

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

Binswangers Asyl Bellevue 1876–1880

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Daniela Antonia Meile, geb. Peia

aus

Temeswar / Rumänien

2012

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. A. Hirschmüller

2. Berichterstatter: Professor Dr. H.J. Gaertner

Für Mathilde, Margarete und Martha

„Da hörte ich viel von dem Sanatorium, meist rühmend, natürlich auch dann und wann eine neidische Bemerkung; aber die letzteren waren unerheblich, sodass ich wahrhaft stolz darauf war, in der Schweiz eine so berühmte Anstalt zu wissen.“

Eugen Bleuler in seiner Rede zum 75. Jubiläum der Klinik Bellevue 1932.

Vielleicht sollten wir von Zeit zu Zeit auf eklatante Weise daran erinnert werden, dass der Mensch, der hinter den Symptomen steht und der sich verzweifelt durch diese auszudrücken versucht, sehr wohl von einem Wert und einem Format sein kann, mit denen wir uns selbst nicht messen können.

H. Stokholm, nach Ellen Jensen (1984), S. 12

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Fragestellung	8
2	Hintergrund	10
2.1	Die Bedeutung des Namens Binswanger in der Psychatriegeschichte	10
2.2	Zur Situation der Schweizer Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts	11
2.3	Überblick über Ludwig Binswangers Lebensweg	18
2.3.1	Ludwig Binswangers Tätigkeit in Münsterlingen	20
2.3.2	Ludwig Binswangers psychiatrische Grundeinstellung und Menschenbild	21
2.4	Robert Binswanger (1850–1910): Jugend und Entwicklungsjahre	31
2.4.1	Familiärer Hintergrund	31
2.4.2	Robert Binswangers Weg zur Medizin	36
2.4.3	Medizinstudium in Tübingen	41
2.4.4	Medizinstudium und Assistenzzeit in Straßburg, Basel und Göttingen	43
2.4.5	Robert Binswangers universitäre Lehrer Carl Liebermeister, Ernst von Leyden, Ludwig Meyer	47
2.4.6	Die Promotionsarbeit Robert Binswangers: „Über die Entstehung der in der Kindheit erworbenen halbseitigen Gehirnatrophie“	54
2.4.7	Wissenschaftliche Arbeiten und Vorträge	57
2.4.8	Lebensentwicklung im privaten Bereich	72
2.5	Zur Geschichte des Bellevue	79
2.5.1	Das Bellevue im Zeitraum 1876–1880	82
2.5.2	Aufnahmebedingungen, Reglement und Organisatorisches im Bellevue	82
3	Material und Methode	85
3.1	Quellen	85
3.1.1	Überblick	85
3.1.2	Krankenakten	86
3.1.3	Personale II	87
3.1.4	Das Aufnahmebuch	90
3.1.5	Kopier-Bücher	91
3.1.6	Smidtsche Diagnosekartei	91
3.2	Auswertungsmethode	92
4	Ergebnisse	94
4.1	Patientendaten	94
4.1.1	Zahl der Patientenaufnahmen	94
4.1.2	Alter	96
4.1.3	Familienstand	98
4.1.4	Religionszugehörigkeit	100
4.1.5	Herkunftsland	101
4.1.6	Beruf	101
4.1.7	Verweilzeiten	104
4.1.8	Diagnosen	105

4.1.9	Therapieausgang	107
4.1.10	Statistische Angaben zur Hysterie	108
4.1.11	Pensionskosten	108
4.1.12	Adelige Patienten	110
4.2	Aufnahme und psychiatrische Befunderhebung im Bellevue	111
4.2.1	Die psychiatrische Untersuchung – ein historischer Überblick	111
4.2.2	Psychiatrische Befunderhebung im Bellevue	115
4.3	Therapie im Bellevue	140
4.3.1	Arbeits- und Beschäftigungstherapie	140
4.3.2	Psychische Führung	144
4.3.3	Das therapeutische Milieu	144
4.3.4	Pharmakotherapie	147
4.3.5	Physikalische Therapie und Hydrotherapie	151
4.3.6	Zwangsmaßnahmen	154
4.4	Robert Binswangers Hysteriekonzept	166
4.4.1	Die „hysterische Melancholie“	167
4.4.2	Die Definition der Hysterie im Untersuchungszeitraum	170
4.4.3	Krankengeschichten mit der Diagnose Hysterie	171
4.5	Macht Studieren krank? Die Frage der Überbürdung in höheren Lehranstalten	196
5	Diskussion	208
6	Zusammenfassung	215
7	Dokumentarteil	223
7.1	Krankengeschichten	223
7.2	Unveröffentlichtes Manuskript eines Vortrags Dr. Robert Binswangers	238
8	Literaturverzeichnis	247
9	Verzeichnis der Archivalien	253
10	Danksagung	255

1 Einleitung und Fragestellung

Mit dem Archiv der Klinik Bellevue in Kreuzlingen gelangte ein wertvolles Dokument Schweizer Psychiatriegeschichte an die Universität Tübingen.

Das Material zeichnet sich dadurch aus, dass es Psychiatriegeschichte im Spiegel einer Familiengeschichte lebendig und anschaulich vor Augen führen kann. Die Krankengeschichten der Bellevue-Patienten und reichhaltiges biographisches Material der Familie Binswanger ergänzen sich zu einem eindrucksvollen Zeugnis des Zusammenspiels von Psychiatrie- und Familiengeschichte, das sich von der Gründung der Klinik im Jahr 1857 bis zu ihrer Schließung im Jahr 1980 erstreckt. Nach Schließung des Bellevue im Jahr 1980 wurde der Archivbestand 1986 dem Universitätsarchiv Tübingen übergeben. Doktoranden der Medizinischen Fakultät Tübingen haben den gesamten Nachlass der Klinik Bellevue von ihrer Gründung 1857 bis zum Jahr 1910 aufgearbeitet. Hierbei wurde, um ein möglichst genaues Bild jener Jahre rekonstruieren zu können, eine bestimmte Anzahl von Krankenakten jeweils in Fünfjahresabschnitten zusammengestellt und transkribiert. Derzeit sind die Dissertationen über den Zeitraum 1861 bis 1865 von Claudia Stähler, den Zeitraum 1866 bis 1870 von Sandra Schweizer, den Zeitraum 1871 bis 1875 von Stefanie Weismann-Günzler, den Zeitraum 1881 bis 1885 von Katja Doneith, den Zeitraum 1886 bis 1890 von Kaspar Domeyer, den Zeitraum 1891 bis 1895 von Amei Fischer, den Zeitraum 1896 bis 1900 von Ibolya Stollwerk, den Zeitraum 1906 bis 1910 von Julia Gnann abgeschlossen. Mit der Bearbeitung des Zeitraumes von 1876 bis 1880 knüpft die vorliegende Dissertation an die vorgenannten Arbeiten an.

Zu Beginn wendet sich die Arbeit einer Frage zur Entwicklungsgeschichte der Psychiatrie zu: Kann am Ende der siebziger Jahre des 19. Jahrhunderts bereits von einer eigenen, selbstständigen Entwicklung der „Schweizer Psychiatrie“ im europäischen Kontext die Rede sein?

Porträts von Vater¹ und Sohn Binswanger, von ihrer Berufsauffassung, ihren ärztlichen Überzeugungen, ihren theoretischen und diagnostischen Vorstellungen davon, was Psychiatrie sein soll und in welchem institutionellen und atmosphärischen Rahmen sie tagtäglich praktiziert und gelebt werden soll, werden am Anfang der Arbeit rekonstruiert. Auf diese Weise soll das spezifisch „Binswangersche Psychiatriekonzept“ herausgearbeitet werden. Im Anschluss daran wird sich die Arbeit den Patientenakten der Klinik Bellevue zuwenden. Diese Akten beinhalten Angaben zu Einlieferung, Verlauf und Behandlung, Verlegung, Entlassung und Aufenthaltsdauer und geben einen Einblick in Art und Weise der Befunderhebung und Dokumentation. Weiterhin umfasst das dokumentarische Material auch Tagebücher, Briefwechsel, Fotografien, Bilder und Zeichnungen von Patienten.

Anhand von Krankengeschichten der Bellevue-Patienten lassen sich signifikante medizingeschichtliche, soziokulturelle und institutionelle Zusammenhänge rekonstruieren. Als Schwerpunkt möchte ich auch den Alltag einzelner Bellevue-Patienten thematisieren.

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit soll das Krankheitsbild der „Hysterie“ stehen. Von diesem „rätselhaften“ Leiden war Mitte bis Ende des 19. Jahrhunderts eine große Anzahl junger Frauen, selten auch Männer betroffen, sodass es einen breiten Raum im medizinischen Diskurs einnahm. Ich versuche anhand von 19 Krankenakten aus dem Binswanger-Archiv zu ermitteln, welche Symptomatik und welches normabweichende Verhalten von Patientinnen als hysterisch galten.

Anhand der in den Akten dieser Hysteriefälle dargelegten Therapie möchte ich herausarbeiten, welche Behandlungsmöglichkeiten Ludwig Binswanger senior und Robert Binswanger zur Verfügung standen. Anschließend möchte ich mich den Veränderungen und dem Wandel in der Hysteriekonzeption im deutschsprachigen Raum widmen.

Auf diese Frage soll die Darstellung der psychiatriegeschichtlichen Konzeption der Klinik Bellevue fokussiert werden.

¹ Über den Zeitraum der Direktorenschaft Ludwig Binswanger senior liegt auch eine zusammenfassende Monographie vor: Moses u. Hirschmüller (2004).

2 Hintergrund

2.1 Die Bedeutung des Namens Binswanger in der Psychiatriegeschichte



Abbildung 1: Ludwig Binswanger (1820–1880)

Ludwig Binswanger senior war der Begründer einer Psychiatergeneration, die innerhalb ihres Fachgebietes neue Wege eingeschlagen hat und deren Auffassung vom seelisch kranken Menschen eine neue Perspektive in der Psychiatrie eröffnete. Ihre Fortführung fand die mit Ludwig Binswanger senior beginnende und historisch richtungweisende Entwicklung in der „Daseinsanalyse“, die von Ludwig Binswanger junior entwickelt wurde. Diese „andere“ Auffassung von Psychiatrie kann innerhalb einer Entwicklungslinie betrachtet werden, die mit Ludwig Binswanger senior, dem Gründer der Klinik Bellevue, beginnt und schließlich in Ludwig Binswanger juniors theoretischer Schrift „Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins“ (1942) ihren konzeptuellen Höhepunkt findet.

Die Andersartigkeit des Zugangs zur Psychiatrie, für die der Name Binswanger steht, kann umso konkreter gefasst werden, wenn man sich die Situation vergegenwärtigt, die Ludwig Binswanger senior vorfand, als er seine ärztliche Tätigkeit aufnahm. Hierzu ist eine kurze historische Bestandsaufnahme zur Situa-

tion der Schweizer Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts notwendig.

2.2 Zur Situation der Schweizer Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts

Laut Hans H. Walser war die Psychiatrie in der Schweiz lange Zeit rückständig. Nur wenige größere Städte konnten in ihren Hospitälern Geisteskranke aufnehmen.² Wie Aline Steinbrecher in ihrer Dissertation „Verrückte Welten. Wahnsinn und Gesellschaft im barocken Zürich“ darlegt, entstanden ab dem 17. Jahrhundert spezielle Einrichtungen des Staates zur Verwahrung Geisteskranker. Zunächst wurden Abteilungen in Zucht- und Arbeitshäusern geschaffen, später wurden nach und nach gesonderte Gebäude für die Unterbringung Geisteskranker errichtet. Das Zürcher Spital am Predigerplatz diente beispielsweise bis zum Jahr 1827 als Verwahrungsort für Geisteskranke.³

Laut Walser setzte in der deutschsprachigen Schweiz bereits Anfang der vierziger Jahre des 19. Jahrhunderts eine Epoche psychiatrischer Anstaltsgründungen ein: Münsterlingen 1840, Pirminsberg 1849, Waldau 1855, Rosegg 1860, Rheinau 1867, Königsfelden 1869, Burghölzli 1870, St. Urban 1873, Friedmatt 1886, Breitenau 1891, Waldhaus 1892, Will 1892, Münsingen 1895.⁴

Mangels psychiatrisch interessierter Fachleute innerhalb der schweizerischen Ärzteschaft waren zunehmend Ärzte aus Deutschland in leitende Stellen berufen worden. Diese waren maßgeblich am Ausbau der Anstaltspsychiatrie in der Schweiz beteiligt: August Zinn (1825–1897), im Jahr 1849 einer der zahlreichen Flüchtlinge aus Deutschland, hatte am „alten Spital“ und am „Irrenhaus“ in Zürich gearbeitet und dort auf die veralteten Zustände des „Zürcher Irrenwesens“ hingewiesen. Als Direktor der Irrenanstalt „St. Pirminsberg“ gründete er den ersten „Schweizer Hilfsverein für Geisteskranke“.

Heinrich Cramer (1831–1893), Mitbegründer des „Vereins Schweizerischer Irrenärzte“, war ebenfalls aus Deutschland gekommen. Seit 1861 Direktor der Anstalt „Rosegg“ in Solothurn, setzte er sich für die zwangfreie Behandlung ein.

² Walser (1972), S. 185.

³ Steinbrecher (2006), S. 34.

⁴ Walser (1972), S. 186.

Ludwig Wille kam 1864 in die Schweiz, um die Direktion der psychiatrischen Abteilung des Kantonsspitals in Münsterlingen zu übernehmen. 1867 wurde er Direktor der neu gegründeten Pflegeanstalt „Rheinau“ im Kanton Zürich, wo er als Vorgänger von Eugen Bleuler eine therapeutisch ausgerichtete Versorgung organisierte.⁵ Für 1½ Jahre übernahm Wille die Direktorenschaft der Anstalt St. Urban in Luzern, von wo er 1875 als Professor für Psychiatrie nach Basel berufen wurde. In Basel leitete er zunächst die alte Irrenabteilung am Bürgerspital, um bereits im Jahr 1886 die Direktion der neugebauten Heilanstalt „Friedmatt“ zu übernehmen.

Wie Tölle in seiner Originalarbeit im „Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie“ betont, sah Wille den Schwerpunkt seiner beruflichen Tätigkeit in der möglichst „guten Unterbringung und Behandlung der Patienten. Er hatte den Mut und die Tatkraft, nacheinander mehrere Anstalten nach seinen Prinzipien zu gestalten.“⁶

In seiner Publikation „Schweizer Psychiatrie im 19. Jahrhundert“ betont Walser, dass die meisten dieser zugewanderten Deutschen bedeutende Psychiater ihrer Zeit waren. Als Professoren wurden Wilhelm Griesinger, Bernhard von Gudden und Eduard Hitzig nach Zürich berufen.

Manche dieser Ärzte blieben aus unterschiedlichen Gründen nur eine kurze Zeit als Ordinarien für Psychiatrie in der Schweiz und kehrten anschließend nach Deutschland zurück. Sie haben nicht nur die Psychiatrie als Wissenschaft in die Schweiz eingeführt und dort etabliert.⁷ Sie legten auch die Grundlagen für eine eigenständige Schweizer Psychiatrie, die, wie Walser betont, knapp ein Vierteljahrhundert später neben Wien und München eine Vorreiterstellung in Europa einnehmen sollte.

Im Folgenden soll auf das Wirken einiger dieser Ärzte hingewiesen werden. Die Gründungsgeschichte der „Heilanstalt für Geisteskranke Burghölzli“ in Zürich ist eng verknüpft mit dem Wirken Wilhelm Griesingers, ehemals Ordinarius für klinische Medizin und Direktor der Medizinischen Klinik an der Universität Tübingen.

⁵ Tölle (2005), S. 29.

⁶ Tölle (2005), S. 31.

⁷ Wyrsch (1973), S. 487.

gen, der im Jahr 1860 einem Ruf nach Zürich folgte, noch vor der Eröffnung der neuen Anstalt aber an die Charité nach Berlin wechselte.



Abbildung 2: Wilhelm Griesinger (1817–1868)

Als Mitglied der Zürcher Medizinalkommission entwickelte er einen Plan für den Bau einer modernen Irrenanstalt im Kanton Zürich, mit dem Ziel, die Zürcher Anstalt „in eine moderne Universitätspsychiatrie umzuwandeln.“⁸

In den Jahren, in denen er unter Albert Zeller als Sekundararzt in der württembergischen „Irrenheilanstalt Winnenthal“ tätig war, sammelte Griesinger eine Reihe von praktischen Erfahrungen, die er zur Grundlage seines 1845 veröffentlichten Hauptwerkes „Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ machte.⁹

In diesem bahnbrechenden Werk sowie in mehreren weiteren Beiträgen zur Psychopathologie und klinischen Psychiatrie finden sich plastische und überzeugende Darstellungen psychischer Störungen. Griesinger macht in diesen Schriften den Versuch, die Psychiatrie mit Hilfe der medizinischen Psychologie und Pathologie zu begründen.

Griesingers Erfahrungen und Überlegungen sind reichhaltig und umfassend. Er setzte sich dafür ein, dass psychisch Kranke wie andere Kranke angesehen und ärztlich behandelt werden sollten. Er grenzte sich nicht nur von überholten somatischen Auffassungen, sondern auch von älteren oder moralisierenden Schulen ab. „Das Irresein selbst, ein anomales Verhalten des Vorstellens und Wollens, ist ein Symptom“, schreibt er.

⁸ Vgl. Amrein (2002), S. 31.

⁹ Die zweite erweiterte Auflage dieses Lehrbuches erschien 1861.

„Der erste Schritt zum Verständnis der Symptome ist ihre Localisation. Welchem Organ gehört das Phänomen des Irreseins an? – Welches Organ muss also überall und immer nothwendig erkrankt sein, wo Irresein vorhanden ist?“¹⁰ Griesingers Schwerpunkt liegt auf dem Gehirn: „Die Antwort auf diese Frage ist die erste Voraussetzung der ganzen Psychiatrie. Nur das Gehirn kann der Sitz normaler und krankhafter geistiger Thätigkeiten sein.“¹¹ Er hat jedoch nicht nur mit seiner medizinisch-naturwissenschaftlichen Perspektive einer biologischen Richtung der Psychiatrie zum Durchbruch verholfen. Auch er war nicht zuletzt durch das Herausarbeiten psychodynamischer Erkenntnisse seiner Zeit weit voraus. Er prägte einige Grundbegriffe der psychodynamisch orientierten Psychiatrie wie den Begriff des „Unbewussten“, den der „Ich-Strukturen“ oder der „Wunscherfüllung im Traum und im Symptom“. Die Griesingersche Psychodynamik war so bedeutsam, dass sich Sigmund Freud im Zusammenhang mit der Wunscherfüllung im Traum und einer psychologischen Theorie der Psychosen in der „Traumdeutung“ auf ihn bezog.¹²

Ellenberger bezeichnet ihn darüber hinaus sogar als „Vertreter der dynamischen Psychiatrie“, da er [Griesinger] behauptet, „der größte und wichtigste Teil der psychischen Prozesse sei unbewusst“¹³.

Obwohl Wilhelm Griesinger nur kurze Zeit in Zürich lehrte, war sein Einfluss auf die Entwicklung der Züricher Psychiatrie sehr groß. Und obwohl er nicht der erste Direktor der Heilanstalt Burghölzli wurde, die seinen Vorstellungen einer fortschrittlichen Psychiatrie sicherlich entsprochen hätte, standen die ersten drei Direktoren der Anstalt – Bernhard von Gudden (1824–1886) aus Kleve am Niederrhein, Gustav Huguenin (1840–1920), Schweizer Internist und Psychiater, und Eduard Hitzig (1838–1907) aus Berlin ganz in seiner Tradition. Alle drei hatten sich im Rahmen ihrer psychiatrischen Tätigkeit ausführlich mit neuroanatomischen und neurophysiologischen Themen beschäftigt und auf diesen Gebieten wichtige Entdeckungen gemacht.

¹⁰ Griesinger (1861), S. 1.

¹¹ Griesinger (1861), S. 1.

¹² Freud (1900), Bd. II/III, S. 95.

¹³ Ellenberger (1973), S. 343.



Abbildung 3: Bernhard von Gudden (1824–1886)

Gudden, erster Direktor der „Zürcher Heilanstalt Burghölzli“, entfaltete dort eine reiche wissenschaftliche Tätigkeit. Er entfernte Hirnteile neugeborener Tiere und beobachtete am noch lebenden Präparat die sekundär entstandene Atrophie von nachgeschalteten Nervenbahnen. Sein Verdienst war es, mit Hilfe der Degenerationsmethode eine systematische Verfolgung von Nervenbahnen im Gehirn begründet zu haben. Auch das von ihm entwickelte „Guddensche Mikrotom“ spielte eine wichtige Rolle. Durch experimentell veränderte hirnanatomische Strukturen konnten Rückschlüsse auf deren Funktionszusammenhang gezogen werden. Gudden gelang es nachzuweisen, dass nach Durchtrennung des Sehnervs bzw. des Tractus opticus das Corpus geniculatum laterale sekundär degeneriert. Er bewies damit die Bedeutung dieser Strukturen innerhalb der optischen Nervenbahnen. Des Weiteren zeigte er, dass auch der Thalamus opticus nach Abtragung einer Hemisphäre an Volumen verliert.¹⁴

Eduard Hitzig, in den Jahren 1876–1879 dritter Direktor des Burghölzli, der durch seine Experimente internationale Berühmtheit erlangte, hatte 1870 die elektrische Erregbarkeit der Großhirnrinde bewiesen und die motorischen Zentren des Großhirns entdeckt. Ihm gelang es auch, epileptische Anfälle experimentell zu erzeugen und somit die von Jackson angenommene Rindenepilepsie experimentell zu provozieren.

¹⁴ Jagella, Isler, Hess (1994), S. 19.

Erwin Ackerknecht beschreibt Hitzig nicht nur als großen Hirnphysiologen, sondern auch als ausgezeichneten praktischen und theoretischen Psychiater und Neurologen.¹⁵ Hitzig setzte sich für Vorbeugung und Bekämpfung der Trunksucht, für Arbeitstherapie und die Einführung des psychiatrischen Staatsexamens an Schweizer Universitäten ein.



Abbildung 4: Eduard Hitzig (1838–1907)

Während seiner Zürcher Tätigkeit als Klinischer Direktor wurde 1876 der „Zürcher Hilfsverein für Geisteskranke“ begründet.¹⁶

Als Beginn einer wissenschaftlichen Schweizer Psychiatrie setzt der Psychiatriehistoriker Hans H. Walser das Jahr 1879 an, als nach neun wechselvollen Jahren unter der Leitung führender deutscher Psychiater August Forel aus Morgues zum Ordinarius für Psychiatrie und Direktor an die Zürcher Heilanstalt Burghölzli berufen wurde. Mit Forel begann eine neue Epoche; er gilt als der eigentliche Begründer einer Psychiatrie „schweizerischer Prägung“.¹⁷

Bernhard Küchenhoff hebt in seiner Einleitung zur Monographie „Der Psychiater August Forel und seine Stellung zur Eugenik“ folgende Leistungen und Tätigkeitsbereiche Forels hervor:

– seine Ameisenforschung mit der Entdeckung und Beschreibung von über 3000 neuen Ameisenarten,

¹⁵ Ackerknecht (1978), S. 71.

¹⁶ Der „Zürcher Hilfsverein für Geisteskranke“ wurde bereits im Jahr 1875 zunächst provisorisch gegründet.

¹⁷ Walser (1972), S. 193.

- seine umfangreichen hirnanatomischen Arbeiten, die Begründung der Neuronentheorie (als Neuroanatom und Wissenschaftler entdeckte Forel zeitgleich mit W. His das Neuron als funktionelle und trophische Einheit),
- seine intensive Beschäftigung mit der Hypnose und ihrer praktischen Anwendung „bei sonst fehlenden therapeutischen Alternativen“¹⁸,
- seinen Kampf gegen den Alkoholismus und seinen Einsatz für die Abstinenzbewegung,
- seine offene Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität, sein Eintreten für die Gleichstellung der Frau und gegen die Diskriminierung unehelicher Kinder und deren Mütter,
- sowie seinen Pazifismus.¹⁹

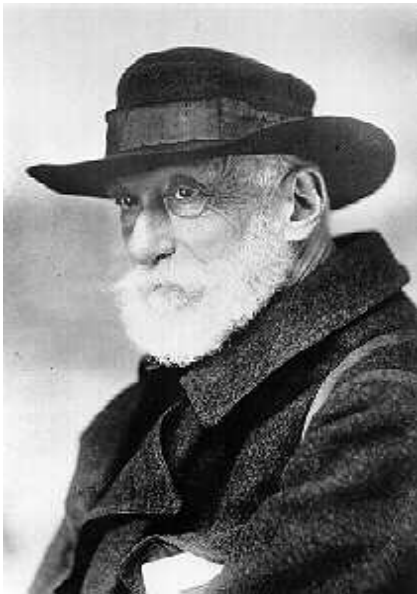


Abbildung 5: August Forel (1848–1931)

Forel verschaffte der Psychiatrie in Zürich durch seine „wissenschaftlich-therapeutische Tätigkeit, seine Erkenntnisse und Neuerungen in der Hirnforschung und psychiatrische Behandlung einen herausragenden Ruf weit über die Schweiz hinaus“.²⁰

¹⁸ Küchenhoff (2006), S. 24.

¹⁹ Küchenhoff (2006), S. 20.

²⁰ Vgl. Leist (2006), S. 7.

In diesem spannenden Klima von großen Reformbestrebungen und zunehmendem Einsatz des Staates für Geisteskranke, der Schaffung unabhängiger schweizerischer psychiatrischer Anstalten²¹, der Spezialisierung des ärztlichen und pflegerischen Personals, der zunehmenden Lehr- und Forschungstätigkeit an den Universitäten wurde Ludwig Binswanger senior im Jahr 1850 zur Reorganisation der thurgauischen kantonalen Heilanstalt nach Münsterlingen berufen.

2.3 Überblick über Ludwig Binswangers Lebensweg

Bei der folgenden Darstellung der Biografie Ludwig Binswangers²² möchte ich den Schwerpunkt auf seine ärztliche Persönlichkeit legen. Unter Bezug auf bisher wenig beachtetes Quellenmaterial sollen wichtige Aspekte seines Wirkens als Arzt, seine Vorstellung zum Thema Krankheit und Heilung sowie seine Auffassung von Anstaltsorganisation im Mittelpunkt stehen. Um ein vollständiges Lebensbild zeigen zu können, möchte ich mich jedoch im Vorfeld mit seiner Herkunft und seinem Werdegang beschäftigen.²³

Ludwig Binswanger wurde 1822 in Osterberg, einer kleinen Stadt in Bayrisch-Schwaben, geboren. Sein Vater, Moses Binswanger (1783–1867) aus Hürben war jüdischer Hausierhändler und führte als Handelsmann ein mühevolleres und arbeitsreiches Leben.²⁴ Seine Mutter, Blümle Binswanger (1783–1867), geb. Götz aus Fischach in Bayrisch-Schwaben, heiratete 1811²⁵ und lebte 41 Jahre lang in glücklicher Ehe mit ihrem Mann Moses, dem sie neun Söhne gebar. Beide Eltern waren ein Vorbild für ihre Söhne, die – wie in der „Moses und Blümle Binswanger’schen Familienstiftung“ verzeichnet – ihre Kinder nach den

²¹ Laut H. J. Ritter (2003), S. 59, entstanden in der Schweiz zwischen 1850 und 1914 rund 20 größere Irrenanstalten.

²² Eine ausführliche Biographie Ludwig Binswangers findet sich bei Sandra Schweizer, S. 31 ff.

²³ Die Angaben über das Leben und die Person Ludwig Binswangers sind den bereits vorliegenden Dissertationen von Sandra Schweizer und Claudia Stäbler entnommen, die sich beide eingehend mit diesem Thema auseinandergesetzt haben. Ihre Angaben wiederum beruhen auf der Auswertung des Binswanger-Archivs im Universitätsarchiv Tübingen.

²⁴ Moses & Blümle Binswanger’sche Familienstiftung (1925).

²⁵ Ebenda.

Grundsätzen der israelitischen Religion im Sinne einer „rechtschaffenen, strebsamen und bescheidenen Lebensführung“²⁶ erzogen.

Ludwig Binswanger besuchte das Gymnasium in Augsburg (1835–1840) und studierte anschließend in Erlangen (1840–1845). Sein Interesse galt zunächst der Philosophie, er wandte sich aber sehr bald der Medizin zu. 1841 studierte er in München Medizin. 1842 setzte er sein Studium in Heidelberg fort. 1843 kehrte er nach München zurück. Im Wintersemester 1844/45 bestand er das theoretische Examen mit sehr gutem Ergebnis. Aus Anlaß einer Preisausschreibung der medizinischen Fakultät der Universität München verfasste er seine erste selbstständige Arbeit mit dem Titel: „Die pharmacologische Würdigung der Borsäure, des Borax und anderer borsaurer Verbindungen.“ Er erhielt für seine Arbeit den akademischen Preis der medizinischen Fakultät der Universität München.

Bereits 1845 war Binswanger Assistent am Krankenhaus Augsburg unter Franz Reisinger (1787–1855), wo ihm die selbstständige Leitung der dortigen Irrenabteilung anvertraut wurde.

Im Jahr 1846 promovierte er mit der Dissertation „Pharmakologische Würdigung der Borsäure, des Borax und anderer borsaurer Verbindungen in ihrer Einwirkung auf den gesunden und kranken thierischen Organismus“. Der Eintritt in den bayrischen Staatsdienst blieb Ludwig Binswanger aufgrund seiner jüdischen Herkunft verschlossen.

1848 veröffentlichte Ludwig Binswanger mit Aloys Martin (1818–1891) die Arbeit „Das Chloroform in seinen Wirkungen“. Im selben Jahr heiratete er Jeanette Raphaela Landauer (1825–1891) aus Hürben. Aus dieser Ehe gingen 7 Kinder hervor.

Zu dieser Zeit, 1848–1849, arbeitete Ludwig Binswanger als Assistenzarzt in der Medizinischen Klinik in Tübingen unter Karl Wunderlich (1813–1877). Er wurde als Privatdozent zugelassen. 1850 wurde Ludwig Binswanger zum Leiter der „Kantonalen Irrenanstalt Münsterlingen“ ernannt. Zur Vorbereitung auf diese neue Aufgabe besuchte er die Anstalten Winnenthal bei Winnenden und die Anstalt Siegburg im Rheinland. 1857 erwarb Ludwig Binswanger die Villa Belle-

²⁶ Ebenda.

vue in Kreuzlingen und eröffnete dort ein Asyl, das später zu einer der renommiertesten Privatanstalten Europas gehören würde.

2.3.1 Ludwig Binswangers Tätigkeit in Münsterlingen



Abbildung 6: Kantonsspital Münsterlingen

Ludwig Binswanger trat seine Stelle als ärztlicher Vorstand im Thurgauer Kantonsspital Münsterlingen am 1. Juli 1850 an, nachdem er drei Monate lang zu Studienzwecken verschiedene Irrenanstalten in Deutschland besucht hatte. Er reorganisierte und verbesserte die in der Anstalt vorgefundenen, bereits vorhandenen Räumlichkeiten und Strukturen.

In dem von ihm verfassten „Bericht für das Jahr 1850 über die Thurgauer Irrenheil- und Pflegeanstalt Münsterlingen“ wird deutlich, dass sich Binswanger in seinen Bestrebungen nach Erneuerung der Anstalt an die Ideen Ernst Albert Zellers (1833–1877) anlehnt, des ersten Direktors der Heilanstalt Winnental, einer der angesehensten Anstalten Deutschlands.

In der Anstalt Münsterlingen wurde nach einigen baulichen und organisatorischen Umstrukturierungen – wie zum Beispiel Trennung nach Geschlechtern, Einteilung der Kranken in Heilbare und Unheilbare, Separierung in unterschiedliche Krankheitsgrade und Krankheitsformen – letztlich die Aufnahme von 120 Geisteskranken möglich.²⁷ Einige Erneuerungen und Umgestaltungen sind auf Initiative Ludwig Binswangers entstanden: Er lässt bestehende dunkle Bretterverschläge für die Unreinlichen entfernen, neue Badezimmer bauen, dunkle Tobzellen in helle wohnliche Gesellschaftszimmer umwandeln, eine Holzhalle

²⁷ Binswanger (1850), S. 199.

für die Versorgung der Anstalt mit Heizungsmaterial bauen, einen Gemüse- und Obstgarten anlegen²⁸ usw.

2.3.2 Ludwig Binswangers psychiatrische Grundeinstellung und Menschenbild

Ludwig Binswanger hat einige Äußerungen hinterlassen, die darüber Auskunft geben, nach welchen Prinzipien er seine Klinik organisiert hatte.

Er vertritt ein Prinzip des Miteinanders und meint: „Die Bewohner sollen sich wechselseitig wie Glieder einer großen Familie betrachten und sich achten und lieben lernen.“²⁹

„Die von Zeit zu Zeit ausgeführten gesellschaftlichen Spaziergänge ins Freie und in ein freundliches Wirtshaus der benachbarten Dörfer, wohin die Kranken mit der größten Lust dem Arzte und den Wärtern folgen“ bezeichnet Binswanger als „wahres psychisches Erholungsmittel“, da sich die Insassen „in freiem, unbeengtem Raume, in Feld und Wald freier und gehobener fühlen als in der Klausur der Anstalt. Sie konversieren im Gastzimmer munter und ungezwungen unter sich und mit den anwesenden andern Gästen, setzen eine Ehre darein, sich recht anständig zu benehmen, dass man sie ja nicht als Kranke erkenne, erheitern sich bei Gesang, Kegel und anderen Gesellschaftsspielen.“³⁰ Die Wirkung dieser Erholung in der Freizeit zeigt sich im Befinden der Patienten: „Neu belebt und zufrieden kehrt nach solchem Ausfluge die Gesellschaft wieder in die Anstalt zurück.“³¹

Die persönliche Freiheit der Insassen unter seiner Leitung hat für Binswanger einen hohen Stellenwert: „Dabei wird nicht ängstlich jeder Schritt und Tritt, jede Bewegung, jeder Zug aus dem Bier- oder Mostglase belauscht“. Laut Binswanger geschieht die „Überwachung der Gesellschaft fast unmerklich“.

„Hat sich einer in der Gesellschaft vergessen oder verfehlt, so erhält er keine öffentliche Rüge, diese wird ihm zu Haus am Abend oder des anderen Tages

²⁸ Binswanger (1850), S. 209.

²⁹ Binswanger (1850), S. 230.

³⁰ Binswanger (1850), S. 230.

³¹ Binswanger (1850), S. 230.

ertheilt; die härteste Strafe alsdann ist, wenn der Betroffene vom nächsten Spaziergang ausgeschlossen wird.“³²

Das Prinzip der Angemessenheit von Sanktionen wird in einem weiteren Abschnitt erläutert: „Strafen werden selten und bei auffallenden Vergehen der zum Theil noch Zurechnungsfähigen angewendet. Sie bestehen niemals in der Entziehung der nöthigen Kost, höchstens in dem Abbruch einer unwesentlichen Zulage, in dem Versagen der Pfeife, des Schnupftabacks, im Fall auch mit schnell vorübergehender Freiheitsstrafe. Jedenfalls, wenn eine solche diktiert und äusserer Zwang von dem Wärter, niemals von dem Arzte selbst, angewendet werden muss, wird gestrebt, dass der Kranke selbst denselben als gerechte Strafe für sein Vergehen, insbesondere gegen die Disziplin und die Ordnung des Hauses einsehe, wobei weder Arzt noch Wärter eine Spur der persönlichen Rachsucht durchblicken lassen, und das Wärterpersonale nur als Vollzieher der gegebenen Befehle, nie als selbststrafend erscheinen darf.“³³

Vehement widersetzt sich Binswanger unangemessenen Strafen jeglicher Art: „Dagegen sind wir jener Methode nicht im mindesten hold, die durch ein Schreckenssystem, durch Strafen aller Art dem Kranken jede Äusserung seines Wahns unmöglich zu machen sucht und ihn dagegen durch ausgesuchte Vortheile belohnt, wenn er den Wahn unterdrückt und sich vernünftig äussert und handelt.“³⁴

Isolierungsmaßnahmen werden nur „bei Tobsüchtigen, und denen, die der Gesellschaft lästig fallen würden“, durchgeführt.“³⁵

In seinen Ausführungen wendet sich Binswanger auch der Wärterfrage zu.

Laut Binswanger erkennt man am Wärterpersonal den Geist, der den ärztlichen Vorstand bei der Ausübung seines Berufes beseelt. „Mit leichter Mühe ahmt das Dienstpersonal das tägliche Beispiel seines Vorgesetzten nach, vorausgesetzt, dass nur fähige verständige Personen von unbescholtenem Charakter, und mit Liebe zum Dienste begabt, gewählt werden.“³⁶

³² Binswanger (1850), S. 230.

³³ Binswanger (1850), S. 231.

³⁴ Binswanger (1850), S. 227.

³⁵ Binswanger (1850), S. 230.

³⁶ Binswanger (1850), S. 231.

Auch in Bezug auf die Wahl des Wärterpersonals hat er genaue Vorstellungen: „Es wäre wünschenswerth, wenn die für eine erledigte Stelle sich meldenden Personen angehalten würden, zuvor die Irrenanstalt zu besuchen, sich vor dem Irrenarzte zu zeigen, von diesem geprüft zu werden, und sich selbst zu prüfen, ob sie zur Übernahme des schweren und wichtigen Dienstes sich eignen. Einzelne kleine Vergehen [des Wärters] oder Versehen, die bei dem schweren Dienste vorkommen können, werden vom Arzte jederzeit, jedoch mit Milde, gerügt, und nur schwere Vergehen würden sofortige Entlassung zur Folge haben.“³⁷

Sehr anschaulich schildert Binswanger in seinem Bericht Möglichkeiten der Beschäftigungstherapie für die Frauenabteilung: Gärtnerei, Mahlzeiten im Freien, Gesang, Gottesdienst, Unterricht, Schwimmen und Sonnenbaden im Freien, Strohflechterei, Stricken, Spinnen, Küchen- und Gartenarbeit: Im Garten „finden die Kranken ihre meiste Beschäftigung in der umfassenden Gartenkultur, in der Holzhalle, in der ehemaligen Kapelle beim Strohflechten. Im Sommerhause, an den zahlreichen Tischen und Bänken und auf der neu angelegten Terrasse unter schattigen Obstbäumen wird gegessen, gesungen, Gottesdienst und Unterricht gehalten, am freien Rasenplatze geturnt und gekegelt, am gesonderten Männerbadeplatz von der Nordseite des Gartens aus im See gebadet.“³⁸

Durch Einführung der feinen Strohflechterei in der Frauenabteilung beschäftigen sich weibliche Kranke unter Aufsicht einer Wärterin mit der Anfertigung von Frauen- und Männerhüten. Der therapeutische Effekt konnte sich sehen lassen: „Mehrere vormals unruhige Kranke bleiben nun bei dieser ihre Aufmerksamkeit einen grossen Theil des Tages ansprechenden Arbeit ruhig sitzen.“³⁹ Weibliche Kranke werden auch zu „nöthigen und gewohnten Arbeiten“ hinzugezogen wie: Nähen, Stricken, Spinnen, Küchen- und Gartenarbeit.⁴⁰

Auch in der Männerabteilung gibt es eine Verknüpfung notwendiger nützlicher Pflicht- und Freizeitaktivitäten: „Mit Hilfe von Strohflechtmaschinen werden größere und kleinere Fußteppiche, durch die Benutzung dreier Handwebemaschi-

³⁷ Binswanger (1850), S. 231.

³⁸ Binswanger (1851), S. 9.

³⁹ Binswanger (1851), S. 10.

⁴⁰ Binswanger (1851), S. 10.

nen leinerne Bündel gefertigt. Daneben finden sich Feld- und Gartenarbeiten, die Zubereitung des Brennmaterials.“⁴¹

Materialien aus Binswangers Münsterlinger Zeit erlauben Einblick in Binswangers außergewöhnlich fortschrittliche und aus dem unmittelbaren Kontakt mit dem psychisch Kranken entwickelte ärztliche Haltung. Sie lassen ahnen, wie Ludwig Binswanger später in seiner Anstalt Bellevue psychiatrisch denken und seine Vorstellung von Heilung umsetzen wird. Viele Aussagen Ludwig Binswangers wirken ausgesprochen modern. Ludwig Binswanger stellt hohe Ansprüche an den Beruf des Psychiaters und damit an sich selbst.

„Alles kömmt darauf an, dass der Psychiater wahrer Psychologe sei und einen freien Blick in den tiefen Schacht des menschlichen Geistes zu werfen verstehe, dass er, selbst von Leidenschaften möglichst frei, die Begierden und Leidenschaften, das Wollen und Streben kenne, welche tausendfach das Menschenherz bewegen, und welche in ihrem Übermasse den Sinn bethören, den Geist verwirren können.“⁴²

Binswanger macht es sich als Arzt zur Regel, bei der Suche nach einem therapeutischen Weg immer die besondere, einzigartige Individualität des jeweiligen Patienten vor Augen zu haben. Das systematische Denken in der Medizin, so postuliert er, muss stets auf die individuelle Persönlichkeit des kranken Menschen zugeschnitten sein. Ludwig Binswanger schreibt: „Eine systematische Aufzählung aller jener Mittel und Wege, durch welche direkt auf die kranke Psyche einzuwirken gestrebt wird, wäre eine nie zu erschöpfende Arbeit. Ein jeder neue Fall würde gleichwohl wieder seine Eigenthümlichkeiten darbieten.“⁴³ Ein leitendes Prinzip der Psychiatrie Ludwig Binswangers besteht darin, in einem kranken Menschen das Potenzial zu sehen, das in ihm liegt, aber aufgrund seiner Krankheit geschwächt oder überschattet wurde. Dieses im Krankheitszustand verborgene Potenzial nennt Ludwig Binswanger „das alte Ich“ oder das „innere Ich“. Dieser „Ich“-Kern ist es, den der Psychiater nach Binswangers Ansicht im kranken Menschen erfassen, bewahren und pflegen soll: „(D)er Arzt (muß) den ganzen, nicht nur den kranken Menschen studieren, dessen inneres

⁴¹ Binswanger (1851), S. 10.

⁴² Binswanger (1850), S. 225.

⁴³ Binswanger (1850), S. 225.

Ich, bevor es in der Krankheit getrübt oder untergegangen ist, in seiner Stärke oder Schwäche sich klar zu machen suchen, um die Wege zu erkennen, auf welchen das alte Ich gestärkt oder wiederhergestellt werden kann.“ In dieser Forderung nach einem ganzheitlichen Erkennen des psychisch Erkrankten kann der eigentliche zentrale Anspruch gesehen werden, den Ludwig Binswanger an sich selbst als Psychiater stellt. Er betont jedoch: „Solche Anforderungen können an den Irrenarzt gestellt, aber niemals in ihrer ganzen Vollkommenheit erfüllt werden. Wenn wir gleichwohl hier einiger psychiatrischen Gesetze Erwähnung thun, die uns bei Erfüllung des Berufes leiten, so sollen und können sie nur der Rahmen sein für ein Bild, das nicht vollkommen gezeichnet werden, das erst in der Ausführung Farbe und Glanz erhalten kann.“⁴⁴

Eine Grundüberzeugung Ludwig Binswangers besteht darin, dass der Psychiater den psychisch kranken Menschen nur dann verstehen kann, wenn es ihm jetzt gelingt, sich eine Vorstellung davon zu machen, welche Bedürfnisse, Wünsche und Fantasien sein Erleben bestimmt haben, solange er noch nicht krank war.

Wie kann ein Arzt ein hilfreiches Gespräch führen mit einem Kranken, der in einer (wahnhaften) Realität lebt, die der Arzt nicht mit ihm teilen kann? Diese Frage hat Ludwig Binswanger folgendermaßen zu beantworten versucht:

„In der Diskussion mit dem Geisteskranken, der seine Wahnvorstellungen dem Arzte mittheilt, in der Absicht, denselben von der Richtigkeit seiner Behauptung zu überzeugen, hat dieser je nach der Individualität des Kranken die verschiedensten Rücksichten walten zu lassen. [...] Niemals aber suche der Arzt durch Spott, oder indem er den Kranken lächerlich macht, sich die Abneigung, selbst den Hass des Kranken zuzuziehen und sich das für die Behandlung so nöthige Vertrauen zu verscherzen. [...] und wenn der Wahn sehr partiell ist, haben wir auch schon methodisch gestrebt, mit dem Kranken über Alles und Jedes, nur nicht, und auch nicht ein einziges Mal, über seinen Wahn zu sprechen. [...] Weit schädlicher aber als alle direkte Bekämpfung bleibt fast in allen Fällen das Eingehen des Arztes auf den Wahn des Kranken. Einmal die Richtigkeit einer falschen Vorstellung zugegeben, wird alle spätere Gegenrede fruchtlos abprellen.

⁴⁴ Binswanger (1850), S. 226.

Aus dem zuvor stattgehabten Schwanken, ob Wahrheit, ob Irrthum, wird nunmehr sehr gerne ein dauernder fixer Wahn. Immer wieder beruft sich der Kranke auf die oft in bester Absicht geschehene einmalige Konzession. [...] Der Kranke ist eifersüchtig und aufmerksam auf jede Äusserung des Arztes, und dieser verliert allen Kredit, wenn er das Unglück hat, von dem Kranken eines Widerspruchs in Rede und Handlung oder einer Fälschung der Wahrheit, wenn sie auch in bester Absicht geschehen, geziehen zu werden. Daher ist es unser Grundsatz, dem Kranken gegenüber wo immer möglich die ganze Wahrheit zu sagen.“⁴⁵

Diese Formulierungen machen deutlich: Es ist Binswangers Überzeugung, dass der Psychiater unbedingt der Anwalt der Außenweltrealität und des „gesunden Denkens“ bleiben soll. Er soll sich nicht auf die Erlebenswelt des Kranken einlassen, sondern eine Autorität darstellen, eine Außeninstanz, die der Wahnwelt des Kranken etwas entgegensetzen kann, wobei in jedem Fall das Realitätsprinzip Geltung haben soll.

Für Ludwig Binswanger verbietet sich jeglicher „Spott“ und jede Herabwürdigung.

Wesentliches Charakteristikum der Arzt-Patient-Beziehung muss das „Vertrauen“ sein: Der Arzt kann dem Wahnpatienten nur helfen, wenn er ihm Vertrauen ermöglicht.

Primäres Ziel im Gespräch mit dem wahnkranken Menschen ist, dass der Arzt ihm den Kontakt zur Außenweltrealität ermöglicht und erhält. Der Arzt soll nach Ludwig Binswangers Auffassung unbedingt versuchen, den „Rest des noch vorhandenen oder wiedererlangten gesunden Denkens“⁴⁶ zu erhalten und zu stärken, quasi als Gegengewicht zum Wahndenken.

Der Wahnpatient braucht deshalb einen Arzt, der ihm „imponiert“, der als Vorbild fungiert und dadurch seinem Erleben etwas entgegensetzen oder hilfreich entgegenreten kann.

Wenn sich auch der Wahn des Patienten „nicht wegdisputieren“ lässt, so sollte sich doch der Arzt gegen die Wahnvorstellungen aussprechen, so als könne er

⁴⁵ Binswanger (1850), S. 227.

⁴⁶ Binswanger (1850), S. 227.

„mit scharfer Rede“ und „mit einem Male sein Wahngedäude durch ein unterschiedenes und bündiges Nein“ zerstören. Der Arzt soll den Patienten von seiner Wahnwelt abbringen und verhindern, dass er sich auf diese Wahnwelt bezieht und sich auf sie fixiert.

Binswanger möchte sich in einem therapeutischen Dialog nicht der Wahnwelt des Patienten annähern oder gar in sie eintauchen, sondern ihm die eigene Wahrnehmung der Wirklichkeit als gesunde Realität vermitteln.

Ludwig Binswanger hat in seinen Münsterlinger Jahresberichten einige psychiatrische Kerngedanken niedergeschrieben⁴⁷, die als repräsentativ für die theoretischen Grundprinzipien gelten, die seine tägliche klinische Praxis bestimmen und beispielhaft Einblick in sein psychiatrisches Denken geben.

In einer Notiz Binswangers heißt es: „Völlige geistige Gesundheit und komplette geistige Erkrankung sind in der Regel ideale Begriffe. Beide sind es nur relativ, und gehen im Leben gar häufig ineinander über. Nur ein Plus oder Minus unterscheidet den sogenannten Geisteskranken von tausend andern fähigen und unfähigen Köpfen der menschlichen Gesellschaft.“⁴⁸ Für Binswanger sind also die Grenzen zwischen psychischer Erkrankung und Gesundheit fließend.

Was genau unterscheidet einen gesunden von einem psychisch kranken Menschen? Ludwig Binswanger beantwortet diese Frage so: „Die tausend kleinen und größeren Leidenschaften, die tagtäglich des Menschen Herz bewegen, den Sinn beirren, der Kummer, die Freude, der Ehrgeiz, der Hochmuth, das Spiel, der Gewinn, die Prozess-, Rach- und Verläumdungssucht, der Aberglaube, die Frömmelei, die Schwärmerei, und wie die bösen Geister alle heissen, finden sich im Irrenhause nur alle schroffer und markierter ausgeprägt, als man sie in der Stadt und auf dem Lande, im Palaste und in der Hütte findet. Die Erscheinung im Irrenhause ist nur schroffer und greller, weil der Kranke verlernt hat, d.h. nicht mehr fähig ist, seinen Affekt zu bemeistern, seine Thorheit bei sich zu behalten, weil er den Satz der verwerflichen Lebensklugheit: „die Worte sind gemacht, um die Gedanken zu verbergen“ umkehrt und alles, was er denkt und fühlt, ausplaudert. So ist der Geisteskranke leichter zu studieren als der Mann

⁴⁷ Binswanger (1851), S. 14.

⁴⁸ Binswanger (1851), S. 14.

der grossen (gesunden) Gesellschaft, leichter als der Intrigant, der Höfling, der Heuchler, der schlau berechnende sogenannte Verstandesmensch.“⁴⁹ Der wesentliche Unterschied zwischen psychischer Erkrankung und Gesundheit liegt für Ludwig Binswanger im Verlust der Kontrolle über Affekte und Äußerungen. Was geht in einem Menschen vor, der die Verbindung zur Realität der anderen verloren hat und in seine eigene individuelle Wahnwelt verstrickt ist?

Ludwig Binswanger hat dazu Folgendes geschrieben: „So lange der Mensch in diesem geistig gebundenen Zustande verharrt, tritt die Dichtung an die Stelle von Wahrheit, nicht aber jene der noch im höchsten Fluge geregelten Phantasie des grossen Geistes, sondern die verzerrte, übersprudelnde, alles erfassende und alles wieder verlassende, oder Einzelnes bewahrende Phantasterei des Schwachen, oder aber der Geistesflug ist von Haus aus ein nur beschränkter, darum hält der Kranke einen Lieblingsgedanken, den zu erfassen ihm möglich ist, fest, er identifiziert sich mit der einen Idee, er geht in einem einzigen Gedanken auf.“⁵⁰

Für Ludwig Binswanger steht die individuelle Ausprägung der seelischen Erkrankung in engem Zusammenhang mit der Biographie des Erkrankten. Es ist dieser historische Aspekt der seelischen Erkrankung, auf den der Psychiater sein Augenmerk richten soll: „In der Art des Denkens und Handelns des Geisteskranken liegt der ganze frühere Mensch, seine ganze frühere Lebensgeschichte offen dargelegt, ein offenes Buch voll Irrthümer und Fehler, dessen Einleitung von einer verkehrten Erziehung, von den Sünden der Eltern und der Familie in physischer und moralischer Beziehung vom Momente der Zeugung an und die ganze Entwicklungszeit hindurch, häufig auch vom Erfassen eines verfehlten Lebenszweckes handelt.“⁵¹

Wenn der Psychiater den Patienten auf diese Weise betrachtet, dann hilft ihm das, dessen Krankheitsgeschichte von ihrer Genese her erfassen und rekonstruieren zu können: „Zu diesen Fehlern in der Grundbildung des Körpers und Geistes kommt dann gewöhnlich noch irgend ein erhebliches Moment, sei es ein körperliches Leiden der mannigfachsten Art oder eine rein psychische, hef-

⁴⁹ Binswanger (1851), S. 14.

⁵⁰ Binswanger (1851), S. 15.

⁵¹ Binswanger (1851), S. 14.

tig erregende Potenz, hinzu, welche den geschwächten Körper und Geist aus dem mühsam behaupteten Gleichgewichte stürzt, und bewirkt, dass der Kranke sich selbst verliert, dass er ohne Bestimmung schwatzt, ohne freie Überlegung handelt, bis endlich zuletzt von dem gottähnlichen Menschen nur noch eine automatisch redende und handelnde oder gänzliche Figur übrig bleibt.“⁵²

Abschließend soll noch eine Aufzeichnung zitiert werden, die zusammenfassend Ludwig Binswangers Bemühen zum Ausdruck bringt, durch sorgfältige klinische Beobachtung nicht nur zu Lehrsätzen einer empirisch fundierten Psychologie zu gelangen, sondern auch zu den Prinzipien einer Psychotherapie: „Die wissenschaftliche Pflege in Krankenhäusern soll ihr Streben auf exakte, getreue Naturbeobachtung gründen, das reichlich gebotene Material dahin verwerten, dass aus der Summe der Erfahrungen und der Vergleichung mit den Beobachtungen anderer fast allgemein geltende Lehrsätze gesammelt und auf solchem positiven Grunde nicht nur eine rationelle Psychologie, sondern auch eine erspriessliche Psychotherapie aufgebaut werden kann.“⁵³

Im Binswanger-Familienarchiv findet sich ein Bericht Robert Binswangers über das Bellevue aus dem Jahr 1890. Zu Beginn dieses Textes formuliert Robert Binswanger die Intention, die er mit diesem Bericht verfolgt. Er möchte versuchen, „die Bestrebungen zu schildern, welche der Gründer und Leiter des Bellevue, Ludwig Binswanger senior, innerhalb 23 Jahren im Auge hatte und die er mit der ganzen ihm innewohnenden Energie durchzuführen suchte“. Robert Binswanger beschreibt das persönliche Engagement und die Menschlichkeit Ludwig Binswangers. Er war: „Ausgerüstet mit dem Wirkungseifer der Vertiefung in seine Kranken und der vollen Bethätigung der Humanität gegen dieselben, all den Attributen, welche der hochbedeutende edle Mann und Meister auf seine Schüler zu übertragen wusste“.⁵⁴ Die Lebenseinstellung seines Vaters charakterisiert er mit folgenden Worten: „Sein ganzes Leben stand im Dienst seiner Kranken und er widmete sich denselben mit der größten Opferfreudigkeit, verlangte aber dieselbe auch in vollem Maße in erster Linie von seiner ei-

⁵² Binswanger (1851), S. 15.

⁵³ Binswanger (1851), S. 13.

