlaf- und Beruhigungsmitteln“ – und in Klammern ergänzte er: „chemische Zwangsjacke“.⁷⁴ Es sei vor allem in überfüllten Anstalten gegen „furibunde Erregungszustände, vor allem bei nächtlichen Störungen, [...] zweckmässig“.⁷⁵

Der Unterschied in der Vergabe von Schlaf- bzw. Beruhigungsmitteln zwischen Männern und Frauen erklärte sich für Kraepelin zum einen „aus dem grösseren Arzneibedürfniss des weiblichen Geschlechts“, zum anderen „aber auch aus dem Umstande, dass bei den Frauen die Erregung viel verbreiteter war, während auf der Männerseite nur eine verhältnissmässig kleine Zahl das ärztliche Eingreifen wegen Unruhe nothwendig machte“.⁷⁶ Auch die Überbelegung in den Räumen konnte die Unruhe unter den Patient*innen verstärken – und das, wie Kraepelin meinte, vor allem bei den Frauen, auf die äußere Eindrücke stärker wirkten.

Doch nicht nur auf der Wachabteilung der Klinik wurden reichliche Dosen an Schlafmittel vergeben, sondern insgesamt nahm mit der zunehmenden Überbelegung der Heidelberger Klinik, die eine Verlegung der Patient*innen in andere Räume zunehmend verunmöglichte, die Verabreichung entsprechender Mittel zu. Dass dafür nicht immer medizinische Gründe ausschlaggebend waren, sondern das Bedürfnis, Ruhe auf den Abteilungen herzustellen, wurde im Jahresbericht von 1904 festgehalten:

Auf die Folgen einer derartigen Überfüllung braucht wohl nicht im Einzelnen hingewiesen zu werden. Es war nicht zu umgehen, daß Narcotica, besonders das Hyoscin, zum Teil auch feuchte Einpackungen in einem Maße angewendet werden mußten, das nicht unseren heutigen ärztli-

72 Kraepelin, Lehrbuch (1899), 303.

73 Vgl. ebd., 304.

74 Wilhelm Weygandt: *Atlas und Grundriss der Psychiatrie*. München 1902, 147.

75 Ebd.

76 Kraepelin, Wachabtheilung, 14.

chen Anordnungen entspricht. Bei dem Gebrauch von Narkotica und Schlafmitteln waren leider nicht immer ärztliche Indikationen maßgebend, sondern die unabweisbare Notwendigkeit, nur ein mittleres Maß der Ruhe in den überfüllten Abteilungen durchzuführen.⁷⁷

Die Krankenakten aus der Irrenklinik Heidelberg geben auch Einblicke in die Anwendung von Beruhigungs- und Schlafmitteln, die im Zusammenhang mit dem Lärm, den die Patient*innen verursachten, verabreicht wurden. So erhielt Karl S. wenige Tage nach seiner Einweisung in die Heidelberger Klinik, weil er „Abends bis zum Einschlafen laut schreiend“ war und „[w]egen lärmenden Wesens und Schlaflosigkeit“ Paraldehyd verabreicht.⁷⁸ Auch in den folgenden Tagen zog er die Aufmerksamkeit durch lautes Schreien und Brüllen auf sich und war sich der Konsequenzen, die sein Verhalten nach sich ziehen würde, offensichtlich bewusst: „Gestern abend brüllte er fürchterlich, weiß sofort, was Erscheinen d[es] Arztes bedeutet. [...] Hyoscininjection [...]“. Am 13. Juli zeigte der Patient schließlich das erwünschte Verhalten, die Beruhigung trat ein: „Patient ist ruhiger geworden. [...] das Schreien hat aufgehört. Bleibt im Bett.“⁷⁹