⁵⁴ FAB 307 (1890), S. 1.

genen Familie und dann von allen, welche dazu berufen waren, an der Behandlung und Pflege der Patienten mitzuwirken.“⁵⁵

In seinem Bericht schildert Robert Binswanger „die Prinzipien der Behandlung und des Gesamtlebens“. Die Einstellung zum Patienten und die Behandlungskonzeption seines Vaters bezeichnet Robert Binswanger als „unser System“⁵⁶. Er erwähnt, dass das gesamte Alltagsleben in der Familie Binswanger „im Interesse unseres Systems“ geführt wurde. Er schreibt: „Zu diesem System gehört aber unbedingt, dass eine möglichst große Anzahl von gesunden Elementen, welchen die Lust und Liebe und das Verständnis für unsere Kranken innewohnt, dieselben von morgens bis abends umgibt, kurz dass ein größerer Familienkreis die Patienten umschließt.“⁵⁷

Diese Äußerungen machen deutlich, dass der seelisch kranke Mensch bereits in der psychiatrischen Konzeption Ludwig Binswangers als Mitmensch und nicht als „klinischer Fall“ betrachtet und wahrgenommen wird. Keine Reduktion des seelisch leidenden Menschen auf sein Symptom – dies kann als Devise der Binswangerschen Psychiatergeneration gelten. Der Arzt ist vielmehr aufgefordert, die lebensgeschichtlichen Phänomene, die sogenannten „wunden Punkte“ zu erkennen, welche schließlich in den Symptomen manifest werden.

Mit Blick auf sein eigenes Erbe als Sohn Ludwig Binswangers formuliert Robert Binswanger: „Heute waltet im Bellevue die zweite Generation des Hauses. Dieselbe steht in allen ihren Errungenschaften durchaus auf den Schultern der ersten und es wäre undankbar in diesem Sinne der Stifter nicht zu gedenken.“⁵⁸ In Bezug auf seinen Vater heißt es weiter: „Ich will nur sein ärztliches Schaffen preisen: Er wirkte nur durch seine Persönlichkeit durch ein unermüdliches Beleben und Anfeuern, bereit, dem Kranken bis in die innerste Falte seines bekümmerten Herzens zu folgen, durch seine große mächtige Menschenliebe und große Gabe das menschliche Herz zu ergründen. So hat sich an ihm das hehre Wort bewahrheitet, welches ein treuer Freund am Abend seines Lebens ihm in

⁵⁵ FAB 307 (1890), S. 3.

⁵⁶ FAB 307 (1890), S. 5.

⁵⁷ FAB 307 (1890), S. 5.

⁵⁸ UAT 443/201.

das „Brunnegger“⁵⁹ Stammbuch schrieb: „Das Beste, was ein Mensch dem anderen geben kann, bleibt doch immer der Mensch.“⁶⁰

All diese anschaulichen Formulierungen können einen Eindruck vermitteln vom hohen Stellenwert humaner und geistiger Werte im „System“ der Familie Binswanger.

2.4 Robert Binswanger (1850–1910): Jugend und Entwicklungsjahre⁶¹



Abbildung 7: Robert Binswanger (1850–1910)

2.4.1 Familiärer Hintergrund

Als Robert Binswanger am 12. Mai 1850 in Tübingen geboren wurde, hatte sein Vater die Stellung eines Privatdozenten unter Wilhelm Griesinger an der Medizinischen Fakultät inne. Wir wissen nicht, wo das Geburtshaus von Robert

⁵⁹ Ludwig Binswanger senior erwarb im Jahr 1874 das Gut Brunnegg, baute 1876–1877 die Villa Brunnegg, die zu Fuß ca. 20 Minuten von der eigentlichen Anstalt entfernt lag.

⁶⁰ UAT 443/201. Das schrieb Ludwig Meyer am 18. August 1877 ins Gästebuch der Brunnegg.

⁶¹ Die Angaben zur Biographie entstammen, soweit nicht anders vermerkt, drei Quellen: der Festschrift Ludwig Binswanger des Jüngeren aus dem Jahr 1957, dem Beitrag von Annett Moses zur internationalen Tagung: „Psychiatrie in Binswangers Klinik Bellevue“. Diagnostik – Therapie – Arzt-Patient-Beziehung“ (2002) sowie der Einleitung des Repertoriums des Binswanger-Archivs (2002).

stand, bekannt ist aber, dass die junge Familie Binswanger in der Wilhelmstraße in Tübingen wohnte.

An seinen Geburtsort Tübingen konnte der kleine Robert keine Kindheitserinnerungen haben, weil die Eltern bereits sechs Wochen nach seiner Geburt südwärts in die Schweiz nach Münsterlingen im Kanton Thurgau umzogen.

Dort übte Roberts Vater 8 Jahre lang seine Tätigkeit als Leiter der „Thurgauischen Kantonalen Irrenanstalt Münsterlingen“ aus.

Robert Binswanger wurde am 28. November 1852 im Alter von 2½ Jahren gemeinsam mit seinen Geschwistern Anna, Gustav und Otto getauft. Er erhielt den Beinamen Johann.⁶² In einem Tagebucheintrag aus dem Jahr 1853 notierte Ludwig Binswanger, dass sich seine Kinder gut entwickelten: „Meine Kinder entwickeln sich herrlich.“⁶³

Robert Binswangers Kinderjahre fielen in eine Zeit, in der sein Vater Ludwig Binswanger sein Lebenswerk als Arzt aufbaute. Das Umfeld, in dem Robert aufwuchs, ist dennoch geprägt von der Kultiviertheit, der Belesenheit und dem geisteswissenschaftlichen Interesse des Vaters an Philosophie, Kunst und Kultur.

Die Persönlichkeit Jeanette Binswangers, geborene Landauer, der Frau Ludwig Binswangers und Mutter Roberts, wird in Tagebucheinträgen und Briefen fassbar. Der liebenswürdige Ton in den Briefen und Gedichten Ludwig Binswangers an seine Frau Jeanette zeugt von einem freundlichen Umgang der Eheleute miteinander.

„Liabs Wiebli, meine famose Directrice eines famosen Instituts!“⁶⁴, „Liebe theuere Freundin“⁶⁵, „Lieber Schatz“⁶⁶ sind nur einige der wenigen liebenswürdigen Anreden in Briefen, die die beiden Eheleute miteinander austauschten.

Ab 1857 galt Ludwig Binswangers ganze Kraft dem Aufbau seiner Privatanstalt Bellevue. Tief überzeugt von seiner Berufung als Arzt verband Ludwig Binswanger Privates und Berufliches zu einem untrennbaren Ganzen. Diese Syn-

⁶² FAB 21: TB 3, Tagebucheintrag Ludwig Binswangers vom 28.11.1852.

⁶³ FAB 21: TB 3, Tagebucheintrag Ludwig Binswangers vom 8.1.1853.

⁶⁴ FAB: Brief Ludwig Binswangers an seine Frau Jeanette vom 9. 7.1867.

⁶⁵ FAB: Brief Ludwig Binswangers an seine Frau Jeanette vom 25.3.1874.

⁶⁶ FAB: Brief Ludwig Binswangers an seine Frau Jeanette vom 28.6.1867.

these bildet ein wesentliches Charakteristikum des Umfeldes, in dem Robert Binswanger seine Kindheit verlebte.

Die erste kurze Anzeige des neuen Unternehmens im März 1857, veröffentlicht in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin“, endet mit dem berührenden schlichten Satz: „Endlich steht der Zutritt in den engern Familienkreis des Arztes den bessern Kranken jederzeit mit Liebe offen.“⁶⁷

Robert Binswanger wuchs in eine ganz besondere Art von Lebensauffassung hinein. Er lernte das Leben als etwas kennen, zu dem folgende Dinge ganz natürlich dazugehörten: Es war sozusagen selbstverständlich, sich um kranke Menschen zu kümmern, die gleichsam wie Familienangehörige sind. Ein gutes Mitglied der Familie zu sein bedeutete, die kranken Menschen so gut wie möglich verstehen zu können, um ihre Bedürfnisse zu erkennen, vor allem aber um ihre „Stimmungen“ erfassen zu können. Robert Binswangers Hineinwachsen in diese Art von Lebensauffassung lässt sich anhand der folgenden Beschreibung von Smidt illustrieren: „RB selbst, unter Kranken aufgewachsen, hatte früh im Verkehr mit ihnen unter Anleitung seines Vaters gelernt, sich in ihre Eigenheiten einzufühlen. Seine Mutter stand ihm zur Seite, die diese Einfühlungsfähigkeit in hohem Maße besaß, und die Überzeugung, dass glückliche Erfolge in der psychischen Behandlung der Patienten gezeitigt werden durch so erworbenes Verständnis, war ihm in Fleisch und Blut übergegangen. So war es ihm dann selbstverständlich, dass, wer nur unter den Familienmitgliedern die nötigen geistigen Fähigkeiten und Neigungen zum psychiatrischen Hilfsdienste habe, dazu herangezogen werden müsse. Wie schon die Kleinsten ihre Aufgabe sachlich auffassten, zeigt folgendes Geschichtchen: die vierjährige Anna wird zu einer bettlägerigen Nervenkranken geschickt, um sie zu zerstreuen. „Kannst du mir eine Geschichte erzählen?“ fragte die Dame. „Ja“, ist die Antwort „ich weiß wohl eine, vom Rotkäppchen, aber ich muß erst die Mama fragen, ob sie dich nicht aufregt.“⁶⁸

⁶⁷ Herzog (1995), S. 33.

⁶⁸ FAB Nr. 351.

Wie erlebte Robert Binswanger sein Elternhaus in der Zeit der Bellevue-Gründung und wie wirkte auf ihn die Verschmelzung von privater Welt und Klinikwelt?

Durch den unmittelbaren, selbstverständlichen und aufgeklärten Umgang der Familie mit den Patienten ist Robert nachhaltig beeinflusst worden. Was ihn später als Arzt auszeichnen wird, verdankte er nach einhelliger Meinung seiner Kollegen dieser reichen „klinischen Erfahrung“ und „Krankenbeobachtung“. Auf diesen Fundus wird er in seiner Diagnostik und seinen Prognosen zurückgreifen können, was ihm ein differenziertes und sicheres Erfassen von Krankheitsbildern ermöglichte.

Als ein wichtiger Quellentext kann an dieser Stelle der biografische Bericht Smidts⁶⁹ herangezogen werden. Er schreibt in seiner Vita Robert Binswangers: „Die Psychiatrie der siebziger Jahre war unter Griesinger's Führung auf wenige einfache Formen der Geistesstörung aufgebaut. Wie sich daraus festumgrenzte Krankheitsbilder mit bestimmter Ätiologie und Prognose aufstellen liessen, musste der einzelne Psychiater aus seiner Praxis zu lernen versuchen, wozu ihm ein mehr oder weniger feiner Instinct für das Zusammengehörige helfen musste. Diesen practischen Instinct besaß RB in hohem Maße. Er nutzte ihn besonders bei der Stellung der Prognose aus, die er im einzelnen Falle weniger auf Grund theoretischer Erwägungen, als auf Grund beobachteter ähnlicher Krankheitsverläufe zu bestimmen suchte. Es half ihm dabei der Umstand, dass ihm, der seine ganze Jugend im Kreise der Kranken des Bellevue verlebt hatte, viele Fälle im Gedächtnisse haften, die er vom Anfange bis zu Ende ihres Verlaufes hatte beobachten können.“⁷⁰

In Hinblick auf den Lebensalltag der Familie Binswanger stellt sich die Frage: Existierte in der Familie Binswanger noch so etwas wie eine Privatsphäre, eine familiäre Intimität, eine Abgrenzung zu der Welt der Patienten, oder war das Familienleben stets durchlässig für die Angelegenheiten der Klinik und der Patienten? An einer Stelle von Smidts biographischem Bericht wird die berechtigte Frage gestellt, ob es überhaupt ausreichende „Maßstäbe“ gab, die „genügten,

⁶⁹ Robert Binswangers Schwager, Hermann Smidt, war ab 1883 als Assistenzarzt im Bellevue tätig.

⁷⁰ FAB Nr. 351.

den Kreis der familiär Zusammenlebenden von störenden Kranken frei zu halten?“⁷¹.

In diesem Zusammenhang kann ein Satz von Ludwig Binswanger senior zitiert werden, der seine Grundeinstellung zum Familienleben besonders deutlich zum Ausdruck bringt: „Zuerst kommen die Kranken, dann kommt ihr!“⁷²

Angesichts der außergewöhnlich engen Verbindung von privater und klinischer Sphäre kann man sich fragen, ob Robert vielleicht zeitweise elterliche Zuwendung vermisste.

Die wichtigsten Quellen, um auf diese Fragen mögliche Antworten zu finden, sind nicht nur das Tagebuch Jeanette Binswangers, sondern auch Aufzeichnungen von Familienangehörigen und engen ärztlichen Mitarbeitern der Familie, die besonders auch der Rolle Jeanette Binswangers gedenken.

Eugen Bleuler (1857–1939) schreibt in seiner Festrede zum 75. Jubiläum des Sanatoriums Bellevue 1932 über das Alltagsleben der Familie Binswanger: „Und noch etwas ist mir damals zum Bewusstsein gekommen: die Bedeutung der Anstaltsmutter. In Kreuzlingen, aber auch später noch auffallend oft, habe ich von der Frau des Gründers reden hören, immer bewundernd, wie sie dem ärztlichen Gatten organisieren half, die wachsende Haushaltung einrichtete und leitete, und zwar nicht bloß in dem Sinne, dass sie die Rechnungen schrieb oder dafür sorgte, dass der Braten nicht anbrannte, sondern indem sie sich in die Bedürfnisse der Kranken einfühlte, um denselben, den seelischen wie den körperlichen, entgegenzukommen. So hat sie eine Stellung kreiert, die von den folgenden Generationen im gleichen Sinne aufgefasst wurde.“⁷³

Aus diesen Schriften wird deutlich, dass Jeanette Binswangers alltäglicher Tagesablauf zum großen Teil den Patienten ihres Mannes gewidmet war. Sie scheint bei der Versorgung der Patienten eine wichtige Rolle an der Seite ihres Mannes gespielt zu haben. Ohne ihre Mitarbeit wäre eine reibungslose Organisation der im Wachsen begriffenen Anstalt kaum möglich gewesen.

⁷¹ FAB Nr. 351.

⁷² Herzog (1995), S. 33.

⁷³ Bleuler (1932), S. 6.

In Jeanettes Binswangers Tagebuch⁷⁴ sind in chronologischer Reihenfolge Einträge zu wichtigen familiären Ereignissen, zum klinischen Alltag und auch zu baulichen Veränderungen im Bellevue nachzulesen. Robert schildert das enge Zusammenleben zwischen den Eltern, Geschwistern, Kranken und dem Personal als harmonisch und warmherzig. Er erlebte in seinem Elternhaus gegenseitige Toleranz, wechselseitigen Respekt voneinander sowie eine außerordentlich freundschaftliche Verbundenheit der ganzen Familie mit den Patienten.

Ein typisches Charakteristikum der Atmosphäre im Elternhaus Robert Binswangers stellen die „Geselligkeiten“ dar. An diesen Geselligkeiten im Bellevue beteiligten sich Menschen aus vielen Ländern mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund.

Es wurde gemeinsam musiziert, gesungen, gedichtet. Die Bedeutung des künstlerischen Ausdrucks für die menschliche Affektivität, vor allem für die innere Regulation von Affekten wird Robert Binswanger als wichtigen Heilfaktor betrachten, dem er einen festen Platz in seinem therapeutischen Konzept zuweisen möchte.

2.4.2 Robert Binswangers Weg zur Medizin

Im November 1855 ging Robert Binswanger bereits mit 5 Jahren zusammen mit seiner älteren Schwester Anna in die Elementarschule in Egelshofen. Voller Stolz schrieb Ludwig Binswanger senior in seinem Tagebuch:⁷⁵ „Die lieben Kinder Anna und Robert gehen in die Schule, Gustav und Otto wachsen heran.“

Nach dem Besuch der Elementarschule in Egelshofen besuchte Robert Binswanger das Gymnasium in Konstanz.

Im März 1865 notierte Ludwig Binswanger in sein Tagebuch: „Robert 15 Jahre alt hat bereits die Lateinschule durchgemacht, Otto hat begonnen, Gustav ist an der Bürgerschule⁷⁶ in Konstanz.“

⁷⁴ FAB (ohne Signatur): Tagebuch Jeanette Binswangers.

⁷⁵ FAB 21: TB3, S. 31, Tagebucheintrag Ludwig Binswangers im November 1855.

⁷⁶ Einrichtung der „Höheren Bürgerschule“ mit einem neusprachlich-mathematischen Zweig in den Räumen des Lyzeums. Beide Schulen haben gemeinsame Lehrer und eine gemeinsame Direktion unter der Leitung des Geistlichen Rates und Lyzeumsdirektors Lender. 1848 wird die „Höhere Bürgerschule“ (heute Alexander-von-Humboldt-Gymnasium) selbstständig.

Dieses traditionsreiche humanistische badische Gymnasium, auch Lateinschule genannt, wurde bereits im Jahr 1604 gegründet. Im Jahr 1804 wurde das Gymnasium in „Staatliches Großherzogliches Lyceum“ umbenannt. Da im selben Jahr auch evangelische Schüler zugelassen wurden⁷⁷, gewann die Schule rasch überregionale Bedeutung.

Ludwig Binswanger charakterisierte seinen 15 Jahre alten Sohn als „schmächtig, reizbar, verspricht gleichwohl recht zu werden“.⁷⁸ „Um die Naturwissenschaften besser zu studieren“, notierte Ludwig Binswanger senior weiter, wechselte Robert in die Kantonsschule in Frauenfeld.⁷⁹

Aus den Dokumenten geht hervor, dass die Freunde, die er dort fand, interessanterweise eher humanistisch interessiert waren. Es ist die Rede von den „späteren Theologen Brühlmann, Brenner und Juchler, mit denen er Freundschaft schloß“.⁸⁰

Bereits im Alter von 18 Jahren, 1868, stand Robert Binswangers Entschluss fest, „Arzt, und wenn möglich Psychiater zu werden“.⁸¹ Diese Berufswahl erschien ihm einerseits eine natürliche Konsequenz seiner Erfahrungen in Kindheit und Jugend, andererseits ein moralischer Auftrag.

Es stellt sich die Frage, ob und wie stark Robert bei dieser Berufsentscheidung unter dem Eindruck der väterlichen Autorität stand. Sein Vater legte fest: „Wenn Robert seine Studien und Reisen vollendet, sollte er als Director der Anstalt eintreten.“⁸²

Ludwig Binswanger schrieb im Herbst des Jahres 1869 in sein Tagebuch⁸³, dass Robert das Maturitaetsexamen in Zürich bestanden hatte. Er notierte weiter, dass nun „Aussicht auf Nachfolger gegeben war“, was, wie er schreibt: „seinem Herzen sehr wohlthat“.

⁷⁷ <http://www.suso.schulen.konstanz.de/homepage/Wir/Frameset.html>.

⁷⁸ FAB 21: TB3, S. 37, Tagebucheintrag Ludwig Binswangers vom März 1865.

⁷⁹ Die Kantonsschule in Frauenfeld bestand seit dem Jahr 1853. Man teilte die Schüler nach ihrem Alter ungefähr in drei Gymnasial- und vier Industrieklassen ein. Vgl. Giger in: Abriss zur Geschichte der Kantonsschule Frauenfeld <http://www.kantifrauenfeld.ch/index.php?id=495> (PDF, 19 kB).

⁸⁰ Brunner (1911), S. 2.

⁸¹ Geh. Finanzbuch, S. 10, Eintrag vom 18.11.1868.

⁸² Geh. Finanzbuch, S. 10, Eintrag vom 18.11.1868.

⁸³ FAB 21: TB3, S. 39, Tagebucheintrag Ludwig Binswangers im Herbst 1869.

Aus der Matrikel⁸⁴ der Universität Zürich geht hervor, dass Robert Binswanger das Medizinstudium im Wintersemester 1869 begann.

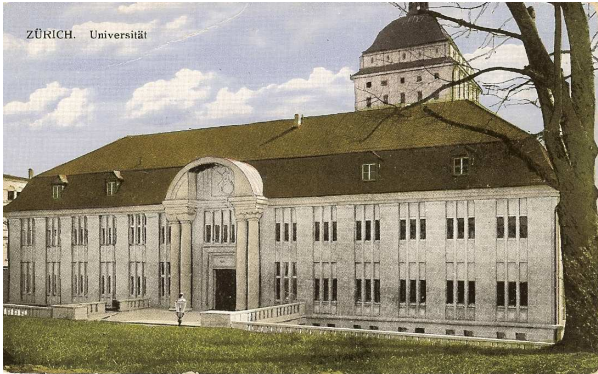


Abbildung 8: Universität Zürich

Dem „Verzeichnis der Vorlesungen an der Universität Zürich“⁸⁵ im Wintersemester 1869/1870⁸⁶, das am 19. Oktober 1869 begann und am 24. März 1870 endete, können wir die damals angebotenen vorklinische Vorlesungen und Kurse entnehmen.

Robert besuchte täglich stattfindende Vorlesungen in Anatomie des Menschen, Osteologie, Syndesmologie und Präparierübungen bei Prof. Meyer, zwei Stunden wöchentlich Geschichte der Medicin bei Prof. Cloetta, weiterhin Vorlesungen und praktische Übungen in Allgemeiner Anatomie, Mikroskopisches Praktikum und Embryologie bei Prof. Frey, Experimentalphysiologie, physiologische und pathologische Chemie bei Prof. Hermann u. a.

Zum Jahreswechsel 1869/1870 notierte Ludwig Binswanger in sein Tagebuch, dass Robert „ein munterer studio geworden sei“.⁸⁷ Im Sommersemester 1870⁸⁸ belegte Robert Binswanger Anatomie des Gehirns bei Prof. Meyer, vergleichende Anatomie bei Prof. Frey, Experimentalphysiologie bei Prof. Hermann, organische Chemie bei Prof. Wislicenus, Experimentalphysik bei Prof. Hofmeister und analytische Chemie bei Prof. Merz.

⁸⁴ <http://www.matrikel.uzh.ch/pages/495.htm#3646>.

⁸⁵ Verzeichnis der Vorlesungen an der Universität Zürich (1869), S. 5.

⁸⁶ No. des Hauptregisters 3646/101.

⁸⁷ FAB 21: TB3, S. 39, Tagebucheintrag Ludwig Binswangers im Winter 1869.

⁸⁸ No. des Hauptregisters 3646/167.

Im Sommersemester 1870⁸⁹ belegte Robert Binswanger Anatomie des Gehirns bei Prof. Meyer, vergleichende Anatomie bei Prof. Frey, Experimentalphysiologie bei Prof. Hermann, organische Chemie bei Prof. Wislicenus, Experimentalphysik bei Prof. Hofmeister und analytische Chemie bei Prof. Merz. Darüber hinaus belegte Robert Binswanger im selben Sommersemester 43 Stunden bei Prof. Gudden und 52 Stunden bei Prof. Huguenin das Fach Psychiatrie. Welches Lehrbuch für Psychiatrie er las, wissen wir nicht.

Als am 19. Juli 1870 der Deutsch-Französische Krieg ausbrach, studierte Robert im 3. vorklinischen Semester an der Universität Zürich. Er leistete freiwilligen Sanitätsdienst, wie die Mutter in ihrem Tagebuch festhält:

„Mein Sohn Robert geht als stud. med. nach Karlsruhe u. aufs Schlachtfeld v. Vionville als ärztl[icher] Volontär zu seiner Eltern großer Freude, dass der junge Mann den festen Entschluss fasste u. ausführte.“⁹⁰

Aus Pont-à-Housson schrieb er am 23. August 1870 nach Hause: „Abends wieder elendes Quartier & Hunger. Heute wieder schlechtes Wetter & große Bummelerei bis Nachmittags, dann wahrscheinl[ich] auf Leiterwagen in die umliegend. Dörfer wo viele Verwundete. Vom Kriegsschauplatz gar keine Nachrichten, seit 5 Tagen keine Zeit[un]g gesehen.“⁹¹

An Sanitätspersonal großer Überfluß, darum auch lange warten auf Placirung! Erkält[un]g gänzlich vorbei. Die Gesellschaft stets munter, lauter junge Leute.“

Und nur einen Tag später meldete er sich aus Gorze: „In Pont à Housson war also unser Bleiben nicht. Wir fuhren gestern bis hieher [!] hatten wieder viel Hunger, aber je 2 wenigstens eine Matratze zum Schlafen. Hingegen ist der Schmutz riesig, ich bin jetzt 6 Tage nicht aus d[en] Kleidern gekommen u. sehe sehr deformirt aus. In Pont à Housson fuhren eine Stunde vor uns d[er] König, Bismarck, Prinz Friedr[ich] Carl & d[er] ganze Generalstab ab [...].“

5 Tage später schrieb er:

„L[iebe] E[lt]ern!

Ich denke, Ihr seid etwas in Sorgen, weil ich 5 Tage nichts von mir hören lassen. Die letzte Karte schrieb ich von Gorze von wo aus wir nach Vionville

⁸⁹ No. des Hauptregisters 3646/167.

⁹⁰ FAB: Tagebuch Jeanette Binswangers, Eintrag v. September 1870.

⁹¹ UAT 443/181, Brief Robert Binswangers an seine Eltern vom 23.8.1870.

Schlachtfeld[!] vom 18ten kamen, um dort 5 Tage zu bleiben. Vom 16ten–18ten waren hier sehr viele Schwerverwundete & wir hatten unter der Leit[un]g von sehr freundlichen preußischen Aerzten viel zu thun. Es war eine sehr prekäre Lage mit vielen Entbehrungen u. Strapazen verbunden, ebenso mit temporärem Unwohlsein in Folge von Nässe u. Kälte (Kaiser besonders) so dass wir froh waren von Dresdener Krankenpflegern abgelöst zu werden.

Zu einem weiteren Vorgehen Châlons⁹² zu fehlte uns die Gelegenheit & vor allem die nöthige Equipirung u. Fahrzeuge, die man nothwendig mitnehmen muß. In Vionville keine Feldpost, darum keine Karte abgeschickt. Zudem würden wir von der Aktion niemals etwas sehen, weil die Feldlazarette stets mehrere Stunden davon zurückbleiben, & von dieser möchten wir doch einmal etwas sehen. Wir sind also vorderhand nach Nanzig⁹³ zurückgekehrt & wollen diese herrliche Stadt einen Tag genießen. Mit einigem Gefühl ließen wir unsere zerrissenen Stiefel putzen; wir erfreuen uns wieder des besten Wohlseins & sind bei dem schönen Wetter sehr vergnügt. Gerne wären wir hier in ein Lazareth eingetreten, allein sie wimmeln von freiwilligen Krankenpfl[egern], die allmählich in Mißcredit kommen, weil sehr viele Schlachtfeldbummler dabei sind. Von Nanzig aus gehen wir nach Weissenburg – Mannheim – Heidelberg u. halten uns dort auf, dann nach Karlsruhe, wohin der nächste Brief zu richten. In Karlsruhe wird es sich zeigen, ob unsere Plätze im Lazarett besetzt sind. Darüber das nächste Mal. Die Karte d[es] Papa habe ich in Nanzig erhalten u. freue mich ungemein, nach so langer Zeit Nachricht von zu Hause zu erhalten.

R[obert].⁹⁴

Weiter notierte Jeanette Binswanger in ihrem Tagebuch: „Er kam glücklich und viel reifer zurück, wir erlebten schöne Sommerferien.“⁹⁵

Das letzte Semester an der Universität Zürich verbrachte Robert Binswanger im Winterhalbjahr 1870/1871. Er besuchte Kurse in Allgemeiner Anatomie und Embryologie bei Prof. Frey, Experimentalphysiologie sowie Physiologische und

⁹² Ch. en Champagne (früher: Ch.-sur-Marne).

⁹³ Eingedeutschter Name von Nancy.

⁹⁴ UAT 443/181, Brief Robert Binswangers an seine Eltern, August 1870.

⁹⁵ FAB: Tagebuch Jeanette Binswanger, Eintrag v. September 1870.

Pathologische Chemie bei Prof. Hermann und Allgemeine pathologische Anatomie bei Prof. Eberth.

In einem Brief an seine Frau schrieb Ludwig Binswanger über seinen Sohn, der sich noch vor dem Physikum Gedanken gemacht hatte, die Universität zu wechseln: „[...] Auch hat er mich gestern wieder angebohrt wegen Heidelberg, ich hielt langen und eindringlichen Sermon und redete mit einem entschiedenen – nein, erst das Examen in Zürich gemacht, u. dann in die Welt, ich kam mir vor wie Pater Lorent gegenüber einem Filius.“⁹⁶

2.4.3 Medizinstudium in Tübingen

Nach erfolgreich bestandenem Physikum an der Universität Zürich kehrte Robert noch einmal in seine Geburtsstadt Tübingen zurück.

Aus der Tübinger Studienzeit Robert Binswangers ist uns ein Dokument erhalten. Es handelt sich um einen Gutschein seines Vaters, datiert vom 26. Oktober 1872, mit folgendem Wortlaut:

„Unterzeichneter haftet für alle Schulden, welche mein Sohn Robert, cand. med. in Tübingen, während seines Aufenthaltes an der dortigen Universität contractiert und unbezahlt zurücklässt, als Bürger und Selbstzahler.

Dr. L. Binswanger, Direktor des Asyls.

Da meine Unterschrift Herrn Universitäts-Amtmann Stark von meinem Aufenthalte als Privatdozent in Tübingen in den Jahren 1848–50 noch bekannt seyn dürfte, sende ich diesen Bürgerschein ohne Legitimation meiner Unterschrift, dafür aber mit den höflichsten Empfehlungen an Herrn Universitäts-Amtmann.“⁹⁷

Ludwig Binswanger, den Universitätsbeamten noch bestens bekannt aus seiner früheren Tätigkeit als Privatdozent, konnte darauf verzichten, seine Unterschrift amtlich beglaubigen zu lassen.

Aus dem im Tübinger Stadtarchiv erhaltenen Adresskalender für die Universitätsstadt im Jahr 1873⁹⁸ geht hervor, dass Robert Binswanger aus Kreuzlingen, Kanton Thurgau im Herbst 1872/1873 und Sommerhalbjahr 1873 bei einem

⁹⁶ FAB: Brief Ludwig Binswangers an seine Frau Jeanette vom 7.9.1871.

⁹⁷ UAT 40/21, Nr. 37.

⁹⁸ Adressbuch der Stadt Tübingen, 1877.

Kaufmann, Gottlieb Friedrich Staemmler dem Älteren, an der Krummbruch⁹⁹ 333 mietet.



Abbildung 9: Wohnhaus Robert Binswangers in Tübingen

Freunde hatte Robert unter den Corpsbrüdern der Verbindung Franconia, er trat jedoch anders als sein Bruder Otto¹⁰⁰ keiner Studentenverbindung bei.

Robert Binswanger belegte an der Universität im Wintersemester 1872/1873 Chirurgische Klinik und theoretische Vorträge bei Victor von Bruns (1812–1883), Medizinische Klinik bei Karl Liebermeister (1833–1901). Im selben Semester besuchte er weitere Vorlesungen und praktische Übungen in Geburtshilfe, Pathologie, Topographischer Anatomie, Arzneiverordnungslehre sowie einen Auskultationskurs.¹⁰¹

Im Sommersemester 1873¹⁰² belegte er bei Victor von Bruns Chirurgie in Verbindung mit theoretischen Vorträgen, Chirurgischen Operationskurs an der Leiche sowie Verbandlehre mit praktischen Übungen und Laryngoskopischen Kurs bei Paul von Bruns (1846–1916), Medizinische Klinik¹⁰³ bei Carl Liebermeister (1833–1901) sowie Geburtshilfliche und Gynäkologische Klinik bei dem Gynäkologen Johann Säxinger (1834–1897).

⁹⁹ Heute Krumme Brücke.

¹⁰⁰ Mitglied der Vereinigung Suebia in Heidelberg.

¹⁰¹ UAT 40/21, Nr. 37.

¹⁰² UAT 40/21, Nr. 37.

¹⁰³ Liebermeisters Medizinische Klinik im Sommersemester 1873 hatte 59 Teilnehmer, von denen einige zu Robert Binswangers engerem Freundeskreis gehörten. Vgl. Wischnath (2003).

Dem Tagebuch Jeanette Binswangers lässt sich entnehmen, dass Robert bereits als Kandidat der Medizin in der Klinik seines Vaters aktiv tätig war. Die Gelegenheit hierzu bot sich aus Anlass einer Urlaubsreise seiner Eltern im Jahr 1873. Robert Binswanger leitete als Stellvertreter seines Vaters die Klinik Bellevue.

Jeanette Binswanger schrieb: „Reise mit meinem Manne über die Heimathen Osterberg u. Hürben seit mehr als 20 Jahren zum erstenmale wieder! [...] Herrliche 4 Wochen, währenddem erstgeborener Robert als cand. med. bereits das Institut leitet.“¹⁰⁴

2.4.4 Medizinstudium und Assistenzzeit in Straßburg, Basel und Göttingen

Unter der Direktorenschaft¹⁰⁵ Ernst Viktor von Leydens wurde im Sommersemester 1872 an der Medizinischen Fakultät zu Straßburg die „Medizinische Klinik und Poliklinik“ gegründet.

An dieser neu eröffneten Medizinischen Klinik und Poliklinik gab es drei Assistentenstellen: 1er, 2er und 3er Assistent. Der erste Assistent war in der hierarchischen Ordnung höher gestellt als der zweite Assistent, der zweite Assistent höher gestellt als der dritte Assistent. Somit hatten Assistenten in ihrer medizinischen Laufbahn die Möglichkeit, von der dritten die erste Assistentenstelle zu erreichen.¹⁰⁶

Robert Binswanger arbeitete im Sommersemester 1874 unter dem Titel „Cand. med.“ zunächst als Hilfsassistent.

Im Wintersemester 1874 wurde die Stelle des Hilfsassistenten abgeschafft und eine staatlich finanzierte 4. Assistentenstelle eingeführt. Diese 4. Assistentenstelle wurde vom Wintersemester 1874/1875 an bis zum Sommersemester 1876 von Robert Binswanger besetzt. Robert Binswangers Kollegen, ebenfalls als 4. Assistenten verzeichnet, waren ab Wintersemester 1874/1875 Cand. med. Wegscheider, ab dem Sommersemester 1875 Cand. med. Killian, ab Win-

¹⁰⁴ FAB: Tagebuch Jeanette Binswanger, Eintrag v. 8.1873.

¹⁰⁵ Ernst Viktor von Leyden lehrte von 1871 bis 1876 an der Universität Straßburg.

¹⁰⁶ Amtliches Verzeichnis der Vorlesungen der Universität zu Strassburg, Strassburg, 1872–1918 und Amtliches Verzeichnis des Personals und der Studierenden der Universität zu Strassburg, Strassburg, 1872–1918.

tersemester 1875 bis zum Sommersemester 1876 Cand. med. Gutsch. Im Wintersemester 1876/1877 blieb die Stelle des vierten Assistenten vakant. Vom Wintersemester 1874/1875 an bis zum Sommersemester 1875 war Robert Binswanger an der Universität Basel immatrikuliert und von seiner Assistentenstelle in Straßburg beurlaubt.¹⁰⁷

Im Staatsarchiv der Stadt Basel finden sich mehrere Schreiben zwischen Robert Binswanger und dem Dekan der Medizinischen Fakultät betreffend seine in Straßburg unter Leyden verfasste Dissertation.

Robert Binswanger übersendete seine in Straßburg verfasste wissenschaftliche Arbeit als Dissertation zur Erlangung der „Doctorwürde der hohen medicinischen Facultät zu Basel“ am 5. September 1875. In einem beiliegenden Schreiben¹⁰⁸ bat er darum, ohne mündliche Prüfung promovieren zu dürfen, und reichte dafür Zeugnisse seines medizinischen Konkordatsexamens¹⁰⁹ ein.

„Hochgeehrter Herr Professor!

Beiliegend übersende ich Ihnen eine Arbeit, welche ich als Dissertation zur Erlangung der Doctorwürde der hohen medicinischen Facultät zu Basel mir einzureichen erlaube. Sollte die h[oh]e Facultät auf Grund der beiliegenden Zeugnisse meines medicinischen Fachexamens die mündliche Prüfung mir eventuell erlassen und meine Arbeit für die Dissertation als genügend erachten, so wage ich die Bitte an Sie zu richten, hochgeehrter Herr, mir die Promotion, wie es das Reglement ausnahmsweise zulässt, vor Einreichung der gedruckten Exemplare zu gestatten.“

Robert Binswanger fährt in seinem Schreiben an den Dekan mit der Bitte weiter fort, die Promotion „vor Drucklegung der Arbeit“ einreichen zu dürfen, da „der Druck der Arbeit wegen der Straßburger Universitätsferien und der Anfertigung der zur Arbeit gehörigen Zeichnungen“ längere Zeit benötigen werde. Am Schluss des Briefes notierte er seinen Aufenthaltsort. „P.S. Meine Adresse ist

¹⁰⁷ Ebenda.

¹⁰⁸ StABS, Brief Robert Binswangers an den Dekan vom 5.9.1875.

¹⁰⁹ Das Konkordatsexamen ist eine Prüfung zum Abschluss des Medizinstudiums, die in allen Kantonen, die „das Konkordat“ abgeschlossen hatten, zur Ausübung der ärztlichen Praxis berechnigte. Das Konkordat war also eine Vereinbarung über die gegenseitige Anerkennung der Prüfungen. Vgl. : http://www.digibern.ch/jahrbuch_oberaargau/jahrbuch_1991/JBOAG_1991_133_144_150_jahre_aerztlicher_bezirksverein.pdf.

bis 22 ten September: Kaserne Frauenfeld. Vom 22 ten Sept. bis 1 ten October: Kreuzlingen.“¹¹⁰

Am 29. September 1875 bedankte sich Robert Binswanger in einem weiteren Schreiben an den Dekan für die Rücksendung seiner Dissertation und bat diesen, den Akt der Promotion auf Anfang November an einem Nachmittag zu verlegen. Robert Binswanger gibt folgenden Grund dafür an: „[...] da ich Nachmittags mit Ausnahme des Samstags stets in der Klinik anwesend sein muß.“ Falls dieser Termin zeitlich einzurichten wäre, schreibt Binswanger an den Dekan weiter, „so würde ich in diesem Falle jeden Tag Ihrem Rufe folgen können“.¹¹¹

Während er in seinem ersten Brief vom 5. September 1875 noch als med. pract.¹¹² unterzeichnete, so unterschrieb er den Brief an den Dekan vom 29. September 1875 mit folgenden Worten: „Rob[ert] Binswanger Assistenzarzt, Thomasplatz 5, Straßburg.“

Am 22. Oktober sandte Robert Binswanger 120 Stück der erforderlichen Exemplare seiner Dissertation an den Dekan¹¹³ und bestätigte in einem letzten Schreiben¹¹⁴ an ihn vom 30. Oktober den Termin zur Promotion wie folgt:

„Sehr gerne acceptiere ich Ihren Vorschlag und werde ich mich daher Montag den 8 ten Dezember nachmittags 4 Uhr zur Promotion einfinden.“

Die im Universitätsarchiv Tübingen aufbewahrte Promotionsurkunde¹¹⁵ von Robert Binswanger lässt Rückschlüsse über die Benotung seiner Dissertationsarbeit zu. Die Arbeit wurde mit „rite“ bewertet.

Bereits im Schreiben des Dekans der Basler Medizinischen Fakultät vom 10. September 1875 an seine Kollegen wird ersichtlich, dass die Arbeit eher kritisch beurteilt wurde.

„Ich ersuche Sie, sich wie bisher darüber äußern zu wollen, ob die Dissertation zur Zulassung zum Doktorexamen genügt, u. ob Herrn Binswanger auf Grund desselben und seines Konkordatsexamens die weitere Prüfung erlassen werden können. Da die Arbeit ins pathologisch-anatomische Gebiet fällt, erlaube

¹¹⁰ Ebenda.

¹¹¹ StABS, Brief Robert Binswangers an den Dekan vom 29.9.1875.

¹¹² In der Schweiz übliche Bezeichnung von Ärzten ohne Promotion.

¹¹³ StABS, Brief Robert Binswangers an den Dekan vom 22.10.1875.

¹¹⁴ StABS, Brief Robert Binswangers an den Dekan vom 30.10.1875.

¹¹⁵ UAT 443/197.

ich mir Folgendes beizufügen. Im Ganzen scheint mir Herr B[inswanger] dem immerhin schwierigen Stoff nicht völlig gewachsen zu sei. Die Literatur ist nicht sehr übersichtlich und nicht mit der nöthigen Kritik bearbeitet, auch insofern unvollständig, als die Ansicht von Virchow (primäre Störung im Wachsthum der Schädel-Synostosen) gar nicht erwähnt wird. Der experimentelle Theil ist etwas flüchtig. Immerhin zeugt die Arbeit von Fleiß und ist ihr Resultat anerkennenswerthig, und stimme ich deshalb für Ertheilung des Grades ohne weitere Prüfung. Roth. Stimmen bei: [mehrere Unterschriften von Professoren].¹¹⁶

Nach der erfolgreichen Promotion in Basel kehrte Robert Binswanger nach Straßburg zurück. Dort war er im Wintersemester 1875/76 als 3. Assistent tätig. Im Frühjahr 1876 verließ Robert Binswanger Leydens Klinik.

Ein halbes Jahr nach seiner Promotion im November 1875 reiste Robert Binswanger zur Vertiefung seiner medizinischen Kenntnisse nach Göttingen. Aus den im „Bestallungsbuch“ der Provinzial-Irrenanstalt auf dem Leineberg bei Göttingen archivierten Dokumenten¹¹⁷ geht hervor, dass Robert Binswanger im Jahr 1876 vom 25. Mai bis zum 31. Dezember 1876¹¹⁸ als 1. Assistenzarzt¹¹⁹ an der staatlichen Provinzial-Irrenanstalt auf dem Leineberg bei Göttingen unter Ludwig Meyer tätig war. Dieses staatliche Krankenhaus war durch Personalunion mit der Leitung der Universitäts-Nervenlinik Göttingen verbunden und führte eine selbstständige bzw. von der Universität unabhängige Existenz.¹²⁰

¹¹⁶ StABS, Brief des Dekans [Mauritius] Roth an die Professoren der Medizinischen Fakultät vom 10.9.1875.

¹¹⁷ Bestallungsbuch der staatlichen Provinzial-Irrenanstalt auf dem Leineberg bei Göttingen.

¹¹⁸ Entgegen bisheriger Meinung, vgl. Wischnath (2003), S. 15, war Robert Binswanger im Jahr 1876 Assistent bei Ludwig Meyer in Göttingen.

¹¹⁹ In einem Brief der Landes-Direction der Provinz Hannover an die Direction der preuß. Irrenanstalt Göttingen vom 22. Mai 1876 findet sich folgender Eintrag: „In Erwiederung auf den gefälligen Bericht vom 18.d.M. eröffnen wir der Direction, dass wir beschlossen haben, dem Dr. med. Binswanger, nachdem uns bezeugt worden, dass derselbe sein Staatsexamen in der Schweiz bestanden, die Funktion eines Assistenzarztes an Stelle des Dr. med. Rubow mit den etatsmäßigen Competenzen eines solchen zu übertragen. Ueber die Einführung desselben ist ein Protokoll aufzunehmen, welches uns vorzulegen sein wird. Zum Gehülssarzte ernennen wir den Dr. med. Kayser aus Kreuznach beantragtermaßen. Das Landes-Directorium.“

¹²⁰ Briefliche Mitteilung Dr. Ulrich Hunger, Universitätsarchiv Göttingen.

2.4.5 Robert Binswangers universitäre Lehrer Carl Liebermeister, Ernst von Leyden, Ludwig Meyer

Im folgenden Abschnitt möchte ich das Leben und Werk dreier namhafter Professoren darstellen, deren Lehrmeinung Robert Binswanger nachhaltig prägte. Es handelt sich um Robert Binswanger universitäre Lehrer Carl Liebermeister, Ernst Viktor von Leyden und Ludwig Meyer.

2.4.5.1.1 Carl Liebermeister

Robert Binswanger belegte im Sommersemester 1873 in Tübingen Medizinische Klinik bei Carl Liebermeister (1833–1901). Dieser wurde 2 Jahre zuvor von der Basler medizinischen Fakultät als Professor der inneren Medizin nach Tübingen berufen.¹²¹

Seine herausragenden wissenschaftlichen Arbeiten machten Liebermeister zu einem bekannten Wissenschaftler seiner Zeit.

Carl Liebermeister wurde am 2. Februar 1833 als ältestes von neun Geschwistern geboren. Er besuchte das Gymnasium in Dortmund und zeigte eine ausgeprägte naturwissenschaftliche Begabung. Nach Medizinstudium in Bonn, Würzburg und Greifswald promovierte er im Jahr 1856 bei dem bekannten Professor der Pathologie und Therapie, dem Kliniker Felix von Niemeyer (1820–1871). 1857 bestand Liebermeister das medizinische Staatsexamen an der Universität Greifswald. Er war zunächst freiwilliger Arzt beim Militär in Berlin und kehrte 1858 nach Greifswald zurück.

Liebermeister folgte Niemeyer als erster Assistent nach Tübingen. Hier habilitierte er im Jahr 1862. In Tübingen gab Liebermeister seine Stelle als Assistenzarzt auf und wirkte als unbesoldeter Privatdozent. Im selben Jahr eröffnete er eine Praxis. 1863 bekam Liebermeister einen Lehrauftrag für pathologische Anatomie und wurde bereits 1864 zum außerordentlichen Professor ernannt. 1865 erhielt er eine Berufung nach Basel, die er im August 1865 annahm.

Während seiner sechs Jahre dauernden Tätigkeit als Professor der inneren Medizin an der Basler medizinischen Universitätsklinik am Bürgerspital begründete er den regelmäßigen und systematischen klinischen Unterricht.

¹²¹ Vgl. Baumberger (1980), S. 10.

1867 erhielt Liebermeister aufgrund seines Einsatzes im Kampf gegen Infektionskrankheiten wie Typhus und Cholera das Ehrenbürgerrecht der Stadt Basel. 1871 wurde Carl Liebermeister als Nachfolger Niemeyers nach Tübingen berufen.

Die wissenschaftlichen Arbeiten, die er während seiner Tübinger Zeit von 1871 bis zu seinem Tod im Jahr 1901 verfasste, bezogen sich auf Temperaturregulierung, Fieber, Infektionskrankheiten und ähnliche Gebiete.¹²² Wichtige umfangreiche Arbeiten waren die vier Beiträge „Einleitung zu den Infektionskrankheiten“, „Typhus abdominalis“, „Pest“, „Gelbfieber“ in Ziemssens Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie der Auflagen von 1874, 1876 und 1886. Weiterhin befasste sich Liebermeister auch mit mathematischen Aufgaben. Er hielt eine Vorlesung über „Wahrscheinlichkeitsrechnung in Anwendung auf therapeutische Statistik“¹²³. Es folgten Studien auf psychologischem und psychopathologischem Gebiet, die er 1883 in der Abhandlung „Über Hysterie und deren Behandlung“ publizierte.

Das Hauptwerk Liebermeisters waren die „Vorlesungen über specielle Pathologie und Therapie“ in fünf Bänden, Leipzig 1885–1894, mit einer vollständigen Darstellung der inneren Medizin und der Krankheiten des Nervensystems.

In Bd. 2 aus dem Jahr 1886 stellte Liebermeister die Krankheiten der peripheren Nerven, des Rückenmarks und des Gehirns dar. Neurologie und Psychiatrie bildeten eine Einheit und galten für den Autor als das schwierigste Gebiet der speziellen Pathologie. Liebermeister unterschied die anatomischen oder organischen Krankheiten von den funktionellen Krankheiten, bei denen anatomische Veränderungen nicht sicher erfasst, stattdessen bestimmte Symptome erkannt waren.¹²⁴

Von seiner Tätigkeit als klinischer Lehrer und Arzt in Tübingen ist bekannt, dass er die Anwendung einer strengen Systematik nicht nur bei den Nervenkrankheiten anstrebte. Danach richtete Liebermeister auch seine Therapie.

¹²² Vgl. Baumberger (1980), S. 16.

¹²³ Vgl. Baumberger (1980), S. 18.

¹²⁴ Vgl. Baumberger (1980), S. 108.

Ein ehemaliger Assistent Liebermeisters, Reinert, schreibt rückblickend über ihn:¹²⁵

„Sein Auftreten am Krankenbett war ein eindrucksvolles. Er wirkte hauptsächlich durch sein Vorbild: sein Blick, seine Haltung, seine Sprache, seine ungezwungene Ruhe wirkten auch auf den Kranken beruhigend und vertrauens-erweckend und machten Liebermeister besonders zum Psychotherapeuten.“

2.4.5.2 Ernst Viktor von Leyden

Ernst Viktor von Leyden (1832–1910), Robert Binswangers Doktorvater in Straßburg, hat auf vielen Gebieten der inneren Medizin und Neuropathologie große Verdienste zu verzeichnen.

Ernst Viktor von Leyden wurde 1832 in Danzig geboren. Nach humanistischer Schulbildung in Danzig und Marienwerder studierte er Medizin in Berlin, wo er von Johann Lukas Schönlein und Ludwig Traube geprägt wurde. Im Jahr 1853 wurde Leyden Assistenzarzt an der Charité. 1863 habilitierte er sich in Berlin als Privatdozent mit einer Arbeit über die Rückenmarkskrankheiten mit dem Titel: „Die graue Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge.“ 1864 wurde Leyden an die Innere Klinik in Königsberg berufen. 1872 wurde ihm an der neuen Reichsuniversität in Straßburg der Lehrstuhl für Innere Medizin angeboten. 1876 wechselte Leyden nach Berlin, wo ihm 1885 die Leitung der Ersten Medizinischen Klinik übertragen wurde.

Im folgenden Abschnitt werde ich nach Darstellung eines kurzen biographischen Überblicks Leydens Verdienste auf dem Gebiet der Neurologie beschreiben, da während Robert Binswangers Studien- und Assistenzarztzeit in Straßburg Leydens umfangreichstes Werk „Klinik der Rückenmarkskrankheiten“ erschien.

Ernst Viktor von Leydens erste große wissenschaftliche Arbeit galt dem Krankheitsbild der Tabes. Er beschrieb die histologischen Charakteristika der Degeneration der Hinterstränge und konnte auf der Grundlage anatomischer Erkenntnisse die Pathologie der tabischen Ataxie erklären. Leyden beschrieb die Tabes nicht nur als eine primäre Erkrankung der sensiblen Elemente des Rü-

¹²⁵ Vgl. Baumberger (1980), S. 29.

ckenmarks und der Wurzeln. Es gelang ihm, die für die Tabes charakteristischen Störungen der Propriozeption, Ausfälle der Sensibilität, tabischen Schmerzen und Parästhesien zu erklären. Leyden erkannte, dass neben der Ataxie, der sensiblen Störung, auch echte motorische Lähmungszustände vorkommen können.¹²⁶

Im Jahr 1870 veröffentlichte Leyden unabhängig von Charcot die ersten pathologisch-anatomischen Untersuchungen von Duchennes progressiver Bulbärparalyse. Es gelang ihm, die Genese der Erkrankung in der Atrophie der Nervenkerne in der Medulla oblongata zu lokalisieren.¹²⁷

Weitere Verdienste erwarb sich von Leyden in der Erforschung chronischer Rückenmarkskrankheiten. Er betonte den Zusammenhang zwischen multipler Sklerose und Myelitis und beschrieb die multiple Neuritis als ein von den spinalen Erkrankungen unabhängiges Krankheitsbild.¹²⁸

In seinen weiteren wissenschaftlichen Arbeiten widmete sich von Leyden der Lehre von der Myelitis und Polyneuritis, er formulierte pathologisch-anatomische Ursachen für die Paraplegia urinaria, er beschrieb die Genese der Landryschen Paralyse als Ursache von Polyneuritiden und widmete sich in mehreren Studien weiteren Themen wie Kompressionsmyelitis, gonorrhöischer Myelitis und Caisson-Krankheit. In kleineren einzelnen Arbeiten beschrieb von Leyden die akute apoplektische Bulbärparalyse. Er formulierte den Unterschied zwischen anarthrischer und aphasischer Sprachstörung. Weiterhin beschrieb er die Temperatursteigerung bei Tetanus, widmete sich in weiteren Aufsätzen den syphilitischen Wirbelerkrankungen, der Thrombose der Arteria basilaris, dem Hirndruck und Hirnbewegungen.¹²⁹

In seinem Nachruf an Viktor von Leyden beschreibt Lewandowski Leyden als großen und erfahrenen Kliniker, der seine Aufmerksamkeit immer auf das Wesentliche zu richten suchte. „Leyden verlangte wenig Theorie aber gesunden

¹²⁶ Lewandowski (1911), S. 1.

¹²⁷ Lewandowski (1911), S. 4.

¹²⁸ Lewandowski (1911), S. 6.

¹²⁹ Lewandowski (1911), S. 7.

Menschenverstand, seine Schüler sollten sich allen Situationen des praktischen Lebens gewachsen zeigen.“¹³⁰

2.4.5.3 Ludwig Meyer

Vom 25. Mai bis zum 31. Dezember 1876 arbeitete Robert Binswanger als 1. Assistenzarzt an der staatlichen Provinzial-Irrenanstalt auf dem Leineberg unter der Leitung von Ludwig Meyer. Rückblickend schreibt Ludwig Binswanger junior, dass sein Vater in Ludwig Meyer seinem „eigentlichen“ Lehrer begegnet sei.¹³¹ Es ist bezeichnend, dass Robert Binswanger nicht den eigenen Vater, sondern Ludwig Meyer als seine Leitfigur ansah.

Hieraus lässt sich schließen, dass Binswanger durch die ärztlichen Prinzipien Ludwig Meyers in entscheidender Weise Anregungen erfahren hat. Bei Ludwig Meyer handelt es sich um eine Pioniergestalt der deutschen Psychiatrie, die jedoch in Vergessenheit geraten ist. Sein Verdienst liegt nicht nur in der Begründung und Durchsetzung des Non-Restraint, er war auch ein begnadeter psychiatrischer Lehrer und ab 1866 Inhaber eines der ersten psychiatrischen Lehrstühle in Deutschland.¹³²

Meyer wirkte hauptsächlich in Hamburg und Göttingen und war maßgeblich verantwortlich für die Abschaffung der Zwangsmittel¹³³ in der Hamburger Psychiatrie. Er hat den Gedanken der humanen Behandlung seelisch Kranker ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt.

Um die Entwicklung der Ideen Ludwig Meyers nachvollziehen zu können, ist ein Blick auf seine Biographie aufschlussreich.

Bereits während seiner humanistischen Schulausbildung wurde Meyer geprägt durch das Studium lateinischer und griechischer Klassiker. Er entwickelte ein ausgeprägtes Interesse für die antiken medizinischen Autoren. Seine Berufswahl galt jedoch zunächst der Architektur. Als Student an der Universität Bonn schloss sich Ludwig Meyer der Bewegung von 1848 an. Mit den führenden Gestalten der 1848er-Bewegung verbanden ihn persönliche Kontakte. Wegen

¹³⁰ Lewandowski (1911), S. 8.

¹³¹ Herzog (1995), S. 40.

¹³² Kayser, (2007), S. 39.

¹³³ Zwangsjacken und Zwangsstühle.

progressiver umstürzlerischer Tendenzen wurde er der Universität verwiesen. Er bewahrte sich lebenslang eine „nationale und liberale Gesinnung“, zugleich entwickelte er eine bleibende Abneigung gegen offen sozialrevolutionäre Strömungen, die seinem Verständnis von Kultur zuwiderliefen.