Isolierung

Bettbehandlung, Dauerbad und die Verabreichung von Beruhigungs- und Schlafmitteln galten Ende des 19. Jahrhunderts als Behandlungsmethoden, die einen weitestgehenden Verzicht der Isolierung von Patient*innen in Einzelzellen möglich machen sollten. Dennoch verfügte auch die Heidelberger Wachabteilung über drei Isolierzimmer (C, E und F) für die Absonderung erregter, lauter und die Umgebung störender Patient*innen.⁸⁰ Dabei merkte Kraepelin an, dass die Räume E und F zumeist nachts, wenn das Ruhebedürfnis auf der Abteilung ein größeres war, genutzt und mit solchen Kranken belegt wurde, „welche für das Schlafen mit Anderen zu erregt waren und doch in Hörweite der Nachtwache bleiben sollten“.⁸¹ Waren die Türen der Isolierräume verschlossen bzw. waren die Räume nicht einsehbar, mussten sich die Pfleger*innen auf ihren Hörsinn verlassen, der ihnen

⁷⁷ *Jahresbericht der Großherzoglich Badischen Universitäts-Irren-Klinik Heidelberg für das Jahr 1904*. Karlsruhe 1905, 6.

⁷⁸ UAH, L-III, Sig. 98/67, Irrenklinik Heidelberg, Krankenakte Karl S., Eintrag vom 8. Juli 1898.

⁷⁹ Ebd.

⁸⁰ Paetz führte an, dass in der Wachabteilung der Anstalt Alt-Scherbitz die Mauern der Isolierzimmer zur „Dämpfung des Schalls mit Isolierschichten [sic] versehen sind“. Paetz, *Einrichtung*, 428.

⁸¹ Kraepelin, *Wachabteilung*, 9.

über die Vorgänge, die in den Isolierräumen vorstättengingen, eine bedingte Auskunft geben konnte.⁸² In seinen Untersuchungen über die Belegung der Heidelberger Wachabteilung verzeichnete Kraepelin, wie viel Kranke tags- und wie viele nachtsüber isoliert wurden. Dabei zeigte sich ein geschlechtsspezifischer Unterschied in der Handhabung der Praxis der Isolierung: Wurden auf der Männerseite tagsüber 0,36 Prozent und nachts 1,16 Prozent der Kranken isoliert, waren es auf der Frauenseite tagsüber 0,39 Prozent und nachts 2,86 Prozent der Kranken. Die unterschiedliche Verteilung führte Kraepelin auf die „grössere[] Unruhe der weiblichen Kranken“ und zum Teil auf den „ausgiebigeren Gebrauch[] von Schlafmitteln auf der männlichen Wachabteilung“ zurück.⁸³ Darüber hinaus zeigte eine weitere Übersicht, dass im Laufe des Untersuchungszeitraums die Isolierungen bei den Männern drastisch abnahmen, während sie bei den Frauen zunahmen. Dies erklärte Kraepelin damit, dass die vermehrte Gabe von Schlafmitteln auf der Wachabteilung der Männer Isolierungen entbehrlich machte.⁸⁴ Auf der Frauenseite hingegen zeigte sich, dass die zu Beginn des Untersuchungszeitraums nur selten verordnete Isolierung einzelner Patientinnen „ohne schwere Schädigung der ruhigen Kranken auf die Dauer nicht durchführbar war. Namentlich mit dem Anwachsen der unruhigen Elemente in den letzten Zeitabschnitten musste aus Gründen der Menschlichkeit zu häufigeren Isolierungen geschritten werden.“⁸⁵ Die Ruhe der ruhigen Kranken bestimmte – nicht nur hier – den Umgang mit den unruhigen Kranken. 1901 schrieb Kraepelin rückblickend, dass Patient*innen zumeist nicht „zu ihrem eigenen Besten“ isoliert wurden, sondern weil es sonst nicht möglich gewesen wäre, „ihrer Umgebung [...] Ruhe zu verschaffen“.⁸⁶ Wilhelm Weygandt beschrieb 1902 eine spezifische Form der Isolierung, die er als „akustische Isolierung“ bezeichnete und die dadurch bestimmt war, dass die Tür des Isolierzimmers „im Schloss, doch nicht abgeschlossen“ sein sollte.⁸⁷ Die zwar geschlossene, aber nicht abgeschlossene Tür führte eine räumliche, visuelle und akustische Grenze zwischen dem Patienten bzw. der Patientin im Einzelzimmer und seinen bzw. ihren Mitpatient*in-

82 Robert Sommer installierte in der Wachabteilung der Anstalt Gießen elektrisches Licht, sodass eine unausgesetzte Überwachung auch während der Nacht ermöglicht wurde. Vgl. Engstrom, *Clinical Psychiatry*, 133.

83 Kraepelin, *Wachabteilung*, 16.

84 Vgl. ebd., 17.

85 Ebd., 18.

86 Kraepelin, *Heidelberger Wachabteilung*, 712.

87 Weygandt, *Atlas*, 140-141.

nen und den Pfleger*innen ein, ohne die isolierte Person tatsächlich ein- oder wegzusperren, wobei ihre Stimme weiterhin, wenn auch gedämpft, nach außen dringen und diese Grenze überschreiten konnte.⁸⁸

Tag und Nacht: Die Relationalität von Materialität, Körper und Sinnen

Die Psychologin Lenelis Kruse unterscheidet in ihrem Buch *Räumliche Umwelt* zwischen dem Tag- und dem Nachtraum. Zeichnet sich der Tagraum „durch volle Sichtbarkeit der Dinge, durch Horizont und Perspektive aus“, so ist der Nachtraum „durch die Dunkelheit als Fehlen des Lichts bestimmt, welche die Gegenstände in ihrer vollen Materialität zurücktreten oder sogar ganz verschwinden läßt“.⁸⁹ In der Nacht tritt „[a]n die Stelle des übersichtlichen [...] Tagraums, der primär Seh- und Handlungsraum war, [...] der Nachtraum, den ich in erster Linie hörend und tastend erfasse.“ Dieser Wechsel von Tag und Nacht und die damit einhergehende Verlagerung der Sinneswahrnehmung prägte auch die Wahl der Behandlungsmethoden, um jene dynamische und relative Grenze, die zwischen den ruhigen und unruhigen Kranken gezogen wurde, zumindest temporär ziehen zu können. In der Nacht schien das Ruhebedürfnis in der Anstalt und auf den Wachabteilungen ein anderes gewesen zu sein als am Tag. Die Nacht war die Zeit des Schlafes und der Dunkelheit. Das Primat des Visuellen, das den Tag (und das Arrangement von Räumen und Körpern) bestimmte, konnte in der Nacht nur eingeschränkt geltend gemacht werden, bot es in der Nacht doch nur eingeschränkt Orientierung. Es musste durch die anderen Sinne – vor allem den Hörsinn – kompensiert werden. Am Tag waren die Handlungen der Patient*innen sichtbar, in der Nacht waren sie maximal hörbar. Am Tag gab das Auge Orientierung, in der Nacht das Gehör. Auch wurden Geräusche in der Nacht, eingebettet in eine unbestimmte Dunkelheit, anders wahrgenommen als am Tag. Am Tag konnten die Pfleger*innen den Bettensaal von jedem Punkt im Raum aus überblicken und rasch intervenieren – unter anderem durch Verlegungen von Patient*innen –, sobald sich Unruhe im Saal auszubreiten begann. In der Nacht galt es, den Bettensaal vor Unruhe zu schützen, um den Schlaf der Patient*innen nicht zu gefährden – die Verabreichung von Schlafmitteln aber auch die Praxis der Isolierung leisteten dazu einen

⁸⁸ Vgl. dazu auch Kearin, Syllable.

⁸⁹ Hier und im Folgenden: Lenelis Kruse: *Räumliche Umwelt. Die Phänomenologie des räumlichen Verhaltens als Beitrag zu einer psychologischen Umwelttheorie*. Berlin et al. 1974, 129-130.