In der Folge entschloss sich Ludwig Meyer zu einem Medizinstudium, das er in Würzburg bei Virchow begann. Sein medizinisches Staatsexamen absolvierte er 1851 in Berlin. Er begann seine medizinische Laufbahn 1853 als Assistent an der Charité. Während seiner dortigen 5 jährigen Assistenzzeit war er mit 14 Veröffentlichungen hervorgetreten. 1858 habilitierte sich Meyer als Privatdozent. Zweimal im Jahr hielt Meyer unentgeltlich Vorlesungen in klinischer Psychiatrie.

Meyer war der festen Überzeugung, dass die Verhältnisse, in denen die Geisteskranken in den Anstalten lebten, namentlich die Anwendung der körperlichen Zwangsmittel, wesentlich ihr Verhalten bestimmen mussten. Vieles, was als Symptom der Erkrankung gelte, sei Reaktion gegen die Härte der Pfleger und Behandlung. Der Entschluss, die Zwangsmittel nach Übernahme einer selbstständigen Stellung zu beseitigen, habe bei ihm festgestanden.¹³⁴

Als Ludwig Meyer die Direktorenschaft in Eberswalde angetragen wurde, lehnte er aus unbekanntem Gründen ab. Stattdessen ging er 1858 nach Hamburg, das von nun an seine eigentliche Wirkungsstätte werden sollte. Meyer leitete und konzipierte dort den Ausbau der „Irrenanstalt Friedrichsberg“. Diese Anstalt wurde als „Oase des Non-Restraint“ bezeichnet. In der am 20. Oktober 1864 eröffneten Klinik gab es auf Betreiben Ludwig Meyers nicht einmal Fenstergitter. Im ersten Jahresbericht betonte er: „Unsere Irrenanstalt war die erste deutsche Anstalt, in deren Ausrüstung die Zwangsmittel keinen Platz erhalten haben.“¹³⁵

Mit der Versteigerung von 150 Zwangsjacken machte Ludwig Meyer die Öffentlichkeit auf die Problematik der Zwangsmittel in der Psychiatrie aufmerksam. Dies markiert den Beginn einer neuen Epoche in der Behandlung psychisch kranker Menschen in Deutschland.

¹³⁴ Kayser (2007), S. 40.

¹³⁵ Aus dem Nachlass von Carl Wickel: „Zum 100. Geburtstag von Ludwig Meyer“, Zeitungartikel unbekanntem Datums.



Abbildung 10: Ludwig Meyer

Sein freiheitliches Konzept zur Behandlung Geisteskranker veranlasste Ludwig Meyer auch dazu, die psychiatrische Abteilung in Friedrichsberg zu vergrößern und umzugestalten und neue pflegerische Prinzipien einzuführen. Meyer, der bestrebt war, die Abschottung der Kranken von der Außenwelt aufzuheben, ließ uneingeschränkten Besuch von Angehörigen zu: „So zerstörte er den Charakter des düsteren Geheimnisses, das auf der Anstalt lastete.“¹³⁶

Nach zwei Jahren in Hamburg wurde Meyer 1866 als Ordinarius auf den ersten psychiatrischen Stuhl in Göttingen berufen.¹³⁷ Er trat gleichzeitig die Leitung der Provinzial-Irrenanstalt auf dem Leineberg. Die besondere Gliederung der Anstalt und der gotische Stil erinnerten an ein Kloster. Nach dem Vorbild der Anstalt Friedrichsberg entwarf er das Konzept der Villen, mit Wohnräumen, kleineren Zimmern und Gartenzimmer. Großen Wert legte Meyer auf die Arbeitstherapie der Kranken. Es gab eine große Bibliothek mit deutscher, englischer und französischer Literatur; einmal im Monat fand ein Konzert statt.

¹³⁶ Mönkemöller (1924), S. 75ff.

¹³⁷ Kayser (2007), S. 40ff.

Schwerpunkte seiner wissenschaftlichen Arbeit waren die Progressive Paralyse und ihre Behandlung sowie das zirkuläre Irresein. Als Wissenschaftler war er mit pathologisch-anatomischen Arbeiten ausserordentlich produktiv.

Ludwig Meyers Konzept eines menschenwürdigen Umgangs mit Geisteskranken, scheint dem von Ludwig Binswanger senior vertretenen im Wesentlichen zu entsprechen. Robert Binswanger erlebte ihn als beeindruckendes Vorbild.

2.4.6 Die Promotionsarbeit Robert Binswangers: „Über die Entstehung der in der Kindheit erworbenen halbseitigen Gehirnatrophie“

Robert Binswangers Inaugural-Dissertation „an der medicinischen Facultät zu Basel“ aus dem Jahr 1875 trägt den Titel: „Über die Entstehung der in der Kindheit erworbenen halbseitigen Gehirnatrophie“. Doktorvater war Ernst Viktor von Leyden. Robert Binswanger setzt sich in seiner Dissertation mit dem Thema der „Gehirnatrophie“ auseinander. Dieses Problem erarbeitet er am Fall des „Joseph O“.

In den ersten Abschnitten seiner Dissertation stellt er die anatomischen Strukturen dar, die von Atrophie betroffen sein können. Er nimmt eine Differenzierung vor zwischen verschiedenen Formen der Hemiplegie und beschreibt ihre Gradeinteilung.

Was den Forschungsstand zu seinem Problemgebiet betrifft, so weist Robert Binswanger auf die Vorarbeit von Lallemand (1790–1853)¹³⁸ aus dem Jahr 1830 hin. Dieser hat eine Beschreibung der halbseitigen Gehirnatrophie vorgelegt und die Symptome bzw. den Krankheitsverlauf dargestellt.

Robert Binswanger geht bei seiner Beschreibung von seiner „eigenen klinischen Beobachtung“ aus. Hierbei handelt es sich um „leichteste Formen von halbseitiger Atrophie“.¹³⁹ Die Aufmerksamkeit Robert Binswangers gilt jedoch nicht nur den neurologischen, sondern ausdrücklich auch den psychischen Krankheitszeichen.

¹³⁸ Lallemand, Claude Françoise: Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances, 1830.

¹³⁹ Binswanger (1875), S. 7.

Sein Interesse gilt besonders der Frage nach der Verbindung zwischen bestimmten neurologischen Ausfällen und dem „Zustand der Intelligenz“.¹⁴⁰

Einen weiteren wichtigen Aspekt bildet die Lokalisation des beschädigten Gehirnareals und der Körperseite, an welcher die Lähmung auftritt.

Bei dieser Fragestellung bezieht sich Binswanger auf eine Arbeit von Schröder van der Kolk (1797–1862), über dessen Ergebnisse Binswanger referiert. Laut Schröder van der Kolk besteht die Ursache einer halbseitigen Gehirnatrophie in einer „Art von Meningitis“, welche jedoch die geistige Funktion intakt lasse, wenn sie nur eine Hemisphäre betrifft. Dieser These Schröders stellt Binswanger die Ansicht Virchows entgegen, der von einer „Verminderung der geistigen Funktionen“ spricht, „wenn die nicht atrophirte Hemisphäre compensatorisch erweitert ist“.¹⁴¹

Binswanger stützt sich in seiner Darstellung weiterhin auf eine Reihe französischer Vorarbeiten (Breschet, Boulanger, Cazauvieilh), die auf empirischen Messungen beruhen.

Zwei Autoren verdienen nach Ansicht Binswangers besondere Erwähnung, weil sie unmittelbar seine eigene Fragestellung berühren.

Es handelt sich um die Arbeit von Lalenque, vor allem aber um die Darstellung von Hasse aus dem Jahr 1869, „Krankheiten des Nervensystems“. Nach Ansicht Binswangers hat Hasse (1810–1902) „von den deutschen Autoren am ausführlichsten“ seiner eigenen speziellen Fragestellung Beachtung geschenkt. Binswangers Präsentation seiner klinischen Beobachtungen beginnt mit einer Episode aus der Kindheit seines Patienten. Dieser habe als Kind einmal „Beschwerden gehabt und dabei (ge)weint“, wobei der Vater „ihn einmal erzürnt zur Erde warf“. Binswanger möchte diesem Vorfall nachgehen und versucht, von seinem Patienten Weiteres zu erfahren. Daraufhin berichtet der Patient, dass sein linker Arm im Alter von 8 bis 11 Jahren gelähmt war und „wie ein Lappen todt am Körper gehangen“ (habe). Außerdem habe er „das linke Bein ebenso wie einen Lappen nachgeschleppt“. Nach dieser Anamnese beschreibt Binswanger den Status praesens. Er gibt eine ausführliche Beschreibung des klini-

¹⁴⁰ Ebenda, S. 9.

¹⁴¹ Ebenda, S. 9.

schen Aspekts seines Patienten. Darauf folgen die Ergebnisse einer neurologischen Untersuchung.

Robert Binswangers Patient verstarb schließlich an einer „Tuberkulose der linken Lunge mit Kavernenbildung“. Binswanger selbst war bei der Sektion nicht anwesend, er hatte lediglich den Obduktionsbericht zur Verfügung. Diesem Bericht entnahm er die für ihn relevanten Befunde. Bei der Obduktion werden eine starke rechtsseitige Marklageratrophy und eine makroskopisch deutliche Verkleinerung der rechten Hirnseite gefunden.

Binswanger beschreibt in seiner Arbeit die neurologischen Symptome im Zusammenhang mit der Hirnatrophie, die er auf eine Enzephalitis zurückführt. Unklar bleibt die Frage, woraus Binswanger eine Enzephalitis diagnostiziert. Für einen objektiven Beobachter muss diese Ursachenbeschreibung als unzureichend gelten.

Weiterhin erscheint es problematisch, dass keine mikroskopische Untersuchung des Gehirns vorgenommen wurde. Eine histologische Klärung der betroffenen hirnanatomischen Strukturen fehlt, ein einziger makroskopischer Querschnitt ohne Untersuchung des Stammhirns bleibt unzureichend.

Robert Binswangers Doktorarbeit kann aus unserer heutigen Sichtweise als „case report“ eines Einzelfalls betrachtet werden. Dieser Fall bleibt letztlich ungelöst. Die Symptome des halbseitig gelähmten Patienten werden zwar grob neurologisch beschrieben. Binswanger kann die Symptomatik jedoch nicht auf eine bestimmte Ursache zurückführen. Seine Aussagen stehen im Widerspruch zu seinen Deutungsmöglichkeiten.

Aus heutiger Perspektive hätte eine Gewalteinwirkung auf das Kind im Alter von 3 Monaten zu einer Gehirnerweichung führen müssen. Beim Vorliegen eines infektiösen Geschehens hätte es sich intrauterin am ehesten um eine TORCH-Infektion¹⁴², bei einer Erkrankung im 3. Lebensmonat am ehesten um Poliomyelitis¹⁴³ handeln können.

¹⁴² Infektionen, die eine pränatale Gefährdung des Kindes bedeuten können, sind unter dem Begriff TORCH-Komplex bekannt: Toxoplasmose, other infectious microorganism, Röteln, Cytomegalie, Herpes simplex.

¹⁴³ Kinderlähmung. Eine von Polioviren hervorgerufene Infektionskrankheit, die bei Ungeimpften die muskelsteuernden Nervenzellen des Rückenmarks befallen und zu

Die neurologischen Ausfälle stehen in keinem Bezug zu den anatomischen Besonderheiten im Gehirn.

Im Schlussteil der Dissertation versucht Robert Binswanger seine Thesen anhand von Tierexperimenten zu bestätigen.

In Robert Binswangers Dissertation stehen neuroanatomische und physiologische Aspekte eindeutig im Vordergrund. Darin lassen sich durchaus zeittypische methodische Vorgehensweisen erkennen. Ausgehend von Sektionsbefunden und Tierexperimenten werden Erklärungsmuster für bestimmte Krankheitsbilder abgeleitet. Durchgehend zeigt Binswanger auch Interesse an psychischen Symptomen.

Wie bereits oben ausführlich erörtert wurde, sind die Methode und die pathogenetischen Überlegungen vom heutigen Standpunkt aus als problematisch und unzureichend anzusehen. Die Wahl des Themas und die Methode der Bearbeitung erscheinen eher durch pragmatische Gesichtspunkte bestimmt gewesen zu sein, als dass sie ein spezifisches Erkenntnisinteresse und einen eigenen Problemzugang erkennen lässt.

Medizingeschichtlich ist es interessant festzustellen, dass in den siebziger und achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts führende bekannte Psychiaterpersönlichkeiten in ihren Dissertationen keine spezifisch psychiatrischen Themen behandeln, sondern sich neuroanatomischen und hirnphysiologischen Studien widmen.¹⁴⁴

Einem ähnlichem Thema wie Robert Binswanger in seiner Dissertation widmete sich auch Sigmund Freud im Jahr 1885 während seines knapp viereinhalbmonatigen Aufenthalts an der Salpêtrière in Paris: dem Studium der sekundären Atrophien und Degenerationen nach infantilen Gehirnaffektionen.¹⁴⁵

2.4.7 Wissenschaftliche Arbeiten und Vorträge

Von medizinhistorischem Interesse ist die Frage, in welchem Ausmaß Robert Binswanger auf damals gängige Therapiemethoden zurückgreift, inwieweit er

bleibenden Lähmungserscheinungen bis hin zum Tod führen kann.

¹⁴⁴ August Forel: Beiträge zur Kenntnis des Thalamus opticus und der ihn umgebenden Gebilde bei den Säugethieren, Zürich 1872 und Eugen Bleuler: Zur Casuistik der Herderkrankungen der Brücke, Bern 1885.

¹⁴⁵ Tögel (1994), S. 53.

die theoretischen Schriften anderer Ärzte kennt und rezipiert und sie in seinen wissenschaftlichen Publikationen weiterentwickelt. Im Gegensatz zu seinem jüngeren Bruder Otto, von dem über 40 Publikationen¹⁴⁶ existieren, hat Robert Binswanger nur wenig veröffentlicht.

Die Erwähnung aktueller Veröffentlichungen lassen doch eine Vertrautheit mit dem wissenschaftlichen Fortschritt im Bereich der Psychiatrie deutlich werden. Robert Binswanger schreibt: „Lese hier mit Genuß den Quärlantenwahnsinn¹⁴⁷ von Hitzig. Schneidiges Buch! Aber klar u. scharf. Dann die ‚Ästhetischen Zeitfragen¹⁴⁸ von Volkelt. Litzemann ist mir lieber. V[olkelt] ist mir zu sehr Philosoph, etwas zu verschwommen.“¹⁴⁹

Aufgrund seines großen Arbeitspensums nach Übernahme nicht nur der „ärztlichen, sondern auch der ganzen wirtschaftlichen Leitung einer in lebhaftem Aufblühen begriffenen Anstalt“¹⁵⁰ hatte Robert Binswanger für das Verfassen wissenschaftlicher Arbeiten nur wenig Zeit. Er äußerte sich hierzu folgendermaßen: „Ich habe längst auf meine wissenschaftliche Ausbildung verzichtet u. bin ganz zufrieden, wenn ich ein guter Practiker werde.“¹⁵¹ Die Verbindung von Klinik und Forschung, wie dies bei Bruder Otto Binswanger in Jena möglich war, ließ sich in einer noch im Wachsen befindlichen Privatanstalt nicht so leicht bewerkstelligen.

Akademischen Versammlungen konnte er in dieser Situation für sich selbst wenig Sinn und Nutzen abgewinnen. Er schreibt: „Was die Neurologen Versammlung betrifft, so habe ich ein Gelübde gethan, an keine fachärztliche Versammlung mehr zu gehen. Wenn man nicht selbst mitarbeitet, spielt man eine zu traurige Rolle.“¹⁵²

¹⁴⁶ UAT 443/146.

¹⁴⁷ Hitzig, Eduard: Über den Quärlantenwahnsinn. Seine nosologische Stellung und seine forensische Bedeutung. Eine Abhandlung für Aerzte und Juristen. Leipzig 1895.

¹⁴⁸ Volkelt, Johannes: Ästhetische Zeitfragen. München 1895.

¹⁴⁹ UAT 443/181 und 443/198, Nr. 61, Brief Robert Binswanger an seinen Bruder Otto vom 3.6.1896.

¹⁵⁰ FAB Nr. 351.

¹⁵¹ UAT 443/181 und 443/198, Nr. 2, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 8.1.1881.

¹⁵² UAT 443/181 und 443/198, Nr. 9, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 22.6.1883.

Roberts erste Veröffentlichung aus dem Jahr 1880 ist ein achtseitiger Nachruf auf Otto Kappeler, Arzt in Münsterlingen und Konstanz. Er spricht von ihm als einem „Manne, den wir lieben und verehren“ und sagt, dass auf Kappeler in vollem Maße „der viel zitierte Satz, dass nur ein guter Mensch ein guter Arzt sein könne“ zutrefte. 1892 setzt er sich in seinem 16 Seiten langen Aufsatz „Über die Erfolge der Suggestivtherapie“, erschienen in den „Verhandlungen des XI. Congresses für Innere Medizin zu Leipzig“, kritisch mit den Methoden der Suggestion und Hypnose auseinander. 1894 veröffentlicht er in der Deutschen Revue, einer Zeitschrift, die sich selbst als „Rundschau über alle Gebiete des Wissens und Lebens, geschrieben von den berufensten Gelehrten, Staatsmännern und Dichtern“ bezeichnet, eine Pathographie über Karl Stauffer-Bern. Im Jahr 1897 erscheinen „Die Vorarbeiten zu einer schweizerischen Irrengesetzgebung“ in der „Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie“.

Bei der Einweihungsfeier von Neu-Belle-vue am 2. August 1901 äußert sich Robert Binswanger in einer Ansprache voller Wertschätzung und Dankbarkeit über die Frauen der Familie Binswanger und seinen Mitarbeitern. In einem eienem historischen Rückblick zeichnet er die Geschichte der Anstalt seit ihrer Gründung im Jahr 1857 auf.¹⁵³

Kleinere wissenschaftliche Veröffentlichungen finden sich im „Neurologischem Centralblatt“ von 1884, in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie“ aus dem Jahr 1885 und im „Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte“ aus dem Jahr 1891.¹⁵⁴

2.4.7.1 Über die Erfolge der Suggestivtherapie

In den Materialien aus dem Binswanger-Archiv findet sich eine Publikation Robert Binswangers, die im Jahr 1892 als Separatabdruck in den „Verhandlungen des XI. Congresses für innere Medizin zu Leipzig, Wiesbaden 1892“ erschienen war. Es handelt sich um einen Vortrag mit dem Titel „Über die Erfolge der Suggestivtherapie“.

¹⁵³ UAT 443/201.

¹⁵⁴ Vgl. Kap. 2.4.7.5.

Hierbei handelt es sich um eine wissenschaftliche Veröffentlichung Robert Binswangers zu einer zeitgenössischen Therapiemethode. Aus einem Brief Roberts an seinen Bruder geht hervor, dass er die Arbeit auf Anregung seines früheren Doktorvaters Ernst Viktor von Leyden annimmt. „Obgleich ich daran dachte, dass es Leyden in seiner Unberechenbarkeit eingefallen, mir obiges Referat zu übertragen, so war ich vorsichtig genug, an Immermann zu schreiben u. ihn zu fragen, ob nicht eine Verwechslung mit Dir vorliege [...]. Ich glaubte nun, nicht mehr absagen zu dürfen u. nahm an. Zugleich schrieb ich an I., dass ich ihm den genannten Titel des Vortrags bald melden würde.“¹⁵⁵

Um den Stellenwert dieser Arbeit erfassen zu können, ist es aufschlussreich, einen weiteren Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto aus dem Jahr 1891 heranzuziehen.

In diesem Brief erwähnt Robert das Vorhaben zu dieser Arbeit sowie seine persönliche Einstellung zu diesem Thema. „Ich lege Dir vor, ob ich nicht über die ‚Erfolge der Suggestivtherapie‘ sprechen soll. Es wäre dies eine kritische Arbeit an der Hand der Litteratur[!], gestützt ferner auf eigene u. fremde, nicht publicirte Beobachtungen. Dabei denke ich nun an Deine Unterstützung, resp. allfälliges Material von Dir. Eventuell müsste ich herumreisen u. Material sammeln. Bis ich nicht eines Besseren belehrt bin, erachte ich freilich die Erfolge der Suggestiv-Th[erapie] als sehr gering, u. wen ich noch gesprochen, von nicht Berufshypnotiseuren war meiner Meinung. Jeder ernste Fall, bei dem man sich so sehr einen Erfolg wünscht, lässt einen im Stich, so sehr man sich Mühe gibt. Dafür habe ich hier classische Beispiele.“¹⁵⁶ Im ersten Teil seines Vortrags erläutert Binswanger seine Vorgehensweise bei der Darstellung des Themas. Er möchte das Thema nicht theoretisch behandeln, da es hierzu bereits zahlreiche erschöpfende Untersuchungen gebe. Deswegen werde er sich auf die Frage der Heilerfolge und die praktische Anwendung konzentrieren. Binswanger setzt sich mit den Vorurteilen auseinander, die gegenüber dem Hypnotismus als Heilmethode bestehen. Die Hauptursache einer „instinktiven Abneigung der

¹⁵⁵ UAT 443/181 und 443/198, Nr. 39, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 25.12.1891.

¹⁵⁶ UAT 443/181 und 443/198, Nr. 39, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 25.12.1891.

Mehrzahl der Aerzte¹⁵⁷ gegenüber dem Hypnotismus sieht Binswanger darin, dass es sich hierbei um „keine exacte, sondern nur eine spekulative Methode handle“.¹⁵⁸ Ein weiterer Grund für Vorbehalte ergebe sich daraus, dass die Methode oft in der Hand des Ungeübten liege, was in sehr vielen Fällen „geradezu gefährlich“¹⁵⁹ wirke.

Die Leitfrage der Darstellung wird von Binswanger folgendermaßen formuliert: „Soll nun in der That jeder Arzt sich die Zeit und Mühe nehmen, die hypnotische Heilmethode gründlich kennen zu lernen behufs späterer Anwendung in seiner Praxis?“¹⁶⁰

Binswanger erörtert zunächst die Vor- und Nachteile einer Anwendung der Hypnose durch Berufshypnotiseure oder praktische Ärzte hinsichtlich einer Behandlung. Erstere hätten eine „größere Routine [...] welche dem praktischen Arzt nicht zur Verfügung steht. Allerdings brauche ein sehr großer Teil der von Berufshypnotiseuren behandelten Kranken keinen Hypnotismus zur Genesung.“¹⁶¹ Der praktische Arzt käme mit seinen bisherigen Heilmethoden bei diesen Kranken ausreichend zum Ziel.

Wenn ein Krankheitsbild vorliege, bei dem Hypnose indiziert sei, ist nach Binswangers Auffassung der Berufshypnotiseur geeigneter als der praktische Arzt, da dieser eine stärkere suggestive Kraft auf die Psyche des Patienten ausüben könne. Binswanger spricht von einer „hypnotischen Atmosphäre“, einer bestimmten Aura, die vom Kranken bereits beim Betreten des Behandlungszimmers unbewusst gespürt werde. Er geht davon aus, dass der Hypnotismus nie das Gemeingut der Ärzte werden könne. Der Vorteil, den der praktische Arzt im Vergleich zum Berufshypnotiseur habe, sei sein Überblick über die langjährige und kontinuierliche Entwicklung seiner Patienten. Dieses wichtige Element fehle dem Berufshypnotiseur.

Im zweiten Abschnitt des Vortrags diskutiert Binswanger die Heilerfolge der hypnotischen Methode. Die Wirkung der hypnotischen Methode liegt für Bins-

¹⁵⁷ Binswanger (1892), S. 3.

¹⁵⁸ Binswanger (1892), S. 3.

¹⁵⁹ Binswanger (1892), S. 4.

¹⁶⁰ Binswanger (1892), S. 4.

¹⁶¹ Binswanger (1892), S. 4.

wanger darin, dass „die Suggestionen direkt auf die Psyche resp. deren Träger, das Gehirn, wirken.“¹⁶²

Eine Indikation für Suggestivtherapie sieht er „auf dem Gebiet der functionellen nervösen Störungen und Krankheiten.“¹⁶³ Diese böten für die Suggestivtherapie zwei Angriffspunkte von hoher Wichtigkeit: die Bekämpfung von Schmerzen und die Beseitigung von Schlaflosigkeit. Heilerfolge würden insbesondere bei nervösen Sensationen, Kopfschmerzen und Parästhesien erzielt. Bei „heftigen und andauernden Schmerzattaquen“ bleibe die hypnotische Methode unwirksam.

Hier bezieht sich Binswanger auf die Untersuchungen von Ringier¹⁶⁴ und Moll.¹⁶⁵ Diese hätten Studien zur mangelnden Wirkung des therapeutischen Hypnotismus bei starken Schmerzen vorgelegt, zum Beispiel bei einer Ischias-symptomatik sowie bei Cardialgie. Heftiger Schmerz als Leitsymptom einer Neuralgie verhindere den Eintritt des Schlafes. Somit werde die Methode undurchführbar. Schmerzfreiheit sei die Voraussetzung für die Wirkung der Hypnose. Binswanger erwähnt die Behauptung von Hypnotisuren, auch Neuralgien heilen zu können, wenn der Schlaf tief genug sei.

Eine sehr wichtige Beobachtung stellt für Binswanger die Tatsache dar, dass bei Vorliegen eines hysterischen oder neurasthenischen Krankheitsbildes Schmerzen durch Hypnose ausgeschaltet werden könnten, da sie im Gegensatz zum körperlich bedingten Schmerz, wie bei den Neuralgien, psychisch bedingt seien.

Binswanger wendet sich nun der Hauptfrage seines Vortrages zu: „Wir haben nun die wichtigste Frage zu beantworten: welche Bedeutung der Suggestivtherapie bei der Behandlung der Hysterie und Neurasthenie zukommt.“¹⁶⁶

Binswanger formuliert seine persönliche Meinung zur Anwendbarkeit der Hypnose bei Hysterie und Neurasthenie mit folgenden Worten: „Wir möchten unsere Meinung dahin abgeben, dass es eine sehr schwere, zeitraubende Arbeit ist,

¹⁶² Binswanger (1892), S. 4.

¹⁶³ Binswanger (1892), S. 4.

¹⁶⁴ Ringier, Georg: Erfolge des therapeutischen Hypnotismus in der Landpraxis. Mit einem Vorwort von August Forel, München 1891.

¹⁶⁵ Albert Moll: Der Hypnotismus, Berlin 1889.

¹⁶⁶ Binswanger (1892), S. 9.

die Hypnose bei Hysterischen und Neurasthenischen anzuwenden.“¹⁶⁷ Bei der Hysterie ist nach Binswangers Erfahrung die Wirkung der Suggestivtherapie rein temporär und nicht nachhaltig.

Die Therapie erweise sich deswegen als äußerst schwierig, weil die Patienten auf eine Weise unzugänglich seien, sodass ein Appell an ihre Willensenergie ergebnislos bleibe. Binswanger erläutert seine Ansicht über die mangelnde Wirksamkeit der Suggestivtherapie bei Hysterie und Neurasthenie anhand von zwei ausführlichen Patientenbeispielen.

Hinsichtlich der Wirksamkeit hypnotischer Therapie erörtert er noch drei weitere Krankheitsbilder: Morphinismus, Alkoholismus und die Neurose mit Zwangs-ideen.¹⁶⁸ Auch hier greift Binswanger auf seine klinische Erfahrung mit Patienten zurück und berichtet über seine eigenen Beobachtungen.

Zum Abschluss seines Vortrages zieht Binswanger folgendes Fazit: Die Suggestivtherapie erweise sich in den Fällen, in denen sie indiziert ist, als „äußerlich schwer zu handhaben und im Verhältnis zu ihren praktischen Schwierigkeiten von zu seltenen und nicht genügenden Erfolgen begleitet“.¹⁶⁹

An eine Verallgemeinerung dieser Methode ist für Binswanger nicht zu denken. Ihre Wirkung sei zu unsicher. Wenn der Arzt eine Versuchsperson vor sich habe, wisse er nicht, „ob dieselbe überhaupt hypnotisierbar sei, oder bis zu welchem Grade oder zu welcher Wirkung“.¹⁷⁰

Die therapeutische Wirksamkeit des Hypnotismus bleibt nach Binswangers Meinung hochgradig individuell. Selbst bei spezialisierten Kollegen bestehe keine Übereinstimmung hinsichtlich der Frage, wie tief der Hypnotisierungsgrad sein sollte, damit eine therapeutische Wirkung eintreten kann.

Den Hypnotismus mit weiteren zeitgenössischen Therapiemethoden wie zum Beispiel Elektrotherapie oder Hydrotherapie vergleichend gibt Binswanger diesen beiden Verfahren eindeutig den Vorzug, da sie eine „absolut sichere physiologische Wirkung besitzen“.¹⁷¹

¹⁶⁷ Binswanger (1892), S. 9.

¹⁶⁸ Binswanger (1892), S. 13.

¹⁶⁹ Binswanger (1892), S. 15.

¹⁷⁰ Binswanger (1892), S. 15.

¹⁷¹ Binswanger (1892), S. 16.

Binswanger beendet seine Ausführungen, indem er einen positiven Aspekt der Suggestivtherapie betont. Sie sei ein Beitrag zur Weiterentwicklung der psychischen Methode. Der Vortrag endet mit einem Bekenntnis zu seiner persönlichen ärztlichen Überzeugung. Das wichtigste Prinzip in der Therapie besteht für Binswanger darin, „den Kranken durch das lebendige Wort anzufeuern, seinen Willen dadurch direkt zu kräftigen, ihm einen moralischen Halt zu geben, der ihn wieder Geduld und Vertrauen fassen lässt.“¹⁷² Der letzte Satz ist ein Plädoyer an die Ärzteschaft, den großen Aufwand an Mühe und Zeit doch weniger der Suggestivtherapie, sondern vielmehr dem „Traitement Moral“ zukommen zu lassen, welches für den Patienten um so vieles wertvoller sei, da dies in sehr vielen Fällen von dauerndem Erfolg begleitet sein werde.¹⁷³

Die in seinem Vortrag erörterten Problemfelder thematisiert Robert Binswanger auch in einem Brief an Otto Binswanger, weshalb abschließend aus diesem Brief zitiert werden soll.

Binswanger fasst die kritischen Leitfragen seines Vortrags nochmals für seinen Bruder zusammen.

- 1) Hilft der Hypnotismus bei physischem Schmerz?
- 2) Woher kommt der kolossale Widerspruch zwischen den Berufshypnotiseuren und dem einfachen Praktiker?

Er verdeutlicht dem Bruder seine Auffassung über die Unzuverlässigkeit des Hypnotismus, indem er ihm ein Beispiel aus seiner klinischen Erfahrung nennt: „Im Falle des Patienten F.¹⁷⁴ gelang trotz großer Anstrengung die Herbeiführung einer Hypnotisierung nicht.“¹⁷⁵

Robert Binswanger bekennt Otto Binswanger gegenüber folgende Grundüberzeugung: „Ich möchte mich nicht dagegen wenden, dass der Hypnotismus überhaupt nichts hilft. Dafür sind zu zahlreiche beglaubigte Fälle vorhanden. Sondern, dass er zu selten, zu unberechenbar hilft, dass absolut sichere Indi-

¹⁷² Binswanger (1892), S. 16.

¹⁷³ Binswanger (1892), S. 16.

¹⁷⁴ UAT 441, Patient Nr. 594.

¹⁷⁵ UAT 443/198 und 443/ 198 Nr. 39, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 25.12.1891.

cationen fehlen, kurz, dass er aus den verschiedensten Gründen kein Heilmittel für den Practiker jemals werden kann.“¹⁷⁶

2.4.7.2 Aufsatz zur Irrengesetzgebung

Mit großem Engagement beteiligte sich Robert Binswanger in der Kommission zur Bearbeitung einer „Schweizerischen Irrengesetzgebung“.

In den Materialien des Binswanger-Archivs findet sich ein Aufsatz Robert Binswangers in der „Monatszeitschrift für Psychiatrie und Neurologie“ vom Jahr 1897 mit dem Titel: „Die Vorarbeiten zu einer schweizerischen Irrengesetzgebung.“ In diesem Aufsatz setzt er sich kritisch mit den Grundsätzen für ein eidgenössisches Irrengesetz auseinander, die im Rahmen eines Gesetzesentwurfes vom Verein der Schweizer Irrenärzte im Oktober 1895 ausgearbeitet worden waren.¹⁷⁷

Binswanger betont die Notwendigkeit, eine zentrale psychiatrische Aufsichtsbehörde in den schweizerischen Kantonen zu schaffen. Er erwähnt, dass bereits zwei Entwürfe erarbeitet worden seien. Der erste Entwurf stamme von August Forel und versuchte, aus der schottischen Irrengesetzgebung einen Entwurf für schweizerische Verhältnisse abzuleiten. Der zweite Entwurf stammt von Speyr (1852–1939), der in der Sitzung in Chur 1893 über die leitenden Grundsätze im neuen eidgenössischen Strafgesetzbuch aus psychiatrischer Perspektive referiert habe.

Er erwähnt, dass Wille in einer Versammlung in Solothurn 1896 über die gerichtsärztlichen Fragen der Irrengesetzgebung gesprochen habe, und lobt das Engagement der dort anwesenden Juristen: „Von unschätzbarem Wert war es, dass die beiden juristischen Professoren Stoß und Huber den geschilderten Bestrebungen ihre volle Unterstützung angedeihen ließen.“¹⁷⁸

Binswanger definiert das eigentliche Ziel der Irrengesetzgebung: Durch eindeutige juristische und ärztliche Regelungen sollen die bestehenden Missstände in der Versorgung der geisteskranken Patienten abgebaut werden. Der unmittel-

¹⁷⁶ UAT 443/198 und 443/198 Nr. 39, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 25.12.1891.

¹⁷⁷ Genaueres zur schweizerischen Irrengesetzgebung Ende des 19. Jahrhunderts und zur Rolle Binswangers dabei bei Würthner (2007).

¹⁷⁸ Binswanger (1897), S. 135.

bare Anlass der Ausarbeitung dieses Gesetzes besteht für Binswanger in der „Thatsache, dass auch in der Schweiz große Zahlen von Geisteskranken in durchaus unwürdiger Weise [...] gepflegt werden in obskuren, großen sogenannten ländlichen Pflegeanstalten, denen die staatliche Kontrolle zum größten Teil fehlt.“¹⁷⁹ Dann stellt Binswanger in seinem Text die Grundbestimmungen vor, die Pflege, den Schutz und die Beaufsichtigung der Geisteskranken betreffen. Als Diskussionsvorlage für die „Kommission für Geisteskranke“ sollen folgende Grundbestimmungen dienen:

1. Die Definition der Geisteskrankheit
2. Die Definition der Anstalt
3. Die Leitung der Anstalt und das Aufsichtsorgan

In einem gesonderten Punkt werden die Aufgaben der Kommission für Geisteskranke abgehandelt. Dieser Absatz erfordert besondere Aufmerksamkeit, weil hier Kompetenzen und Aufsichtsmöglichkeiten beschrieben werden, die der „Kommission für Geisteskranke“ zukommen sollen. Die Kommission soll alle Geisteskranken überwachen, die unter das Gesetz fallen und von denen sie durch die Anzeigepflicht Kenntnis erhält, ein Register über sie führen, darauf achten, dass der vorgeschriebenen Anzeigepflicht nachgekommen wird und die Einrichtung und den Betrieb aller Anstalten für Geisteskranke überwachen. Regelmäßig sollen unangekündigte Kontrollbesuche durchgeführt werden, mindestens zweimal im Jahr, bei Tag oder bei Nacht. Bei diesen Kontrollbesuchen soll das Augenmerk besonders auf Verpflegung, Reinhaltung der Kranken sowie auf ihre Behandlung durch die Pfleger und Ärzte und auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen gerichtet werden. Weiterhin soll die Kommission überprüfen, dass „kein Geisteskranker länger als nötig gegen seinen Willen eingeschlossen bleibe,“ und gegebenenfalls die sofortige Freilassung verfügen. Sie soll einer Verwahrlosung entlassener Geisteskranker entgegenwirken und die Aufsichtspflicht über als gefährlich eingestufte Kranke regeln sowie im Zweifelsfall über die Entlassung Geisteskranker aus der Anstalt entscheiden. Die Kommission soll die Wochenberichte der Anstalten entgegen-

¹⁷⁹ Binswanger (1897), S. 135.

nehmen, Aufnahmen und Entlassungen prüfen und für Beschwerden Geisteskranker und ihrer Angehörigen zuständig sein. Zu den Aufgaben der Kommission sollen die Begutachtung und die Genehmigung neuer Privatanstalten, das Erteilen mündlicher und schriftlicher Verwarnungen und Rügen sowie das Anzeige erstatten bei Verstößen gegen ihre Auflagen gehören.

Die Pflichten, die den Anstalten für Geisteskranke zukommen sollen, werden ebenfalls erläutert.

„Die Anstalten übergeben der Kommission ein vollständiges Verzeichnis mit genauen Angaben über Zivilstand, Namen, Heimatort, Wohnort sowie einen Überblick über die Diagnose ihrer Krankheit. Bei der Entlassung muss der Zustand des Kranken vermerkt werden, in geheilt, gebessert oder ungebessert.“

Der nächste Abschnitt wendet sich der Frage nach den Aufnahmebedingungen von Geisteskranken in Anstalten zu. Die Aufnahme in die Anstalt solle über das Zeugnis „eines patentierten Arztes, der den Grund für die Aufnahme nachweist, erfolgen.“ Ein solches ärztliches Zeugnis müsse auf einer persönlichen Untersuchung des Arztes beruhen, die nicht älter als 14 Tage zurückliegen dürfe. Wenn eine sofortige Aufnahme im Interesse des Kranken bei gleichzeitigem Wunsch eines Ehegatten oder auf Veranlassung der Polizeibehörde des Wohnorts erforderlich sei, dürfe die Aufnahme mit einfachem ärztlichem Zeugnis provisorisch als Notfall gestattet werden.

Mechanische und chemische Zwangsmittel sollten auch in der Privatpflege nur unter fachmännischer Leitung angewendet werden dürfen. Auf die Darstellung dieses Entwurfs zur Irrengesetzgebung folgt ein längerer Kommentar Robert Binswangers. In einem längeren Absatz wendet sich Binswanger heftig gegen pharmazeutische Versuche an geisteskranken Patienten: „Wir möchten bei dieser Gelegenheit auch noch darauf hinweisen, wie sehr unsere Geisteskranken da und dort benützt werden, um alle Mittel, welche die pharmaceutische Börse Tag für Tag auf den Markt wirft, an ihnen auszuprobieren und wie die daraus gewonnenen Resultate insofern falsch sind, als die betreffenden Mittel bei Geistesgesunden ganz anders wirken. Und doch werden die in den Irrenanstalten mit den Medikamenten erzielten Effekte fröhlich generalisiert und die Mittel

allen Kranken empfohlen, [...] in den Irrenanstalten ausprobiert und dann als harmlos und vorzüglich wirkend in die allgemeine Praxis eingeführt.“¹⁸⁰

Binswangers fortschrittlicher Entwurf wurde am 23. Oktober 1895 vom Verein schweizerischer Irrenärzte angenommen.

2.4.7.3 Eine psychiatrische Studie zu Karl Stauffer-Bern

1894 veröffentlicht Robert Binswanger in der „Deutschen Revue“, einer Zeitschrift, die sich selbst als „Rundschau über alle Gebiete des Wissens und Lebens, geschrieben von den berufensten Gelehrten, Staatsmännern und Dichtern“ bezeichnet, eine Pathographie über Karl Stauffer-Bern.¹⁸¹

Der bereits mit 33 Jahren jung verstorbene Maler ist vor allem im Bereich des Porträts als eine der bedeutendsten Künstlerpersönlichkeiten seiner Generation anzusehen. Das Gesamtwerk von Stauffer-Bern entstand zwischen 1875 und 1891.



Abbildung 11: Karl Stauffer-Bern (1857–1891)

Als Maler, Radierer und Zeichner hat er Charakteranalysen von großer Ausstrahlungskraft geschaffen. Autodidaktisch schuf er auch Radierungen von subtiler Qualität. Stauffer-Bern wechselte mit großem Eifer von einem Tätigkeitsgebiet zum anderen und vollbrachte künstlerische Höchstleistungen. Sein eindringlicher Naturalismus traf den Geschmack einer wohlhabenden Gesellschaftsschicht im Berlin der Gründerzeit, die sich gern von ihm porträtieren ließ.

¹⁸⁰ Binswanger (1897), S. 143.

¹⁸¹ In Vorbereitung: Quarz, Melanie: Robert Binswangers pathographischer Versuch über den Maler Karl Stauffer-Bern.

Er malte zum Beispiel die Dichter Gustav Freytag und Gottfried Keller. Auch Lydia Welte-Escher, Tochter von Alfred Escher, Schwiegertochter des Bundesrates Emil Welte und Mäzenin von Stauffer-Bern, saß ihm für ein Porträt Modell. Stauffer-Bern ist vor allem durch aufsehenerregende Spekulationen hinsichtlich einer Beziehungsaffäre mit Lydia Welte-Escher ins Bewusstsein der Öffentlichkeit eingegangen. Die bis heute nicht restlos aufgeklärten Ereignisse waren und sind Gegenstand mehrerer Bücher und Artikel.¹⁸²

Im Bewusstsein der Öffentlichkeit verband sich der Name Stauffer-Bern vor allem mit seiner Tätigkeit als bedeutender Künstler und hervorragender Bildnis-maler des 19. Jahrhunderts. Über seine Motivation, eine psychiatrische Studie über einen Mann, dem er nie begegnet ist, zu verfassen, schreibt Robert: „Schon früh ist mir die Geisteskrankheit Stauffer's zur unumstößlichen Gewissheit geworden. Ich habe seitdem nicht nur danach gestrebt, über dieselbe mehr Einzelheiten in Erfahrung zu bringen, um wieder eine Künstlerpsychose von Grund aus kennen zu lernen, sondern habe auch ununterbrochen das innere Bedürfnis gefühlt, dem unglücklichen Kranken zu einer gerechten Beurteilung zu verhelfen.“

2.4.7.4 Über einen Fall von totaler retrograder Amnesie

Binswanger stellte in dieser Publikation aus dem Jahr 1902 die Patientengeschichte des Herrn S. L. vor, bei dem die Zuordnung einer sicheren Diagnose schwerfiel. Der Patient wurde im März 1891 ins Bellevue übernommen.

Die verschiedenen Symptome, Krankheitsstadien, das Auf und Ab der Beschwerden wurden von Binswanger über die ganze Lebensgeschichte des Patienten hinweg notiert, beginnend mit der Zeit seiner Kindheit bis zum Zeitpunkt seines Aufenthalts im Bellevue. Das Gesamtbild, das sich daraus ergab, lässt sich folgendermaßen zusammenfassen.

Ohne erkennbare äußere Anlässe habe der Patient zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr Anzeichen von Nervosität entwickelt. Binswanger erklärt dies als Folge angestrebter geschäftlicher Tätigkeit. Das zuvor phänomenale Ge-

¹⁸² Siehe Joseph Jung (Hrsg.) (2008): Lydia Welte-Escher. Ein gesellschaftspolitisches Drama. Selbstzeugnisse, Briefe und neue Erkenntnisse und Willi Wottreng (2005): Die Millionärin und der Maler. Die Tragödie Lydia Escher und Karl Stauffer.

dächtnis habe nach dem 40. Lebensjahr durch Erschöpfung nachgelassen. Es sei zu Symptomen von Dysphorie gekommen. 1890 habe sich der Patient aus dem Geschäftsleben zurückgezogen. Nachdem bereits zuvor „deutliche Platzangst, Schwindel, Ohnmachtsanfälle und starke Ticks im Gesicht“ aufgetreten seien, habe sich während eines Kuraufenthalts eine Episode zugetragen, die Binswanger in seiner Anamnese detailliert beschreibt. Nach einem heißen Bad am Morgen habe sich ein Delir entwickelt. Es sei zu einem Verwirrtheitszustand mit Verkennung gekommen. Bewusstseinsverlust habe mit Konvulsionen gewechselt. Nach einwöchigem Abstand sei erneut ein Verwirrtheitszustand aufgetreten. Der Patient sei agitiert gewesen, habe alles zerschlagen wollen und habe sich im Bordell geglaubt.

Daraufhin sei er in die städtische Irrenanstalt gebracht worden, wo er sich beruhigt habe und nach einer Woche Aufenthalt ins Bellevue zurückgekommen sei. Nach seiner Wiederaufnahme im Bellevue erhob Binswanger einen Status praesens und versuchte, eine Diagnose zu formulieren. Dabei konzentrierte er sich auf die Amnesie des Patienten, dessen auffälligstes momentanes Krankheitssymptom. Es zeigte sich, dass die Amnesie einen langen Zeitraum betraf – 15 Monate.

Auf die Bestandsaufnahme folgen diagnostische Erwägungen. Binswanger bezieht sich auf die Diagnose eines Psychiaters in Nizza, die Delir maniaque lautet.

Weil die Symptomatik und der Krankheitsverlauf recht komplex und schwer diagnostisch einzuordnen waren, entschloss sich Binswanger, den Patienten der „Schweizerischen Psychiaterversammlung“ vorzustellen, um deren Urteil zu hören.

„Ich führte aus, dass der Patient in den ersten Tagen seines hiesigen Aufenthaltes uns wegen seines läppischen euphorischen und vergesslichen Wesens den Eindruck eines hochgradigen Schwachsinnigen gemacht habe.“¹⁸³

Aus den Unterlagen ergibt sich, dass Forel Hysterie diagnostizieren wollte. In der abschließenden Diskussion konnten sich die anwesenden Kollegen nicht

¹⁸³ Binswanger (1902), S. 87–95.

auf die Diagnose Epilepsie einigen, da die über Monate hinweg andauernde Amnesie des Patienten dagegen sprach.

Der weitere Verlauf dieses Falls ergab jedoch, dass Robert Binswanger mit seiner Anfangsdiagnose Epilepsie recht hatte. Diese Diagnose bestätigte sich aufgrund der „objektiven Schilderung des gut beobachtenden Wärters“, der während eines Petit-mal-Anfalls zugegen war, bei dem nach einer Aura mit Geschmacks- und Geruchshalluzinationen Unorientiertheit, Konvulsionen und Bewusstseinsverlust mit anschließender Amnesie auftraten.

Binswanger diskutiert in diesem Zusammenhang die These Ribeaus hinsichtlich eines Zusammenhanges zwischen Epilepsie und Amnesie.

„Der Umstand, dass bisher die langandauernde retrograde Amnesie als typisch für die Hysterie galt und, wie wir oben gesehen als differentiell-diagnostisches Moment zwischen ihr und der Epilepsie aufgestellt wurde, schien mir unserem Falle eine gewisse Wichtigkeit zu verleihen.“¹⁸⁴

Binswanger verfolgt die aktuelle Diskussion zu ähnlichen Fällen, wie sie zum Beispiel von Strümpel (1853–1925) in der „Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde“ Bd. VII und von Alzheimer (1864–1915) im selben Jahr in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie“ Bd. 53 publiziert worden waren.

Binswanger rekonstruiert die therapeutischen Bemühungen Forels und Alzheimers und erwähnt die „Bemühungen“, die innere Entstehung der Amnesie zu klären, wobei sich bisher kaum eine „plausible Hypothese ergeben habe.“¹⁸⁵

Zum Abschluss der Fallbeschreibung weist Binswanger darauf hin, dass sich bei seinem Patienten ein psychotisches Krankheitsbild nach einer längeren Phase der Epilepsie entwickelt habe. Die Darstellung dieses Falls erweise sich durch die Vielfältigkeit der wechselnden Krankheitsbilder als außergewöhnlich.

2.4.7.5 Kleinere wissenschaftliche Veröffentlichungen

Im Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte von 1891, Nr. 20, wird auf Robert Binswangers Behandlungsmethode bei einer lebensbedrohlichen Nahrungsverweigerung bei einer jungen akut psychotischen Frau hingewiesen. Seine

¹⁸⁴ Binswanger (1902), S. 87–95.

¹⁸⁵ Binswanger (1902), S. 87–95.

Vorgehensweise war, die erregte und hochgradig verwirrte Patientin in einem lauwarmen Bad mit kalten Übergießungen zu behandeln und ihr nach darauf folgend eingetretener Ruhe sofort eine Mahlzeit verabreichen zu lassen, die die Patientin auch mit Appetit zu sich nehmen konnte. Wiederholte Prozeduren dieser Art zeigten einen deutlichen Erfolg in Form von Gewichtszunahme von 4 Pfund pro Woche.

In einem Diskussionsbeitrag während der Jahressitzung des Vereins deutscher Irrenärzte in Leipzig vom 16. bis 17. September 1894 bestätigte Binswanger anhand eigener Untersuchungen die von Mendel gefundenen pathologischen Veränderungen der Ganglienzellen der Hirnrinde bei Paralytikern. Allerdings fand er nicht die von Mendel beschriebenen gelben Exsudate. Binswanger betonte vor allem die Veränderungen der „Kernkörperchen“,¹⁸⁶ die er als „zerklüftet und zerrissen“ beschrieb. Die Ganglienzellen selbst seien nie komplett, sondern eher „nesterweise“ von dem pathologischen Zerfallsprozess ergriffen gewesen.

Bei den Mitteilungen Robert Binswangers von der Herbstversammlung des ärztlichen Centralvereins in Olten im Herbst 1891 handelt es sich um eine kurze Zusammenfassung klinischer Mitteilungen ärztlicher Kollegen mit eigenem Erfahrungsbericht. Robert Binswanger notierte das Problem der Nahrungsverweigerung bei jungen Frauen im Gefolge einer Psychose. Dr. Mercklin,¹⁸⁷ Sekundararzt der Irrenanstalt Rothenberg-Riga hatte einen Infusionsapparat improvisiert und eine Kochsalzlösung subkutan infundiert. „Kalte Übergießungen“ im warmen Bad hatten einen belebenden Effekt. Im letzten Absatz notierte Robert Binswanger seine eigene Erfahrung mit einer äußerst unruhigen jungen Frau.

2.4.8 Lebensentwicklung im privaten Bereich

2.4.8.1 Ehe und Familie

Robert lernte im Jahr 1871 seine spätere Frau Bertha kennen. Sie war Gesellschafterin weiblicher Pensionäre im Bellevue. Ihr Bruder war der Verlobte von

¹⁸⁶ Vermutlich handelt es sich dabei um Zellkerne.

¹⁸⁷ Im Bellevue in den Jahren 1879–1880 tätig. Vgl. FAB Nr. 240.

Roberts ältester Schwester Anna, die mit 23 Jahren an Tuberkulose verstorben war.

Bertha wurde wie eine Tochter in die Familie aufgenommen und sogar im Testament mit einer Summe bedacht.

Ludwig Binswanger schreibt: „Mit dem Tode meiner heißgeliebten Tochter Anna am 22. April 1872 erlosch alle Hoffnung auf deren Ehestand mit dem herrlichen Bräutigam Hasenclever. Da mit diesem Todesfalle der muthmaßliche Erbtheil der übrigen 4 Kinder sich mehrt, und die Rente der caisse paternelle für Anna selig (nahezu 100 frs jährlich) fortläuft, so würde mir in Übereinstimmung mit meiner lieben Frau Herzenssache, die liebe Bertha Hasenclever, Schwester des Bräutigams, welche seit Annas Erkrankung bis heute in unserem Hause weilt, und sich bei den weiblichen Pensionären als Gesellschafterin etc. sehr nützlich erweist, wenn auch nicht als Tochter zu adoptieren, ihr aber doch allmählig einen Vermögensstand von 10-15000 frs. zu verschaffen, entweder als Aussteuer zur Heirath oder als Nothpfennig für spätere Tage. Heute habe ich mit Einhändigung einer bad[ischen] Bankactie, Werth c. Gulden 400, begonnen, und wünsche im Falle früheren Ablebens, dass meine Familie nach Verhältnis sich der lieben Bertha annehme.“¹⁸⁸

Die Hochzeit zwischen Robert Binswanger und Bertha Hasenclever fand am 30.12.1876 in Freiburg statt.¹⁸⁹

Aus dieser Ehe gingen fünf Kinder hervor: Anna, geboren am 20. Oktober 1877, der spätere Anstaltsleiter Ludwig, geboren am 13. April 1881, Otto, geboren am 20. Juni 1882, Bertha, geboren am 20. Dezember 1884, und Robert (Rolli), geboren am 5. Januar 1892.

Bertha Binswanger unterstützte ihren Mann bei der Versorgung der Kranken. Dies taten im Übrigen alle Familienmitglieder, „die die nötigen geistigen Fähigkeiten und Neigungen zum psychiatrischen Hilfsdienst hatten“.¹⁹⁰ Bertha wird als gütige und starke Persönlichkeit beschrieben, die bei allen beliebt war.¹⁹¹ Ihr Leben wurde weitgehend von der Lebensaufgabe ihres Mannes geprägt.

¹⁸⁸ FAB Nr. 22: Geh. Finanzbuch, S. 15.

¹⁸⁹ FAB: Tagebuch Jeanette Binswanger, Eintrag v. 30.12.1876.

¹⁹⁰ FAB Nr. 351.

¹⁹¹ FAB Nr. 12.

Anfangs lebte das Paar im Bellevue, seit 1884 abgeschieden, 20 Minuten von Kreuzlingen entfernt, auf Schloss Brunnegg. „Bertha und ich sind seit Wochen genießbar, weil das Haus leer ist, u. wir gar nichts zu thun haben. Wir gehen sehr viel in Gesellschaft.“¹⁹²

Aus den Briefen Roberts an seinen Bruder Otto erfahren wir private Angaben über familiäre und persönliche Belange des Ehepaares. Ende 1887 lassen Briefe an Bruder Otto Dissonanzen in der Ehe erkennen.

„Es gibt wohl keinen merkwürdigeren Contrast, als dass ich am heutigen Tage, an dem ich Dir den drohenden Bankrott meiner eigenen Ehe mittheilen muss, Dir eine Ehestandpredigt gehalten habe.“ Nachdem bekannt geworden war, dass Robert mit einer Patientin, Frau M., häufigen und vertrauten Kontakt gepflegt hatte, drohte seine Frau mit Scheidung. „Nachdem Bertha mir zuerst erklärt, dass ich mit Frau M. 4 händig spielen könne, so viel ich wolle, u. nachdem sie selbst diese Dame anfangs mit Liebenswürdigkeiten überschüttet, wandte sie plötzlich ihren Sinn u. wurde gegen Frau M. unartig.“¹⁹³

Man kann vermuten, dass Roberts und Frau M.s vertrautes Verhältnis Bertha Binswanger in Verzweiflung gestürzt hatte. Binswanger forderte sie energisch auf, im Hinblick auf das Wohl der Kinder weiter mit ihm zusammenzuleben.

Sie musste annehmen, dass ihr Mann sich der anderen Frau zugewandt hatte, und versuchte sich dagegen zu wehren, dass ihr der Mann entglitt. „Ich habe B. heute erklärt, welche von Scheidung, Trennung u. Gerichten sprach, dass ich mir meiner Pflichten gegen sie u. die Kinder wohl bewusst sei, dass ich von ihr im Interesse der Letzteren absolut verlange, dass sie mit mir weiter lebt.“

Robert Binswanger äußerte sogar, dass sie die Verantwortung für etwaige durch eine Scheidung verursachte Schäden bei den Kindern zu tragen habe, wenn sie nicht aufhöre, den Namen der Frau M. zu beschimpfen, da er dies auch als Beschimpfung seines eigenen Namens ansehe.