wichtigen Beitrag. In der Krankenakte von Johann S. findet sich der Vermerk, dass er, wenn auch selten, nachts „Einspritzungen wegen Singens“ erhielt.⁹⁰ Geräuschvolle Handlungen – das Schreien, Lärmen, Singen, Jammern – zogen in der Nacht andere Konsequenzen nach sich als am Tag. Isolierungen und damit die räumliche Separierung von Patient*innen, die für ihre Umgebung als störend empfunden wurden, kamen – sowohl auf der Männer-, als auch auf der Frauenseite – in der Nacht deutlich häufiger vor. Um die „nächtliche Isolierung“ vor allem bei manischen und „circuläre[n] Patient*innen bzw. unruhigen Kranken, die Tags über für die Wachabteilung zu störend waren und Nachts in einem gewöhnlichen Schlafsaal nicht hätten untergebracht werden können“, zu umgehen, riet Kraepelin, diese in den Saal D der Wachabteilung zu legen, an das die beiden Isolierzimmer der Abteilung angrenzten.⁹¹ Dagegen wurde das Dauerbad überwiegend tagsüber verordnet. Zum einen mangelte es in der Nacht an Pfleger*innen, die die Aufsicht übernehmen konnten, zum anderen erforderte die sichere Anwendung des Dauerbads Sichtbarkeit, die in der Nacht nur bedingt gegeben gewesen sein dürfte. So wurde die Patientin Katharina H. tagsüber im Dauerbad behalten, während sie in der Nacht im gemeinsamen Krankensaal mit Narkotika „ruhig gehalten“ wurde.⁹²

Vor allem in der Nacht war Ruhe ein zentrales Begehren, nach dem sich der Umgang mit den unruhigen, den lauten und störenden Stimmen (und Handlungen) der Patient*innen richtete. Während tagsüber die Akustik der Stimme in ihren vielfältigen Dimensionen sowie geräuschvolle Handlungen eher geduldet waren oder, zumindest in ländlich gelegenen Anstalten, durch Arbeit und Beschäftigung entsprechende Abhilfe geschafft werden konnte, zog die Unruhe in der Nacht oft härtere Interventionen nach sich. Die Ruhe der einen sicherzustellen, bedeutete für die anderen Verlegung, Isolierung, „chemische Zwangsjacke“. Unruhige Patient*innen, so gewinnt man den Eindruck, waren permanent in Bewegung – nicht unbedingt ihretwegen, sondern um die für eine Genesung so wichtig erachtete Ruhe in den Wachsälen wiederzuerlangen oder zu stabilisieren – um jene Grenze ziehen zu können, die die ruhigen Kranken vor einer „Schädigung“ der unruhigen Kranken bewahren sollte. Dass diese Grenze ein Kompromiss war, der für die unruhigen Patient*innen schwerer wog, dessen schien sich Kraepelin bewusst:

90 UAH, L-III, Sig. 00/13, Irrenklinik Heidelberg, Krankenakte Johann S., Eintrag vom 24. April 1905 (oder 1900).

91 Kraepelin, Wachabteilung, 10.

92 UAH, L-III, Sig. 99/81, Irrenklinik Heidelberg, Krankenakte Katharina H., Eintrag vom 29. August 1899.

Immer aber wird die Schwierigkeit, den Interessen der ruhigen und der unruhigen Kranken gleichmässig gerecht zu werden, mit Nothwendigkeit dahin führen, dass diese Letzteren wegen der Rücksicht auf ihre Nachbarn durch Schlafmittel beruhigt oder von der Abtheilung entfernt, unter Umständen isoliert werden, auch wenn der Zustand an sich vielleicht diese Maassregeln nicht erfordern würde.⁹³