Otto kritisierte in seinem Antwortbrief offensichtlich das Verhalten seines Bruders (die Briefe Ottos sind nicht erhalten), und Robert Binswanger schrieb in

¹⁹² UAT 443/198 und 443/198, Nr. 5, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 21.1.1882.

¹⁹³ UAT 443/198 und 443/198, Nr. 25, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 18.12.1887.

einem späteren Brief schon etwas gemäßiger: „Da von einem Principium nicht mehr die Rede ist, werde ich meinen Cultus weitertreiben, ohne mich zu vergessen und sollte er mich zu sehr packen, dann hoffe ich noch die Kraft zu haben, ihn plötzlich abubrechen.“¹⁹⁴

In späteren Briefen ist von ehelichen Dissonanzen keine Rede mehr, und im Januar 1892 wird dem Ehepaar Binswanger noch ein fünftes Kind geboren, so dass angenommen werden kann, dass die Ehekrise vorübergehend war und die Eheleute bis zu Berthas frühem Tod harmonisch zusammengelebt haben.

Im Jahr 1894 erkrankte Bertha Binswanger an Brustkrebs. Spezialisten, Prof. Cahn in Straßburg, Prof. Socin und Prof. Krönlein in Zürich behandelten sie. Ihre Erkrankung erwies sich als nicht heilbar. Seinen damaligen Seelenzustand beschreibt Robert mit den Worten: „Mir hilft nur die Einsamkeit. Seit Wochen sammle ich mich in einsamen Stunden. Das gibt meiner Seele Ruhe, u. ich gewinne wieder die nöthige Spannkraft. Laßt mich jetzt u. einige Zeit über das Grab hi-naus allein. Hernach kehre ich in's Leben zurück.“¹⁹⁵

Knapp 4 Wochen später, am 31. August 1896, starb Bertha Binswanger im Alter von 49 Jahren und hinterließ 5 halbwüchsige Kinder, denen von nun an die Mutter fehlte.

Rückblickend charakterisierte Robert seine erste Frau: „Sie war die beste Mutter, die beste Freundin und Helferin ihrer Kranken und die beste Organisatorin des Hauses. Machtvoll, mit sicherem Blick und emsiger Hand, von unermüdlichem Fleiß und seltener Hingabe beseelt, sehen wir sie durch Gärten und Häuser wandeln.“¹⁹⁶

Ein Jahr nach Berthas Tod gründete Robert Binswanger mit Marie Luise Reiners, verw. Meyer, aus Bremen eine neue Familie. Aus dieser Ehe gingen zwei weitere Kinder hervor, Paul Eduard, geboren am 8. Juni 1898, und Herbert Adolf Heinz, geboren am 7. September 1900.

¹⁹⁴ UAT 443/198 und 443/198, Nr. 25, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 11.1.1888.

¹⁹⁵ UAT 443/198, und 443/198, Nr. 62, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 22.7.1896.

¹⁹⁶ FAB 137.

2.4.8.2 Das Verhältnis Robert und Otto Binswangers im Spiegel ihrer Korrespondenz

Innerhalb des im Binswanger-Archiv befindlichen Materials bilden die Briefe Roberts an seinen Bruder ein Zeitdokument von besonderer Bedeutung.¹⁹⁷ Die 91 unveröffentlichten Briefe aus den Jahren 1880 bis 1905 gewähren Aufschluss über Roberts persönlichen und beruflichen Werdegang, seine praktische und wissenschaftliche Arbeit, seine finanzielle Situation, die Entwicklung der Anstalt sowie über bauliche Veränderungen. Nicht zuletzt ermöglichen die Briefe dem Leser Einblick in Binswangers unermüdliche Anstrengung zur Aufrechterhaltung und Erweiterung des Asyls.

Bei der Bearbeitung des Briefwechsels fallen die sich über Jahre wiederholenden oftmals verzweifelten Bitten auf, die Robert an seinen Bruder Otto, Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Jena, richtete, die Leitung der Anstalt gemeinsam zu führen. Bereits 1881, kurz nach dem Tod des Vaters, teilte Robert Binswanger seinem Bruder Otto in Jena mit: „Glaube mir, oft wünsche ich Dich definitiv hierher, damit Du die Verantwortung des Laufs mit mir theilen könntest. Ich glaube, ich würde noch einmal so ruhig leben, wenn Du auch hier wärest. Das Schwere ist ja stets die Verantwortung für die kleinsten und größten Dinge im Hause.“¹⁹⁸

Im Herbst 1884 fühlte sich Robert Binswanger offenbar gesundheitlich so angeschlagen, dass er ernsthaft erwog, die Leitung der Anstalt abzugeben: „Mein Gesundheitszustand hat sich allmählig derart gestaltet, daß ich ernstlich daran denken muss, mich von meinem Berufe zurückzuziehen. Ich kann dies aber nicht thun, wenn ich nicht die Gewissheit habe, dass Du an meine Stelle trittst u. unser Institut weiter führst. Ich kann Dir hiezu freilich keinen anderen Termin stellen als Ende Wintersemester 1884/85, bis zu welcher Zeit Du gewiss Deine Entlassung in Jena erhalten wirst. Es ist endlich die Zeit gekommen, wo ich Deine Rückkehr nach Hause verlangen muss u. die ganze Art unserer beiderseitigen geschäftlichen Stellung, in der Du ja meinen compagnon[!] repräsen-

¹⁹⁷ UAT 443/181 und UAT 443/198.

¹⁹⁸ UAT 443/198 und 443/198, Nr. 2, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 8.1.1881.

tirst, berechtigt meine Forderung vollständig. Du musst nie vergessen, dass unser Papa uns Beide testamentarisch so gut bedacht hat, weil er wollte, dass Beide das Institut weiter führen. Da Du ja selbst einen Ausspann von 1 Jahre von mir wünschst, so kann dies nur geschehen, wenn Du zu Hause bist. Eine solche Anstalt, die auf dem Blüthepunct steht wie die unsrige, kann man nicht ohne Haupt lassen. Mich wird man, so bald ich auf lange Zeit fort gehe, im Publicum für abgethan erklären, also kannst nur Du für mich eintreten, um dies zu repariren. Du bist überhaupt für uns nothwendig, denn es gehört Deine Kraft dazu, das Institut zu halten. Ich merke an Vielem, wie schwach ich geworden.“¹⁹⁹

Immer wieder aufs Neue appelliert Robert an Otto, im Hinblick auf das väterliche Erbe Verantwortung zu übernehmen. In einem Brief an Otto in Jena schreibt er beispielsweise am 8. September 1884: „Gehe mit Dir ins Gericht, wie weit Dein Familiensinn Dir geblieben u. mit welcher Stärke Du an dem Werke Deines Vaters, unserem blühenden Institut, welches er Dir ebenso sehr anvertraut als mir, hängst. Erwähne Dich an diesem Tage des Spruches: Was Du ererbt von Deinen Vätern hast, erwirb es, um es zu besitzen.“

Zu diesem Zeitpunkt war der jüngere Bruder Otto bereits Privatdozent für Psychiatrie in Jena.

Otto Binswanger schien jedoch nicht daran gedacht zu haben, die Universitätsklinik Jena zu verlassen. Seine Reaktion auf Roberts ermahnende Briefe beschränkte sich darauf, gelegentlich Patienten nach Kreuzlingen zu überweisen. Deutlich geht aus den Briefen hervor, dass sich Robert von Anfang an durch die Leitung des Asyls und die anfallenden Baumaßnahmen überlastet fühlte. Nach 20 Jahren erfolgloser Bitten, nach Kreuzlingen zurückzukehren, forderte Robert schließlich seinen Bruder auf, auf seinen Anteil an Besitz und Ertrag der Klinik zu verzichten.

Otto Binswanger kehrte erst 10 Jahre nach Robert Binswangers Tod nach Kreuzlingen zurück.

¹⁹⁹ UAT 443/198 und und 443/198, Nr. 11, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 8.9.1884.

2.4.8.3 Erschöpfung unter der Last eines schwer zu tragenden Erbes. Die Entwicklung von Robert Binswangers Gesundheitszustand

Robert Binswangers Gesundheitszustand lässt sich anhand der Archivadokumente sehr genau verfolgen.

Mit 30 Jahren übernahm Robert Binswanger die Leitung der Anstalt und musste zweierlei Anforderungen gleichermaßen Rechnung tragen: dem wirtschaftlichen Erfolg und dem medizinischen Fortschritt.

Die aufreibende tägliche Arbeit im Bellevue, die große Verantwortung für das Erbe des Vaters im psychiatrischen Bereich, der Bau neuer Gebäude, Modernisierungsmaßnahmen auf dem Gelände des Bellevue, die Weiterentwicklung neuer psychiatrischer Ansätze, die politischen und gesellschaftlichen Verpflichtungen zehrten Roberts Energie mehr und mehr auf.

Bereits 1883 machte er eine Kur im Stephanienbad in Karlsruhe, „einem Sanatorium für nervöse Hechte,“²⁰⁰ von wo er seinem Bruder schrieb: „Wie soll ich arbeiten können? Es summt u. spricht ja förmlich in meinem Kopfe drinnen, so sehr bin ich zu Hause praerecupirt. Jetzt bin ich 9 Tage fort, u. die Erregung hat noch nicht nachgelassen. Den 25 ten August soll ich einrücken.“²⁰¹ Wie soll ich bei der Batterie bleiben können, da ich nicht nur vom Reiten, sondern wie z.B. hier von einem 1 ½ stündigen Spaziergang, ‚Kopfdruck‘ mit schlafloser Nacht habe?“²⁰²

Erschöpfungszustände traten schon früh auf, ebenso häufige Migräneanfälle.

Robert beschreibt eine zunehmende „Resistenzlosigkeit“, sieht sich als „schwachnervigen, ängstlichen Hypochonder,“ der in eine stumpfe Resignation verfällt.

Robert Binswangers inneres Gleichgewicht wurde im Alltag größeren Belastungen ausgesetzt und früh in Mitleidenschaft gezogen. Nach einem neuntägigen Ausflug schreibt er an seinen Bruder: „Seit ich zu Hause bin, trage ich mein Leid wieder still für mich, alle meine Sorgen, Qualen u. Befürchtungen. Ich leide

²⁰⁰ UAT 443/198 und 443/198, Nr. 9, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 22.06.1883.

²⁰¹ Einrückbefehl zum Militärdienst.

²⁰² UAT 443/198 und 443/198, Nr. 9, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 22.6.1883.

eigentlich psychisch mehr. Der Schlaf ist nicht gerade schlecht, aber die Mühle, die mir unter Tags im Kopfe herum geht, verlässt mich in meinen Träumen nicht. So fehlt mir jede Erquickung am Morgen.“²⁰³

Nach einem arbeitsreichen Tag mit ärztlichen und wirtschaftlichen Aufgaben fühlt er sich abends „sehr innervirt[!]“ mit dem Bedürfnis, starke Spirituosen zu trinken. „Bier trinke ich viel weniger, meist 5/4 Liter per Abend. Es macht mich gar nicht mehr müde. Chloral habe ich in den letzten 14 Tagen ca. 6 gr. genommen.“²⁰⁴

Er zieht es immer wieder vor, in der Abgeschiedenheit und Ruhe Brunneggs zu leben: „Hier in Brunnegg oben fühle ich mich wohl, resp. ruhig u. angenehm. Der Gedanke, hier oben wohnen zu können u. von allem Unnöthigen befreit zu sein, ist mir höchst verlockend.“²⁰⁵

Bereits nach Übernahme der leitenden Stellung im Bellevue scheint Robert sich nicht mehr in der Lage zu sehen, den Anforderungen seines Berufes und seiner Stellung weiter entsprechen zu können. Er schreibt seinem Bruder: „ich bin furchtbar müde u. sehne mich so sehr fort.“²⁰⁶

Aus den Dokumenten geht hervor, dass er an Gastritis, Magenulzera, Diabetes und Gicht erkrankte. Eine vorübergehende Besserung von Roberts stark angegriffenem Gesundheitszustand ließ sich durch strikt eingehaltene Ruhephasen und Diät erreichen. Abstand und Ausgleich fand Robert Binswanger im gesellschaftlichen Leben und auf Reisen. Er unternahm ausgedehnte Reisen durch ganz Europa, besuchte Kuranstalten und wurde auf diese Weise zu einem Kosmopoliten von weltmännischem Auftreten.

2.5 Zur Geschichte des Bellevue

Die Villa Bellevue wurde im Jahr 1843 als zweistöckiges Wohn- und Geschäftshaus erbaut. In der Zeit des Vormärz diente das Gebäude als Exilantendrucke-

²⁰³ UAT 443/198 und 443/198, Nr. 10, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 14.11.1883.

²⁰⁴ Ebenda.

²⁰⁵ UAT 443/198 und 443/198, Nr. 10, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 14.11.1883.

²⁰⁶ UAT 443/198 und 443/198, Nr. 12, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 5.10.1884.

rei²⁰⁷. 1857 erwarb es Ludwig Binswanger, um daraus eine „Privatanstalt für heilfähige Kranke und Pfleglinge aus den besseren Ständen der Schweiz und des Auslandes“²⁰⁸ zu machen.



Abbildung 12: Das Haus Bellevue im Jahr 1857

Das Gebäude stand frei, inmitten eines weitläufigen Geländes und war umgeben von einem schönen Areal von Garten- und Wiesenlandschaft.

In seiner Ansprache, gehalten bei der Einweihungsfeier von „Neu Bellevue“, blickt Robert Binswanger zurück und erinnert sich an die bescheidenen Anfänge der Anstalt: „In meiner Erinnerung taucht ein kalter Märzabend des Jahres 1857 auf, an dem meine Eltern meine Geschwister und mich, jünger als der Kleinste unter Euch, in die noch im Umbau begriffene alte Bellevue geführt, buchstäblich unter Heulen und Zähneklappern.“²⁰⁹ Jeanette Binswanger vermerkte in ihrem Tagebuch: „Einzug in Bellevue Chaos. Der ganze Sommer tumultuarisch mit Bauten u. Einrichtung, doch von Anfang an gerne hier.“²¹⁰

Bereits drei Wochen nach Eröffnung des Asyls am 27. März 1857 wurden sechs Patienten im Bellevue behandelt.²¹¹ Die räumliche Enge im Haus musste baldmöglichst durch einen Neubau behoben werden.

²⁰⁷ Hier sei auf das Buch von Heinz Bothien (1998) verwiesen.

²⁰⁸ Kreuzlinger Mosaik (1991), S. 149.

²⁰⁹ FAB 22: Ansprache gehalten bei der Einweihungsfeier v. Neu-Bellevue am 2.8.1901.

²¹⁰ FAB 22: Geh. Finanzbuch, S. 3.

²¹¹ UAT 442/226.

1863 wurden auf den Speisesaal zwei Stockwerke aufgesetzt und somit Platz für fünf weitere Patienten geschaffen. Binswanger vermerkte stolz: „1863. Ein ergiebiges Jahr, in welchem ich das Hinterhaus um zwei Stockwerke erhöhte, eine eiserne Garteneinzäunung anlegte, ½ Rebberg kaufte, und das ganze Haus neu mit Ölfarbe bestreichen ließ, ferner neue elegante Möbel-Einrichtungen besorgte, in diesem und dem folgenden Jahre.“²¹²

Im Jahr 1865 wurde ein größeres Ökonomie- und ein Gewächshaus gebaut, ein Bach verlegt, eine Wiese zugekauft. 1869 konnte weiteres angrenzendes Land²¹³ erworben werden. Ein Mittelbau mit zwölf zusätzlichen Zimmern für die Hospitalisierung unruhiger Patienten wurde 1870 realisiert.²¹⁴

Smidt beschreibt jedoch im Rückblick diese Räumlichkeiten als noch sehr unzureichend: „Unter den beschränkten alten Verhältnissen war es kaum möglich, die gesellschaftsfähigen Patienten von den unsozialen genügend zu scheiden. Vorkehrungen, um unruhige und selbstmordverdächtige Kranke angemessen zu isolieren, waren nur in ganz bescheidenem Maaßstabe im Mittelbau erstellt worden. Sie genügten keineswegs, den Kreis der familiär Zusammenlebenden von störenden Kranken frei zu halten.“²¹⁵

Jeanette Binswanger vermerkt in ihrem Tagebuch am 28. April 1871 einen Krankenbestand von 28 Pensionären.²¹⁶

Um den steigenden Bedarf an Räumlichkeiten und Krankenzimmern zu decken, wurde im Jahr 1873 das Nachbarhaus „Harmonie“ gekauft.²¹⁷

Im folgenden Jahr erwarb Ludwig Binswanger für seine Familie in Emmishofen ein schönes Landgut mit Villa und nannte es Brunnegg.²¹⁸ Nach Umbau und schlossähnlicher Umgestaltung sollte das Haus vier Jahre später Ludwig Binswangers Familie als Alterssitz dienen. Seit 1884 wurde die Villa von Robert Binswanger und seiner Familie bewohnt. Gelegentlich wurden dort auch Patienten²¹⁹ untergebracht.²²⁰

²¹² FAB 22: Geh. Finanzbuch.

²¹³ FAB 21: TB 3, S. 37, Tagebucheintrag Ludwig Binswangers im März 1865.

²¹⁴ FAB 22: Geh. Finanzbuch, S. 15.

²¹⁵ FAB Nr. 351.

²¹⁶ FAB: Tagebuch Jeanette Binswanger, Eintrag v. 28.4.1871.

²¹⁷ FAB 21:TB 3, S. 40, Tagebucheintrag Ludwig Binswangers im Jahr 1874.

²¹⁸ FAB 21:TB 3, S. 40, Tagebucheintrag Ludwig Binswangers im Jahr 1874.

²¹⁹ UAT 441, Patient Nr. 427 und Patientin Nr. 463.

2.5.1 Das Bellevue im Zeitraum 1876–1880

Im Jahr 1877 konnte ein Gewächshaus angelegt und im Mittelbau das Parterre umgebaut werden.²²¹ Nachdem der Patientenstand im Jahr 1879 durchschnittlich 40 Personen betrug, wurde ein weiteres Gebäude genützt: die Villa Landegg auf der gegenüberliegenden Seite der Hauptstraße.²²²

1880 bestand das Bellevue aus vier Gebäuden: Bellevue, Mittelbau (auch Dépendance genannt), Harmonie und Landegg. In den Jahren nach Übernahme der Direktorenschaft durch Robert Binswanger erneuert dieser das ursprünglich für eine überschaubare Anzahl von Patienten eingerichtete Bellevue. Robert Binswanger verwandte alle verfügbaren Mittel dazu, der zunehmenden Frequenz entsprechend, fast von Jahr zu Jahr neue Räume der Anstalt durch Neubau oder Kauf hinzuzufügen.²²³

Bis zum Jahr 1900 wurden weitere 12 Villen sowie ein Ökonomiegebäude, eine Orangerie und eine Kegelbahn errichtet. Somit gelang es Robert Binswanger, das Bellevue den Bedürfnissen der Kranken entsprechend umfassend zu modernisieren und zum „vornehmsten und besteingerichtetsten Institut zur Behandlung von Nerven- und Gemütskranken“ auszubauen.²²⁴

2.5.2 Aufnahmebedingungen, Reglement und Organisatorisches im Bellevue

In dem dokumentarischen Material aus dem Familienarchiv finden sich Aufnahmebedingungen der Anstalt Bellevue unter der Leitung Robert Binswangers²²⁵. Hieraus gehen folgende Organisationsprinzipien der Anstalt Bellevue hervor: Es wird unterschieden zwischen Patienten, die sich selbstständig versorgen können, und Patienten, die „einer speziellen Aufsicht bedürfen, d.h. eines Privatwärters resp. Wärterin für Tag und Nacht“²²⁶. Für die selbstständigen Patienten beträgt der tägl. Pensionspreis 12,50 frcs. Dieser Preis umfasst: „Ein Zimmer, erstes und zweites Frühstück, Mittagessen, Nachmittagskaffee, A-

²²⁰ FAB 307: Bericht Robert Binswanger über das Bellevue.

²²¹ FAB 22: Geh. Finanzbuch.

²²² Herzog (1995), S. 2.

²²³ FAB Nr. 351.

²²⁴ FAB Nr. 351.

²²⁵ FAB 442/364.

²²⁶ FAB 442/364.

bendessen, ärztliche Behandlung, Bäder und Arzneien, Beleuchtung und Beheizung.“²²⁷

Für die zu beaufsichtigenden Kranken beträgt der tägliche Pensionspreis 20 frcs. für zwei Zimmer, Verköstigung, ärztliche Behandlung, Therapien, Beleuchtung und Beheizung. „Eine Privatwartung ist in allen Fällen nothwendig, in denen Depressionszustände mit Angstgefühlen vorherrschen und bei Kranken, welche nicht im Stande sind, sich selbst zu dirigiren.“

Sonderwünsche führten zu einer Erhöhung des Pensionspreises.

Als Grundsatz der Anstaltsführung im Bellevue gilt eine möglichst scharfe Trennung zwischen „schweren und leichten“ Kranken. Die schwereren Fälle werden in zwei Villen, die sich in einer gewissen Distanz zu den Hauptgebäuden innerhalb einer Parkanlage befinden, untergebracht.²²⁸

„Die Nervenkranken bilden mit den Ärzte-Familien einen Gesellschaftskreis, für welchen der Speise- und der Conversationsaal in Bellevue sowohl für die Mahlzeiten als für den allgemeinen Verkehr den Mittelpunkt bildet.“²²⁹ Auch der Sommersitz der Familie, Villa Brunnegg, kann als Aufenthaltsort für Patienten dienen.

In den Aufnahmebedingungen wird betont, dass für die Patienten zur täglichen Konversation Billardzimmer, Damen- und Bibliothekszimmer zur Verfügung stehen. Für sportliche Aktivitäten können Kegelbahn und Croquetplatz genutzt werden.

In jeder Villa werden Einrichtungen für einfache und elektrische Bäder, Hydrotherapie und Massage von geschultem Personal angeboten. Ein besonderes Elektrisierzimmer ergänzt das Angebot. Es wird hingewiesen auf die benachbarte Seebadeanstalt, die von den Bellevue-Bewohnern besucht werden kann. Ausdrücklich erwähnt werden die landschaftlichen Vorzüge des Bellevue, das umgeben ist von einer Reihe „schöner Aussichtspunkte.“²³⁰

²²⁷ Unter der Leitung Ludwig Binswangers betrug der tägliche Pensionspreis 10 frcs. „Die Pension beträgt 10 sfr. täglich für ärztl[iche] Behandlung, Arzneien, Bäder u[nd] gute Ration nebst gewöhnlicher Bedienung.“ Vgl. Ermächtigungserklärung vom 16. Juni 1877 zwischen den Angehörigen einer Patientin und Ludwig Binswanger. UAT 441, Patientin Nr. 434.

²²⁸ Vgl. FAB 442/364.

²²⁹ Vgl. FAB 442/364.

²³⁰ Vgl. FAB 442/364.

Ein Reglement der Anstalt Bellevue unter der Leitung Robert Binswangers stammt aus dem Jahr 1898. Das Reglement gibt Auskunft über die Leistungen, die von den Patienten in Anspruch genommen werden können.

Zunächst werden die Bestandteile des ersten und zweiten Frühstücks vermerkt. „Das erste Frühstück besteht aus Tee, Kaffee oder Cacao mit Butter und Brödchen. Das zweite Frühstück besteht aus 1-2 Eiern oder einem belegten Brödchen und einer Tasse Bouillon. Erstes und zweites Frühstück können auch kombiniert werden.“²³¹

Nach dem Reglement ist es gestattet, das Frühstück auch auf dem Zimmer einzunehmen. Der Nachmittagskaffee bzw. -tee findet im Saal statt, außer wenn ein Patient auf ärztliche Verordnung im Zimmer bleiben soll. Die Hauptmahlzeiten finden im Bellevue um 12.30 und 19.30 Uhr im Speisesaal statt, wobei Ausnahmeregelungen möglich sind.

Für Pensionäre, welche alle Mahlzeiten auf dem Zimmer einnehmen, wird der gesamte Pensionspreis mit der Verwaltung vereinbart. Wenn auf Wunsch „erhebliche Veränderungen an diesem Reglement getroffen werden“, kann der gesamte Pensionspreis ebenfalls mit der Verwaltung individuell festgelegt werden.

²³¹ FAB 442/364.

3 Material und Methode

3.1 Quellen

3.1.1 Überblick

Das Material, das sich seit 1986 im Besitz des Universitätsarchivs Tübingen befindet, besteht aus gedruckten und ungedruckten Archivalien²³² von großem wissenschaftlichem Wert.²³³ Für die Untersuchung und Auswertung des Zeitraums 1.1.1876–31.12.1880 sind die für jeden Patienten angelegten Krankenakten (UAT 441/401-515) von Bedeutung. Eine weitere wichtige Quelle ist das Aufnahmebuch oder Personale II (UAT 442/2). Das Hauptbuch enthält Angaben über die Aufenthaltskosten fast aller Patienten. Die Einträge beginnen 1858 und enden 1885. Das Geheime Finanzbuch enthält Ludwig Binswangers finanzielle Situation seit seiner Heirat mit Jeanette Landauer im Jahr 1848 bis zu seinem Tod im Jahr 1880. Der Schriftverkehr Robert Binswangers mit den Angehörigen der Patienten wird in den „Copie-büchern“ aufbewahrt. Die Briefe des Fünfjahreszeitraums 1876–1880 füllen einen Band. Band Nummer 1 beginnt im Jahr 1875 und endet im 1884.

Bei den Tagebüchern Ludwig Binswangers handelt es sich um drei fortlaufende eigenhändig geführte Hefte, die den Zeitraum 1843-1879 umfassen. Im Tagebuch der Jeanette Binswanger befinden sich vorrangig Eintragungen privater und familiärer Natur; sie verzeichnet darin aber auch Ereignisse, die unmittelbar mit der Anstalt Bellevue in Verbindung stehen. In ihrer ersten Eintragung hält Jeanette Binswanger den Geburtstag ihres Gatten am 25. Juni 1820 fest; das Tagebuch endet mit der Notiz der Geburt des Enkelkindes Anna am 20. Oktober 1877.

²³² Kranken- und Verwaltungsakten der Klinik, Familienarchiv sowie Nachlass von Ludwig Binswanger junior.

²³³ Vgl. Hirschmüller, Schäfer (1999), S. 42.

In der vorliegenden Arbeit habe ich aus dem dritten Tagebuch Ludwig Binswangers und aus dem Tagebuch Jeanette Binswangers familiäre Ereignisse Robert und Otto Binswangers Werdegang betreffend zitiert.

Briefe aus dem Briefwechsel der Brüder Robert und Otto Binswanger (UAT 443/181 und 443/198) geben Hintergrundinformationen über das Leben und Wirken der Familie Binswanger. Angaben zu Diagnosen finden sich in den von Hermann Smidt angelegte Karteikarten mit Diagnosen „Blaue Couverts“ (UAT 442/10).

3.1.2 Krankenakten

In den Krankenakten der Anstalt Bellevue wird in unterschiedlichem Umfang die handschriftliche Korrespondenz aufbewahrt, die über den jeweiligen Patienten im Rahmen der Behandlung geführt worden ist.

In den uns vorliegenden administrativen Dokumenten des Bellevue wird in den Jahren 1876 bis 1880 eine Anzahl von 116 Patientenaufnahmen verzeichnet.

Die erhaltenen 116 Akten verteilen sich unregelmäßig auf den untersuchten Zeitabschnitt. Dabei handelt sich um die Aufnahmeummern 401 bis 515.

Bei den Patienten mit der Aufnahmeummer 401, 407, 409, 412, 413, 414, 421, 424, 425, 438, 448, 468, 472, 477, 483, 491, 500 sind keine Dokumentenmappen und somit auch keine schriftlichen Unterlagen vorhanden.

Vermutlich sind diese Akten im Laufe der Zeit verloren gegangen. Eher unwahrscheinlich ist, dass Akten auf Aufforderung der Familie des Patienten vernichtet wurden. Bei Mehrfachaufnahmen liegen die Folgeakten meist bei der Erstaufnahme, manchmal liegt die Erstaufnahme bei den Folgeakten. Die Krankenakte mit der Nummer 418 wurde in in die Mappe 342, Nr. 429 in 755, Nr. 456 in 376, Nr. 470 in 320, Nr. 476 in 376, Nr. 457 in 751, Nr. 471 in 755, Nr. 475 in 2503, Nr. 490 in 1376, Nr. 509 in 3559, Nr. 551 in 510 gelegt.

Die Akten einiger Patienten, die mehrere Jahre bis Jahrzehnte im Bellevue hospitalisiert worden sind, sind in mehreren Dokumentenmappen archiviert.

Beispielsweise werden die sehr umfangreichen Unterlagen einer Langzeitpatientin meines Zeitraums, Frau Agnes Carolini H., in 2 Aktenkonvoluten unter der Aktennummer 495a und 464 aufbewahrt. Diese an Dementia praecox

schwer erkrankte Patientin²³⁴ wurde im Alter von 30 Jahren im Jahr 1879 ins Bellevue aufgenommen und verblieb dort 42 Jahre lang, bis sie im Jahr 1921 in die „Reichenau“ bei Konstanz verlegt wurde. Somit erlebte diese Patientin 3 Generationen von Psychiatern: den Anstaltsgründer Ludwig Binswanger senior, dessen Sohn Robert und Ludwig Binswanger junior.

In der Krankengeschichten wurden persönliche Daten des Patienten, seine Anamnese, der Aufnahmebefund, die Therapieanordnungen des behandelnden Arztes, der Verlauf der Krankheit und der Therapieausgang notiert. Dies ist jedoch nicht bei allen Krankengeschichten der Fall.

Teilweise fehlen einzelne der genannten Einträge gänzlich. In der Patientenakte mit der Aufnahme Nummer 474 liegt keine Krankengeschichte vor, lediglich ein Brief der Mutter ist noch vorhanden.

Oft wurden Eintragungen, insbesondere bei längeren Patientenaufenthalten, nur unregelmäßig und in großen zeitlichen Abständen vorgenommen. Eine systematische Führung der Krankenakte, einen standardisierten Aufnahme- oder Anamnesebogen – wie er in einigen Irrenheilanstalten üblich war – gab es im Bellevue zunächst nicht. Erst im Jahr 1890 wurden im Bellevue vorgedruckte Bögen zur Notierung von Anamnese und Untersuchung verwendet.

3.1.3 Personale II

Das DIN A5 große Buch mit dem Titel „Personale II“ umfasst 182 Seiten und diente in den Jahren 1871 bis 1878 als Aufnahmebuch des Bellevue. Auf einer jeweiligen Doppelseite werden Eintragungen vorgenommen über Aufnahme datum („Eintritt“), Aufnahme Nummer, Namen des Patienten, Wohnort, Alter, Konfession, Ehe, Beruf (Stand), Hinweise auf eine erbliche Veranlagung „Hereditäre Anlage“, „Entlassungsdatum“ sowie „Bemerkungen“.

Die am linken äußeren Rand des Aufnahmebuchs mit Tinte geschriebenen Zahlen sind durch abweichende Bleistifteintragungen korrigiert. Diese Bleistifteinträge stimmen mit den Nummerierungen auf den Krankengeschichten überein. Die beschriebenen Einteilungen, Tabellen und Überschriften finden

²³⁴ UAT 441, Patientin Nr. 495.

sich nicht durchgängig im Personale II.

In dem von mir untersuchten Zeitraum 1876 bis 1880 liegen Einträge beginnend mit der Aufnahme Nummer 401 in der Handschrift des Anstaltsgründers Ludwig und seiner Söhne Robert und Otto Binswanger vor. Mit Einträgen zum Patienten mit der Aufnahme Nummer 427 endet das Personale II.

Beim Betrachten dieses Aufnahmebuches fallen mehrere handschriftliche Bleistift-Unterstreichungen auf. Im Anschluss an die anamnestischen Angaben mehrerer Patienten²³⁵ finden sich eine mit blauem Fettstift geschriebene Bemerkung „Progressive Paralyse“. Im Schriftvergleich ist die Handschrift Robert Binswangers erkennbar. Ich vermute, dass sich Robert Binswanger in den 80er und 90er Jahren mit der Progressiven Paralyse befaßt und aus diesem Grund alte Akten retrospektiv durchgemustert hat. Dabei hat er vermutlich in Vorbereitung eines Vortrags für die Jahressitzung des Vereins deutscher Irrenärzte in Leipzig vom 16 bis 17. September 1884 Fälle von Progressiver Paralyse notiert. In seinem Diskussionsbeitrag bestätigte Binswanger anhand eigener Untersuchungen pathologische Veränderungen der Ganglienzellen der Hirnrinde bei Paralytikern.²³⁶ Auch viele Jahre später scheint ihn das Krankheitsbild weiterhin zu beschäftigen. Am 18. März 1902 schreibt er an seinem Bruder Otto folgenden Brief: „Lieber Otto! Die reichliche Muße hier, im Gegensatz zu Rom, machte mir die Lectüre Deiner Paralysearbeit²³⁷ willkommen u. ich komme Deinem Wunsche hiemit nach, Dir mein Urtheil über sie abzugeben. Das kleine opus ist frisch u. überzeugend geschrieben, klar u. deutlich. Es zeichnet sich durch einige Besonderheiten aus, welche ich gleich anführen will u. um deren willen ich wünschen würde, es käme mehr in psychiatrische Kreise. [...] So weit ich die Literatur kenne, ist in dem Capitel: stadium prodromale, das Verhältnis von Syphilis u. Paralyse am klarsten dargelegt. [...] Ich kann mit einigen ausgezeichneten Belegen aufwarten. Ebenso mit Fällen, in denen keine lues vor-

²³⁵ Patientin Nr. 412, Patient Nr. 423, Patient Nr. 426.

²³⁶ UAT 443/198 Nr. 63, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 18.03.1902; vergl. Kap. 2.4.7.5.

²³⁷ Binswanger, Otto (1906), S. 59–112.

hergegangen.²³⁸ Robert Binswanger scheint die Publikation Ottos sehr genau gelesen zu haben. Er finden sich handschriftliche kommentierende Markierungen in Bleistift,²³⁹ auf die er in seinen brieflichen Ausführungen ausführlicher zurückkommt. Er macht Angaben zu Initialsymptomatik, neurologischen Ausfällen und Besonderheiten der Sprach- und Lesestörung bei der Progressiven Paralyse im Vergleich zur Neurasthenie.

In meinem vorliegenden Untersuchungszeitraum stammen die handschriftlichen Eintragungen im Personale II nicht nur von Ludwig Binswanger persönlich. Auch seine Söhne Robert und Otto Binswanger haben sich während kürzerer oder längerer Aufenthalte im Bellevue als ärztliche Mitarbeiter ihres Vaters aktiv am Anstaltsleben beteiligt. Das Datum dieser Einträge lässt uns den Zeitpunkt ihrer Tätigkeit im Bellevue rekonstruieren.

Aus der umfangreichen Dissertation über Leben und Werk Otto Binswangers, verfasst von Annette Braunsdorf, ist bekannt, dass dieser nach seinem Medizinischen Staatsexamen in Zürich 1874/75 ein neunmonatiges Praktikum in der Privatanstalt des Vaters in Kreuzlingen absolviert. Im Anschluß an dieses Praktikum arbeitet Otto Binswanger in den Jahren 1875 bis 1878 als Assistenzarzt bei Th. Meynert in Wien und bei Ludwig Meyer in Göttingen.²⁴⁰

Aufgrund weiterer handschriftlicher Einträge ist zu vermuten, dass Otto Binswanger auch in dieser Zeit periodisch im Bellevue weilte und gelegentlich in der Anstalt seines Vaters mitarbeitete.

Otto Binswanger notiert am 12. September 1876 mehrere Einträge zu Patienten mit den Aufnahmeummern 409 und 410. Für einen weiteren Patienten mit der Aufnahmeummer 414 verfasst er am 6. Oktober 1876 weitere Einträge. Am 15. und 16. Oktober 1876 macht er wiederum Angaben zu Patienten mit den Aufnahmeummern 403, 406, 411 und 413.²⁴¹

Robert Binswanger scheint nach Aufnahme seiner Tätigkeit als Stellvertreter seines Vaters im Bellevue am 1.1.1877 ebenfalls das Aufnahmebuch Personale

²³⁸ UAT 443/198 Nr. 63, Brief Robert Binswangers an seinen Bruder Otto vom 18.03.1902.

²³⁹ Binswanger, Otto (1906), auf den Seiten 72, 77, 84, 85, 89f., 92 und 99.

²⁴⁰ Vergl. Braunsdorf (1988), S. 88.

²⁴¹ UAT 442/2

II für seine Einträge benutzt zu haben. Für das Jahr 1877 notiert er für zwei Patienten mit der Aufnahme­nummer 426 und 427 eine ausführliche Anamnese und den Status praesens. Bei einer Patientin mit der Aufnahme­nummer 420 findet sich sogar ein Briefentwurf in der Handschrift seiner Frau, Bertha Binswanger. Dies weist darauf hin, dass sich Bertha Binswanger als Mitarbeiterin ihres Mannes aktiv am Anstaltsleben beteiligt hat. Der geringe Umfang der Einträge in der Handschrift Robert Binswangers ist ein Hinweis darauf, dass Robert Einträge in den Krankenakten bevorzugt haben muss, um darin ausführliche Angaben zur Anamnese, zu Status praesens und Verlauf der Krankheit zu machen.

Der Umfang der Eintragungen in den einzelnen Handschriften ist unterschiedlich und reicht von vollständig beschriebenen oder unbeschriebenen Seiten bis hin zu Seiten, die bis auf die personenbezogenen Daten und Überschriften leer bleiben.

Die fortlaufenden Aufnahme­nummern stimmen nicht immer mit der zeitlichen Reihenfolge des Einzugs im Sanatorium überein. Dies dürfte ein Hinweis dafür sein, dass auch die Eintragungen im Personale II nicht in jedem Fall am Tag der Aufnahme eines Patienten, sondern zu einem späteren Zeitpunkt nachgetragen werden.

3.1.4 Das Aufnahmebuch

Das Aufnahmebuch stellt eine Fortsetzung des früher auch als „Personale II“ bezeichneten Buches dar und enthält Angaben zu den Aufnahmen derjenigen Patienten, die zwischen Mai 1877 und Dezember 1894 aufgenommen wurden. Das handschriftliche Etikett ist gut zu lesen: „III Aufnahme-Buch. No. 436 – No. 1302. Mai 1877 – Dez. 1894.“

Das Aufnahmebuch, das die Patientendaten ab Mai 1877 enthält, hat von Hand beschriebene Rubriken. Von links nach rechts gelesen sind folgende Rubriken vorhanden: „Eintritt“, „No.“, „Name“, „Wohnort“, „Alter“, Conf[ession], „Ehe“, „Stand“, „Austritt“, „Bemerkungen“.

Unter der Aufnahme­nummer 436 wird am 21. Mai der Eintritt eines 26 Jahre alten verheirateten Kaufmanns aus Kempten notiert. Unter der Rubrik „Austritt“ wurde die Diagnose Melancholie vermerkt. Unter der Rubrik „Bemerkungen“ wurde das Datum der Entlassung notiert.

Ähnlich wie im Personale II findet sich auch im Aufnahmebuch hinter dem Namen einzelner Patienten²⁴² eine mit blauem Holzstift geschriebene Bemerkung „P“ oder „Paral.“ als Abkürzung für „Progressive Paralyse“. Diese Hervorhebungen mit blauem Holzstift enden im Jahr 1883.

3.1.5 Kopier-Bücher

Die ausgehende Korrespondenz Binswangers wurde als Direktkopie in den „Copie-Büchern“ archiviert. Hierbei handelt es sich um schwere, jeweils etwa 1000 Blätter starke Bände mit vorgedruckten Seitenzahlen. Die Bände enthalten Direktkopien der Schreiben der Anstalt Bellevue vor allem an die Angehörigen und bisherigen Ärzte der Patienten.

Die Briefe des Fünfjahreszeitraums 1876 bis 1880 finden sich im ersten Band.²⁴³ Sie sind ausschließlich in der Handschrift Robert Binswangers verfasst und enthalten Briefe²⁴⁴ Robert Binswangers an die Angehörigen der Patienten. Darin finden sich in einzelnen Fällen einzigartige Dokumente sehr persönlicher Mitteilungen Robert Binswangers, sodass dem heutigen Leser Einblicke in Roberts Gefühle, in sein ärztliches Denken und Handeln möglich wird.

3.1.6 Smidsche Diagnosekartei

In mehreren Kartons finden sich von Dr. Hermann Smidt um das Jahr 1910 angelegte Karteikarten, auf denen er für jeden Patienten eine Diagnose nennt. Diese Diagnosen wiederum sind zur besseren statistischen Auswertung in ein Diagnoseschema (Diagnoseschlüssel 2) eingefügt. Da im Personale II und im Aufnahmebuch nicht immer eine Diagnose genannt wird, sind diese Dokumente sehr wertvoll. Zwar wurden die Diagnosen hier in einem gewissen zeitlichen

²⁴² UAT 441, Patienten Nr. 445, Nr. 447, Nr. 454, Nr. 477, Nr. 508, Nr. 544, Nr. 550, Nr. 562, Nr. 581, Nr. 586.

²⁴³ UAT 442/52.

²⁴⁴ Vgl. Kap. 4.2.2.3., S. 138.

Abstand vergeben, aber da Smidt als Schwager und langjähriger Mitarbeiter Binswangers mit dessen Diagnoseschema vertraut war und ab Aufnahme seiner ärztlichen Tätigkeit im Bellevue im Jahr 1883 die meisten Patienten persönlich kannte, kann von einer einheitlichen und zeitgemäßen Diagnosevergabe ausgegangen werden.

3.2 Auswertungsmethode

Aufgabe dieser Arbeit ist die Auswertung der in den Jahren 1876 bis 1880 angelegten Krankenakten der Anstalt Bellevue in Kreuzlingen. Dies geschieht nach quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten. Es wird einerseits die Patientenschaft der Anstalt, andererseits die diagnostische und therapeutische Vorgehensweise im Bellevue betrachtet. Sämtliche Ergebnisse werden im nächsten Kapitel dargestellt und soweit möglich mit Grafiken veranschaulicht.

Die Erschließung der Krankenakten des Gesamtbestandes der Patienten im Bellevue erfolgte in vier Schritten. In einem ersten Schritt, durchgeführt vom Universitätsarchiv Tübingen, wurden für die Verwaltung im Universitätsarchiv die Basisdaten Signatur, Name, Alter und Jahr der ersten stationären Behandlung in der Binswangerschen Anstalt erhoben. Der zweite Schritt war die Ergänzung der Basisdaten aller bis 1950 aufgenommenen Patienten um die den Aufnahmebüchern entnehmbaren Angaben wie Aufnahme- und Entlassdaten, Beruf, Familienstand, Herkunftsort, Konfession, Diagnose und Therapieausgang. In einem dritten Schritt wurden diese Angaben mit den in den einzelnen Krankenakten angegebenen Daten abgeglichen und ergänzt, gleichzeitig wurden die Akten auf ihre weiteren vorhandenen Materialien geprüft und diese ebenfalls registriert. Im letzten Schritt, der eigentlichen wissenschaftlichen Aufarbeitung im Rahmen einer Reihe fortlaufender Dissertationen, wurden für die qualitative Auswertung der Anfangsjahre sämtliche Krankengeschichten gelesen und transkribiert. Für den vorliegenden Zeitraum 1876 bis 1880 wurden ebenfalls alle Akten durchgesehen und die bereits erhobenen Daten nochmals kontrolliert und gegebenenfalls korrigiert oder ergänzt.

Für die Erhebung der Sozialdaten wurden somit sämtliche Patienten, die in diesem Zeitraum in die Anstalt eintraten, erfasst. Es handelt sich hierbei um insgesamt 116 Aufnahmen, die unter den Aktennummern 401 bis 515 vorliegen. Die

quantitative Auswertung stützt sich also wie in den früheren Arbeiten auf den Gesamtpatientenbestand des betreffenden Untersuchungszeitraums.

Für den Untersuchungszeitraum 1876 bis 1880 wurden hierzu die vorhandenen Akten durchgesehen. Von 21 der 116 Pensionäre existiert keine Krankenakte mehr, die Angaben zu diesen Patienten entstammen den Aufnahmebüchern.

Die Eingabe der Daten erfolgte in eine TUSTEP-Datenmaske. Bei TUSTEP handelt es sich um ein in Tübingen entwickeltes Textverarbeitungsprogramm, das für dieses Projekt die Möglichkeit bietet, strukturierte Daten nach beliebigen Kategorien zu ordnen oder zu sortieren. Eine Umwandlung der Seiten in eine Word-Datei und Ausgabe als solche ist möglich.

Die TUSTEP-Datenmaske enthält eine beliebige Anzahl beliebig großer Felder. Für die Auswertung der Krankenakten wurden folgenden Rubriken eingerichtet: Aufnahmeummer, Aufnahme- und Entlassdatum, Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Alter bei Aufnahme, Wohnort, Herkunftsland, Familienstand, Konfession, Beruf, Aufnahme- und Entlassungsdiagnose, Diagnoseschlüssel, einweisender Arzt, behandelnder Arzt, Therapie, Therapieausgang und zuletzt ein Feld für die beiliegenden Briefe und eins für Besonderheiten. Diese Rubriken wurden, soweit es mit dem überlieferten Material möglich war, ausgefüllt und unter Zuhilfenahme von Excel-Tabellen dann quantitativ ausgewertet. Zwar ist die Datenmenge zu gering, um eine valide statistische Evaluation zu ermöglichen; dennoch ergeben sich anschauliche Werte und die Ergebnisse ermöglichen einen Vergleich mit den Sozial- und Medizinaldaten anderer Krankenanstalten.

Für die qualitative Auswertung wurden 37 Akten komplett transkribiert. Aufgrund des umfangreichen Aktenmaterials musste eine Auswahl getroffen werden. Es wurde vereinbart, dass jeder Doktorand die gleiche Aktenmenge von ungefähr 20 Regalzentimetern transkribiert. Um eine repräsentative Stichprobe zu erhalten, wurde jede zweite Akte ohne vorherige inhaltliche oder formale Prüfung ausgewählt und – da die Akten ausschließlich handschriftliche, in deutscher Kurrentschrift verfasste Dokumente enthalten – teilweise mühevoll entziffert. Diese Transkriptionen wurden inhaltlich ausgewertet und nach Angaben zu diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen untersucht. Dabei werden

die Krankengeschichten hinsichtlich der verschiedenen Fragestellungen nach Konzepten, Krankheitsbildern und Therapien betrachtet; es wird versucht, aus diesen authentischen Quellen Antworten abzuleiten. Da die Zufallsauswahl der zu transkribierenden Dokumente manche besonders interessante Akten nicht berücksichtigt, wurde zusätzlich eine bestimmte Anzahl weiterer bedeutsam erscheinender Krankengeschichten transkribiert. Dies erschien notwendig, um das Hysteriekonzept im Bellevue verstehen zu können. Letztlich sollte anhand der Krankengeschichten auch die Frage geklärt werden, ob Robert Binswanger mit seinem Verständnis von Hysterie von der gängigen Lehrmeinung abweicht.

4 Ergebnisse

4.1 Patientendaten

4.1.1 Zahl der Patientenaufnahmen

Im Zeitraum zwischen 1876 und 1880 wurden insgesamt 116 Patienten im Bellevue aufgenommen. Die Anzahl der jährlich aufgenommenen Patienten im Bellevue lag im untersuchten Zeitraum zwischen 18 und 28 Patienten. Im Durchschnitt werden in den 5 Jahren meines untersuchten Zeitraums 23 Patienten jährlich aufgenommen.

Im Jahr 1877, 1878 und 1880 werden mehr Männer als Frauen aufgenommen. Im Jahr 1879 ist die Zahl der aufgenommenen Männer und Frauen gleich.

Jahre	Männer	in %	Frauen	in %	Summe
1876	7	39	11	61	18
1877	21	75	7	25	28
1878	15	54	13	46	28
1879	11	50	11	50	22
1880	11	55	9	45	20
Durchschnitt	13		10		23
Summe	65	54,5	51	45,5	116

Tabelle 1: Aufnahmen aufgeschlüsselt nach Jahren

Insgesamt beträgt der Anteil der aufgenommenen Männer 54 % und der aufgenommenen Frauen 46 % (s. auch Abb. 1.)

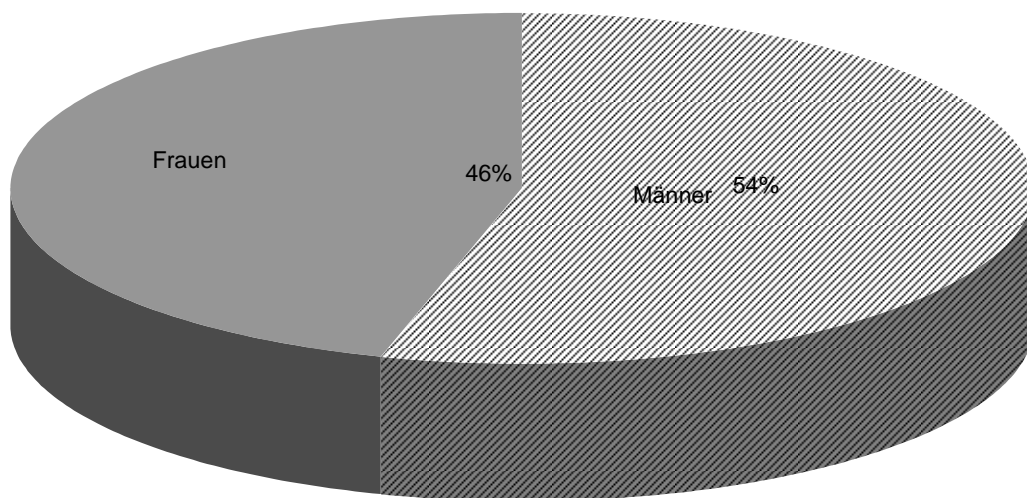


Abbildung 13: Geschlechterverteilung der Aufnahmen am Bellevue von 1876 bis 1880

Der durchschnittliche Patientenbestand beträgt über den von mir untersuchten Fünfjahreszeitraum 31 Patienten. 1876 sind es ca. 32 Patienten, diese Zahl steigt um durchschnittlich 1 Patienten im Jahr 1877, um dann in den Jahren 1878 und 1879 auf 29 Patienten zurückzugehen. 1880 liegt der Patientenbestand bei ca. 30 Patienten.

	31. März		30. Juni		30. September		Durchschnitt	
Jahr	Gesamt		Gesamt		Gesamt		Gesamt	
1876	32		29		34		32	
1877	38		31		30		33	
1878	29		29		29		29	
1879	25		31		31		29	
1880	30		30		31		30	
Durchschnitt	31		30		31		31	

Tabelle 2: Bestandszahlen

4.1.2 Alter

Bezogen auf beide Geschlechter ist die Gruppe der 30- bis 39-jährigen Patienten (29 % der Männer, 34 % der Frauen) unter den Neuaufnahmen am stärksten vertreten.

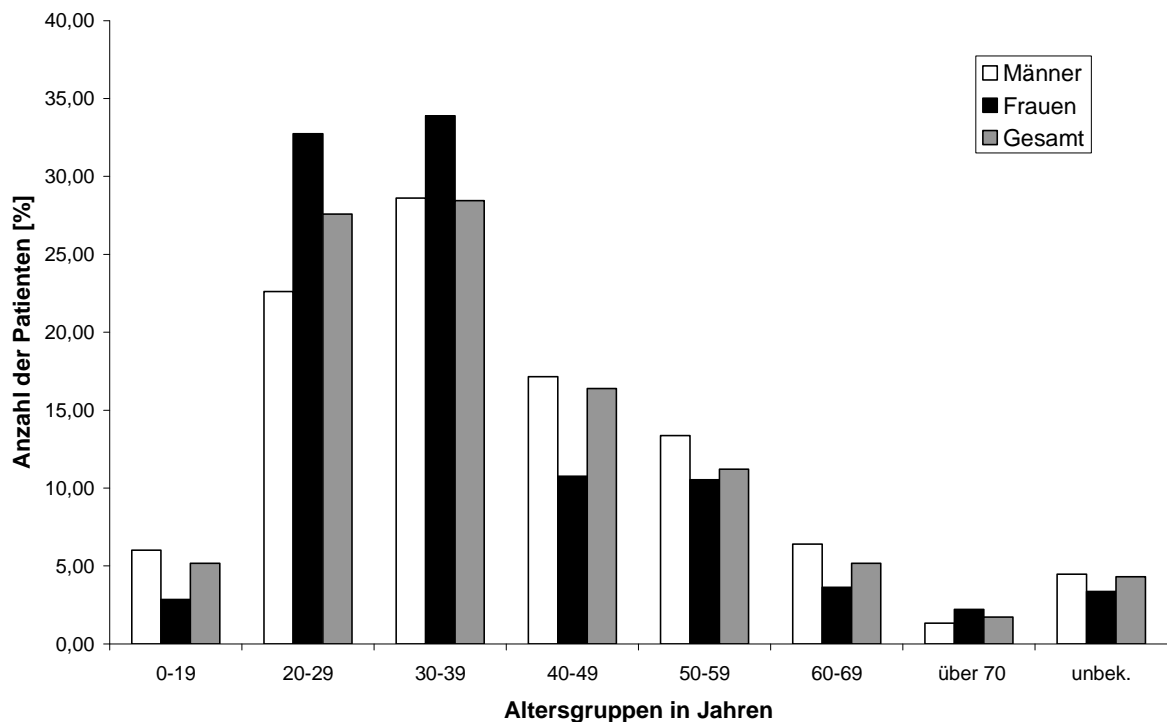


Abbildung 14: Prozentuale Altersverteilung der Aufnahmen am Bellevue, aufgeschlüsselt nach Geschlecht.

Ebenfalls groß ist die Gruppe der 20- bis 29-Jährigen (23 % der Männer, 33 % der Frauen).

Das durchschnittliche Alter der zwischen 1876 und 1880 aufgenommenen Patienten beträgt 37,2 Jahre. Der Altersmedian liegt bei 36 Jahren. Der älteste Patient war 78 und der jüngste Patient 17 Jahre alt.

Die meisten Patienten am Bellevue waren zwischen 20 und 40 Jahre alt. Männer waren tendenziell etwas älter als Frauen.