Eine besondere Aufmerksamkeit erfuhren die Differenzen zwischen Tag und Nacht bei der Frage nach der Überwachung der Kranken durch das Pflegepersonal. Denn die Pfleger*innen mussten nicht nur über ein geschultes Auge, sondern auch über ein geschultes Ohr verfügen, um Geräusche und Laute einordnen und entsprechend handeln zu können. Vor allem die Wachabteilung in Heidelberg, die sich aus einem Korridor mit davon abgehenden Räumen zusammensetzte, verunmöglichte es den Pfleger*innen, mehrere Säle gleichzeitig zu überblicken, umso mehr mussten sie – auch am Tag – darauf achten, was zu hören war. So schrieb Kraepelin bezogen auf den Saal D, dass „die Nachtwache [...] ihn nicht ohne Weiteres vollständig übersehen“ konnte – und dennoch musste sie „alle auffallenderen Vorkommnisse sofort bemerken“.⁹⁴ Das war in einer bedingten Dunkelheit nur über das Hören möglich. Der Korridor fungierte dabei als ein Raum, in dem sich die Geräusche, Stimmen und Laute aus den einzelnen Sälen bündelten. Bei der späteren Einrichtung der Wachabteilung für unruhige Kranke in der Irrenklinik Heidelberg wurden die Wände zwischen den Wachsälen und dem Korridor abgetragen, sodass die Abteilung nach der Erweiterung übersichtlicher gestaltet war. 1901 führte Kraepelin aus, dass der Nachtdienst der Pfleger*innen nun so geregelt sei, dass dieselbe Wärterin bzw. derselbe Wärter „vierzehn Tage lang während der ganzen Nacht die Wache hat und dafür tagsüber völlig dienstfrei ist“.⁹⁵ Damit einhergehend wurde es möglich, die Dauerbäder in der Nacht durchzuführen bzw. fortzusetzen.⁹⁶

93 Kraepelin, Wachabtheilung, 19.

94 Ebd., 8.

95 Emil Kraepelin: Ueber die Wachabtheilung der Heidelberger Irrenklinik. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 59 (1902), 133-136, 133.

96 Ebd., 133. Da sich der Wachdienst auf den Abteilungen für unruhige Patient*innen extrem fordernd für die Pfleger*innen gestaltete, schlug der Schweizer Psychiater August Forel vor, die Wärter*innen zu hypnotisieren und setzte dies auch in der Klinik Burghölzli entsprechend um. 1890 erklärte er bei der Versammlung deutscher Naturforscher in Bremen: „Alle Zellenwärterinnen der Anstalt Burghölzli werden überhaupt durch Hypnose stets gegen den Lärm der Kranken unempfindlich gemacht.“ Zit. n. Mirjam Bugman: *Hypnosepolitik: Der Psychiater August Forel, das Gehirn und die Gesellschaft (1870-1920)*. Wien et al. 2015, 136.

Fazit

Am Beispiel der Lärmregulierung in psychiatrischen Anstalten um 1900 analysierte der Beitrag die Anstalt als ein relationales Raum-Körper-Sinnesregime.⁹⁷ Behandlungsmethoden wie die Bettbehandlung, das Dauerbad, die Vergabe von Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie die Isolierung zielten darauf ab, das in der Anstalt auf Ruhe ausgerichtete Sinnesregime zu regulieren und – zumindest temporär – zu stabilisieren. Ruhe auf den Abteilungen herzustellen, war bei der Anwendung der genannten Mittel – vor allem in Zeiten der Überbelegung – ärztlichen Indikationen übergeordnet. Dabei zeigte der Beitrag, in welcher Weise psychiatrische Behandlungsmethoden räumlich-materiell konfiguriert und mit sinnlichen Ordnungen bzw. Sinnesregimen verschränkt waren, um die ihnen zugewiesenen Effekte entfalten zu können: Räume mussten eingerichtet, Körper positioniert und Sinneswahrnehmungen konfiguriert werden. Eine entsprechende Perspektivierung der Quellen eröffnete den Blick auf die relationalen, dynamischen und mitunter instabilen Beziehungen, die Räume, Körper und Sinne zueinander ausbildeten. Die Anstalt rückt damit als ein komplexes Sinnesregime in den Fokus, das regulierend auf die Handlungen, Verhaltens- und Wahrnehmungsweisen der Patient*innen (und Pfleger*innen) eingriff.

Korrespondenzadresse

Monika Ankele

Organisationseinheit Ethik, Sammlungen und Geschichte der Medizin

Medizinische Universität Wien (Josephinum)

Email: monika.ankele@meduniwien.ac.at

Der Beitrag ist im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Projekts „Bett und Bad. Räume und Objekte therapeutischen Handelns in der Psychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert. Grundzüge einer materialen Psychiatriegeschichte“ (SCHM 1311/11-1) entstanden.

⁹⁷ Bei dieser Formulierung beziehe ich mich auf eines der beiden Gutachten des vorliegenden Beitrages.