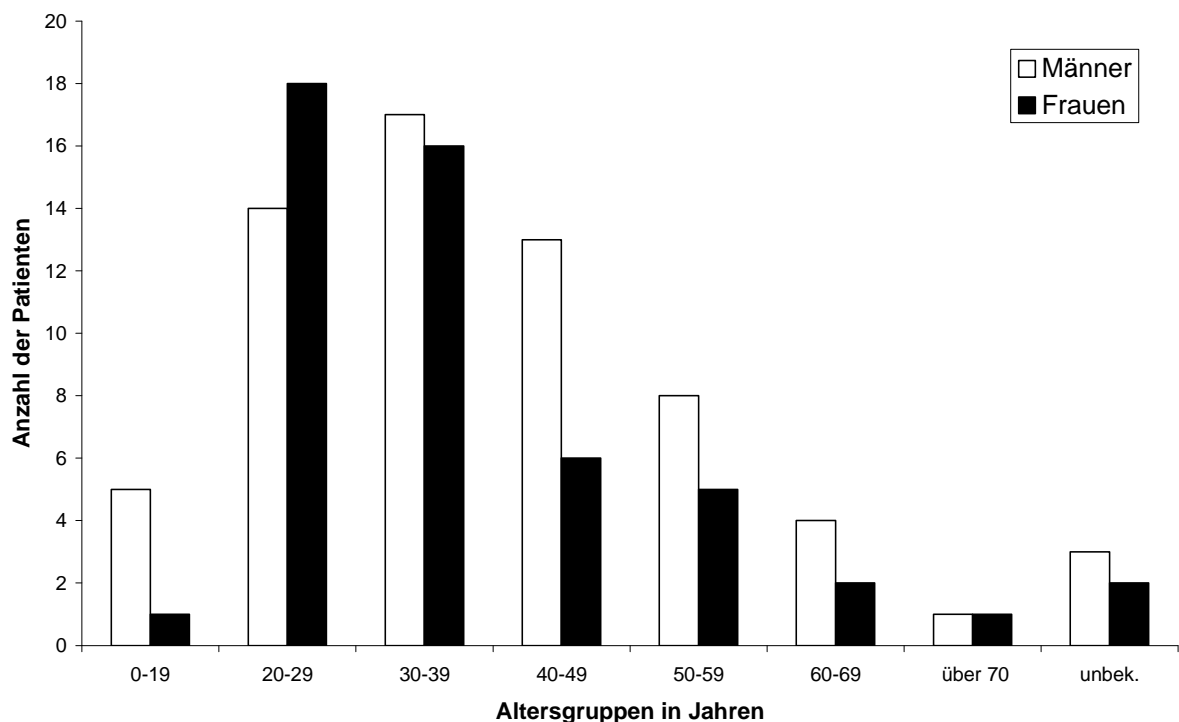


Abbildung 15: Altersverteilung, aufgeschlüsselt nach Geschlecht, in absoluten Zahlen

Bezüglich der Altersverteilung nach absoluten Zahlen zeigt sich, dass in der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen die Frauen bei den Neuaufnahmen mit 18 Frauen zu 14 Männern deutlich überwiegen.

In der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen ist die Zahl der aufgenommenen Frauen mit 16 ebenfalls hoch, jedoch annähernd gleich wie die der aufgenommenen Männer mit 17.

4.1.3 Familienstand

Unter den aufgenommenen Patienten sind Männer mit 51 % deutlich häufiger unverheiratet als Frauen mit 41 %.

Der Anteil der Verwitweten ist mit 9 % der Männer und 14 % der Frauen eher gering.

Etwa 51 % der Männer waren ledig und 32 % verheiratet. 9 % der Patienten waren verwitwet. Bei 8 % existieren keine Daten zum Familienstand.

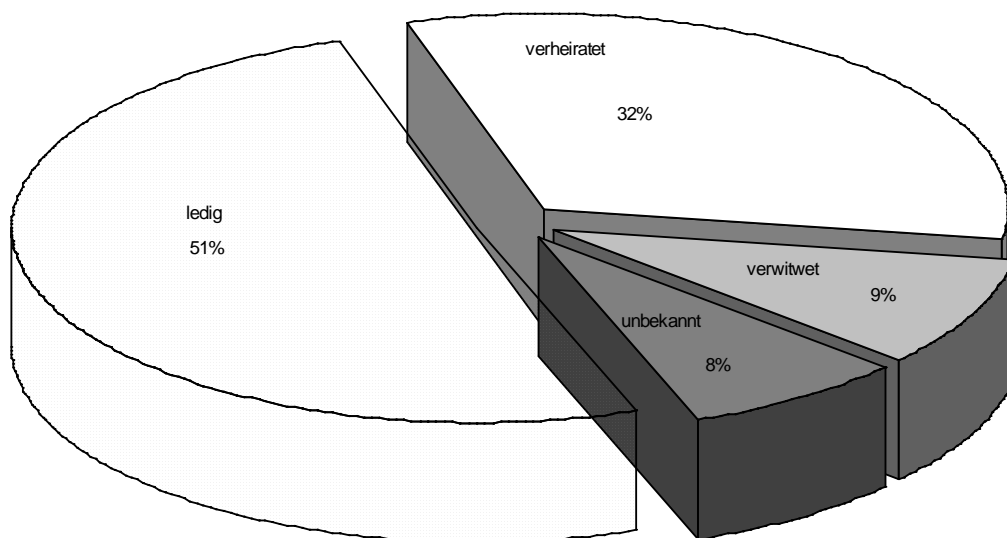


Abbildung 16: Familienstand der aufgenommenen Männer am Bellevue in den Jahren 1876 bis 1880

Patientinnen sind tendenziell häufiger verheiratet (42 %) als Männer (32 %) und dementsprechend auch weniger häufig ledig (Frauen 41 %, Männer 51 %). Trotz des etwas jüngeren Aufnahmealters der Patientinnen sind diese häufiger verwitwet als Männer (14 % Frauen zu 9 % Männer).

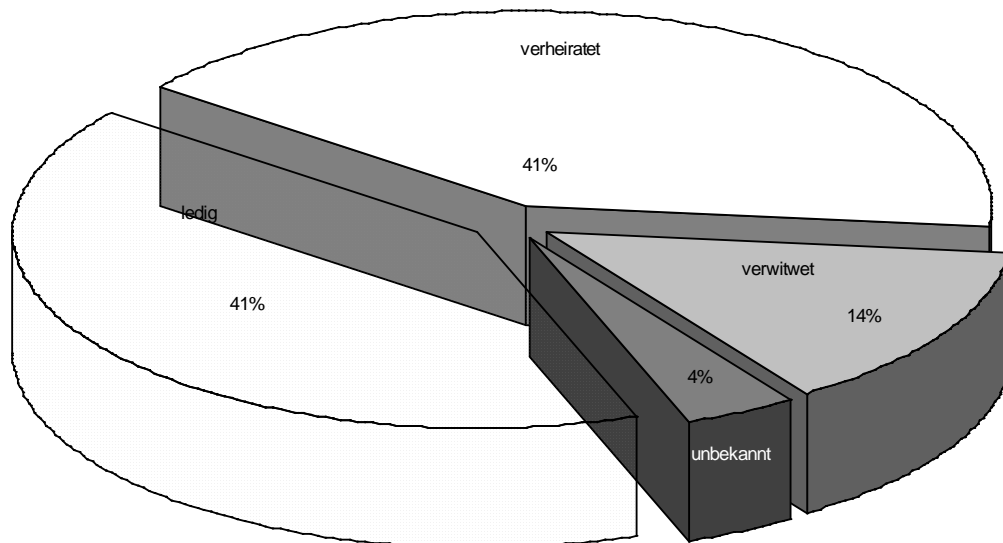


Abbildung 17: Familienstand der aufgenommenen Frauen am Bellevue in den Jahren 1876 bis 1880

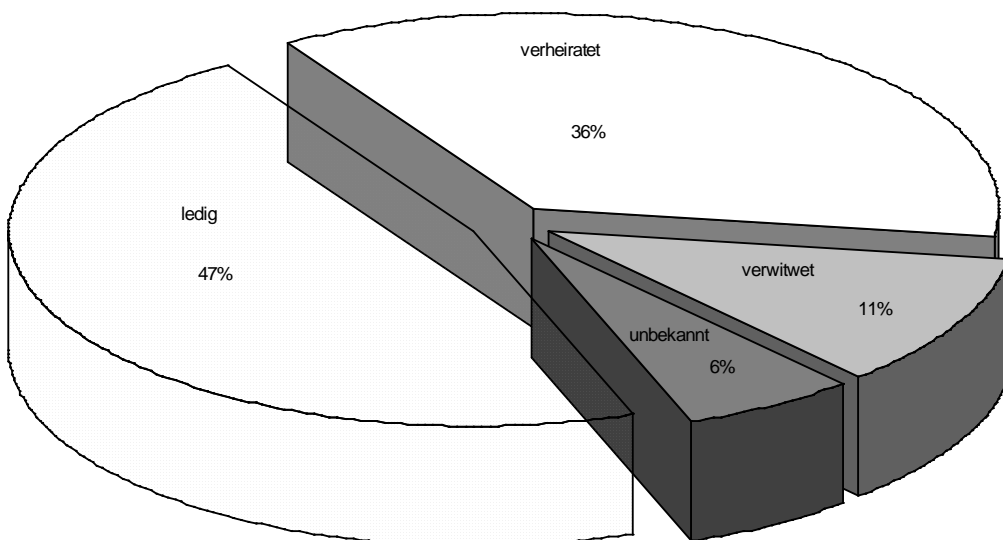


Abbildung 18: Familienstand der Aufnahmen am Bellevue in den Jahren 1876 bis 1880

4.1.4 Religionszugehörigkeit

73 Patienten und damit 63 % der aufgenommenen Patienten sind evangelisch, 18 (entspricht 16 %) sind katholisch, 17 (entspricht 15 %) sind jüdischen Glaubens. 1 Patient, also 0,8 % hat eine andere Religionszugehörigkeit. Für 7 Patienten (entspricht 6 %) gibt es keine Angabe zur Konfession.

Die Religionszugehörigkeit war zwischen den Geschlechtern in etwa gleich. Der überwiegende Teil der Patienten und Patientinnen war evangelisch. Etwa gleich viele Patienten waren römisch-katholisch und jüdisch.

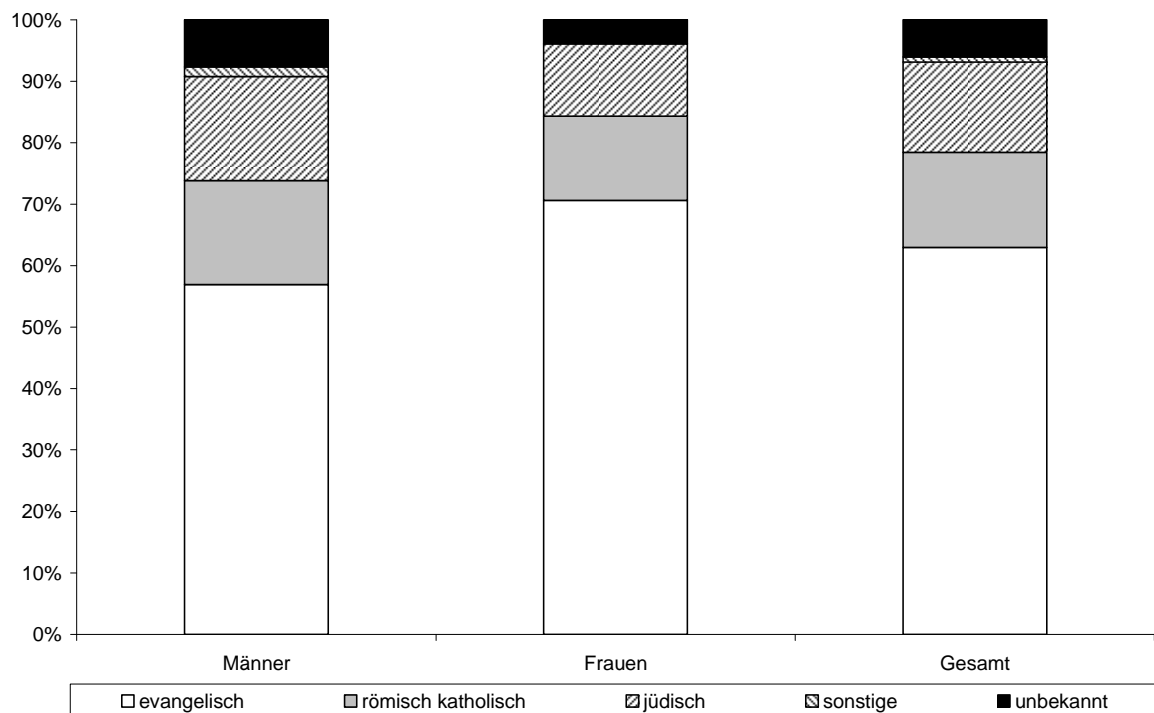


Abbildung 19: Religionsverteilung der aufgenommenen Patienten, aufgeschlüsselt nach Geschlecht

4.1.5 Herkunftsland

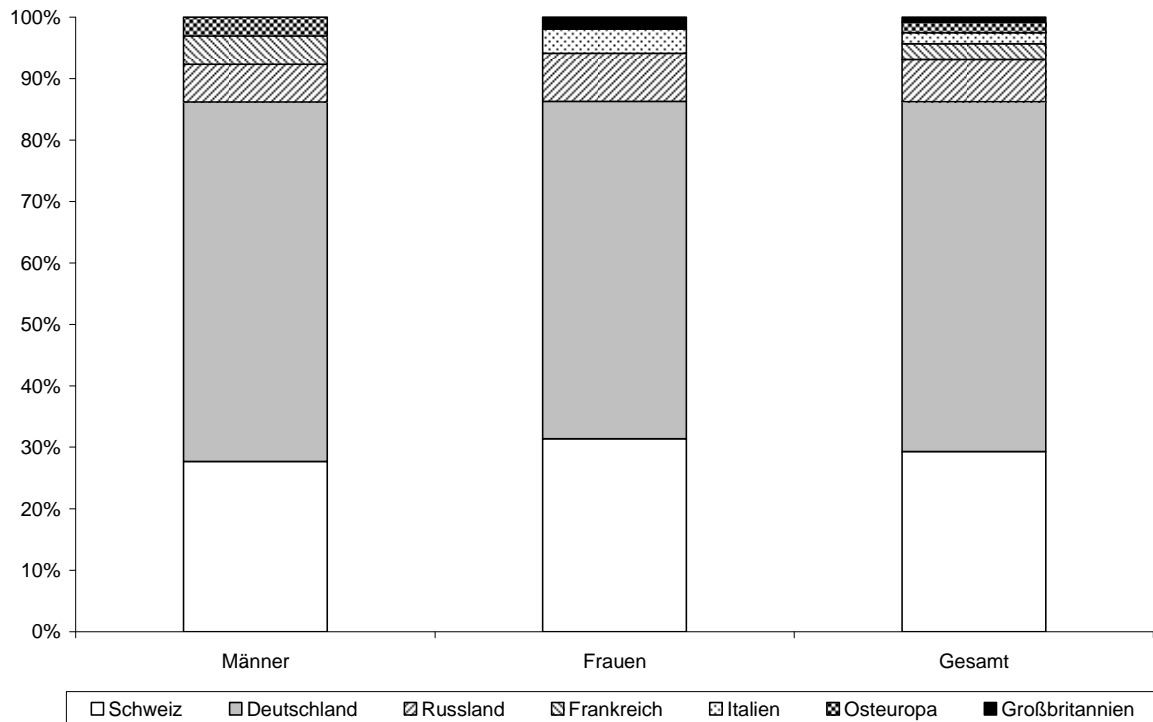


Abbildung 20: Herkunftsland der aufgenommenen Patienten, aufgeschlüsselt nach Geschlecht

100 der insgesamt 116 aufgenommenen Patienten, also der größte Teil der Patienten im untersuchten Zeitraum, stammen aus Deutschland und der Schweiz. Dies entspricht 86 % der Aufnahmen. Die größte Patienteneinzelgruppe stammt mit insgesamt 66 Patienten (57 %) aus Deutschland. Insgesamt 43 Patienten stammen aus der Schweiz, was 29 % entspricht.

Binswanger hat im untersuchten Zeitraum auch einige Patienten aus weiter entfernten Regionen aufgenommen, wie acht Patienten aus Russland (6,9 %), drei Patienten aus Frankreich (2,6 %), zwei Patienten aus Italien (1,7 %), zwei Patienten aus Osteuropa (17 %) und einen Patienten aus anderen Ländern (0,9 %).

4.1.6 Beruf

Die Angaben im Personale II und in den Krankengeschichten über den Beruf bzw. den Stand der Patienten sind sehr unterschiedlich. Die Frauen werden unter den Berufen ihrer Ehemänner oder Väter eingruppiert. Dies ist Ausdruck ihrer sozialen Zugehörigkeit.

Für eine statistische Auswertung wurden die angegebenen Berufe zu Berufsgruppen zusammengefasst.

Um eine Übersicht über die soziale Stellung, den Stand der Patienten des Bellevue zu gewinnen, wurden die Berufsgruppen bestimmten sozialen Schichten zugeordnet.

Sie sind in der folgenden Statistik auch den entsprechenden Gruppen zugeordnet. Folgende Gruppierung wurde vorgenommen:

Berufskategorie	Beispiele aus den Krankengeschichten	soziale Schicht	Nr.
Unternehmer	Fabrikant, Bergwerksbesitzer	Wirtschaftsbürgertum	1
Kaufmännische Berufe	Kaufmann, Commerzienrat, Buchhändler, Viehhändler		2
Akad. u. Stud.	Rechtsanwalt, Stud. jur., pr. Arzt, Pfarrer, Hofapotheker	Bildungsbürgertum	3
Künstler u. Journ.	Musiker, Maler, Schriftsteller		4
Höhere Beamte	Professor, Regierungsrat, Landrat, Assessor, Consul		5
Mittl. u. nied. Beamte	Stadtrat, Oberjägermeister	Kleinbürgertum	6
Gewerbe und Handwerk	Müller, Bäckermeisterfrau, Gerbermeister		7
Kleine Angestellte u. Arbeiter		Kl. Angest. u. Arb.	8
Landwirte	Gutsbesitzer, Forstmeister	Landwirte	9
Militär	Lieutenant a. D., Generalmajor, Offiziersfrau	Militär	10
Adel	Baron	Kein Beruf wird ausgeübt	11
Privatiers	Privatier		12
Rentiers	Rentier		13
unbekannt		unbekannt	14
Sonstige Bezeichnung	Schüler, Gymnasiast	sonstige	15

Tabelle 3: Berufskategorien

Die größte Berufsgruppe machen die kaufmännischen Berufe mit 30 % der Patienten aus. Es gibt einen deutlichen Unterschied zwischen Männern und Frauen, da nur 20 % der Frauen, jedoch 39 % der Männer dieser Berufsgruppe zugeordnet werden.

Auffällig ist, dass besonders besser situierte Patienten in der Klinik Bellevue behandelt wurden. 43 Patienten gehören dem Wirtschaftsbürgertum an. Dies entspricht einem Anteil von 37 %. 16 Patienten gehören dem Bildungsbürgertum (entspricht 14 %), 9 Patienten dem Kleinbürgertum an (ein Anteil von 7,8 %).

Zur Mittel-Unterschicht (Berufsgruppe 6, 7, 8, 9) gehören 14 Patienten. Dies entspricht einem Anteil von 12 %.

Die Gruppe der Kleinangestellten, Arbeiter und Landwirte ist deutlich unterrepräsentiert. 1 Patient, also 0,9 %, gehört der Gruppe der kleinen Angestellten und Arbeiter an. 4 Patienten, das heißt 3,4 %, sind Landwirte, 6 Patienten (5 %) gehören dem Militärwesen an.

Ein Anteil von 8,6 % (10 Patienten) ist ohne ausgeübten Beruf. Bei 25 Patienten, das heißt 22 %, ist uns der Beruf nicht bekannt.

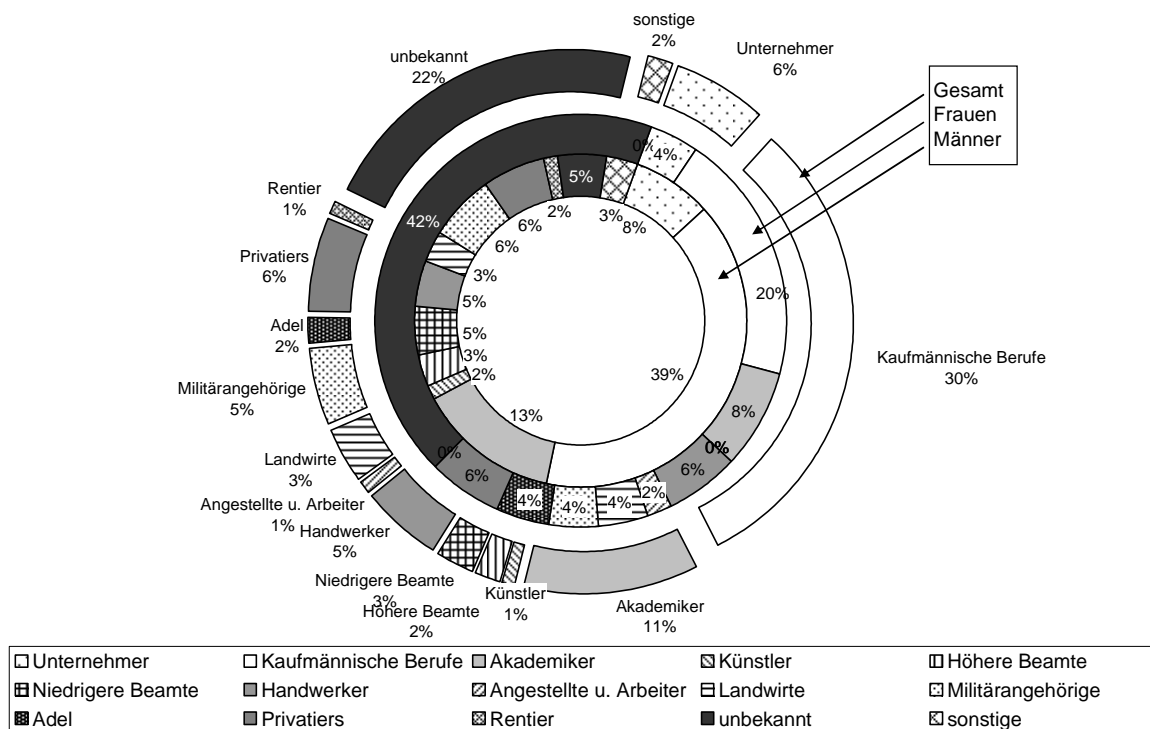


Abbildung 21: Beruf der aufgenommenen Patienten, aufgeschlüsselt nach Geschlecht

4.1.7 Verweilzeiten

Die durchschnittliche Verweildauer betrug im Untersuchungszeitraum 287 Tage.²⁴⁵ Der Median lag für Männer und Frauen bei 173 Tagen, für Männer 133 Tage und für Frauen 266 Tage.

Die kürzeste Verweildauer beträgt 3 Tage. Die längste Verweildauer beträgt 42 Jahre. Es handelt sich um eine Patientin, die im Jahr 1879 im Alter von 28 Jahren ohne Angabe einer Diagnose aufgenommen und 1921 mit der Diagnose „Paranoia, chronische Verrücktheit“ in die Reichenau bei Konstanz entlassen wurde.

Eine Patientin wurde in den Jahren 1876 bis 1880 länger als 5 Jahre im Bellevue hospitalisiert. Acht Männer wurden unter einem Monat im Bellevue behandelt, von den Frauen keine unter 1 Monat. Der übliche Zeitraum betrug bei den meisten Patienten zwischen 3 und 12 Monaten.

23 Patienten wurden zwischen 3 und 6 Monate (20 %) und 23 Patienten 6 bis 12 Monate (20 %) behandelt.

Somit sind nach 12 Monaten 83 Patienten von 116 Patienten entlassen worden. 73 % sind bis maximal ein Jahr in der Klinik gewesen.

Durchschnittlich blieben die Patienten zwischen 6 Monaten und 1 Jahr im Bellevue.

²⁴⁵ Ohne Berücksichtigung der Extremwerte über 5 Jahre.

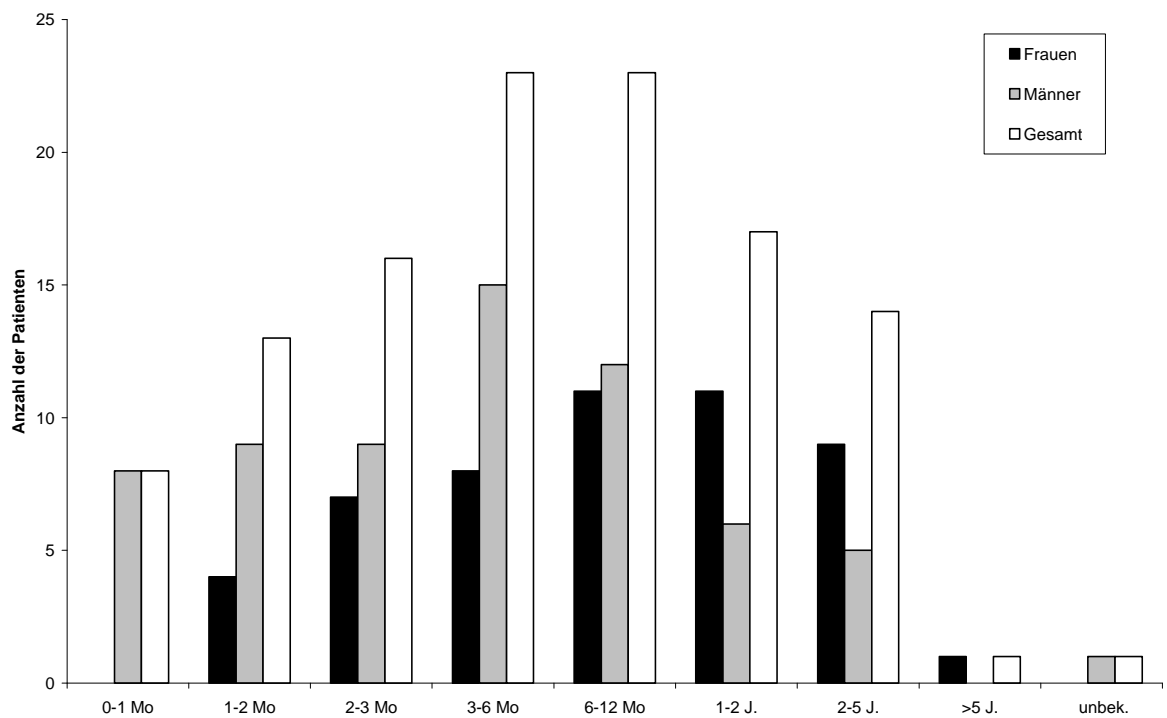


Abbildung 22: Verweildauer der Patienten, aufgeschlüsselt nach Geschlecht

4.1.8 Diagnosen

Nummer	Diagnose	Patientenanzahl	In Prozent
1	Melancholie	25	21,6
2	Manie	2	1,7
3	Circuläre Psychose	7	6,0
4	Moral insanity/Dégénérés	0	0,0
5	Hypochondrie	3	2,6
6	Paranoia	18	15,5
7	Paralysis progressiva	12	10,3
9	Akute Verwirrtheit	1	0,9
10	Dementia praecox	5	4,3
11	Hysterie	16	13,8

Nummer	Diagnose	Patientenanzahl	In Prozent
12	Neurasthenie	4	3,4
13	Epilepsie	2	1,7
14	Demenz	4	3,4
15	Zwangsneurosen	0	0,0
17	Alcoholismus	6	5,2
18	Morphinismus	1	0,9
21	Senium	3	2,6
22	Varia	0	0,0
23	Keine Angaben	6	5,2

Tabelle 4: Diagnosen

Unter Robert Binswanger finden sich diagnostische Angaben in den Krankengeschichten und mit seinem offiziellen Eintritt ins Bellevue am 1. Januar 1877 im Personale III.

Die Diagnosen der Tabelle entsprechen allerdings einer retrospektiven Einteilung aus dem Jahr 1908 von Hermann Smidt, der mit seiner nachträglichen Klassifizierung eine Basis schaffen wollte, um die verschiedenen Zeiträume vergleichbar zu machen. Unter Robert Binswanger sind einige Diagnoseziffern der Klassifikation frei geblieben, weshalb diese in der Tabelle fehlen.

Die drei häufigsten Diagnosen sind Melancholie (22 %), Paranoia (16 %) und Hysterie (14 %). Auch heute gehört die Diagnose Depression mit einer Prävalenz von 20 % in der Bevölkerung zu den häufigsten psychiatrischen Diagnosen.

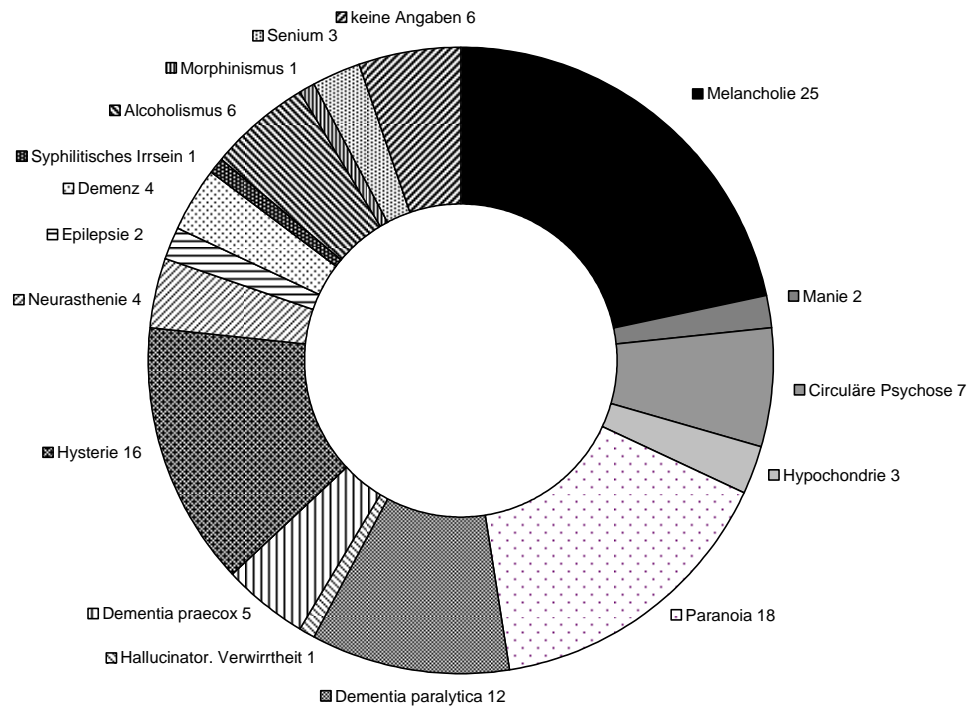


Abbildung 23: Diagnosen der im Zeitraum von 1876 bis 1880 aufgenommenen Patienten

4.1.9 Therapieausgang

Der Behandlungserfolg wird im untersuchten Zeitraum von 1876 bis 1880 nur lückenhaft angegeben. Zum Entlassungszeitpunkt galten 17 (14,7 %) der Patienten als geheilt, 29 (25 %) wurden gebessert entlassen und bei 23 (19,8 %) hatte sich der Zustand nicht verbessert oder gar verschlechtert. Geflüchtet sind 5 Patienten (4,3 %), und 10 Patienten (8,6 %) sind im Bellevue gestorben. Bei der Hälfte der verstorbenen Patienten wird die Progressive paralyse (Neuro-lues) als Todesursache angegeben, die übrigen Todesursachen waren Schrumpfniere, Hirnödeme, Dementia senilis und Mamakarzinom. In den Jahren 1876 bis 1880 gab es keine dokumentierten Suizide.

Überdurchschnittlich viele Akten von verstorbenen Patienten (4 von 10 Patienten, dies entspricht 40 %) sind nicht erhalten. Insgesamt fehlen 22 (19,0 %) der Akten. Über die Gründe darf spekuliert werden. Mögliche Ursache könnte ein Weiterreichen der Akte an Behörden oder an Angehörige der Patienten sein.

Von 32 (27,6 %) Patienten liegen keine Angaben über den Therapieausgang vor.

4.1.10 Statistische Angaben zur Hysterie

In den Jahren 1876 bis 1880 wurden im Bellevue 19 Patienten mit der Diagnose Hysterie behandelt. Die Altersverteilung der Hysteriepatienten entspricht in etwa der Altersverteilung aller Patienten mit tendenziell etwas jüngeren Patienten. Das mittlere Alter der Patienten mit der Diagnose Hysterie lag bei 31,2 Jahren, der Altersmedian bei 31 Jahren. Die jüngste Patientin war 19 Jahre, die älteste 54 Jahre alt.

Im Vergleich zum Gesamttherapieausgang – nur 14,7% der Patienten konnten als geheilt und 25% als gebessert entlassen werden – scheint die Hysterie eine günstigere Prognose zu haben. Bei Patienten mit der Diagnose Hysterie wurden 3 (16,7 %) als geheilt und 9 (50,0 %) als gebessert oder sehr gebessert entlassen. Lediglich zwei Patienten (11,1 %) hatten sich während des Aufenthalts im Asyl Bellevue nicht verbessert, eine Patientin (5,6 %) ist an einem Mammakarzinom gestorben. Bei 3 Patienten (16,7 %) gibt es keine Angaben über den Therapieausgang in den Akten.

4.1.11 Pensionskosten

Vor einem Eintritt ins Bellevue erfragten die Angehörigen in den meisten Fällen die genauen Pensionskosten eines Aufenthalts.

In einer Ermächtigungserklärung vom 16. Juni 1877 zwischen den Angehörigen einer Patientin und Ludwig Binswanger werden die genauen Pensionskosten in Schweizer Franken pro Tag vertraglich festgesetzt. „Die Pension beträgt 10 sfr. täglich für ärztl[iche] Behandlung, Arzneien, Bäder u. gute Ration nebst gewöhnlicher Bedienung.“ In der Ermächtigungserklärung wird die Behandlungsdauer bei Eintritt der Patientin auf einen Zeitraum von 3 Monaten festgesetzt. Vertraglich wurde festgelegt, dass die Pensionskosten auch für den Fall geleistet werden mussten, „wenn bei Fortdauer der Krankheit die Kranke ungenesen u. gegen den Willen des Arztes unser Asyl vor Beendigung genannter Kurzeit verlassen wollte.“²⁴⁶

Die Pensionskosten variierten im Verlauf des Aufenthalts je nach Verlauf der Krankheit und nach Inanspruchnahme von zusätzlichen kostspieligen Zuwen-

²⁴⁶ UAT 441, Patientin Nr. 434.

dungen. Patient Nr. 404 zahlte 12 Franken einschließlich Privatwärter.²⁴⁷ Patient Nr. 427 zahlte 40 Franken für Aufenthalt, Gesellschafter und Wärter in drei Zimmern. Der zusätzlich eingestellte Privatwärter kostete zwei Franken am Tag.²⁴⁸

In wenigen Fällen finden sich empörte Briefe von unzufriedenen Angehörigen. Darin werden Beschwerden über die unerwartet hohen Zusatzkosten zum Ausdruck gebracht. Im Falle der Patientin mit der Aufnahme­nummer 435 schreibt deren Mutter an Robert Binswanger und kündigt auch rechtliche Maßnahmen an: „Ich besitze einen Brief von Ihnen, worin Sie mir schreiben, daß der Preis für meine Tochter täglich vom ersten Oktober an 10 francs beträgt. Sie ließen mich darauf heute 10 Mark bezahlen u. doch sind wir am 15 Oktober heute – ich ließ mir’s gefallen. Sie überraschten mich so sehr durch die colossale Rechnung, die Sie mir vorlegten, ehrenhaft unterzeichnete ich Ihnen 441 Mark, im Ganzen 841 Mark. Sie schreiben mir 95 fcs. für Wein! Irene will beschwören, daß sie nie solchen feinen Wein getrunken, da sie recht gut Wein unterscheiden kann. Auch diesen habe ich Ihnen danach bezahlt. Als ich Sie zum ersten Mal über Preise befragte, sagten Sie mir, dass mit 10 Mark täglich natürlich Alles inbegriffen sei. Sie wußten ja von Anfang, dass meine Tochter zu Fuße nie gehen darf – Trotz Allem verlangen Sie mehrmals 40 Mark! Heute! Das ist zu bunt! – Ich bin so unglücklich über die unerhörten Vorfälle, dass ich mich genöthigt sehen werde, eine gerichtliche Vermittelung hier anzugehen, da meine Verhältnisse es nicht erlauben, so colossale unvorgesehene Ansprüche zu erfüllen, hochachtungsvoll Frau P. v. O!

P.S. Was ein Trinkgeld anbelangt, so habe ich Ihren Kutscher reichlich beschenkt, das Übrige ist ja in den 10 Mark täglich inbegriffen u. hoffe ich, dass Sie, geehrter Herr, weitere Ansprüche an mich nicht machen werden. Da ich nicht die Mittel hab[e], sie zu befriedigen.“²⁴⁹

²⁴⁷ UAT 442/232: Hauptbuch, S. 110.

²⁴⁸ UAT 442/232: Hauptbuch, S. 110.

²⁴⁹ Dokument 435/4 in UAT 441/435, Brief der Mutter der Patientin an Ludwig Binswanger vom 15.10.1877.

Im Falle der Patientin mit der Aufnahme­nummer 454 korrigiert deren Vormund eine nicht korrekte finanzielle Forderung Robert Binswangers von 18 Kronen am Tag.

Gelegentlich kam es vor, dass bei einem länger dauernden Aufenthalt die vereinbarten Pensionssätze von den Angehörigen nicht mehr bezahlt werden konnten: „So gerne ich möchte, so ist es mir unmöglich, Amalia zu lange in dieser wohl­­tätigen Umgebung zu lassen, da diese kritischen Zeiten auch mich veranlassen, mich ökonomisch einzuschränken u. es mir daher unmöglich wäre, diese Ausgabe lange Zeit zu bestreiten.“ Diese Patienten verließen dann frühzeitig das Bellevue.²⁵⁰

4.1.12 Adelige Patienten

Insgesamt wurden innerhalb des von mir untersuchten Zeitraums sieben adelige Patienten am Bellevue behandelt²⁵¹. Vier tragen das Adelsprädikat „von“ im Namen, eine Patientin stammt aus Italien und wird im Tagebuch Ludwig Binswangers senior²⁵² als Marquise tituiert.

Eine weitere Patientin ist die aus Russland stammende und mit der Zarenfamilie eng verbundene Gräfin S²⁵³.

Die Patientin Louise R²⁵⁴ trägt nach ihrer Hochzeit mit einem Bürgerlichen kein „von“ mehr im Namen. Sie kann als Bezirksarztwitwe²⁵⁵ dem Bildungsbürgertum zugeordnet werden.

Zwei Patientinnen²⁵⁶ haben zusätzlich die Bezeichnung „Gräfin“ in der Anrede und können dem Adel zugeordnet werden. Ein adliger Patient²⁵⁷ ist Berufsoffizier, und bei drei Patientinnen²⁵⁸ ist kein Beruf bekannt. Möglicherweise müssten diese ebenfalls dem Adel zugeordnet werden.

²⁵⁰ UAT 441, Patient Nr. 429, Patientin Nr. 434, Patientin Nr. 435 und Patientin Nr. 458.

²⁵¹ UAT 441, Patientin Nr. 405, Patientin Nr. 435, Patientin 463, Patientin Nr. 474, Patient Nr. 510, Patientin Nr. 513, Patientin Nr. 515.

²⁵² FAB 21: TB 3, S. 41, Tagebucheintrag Ludwig Binswangers aus dem Jahr 1878.

²⁵³ UAT 441, Patientin Nr. 463.

²⁵⁴ UAT 442/2, Patientin Nr. 405.

²⁵⁵ Ebenda.

²⁵⁶ UAT 441, Patientin Nr. 513 und Patientin Nr. 515.

²⁵⁷ UAT 441, Patient Nr. 510.

²⁵⁸ UAT 441, Patientin Nr. 435, Patientin Nr. 474, Patientin Nr. 515.

4.2 Aufnahme und psychiatrische Befunderhebung im Bellevue

4.2.1 Die psychiatrische Untersuchung – ein historischer Überblick

Zu Beginn der wissenschaftlichen Psychiatrie nahmen die genaue Beobachtung und Beschreibung des Patientenverhaltens breiten Raum ein; ihr wurde höchste Bedeutung zugemessen.



Abbildung 24: Johann Christian August Heinroth (1773–1843)

Johann Christian August Heinroth (1773–1843), Begründer der Psychiatrie als einer eigenen wissenschaftliche Disziplin und Inhaber des ersten deutschen Lehrstuhls für Psychische Therapie 1811 in Leipzig, beschrieb in seinem berühmten Lehrbuch „Anweisungen für angehende Irrenärzte zu richtiger Behandlung ihrer Kranken“ von 1825, dass „Beobachtung und Anschauung durch den Irrenarzt wesentlich seien“. Er veröffentlichte einen Katalog mit den wichtigsten Zeichen der verschiedenen Krankheitszustände, mit dessen Hilfe der „Irrenarzt“ die beim Kranken vorliegende Störung bestimmen konnte. Eine darüber hinausgehende klinische Untersuchung mit Exploration der Patienten wurde von Heinroth damals noch nicht vorgenommen. Für ihn war die Theorie, welche seiner Meinung nach die Erkenntnis ermöglicht, das Wichtigste. Theoretische

Spekulationen ließen die sorgfältige Beobachtung der Kranken in den Hintergrund treten.²⁵⁹



Abbildung 25: Wilhelm Griesinger (1817–1868)

In seinem bahnbrechenden Werk „Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ forderte Wilhelm Griesinger (1817–1868) knapp ein halbes Jahrhundert später die sorgfältige, persönliche Untersuchung des Kranken. Er schreibt, „dass die Entscheidung über die Frage, ob ein Individuum geisteskrank sei, nur durch die sorgfältigste persönliche Exploration entschieden werden kann, versteht sich wohl heutzutage von selbst“.²⁶⁰ Griesinger plädierte „für eine Behandlung am Bette des Kranken, in der Zelle des Tobenden“.²⁶¹

Für die Diagnosestellung war es für Griesinger unerlässlich, dass der Arzt den Patienten sorgfältig untersuchte. Eine Diagnose aufgrund von Akten oder Fremdanamnese durch Dritte war für ihn undenkbar. Dies galt als Regel, die strikt einzuhalten war.²⁶²

²⁵⁹ Kind (1973), S. 51ff.

²⁶⁰ Griesinger (1865), S. 235.

²⁶¹ Griesinger (1861), S. 470.

²⁶² Vgl. Griesinger (1865), S. 228.



Abbildung 26: Richard von Krafft-Ebing (1840–1902)

Richard von Krafft-Ebing (1840–1902), Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Graz, betonte in seinem berühmten „Lehrbuch der Psychiatrie auf Klinischer Grundlage für Practische Ärzte und Studierende“ aus dem Jahr 1879: „Bei gegebener Möglichkeit einer persönlichen Exploration ist es von großem Werth, wenn man den fraglichen Kranken in seinen gewohnten Lebensverhältnissen überraschen und beobachten kann. Schon die Art, wie er wohnt, sich kleidet, sich beschäftigt, kann dem Kundigen wichtige Anhaltspunkte geben, nicht nur für Irresein überhaupt, sondern sogar für eine ganz bestimmte Erscheinungsweise desselben an die Hand geben. Der Schwerpunkt für die psychische Diagnose liegt in der Conversation mit dem Kranken. Man muss aber nicht bloß wissen, was man fragen, sondern auch, wie man die Conversation leiten soll. Das Objekt der Untersuchung ist kein Krystall oder Pflanze, sondern ein wechselndes menschliches Bewusstsein, das von der Art und Weise des exploratorischen Vorgehens und Fragens gewaltig beeinflusst wird.“²⁶³

Krafft-Ebing wies ausdrücklich darauf hin, dass die Diagnose des „Irreseins“ die persönliche Exploration des Kranken notwendig mache. Er forderte, dass bei der Befragung des Kranken im Gespräch zunächst gleichgültige Dinge abgefragt werden sollten, ohne dass der Betreffende den eigentlichen Zweck der Exploration erkenne. Man sieht: Um 1880 blieben dem Psychiater die Motive

²⁶³ Krafft-Ebing (1879), S. 223.

des Erkrankten, die innerseelischen Zusammenhänge der Symptome noch unklar.



Abbildung 27: Carl Gustav Jung (1875–1961)

Carl Gustav Jung (1875–1961) beschreibt in seiner Autobiographie „Träume, Erinnerungen und Gedanken“ über den Beginn seiner klinischen Tätigkeit an der Psychiatrischen Klinik Burghölzli im Jahr 1901 eindrucksvoll die Situation der Patienten in psychiatrischen Institutionen: „Im Vordergrund meines Interesses und meines Forschens stand die brennende Frage: was geht in den Geisteskranken vor? Das verstand ich damals noch nicht, und unter meinen Kollegen befand sich niemand, der sich um dieses Problem gekümmert hätte. Der Psychiatrie-Unterricht war darauf angelegt, von der kranken Persönlichkeit sozusagen zu abstrahieren und sich mit Diagnosen, mit Symptombeschreibungen und Statistik zu begnügen. Vom sogenannten klinischen Standpunkt aus, der damals vorherrschte, ging es den Ärzten nicht um den Geisteskranken als Menschen, als Individualität, sondern man hatte den Patienten Nr. X mit einer langen Liste von Diagnosen und Symptomen zu behandeln. Man ‚etikettierte‘ ihn, stempelte ihn ab mit einer Diagnose, und damit war der Fall zum größten Teil erledigt. Die Psychologie des Geisteskranken spielte überhaupt keine Rolle.“²⁶⁴

²⁶⁴ Jaffé (1992), S. 121.

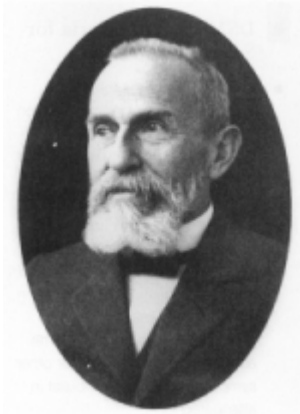


Abbildung 28: Eugen Bleuler (1857–1939)

Eugen Bleuler (1857–1939) empfiehlt in der 1. Auflage seines Werkes „Lehrbuch der Psychiatrie“ von 1916, während der psychiatrischen Exploration den Symptomen des Kranken zu folgen und sich in die Situation des Kranken einzufühlen.

Im Kapitel „Die Erkennung des Irreseins“ schreibt Bleuler: „Da eine allgemeine Untersuchung, etwa wie man bei somatischen Krankheiten am Kopf anfängt und mit den Füßen aufhört, nicht möglich ist, bleibt nichts anderes übrig, als aus den Symptomen, wegen derer man gerufen wird, oder die einem gleich auffallen, an diejenigen Krankheiten zu denken, die solche Erscheinungen zeitigen können, und dann auch auf andere Zeichen der Krankheit zu fahnden.“²⁶⁵

Mit Eugen Bleuler trat eine neue Einstellung zur Untersuchungssituation in den Vordergrund: Nicht mehr das ausschließliche Beobachten des Kranken steht jetzt im Vordergrund – seine Gesamtsituation wird nun relevant. Der Psychiater entwickelte sich von der Rolle des distanzierenden in die Rolle des engagierten und emotional involvierten Beobachters.²⁶⁶

4.2.2 Psychiatrische Befunderhebung im Bellevue

4.2.2.1 Einweisung und Aufnahme

In der Einweisung ihres psychisch kranken Angehörigen ins Bellevue sahen wohlhabende Familien eine gute Wahl. Hier am Ufer des Bodensees, in schö-

²⁶⁵ Bleuler (1916), S. 127.

²⁶⁶ Vgl. Kind (1973), S. 54.

ner Natur inmitten einer parkähnlichen Landschaft, waren Komfort und Rücksicht auf die Wünsche des Einzelnen eine Selbstverständlichkeit – völlig anders als in den überfüllten Anstalten am Heimatort.

Anhand von Quellenmaterial betrachte ich nun die Einweisungs- und Aufnahmesituation der Bellevue-Patienten eingehender. So wird beispielsweise Ludwig Binswanger senior im Vorfeld der geplanten Aufnahme eines Patienten vom begleitenden Arzt schriftlich informiert, dass er mit Hilfe einer List den auf einer Geschäftsreise an einer Psychose mit Größenwahnideen erkrankten Alexander S.²⁶⁷ persönlich in die Anstalt bringen wolle: „Um nicht den Verdacht des Kranken zu erregen, der neben einem bedeut[enden] Defekte des Gedächtnisses vor der Hand noch ziemlich erhaltenes Auffassungs und Urtheilsvermögen besitzt, würde ich demselben bereits vorher mitgetheilt haben, dass wir zusammen, auf einer Partie begriffen, bei Ihnen, einem mir befreundeten Kollegen, logieren wollen. Es würde dann leicht sein, seine Einwilligung zu einem längeren Aufenthalte in Ihrer Anstalt zu erlangen.“²⁶⁸

In den meisten Fällen jedoch erfolgt die Einweisung ins Bellevue über Anfragen ärztlicher Kollegen, die den Patienten bisher in Behandlung hatten.

Dr. Hagenbach-Burckhard aus Basel schreibt in einer solchen Anfrage an Binswanger:

„Hochgeehrter Herr College!

Ich erlaube mir im Namen eines Patienten, Herrn K.W. von Basel, Sie anzufragen, ob Sie bereit sind, denselben für einige Zeit in Ihre Anstalt aufzunehmen.“²⁶⁹

Im Falle einer an Hysterie erkrankten Patientin aus Basel wird der Hausarzt der Patientin und Dr. Wille durch die Angehörigen konsultiert, „welche die Versetzung hierher anempfohlen“.²⁷⁰

Dr. Schweikhard aus Schopfheim bittet Ludwig Binswanger senior dringend, einen Patienten in seine Anstalt aufzunehmen, denn „in seinem Eigenthum zu

²⁶⁷ UAT 441, Patient Nr. 404.

²⁶⁸ UAT 441, Patient Nr. 404.

²⁶⁹ UAT 441, Patient Nr. 406.

²⁷⁰ UAT 441, Patientin Nr. 408.

Hause ist die Ursache nicht zu beseitigen, somit auch keine Wirkung zu erwarten. In unsere Staatsanstalt passt der Kranke nicht.“²⁷¹

In seinem weiteren Schreiben teilt er Binswanger sogar eine therapeutische Empfehlung mit: „wenn Sie ihn vor Trinken bewahren können, so werden Sie ihn in kurzer Zeit herzustellen die Freude haben, und ihn dann so lange bei sich behalten, bis er moralisch gekräftigt wäre.“²⁷²

Manche Patienten werden auf Rat renommierter Ordinarien wie Liebermeister aus Tübingen,²⁷³ Wille aus Basel,²⁷⁴ Gudden aus München,²⁷⁵ Meyer aus Göttingen²⁷⁶ ins Bellevue verlegt. In diesen Fällen erfolgt der Eintritt des Patienten ohne vorherige schriftliche Anfrage.

Weil er die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung durch einen „bewährten Irrenarzt“ sieht, wendet sich ein Dr. Hertel aus Kempten an Binswanger mit der Bitte um Aufnahme, falls Hinweise vorliegen, dass „Erfolg erzielt werden könnte.“²⁷⁷

Patienten, die „freiwillig“ ins Bellevue eintreten, wissen nicht immer, dass ihnen ein längerer Aufenthalt in einer Nervenheilstation bevorsteht. Im Falle des Patienten Johannes W.²⁷⁸ glaubt dieser zunächst, eine Vergnügungsreise mit seinem Onkel zu machen. Zehn Jahre später, bei einem zweiten Aufenthalt im Bellevue, geschieht die erneute Hospitalisierung auf Wunsch der Eltern. „Herr Director Robert Binswanger sagte nämlich, dass meine Eltern es wünschten, dass ich eine Zeit lang hier bleiben soll.“²⁷⁹

Im Falle der Babette M. kommt die Patientin nicht selbst zu Wort, da ihr Ehemann Ludwig Binswanger senior in einem Brief über die Krankengeschichte seiner Gattin bereits im Vorfeld informiert:

„Sehr verehrter Herr Doctor!

²⁷¹ UAT 441, Patient Nr. 410.

²⁷² UAT 441, Patient Nr. 410.

²⁷³ UAT 441, Patient Nr. 443.

²⁷⁴ UAT 441, Patientin Nr. 408 und Patient Nr. 431.

²⁷⁵ UAT 441, Patient Nr. 445.

²⁷⁶ UAT 441, Patient Nr. 446.

²⁷⁷ UAT 441, Patientin Nr. 420.

²⁷⁸ UAT 441, Patient Nr. 429.

²⁷⁹ Dokument 429/15 in UAT 441/429, Brief des Vaters des Patienten an den Bürgermeister vom 20.10.1878.

Auf mein Gestriges höflichst bezugnehmend, erlaube ich mir, auf Anrathen meines Hausarztes, Ihnen eine kurze Uebersicht über die stattgehabten Hauptanfälle, wie solche meine Frau heuer hatte, zu geben.

Es kam 3-4 Mal vor, dass sie sich am Boden wälzte, das ist richtig. Dass sie aber hinfiel, davon ist mir nichts bekannt. Da ich nur dann aus dem Geschäfte geholt wurde, wenn sie sich (nach unserer Meinung) in großem Anprall von Geistesstörung wälzte, schrie, weinte und lachte durcheinander, kniff und zwickte jeden, der sich ihr näherte. Ich konnte jedoch weder Zuckungen noch Starrheit bemerken, auch nicht, dass sie das Bewusstsein verlor. Dann nach stattgehabter Aufregung, war sie wieder gut und bereute das Vorhergeschehene. Ich für meine Person, halte dies für einen Anfall hysterischer Natur, doch bin ich darin nur Laie und werde gewiss über das Jahr wieder auf Sie zukommen.²⁸⁰

Die Mutter eines 22 Jahre alten Patienten bedauert die Täuschung, ihren Sohn gegen seinen Willen ins Bellevue versetzt zu haben. Sie schreibt an Robert Binswanger: „Mir thut es nur so leid, dass wir Johannes nicht die Wahrheit sagen dürften, dass wir ihn nach Kreuzlingen thun, aber wir hätten es nicht machen können, er wäre uns nicht daheim geblieben, das hätte eine furchtbare Attaque gegeben, wir waren auch noch in Aufregung, vom Abend vorher.“²⁸¹

4.2.2.2 Aufnahmeuntersuchung bei Ludwig Binswanger

Für Ludwig Binswanger ist eine sorgfältige Anamnese von wesentlicher Bedeutung. Die Anamnese bildet, neben der genauen Befragung und Beobachtung des Patienten selbst oder seines ihn begleitenden Angehörigen, die wichtigste Quelle für die Verfassung der Krankengeschichte. Binswanger geht dabei chronologisch vor:

Zunächst finden sich wichtige personenbezogene Daten des Patienten wie Name, Alter, Beruf, Familienstand, Konfession, erbliche Anlage und etwa Rückfall. Sobald Ludwig Binswanger senior zwischen dem Leiden des Patienten und Erkrankungen der Angehörigen Zusammenhänge vermutet, macht er Angaben

²⁸⁰ UAT 441, Patientin Nr. 442.

²⁸¹ Dokument 429/9 in UAT 441/429, Brief der Mutter des Patienten an Robert Binswanger vom 18.10.1878.

über die Abstammung des Patienten, dessen hereditäre Anlagen sowie über körperliche und geistige Vorerkrankungen innerhalb der Familie. Im Falle der Patientin Anna S. schreibt Binswanger: „Von Seiten der Mutter belastet. Schwester Pauline krank u. Onkel u. Vetter.“²⁸² Nach der damals vorhandenen Lehrmeinung wurden Patienten, welche in ihrer Verwandtschaft Angehörige hatten, die an Geistes- oder Nervenkrankheiten litten, als „belastet“ bezeichnet.²⁸³

Ludwig Binswanger notiert relevante persönliche Angaben vor allem über Eltern und Geschwister des Patienten. Beispielsweise heißt es bei einem 45 Jahre alten Advokaten aus Basel: „Geboren zu Basel. Vater tod, seit 34 Jahren, starb 47 J. alt an suicidium. Mutter lebt, geb. 1803, ziemlich rüstig u. geistig frisch.“

Auch die Anzahl der Geschwister und die Geschwisterfolge mit genauen Angaben zu Name, Alter und Beruf werden von Binswanger protokolliert. Im Falle des Eduard H. schreibt Binswanger: „1. Wilhelm H., früher Kaufmann, jetzt Sparcassenverwalter, ledig, gesund. 2. Pfarrer Gustav H. S. im K[an]ton Aargau, gesund nur zu sehr beleibt. 3. Frau Cecilie S.-H., früher in Havre jetzt Basel, 44 J. alt u. zwei ledige Schwestern Sophie geb. 1836 u. Rosalie 1839.“²⁸⁴

Bei einem weiteren Patienten aus München heißt es: „Eltern tod, Vater war Advokat in Kaiserslautern, starb vor 20 J. 57 J. alt an Phtisis [sic], war nur einige Wochen krank, war früher gesund, tüchtig in seinem Berufe, von gemäßigtem Temperamente. Mutter starb gleichfalls 57 J. vor 18 Jahren an Darmphthisis, eine rüstige thätige u. energische Frau. Die Erziehung war also eine gute. Hat 8 Geschwister, 6 Brüder (1. Gerichtsschreiber Karl 2. Kaufmann Julius 3. Otto 4. Kaufmann Wilhelm 5. Friedrich Kaufmann 6. Alexander Chemiker 7. Schwester Emilie verehel[ichte] B. 8. Schwester Elisa verehelichte [...] W. in N). Sämtliche Geschwister im Ganzen gesund, die Schwestern etwas nervös, keine sonstige familiäre Anlage zu Psychose.“²⁸⁵

In manchen Fällen werden Verwandte zweiten Grades wie Onkel, Tanten, Cousins oder Cousinen erwähnt. „Unsere Kranke war nur bis zum 6-ten Lebensjahr

²⁸² UAT 442/2, Patientin Nr. 414.

²⁸³ Vgl. Bleuler (1916), S. 143.

²⁸⁴ UAT 441, Patient Nr. 432.

²⁸⁵ UAT 441, Patient Nr. 440.

zu Hause, dann nach dem Tode der Mutter kam sie zur Erziehung zu einer Großtante, die erst vor wenigen Jahren 88 J[ahre] alt, gestorben ist. Die Tante, obwohl schon damals alt, war eine muntere, ruhige, kinderlose Witwe, verwendete viel Sorgfalt auf die Erziehung ihres angenommenen Kindes.²⁸⁶

Neben Vermerken über den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand noch lebender Angehöriger wendet sich Binswanger der Todesursache verstorbener Familienmitglieder zu. Im Falle der Patientin Fanny S. steht in der Krankengeschichte der Hinweis: „Vater starb an Hirnschlag.“²⁸⁷

Binswanger notiert Besonderheiten in der Persönlichkeitsstruktur der Patienten. Im Falle des Karl R. beschreibt Binswanger, „dass dieser in der Elementarschule wie am Gymnasium ein sehr guter Schüler war, dass aber etwas Eigenartiges, Abgesondertes, Reizbares schon von Jugend auf bemerkbar wurde.“²⁸⁸

Binswanger macht Angaben zu dessen geistigen Fähigkeiten und charakterisiert ihn als „nicht unintelligent“.²⁸⁹

Des Weiteren sammelt Binswanger Informationen über Geburt, Stillzeit, durchgemachte Kinderkrankheiten und macht Angaben über die körperliche und geistige Entwicklung des Patienten während der Kindheit und Jugendzeit. Beispielsweise notiert Binswanger bei einem 18 Jahre alten Mann, Seminarist in Blaubeuren: „Ist reif geboren, hatte seine Amme, konnte zur Zeit laufen u. sprechen. Masern im 5 ten Jahre, leicht überstanden, als Kind sehr zart, oft crampartige Anfälle, mit 15 J. angina, dauerte 8 T., im 16 ten Jahre schon einmal einen Anfall v. Hypochondrie u. gestörter Verdauung, besserte auf Roborantia u. Salz, von da an glaubt die Mutter sey ihm das Lernen schwerer geworden.“²⁹⁰ Angaben über die Erziehung des Patienten misst Binswanger große Bedeutung bei. Bei einem 29 Jahre alten Patienten, der ohne Mutter aufwuchs, kümmerte sich die Großmutter um die Erziehung. „Der Vater nahm sich der Erziehung an, soweit ihm der Beruf Zeit ließ.“²⁹¹

²⁸⁶ UAT 441, Patientin Nr. 442.

²⁸⁷ UAT 441, Patientin Nr. 442.

²⁸⁸ UAT 441, Patient Nr. 443.

²⁸⁹ UAT 441, Patient Nr. 443.

²⁹⁰ UAT 441, Patient Nr. 431.

²⁹¹ UAT 442/2, Patient Nr. 416.

Im Gespräch mit Angehörigen der Patienten berücksichtigt Binswanger auch deren persönliche Ansichten und Annahmen, notiert sich deren kritische Gedanken oder Vorbehalte. In einem Krankenbericht erwähnt Binswanger eine Mutter, die davon überzeugt ist, bei der Erziehung ihres Sohnes Fehler gemacht zu haben: „Die Mutter klagt sich selbst an, ihren einzigen Sohn etwas verzerrt u. unselbstständig erzogen zu haben.“²⁹²

Der schulischen und beruflichen Laufbahn, etwaigen Misserfolg oder Problemen wird ebenfalls große Bedeutung zugemessen. „Schon als Knabe jähzornig, entwickelte sich gut, hatte gute Anlagen, war aber flüchtig im Lernen.“²⁹³

Bei männlichen Patienten geht Binswanger auf den Militärdienst ein, bei weiblichen Patienten auf Ehe und Mutterschaft.

Die Partnerbeziehung der Eltern wird ebenso erfasst wie die Frage, ob die Ehe des Patienten als glücklich zu bezeichnen sei. Bei der Patientin Fanny M. notiert er: „In Bamberg lernte sie ihren jetzigen Gatten, einen biedereren, würdigen Kaufmann kennen u. sie heiratheten sich aus Neigung.“²⁹⁴

Angaben über Auslöser der psychischen Erkrankung, über den Zeitpunkt, an dem erstmals Auffälligkeiten bemerkt worden waren, sind ebenfalls von großer Bedeutung. Bei dem bereits oben erwähnten während einer Geschäftsreise erkrankten Alexander S. notiert er: „Vor c. 2 Jahren entdeckte er zufällig durch Lesung des Leichensteines, dass seine Mutter, welche der Kranke sehr früh verloren, an Irrsinn gestorben sey, was einen tiefen Eindruck auf seine Psyche gemacht.“²⁹⁵

Bei einer Patientin, deren Ehemann ein Jahr vor der Aufnahme im Bellevue an einer Lungenembolie verstarb, achtet Binswanger explizit darauf, ob ein Zusammenhang zwischen dem Ausbruch der Psychose und dem Tod des Gatten zu bestehen scheint. „Der Verlust des Mannes machte tiefen psychischen Einfluss.“²⁹⁶

Im weiteren Verlauf beschreibt Binswanger familiäre, soziale und gesellschaftliche Verhältnisse des Patienten. Auch erlittene psychische Traumatisierungen

²⁹² UAT 441, Patient Nr. 431.

²⁹³ UAT 442/2, Patient Nr. 416.

²⁹⁴ UAT 441, Patientin Nr. 442.

²⁹⁵ UAT 441, Patientin Nr. 404.

²⁹⁶ UAT 442/2, Patientin Nr. 412.

und Verlusterlebnisse sind für ihn von Bedeutung. Bei einem Patienten, der als Kind die Eltern und mehrere Geschwister verloren hatte, sieht er die Ursache für dessen Alkoholismus in erlerntem Verhalten: „Unser Kranker wurde nach dem Tod des Vaters von Verwandten und zwar stets im Wirtshause erzogen, lernte sehr früh durch böses Beispiel das Trinken.“²⁹⁷

Ebenso werden die Pubertät, in welcher nach damaliger Lehrmeinung die Disposition zur Geisteskrankheit „explosionsartig zunimmt“²⁹⁸, sowie die Entwicklung des Geschlechtstriebes erfasst, etwa Hinweise auf Onanie.

Bei einer an Hysterie erkrankten Patientin notiert er: „Mit 12 J[ahren] zum erstenmale menstruiert, fing sie zu dieser Zeit die Onanie durch Zusammenpressen ihrer Beine an, sey später wieder davon abgetreten, als sie merkte, dass sie schwach wurde.“²⁹⁹

Bei einem 18 Jahre alten Patienten befragt Binswanger fremdanamnestic die Mutter, ob sie bei ihrem Sohn Hinweise auf Masturbation oder Pollution bemerkt hätte. Er notiert in seinem Krankenbericht: „Von Masturbation oder Pollutionen weiß die Mutter nichts.“ Er fährt weiter fort: „Der Kranke muss wohl persönlich untersucht werden.“³⁰⁰

Auch Hinweise zu Dauer und Auftreten von gehäuften Pollutionen zu einer bestimmten Jahreszeit scheinen für Ludwig Binswanger von großer Wichtigkeit zu sein: „Seit 2 Jahren leidet er an Pollutiones nocturnae, früher, besonders letzten Herbst u. Winter sehr stark, jetzt weniger.“³⁰¹

Aus dem zeitgerechten Einsetzen oder Wegbleiben des Menstruationszyklus lassen sich bei allen im Bellevue hospitalisierten Patientinnen nach Binswanger Hinweise auf mögliche Gründe für den Beginn der Geisteskrankheit erkennen. Er ist davon überzeugt, dass Veränderungen im Menstruationszyklus einen „abnormen Zustand“ auslösen.³⁰²

²⁹⁷ UAT 441, Patient Nr. 401.

²⁹⁸ UAT 441, Bleuler (1916), S. 149.

²⁹⁹ UAT 441, Patientin Nr. 442.

³⁰⁰ UAT 441, Patient Nr. 431.

³⁰¹ UAT 441, Patient Nr. 431.

³⁰² UAT 442/2, Patientin Nr. 414.

Ferner finden andere Veränderungen wie soziales Rückzugsverhalten, Aggressivität, Selbstbeschädigung und Hinweise zu Suizidalität in Ludwigs Binswangers Krankengeschichten Erwähnung.

Nicht nur der Verlauf der Erkrankung wird schriftlich dokumentiert, sondern auch erfolgreiche oder fehlgeschlagene Versuche ärztlicher Kollegen, auf die Krankheit Einfluss zu nehmen. Eine an Hysterie erkrankte Patientin „consultierte in München Prof. Z., Wolfsteiner, Stabsarzt Dr. Wagner, Dr. Baudorf, blieb 6 Wochen ohne Erfolg[...].“³⁰³

Ein prägnanter Schlusssatz zeichnet das Bild vom Charakter und Intellekt des neu eingetretenen Patienten: „Er ist religiös gesinnt, ohne Kopfhängerei, wahrheitsliebend, ehrlich, gutmüthig.“³⁰⁴

Der enge Kontakt zwischen Angehörigen und Binswanger bleibt in einigen Fällen auch nach der Entlassung aus dem Bellevue bestehen: Bei einer erneuten Verschlechterung des psychischen Befindens ihres kranken Familienmitglieds oder im Falle von Unsicherheiten bitten diese Binswanger um Rat.

Eine Mutter schreibt an Binswanger: „Hochgeehrter Herr Doktor! Nehmen Sie vor Allem gerührten Dank für Ihre schleunige Beantwortung meines angstvollen Briefes und für alle die treuen vorträflichen Rathschläge. [...]sagen Sie mir, ob wir hätten etwas anderes machen sollen, so wie es jetzt ist, oder ob Sie mit einverstanden sind, Ihr Rath ist mir so unschätzbar von Werth.“³⁰⁵

In einer weiteren Krankengeschichte lässt Binswanger den Patienten persönlich zu Wort kommen:

„Unser Kranker erzählt nun ferner selbst: Seit der Erkrankung meiner Frau fühlte ich mich sehr angegriffen, das Plaidiren wurde mir unangenehm, die Geschäfte nicht so leicht. Vorige Woche war ich noch in Bern u. Lucern in juridischen Geschäften, wegen des Concurses K. Ich konnte schlafen, essen, sogar mehr als sonst. Meine Stimmung wurde leicht gereizt (und nachher folgte Aufregung, die Pläne wurden hochfahrender, große Arbeitswut ohne die nötige Kraft.) Ich that solches, um zu vergessen“, entschuldigt der Kranke. Auf die Frage nach dem Trinken: „ja ich habe seither nicht mehr getrunken als sonst,

³⁰³ UAT 441, Patient Nr. 440.

³⁰⁴ UAT 441, Patient Nr. 431.

³⁰⁵ Brief der Mutter des Patienten Nr. 431 an Ludwig Binswanger vom 2.12.1877.

aber es hängt ja v[on] der Stimmung ab, in welcher man trinkt. Seit ich weiß, dass es meiner Frau nach Versicherung des Dr. B. besser geht, bin ich unsicher, will auch auf Ihre Bedingung eingehen, im Falle Fortdauer der Krankheit u. wenn es nothwendig ist, 2 M[onate] hier auszuharren.“³⁰⁶

Bei vorhandenen ausführlichen ärztlichen Einweisungsschreiben übernimmt Binswanger diese ärztlichen Berichte als eigenständige Krankengeschichten.³⁰⁷

Was Binswanger im Aufnahmegespräch anamnestisch persönlich wichtig erscheint, wie zum Beispiel im Einweisungsschreiben noch unerwähnt gebliebene Kinderkrankheiten oder Onanieverhalten, ergänzt er im Anschluss als Nachtrag zu dem extern verfassten ärztlichen Bericht.

Wo das Untersuchungsgespräch stattgefunden hat, wie viel Zeit sich Binswanger für das Gespräch genommen hat, wie die persönliche Kontaktaufnahme erfolgt ist, kann man aus den handschriftlich dokumentierten anamnestischen Angaben indes nur erahnen. Ob die anamnestischen Angaben in der Krankengeschichte des Patienten von Binswanger am gleichen Tag oder zu einem späteren Zeitpunkt schriftlich dokumentiert wurden, lässt sich nicht genau rekonstruieren.

Zusammenfassend lässt sich Folgendes sagen: Ludwig Binswanger beobachtet und beschreibt seine Patienten sehr genau. Die gesamte Lebenssituation des Kranken gerät ins Blickfeld des Untersuchers.

4.2.2.3 Aufnahmeuntersuchung bei Robert Binswanger

Robert Binswanger verschafft sich zunächst ähnlich wie sein Vater Ludwig einen Überblick über die aktuelle Lebenssituation seines Patienten. Dabei notiert er weniger ausführlich als sein Vater wesentliche durchgemachte Kinder- und Geschlechtskrankheiten des Patienten sowie Krankheiten oder bekannte Todesursachen von Familienangehörigen. Er benennt wichtige Punkte des schulischen und beruflichen Werdegangs.

Im Anschluss daran erfolgt die neurologische Untersuchung. Bei Progressiver Paralyse und Hysterie achtet Binswanger auf Lähmungserscheinungen und

³⁰⁶ UAT 441, Patient Nr. 431.

³⁰⁷ UAT 441, Patient Nr. 431.

Kontrakturen, ebenso auf Koordinationsstörungen im Falle von Progressiver Paralyse.³⁰⁸ Steigerung oder fehlenden Reflexstatus prüft und dokumentiert er sehr genau. Tremor der Extremitäten bei chronischem Alkoholismus³⁰⁹ sowie Parästhesien oder Anästhesien im Falle degenerativer Prozesse des peripheren und zentralen Nervensystems oder hysterische Anfälle bleiben Binswanger nicht verborgen.

Bei Schlaf- und Menstruationsstörungen zieht Binswanger Rückschlüsse auf unterschiedliche kausale Zusammenhänge.

Robert Binswanger notiert übersichtartig das äußere Erscheinungsbild des Patienten: Sein Blick richtet sich auf Kopf, Gesicht, Augen, Pupillen, Gang, Körperhaltung, Redefluss, etwaige neurologische Auffälligkeiten, Innervationsstörungen in der Gesichtsmuskulatur.³¹⁰

Im Anschluss an die körperliche Untersuchung notiert Binswanger, wie die Kontaktaufnahme zwischen Arzt und Patient erfolgte. Er hält fest, wie der Patient ihm gestellte Fragen beantwortet, etwa ob die Antworten nur langsam erfolgen oder ob das Denken beeinträchtigt ist.

Eine kurze Charakterisierung und Angaben zur Persönlichkeit des Patienten, dessen Interessen und Vorlieben runden das Bild ab. „Sonderliches“ sowie aus dem Rahmen fallendes Sozialverhalten werden ebenfalls schriftlich dokumentiert.³¹¹

In den Krankengeschichten finden sich unter der Rubrik Ord[ination] in unterschiedlicher Regelmäßigkeit Angaben zu ärztlichen Anordnungen.

Wenn entfernt verwandte Angehörige fremdanamnestisch nur unzureichende Angaben zur Erkrankung ihres Familienmitglieds machen können, holt Robert Binswanger ergänzende Informationen auf schriftlichem Wege von den Eltern der Patienten ein.

Im Falle des an Epilepsie erkrankten Johannes W.³¹² aus Kempten, der in Begleitung seines Onkels ins Bellevue kam, erkundigt sich Robert Binswanger auf schriftlichem Wege bei der Mutter nach ihm noch nicht schlüssigen möglichen

³⁰⁸ UAT 441, Patientin Nr. 404.

³⁰⁹ UAT 442/2, Patient Nr. 410.

³¹⁰ UAT 441, Patient Nr. 427.

³¹¹ UAT 441, Patient Nr. 427.

³¹² UAT 441, Patient Nr. 429.

Hinweisen auf die Genese der Erkrankung. Er befragt sie zu früheren Infektionskrankheiten oder Erkrankungen, die das Gehirn in Mitleidenschaft gezogen haben könnten, nach Hinweisen zu traumatischen Erfahrungen während Kindheit und Jugendzeit, nach der Persönlichkeitsentwicklung.

Am Ende ihrer sehr detaillierten Ausführung schreibt die Mutter an Robert Binswanger, dass sie im Falle einer bestehenden Notwendigkeit bereit ist, zu einer mündlichen Unterredung auch persönlich ins Bellevue zu kommen: „Sollte es Herr Doctor wünschenswerth erscheinen, dass eine mündliche kurze Besprechung benöthigt wäre, so stehen wir jederzeit bereit, ohne gerade den Johannes zu besuchen, was unter Umständen noch zu früh sein könnte.“³¹³

Eine erste übersichtliche Strukturierung der anamnestischen Angaben, verfasst in der Handschrift Robert Binswangers, habe ich im Falle des Patienten Eduard P. im Personale II gefunden. Der ärztliche Befund ist gegliedert in:

ANAMNESE

STATUS PRAESENS

VERLAUF DER KRANKHEIT

ORD[INATION].

In unregelmäßigen Tagesnotizen erfolgen eine allgemeine psychopathologische Befunderhebung sowie Hinweise zum weiteren Verlauf der Erkrankung.

Dabei notiert Binswanger wichtige, bis heute noch übliche allgemeine psychopathologische Begriffe³¹⁴ wie:

BEWUSSTSEINSSTÖRUNGEN: „geistiger Dämmerzustand“

ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN: „zeitlich und situativ desorientiert“

AUFMERKSAMKEIT UND GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN: „bleibt nicht bei der Sache“

FORMALE DENKSTÖRUNGEN: „Ideenflucht“, „Denken und Besinnen fällt schwer“, „geistiger Hemmungsvorgang vorhanden“

BEFÜRCHTUNGEN: Misstrauen: „obige Ideen sind der Rest seines Misstrauens“

³¹³ Dokument 429/12 in UAT 441/429, Brief der Mutter des Patienten an Robert Binswanger vom 17.05.1877.

³¹⁴ UAT 441, Patient Nr. 427.

WAHNERLEBEN: Beziehungswahn: „oft glaube er, man spräche bei Tisch über ihn und um es ihn nicht merken zu lassen, werde von einer ‚Sie‘ gesprochen, während er doch eigentlich damit gemeint sei“

STÖRUNGEN DER AFFEKTIVITÄT: „während Pat. in den ersten Tagen einen mehr gedrückten Eindruck gemacht, [...], erscheint er jetzt heiter“

ANTRIEBSSTÖRUNGEN: „Hast bei der Arbeit“

VEGETATIVUM: „Schlaf nicht gut“

TRAUMERLEBEN: „mitunter starkes Träumen“

SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN: „will sich ein Auge ausstechen“

SUIZIDALITÄT: „in den ersten Tagen kamen wieder Selbstmordgedanken zum Vorschein“

Diese Strukturierung des ärztlichen Befundes bleibt jedoch unregelmäßig.

Bei einer im Jahr 1877 hospitalisierten Patientin mit der Eingangsdiagnose „Depression untermischt mit hysterischen Zügen“ erfolgt die Fortsetzung der Krankengeschichte in der Handschrift Robert Binswangers im Anschluss an die anamnestischen Angaben Ludwig Binswangers senior, ohne die oben explizit erwähnte klare Strukturierung in Anamnese, Status praesens, Verlauf der Krankheit und Ordination.

Robert Binswanger beschreibt zunächst das äußere Erscheinungsbild und den körperlichen Zustand dieser Patientin³¹⁵ bei ihrem Eintritt ins Bellevue: „sehr abgemagerte, anämische Frau mit gedrückter Haltung, sehr deprimiertem Gesichtsausdruck.“ Er notiert ihre Klagen über vorhandene Schmerzen: „In körperlicher Beziehung klagte sie über Rückenweh, über zusammenschnürendes Gefühl im Halse.“ Er notiert Hinweise zu circadianen Besonderheiten: „Für gewöhnlich sind die Morgenstunden die schwersten“, und macht Angaben zu Menstruationszyklus, Gewicht und Puls.

Binswanger notiert bei dieser Patientin psychische Auffälligkeiten wie vorhandene „Ängste was ihren Gesundheitszustand anbetrifft“, „ihre Furcht vor dem Tode“. Angaben zu auffälligem Verhalten wie „Szenen in denen sie laut schreit“, Zeichen für Launenhaftigkeit: „zeigt sich sehr launisch, will nicht zu Tische kommen oder legt sich unmotiviert zu Bett“. Hinweise zu ihrem Verhalten in der

³¹⁵ UAT 441, Patientin Nr. 442.

Gesellschaft: „Sie war gesellschaftlich recht artig“, runden das Bild der Patientin ab.

Ein plötzlich eintretender hysterischer Anfall wird am Ende der Krankengeschichte genauestens protokolliert:

„Der Anfall war (2 Jun[i]) morgens. Die Kranke schreit laut, [...], schluchzt, schreit krampfhaft nach dem Pfleger, gebt mir Gift‘, wälzt sich auf dem Boden u. Canapee, zeigt dabei etwas umflortes Bewusstsein. Das ganze dauert einige Minuten, krampfhaftes Zucken, Schlagen der Arme. Nachher ruhiges Ermatten. Nachmittags Pat[ientin] wieder ganz ruhig und klar, schreibt einen vernünftigen Brief. Am anderen Morgen die gleiche Szene von gestern.“

Eine systematische Führung der Krankenakte, einen standardisierten Aufnahme- oder Anamnesebogen – wie er in einigen „Irrenheilanstalten“ üblich war – gab es im Bellevue zunächst nicht. Erst im Jahr 1890 wurden vorgedruckte Bögen zur Notierung von Anamnese und Untersuchung verwendet. Solche Bögen existierten in anderen Anstalten, und Robert Binswanger kannte bereits ein solches Formular. Unter der Dokumentenmappe mit der Nummer 2634 existiert im „Staatsarchiv des Kantons Zürich“ ein offizieller standardisierter Aufnahmebogen einer Patientin³¹⁶ die vom 10. Juni 1879 bis 12. November 1880 im Bellevue hospitalisiert war, und für die man um Aufnahme ins Burghölzli bat.

Er ist in der Handschrift Dr. Mercklins, Assistenzarzt im Bellevue, verfasst. Das Schreiben vom 17. Juni 1880 richtet sich an die „Direction der Staatlichen Anstalt Burghölzli“ unter der Leitung von August Forel.

³¹⁶ UAT 441, Patientin Nr. 483.

FORMULAR
FÜR DIE ÄRZTLICHEN BERICHTE, WELCHE BEI DER ANMELDUNG VON
GEISTESKRANKEN
BEHUFES AUFNAHME IN DIE
ZÜRICHER IRRENANSTALT
LAUT § 2 DES REGLEMENTS EINZULIEFERN SIND.

NB. Es wird besonders aufmerksam gemacht, dass von jetzt an nur diejenigen Kranken mit Aufnahme rechnen können, für welche ein sorgfältig ausgestellter ärztlicher Bericht beigebracht worden ist.

Die Direktion der Irrenanstalt.

1. Vor- und Geschlechtsname, Alter, Beschäftigung, Geburtsort, Heimatsort und letzter Aufenthaltsort des (der) Kranken.

Frau Katharina Henriette I. geb. S., geb. 26. Nov. 1814 zu Cassel, verheirathet seit 1840 in Frankfurt a. M., seit November 1878 wohnhaft in Zürich.

2. Welche somatischen Krankheiten sind der jetzigen Störung vorausgegangen?

Es wird gewünscht eine kurze Aufzählung aller von der Geburt bis heute an dem betreffenden Individuum beobachteten Erkrankungen. Insbesondere soll Rücksicht genommen werden auf Krankheiten des Nervensystems, Kopfverletzungen, Genitalienkrankheiten, Syphilis, Alcoholismus, Anämie, Typhus, Pneumonie, Rheumatismus, akute Exantheme.

Frau I. hat als junges Mädchen mal mit Halsleiden zu thun gehabt, als junge Frau mal an Kopfschmerzen gelitten, was sich jedoch beides später ganz verloren hat, so dass sie sich bis vor wenig Jahren einer vortrefflichen Gesundheit erfreuen konnte.

3. Welche prädisponirenden und excitirenden Momente kommen hier in Frage? Ist erbliche Anlage da und in welchen Graden der Blutsverwandtschaft ist sie zu suchen? Wie ging die körperliche Entwicklung des (der) Kranken vor sich? Wie war das Geschlechtsleben bisher beschaffen? Sind keine Geschlechtsausschweifungen (insbesondere Onanie) begangen worden? Wie war die Erziehung und wie entwickelten sich die intellektuellen und moralischen Fähigkeiten?

Sind vorherrschende Neigungen, Lieblingsbeschäftigungen, Leidenschaften beobachtet worden? Wie verhielt sich der (die) Kranke in religiöser Beziehung? Wie waren die häuslichen und sozialen Verhältnisse, wie die physische Lebensweise des (der) Kranken? Haben depressive Affekte eingewirkt? Welche Momente haben wohl am meisten zur Entstehung der vorliegenden Geisteskrankheit mitgewirkt?

Frau I. ist die Tochter eines ganz jung an Tuberkulose verstorbenen Vaters u. einer nervengesunden Mutter, die mit 82 Jahren ohne jede Krankheit gestorben ist. In der Familie ist kein Fall von Geisteskrankheit bekannt, jedoch ist ein Vetter mütterlicherseits noch vor dem 50ten Jahr in einem ähnlichen Zustand gestorben. Sie hat immer in guten, angenehmen Verhältnissen gelebt u. war eine überaus thätige, praktische u. energische Natur, von religiöser Schwärmerei keine Spur.

4. Wann und wie äußerten sich die ersten Spuren der Geisteskrankheit? Welchen Verlauf nahm dieselbe bis jetzt? Sind Recidive beobachtet worden und kennt man die Ursachen derselben? Fand ärztliche Behandlung statt und mit welchem Erfolge? War der (die) Kranke schon einmal in einer Irrenanstalt und wann?

Der genaue Zeitpunkt der Erkrankung ist nicht zu bestimmen u. haben sich die Symptome ganz allmählich seit einer Reihe von Jahren, im Anfang kaum bemerkbar, eingestellt. Die ersten Spuren sind wohl in dem immer unklarer werdenden Styl zu finden.

Bei einem längeren Besuch im Sommer 1875 in Zürich fiel ihr stilles scheues Wesen schon auf, auch war sie z. B. nicht mehr im Stand einen Strumpf ordentlich zu stricken, während sie sonst eine Meisterin in allen wirklichen Handarbeiten gewesen war. Auch klagte sie damals schon viel über einen beständigen Druck auf dem Kopf.

Von einem Schlaganfall ist nichts bekannt, wenigstens will die treue zuverlässige Magd, die in den letzten 6 Jahren bei ihr war, nichts derartiges beobachtet haben. Doch nahm das Gedächtnis immer mehr ab u. die Theilnahmslosigkeit u. Unklarheit zu. Im Herbst 78 ließ sie sich endlich zu einer gänzlichen Übersiedlung nach Zürich bewegen. Den darauf folgenden Winter hielt sie sich noch

mühsam aufrecht, wie dann überhaupt ihre Umgebung die Überzeugung hat, dass nur ihre wunderbare Energie den wirklichen Ausbruch der Krankheit noch so lange hinausziehen konnte. Am 9ten April 1879 war ihre Kraft am Ende, da erklärte sie in der größten Verzweiflung, sie habe ihren Verstand verloren u. war von dem Augenblick an nicht mehr im Stand, sich zusammen zu nehmen und ihren Zustand zu verbergen. Nach mehrfachen Konsultationen mit Herrn Professor Frankenheimer und Frau Dr. Lauffer wurde sie sodann am 9 ten Juni 1879 nach Kreuzlingen in die Anstalt des Herrn Dr. Binswanger gebracht.

Soweit Angaben der Angehörigen.

5. Welche somatischen und psychischen Symptome bietet der (die) Kranke bei der gegenwärtigen Untersuchung dar? Wie lautet die Diagnose und Prognose? Ein möglichst genauer Status praesens unter Berücksichtigung der Körpertemperatur und des Verhaltens während der Nacht wird gewünscht. Bei der Diagnose werden am besten folgende Kategorien unterschieden: Melancholie (ohne und mit Willensaufregung), Manie, periodische Seelenstörung, primäre Verrücktheit, sekundäre Seelenstörung, paralytische Seelenstörung, Seelenstörung mit Epilepsie, Seelenstörung mit organischen Hirnerkrankungen, Delirium tremens.

Bei ihrem Aufenthalt im Asyl Bellevue vom 9ten Juni bis zum 12Juni 1880 hat Frau I. im Ganzen stets dasselbe somatische und psychische Bild dargeboten. Von körperlichen Störungen ist in letzter Zeit außer öfterer Stuhlverstopfung nichts beobachtet worden.

Lähmungserscheinungen sind nicht zu beobachten, die Sprache erscheint undeutlich, da Patientin ein bis vor ihrer Krankheit getragenes künstliches Gebiss jetzt durchaus nicht mehr anlegt.

Auf psychischer Seite ist ein hoher Grad von Schwäche auffallend. Es fehlt jede Orientierung über Zeit und Ort, sowie über die umgebenden Persönlichkeiten, das Gedächniß erscheint vollkommen lückenhaft, nur einzelne abgerissene Erinnerungen aus früherer Vergangenheit sind vorhanden, während Eindrücke aus der Jüngstvergangenheit nicht festgehalten werden. Überhaupt erscheint die Perception gestört u. verlangsamt, ein geordnetes Gespräch, auch über concrete Gegenstände ist aus diesem Grunde mit der Pat. unmöglich. Sie giebt

auf Befragen nur incoherente, abgerissene Antworten, aus welchen häufig ersichtlich ist, dass die Frage gar nicht verstanden wurde.

Für abstracte Begriffe fehlt jedes Verständnis. Die Stimmung zeigt eine große Labilität, bald ist kindische Heiterkeit vorhanden, bald wird durch ein unscheinbares Ereignis ein schmerzvoller Affect mit andauernder weinerlicher Stimmung hervorgerufen. Vorübergehend sind Aufregungszustände zu beobachten. Patientin zeigt dann motorische Unruhe, geht viel umher, kramt in ihren Sachen, ist leicht in zornige Erregung versetzt, wenn nicht überall ihr Wille befolgt wird, wiederholt stundenlang dieselben zusammenhanglosen Worte, zeigt einen gestörten Schlaf. Zur Nahrungsaufnahme wie zur Entleerung des Urins u. der faeces muss Pat. stets aufgefordert werden. Sinnestäuschungen u. eigentliche Wahnvorstellungen sind nicht nachzuweisen. Das gesamte psychopathologische Bild lässt sich als Dementia senilis zusammenfassen u. kann bei dem wohl zweifellos anzunehmenden Vorhandensein einer gröberen organischen Gehirnveränderung die Prognose nur ungünstig gestellt werden.

Ort: Kreuzlingen

Datum: 17/6/1880

Unterschrift des Arztes: Dr. R. Binswanger

In der Krankenmappe eines weiteren Bellevue-Patienten³¹⁷ liegt eine Eingangsuntersuchung für das Jahr 1877 vor. Zehn Jahre später im Rahmen eines zweiten Aufenthalts desselben Patienten im Bellevue, findet sich eine weitere Eingangsuntersuchung, beide in der Handschrift Robert Binswangers.

Dadurch lassen sich die anamnestischen Einträge dieses Patienten gut miteinander vergleichen.

³¹⁷ UAT 441, Patient Nr. 429 in Mappe 755.

<p>W. J. von Kempten. geb. den 11 Novemb[er] 1854 eingetr[eten]: 1 Mai 1877 ausgetr[eten]: Anamnese. (Brief des Dr. Hertel) Sehr geachtete Familie. In der Jugend zur Onanie verführt. Seit dem 17 ten Jahr epilept[ische]. Anfälle. Traten nur 2 Mal per Jahr auf. (Februar- April). Auf Bromkalium 2 Jahre nicht mehr aufgetreten. Frühjahr 76 in ein Geschäft nach Augsburg gekommen u. sich fleißig u[nd] solid gehalten. Er schrieb aber hypochondr[ische]. Briefe nach Hause, fühlte sich krank u. wurde verschlossen. Heimweh kam dazu u. deßhalb Pat[ient]. im Herbst wieder nach Hause. Im Winter die fixe Idee, dass er abmagere u. abzehre. Dann erster Wechsel, Pat. fühlte sich ganz wohl, besuchte Wirthshäuser, verliebte sich in eine Kellnerin, ergab sich dem Trinken. Dann verkehrte er viel mit Soldaten, die ihn missbrauchten u. ihm angaben, (er war zum Militär wegen Epilepsie untauglich) er könnte Lieutenant werden. Dies bildete sich Pat[ient] dann ein u. gehorchte den Eltern nicht mehr. Nach Angaben d. Pat[ienten]. Pat[ient] hat drei Schwestern, die verhei-</p>	<p>Hr. J. W., 32 J. ledig, (Aufg[enommen] 11.6.87.) Anamnese. 1877 in hiesiger Anstalt wegen epileptischen Irreseins behandelt worden. Im Jahre 3- 4 sehr heftige epileptische Krampfanfälle –Aura vor den Anfällen– Erinnerung nach denselben summarisch; mehrere Tage nach jedem Anfalle große körperliche Abgeschlagenheit, bes. regelmäßig heftige Schmerzen im linken Arm. Die Anfälle werden regelmäßig durch vorhergehende Alkoholexcesse ausgelöst. In der Zwischenzeit bis auf einen gewissen Grad von Schwachsinn ziemlich normal, harmlos, er arbeitet im Comptoir fleißig, wenn auch nicht selbstständig. Gedächtniß wird als ausgezeichnet geschildert. Die jetzige psychische Alienation begann am 4.6.87. Er trat mit Schärpe und Bändern geschmückt, singend ins Comptoir, und erzählte, dass er gerne zum Militär müsse. „In B., einem Vergnügungsorte in der Nähe von Kempten, treibt sich eine Unmasse von Militär in civil herum, welches auf ihn lauere.“</p>
---	---

<p>mor der Hände. Appetit sehr gering. Bedeutende Verstopfung. Schlaf gut. Objektiv in körperlicher Beziehung sonst nichts Auffallendes.</p> <p>Pat. erscheint sehr lebhaft, geschwätzig, hastig in seinem Bewegen, viel sprechend, sonst harmlos u. gutmüthig. Seine Phantasien beschäftigen sich stets mit dem Militär, dem er sich widmen will. Er will einen Schild kaufen u. soll ein Schwert erhalten, durch welches er „gefeit“ ist. Er singt in seinem Zimmer u. auf den Spaziergängen Soldatenlieder.</p> <p>Im Übrigen erscheint er ziemlich stark in geistiger Beziehung. Er erzählt die Geschichten, auf welche hin er glaubt, doch Offizier werden zu können u. die sich als die aller[?] u. [?]. Mystificationen von Seiten d[er] Soldaten u. Offizieren herausstellen u. auch als direkte falsche Deutungen wie er z.B. glaubt, eine ganze Compagnie hätte seinetwegen Front gemacht.</p> <p>In Gesellschaft ist Pat[ient] ruhig u. benimmt sich sehr anständig. Er gehorcht willig wie ein Kind, trinkt seinen halben Liter Bier u. verlangt nicht mehr.</p> <p>Seine Briefe sind in allen Beziehungen schlecht geschrieben. Ziemlich kindisch. Er glaubt, er sei in einer Wasserheilanstalt. Dann schreibt er verwirrt, ein Herr hier sei aus Aarau, Ct. Thurgau, er wer-</p>	<p>Appetit gering, Stuhl unregelmäßig, Schlaf gut.</p> <p>20.6.87 Hallucinationen u. Wahnideen bestehen noch fort. Er äußert öfter, dass seine Eltern in Constanz seien, er höre ihre Stimmen, macht auch Andeutungen, dass man nach ihm suche, um ihn ins Militär zu stecken, trägt jedoch keine Ängstlichkeit zur Schau. Nur einmal ein heftiger Zornausbruch, weil er nicht zur rechten Zeit spazieren gehen konnte.</p> <p>Abends vor dem Schlafengehen singt er öfters Choräle, betet inbrünstig u. spricht viel mit sich. Medizin nimmt er nicht (Gift?)</p> <p>Auf den Spaziergängen grüßt er mit Vorliebe Offiziere u. zwar auf militärische Weise. Zunge immer noch belegt, Appetit mäßig, Stuhlgang unregelmäßig, Schlaf meist gut.</p>
--	---

<p>de einen Ausflug machen auf den Hohenstaufen bei dem Hohentwiel u. Singen.</p> <p>Nachts onanirt Pat. stark. Im Briefe an die Eltern schickt er zweier Kellnerinnen Grüße u. Küsse.</p> <p>Ord[ination] Bitterwasser, halbe Sitzbäder. Ruhe, Arbeit mäßigen Grades.</p> <p>Patient wird im Verlauf der nächsten Monate vollkommen ruhig, nüchtern, arbeit-sam. Er macht so den Eindruck eines gutmüthigen, ziemlich schwachsinnigen jungen Mannes. Epilept. Anfall nie beobachtet.</p>	
---	--

Tabelle 5: Anamnese in der Handschrift Robert Binswangers

Zusammenfassend lässt sich aus den dokumentierten Krankengeschichten gut rekonstruieren, dass sowohl Vater als auch Sohn Binswanger auffällige Veränderungen im äußeren Erscheinungsbild und im Verhalten notieren.

Nach sorgfältiger Beobachtung und Befragung des Kranken werden die erhobenen Befunde detailliert beschrieben. Auch die äußeren Lebensumstände des Patienten sowie dessen Beziehung zum Untersucher geraten ins Blickfeld. Was den psychopathologischen Status betrifft, finden sich bei Ludwig Binswanger im Vergleich zu seinem Sohn nur unregelmäßige und spärliche Angaben zu Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, formalen Denkstörungen, Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen.

An Störungen der Affektivität notieren beide Ärzte unterschiedliche Symptome von Schwankungen melancholischer oder manischer Natur. Eine der Psychose vorausgehende misstrauische Stimmungslage, ein für den Patienten einsetzendes Gefühl der Bedrohung, die der Psychose vorausseilt, eine plötzlich auftretende wahnhaftige Überzeugung bleiben Vater und Sohn Binswanger nicht verborgen. Schuld- und Verarmungs-, hypochondrischer bzw. Größenwahn – wie

sie sowohl im Rahmen affektiven als auch psychotischen Erlebens auftreten – werden von beiden erkannt und beschrieben.

An psychomotorischen Veränderungen notieren beide Zeichen von Agitation oder Verlangsamung von Bewegungsabläufen.

Bei Vater und Sohn finden sich in unterschiedlichem Ausmaß Notizen zu Träumen, Schlaf, Vegetativum, Gewicht, Appetit und Verdauung, Suizidalität und Aggressivität.

Inwieweit Ludwig und Robert Binswanger aus der Rolle des distanzierten Beobachters heraustreten und Anteil nehmen an Sorgen und Nöten ihrer Patienten, bleibt aus den dargestellten anamnestischen Angaben unbeantwortet.

Somit bleiben die innerseelischen Zusammenhänge des Patienten, das Zusammenspiel von Beziehungsmustern, inneren Konflikten und strukturellen Bedingungen, das heißt die Psychodynamik des Patienten, dem heutigen Leser dieser Krankenakten letztlich größtenteils verborgen.

In den ab dem Jahr 1875 bestehenden Kopier-Büchern Robert Binswangers haben sich Durchschläge seiner Korrespondenzen an die Angehörigen erhalten. Darin finden sich in einzelnen Fällen einzigartige Dokumente sehr persönlicher Mitteilungen Robert Binswangers, sodass dem heutigen Leser Einblicke in Roberts Gefühle, in sein ärztliches Denken und Handeln möglich wird.

In einem Brief an den Vater einer Patientin schreibt Robert: „Nachdem heute vor 8 Tagen der Abend sehr stürmisch verlaufen bei Fr. Clara (sie schlug bedeutend), lag sie den anderen Tag, Freitag, sehr congestioniert zu Bett. Bei Tisch war mir gemeldet, dass die Periode bei ihr eingetreten. Ich gestehe, dass ich freudig aufathmete.“³¹⁸

Der Gattin eines Patienten teilt Robert seine persönlichen Beobachtungen und Gedanken mit: „In den Tagen, in denen ich mit einem ausführlichen Berichte an Herrn Geheimrath S. über das Befinden Ihres Herrn Gemahls beschäftigt bin, um welchen sich in letzter Zeit der größte Theil meiner Berufsfragen kreisen, komme ich sehr gerne Ihren Wünschen, hochgeehrte Frau nach u. theile Ihnen

³¹⁸ UAT 442/52, S. 5, Brief Robert Binswanger an den Vater der Patientin Nr. 444 vom 16. 6.78.

meine Beobachtungen und Gedanken mit, die ich in letzter Zeit über Herrn B. gewonnen.“³¹⁹

Ähnlich wie sein Vater gibt Robert Binswanger Angehörigen auch nützliche Ratschläge im Umgang mit den Kranken: „Sie erschöpfen sich, hochgeehrte Frau, in zahlreichen liebevollen u. besorgten Briefen während Herr B. in seiner krankhaft verdorbenen Art den Inhalt doch nur als Hechelei hinstellt. Es gibt eine Zeit, in der man solchen Kranken durch entschiedenes Auftreten viel mehr nützt, als durch zu große Nachsicht.“³²⁰

In bestimmten Fällen gewährt Binswanger einzelnen Angehörigen nicht nur prognostische Hinweise, sondern auch Einblicke in seine therapeutischen Bemühungen, die sich individuell auf den Patienten beziehen.

„Ich gebe Ihnen die feste Versicherung, dass wir mehr denn je Herrn B. unsere Aufmerksamkeit schenken. Er sitzt bei Tisch neben mir und meiner Frau gegenüber, die seine Vorliebe für das und jenes Gericht kennt und berücksichtigt.“³²¹

Hinweise auf die enge Zusammenarbeit und den fachlichen Austausch zwischen Vater und Sohn Binswanger während ihrer vierjährigen Tätigkeit an der Spitze der Anstaltsleitung gibt folgender Brief an den Vater eines Patienten. Robert Binswanger schreibt darin, dass er bei der Behandlung des erkrankten Sohnes auch auf die Erfahrung seines Vaters zurückgreift: „Herrn Eduard geht es zur Zeit recht gut! Es ist dies nicht nur meine Ansicht, sondern auch diejenige meines lieben Vaters, von dem ich gestern dies zum ersten Male gehört. Und wenn dieser in Beziehung auf Beurtheilung über Befinden und Prognose eines Kranken alte Spartaner so etwas ausspricht, so ist es mir bei seiner Erfahrung sehr werthvoll.“³²²

Die Tatsache, dass Robert Binswanger einige ausgewählte Patienten mit auf Reisen nimmt, kann als Zeichen eines ungewöhnlichen therapeutischen Enga-

³¹⁹ UAT 442/52, S. 28, Brief Robert Binswanger an die Ehefrau des Patienten Nr. 452 vom 31.7.78.

³²⁰ UAT 442/52, S. 29, Brief Robert Binswanger an die Ehefrau des Patienten Nr. 452 vom 31.7.78.

³²¹ UAT 442/52, S. 30, Brief Robert Binswanger an die Ehefrau des Patienten Nr. 452 vom 31.7.78.

³²² UAT 441, Patient Nr. 427.

gements betrachtet werden: „Zudem werde ich wahrscheinlich, den 19ten August, bis zu welchem Tage mein Bruder hier weilt, eine kleine Ferientour beginnen u. mit Ihrer Zustimmung Herrn B. auffordern, mich zu begleiten. Ich will es gerne versuchen, welchen Effekt ich erziele, wenn ich einige Zeit mit ihm verbringe. Er sagte mir noch heute, [...] dass er nur darum reise, um alleine mit mir zu sein, wie er überhaupt persönlich zu mir sehr nett ist.“³²³

Außergewöhnlich ist auch, dass Robert einzelne Patienten persönlich aus einer „Irrenanstalt“ abholt und ins Bellevue bringt. In einen Fall³²⁴ war die Reise möglicherweise verknüpft mit einem Besuch bei seinem verehrten Lehrer Ludwig Meyer in Göttingen.

Ein ähnlich engagiertes Verhalten ist auch bei seinem Vater Ludwig Binswanger dokumentiert. Auf dringende Bitte eines verzweifelten Angehörigen besucht Ludwig Binswanger im Jahr 1871 einen ehemaligen Patienten³²⁵, einen erkrankten Arztkollegen, in dessen Wohnung in Zürich. Im Archiv des Kantons Zürich habe ich folgenden Eintrag gefunden:

„Eben wollte auch ich gehen, und allein nach Hause reisen, da bat mich der Vater und Bruder, ersterer mit aufgehobenen Händen, ihn doch nicht auch zu verlassen, sondern den Kranken mit mir zu nehmen. Ich willigte ein unter der Bedingung, dass man mir nun freie Hand lasse, das Parlamentieren dauere jetzt über 4 Stunden, der Kranke müsste, wenn ich mich seiner annehmen sollte, gewaltsam in einen bereitgestellten Wagen gebracht werden, ich fahre mit zum Bahnhof, u. je nach dem Benehmen des Kranken ferner nur im Zellenwagen, oder einem Coupé I-ster Klasse. Der Vater willigte ein, ich ließ die Familie hinausgehen, ließ dem Kranken durch die Dienstboten (männliche) des Hauses Hände und Füße mit Taschentüchern binden (da der Kranke sich sträubte) u. mit einem Paletot umhüllt, in die Droschke tragen, u. fuhr mit gegen den Bahnhof.

Auf dem Wege erklärte mir der Kranke, dass er der Gewalt weiche, wenn ich ihm die Glieder frei mache, versprach er mir, mit mir nach Kreuzlingen zu rei-

³²³ Kopierbuch, S. 30, Brief Robert Binswanger an die Ehefrau des Patienten Nr. 452 vom 31.7.78.

³²⁴ UAT 441, Patient Nr. 446.

³²⁵ UAT 441, Patient Nr. 217. Aufenthalt im Bellevue: 9.5.1869-14.6.1869, Wiedereintritt: 12.7.1869

sen, u. wieder bei mir einzutreten. Ich hatte persönlichen Muth genug, ihm auf dieses Wort die Binden abnehmen zu lassen, wir fuhren dann frei in den Bahnhof, nahmen 2 Billette I-ster Classe, ich ließ sogar den Begleiter zurück! Im Coupé, als wir zwei beide allein saßen, [...] mich R., er habe Lust mich zu packen u. zum Coupé herauszuschmeißen, ich glaube er fügte noch bei: „wenn ich Sie nicht herzkrank wüsste, würde ich es sogleich thun.“ Ich antwortete ruhig: „zum Hinauswerfen gehört auch einer, der sich hinauswerfen ließe, wenn er nicht ruhig sey, werde ich den Schaffner rufen, u. ihn in den Zellenwagen verbringen lassen.“ Darauf wurde der Kranke ruhig, fuhr bis Wintherthur, dort hatte ich kleines Bedürfniß, ich ersuchte den Kranken, mich zu begleiten, da ich ihn doch nicht allein lassen kann, und der Kranke begleitete mich zum Abort! Zu Schaffhausen stiegen wir aus, traten ins Bureau des mir bekannten Bahnhofsprechers. Als R. ruhig war, gingen wir 3 u. tranken ein Glas Bier bis zum Abzug des Zuges. Auf Telegramm holte uns in Constanz mein Wagen ab, u. wir fuhren ruhig in Bellevue ein.“³²⁶

4.3 Therapie im Bellevue

Das folgende Kapitel befasst sich mit den Therapiemethoden, die im Bellevue im Untersuchungszeitraum 1876 bis 1880 Anwendung fanden. Das therapeutische Konzept der Anstalt Bellevue unter der Leitung von Ludwig und Robert Binswanger basiert im Wesentlichen auf fünf Säulen. Diese sind die Arbeits- und Beschäftigungstherapie, die psychische Therapie oder auch Traitement moral, die Milieuthherapie, die physikalische Therapie und die medikamentöse Therapie. Anhand der Überlieferung Ludwig und Robert Binswangers selbst zu verschiedenen Behandlungsmethoden soll das therapeutische Konzept der Anstalt erläutert und mit Hilfe von Beispielen aus den transkribierten Krankengeschichten ergänzt werden.

4.3.1 Arbeits- und Beschäftigungstherapie

Der besorgte Vater des an Epilepsie erkrankten Patienten Johannes W. erkundigt sich bei Robert Binswanger nach den Tagesaktivitäten seines Sohnes. Er

³²⁶ Z. 100. Akte Nr. 1466, Staatsarchiv des Kantons Zürich.

schreibt an Binswanger: „Johannes war bisher ein großer Freund von Spaziergängen u. kleinen Tag[e]sparthien, wie mag er wohl die langen Winterabende zubringen? Auf welche Weise werden wohl den Patienten diese Abendstunden verkürzt? Um gelegentlichen Aufschluss hierüber, würden [wir] Herrn Doctor freundlichst gebethen haben, wir wissen wohl, dass Vormittags das Holzsägen, was Johannes gerne thut, Beschäftigung biethet, aber die Winternachmittage bei schlechter Witterung? Zu Hause war immer Zerstreung bei leichter Arbeit im Comptoir, wie mag er wohl diese Nachmittagsstunden ausfüllen können u. müssen?“³²⁷

Wie die Arbeits- und Beschäftigungstherapie im Bellevue aussah, erfahren wir zum Beispiel aus Robert Binswangers Manuskript einer Anstaltsbeschreibung. Hier legt er dar, dass bereits sein Vater „zweckmäßige Beschäftigungen für [Patienten] einführte, Gartencultur, Strohflechtereie und Handweberei, für passenden Unterricht sorgte u. vor Allem auch für gesellige Unterhaltung u. Erholung“ und dass er beispielsweise „mit seinen Kranken im Holzschopfe u. im Garten“ arbeitete.³²⁸

Die Ansicht, dass Beschäftigung einen positiven Effekt auf die Genesung des Kranken hat, spiegelt sich deutlich in einem von Ludwig Binswanger senior verfassten Eintrag: „Am Morgen arbeitet er wie die übrigen hiezu fähigen Herren 1/2-1 St. in unserem vor Sonne geschützten Holzstalle gerne u. mit Geschick, so wie überhaupt eine stete Thätigkeit ihm eigen.“³²⁹ Ein weiterer Patient Ludwig Binswangers berichtet seiner Mutter von seinen Aktivitäten: „Meine Zeit verbringe ich hier mit hauptsächlich Nichts thun. In d. letzten Tagen bin ich mehr herausgegangen, gestern habe ich angefangen, Holz zu hacken.“³³⁰

Neben Holzhacken ist auch Gartenarbeit fester Bestandteil der Beschäftigungstherapie im Bellevue. Ein Patient, dem Robert Binswanger Vorliebe für „niedere Verrichtungen“ attestiert, „will im Garten arbeiten.“³³¹

³²⁷ Dokument 429/15 in UAT 441/429, Brief des Vaters des Patienten an Robert Binswanger vom 21.10.1878.

³²⁸ FAB 307.

³²⁹ UAT 441, Patient Nr. 404.

³³⁰ UAT 441, Patient Nr. 431.

³³¹ UAT 441, Patient Nr. 427.

Ein zur Nachmittagszeit eben eingetretener Patient³³² „geht sofort an die Arbeit“. In diesem Fall ist nicht klar, worin genau diese Arbeit bestand.

Sehr viel Wert wird bei der Beschäftigungstherapie im Bellevue auf die Zuträglichkeit der Arbeit für den Patienten gelegt. Im Falle des an Epilepsie leidenden Patienten Johannes W.³³³ ist „Arbeit mäßigen Grades“ indiziert.

Weibliche Kranke werden ebenfalls zu leichteren Arbeiten wie Hand- und Strickarbeiten angeregt.³³⁴ Eine an Hysterie erkrankte Patientin³³⁵ auf dem Wege der Besserung erfreut sich mit „weiblichen Handarbeiten selbst bis tief in die Nacht hinein“. In der sehr ausführlich dokumentierten Krankenakte der Gräfin S.³³⁶ notiert Ludwig Binswanger, dass diese, „noch nicht an der neuen v[on] Frau Dr.³³⁷ mit Patientin vorgemalten Broderie“ arbeite.

Zusätzlich zur körperlichen Tätigkeit wird im Bellevue geselligen Unternehmungen, wie gemeinsamen abendlichen Unterhaltungen, Ausflügen oder dem Besuch von Konzerten und Theatervorstellungen viel Aufmerksamkeit geschenkt.³³⁸

Als ein wahres psychisches Erholungsmittel bezeichnet Ludwig Binswanger bereits im Jahr 1852 im Münsterlinger Jahresbericht die „von Zeit zu Zeit ausgeführten gesellschaftlichen Spaziergänge“. Sehr aufschlussreich dazu sind die dokumentierten Geselligkeiten und Reisen des bereits oben erwähnten 22 Jahre alten Sohnes³³⁹ einer „sehr geachteten Familie“. Dieser genießt Ausflüge in die Umgebung, tägliche Spaziergänge an den Seehafen, an der Rheinbrücke am Ufer des Bodensees entlang, den Besuch einer Militärparade, eines Konzerts mit Regimentsmusik und den Besuch der altkatholischen Augustinerkirche³⁴⁰. Auch eine aufgrund schlechter Witterungsverhältnisse geplatzte Bahn-

³³² UAT 441, Patientin Nr. 450.

³³³ UAT 441, Patient Nr. 429.

³³⁴ UAT 441, Patientin Nr. 444, Patientin Nr. 463, Patientin Nr. 515.

³³⁵ UAT 441, Patientin Nr. 454.

³³⁶ UAT 441, Patientin Nr. 463.

³³⁷ Jeanette Binswanger.

³³⁸ FAB 307.

³³⁹ UAT 441, Patient Nr. 429.

³⁴⁰ Die Augustinerkirche oder Dreifaltigkeitskirche ist ein Kirchengebäude in Konstanz am Bodensee. Da sie im späten 13. Jahrhundert für das örtliche Kloster der Augustinereremiten errichtet wurde, wird sie auch Augustinerkirche genannt. Sie fungierte bis zur Auflösung des Klosters 1802 als Klosterkirche sowie ab dem 17. Jahrhundert zusätzlich als

reise nach Romanshorn und Bürgli mit der „ganzen Gesellschaft“ wird in der Krankenakte dokumentiert. Je nach der unterschiedlichen psychischer Verfassung der Kranken finden im weitläufigen Garten des Bellevue oder am nahe gelegenen Ufer des Bodensees auch kürzere Spaziergänge statt.³⁴¹

Von ihrem Ehemann aufgefordert, an den Tagesaktivitäten im Bellevue teilzunehmen, gibt ihm die Patientin Helene B. Antwort in ihrem Brief: „Du schreibst mir, ich solle alle Vergnügungen mitmachen, allein ich hatte bis jetzt keine Lust dazu, ich habe noch nicht einmal Besuche gemacht, nur bei Fr. Doctor u. Oberförster war ich an dem Tag ehe Rieckele v[on] Obersteinach abreiste, fuhren wir nach Wasserburg, direkt am See gelegen, wir waren vom Himmel begünstigt u. konnten die schöne Gegend recht genießen.“³⁴²

Der Bruder eines im Bellevue hospitalisierten Patienten drückt sich in seinem Schreiben an Robert Binswanger wie folgt aus: „Hoffentlich schließt sich mein Bruder auch der übrigen Gesellschaft an und bekommt wieder mehr Geschmack an anderen Dingen und anderer Lectüre, als Juristerei u. Politik, wodurch sich die Aufregung legen sollte.“³⁴³ In einem undatierten, nicht veröffentlichten Manuskript ohne Titelangabe formulierte Robert Binswanger rückblickend seine Beobachtung, dass Patienten, „obwohl zum Holzsägen, Holzhacken, Gartenarbeit angeleitet wurden, sehr bald damit aufhörten.“³⁴⁴ Auch habe er in den 33 Jahren seiner Tätigkeit im Bellevue gegen die mit Recht verpönte Bummelei der Sanatoriumsinsassen gekämpft. Weiter fährt er fort, dass diesen Patienten, „nachdem sie ihre tägliche Kur in Hydrotherapie, Massage und den andern physicalischen Heilmethoden beendet, noch viel zu viel Zeit übrig blieb - zum Nichtstun.“

Den meisten Anklang fand im Bellevue laut Robert Binswanger „Unterrichtsstunden in fremden Sprachen, Mathematik und Literatur, insofern dieselben von den Lehrern der höheren Schulen in Konstanz, also wissenschaftlich gebildeten Elementen, gegeben wurden.“ Binswanger betont, dass alle „Bethätigungen,

Garnisonkirche, danach als Spitalkirche, altkatholisches Gotteshaus und heute römisch-katholische Kirche.

³⁴¹ Patienten Nr. 404, Nr. 427, Nr. 429, Nr. 454, Nr. 434, Nr. 444.

³⁴² Dokument 465/10 in UAT 441/465, Brief der Patienten an ihren Ehemann vom 14.7.1878.

³⁴³ Patient Nr. 432.

³⁴⁴ UAT 443/199.

welche der Arbeit und dem Vergnügen dienen, niemals den Kranken selbst“ zu überlassen seien.

4.3.2 Psychische Führung

Die Mutter einer Patientin drückt ihre Wertschätzung über die Behandlung ihrer Tochter mit folgenden Worten aus: „Aus Ihrem werthen Schreiben ersehe ich, daß Sie meine Amalia vortrefflich zu behandeln wissen, indem Sie mehr auf Ihre Seele, als den Körper zu wirken suchen; mit Festigkeit mit väterlichen Wohlwollen vereinigen.

Eine einer bestimmten Methodik folgenden „Psychotherapie“ im heutigen Sinne gab es im Bellevue im Zeitraum 1876 bis 1880 noch nicht. Es ist anzunehmen, dass das ausführliche Untersuchungsgespräch zu Beginn der Behandlung im Bellevue durch die Vermittlung einer ernstnehmenden Wertschätzung bereits eine psychotherapeutische Wirkung hatte. Auch Gespräche zwischen Arzt und Patient während des Aufenthalts, die in den Alltag integriert waren, hatten therapeutischen Wert.

Durch Eingehen auf die individuelle Persönlichkeit des Kranken bemühten sich Ludwig und Robert Binswanger, das Vertrauen des Kranken gewinnen, um ihn dann zu einer geregelten Lebensweise erziehen zu können. Auch eine möglichst sinnvolle Beschäftigung, die Tagesstruktur, galt im Bellevue als wichtiges Prinzip.

Im Untersuchungszeitraum 1876 bis 1880 lag der Schwerpunkt der psychischen Einwirkung auf Patienten für Vater und Sohn Binswanger in der psychoedukatorische Führung in einer tätigen Gemeinschaft. Ihre wichtigsten psychischen Behandlungsmittel waren Geduld, Ruhe und inneres Wohlwollen für den Patienten. Auf diese Weise gelang es Ludwig und Robert Binswanger, gesunde Elemente im kranken Menschen zu stärken und zu fördern.

4.3.3 Das therapeutische Milieu

Robert Binswanger übernahm mit der Direktorenschaft der Klinik auch ähnliche Vorstellungen hinsichtlich der Gestaltung der Atmosphäre in einer Anstalt.

Um seinen Patienten einen heilsam wirkenden Aufenthalt ermöglichen zu können, habe es sein Vater für die erste Pflicht gehalten, dem Patienten den Fami-

lienverkehr nach Kräften zu ersetzen, schreibt Robert Binswanger rückblickend in seinem Bericht über das Bellevue aus dem Jahr 1890.

Smidt schreibt, Robert Binswanger habe es ferngelegen, von den Prinzipien abzuweichen, auf deren Grund der Verstorbene die Anstalt zu Blüte und hohem Ansehen unter Fachgenossen und Laien gebracht hatte. „Als dessen leitenden Grundsatz dürfen wir wohl den bezeichnen, dass ein möglichst enger Anschluss der Kranken an die Familie des Arztes erfolgte.“³⁴⁵ Die Mutter einer Patientin mit der Aufnahmenummer 434 schreibt an Robert Binswanger: „Ihrer werthen Frau Gemahlin u. Frl. Tochter, sage ich meinen besten Dank, daß beide meine liebe Amalia aufzuheitern suchen u. sie liebevoll behandeln. Amalia hat eben ein sehr liebebedürftiges Gemüth u. bedarf einer gemüthlichen, wohlthuenden Umgebung, sonst ist sie das unglücklichste Geschöpf.“ Diese Kontinuität des Grundprinzips seines Vaters wird auch in einem Nachruf auf Robert Binswanger im „Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte“ bestätigt. Auch dort wird herausgehoben, dass Robert Binswanger Kranke in seine Familie aufgenommen und den Grundsatz vertreten habe, der Verkehr der Kranken mit gesunden Menschen bilde einen wichtigen Heilfaktor.³⁴⁶

Mit zunehmender Größe der Anstalt gelang es Robert Binswanger, auch Freunde der Familie und Angehörige von Assistenzärzten zu motivieren, den Alltag der Patienten mitzugestalten. „Vor allem waren es die Mitglieder der Familien Hasenclever, Andrä, Smidt und von Holst, die sich als Gäste des Hauses nur zu gern diesem Hilfsdienste widmeten, nicht nur in heiterer Geselligkeit, viele auch mit ansehnlichem Erfolge als Vertraute schwer zugänglicher Kranker.“³⁴⁷

In vielen Patientenbriefen finden sich herzliche und liebevolle Worte, mit denen viele der ehemaligen Patienten ihres Aufenthaltes in der Binswangerschen Anstalt gedenken. „Ich denke noch so viel an die schöne Belle-vue und besonders an Alle ihre lieben Bewohner und wünsche oft am liebsten hin zu können. Meine I[iebe] Frl. Louise wird nun wieder unter ihnen sein. Wie leid thut es mir, daß ich sie nicht mehr sehen konnte. Ich habe schon öfters Fr. Dr. Locher von wei-

³⁴⁵ FAB Nr. 351.

³⁴⁶ Brunner (1911), S. 3.

³⁴⁷ FAB Nr. 351.

tem gesehen. Nun wünsche ich der ganzen [lieben] Belle-vue alles Gute auf Erden[...].“³⁴⁸

Dankbarkeit, Lob und Wertschätzung für die freundliche und liebevolle Behandlung in schöner und gemütlicher Umgebung bringt auch der Patient mit der Aufnahme­nummer 431 in seinem Brief zum Ausdruck. So schreibt er nach seiner Heimkehr folgende Zeilen an den behandelnden Arzt im Bellevue:

„Ich werde noch oft Heimweh nach den Schweizerbergen u. nach dem schönen Bodensee bekommen, bis ich mich an die Uracher Gegend wieder gewöhnt habe, mit größerer Sehnsucht aber denke ich zurück an meinem schönen Aufenthalt in der Bellevue. Wenn ich einen Rückblick werfe auf die nun verflossene Sommerzeit, so kann ich mich nicht genug wundern, wie schnell und angenehm diese 3 Monate für mich vorübergegangen sind. Und dies alles hat seinen Grund in der großen Annehmlichkeit und Behaglichkeit, die ein Aufenthalt in Bellevue mit sich bringt, in Konstanz herrlicher Lage u. reizender Umgebung, in der wohltuenden u. erquickenden Nähe des Bodensees, in den zahlreichen schönen Ausflügen, die sich hier bieten, vor allem aber in dem schönen harmonischen Zusammenleben, das man in der Bellevue findet. Sie dürfen dessen gewiß sein, daß ich die Tage von Bellevue, die ich zu den Schönsten meines Lebens rechnen darf, nie vergessen u. daß ich stets Dankbarkeit und Anhänglichkeit gegen Sie u. Ihre Familie bewahren werde; denn Ihnen habe ich es ja zu danken, daß ich von einer schlimmen Melancholie zum Frohsinn mich aufgeschwungen, daß ich wieder Freude an Allem Schönen bekomme, daß ich reise u. interessante Gegenden kennengelernt habe u. daß überhaupt nur Lebenslust in mir erwacht ist. Ich hoffe, daß auch alle Andern, die vor oder nach mir in die Bellevue zur Erhaltung ihrer Gesundheit gekommen sind, wenigstens der größere Theil solch frohe Erfahrungen mit mir theilen werden.“³⁴⁹ Patienten, die die Bemühungen der Ärzte in folgenden Worten charakterisieren: „Denn sie

³⁴⁸ Dokument 434/3 in UAT 441/431, Brief der Patientin an Robert Binswanger vom 21.10.1877.

³⁴⁹ Dokument 431/3 in UAT 441/431, Brief des Patienten an Robert Binswanger vom 21.10.1877.

gönnten mir nicht den hellen Tag u. suchten mich herunterzudrücken“³⁵⁰, bilden eher eine Ausnahme.

4.3.4 Pharmakotherapie

Die Anzahl der in den Jahren 1876 bis 1880 verwendeten pharmazeutischen Heilmittel ist recht überschaubar. Die Grundlage der Untersuchung, welche Medikamente im Bellevue angewendet wurden, bilden die transkribierten Akten. Es ist nicht klar, ob Medikamente nur selten und unregelmäßig zur Anwendung kamen oder ob eine Medikamentengabe in der Krankengeschichte nur nicht dokumentiert wurde.

Ludwig Binswangers Arzneischatz, so schreibt Sandra Schweizer³⁵¹, bestand nur aus wenigen zeittypischen Medikamenten zur Behandlung hauptsächlich allgemeiner und innerer Erkrankungen, und überhaupt sehe er das kräftigste Medikament in der Abhaltung von äußeren Schädlichkeiten. Ähnlich wie sein Vater war auch Robert Binswanger zurückhaltend in der medikamentösen Behandlung seiner Patienten, „wo es nicht absolut nötig war“.³⁵²

Im folgenden Kapitel soll herausgearbeitet werden, wie und womit Patienten, deren Krankenakten Gegenstand dieser Arbeit sind, in der Klinik Bellevue therapiert wurden. Die in den Krankenakten gefundenen verordneten Pharmaka des Zeitraums 1876 bis 1880 werden wiedergegeben unter Zuhilfenahme zeitgenössischer und aktueller pharmakologischer Literatur.

4.3.4.1 Chloral

„Chloral“ stellt das wichtigste Hypnotikum bei den Bellevue-Patienten im hier betrachteten Zeitraum dar. Bei „Chloral“ handelt es sich um Chloralhydrat, das erstmals 1832 von Justus Liebig (1803–1873) dargestellt wurde.³⁵³ In Gaben von etwa 2 g bewirkt Chloral beim Menschen einen ruhigen Schlaf. Die größte Einzelgabe beträgt 3 g, die maximale Tagesdosis 6 g³⁵⁴ Chloral, das als das älteste synthetische Schlafmittel gilt, war ein gutes Ein- und Durchschlafmittel.

³⁵⁰ UAT 441, Patientin Nr. 460.

³⁵¹ Vgl. Schweizer (2000), S. 110.

³⁵² FAB 351.

³⁵³ Hunnius (2004), S. 341.

³⁵⁴ Hager (1900), Bd. 1, S. 791.

Es hinterließ fast keine Nachwirkungen am folgenden Tag. Unerwünschte Nebenwirkungen waren Magenstörungen, Schleimhautschädigungen, Kreislaufschädigungen, Kreislaufstörungen und Leberschädigungen. Die Gefahr der Abhängigkeit war sehr groß.³⁵⁵ Eine Patientin „schluckte an den Abenden Chloral“.³⁵⁶

Im Falle einer anderen Patientin wird ihr Chloral gegeben, wenn „die Kranke nicht schlafen“ kann.³⁵⁷ Bei derselben Patientin lautet die Medikation an unterschiedlichen Zeitpunkten am Abend:

„1 Löffel Chloral“, „zuweilen Chloral“, „schläft etwas mit etwas Chloral“, „etwas mehr Schlaflosigkeit, etwas Chloral“³⁵⁸.

Bei einem Patienten wurde vermerkt: „nachts 1,5 Chloral, gut [durchgestrichen], resp. ruhig gewesen.“³⁵⁹ Am folgenden Tag war der Patient euphorisiert, agitiert, er halluzinierte und verlor die Kontrolle über seine Impulse: Er „reißt die Tapete im Zimmer zusammen. In d. Nacht tobend, reißt die Bettstelle zusammen. Am Folgetag wurde ein ‚prolongiertes Bad‘³⁶⁰ angeordnet. Abends wird Chloral 2,0 verabreicht“.³⁶¹

Eine Patientin schrieb an Robert Binswanger nach ihrer Entlassung aus dem Bellevue: „Das Chloral, [...] welches Sie mir mitgaben, hat mir gute Dienste geleistet, da sich der Schlaf bis dahin Nachts noch nicht einstellen wollte, u. ich abends doch stets heftige Zahnschmerzen habe, was sich nicht immer mit Chloroform stillen lässt.“³⁶²

4.3.4.2 **Zincum valerianicum**

Als pflanzliches Hypnoticum wird Zincum valerianicum erwähnt: „Zinc[um] Valerianic[um] dreimal tägl. 0,05 pro dosis.“³⁶³ Hierbei handelt es sich um baldriansaures Zink. Das Zinksalz der Isovaleriansäure wurde früher als Antineuralgi-

³⁵⁵ Hunnius (2004), S. 341.

³⁵⁶ UAT 441, Patientin Nr. 444.

³⁵⁷ UAT 441, Patientin Nr. 463.

³⁵⁸ UAT 441, Patientin Nr. 463.

³⁵⁹ UAT 441, Patient Nr. 475.

³⁶⁰ UAT 441, Patient Nr. 475.

³⁶¹ UAT 441, Patient Nr. 475.

³⁶² UAT 441, Patientin Nr. 455.

³⁶³ UAT442/2, Patient Nr. 413.

kum bei Hysterie und Epilepsie verabreicht.³⁶⁴ Hergestellt wird Zincum valerianicum aus einer Anreibung von Zinkoxid und Ethanol mit Isovaleriansäure. Nach Auflösen des gebildeten Zinkisovalerianats in verdünntem Ethanol kommt es zum Auskristallisieren.

4.3.4.3 Opium

Opium findet Anwendung zur Sedierung von Patienten. Opium ist Hypnotikum, Sedativum. Es wirkt zentral analgetisch und hypnotisch. Die Wirkung ist zunächst erregend, dann beruhigend, schmerzstillend und schlafauslösend.

Große und kleine Gaben haben oft eine entgegengesetzte Wirkung. Die Wirkung des Opiums setzt sich zusammen aus Wirkung der in ihm enthaltenen Alkaloide.

Opium kann benutzt werden in Form von Pulvern, Pillen, Tabletten, Kapseln. Am häufigsten in Form von Opiumtinkturen. Die größte Einzelgabe beträgt 0,15 g, die größte Tagesgabe 0,5 g.³⁶⁵

Die Tinctura opii wurde früher bei Spasmen im Magen-Darm-Trakt und bei starken Diarrhöen angewendet.³⁶⁶ Die Opiumtinktur konnte in Tropfen, Mixturen, Mischungen zu 0,05 bis 1,0 g oder zu 1 bis 35 Tropfen angewendet werden.³⁶⁷

Bei der Verabreichung von Opium finden sich im folgenden Beispiel folgende Dosierungen: Bei einer Patientin mit „Wuth u. Zornausbruch“ wird Opium zur Sedierung angewendet. Folgende Episode ist vermerkt: „Muß isolirt werden den anderen Tag. Ab u. zu beruhigen 60-80 Tr[opfen] Tinct[ura] Op[iii] sehr gut. Werden sie 2-3 Tage gegeben, dann in den folgenden [Tagen] ruhig.“³⁶⁸

Die Tageszeit der Opiumeinnahme kann variieren. Opiumtinktur kann morgens eingenommen werden: „Morgens 60 Tr[opfen] Tinct[ura] Op[ii]. Beruhigt u. be-
trübt. Abends vor dem Essen ziemlich ruhig.“³⁶⁹ Auch während der Mahlzeiten kann Opium verabreicht werden: „Während des Essens sehr aufgereg. Großer Kampf 0,2 op. in Subst[antia], ohne Wirk[un]g.“ Beispiele für eine Verabrei-

³⁶⁴ Vgl. Hunnius (2004), S. 1640.

³⁶⁵ Vgl. Hager (1900), S. 520.

³⁶⁶ Vgl. Hunnius (2004), S. 1512.

³⁶⁷ Vgl. Hager (1900), Bd. 2, S. 523.

³⁶⁸ UAT 441, Patientin Nr. 465.

³⁶⁹ UAT 441, Patientin Nr. 465.

chung von Opium am Abend lauten: „Abends 0,3. ohne Erfolg“, „Abends 0,3 mit Erfolg.“³⁷⁰

Die Dosierung 0,3 variiert mit höheren Dosierungen.

4.3.4.4 Bromkalium

Bei den hier bearbeiteten Patienten wurden weiterhin als Pharmaka verordnet: Bromkalium und Kaliumjodid. Bromkalium in einer Dosierung von 2–4 g. „Brom Kali 2-4 g“. „Eventuell Bromkali“, „Außer warmen Bädern wurde nur anfangs etwas Bromkalium gegeben.“³⁷¹

Bei dieser Substanz handelt es sich um Kaliumbromid. Dem Kaliumbromid wurde eine beruhigende Wirkung auf das Nervensystem zugesprochen. Deswegen wurde es bei verschiedenen nervösen Erkrankungen wie zum Beispiel Epilepsie und Neurasthenie verordnet.³⁷²

Bei einem längeren Verbrauch von Kaliumbromid konnte es zu Intoxikationen kommen, genannt Bromismus. Symptome waren Gedächtnisschwäche, Blässe und Abmagerung sowie Zittern.³⁷³

Bei einer weiteren Patientin wird versucht, ihr Kaliumbromid mit einer Sonde zu geben: „Versuch ihr KBr. zu geben mit der Sonde. Sie scheint keine Empfindung u. Nacherinnerung an den stumpfen Gewaltact zu haben.“³⁷⁴

Die Anfangsdosis betrug Gaben von 1–2 g. Wenn keine Wirkung einsetzte, konnte eine Steigerung mit Tagesgaben von 10–12 g notwendig sein.³⁷⁵

Die in den Krankengeschichten gefundene Maximaldosis betrug 6 g per die.

In einem weiteren Fall wird einem Patienten „Bromkali 6.0 p[er] die“³⁷⁶ verabreicht.

4.3.4.5 Kaliumjodid

Das Kaliumjodid entspricht in seiner Wirkung dem Jod, das innerlich erregend wirkt.³⁷⁷ Weiterhin wird das Präparat angewendet bei Struma, Syphilis, Rheu-

³⁷⁰ UAT 441, Patientin Nr. 465.

³⁷¹ UAT 441, Patientin Nr. 420.

³⁷² Hager (1900), Bd. 2, S. 179.

³⁷³ Hager (1900), Bd. 2, S. 178.

³⁷⁴ UAT 441, Patientin Nr. 444.

³⁷⁵ Hager (1900), Bd. 2, S. 178.

³⁷⁶ UAT 441, Patient Nr. 499.

matismus, Neuralgien. Die äußerliche Gabe kann in Form von Salben, Gurgelwasser, Klystieren, Bädern verordnet werden. Innerlich gibt man das Salz in Wasser gelöst gewöhnlich zu 0,3 g bis 0,5 g. Die größte Tagesgabe darf 10 g nicht überschreiten.³⁷⁸

Kaliumjodid: Kaliumjodid wird gewonnen durch das Lösen von Jod in Kalilauge unter Erwärmen.

Die Dosierung bei einem Patienten, der mit Kaliumjodid behandelt wird, lautet: „Ordination] Kali[i] jod[ici] 5,0 / 150,0 2 Löffel tägl[ich].“³⁷⁹

4.3.5 Physikalische Therapie und Hydrotherapie³⁸⁰

Wie die pharmakologische Therapie stellte die physikalische Therapie im Bellevue eine wichtige Ergänzung der psychischen Führung dar. Zur Anwendung kamen kalte und warme Bäder, warme und kalte Anwendungen sowie Seebäder.

Das „warme Bad“ (balneum tepidum) stellt die häufigste hydrotherapeutische Maßnahme dar, die in den Patientenakten der Klinik Bellevue dokumentiert ist.

In Bezug auf die Dauer des Bades variieren die Angaben. Ein Patient ist „Vormittags 1 Stunde im Bade“³⁸¹, an einem anderen Tag nimmt derselbe Patient „ein Bad von zwei Stunden“.

Bei Unruhezuständen und bei agitierten Patienten wird die Badezeit verlängert: „Bei Unruhe verlängerte Bäder“.³⁸² Im Fall einer agitierten Patientin findet sich in den Akten die Angabe: „Wuth u. Zornausbruch. Muß isolirt werden den anderen Tag u. warmes Bad.“³⁸³

³⁷⁷ Hager (1900), Bd. 2, S. 138.

³⁷⁸ Hager (1900), Bd. 2, S. 200

³⁷⁹ UAT 441, Patient Nr. 452.

³⁸⁰ Hydrotherapie ist definiert als „methodische Anwendung von Wasser verschiedener Temperatur und Erscheinungsform. Waschungen, Wickel und Auflagen, Packungen, Gussbehandlungen, medizinische Bäder und Teilbäder“. Vgl. Hunnius, S. 747.

Robert Binswanger selbst verwendet diesen Begriff: In einer Patientenakte vermerkt er als therapeutische Ordination: „vorsichtig hydrotherap. Compressen 1-2 abends u. bei Schlaflosigkeit eine zweite“. Angabe aus der Akte UAT 441, Patientin Nr. 463.

³⁸¹ UAT 441, Patient Nr. 447.

³⁸² UAT 441, Patient Nr. 479.

³⁸³ UAT 441, Patientin Nr. 440.

Nach einer stark agitierten Nacht wird bei einem Patienten am Folgetag die Badezeit verlängert: „Heute singend, lärmend, pfeifend. Prolongiertes Bad.“³⁸⁴

Die Tageszeit eines Bades erweist sich als variabel. Es wird sowohl morgens als auch nachmittags oder abends angeordnet: Ein Patient nimmt „nachmittags ein warmes Bad“ und ist an einem anderen Tag „abends nach dem Bade total ruhig, freundlich“³⁸⁵. Einen Tag später verbringt derselbe Patient „vormittags 1 Stunde im Bade“³⁸⁶.

Die Häufigkeit der Bäder variiert, meist sind sie ein täglicher Bestandteil der physikalischen Therapie. Ein Patient nimmt „täglich ein Bad“.³⁸⁷

Binswanger notiert im selben Fall: „bis jetzt täglich 1 warmes Bad. Ohne sichtbaren Effekt in letzter Zeit. Nun 2 x wöchentlich.“³⁸⁸

Eine genaue Temperaturangabe findet sich nur in einem Fall. Die Badetemperatur ist in „Grad Reaumur“ angegeben und beträgt „27-28 Grad Reaumur“³⁸⁹

Die betreffende Patientin erhält zunächst ein „Bad v[on] 27°R[eaumur]“³⁹⁰, am folgenden Tag badet sie „bei 28°R[eaumur], dießmal friert sie nicht“.³⁹¹ Als Badezusatz wird bei dieser Patientin „Kochsalz“ erwähnt. Sie „erhält 2 [...]Kochsalz ins Bad“.³⁹²

Als Varianten zum „warmen Bad“ werden in den Patientenakten genannt: „Lauwarme Sitzbäder. Ev. Essigwaschungen“³⁹³ sowie „halbe Sitzbäder“³⁹⁴, weiterhin auch „Rheinbäder“ und „Seebäder“ im nahe gelegenen Bodensee. Ludwig Binswanger sen. berichtet von einem Patienten: „Nach dem Seebade äußert er eine übergroße Euphorie, sagt seine Körperwärme sey dadurch geradezu verdoppelt.“³⁹⁵

³⁸⁴ UAT 441, Patient Nr. 475.

³⁸⁵ UAT 441, Patient Nr. 447.

³⁸⁶ UAT 441, Patient Nr. 447.

³⁸⁷ UAT 441, Patientin Nr. 440.

³⁸⁸ UAT 441, Patientin Nr. 440.

³⁸⁹ 27 °Reaumur entspricht 33,75 °Celsius, 28 °Reaumur entspricht 35 °Celsius.

³⁹⁰ UAT 441, R: Abkürzung für Grad Reaumur. Als Temperaturskala wurde die Reaumur-Skala verwendet: Umrechnung: $t (^{\circ}\text{C}) = 5/4 \times t (^{\circ}\text{R})$.

³⁹¹ UAT 441, Patientin Nr. 463.

³⁹² UAT 441, Patientin Nr. 463.

³⁹³ UAT 441, Patientin Nr. 490.

³⁹⁴ UAT 441, Patient Nr. 429.

³⁹⁵ UAT 442/2, Patient Nr. 404.

Eine Patientin berichtet in einem Brief an Robert Binswanger, dass sie die „Seebäder“ auch nach ihrer Entlassung als Therapieform weiterführt: „Ich bade auch täglich im See, was mir gut bekommt. Doch geht es mir viel weniger gut als bei Ihnen.“³⁹⁶ Eine andere Patientin berichtet: „Ich habe diese Woche 3 Mal Rheinbäder genommen.“³⁹⁷

Auch sogenannte „Mutterlaugenbäder“ werden in den Patientenakten vermerkt: „Zur Zeit Mutterlaugenbäder. Regeln erwartet.“³⁹⁸ Bei „Mutterlaugen“ handelt es sich um die Rückstände von Kristallisationen, die beim Auskristallisieren eines Stoffes aus einer Lösung durch Ausfällen, Eindampfen oder Abkühlen entstehen. Die dabei zurückbleibende Lösung wird als „Mutterlauge“ bezeichnet.³⁹⁹

Neben Bädern als Wärmeanwendung werden auch Kälteanwendungen durchgeführt: „kalte Abreibungen“⁴⁰⁰ bzw. „kalte Waschungen“. Ein Patient berichtet: „Die kalten Waschungen sind mir zum Bedürfnis geworden; habe mir hier eine Sitzwanne machen lassen u. werde dieselben für alle Zukunft fortsetzen“⁴⁰¹. Auch ein „kaltes Sitzbad“ ist dokumentiert: „Morgens kaltes Sitzbad u. Abreibung“⁴⁰².

Während eines akuten „hysterischen Anfalls“ werden einer Patientin zur Linderung eine „kalte Einwick[un]g u. Eisumschläge“⁴⁰³ verordnet. Weiterhin findet sich bei einer anderen Patientin die Verordnung „feuchtkalte Kompressen auf die Herzpunkte“⁴⁰⁴: Diese Maßnahme soll bei Schlaflosigkeit die Gabe eines Hypnotikums ersetzen. Als die betroffene Patientin „ein Schlafmittel erbittet, wird ihr dies durch den behandelnden Arzt verweigert. Dieser verordnete stattdessen „feuchtkalte Compressen auf die Herzpunkte“⁴⁰⁵, was „jedoch nicht ausgeführt wird“⁴⁰⁶. Am folgenden Tag lautet die Eintragung erneut:

³⁹⁶ UAT 441, Patientin Nr. 434.

³⁹⁷ UAT 441, Patientin Nr. 455.

³⁹⁸ UAT 441, Patientin Nr. 463.

³⁹⁹ Vgl. Hunnius (2004), S. 1022.

⁴⁰⁰ UAT 441, Patient Nr. 427.

⁴⁰¹ UAT 441, Patient Nr. 499.

⁴⁰² UAT 441, Patient Nr. 499.

⁴⁰³ UAT 441, Patientin Nr. 440.

⁴⁰⁴ UAT 441, Patientin Nr. 463.

⁴⁰⁵ UAT 441, Patientin Nr. 463.

⁴⁰⁶ UAT 441, Patientin Nr. 463.

„(V)orsichtig hydrotherap[eutische]. Compressen 1-2 abends u. bei Schlaflosigkeit eine zweite.“⁴⁰⁷

Bei den zweimal erwähnten „Essigwaschungen“⁴⁰⁸ handelt es sich möglicherweise um eine traditionelle Mischung aus Essigsäure mit ätherischen Ölen. Die klassische Rezeptur lautet: „Ol[e]i. Lavendulae 5.0 T[eile] Ol[e]i Rosae 1.0. T[eile]. Acid[i] acet[ici] 40.0 T[eile]. Wasser 434 T[eile]. Spiritus 5000.0 T[eile].“

4.3.6 Zwangsmaßnahmen

Beim Lesen der Krankengeschichten des Bellevue stellt sich die Frage nach dem Umgang von Ludwig und Robert Binswanger mit erregten und unruhigen Kranken.

Im Geburtsjahr Eugen Bleulers 1857, gründete Ludwig Binswanger senior, das Sanatorium Bellevue in Kreuzlingen. Im Zusammenhang mit Anstaltsorganisation und Anstaltsgründung sammelte er Literatur über den Stand der damaligen Psychiatrie. Bestandteil der Sanatoriumsbibliothek war ein kleines Buch. Es wurde Ludwig Binswanger senior durch einen Verwandten, Dr. Ignaz Landauer, übergeben. Es handelt sich um die „Beschreibung der k. k. Provinzial – Irren-Heilanstalt zu Hall in Tirol“ von Johann Tschallener, Dr. med. und Primararzt jener Anstalt.⁴⁰⁹

In der psychologischen Leitung des Kranken verlangte Tschallener genaue Beobachtung und ein ungezwungenes, teilnehmendes Betragen. Er verlangte Geduld, Sanftmut, Nachgiebigkeit und Gerechtigkeit im Umgang mit dem Kranken. Dem therapeutischen Milieu und der Arbeitstherapie maß er größte Bedeutung. Jede Einzelheit in der Organisation der Anstalt war von ebenso großer Wichtigkeit wie auch die individuelle Betreuung des Kranken. Der Anstaltsleiter konnte sich auf den Kranken einstellen, sich erzieherisch für ihn einsetzen, seine Individualität anerkennen und ihm mit gutem Beispiel vorangehen.

Bei Betrachtung der therapeutischen Grundsätze der Anstalt Bellevue in den Jahren 1876–1880 mit den Grundsätzen und therapeutischen Prinzipien Johann Tschalleners fallen weitreichende Übereinstimmungen auf, so dass davon

⁴⁰⁷ UAT 441, Patientin Nr. 463.

⁴⁰⁸ UAT 441, Patientin Nr. 463 und Patientin Nr. 490.

⁴⁰⁹ Tschallener (1842).

ausgegangen werden kann, dass sich Ludwig Binswanger bei der Erarbeitung seines therapeutischen Konzepts auch nach Johann Tschalleners therapeutischen Prinzipien orientiert haben könnte. Was Tschallener von 1834 bis 1842 in seiner Anstalt vorgelebt und praktiziert hatte, setzte Binswanger ab 1857 im Bellevue ebenfalls um.

Während jedoch in der Heilanstalt zu Hall in Tirol Zwangsmaßnahmen an der Tagesordnung waren, wurde im Bellevue versucht, weitgehend auf Zwangsmaßnahmen zu verzichten.⁴¹⁰

Zeitgleich wird aus der Heilanstalt Burghölzli berichtet, dass die Zwangsjacke bis 1896⁴¹¹ und das Deckelbad noch bis zum Jahr 1903⁴¹² zum Einsatz kamen. Die Haltung Ludwig Binswangers zum Thema „Zwangsmaßnahmen“ hat verschiedene Stadien durchlaufen und kann als Resultat einer Entwicklung angesehen werden.

Welche Faktoren haben hierbei eine Rolle gespielt? Welche Erfahrungen und welche Personen haben auf ihn so eingewirkt, dass er schließlich zu einem entschiedenen Verfechter einer Psychiatrie wurde, die möglichst ohne Zwangsmaßnahmen auskommen sollte?

4.3.6.1 Ludwig Binswangers Einstellung zu Zwangsmaßnahmen

Vom 3. April bis 1. Mai 1850 besuchte Ludwig Binswanger die Heilanstalt Winnenthal. In Form von „Memoranda ökonomischen und medizinischen Inhaltes [...] vom 3. April bis 1. Mai 1850, gesammelt in der Irrenanstalt Winnenthal“ hielt er seine Eindrücke schriftlich fest.⁴¹³

Bis ins Detail notierte er sich, wie die „Tobzellen“ bzw. der „Tobhof“ in Winnenthal beschaffen waren und welche Art von „Zwangsstühlen“ dort verwendet wurden. Folgende Eindrücke hielt Binswanger schriftlich fest: „Tobhof ein Halbkreis von etwa 80´ Länge und 40´ Breite mit Brettern gebildet, sehr hoch und mit glatten Wänden, der Boden von Lehm ohne Kies fest, in der Mitte ein Stroh-

⁴¹⁰ Vgl. Moses (1994), S. 194.

⁴¹¹ Mösli (1989), S. 6.

⁴¹² Mösli (1989), S. 8.

⁴¹³ Vgl. Hirschmüller (2009), S. 101 ff.

dachsonnenhaus, unter demselben 2 hölzerne Tische und Bänke fest. So für Männer wie für Frauen, bloss geniert das Echo in demselben etwas.“⁴¹⁴

In einer weiteren Notiz äußerte sich Binswanger nochmals über Art und Weise, wie ein „Tobhof“ am besten beschaffen sein sollte: „Der Tobhof soll nicht rund seyn wegen des Laufens der Kranken im Kreise“⁴¹⁵. Auch zu den „Zwangsstühlen“ in Winnenthal machte sich Ludwig Binswanger eine Notiz: „Zwangsstühle englische und deutsche.“⁴¹⁶

Dies weist darauf hin, dass Binswanger dem Thema Zwangsmaßnahmen gegenüber stark agitierten Patienten große Aufmerksamkeit zukommen ließ.

In den Winnenthaler Aufzeichnungen findet sich ferner eine auffallende Episode: „Ein Kranker in der Tobzelle hatte lange Jahre nichts gesprochen, und war tuberkulös und magerte ab, war dem Tode nahe. Zeller, von der Ansicht ausgehend, dass dieser Kranke alles sehe und verstehe, sagte ihm eines Tages: ‚Hören Sie, ich halte es für meine Pflicht, Ihnen zu sagen, dass Ihre Tage gezählt sind, wenn Sie also Ihrer Familie was zu schreiben haben‘ - der Kranke reagierte nicht im mindesten darauf, 2 Stunden später, meldete der Wärter, habe der Kranke Schreibmaterialien verlangt, und habe nun einen ganz verständigen Brief an seine Eltern geschrieben.“⁴¹⁷

Die Tatsache, dass Ludwig Binswanger sich diesen Vorfall notierte, lässt darauf schließen, dass ihn diese Begegnung und die Humanität Zellers menschlich sehr berührt haben.

Ein Erlebnis, das bei Ludwig Binswanger einen nachhaltigen Einfluss auf seine Einstellung zur Zwangsproblematik ausübte, scheint auch eine Begegnung mit einem Geisteskranken gewesen zu sein, dessen Kopfhaut mit einem heißen Eisen malträtirt wurde. Er schreibt darüber: „Ein mit partiellem Wahn behafteter Mann in unserer Anstalt, J.B. v. U. wurde vor mehr als einem Jahre mit dem Glüheisen auf den Scheitel des Kopfes von einem Arzte gebrannt.“⁴¹⁸

In seinem Bericht für das Jahr 1850 über die Thurgauer Irrenheil- und Pflegeanstalt in Münsterlingen schreibt er zu diesem Fall: „Nicht bewährt zur Genüge

⁴¹⁴ Binswanger (1850), S. 4.

⁴¹⁵ Binswanger (1850), S. 11.

⁴¹⁶ Binswanger (1850), S. 17.

⁴¹⁷ Binswanger (1850), S. 11.

⁴¹⁸ Binswanger (1850), S. 222.

haben sich bereits die in der Kindheit der Psychiatrie verfolgten Kuren⁴¹⁹ [...] mit dem Glüheisen den Verstand in die Kopfschwarte einzubrennen.“⁴²⁰

Als Ludwig Binswanger diesem Patienten im Jahr 1850 begegnete, wurde er für ihn zur Personifikation und zum tragischen Symbol einer in Mitteleuropa noch existierenden, rückständigen, allen Reformbewegungen zum Trotz zurückgebliebenen inhumanen psychiatrischen Praktik, die Menschen weiterhin auf diese Weise zurichtete.

Aus der Münsterlinger Zeit Ludwig Binswangers sind einige Notizen erhalten, die seine damalige Einstellung zum Thema „Zwangsmaßnahmen“ dokumentieren. Aus diesen Aufzeichnungen geht Ludwig Binswangers Auffassung hervor, dass in bestimmten Fällen, in denen zu befürchten war, „dass der Patient beim lauten Rasen und Toben sich und Anderen Schaden zufüge“⁴²¹, die Anwendung von Zwang notwendig und durchaus im Sinne des Kranken sei.

Binswanger argumentiert weiter, dass diese Maßnahmen Zerstörungsimpulsen entgegentreten und den Patienten vor Selbst- und Fremdschädigung bewahren können. Vonseiten der Patienten würden Zwangsmaßnahmen als entlastend erlebt, als, wie er schreibt, „höchste Wohltat, wenn er durch die Zwangsjacke und im Nothfalle und vorübergehend, doch höchst selten, durch den Zwangsstuhl von seiner Zerstörungswuth abgehalten wird“.⁴²²

Diese Argumentationsweise Ludwig Binswangers aus der Münsterlinger Zeit lässt sich nicht vereinbaren mit seiner späteren Forderung aus dem Jahr 1879 auf der Jahresversammlung des „Vereins der deutschen Irrenärzte in Heidelberg“, in der er betont, „dass die Frage [zum Thema Zwangsmaßnahmen] nicht eher zur Ruhe käme, als bis wir den letzten Zwangsstuhl⁴²³ zerschlagen und die letzte Zwangsjacke zerschnitten haben.“⁴²⁴

Somit kommt für Ludwig Binswanger der Einsatz von Zwangsmitteln im Jahr 1879 nicht mehr infrage.

⁴¹⁹ In: Bericht für das Jahr 1850 über die Thurgauer Irrenheil- und Pflegeanstalt in Münsterlingen.

⁴²⁰ Binswanger (1850), S. 222.

⁴²¹ Binswanger (1850), S. 223.

⁴²² Binswanger (1850), S. 223.

⁴²³ Im Burghölzli wurde die Zwangsjacke 1896 abgeschafft. Vgl. R. Mösli: Aus der Geschichte der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich“(1989).

⁴²⁴ In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin, 1880, S. 198.

Robert Binswanger erlebte den Non-Restraint bei seinem Vater und bei seinem Göttinger Lehrer Ludwig Meyer und machte ihn wie selbstverständlich auch zu seinem Behandlungsgrundsatz.

4.3.6.2 Ludwig Meyer und das Non-Restraint

Beeinflusst wurden Robert Binswanger und sein Bruder Otto nicht nur durch das Eintreten Ludwig Binswangers senior für eine Psychiatrie ohne Zwangsmaßnahmen, sondern auch durch das Beispiel ihres Göttinger Lehrers Ludwig Meyer.⁴²⁵

Ludwig Meyer brachte die Idee des Non-Restraint, das 1839 in England von Conolly⁴²⁶ eingeführt und seitdem praktiziert wurde, in die Diskussion der deutschen Psychiatrie ein. 1861 war Ludwig Meyer nach England gereist,⁴²⁷ um sich einen Eindruck zu verschaffen, wie die Psychiatrie sich unter dem Einfluss der Reformen Conollys entwickelt hatte. Eine zwangsfreie Behandlung der Patienten war inzwischen zum festen Bestandteil des psychiatrischen Selbstverständnisses geworden. Die Tatsache, dass in England die Frage des Non-Restraint bereits zu einer Selbstverständlichkeit geworden war und nicht mehr debattiert wurde, machte den großen Unterschied zwischen der englischen und der deutschen Situation aus. Ludwig Meyer konnte feststellen: „In England ist von einem Kampfe um das Non-Restraint fernerhin nicht mehr die Rede. Die Frage wird als völlig erledigt betrachtet.“⁴²⁸

⁴²⁵ Im Rahmen eines Vortrags über „Ludwig Meyer, Begründer des Non restraint. Kliniker, Forscher, Lehrer,“ gehalten in der Universitätsklinik für Psychiatrie Zürich, äußert sich Hans Kayser, ehemals Assistent unter Ludwig Binswanger junior wie folgt: „Aus der Familie Binswanger wird die folgende Geschichte berichtet: Als ein erregter Kranker auf Meyer bei einer Visite mit gezücktem Messer zustürzte, sagte er ruhig und bestimmt: „Strecken Sie die Zunge heraus.“ Der Kranke gehorchte und konnte vom Personal überwältigt werden.“ Unpubliziertes Manuskript vom 30.11.2005, S. 10.

⁴²⁶ Vgl. Degkwitz (1951), S. 419.

⁴²⁷ Vgl. Burkhart (1991), S. 72 ff.

⁴²⁸ Vgl. Meyer (1863), S. 566. Meyer erklärt einen wichtigen Grund für den deutlichen Unterschied in England: „Der größte Vorzug dieses Landes, nämlich seine Fähigkeit zur öffentlichen und rücksichtslos klaren Berichterstattung aller das Gemeinwesen betreffenden Schäden“, die Berichte der „lunacy commissioners“ mit den folgenden Diskussionen in Presse und Parlament bewirkten schließlich, dass die Reformen dort durchgesetzt werden konnten.“

Zwei Jahre nach seiner Rückkehr aus England publizierte Ludwig Meyer einen Aufsatz mit dem Titel: „Das Non-Constraint und die deutsche Psychiatrie.“⁴²⁹ Mit dieser Veröffentlichung bezog er Position in der Diskussion, die in den ersten Jahrgängen der neu gegründeten „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie“ geführt wurde. Die Vertreter der konservativen deutschen Psychiatrie tendierten dazu, das Modell des Non-Constraint als eine ausschließlich englische Angelegenheit zu behandeln und zu entwerten. Die Einführung des Non-Constraint, so wurde argumentiert, sei als Reaktion auf katastrophale Missstände in der Vergangenheit zu verstehen. Diese Zustände sollten durch die Reformen Conollys überwunden und die Rückstände aufgeholt werden. Die Verhältnisse in England, so wurde argumentiert, seien absolut nicht vergleichbar mit denen in Deutschland.

Die Vertreter der konservativen deutschen Psychiatrie zeigten sich in der Diskussion um die Zwangsmaßnahmen als Verfechter einer Lehrmeinung, die bereits Griesinger 1845 vertreten hatte. In der ersten Ausgabe seines Lehrbuches „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ stellte Griesinger die Anwendung von Zwangsmitteln als einen für die Heilung von Geisteskranken notwendigen und unumgänglichen therapeutischen Schutz dar.⁴³⁰

Heinrich Damerow, ein führender Vertreter der konservativen deutschen Anstaltspsychiatrie, hatte 1844 das englische Non-Constraint als „Treibhausfrucht“ des in der Vergangenheit betriebenen Missbrauchs bezeichnet.⁴³¹ Die Abschaffung der Zwangsmaßnahmen wurde als Übergangsstadium beurteilt, das entwicklungsbedürftig sei. Gegenüber dem deutschen System wurde es als rückständig aufgefasst. Ein Non-Constraint sei in Deutschland völlig unbegründet und nicht notwendig. Die Abschaffung von Zwangsmitteln wurde nicht als progressiv, sondern als Rückschritt betrachtet. Den Repräsentanten der englischen Psychiatrie wurde vorgeworfen, sie versagten den Kranken sinnvolle Zwangsmittel und setzten sie stattdessen der Hilflosigkeit und Verwahrlosung aus. Um diese Argumentation zu fundieren, wurden Kasuistiken herangezogen: Einzelfälle von schwerer Nahrungsverweigerung, Selbstzerstörung und psychotischer

⁴²⁹ Ebenda.

⁴³⁰ Geduldig (1975), S. 35.

⁴³¹ Dörner (1975), S. 307.

Regression. Diese Fälle sollten die Unumgänglichkeit von Zwangsmitteln demonstrieren und verdeutlichen, dass es sich beim Non-Restraint um eine falsche Form der „Humanität“ handle. Hinter der scheinbaren „Humanität“ verberge sich in Wahrheit Inhumanität.

Als Griesinger jedoch 1861 die zweite Auflage seines Psychiatrielehrbuches publizierte, hatte er seine Position deutlich revidiert. Er sprach sich nun für das Non-Restraint aus.⁴³² Auch Griesinger war nach England gereist. Dort konnte er sich von den signifikanten Behandlungserfolgen einer Psychiatrie ohne Zwangsmittel nachhaltig überzeugen.

Für Meyer war das Non-Restraint eine notwendige Voraussetzung für die Entwicklung eines modernen Psychiatriesystems und einer wissenschaftlichen psychiatrischen Heilkunde. Sein Anliegen war deshalb, mit seiner Publikation die tiefsitzenden Vorurteile seiner deutschen Kollegen gegen das Non-Restraint aufzubrechen und bei den „ehrlichen Zweiflern unter den tüchtigen und verdienten Irrenärzten“⁴³³ ein Bewusstsein für die Notwendigkeit einer zwangsfreien deutschen Psychiatrie zu schaffen. Die Zwangsbehandlung seelisch kranker Menschen galt ihm als ein Fremdkörper innerhalb der Kultur und Gesellschaft. In dieser Hinsicht hob er die Diskussion um Zwangsbehandlung in der Psychiatrie auf ein höheres Niveau. Bei dieser Diskussion ging es für Ludwig Meyer nicht um akademische Prinzipien, sondern um die Werte der Gesellschaft und um den Standard der öffentlichen Vorsorge selbst. Von einer „kultivierten Gesellschaft“, die diesen Namen verdiente, konnte nach seinem Empfinden erst dann die Rede sein, wenn diese Gesellschaft auch ihre seelisch kranken Mitglieder nicht mehr dem Zwang und der Verwahrlosung überließ.

4.3.6.3 Disziplinarische Maßnahmen und Ausübung von Zwang im Bellevue

Ludwig Binswanger junior schreibt im Jahr 1957 in seiner Jubiläumsschrift zum 100-jährigen Bestehen der Heilanstalt Bellevue, dass er unter der Leitung sei-

⁴³² Vgl. Kayser (2007), S. 40.

⁴³³ Meyer (1863), S. 563.

nes Vaters von mechanischem „Restraint“ selbstverständlich nie eine Spur gefunden habe.⁴³⁴

Die genaue Betrachtung der Krankenakten gibt Aufschluss darüber, mit welchen Formen aggressiven Verhaltens von Patienten Wärter im Bellevue konfrontiert wurden, die vonseiten der Patienten ausgingen.

Eine Patientin⁴³⁵, die von Robert Binswanger bei Eintritt als „stark depressiv“ und „apathisch“ bezeichnet wurde, zeigte während ihres Aufenthalts im Bellevue ein zunehmend aggressives Verhalten.

Ihr Verhalten wird in den Akten detailliert protokolliert. „Schimpfen“, verbale Aggressionen („Verbalinjurieren“) bis zu tätlichen Angriffen auf die Wärterin und „Tobsucht mit Thürschlagen, dass die Fenster zerspringen“⁴³⁶ waren an der Tagesordnung. „Daraufhin wurde der Patientin lediglich mündlich mit Isolierung und Einweisung nach Illenau gedroht.“ Die „ruhigeren Tage“ der Patientin wurden durch „fast tägliche Spaziergänge“ ausgefüllt.

Der momentane psychische Status einer weiteren Patientin⁴³⁷ wird in Zusammenhang gebracht mit einem Schuldwahn, den sie möglicherweise aufgrund eines abgelehnten Heiratsantrages entwickelt hatte. Sie wurde zunächst apathisch, dann brach sie in extreme Selbstbeschuldigungen aus („Sünderin“, „Verworfenen“). Sie schrieb ihrem eigenen Verhalten universale, die gesamte Menschheit und Welt schädigende Wirkung zu: „Sie hält sich für Verbrecherin, sie töte die Menschen, sie vergifte sie, alles, was mit ihr in Berührung komme, sey verloren.“⁴³⁸ Als ihr Verhalten immer agitativer wurde („sie wurde laut, stieß unartikulierte Töne aus“, erfolgte nach einer Konsultation mit Dr. Klötze u. Prof. Wille die Einweisung ins Bellevue.⁴³⁹ Nach ihrer Ankunft in der Klinik musste die Patientin in der „Absonderungsabteilung“ untergebracht werden, da sie nach wie vor stark agitiert war. Binswanger beschreibt ihr Verhalten als „laut u. lärmend.“⁴⁴⁰ Während ihres Aufenthalts im Bellevue kommt es zu einem Tob-

⁴³⁴ Herzog (1995), S. 41.

⁴³⁵ UAT 441, Patientin Nr. 513.

⁴³⁶ UAT 441, Patientin Nr. 513.

⁴³⁷ UAT 441, Patientin Nr. 440.

⁴³⁸ UAT 441, Patientin Nr. 440.

⁴³⁹ UAT 441, Patientin Nr. 440.

⁴⁴⁰ UAT 441, Patientin Nr. 440.

suchtsanfall, den Binswanger sehr detailliert beschreibt. „Pat[ientin] schreit un-aufhörlich nach der Polizei, schlägt die Fenster entzwei, wirft Alles im Zimmer umher. Wird aggressiv. Sie glaubt, Alles werde ermordet, geviertheilt. Sie werde geschändet, wird überhaupt obszön, beschimpft, spricht ordinär. Muss mit Anstreng[un]g im Bett gehalten werden. Hallucinirt stark. Jedes Geräusch bezieht sie auf Mord. Spuckt u. schlägt.“

Aus der Anamnese eines weiteren Patienten⁴⁴¹ in der Handschrift Robert Binswangers geht hervor, dass der psychische Status des Patienten im Zusammenhang mit einem problematischen familiären Konflikt zu sehen ist. Das Verhältnis des Patienten zu seinem Bruder weist signifikante paranoide Züge auf:

Der Patient „glaubte vergiftet zu sein von s[eine]m Bruder, sehr tobsüchtig vom 19–25 ten März. Zerstörungssüchtig“⁴⁴². Diese Vorstellungen steigern sich schließlich zu „Wahnideen“⁴⁴³. Während seiner Behandlung im Bellevue notiert Binswanger folgende Eskalation der Situation: „Schlägt an die Thüre. Kritzelt an das Fenstersims. [...] In d[er] Nacht sehr unruhig, zerreißt sein Hemd. Wacht vielleicht 2 Stunden. Sitzt nackt und hat Hemd u. Hosen in den letzten Tagen zerrissen auf dem Fußboden, gesticuliert lebhaft mit ängstlicher Miene mit den Händen.“

Auch in diesem Fall finden keine Zwangsmaßnahmen statt. Die Gabe von Milch, Wasser, Therapie mit warmen Bädern führen schließlich dazu, dass der Patient sich wieder beruhigt.

Ein gesondertes Problem im Rahmen der Zwangsthematik stellt die Nahrungsverweigerung von Patienten dar. In seinen Münsterlinger Aufzeichnungen thematisierte Ludwig Binswanger das Problem der Zwangsernährung bei solchen Patienten. Nahrungsverweigerung steht seiner Erfahrung nach häufig im Zusammenhang mit der wahnhaften Vorstellung des Patienten, vergiftet zu werden: Nahrungsverweigerung Geisteskranker, so notierte Binswanger, „[t]ritt bei dem Wahne der Vergiftung auf. Seltener aus Trotz oder Selbstmordgedanken

⁴⁴¹ UAT 441, Patientin Nr. 447.

⁴⁴² UAT 441, Patient Nr. 447.

⁴⁴³ UAT 441, Patient Nr. 447.

bei tiefer Melancholie. Manchmal bei Gastritis und Enteritis, die nicht Folge langen Fastens ist.“⁴⁴⁴

Sollen bei Patienten, die, aus welchen Gründen auch immer, zu wenig Nahrung zu sich nehmen, Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden, sollen sie zwangsernährt werden? Hierzu schrieb Ludwig Binswanger: „[B]ei Trotzenden und bei Leiden des Darmkanals Abwarten, bis Esslust von selbst wieder kommt. Zwingen höchstens zum Nehmen von Wasser od[er] kühler Suppe. Sonst aber warten wir nicht, wie es häufig geschieht, 8 und 14 Tage zu, wo der Widerwille gegen Speisen sich steigert, bis der Kranke zum Skelette abgemagert und im höchsten Grade erschöpft ist, sondern wir dringen darauf, dass der Kranke bei der ersten Verweigerung, und dies besonders beim Eintritt in die Anstalt, die dargebotene Speise nimmt. Oft genügt eine energische Rede, eine ernste Mahnung. Wenn aber damit nicht ausgereicht wird, so wenden wir sogleich den Zwang an, und geben flüssige Nahrung, indem wir mit Hülfe der Wärter, welche der Glieder sich versichern, die Nase zuhalten, den Mund mit dem Löffelstiel öffnen und durch einen Korkstöpsel offen halten.“⁴⁴⁵

In den von mir transkribierten Krankengeschichten habe ich bis auf Anwendung eines pharmakologischen Mittels von Kaliumbromid mit Hilfe der Sonde⁴⁴⁶ keinerlei weitere Hinweise auf Schlundsondenapplikation von Nahrung oder pharmakologischen Mitteln im Bellevue gefunden.

Da Robert Binswanger die Realität des Anstaltslebens bewusst war, dass „zu einer wirksamen Kontrolle der Patienten [...] Ärzte, Gesellschaftsdamen u. Familienmitglieder nicht genügen“, stellte er eine ausreichende Zahl von Wärterinnen und Wärtern ein. „Deswegen sei jedem gefährdeten Kranken ein Privatwärter zugeteilt, der die Nacht im Nebenzimmer verbringe.“⁴⁴⁷

In den Krankenakten namentlich erwähnt werden die Wärter Jakob, Lina, Marie und Georg.

Krankheitsbedingt unpassendes Benehmen vonseiten der Patienten, vielfache Aggressionen, denen die Wärter ausgesetzt waren, wurden in den folgenden

⁴⁴⁴ Binswanger (1851), S. 27.

⁴⁴⁵ Binswanger (1851), S. 27.

⁴⁴⁶ UAT 441, Patientin Nr. 444.

⁴⁴⁷ FAB 307.

Einträgen festgehalten: Ein Patient zieht sich ganz aus, ist „sexuell erregt, greift den Wärter nach dem Penis“, ein anderer Patient „klaut dem Wärter den Schlüssel“⁴⁴⁸, eine weitere Patientin „plagt die Wärterin“⁴⁴⁹. Bei weiteren Patienten sind Schläge gegen die Wärter an der Tagesordnung. „Schlägt den Wärter gern.“⁴⁵⁰

Ausgeprägtes Missfallen gegen Anwesenheit der Wärterin wird von einer weiteren Patientin deutlich artikuliert. Binswanger notiert: „Schon am Bahnhof fing sie an, gegen die Anwesenheit der Wärterin Marie Einwendungen zu machen. Am Freitag hörte sie nicht auf, gegen der Wärterin Anwesenheit zu protestieren.“⁴⁵¹

Bei einer anderen Patientin⁴⁵² mit der Diagnose Hysterie, die nicht zu Bett gehen will und mit dem Fuß stampft, hilft eine mündliche Drohung.

Binswanger notiert dazu: „Gestern Abend will Pat. nicht zu Bett. Stampft mit dem Fuß. Auf energische Drohungen der Ob[er]wärterin zieht sie sich aus.“⁴⁵³

Auch der Hinweis der Kammerfrau einer gesellschaftlich sehr hochgestellten adeligen Patientin mit besten Verbindungen zur Zarenfamilie, sie würde bei größerer Unruhe [...] nicht in den freien Verhältnissen behalten werden und stattdessen ins Maison de Santé wandern, führten zu einer Beruhigung.

Aus diesen Beispielen geht hervor, dass die hohe Anzahl an Wärtern und die engmaschige empathische Betreuung es den Ärzten im Bellevue möglich machten, auf Zwangsmaßnahmen weitgehend zu verzichten.

4.3.6.4 Briefzensur und Beurteilung des Bellevue in Patientenbriefen

In den Akten des Bellevue finden sich regelmäßig nicht abgesendete Briefe der Patienten an ihre Angehörigen, deren Inhalt Beschwerden über den Aufenthalt im Bellevue enthielten oder Ausdruck von Unzufriedenheit über Behandlungsmethoden zum Ausdruck brachten.

⁴⁴⁸ UAT 441, Patientin Nr. 427.

⁴⁴⁹ UAT 441, Patientin Nr. 454.

⁴⁵⁰ UAT 441, Patientin Nr. 447 und Patientin Nr. 444.

⁴⁵¹ UAT 441, Patientin Nr. 444.

⁴⁵² UAT 441, Patientin Nr. 454.

⁴⁵³ UAT 441, Patient Nr. 454.

Vater und Sohn Binswanger konnten aus den nicht abgesendeten Briefen ihrer Patienten wichtige Krankheitssymptome, etwaige Selbstmordgedanken oder Entweichungsbestrebungen ablesen.

In vielen Fällen ahnen Patienten nicht einmal, dass ihre Briefe niemals den Adressaten erreichen werden, und ebenfalls nicht, dass auch ankommende Briefe von zu Hause nicht an sie weitergeleitet werden. Verzweifelt warten sie auf ein Lebenszeichen von zu Hause.

Die Patientin Helene B. beklagte sich über ihren Aufenthalt im Bellevue und forderte ihren Ehemann auf, sie sofort dort herauszuholen. Sie drückt dies in ihrem Brief an Freunde wie folgt aus: „In meinem letzten Briefe an meinem I[lieben] Mann erwähnte ich, dass er mich doch in der aller kürzesten Zeit abholen möchte u. ich habe meine Fehler, die mir indessen eingefallen, bekannt hier u. in meinem Briefe, der am 13. Nov[em]b[er] von Stapel ging, u. heute ist der 2. Decemb[er] u. weder mein I[lieber] Mann noch ein Brief ist angekommen, daß mich dies ängstlich machen muss, ist begreiflich u. H[err] Dr. B[inswanger] läßt mich nicht abreisen u. den Grund weßhalb, erfahre ich auch nicht. Ich kann Euch auf Ehre versichern, dass dieß ein qualvolles Leben für mich ist u. äußerste H[err] Dr. B[inswanger], dass es jetzt traurig sei, aber was u. warum, das sagt H[err] Dr. B[inswanger] nicht, u. das wäre gewiss Pflicht u. schon längst an der Zeit, mich auch ohne den Willen meines Mannes heim zu lassen, da ich das I[liebe] Berthale u. Helene selbst pflegen will. In Augusts letztem Briefe, datiert vom 10. Nov[em]b[er] schrieb er wieder, ich solle noch warten, u. hoffe ich, daß Ihr Beide so gut seid u. mir umgehend den Grund schreibt, ob ich mir dies gefallen lassen muss, da ich gleich auf Deinen u. Augusts Brief abreisen wollte, statt dessen führte mich H[err] Dr. in ein anderes Haus, wo man recht abscheulich mit mir umging.“⁴⁵⁴ Nachdem ihr der Brief ihres Ehemannes zugestellt wurde, schreibt die Patientin Helene B. an ihren Ehemann: „Wie glücklich war ich letzten Samstag Nachmittag als ich in den Besitz Deiner lieben Zeilen kam, da Du meine Geduld so lange Zeit auf die Probe gestellt hast u. ich jeden Tag, ja stündlich auf eine Nachricht von Dir wartete. Nehme herzlichen, innigen Dank, namentlich hast Du mir durch Deine u. unserer I[lieben] Kinder Photographie

⁴⁵⁴ Dokument 465/8 in UAT 441/465, Brief der Patientin an ein befreundetes Ehepaar, o. D.

große Freude bereitet!“⁴⁵⁵ Dieselbe Patientin schreibt in ihrem Brief an ihren Ehemann, Robert Binswanger persönlich um Erlaubnis gebeten zu haben, ein Telegramm absenden zu dürfen. „Ich habe heute schon H[errn] Dr. B[inswanger] gebeten, ob er nicht erlauben würde, dass ich ein Telegramm an Dich absenden dürfte, das war überhaupt schon oft der Fall, um bald in Deine Arme zurückkehren zu können.“⁴⁵⁶

Im Falle des Patienten Johannes W. gestattet Robert Binswanger am 15. Juni 1887 seiner Mutter, ihm zu schreiben: „Sie dürfen ihm schreiben,“⁴⁵⁷ um ihr wenige Tage später die Zusage zur brieflichen Korrespondenz rückgängig zu machen.

„Auf Wunsch von Herrn Doktor werden wir also Johannes nicht schreiben, doch wollte ich mir erlauben u. schicke ihm ein Alpenrosenbouquet u. nur Gratulations-Karten von der Familie. Das regt ihn gewiss nicht auf, ich glaube, dass er sich freut.“

4.4 Robert Binswangers Hysteriekonzept

Im Folgenden möchte ich anhand einer unpublizierten Schrift Robert Binswangers mit dem Titel „Die hysterische Melancholie“ und den Akten einiger Patientinnen, die in den Jahren von 1876 bis 1880 unter der Diagnose Hysterie im Bellevue stationär behandelt wurden, das Hysteriekonzept Robert Binswangers herausarbeiten. Die vermuteten Ursachen und Auslöser der Erkrankung, die als hysterisch wahrgenommene Symptomatik und die therapeutischen Bemühungen sollen dargestellt und zu zeitgenössischen Veröffentlichungen über Hysterie in Beziehung gesetzt werden. Letztlich soll auch die Frage geklärt werden, ob Robert Binswanger mit seinem Verständnis von Hysterie von der gängigen Lehrmeinung abweicht.

⁴⁵⁵ Dokument 465/8 in UAT 441/465, Brief der Patientin an ihren Ehemann vom 14.10.1878.

⁴⁵⁶ Ebenda.

⁴⁵⁷ Dokument 429/21 in UAT 441/465, Brief der Mutter des Patienten an Robert Binswanger, vom 15.6.1887.

4.4.1 Die „hysterische Melancholie“⁴⁵⁸

Das oben genannte unpublizierte Manuskript⁴⁵⁹ bietet Informationen, die über das Aktenmaterial hinausreichen, und vermittelt einen Einblick in die konzeptuellen Vorstellungen, von denen Robert Binswangers Blick auf seine Hysteriepatientinnen geleitet ist.

Einleitend erörtert Binswanger einen Rückstand der Psychopathologie gegenüber der inneren Medizin. Er schreibt, dass „die Fortschritte, welche die Psychiatrie in der Erforschung des Gehirnbaus und in der Gehirnphysiologie genommen hat, nicht gleichen Schritt halten mit den Errungenschaften der klinischen Forschungen“.

Im Zentrum der Schrift steht die exemplarische Falldarstellung⁴⁶⁰ einer 29-jährigen Patientin. Binswanger wendet sich zunächst der Entstehungsgeschichte der Erkrankung zu. Er beschreibt das familiäre Umfeld, in dem die Patientin aufgewachsen ist. Es seien „gute Verhältnisse“ gewesen, er vermutet allerdings einen Mangel an restriktiver elterlicher Erziehung. Er nennt einen hypochondrischen Zug der Mutter der Patientin, der darin zum Ausdruck gekommen sei, dass sie sich sehr intensiv mit medizinischem Schrifttum beschäftigt habe. Bei der Patientin habe dies wohl zu einer überspannten Sorge um „hygienische Grundsätze“ geführt, was als Ausdruck einer ebensolchen hypochondrischen Veranlagung aufgefasst werden könne. Binswanger erwähnt als hysterischen Charakterzug einen Hang der Tochter zum Täuschen.

Der Vater der Patientin habe unter „nervöse[m] Herzklopfen“ gelitten. Bei der Patientin selbst tritt dieses Herzklopfen⁴⁶¹ später ebenfalls in Erscheinung, da sich die Patientin unbewusst mit ihm identifiziert, was dazu führt, dass sie Situationen und Anlässe zu vermeiden versucht, die diese unangenehme Empfindung auslösen könnten: „Seit einigen Jahren zog sie sich von den öffentlichen

⁴⁵⁸ In einem unpublizierten Brief an Martha vom 29.7.1883 erwähnt Freud diese Diagnose. Siehe auch Theodor Ziehen: Hysterie. In: Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte. Wien und Leipzig 1896. S. 356.

⁴⁵⁹ UAT 443a/304.

⁴⁶⁰ UAT 441, Patientin Nr. 466. Die Akte enthält keine Krankengeschichte, aber interessanten Schriftwechsel, dessen Veröffentlichung einer späteren Publikation vorbehalten bleibt. Der Aufenthalt dauerte vom 2.8.1878 bis 12.4.1879.

⁴⁶¹ Aus heutiger Sicht müsste man hier wiederum von einer Überidentifikation sprechen.

Vergnügen zurück, Konzerten, etc, da der Zusammenfluß vieler Menschen ihr Herzklopfen verursachen.“

Als entscheidend für die Entwicklung des eigentlichen Krankheitsbildes der hysterischen Melancholie führt Binswanger den Tod einer der Kranken sehr nahe stehenden Cousine an. Seit diesem Zeitpunkt ist die Patientin von dem Gedanken besessen, „bald sterben zu müssen“. Die Patientin „kann sich von diesem Gedanken nicht mehr frei machen“. Der Gedanke an ihren Tod bestimmt seitdem ihr gesamtes Alltagsverhalten und ihr gesamtes Denken (Vorbedeutungen, Interpretation von Zufälligkeiten etc.). Sie zieht sie sich immer mehr von der Außenwelt zurück. Die Patientin beobachtet ihre körperlichen Empfindungen und Vorgänge in einem solchen Ausmaß, dass sie unfähig wird, sich auf etwas außerhalb ihrer selbst zu konzentrieren: „In Gesellschaft wird sie mehr und mehr zerstreut, folgt keinem Gespräch mehr, sondern grübelt für sich.“ Infolge dieser Entwicklung kommt es zur Vernachlässigung ihrer Familie und ihrer Haushaltsführung. Als körperliche Symptome, die nun bei der Patientin auftreten, nennt Binswanger „Abmagerung und Schlaflosigkeit, vermehrte und verstärkte Herzaktion, starke Verstopfung.“

Was veranlasst Binswanger dazu, die Diagnose einer hysterischen Melancholie zu stellen? Ein Genitalleiden, so Binswanger, sei nicht vorhanden, allerdings attestiert er der Patientin eine gesteigerte Libido.

Binswangers Aufmerksamkeit gilt dem Auftreten von „Erregungszuständen“ infolge von Angstgefühlen. Die Herzaktion der Patientin bewegt sich zwischen 120 und 170 pro Minute mit Neigung zur Arrhythmie. Aufgrund dieser Beschwerden konsultiert die Patientin einen Herzspezialisten. Den Medikamenten, die er ihr verschreibt, traut sie allerdings keine Wirkung zu. „Sie glaubt nachher, die unrichtigen Mittel erhalten zu haben, was sie sehr aufregt.“

Binswanger gibt dann in seinem Bericht Auskunft über das Befinden der Patientin während ihres Aufenthalts im Bellevue und das therapeutische Vorgehen.

Er bemerkt, dass die Gegenwart des Arztes als solche schon eine „positive Wirkung“ auslöse. Bedeutsam für Therapie und Prognose sind nach seiner Auffassung Unterschiede der Symptomatik von Melancholie und Hysterie. Die entscheidende Differenz liegt für ihn in einem nach wie vor vorhandenen „Plus“ von

freier Kraft, also in Energiereserven, die die Hysterika im Übermaß besitze. Außerdem mache sich die Hysterika vollständig von der Person des Arztes abhängig. Binswanger betont die Wichtigkeit des Verhaltens der Wärterin gegenüber der Kranken. Es muss ein klar strukturiertes, in engen Grenzen gehaltenes Verhältnis zwischen Wärterin und Patientin herrschen. Da die Patientin zur Selbstvernachlässigung aufgrund Ihrer Antriebsschwäche neigt, auch was Nahrungsaufnahme und Stuhlverhalten betrifft, benötigt sie eine strikt kontrollierte, ärztlich überwachte Tagesstruktur. Dies bedeutet konkret, dass sich die Patientin unter Aufsicht waschen, das Zimmer verlassen und in den Garten gehen muss sowie dass sie Medikamente und Mahlzeiten unter der Aufsicht des Arztes einnimmt. Hierzu bedarf es einer sehr ausdauernden und geduldigen Arztpersönlichkeit. Die ärztliche Autorität muss unter Umständen auch gegen Widerstand und offene Abneigung der Patientin durchgesetzt werden: „Alles mit Kampf!“ lautet für Binswanger eine wichtige therapeutische Losung bei der Hysterietherapie.

Binswanger hält bei der Behandlung des hysterischen Symptombildes drei Kernprinzipien für wesentlich: Abhärtung, Erziehung und Ernährung. Im Rahmen eines solchen therapeutischen Regimes mit klaren Verhaltensvorschriften hält Binswanger eine progrediente Besserung des Krankheitsbildes für erreichbar.

Im Fall der beschriebenen Patientin beinhaltet die Besserung eine Distanzierung von ihrer Fixierung auf das Dahinsiechen und auf ihren vermeintlich bevorstehenden Tod:

„Nach Verfluß von 8-10 Wochen, also gegen Ende October, strebt sie wieder darauf ins Leben zurückzukehren.“

Binswanger beschreibt ausführlich die von ihm angeordneten diätetischen Maßnahmen: Bier, Milch und warme Bäder zur Entspannung. Ein wesentliches Therapieprinzip besteht für Binswanger darin, „in erster Linie die Kraftreserven der Patientin zu heben“. Reichliche Ernährung und Steigerung des Körpergewichts sind seiner Ansicht nach essenziell für eine Besserung der Symptomatik.

Binswanger setzt Kaliumbromid als Sedativum ein. Sein Hauptaugenmerk gilt jedoch nicht der medikamentösen Behandlung, sondern der Beeinflussung der Psyche.

Hinsichtlich der Ätiologie hysterischer Krankheitsbilder unterscheidet Binswanger Erkrankungen auf der Basis hereditäre Veranlagung und mit dem Puerperium in Zusammenhang stehende Erkrankungen. Starke Gemütsbewegung kann laut Binswanger symptomauslösend sein.

Binswanger betont, dass im Falle der beschriebenen Patientin das Krankheitsbild der „hysterischen Melancholie“ nicht erblich begründet ist und keine Risikofaktoren hinsichtlich der Veranlagung beschrieben werden können.

Einen gesonderten Abschnitt widmet Binswanger der Symptomatologie des Krankheitsbildes. Das Hauptgewicht liegt für Binswanger auf der „Zwangsidee“. Er differenziert zwischen psychischen hysterischen Symptomen und körperlichen hysterischen Erscheinungen. Die psychische Symptomatik stehe hierbei stets im Vordergrund. Abschließend gibt Binswanger ein Urteil über die Prognose der Krankheit ab. Seiner Erfahrung nach sei die Prognose gut, hinsichtlich der Krankheitsdauer geht Binswanger aus von „im Minimo“ 1 Jahr von Beginn der Symptomatik an gerechnet.

4.4.2 Die Definition der Hysterie im Untersuchungszeitraum

Die Krankheitssymptome, die im 19. Jahrhundert unter der Diagnose Hysterie zusammengefasst wurden, können aus heutiger Sicht auf eine Vielzahl von somatischen, psychosomatischen und psychiatrischen Krankheitsbildern bezogen werden. Weil der Nachweis einer organischen Ursache der Hysterie nicht gelingen konnte, war das wissenschaftliche Interesse an diesem Krankheitsbild vergleichsweise gering.⁴⁶² Aus diesem Grund nannte Rosenthal die Hysterie das „Aschenbrödel in der Familie der Neurosen“.⁴⁶³ Er wollte damit zum Ausdruck bringen, dass dieses Krankheitsbild erst seit Kurzem wieder Gegenstand ernsthafter und differenzierter Konzeptualisierung geworden war.

⁴⁶² Vgl. Hartung (2006), S. 141.

⁴⁶³ Rosenthal (1879), S. 569.

Die Definition hysterischer Symptomatik im deutschsprachigen Raum war insbesondere in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts sehr weit gefasst, sodass eine genaue differenzialdiagnostische Abgrenzung von anderen Krankheitsbildern kaum möglich war.⁴⁶⁴ Neben wechselhafter Stimmung, Lähmungen, Sensibilitätsstörungen, Störungen der Sinnesorgane und Krampfanfällen wurden dem Krankheitsbild auch solche unspezifischen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Magenschmerzen und Herzrasen zugeordnet, des Weiteren psychische Symptome verschiedenster Art, unter anderem auch Zwangsvorstellungen, Halluzinationen und Angstzustände. Im Gegensatz zur Hysteriedefinition in Frankreich wurde psychischen Auffälligkeiten und als typisch geltenden Charaktereigenschaften größere Bedeutung beigemessen.⁴⁶⁵ Von spezifischen Hysterie-symptomen war im Allgemeinen nicht die Rede.⁴⁶⁶

4.4.3 Krankengeschichten mit der Diagnose Hysterie

Im Binswanger-Archiv finden sich für den Zeitraum von 1876 bis 1880 19 Krankenakten mit der Diagnose Hysterie.⁴⁶⁷ Im Fall eines erkrankten Mannes⁴⁶⁸ wird das Adjektiv „hysterisch“ gebraucht. Die Diagnose des Patienten lautet jedoch Neurasthenie.

Im Folgenden werde ich anhand dieser Krankenakten ermitteln, welche Faktoren Robert Binswanger als Ursachen und Auslöser von Hysterie ansah und welche Charaktereigenschaften, Verhaltensweisen und Symptome psychischer und körperlicher Natur er als hysterisch diagnostizierte, und die Ergebnisse mit zeitgenössischer medizinischer Literatur über Hysterie in Beziehung setzen.

4.4.3.1 Ursachen und Auslöser von Hysterie

Ursächlich erwähnt Binswanger bei einer Patientin⁴⁶⁹ Aufregung „als Hauptfaktor des Leidens“. Bei einer anderen jungen Frau⁴⁷⁰ sieht Binswanger in fehler-

⁴⁶⁴ Über die Definition hysterischer Symptomatik im deutschsprachigen Raum vgl. Hartung (2006), S. 128–131 u. S. 179–181.

⁴⁶⁵ Vgl. Hartung (2006), S. 179.

⁴⁶⁶ Vgl. Hartung (2006), S. 181–184.

⁴⁶⁷ Im untersuchten Zeitraum wird die Diagnose Hysterie ausschließlich bei Frauen gestellt.

⁴⁶⁸ UAT 441, Patient Nr. 493.

⁴⁶⁹ UAT 442/2, Patientin Nr. 408.

⁴⁷⁰ UAT 441, Patientin Nr. 434.

hafter Erziehung durch die Stiefmutter und frühen sexuellen Erfahrungen sowie sexuellem Missbrauch die Ursache der Hysterie. In drei Fällen⁴⁷¹ kommen durch die Eltern oder die Patientinnen selbst abgelehnte Heiratsanträge zur Sprache.

So wird beispielsweise über eine Patientin⁴⁷² Folgendes in der Krankenakte vermerkt: „Vor 2 Jahren machte ihr ein Wittwer, der erst seit 2 Monaten seine Frau verloren hatte, einen Heiratsantrag, den wies sie schnöde zurück u. auch der letzte Antrag war vor 1½ Jahren, wo ein sehr würdiger junger Mann um sie warb, die Eltern hätten es gerne gesehen, sie brachte sich nicht dazu.“

Auch zu viel Arbeit „für die Armen und Kranken“, „eine kleine Szene mit der Mutter, die tiefer ging als sonst“, der Besuch einer Damengesellschaft „bei einer überspannten Dame“ könnten laut Binswanger als auslösende Momente der Erkrankung⁴⁷³ in Betracht kommen.

Erschöpfungszustände bei der Pflege von Familienangehörigen spielen für Binswanger als weitere Ursache der Erkrankung ebenfalls eine Rolle.

Binswanger notiert: „die Frau war bei Allem zugegen, pflegte den Mann, stillte ihr 5 Monate altes Kind, half chloroformieren u. wurde sehr angegriffen.“⁴⁷⁴

Bei einem Teil der Fälle zieht Binswanger offensichtlich eine hereditäre Prädisposition in Betracht. Er notiert die Abstammung einer Patientin⁴⁷⁵ von einer an „Spinalirritation leidenden Mutter“, bei einer weiteren Patientin⁴⁷⁶ scheint „mütterlicherseits Nervosität in geringem Grade“ vorhanden zu sein.

Im Falle einer anderen Patientin⁴⁷⁷ wird die Mutter als „sehr nervös“ beschrieben, in einem weiteren Fall⁴⁷⁸ vermerkt Binswanger eine „psychisch vorbelastete Familie mit Geisteskranken und Nervösen.“

In den Krankengeschichten werden auch körperliche Veränderungen aus dem gynäkologischen Bereich erwähnt, wie „starke Retroflexion des Uterus“⁴⁷⁹ oder ein nicht näher genanntes „Gebärmutterleiden nach nur 1 Jahr Ehe.“⁴⁸⁰

⁴⁷¹ UAT 441, Patientin Nr. 408, Patientin Nr. 444, Patientin Nr. 460.

⁴⁷² UAT 441, Patientin Nr. 444.

⁴⁷³ UAT 441, Patientin Nr. 444.

⁴⁷⁴ UAT 441, Patientin Nr. 455.

⁴⁷⁵ UAT 442/2, Patientin Nr. 408.

⁴⁷⁶ UAT 441, Patientin Nr. 458.

⁴⁷⁷ UAT 441, Patientin Nr. 507.

⁴⁷⁸ UAT 441, Patientin Nr. 460.

Bei einer Patientin⁴⁸¹ liegt eine Fehlbildung der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane vor. Bei einer etwas älteren Patientin⁴⁸² erwähnt Binswanger einen „zeitweiligen mäßigen Schmerz im rechten ovarium“ vor dem Hintergrund einer „mäßigen Lageveränderung des uterus“. Binswanger scheint auch einen Zusammenhang zwischen Menstruationsstörungen und Hysterie anzunehmen. Genaue Angaben über das regelmäßige Auftreten oder Ausbleiben der Menses finden sich bei allen Patientinnen mit der Diagnose Hysterie: „Am 27 ten auf den Tag nach 4 Wochen traten die Menses ein. Deren Nahen bemerkte man 2 Tage vorher, wo die mehr als 2 Wochen angehaltene gute Stimmung etwas nachließ“.⁴⁸³

„Die Periode war profus, einige Tage dauernd“ oder „ihre Periode verspätete sich um ca. eine Woche, dauerte dann lange, und seit Weihnachten, wo sie menstruierte, ist eine andauernde Verschlimmerung eingetreten.“

Binswanger befragte seine Patientinnen standardmäßig betreffend Onanieverhalten, Missbrauchserfahrungen und Geschlechtstrieb. Er schreibt: „Mit 12 J[ahren] zum erstenmale menstruiert, fing sie zu dieser Zeit die Onanie durch Zusammenpressen ihrer Beine an, sey später wieder davon abgetreten, als sie merkte, daß sie schwach wurde.“⁴⁸⁴ Als mögliche Ursachen der Hysterie werden also nicht nur gynäkologische Erkrankungen, sondern auch das Sexualverhalten der Patientinnen thematisiert.⁴⁸⁵

Bei einer Patientin⁴⁸⁶ kam es zu Aufregung nach „zwecklosem Beischlafe, denn der Ehemann habe keine Kinder mehr gewollt“.

Binswangers Auffassung fällt diesbezüglich in keiner Weise aus dem Rahmen zeitgenössische Theorien über Hysterie. Nach Liebermeister sind das Praktizieren der Onanie bei beiderlei Geschlechtern und ein Mangel an sexueller Befriedigung⁴⁸⁷ mögliche Gründe für die Entstehung der Krankheit und üben einen

⁴⁷⁹ UAT 441, Patientin Nr. 408.

⁴⁸⁰ UAT 441, Patientin Nr. 455.

⁴⁸¹ UAT 441, Patientin Nr. 458.

⁴⁸² UAT 441, Patientin Nr. 463.

⁴⁸³ UAT 441, Patientin Nr. 463.

⁴⁸⁴ Ebenda.

⁴⁸⁵ UAT 441, Patientin Nr. 455.

⁴⁸⁶ UAT 441, Patientin Nr. 442.

⁴⁸⁷ Liebermeister (1883), S. 2148.

Einfluss auf „Gefühle, Stimmungen und Triebe“⁴⁸⁸ aus. Liebermeister betont die Notwendigkeit einer gynäkologischen Abklärung. Bei Vorliegen von Störungen im Gebiet der Sexualorgane oder Unregelmäßigkeiten der Periode hält Liebermeister eine zweckmäßige Behandlung für erforderlich.⁴⁸⁹

Möbius betont, dass von den Sexualorganen ausgehende, periphere Reize Ursache hysterischer Symptome sein können, dass aber nur in der Minderzahl der Fälle dieselben nachzuweisen seien. Zur Hysterie führende periphere Reize müssten jedoch nicht unbedingt von den Sexualorganen ausgehen. Eine lokale Symptomatik wie zum Beispiel Ovarialgie oder Dysmennorrhoe, sind nach Möbius' Auffassung nicht Ursache, sondern Folge einer Hysterie.⁴⁹⁰ Allen Erklärungsmustern der Hysterie, die sich auf den Uterus fixieren, widerspricht Mendel⁴⁹¹, indem er behauptet, dass „die Hysterie gerade so viel und gerade so wenig mit dem Uterus zu tun [hat] wie mit jedem anderen Organ“.⁴⁹²

Mendel erörtert in einem Vortrag, dass „Hysterie“ keine spezifische „Frauenkrankheit“ und nicht mit dem Uterus zu assoziieren sei. Er vertritt die These, dass „jedes Organ des Körpers [...] durch seine Erkrankung bei vorhandener Prädisposition zur Hysterie gelegentlich den Ausbruch derselben hervorrufen oder beschleunigen kann“.⁴⁹³

4.4.3.2 Symptome der Hysterie

Binswanger stellt in seinen anamnestischen Ausführungen im Falle einer 19 Jahre alten Patientin⁴⁹⁴ für die Hysterie typische Charakterzüge in ihrer Eitelkeit, ihrem „Hang zur leichten Verschwendung“, in ihrem „Hang zur Eifersucht“ sowie in ihrer Tendenz, „Erzählungen zu erdichten“, fest. Trotz Begabung finde sich bei dem „körperlich und geistig in puncto Willensstärke und Urteilskraft schwache[n] Mädchen keine Spur von innerer Religiosität“.

⁴⁸⁸ Liebermeister (1883), S. 2147.

⁴⁸⁹ Liebermeister (1883), S. 2148.

⁴⁹⁰ Möbius (1883), S. 190.

⁴⁹¹ Mendel (1884), S. 241.

⁴⁹² Mendel (1884), S. 241.

⁴⁹³ Mendel (1884), S. 241.

⁴⁹⁴ UAT 441, Patientin Nr. 434.

Eine 31 Jahre alte Patientin⁴⁹⁵ wird als „zänkisch, eigenwillig, immer abnorm“ bezeichnet, und in einem weiteren Fall⁴⁹⁶ wird eine andere Patientin als etwas „eigensinnig“ charakterisiert. Binswanger erwähnt als typisches Merkmal bei nervösen, zur Hysterie neigenden Damen „die Beschäftigung mit der eigenen Person“⁴⁹⁷.

Eine ältere Patientin⁴⁹⁸ wird als ein „von Jugend an verwöhntes, nervöses Kind charakterisiert, bei der sich immer mehr Excentritäten ausbildeten“. Laut Binswanger „lebte sie in der großen Welt, machte alles, was das große Leben bot durch“ und wurde „im wahrsten Sinne des Wortes blasiert“. Binswanger beschreibt sie als im Inneren „noch schwach, ohne moralischen Halt“. An einem Tag folgten „hysterisches Lachen und Weinen nacheinander“. Wenige Tage später wird dieselbe Patientin als „äußerlich zwar ruhig, aber in großer innerer Aufregung und Unzufriedenheit“ beschrieben.

Die Mutter einer an Hysterie erkrankten weiteren Patientin beschreibt die Persönlichkeit ihrer Tochter mit einer „vollständigen Manie für kostbare Toiletten“ und warnt Binswanger: „Sie haben trotz Ihrer großen Erfahrung, lieber Herr Doctor, dennoch keine Ahnung von I[renes] raffiniertem Wesen.“⁴⁹⁹

Binswangers Patientinnen scheinen sich selbst zu inszenieren. So hält Otto Binswanger zum Beispiel in einer Tagesnotiz fest: „Diese Angaben werden mit lispelnder Stimme vorgebracht, die Kranke liegt mit aufgelösten Haaren, blauem Zwicker u. schwarzem Spitzentuch unter sich zu Bette. Bei Prüfung zuckt sie auf u. gibt starke Hyperästhesie als Grund an.“⁵⁰⁰ Mit dieser theatralischen Pose bot die oben erwähnte Patientin Otto Binswanger das Bild eines „hysterischen Charakters“ und erfüllte somit wohl auch dessen Erwartungen.

Als typisch für den hysterischen Charakter wertet zum Beispiel auch Liebermeister⁵⁰¹ das gesteigerte Bedürfnis, Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, sowie die Neigung zu Übertreibungen und Unwahrheit.⁵⁰² Theatralisches und selbst-

⁴⁹⁵ UAT 441, Patientin Nr. 434.

⁴⁹⁶ UAT 441, Patientin Nr. 458.

⁴⁹⁷ UAT 441, Patientin Nr. 507.

⁴⁹⁸ UAT 441, Patientin Nr. 463.

⁴⁹⁹ UAT 441, Patientin Nr. 435.

⁵⁰⁰ UAT442/2, Patientin Nr. 408.

⁵⁰¹ Liebermeister (1883), S. 2145.

⁵⁰² Möbius (1883), S. 185.

darstellerisches Verhalten galten als charakteristisch für die Hysterie und wurden als Zeichen fehlender Wahrhaftigkeit gesehen.⁵⁰³ Laut Amann soll die bei Hysterischen zu beobachtende Sucht zu täuschen nur ein Versuch sein, das Interesse und das Mitleid ihrer Umgebung wiederzugewinnen.⁵⁰⁴

Miklautz fasst die Haupteigenschaften der Hysterikerinnen, wie sie in der medizinischen Literatur zur Zeit Binswangers angegeben werden, zusammen und benennt Falschheit, Lüge, Doppelzüngigkeit, Betrug gefolgt von Geltungssucht, Affektiertheit, Theatralik, Übertreibung. Weiterhin wurde den an Hysterie erkrankten Frauen laut Miklautz attestiert, sie seien subversiv, ungehorsam, launisch und intrigant; ihr Denken sei infantil, archaisch und negativ, ihr Wille abhängig und suggestibel.⁵⁰⁵

Als weitere hysterische Symptome psychischer Natur benennt Binswanger „die Neigung zum Schwatzen“ als Zeichen für einen labilen Status, „heftige Gemüthsbewegungen“ sowie einen „starken Wechsel von Depression zur Exaltation“.⁵⁰⁶

Bei einer 31 Jahre alten Patientin⁵⁰⁷ tritt während ihrer 5. Schwangerschaft ein Zustand großer Erschöpfung und krankhafter Erregung des Zentralnervensystems auf, der sich dadurch zeigt, dass diese schnell erregt und zugleich religiös ist. Auch bei ihr treten psychische Veränderungen wie rascher Stimmungswechsel, Weinen, heftige Weinkrämpfe und hypochondrischen Klagen auf.

In seinem Vortrag „Über Hysterie und deren Behandlung“ erwähnt Liebermeister Launenhaftigkeit und Reizbarkeit als hysterische Symptome. Bei schwerem Krankheitsgefühl könne die psychische Verstimmung bis zur Verbitterung gegen Welt und Menschen gehen.⁵⁰⁸ Des Weiteren beschreibt Liebermeister Abneigung gegen eine regelmäßige Tätigkeit, unmotiviert Sympathien und Antipathien gegenüber bestimmten Mitmenschen sowie Rücksichtslosigkeit und Egoismus.

⁵⁰³ Vgl. Nolte (2003), S. 82.

⁵⁰⁴ Ebenda, S. 54 f.

⁵⁰⁵ Miklautz (1998), S. 43.

⁵⁰⁶ UAT 441, Patientin Nr. 434.

⁵⁰⁷ UAT 441, Patientin Nr. 420.

⁵⁰⁸ Liebermeister (1883), S. 2145.

Ebenso vielfältig wie die psychischen Symptome sind die in den Bellevue-Krankengeschichten benannten körperliche Erscheinungen der Erkrankung: „lebhaftes Zittern“⁵⁰⁹, „Schrecken“⁵¹⁰, „starke Hyperästhesie“⁵¹¹, „Bewegungslosigkeit aufgrund heftiger Lungen, Leib und Kreuzschmerzen“⁵¹², „veritable Leibschmerzen zur Zeit der Menses“⁵¹³, „Schmerzen im Unterleibe“⁵¹⁴, „Lähmungen der unteren Extremitäten“⁵¹⁵, „Unterleibskrämpfe“⁵¹⁶, „verschiedenste Schmerzen“⁵¹⁷, „Klagen über körperliche Schmerzen“⁵¹⁸, „Klagen über zusammenschnürendes Gefühl im Halse“⁵¹⁹, „tonische und klonische Krämpfe der Hände, Füße, Hals, Mund“⁵²⁰.

Eine Patientin⁵²¹ zeigt ausgeprägte sensible und sensorische Störungen. Sie leidet an „Parästhesien, Anästhesien, zeitweise Verlust des Gehörs, des Sprach- und Riechvermögens, sowie des Geschmackssinns“. Binswanger zitiert die Aussagen der Patientin⁵²²: „Ich sehe roth, golden, dann hell.“ In seinen anamnestischen Angaben notiert er weiter: „Dann erkannte sie d. Eltern u. die Gebäude. Ein Ohr taub. Das andere geschärft. Geschmack war weg. Gefühl ganz weg.“ Bei einer weiteren Patientin⁵²³ liegt ein Augenleiden „auf hysterischer Grundlage“ vor mit „Sehschwäche, auf dem Hintergrund einer transitorischen Presbyopie und sich zeitweise verstärkender Accomodationsstörung“.

P. J. Möbius⁵²⁴ unternimmt in seiner Schrift „Über Hysterie“ von 1883 den Versuch, hysterische Krankheitssymptome zu systematisieren. „Die wunderbaren Symptome der Hysterie kannte man grösstentheils schon längst, aber man fand sich mit ihnen ab.“⁵²⁵ Es werden Gesichts- und Gehörhalluzinationen, Ohren-

⁵⁰⁹ UAT 441, Patientin Nr. 408.

⁵¹⁰ UAT 441, Patientin Nr. 434.

⁵¹¹ UAT442/2, Patientin Nr. 408.

⁵¹² UAT442/2, Patientin Nr. 408.

⁵¹³ UAT 441, Patientin Nr. 408.

⁵¹⁴ UAT 441, Patientin Nr. 435.

⁵¹⁵ UAT 441, Patientin Nr. 434.

⁵¹⁶ UAT 441, Patientin Nr. 434.

⁵¹⁷ UAT 441, Patientin Nr. 420.

⁵¹⁸ UAT 441, Patientin Nr. 442.

⁵¹⁹ UAT 441, Patientin Nr. 442.

⁵²⁰ UAT 441, Patientin Nr. 458.

⁵²¹ UAT 441, Patientin Nr. 458.

⁵²² UAT 441, Patientin Nr. 458.

⁵²³ UAT 441, Patientin Nr. 460.

⁵²⁴ Möbius (1883), S. 185.

⁵²⁵ Möbius (1883), S. 185.

sausen, Zusammenschnüren des Halses, wohl meist auf einem Krampf des Pharynx beruhend, Borborygmen [Magenknurren], Tympanie, Ptyalismus, Polyurie, Oppressionsgefühl, Larynxspasmen, Palpitationen und Gefäßkrämpfe erwähnt. An motorischen Störungen nennt Möbius „Zittern, allgemeine Zuckungen und besondere Kontrakturen.“⁵²⁶

Rosenthal beschreibt einen hysterischen Formenkreis, der auf Sensibilitätsstörungen verschiedenster Art beruht: Exzess an Sensibilität („Hyperästhesie“ oder „Empfindungsüberreizung“), „Verlust der normalen Reizempfänglichkeit“ („Anästhesie“), weiterhin „hysterische Neuralgien“, „Krampfformen“ und „Lähmungen“.⁵²⁷

Auch Liebermeister benennt körperliche Symptome der Hysterie, die er bei seinen Patienten beobachtet hat. Sie klagen über Schmerzen und Missempfindungen, für die sich kein organisches Korrelat finden lässt. Weitere Leiden sind Hyperästhesien, Parästhesien und Idiosynkrasien.⁵²⁸

Binswanger scheint davon auszugehen, dass eine gesteigerte Libido zu den Symptomen der Hysterie gehört.

Über eine Patientin vermerkt er Folgendes: „Unsere Kranke, welche nach dem Zeugnis ihres Mannes früher eine ganz mäßige Libido sexualis gezeigt hat, verlangte in einer Zeit, in der die Krankheit ihren Höhepunkt gezeigt hatte, ganz wider ihre Gewohnheit, den Coitus von ihrem Herrn Gemahl. In den ersten Tagen ihres Asylaufenthaltes berichten mir die Wärterinnen, dass die Patientin häufig die Hände an den Genitalien habe.“⁵²⁹

In einen anderen Krankheitsfall erwähnt Binswanger eine Frau, die nach ihrer ersten Geburt melancholisch und an generellen hysterischen Symptomen erkrankt. Laut Binswanger „bestürmte die Patientin ihren Mann derart, dass der behandelnde Arzt schon deshalb die Entfernung der Patientin vom Hause verlangte“.⁵³⁰ Erotisches Begehren von Patientinnen kommt immer wieder zur Sprache. Als sich eine Patientin im Bellevue in einen jungen Mitpatienten verliebt, wird dieses Verhalten genauestens beobachtet und festgehalten: „In der

⁵²⁶ Möbius (1883), S. 192.

⁵²⁷ Rosenthal (1870), 250 ff.

⁵²⁸ Liebermeister (1883), S. 2145.

⁵²⁹ FAB 304.

⁵³⁰ FAB 304.

erotischen Sphäre war nur Anfangs etwas zu bemerken, wenn auch dies stark. Sie verliebt sich platonisch in einen etwas schwachsinnigen Herrn, der ihr gegenüber bei Tisch sitzt, zittert, wenn sie ihn sieht. Die Liebe dauert aber nicht lange.⁵³¹

Äußerungen von Patientinnen zu erotischen Fantasien finden ebenfalls Eingang in die Krankengeschichten. Eine Patientin bekennt Binswanger ganz offen, dass „ein Herr in Breisach, den sie früher vor Eingehen ihrer Ehe heirathen wollte, und der dann ihr und ihres Mannes intimer Freund blieb [...] in ihren Anfällen die (erotische) Hauptrolle spielte.“⁵³²

In einer Tagesnotiz hält Robert Binswanger das „erotische Verhalten“ der Patientin dem Arzt gegenüber fest: „Pat[ientin] seit ihrem Eintritte vollkommen ruhig. Den ersten Tag Kopfweh mit Lustlosigkeit. Guter Schlaf, Appetit, ohne Kopfweh. Pat[ientin] ziemlich erotisch.“ Es ist anzunehmen, dass Robert Binswanger selbst oft zum Objekt von Sehnsüchten und erotischen Fantasien seiner Patientinnen wurde.

Liebermeister geht ebenfalls vom Vorhandensein eines erotischen Moments bei der Hysterie aus. Dies äußert sich seiner Meinung nach darin, dass sich weibliche Patienten in Gegenwart von Männern anders als in Gegenwart von Frauen verhielten.⁵³³

Amann hingegen meint, es sei eine große Ungerechtigkeit und zeuge von einem nur oberflächlichen Wissen, wenn man Hysterie bei Frauen mit exzessiven geschlechtlichen Bedürfnissen in Zusammenhang bringe. Eine große Anzahl hysterischer Frauen hätten laut Amann entweder eine Abneigung gegen den Geschlechtsverkehr oder, was noch viel häufiger der Fall sei, empfänden keine Lustgefühle dabei.⁵³⁴

Auch Möbius wendet sich entschieden gegen eine zeitgenössische Meinung, die unterstellt, dass jede hysterische Patientin „geil oder sexuell krank ist“.⁵³⁵

⁵³¹ UAT 441, Patientin Nr. 434

⁵³² UAT 441, Patientin Nr. 455.

⁵³³ Liebermeister (1883), S. 2145.

⁵³⁴ Amann (1874), S. 15 f.

⁵³⁵ Möbius (1883), S. 190.

Neben Tobsuchts-⁵³⁶ und epileptischen Anfällen⁵³⁷ dokumentiert Binswanger in seinen Krankengeschichten⁵³⁸ auch Krampfanfälle hysterischer Natur. Er beschreibt einen typischen hysterischen Anfall⁵³⁹: „Der Anfall war [am] 2. Jun[i] morgens. Die Kranke schreit laut, sehr angstvoll, schluchzt, schreit krampfhaft nach dem Pfleger, gebt mir Gift, wälzt sich auf dem Boden u. Canapee, zeigt dabei etwas umflortes Bewußtsein. Das ganze dauert einige Minuten, krampfhaftes Zucken, Schlagen der Arme. Nachher ruhiges Ermatten. Nachmittags Pat[ientin] wieder ganz ruhig und klar, schreibt einen vernünftigen Brief. Am anderen Morgen die gleiche Szene von gestern.“

Auch bei einer anderen Patientin⁵⁴⁰ treten nach den „Schreikrämpfen“ Zustände von Bewusstlosigkeit auf. Binswanger notiert weiter: „Sie lag stundenlang apathisch im Bette, bis man sich wieder um sie kümmerte.“ Anschließend hörte die Bewusstlosigkeit auf und wechselte wieder mit „heftigen Schreikrämpfen, die Beruhigung gelang langsamer u. weniger gut.“

Als einer Patientin⁵⁴¹ der baldige Tod ihres Ehemannes angekündigt wurde, hatte sie „heftigen Kopfschmerz.“ Sie suchte „Heil im Freien, musste ins Bett, sprang auf, als ihr Mann heftig schrie, fiel um und brach in die heftigsten Schreikrämpfe und Tobsucht aus.“ Am Nachmittag wurde die Patientin ruhiger, „es blieb aber der starre Blick und Augenschmerz, sie wühlte in ihren Haaren, war halb bewusstlos“. Während ihr Mann starb, lag die Patientin im Bett. Am anderen Morgen stand sie auf und „war sehr angegriffen“. Sie sah die Leiche, „ging aber nicht mit zum Leichenbegräbnisse.“ Nachdem die Kinder vom „Leichenbegängnis kamen, hatte die Frau Lachkrämpfe u. kein Gefühl des Schmerzes.“

Bei der oben bereits erwähnten älteren Patientin⁵⁴², schreibt Binswanger, können im Bellevue aufgetretene „hysterische Krämpfe, veritable, durch den Besuch des Arztes und dessen Tochter überwunden werden“.

⁵³⁶ UAT 441, Patientin Nr. 444.

⁵³⁷ UAT 441, Patientin Nr. 429.

⁵³⁸ UAT 441, Patientin Nr. 442 und Patientin Nr. 434.

⁵³⁹ UAT 441, Patientin Nr. 442.

⁵⁴⁰ UAT 441, Patientin Nr. 434.

⁵⁴¹ UAT 441, Patientin Nr. 455.

⁵⁴² UAT 441, Patientin Nr. 463.

Ähnlich wie Robert Binswanger im obigen Beispiel äußert sich Liebermeister dahin gehend, dass das Bewusstsein während eines ausgebildeten hysterischen Anfalls nur vermindert sei, ähnlich wie im Traum. Die Hysterischen stürzen zu Boden, fallen jedoch so, dass sie sich nicht verletzen, ein Zungenbiss sei nicht vorhanden, es sei denn zufällig. Der anwesende Arzt könne das Ausbrechen der Krämpfe feststellen, dieselben als ärztliche Autorität in demonstrativer Weise hervorrufen, sogar die Art der Bewegung bestimmen.⁵⁴³

4.4.3.3 Therapie der Hysterie

Was therapeutische Behandlungsversuche im Bellevue betrifft, werden immer wieder pädagogisch-erzieherische Maßnahmen wie „stricte Maßnahmen des Arztes“⁵⁴⁴, „energisches Zureden des Arztes“⁵⁴⁵ sowie die Gewöhnung an eine geregelte Hausordnung dokumentiert.

Da Binswanger im Falle der Hysterie von einer Ernährungsstörung des Nervensystems ausgeht, versucht er die Erkrankung durch eine Verbesserung der Ernährung zu behandeln.⁵⁴⁶ Im Falle einer Patientin bessert sich durch derartige Maßnahmen das körperliche Befinden bedeutend. Binswanger notiert: „[Die Patientin] springt und läuft, erhält dicke Backen.“⁵⁴⁷

Bei einer weiteren Patientin⁵⁴⁸ dokumentiert Binswanger das Essverhalten: „Sie isst mäßig“ und wenige Tage später: „Sie isst hier Alles.“ Eine ältere Patientin, die am Abend zuvor „das Essen verschmäht“, will „dem Dr. zuliebe, [...] recht thun, auch Speisen nehmen.“⁵⁴⁹

Robert Binswangers Therapiekonzept entspricht im Wesentlichen dem therapeutischen Ansatz Liebermeisters⁵⁵⁰. Als wichtigste therapeutische Methode gilt auch für Liebermeister die Besserung des allgemeinen Ernährungszustandes des Patienten durch Zunahme des Körpergewichts. Mit der Besserung des Ernährungszustandes könne auch die psychische Resistenzfähigkeit gesteigert

⁵⁴³ Liebermeister (1883), S. 2153.

⁵⁴⁴ UAT 441, Patientin Nr. 420.

⁵⁴⁵ UAT442/2, Patientin Nr. 408.

⁵⁴⁶ UAT 441, Patientin Nr. 420.

⁵⁴⁷ UAT 441, Patientin Nr. 434.

⁵⁴⁸ UAT 441, Patientin Nr. 444.

⁵⁴⁹ UAT 441, Patientin Nr. 463.

⁵⁵⁰ Binswanger hörte während seines Studiums in Tübingen bei Liebermeister Vorlesungen in „Medicinischer Klinik“. Vgl. UAT 40/21, Nr. 37 und Kap. 2.4.5.1, S. 46.

werden.⁵⁵¹ Mit Hilfe von Trink- und Badekuren, Aufenthalt im Hochgebirge oder an der See, Bewegung, Spaziergängen und Fußtouren, Kaltwasser- und Durstkuren, Voll- und Halbbädern, Regenduschen, kalten Abwaschungen, Einwicklungen, der Anwendung von Abführmitteln soll das Stoffwechselgleichgewicht wiederaufgebaut werden. Durch zweckmäßige Erziehung, die Gewöhnung der Selbstbeherrschung gegenüber launenhaften Verstimmungen, das Bewusstsein einer Lebensaufgabe und das Vorhandensein von Pflichtgefühl könne der Krankheit frühzeitig entgegengewirkt werden. Bereits die Beaufsichtigung durch einen Arzt hat nach Liebermeisters Ansicht heilsame Wirkung. Der Kranke solle beobachtet und unmerklich psychisch beeinflusst bzw. erzogen werden. Einzelne Erscheinungen verschwänden von selbst, wenn der Kranke erkenne, dass diese keine besondere Bedeutung hätten.

Im Untersuchungszeitraum wird hinsichtlich der Hysterie eine Vielzahl unterschiedlicher Therapieansätze propagiert, die von psychischer Beeinflussung bis zur operativen Entfernung der Ovarien reichen.⁵⁵² So beschreibt zum Beispiel Levinstein in seiner Schrift „Zur Casuistik hysterischer Lähmungen“ aus dem Jahr 1867 zwei therapeutische Methoden, die er allgemein als „psychische Behandlung“ bezeichnet: Die Wichtigkeit der psychischen Behandlung bei hysterischen Lähmungen sei laut Levinstein längst bekannt und von vielen Seiten hervorgehoben worden. Die Behandlung könne zwei Wege einschlagen.⁵⁵³ Diese beiden Wege bezeichnet er als „kürzere medizinische Behandlung“ und als „langsame medizinische Behandlung“.

Das Therapieziel der „langsamen medizinischen Behandlung“ bestehe in der Wiederherstellung der motorischen Funktionen der Patienten. Hierzu solle der Arzt versuchen, auf die „Willenlosigkeit des Patienten“ so intensiv einzuwirken, dass dieser „die Herrschaft der motorischen Organe wieder erlange“.

Levinstein betont die Notwendigkeit, dass der Arzt durch „persönliches Überwachen von Übungen“ in der Patientin die notwendige „Willensstärke“ hervorrufen

⁵⁵¹ Liebermeister (1883), S. 2149.

⁵⁵² Laut Hartung sind die teilweise kontrovers diskutierte Auffassungen über die Therapie Ausdruck der zu dieser Zeit herrschenden Uneinigkeit über den Ursprung der Erkrankung. Vgl. Hartung (2006), S. 199.

⁵⁵³ Levinstein (1867), S. 437.

solle. Wichtig sei vor allem aber unbedingte Herrschaft über die Patientin, die bei der eigenen Willensschwäche das Gefühl haben müsse, dass fremde Leitung nötig sei.⁵⁵⁴

Die von Levinstein entwickelte zweite therapeutische Option, die er als „kürzere medizinische Behandlung“ bezeichnet, zielt ebenfalls auf eine Wiederherstellung der motorischen Funktion. Levinstein setzt hier auf den therapeutischen Wirkungseffekt einer „plötzlichen Überraschung“, die durch „subcutane Injektion von Strychnin und Applikation von Gleichstrom ausgelöst werden soll.“⁵⁵⁵

Rosenthal hingegen vertritt einen ganz anderen therapeutischen Ansatz. Er unterscheidet zwischen einer „Prophylaxis“ und einer „therapeutischen Behandlung.“⁵⁵⁶ Zur Vorbeugung der Hysterie empfiehlt er, Kinder so früh wie möglich an „kühlere Bäder und Waschungen“, Aufenthalt „an der frischen Luft“ und „auf dem Lande“ zu gewöhnen. Dies seien gleichsam „die ersten Bausteine der physischen Erziehung.“⁵⁵⁷

Bei der Behandlung einer Patientin, die unter Symptomen der Hysterie leidet, muss seiner Meinung nach vor allem ein Grundsatz unbedingt berücksichtigt werden: die genaue gynäkologische Abklärung mit Hilfe des Speculums.⁵⁵⁸

In Rosenthals Lehrbuch findet sich auch eine Auflistung von Therapeutika. Sie umfassen „Eisenmittel“, Chinin, „bittere Mittel“, Molkenkuren in Gebirgsluft bzw. Traubenkuren. Als Antihysterika führt Rosenthal folgende pharmazeutische Mittel an: Castoreum, Valeriana, Herba rutae. Als antispasmodische Metallpräparate erwähnt er Arsen oder Zink. Weiterhin nennt Rosenthal auch „narcotische Morphiuminjektionen“ sowie die Behandlung mit „Opium, Belladonna, Atropin, Chloroform“ sowie „Curare (subcutan).“⁵⁵⁹

Der Hydrotherapie schreibt Rosenthal eine hohe therapeutische Bedeutung zu.⁵⁶⁰ Er erwähnt auch die „elektrische“ Therapie in Gestalt einer „Faradisierung.“⁵⁶¹

⁵⁵⁴ Levinstein (1867), S. 438.

⁵⁵⁵ Levinstein (1867), S. 437.

⁵⁵⁶ Rosenthal (1879), S. 274 ff.

⁵⁵⁷ Rosenthal (1879), S. 274.

⁵⁵⁸ Rosenthal (1879), S. 275.

⁵⁵⁹ Rosenthal (1879), S. 276–277.

⁵⁶⁰ Rosenthal (1879), S. 278–279.

⁵⁶¹ Rosenthal (1879), S. 279.

Rosenthals Auflistung der Therapieformen endet mit einer kurzen Beschreibung der „psychische Kuren bei Hysterie“⁵⁶²: Die Anregung der Willenskraft wird hier als das Grundprinzip dargestellt.

Möbius unterscheidet bei seinen Ausführungen über die Therapie der Hysterie zwischen der eigentlichen Behandlung der Erkrankung und der Behandlung des akuten hysterischen Anfalls.

Die Behandlung des Anfalls kann durch Einatmen medikamentöser Stoffe wie Chloroform, Äther, Amylnitrit oder Inhalationen von Bromäthyl erfolgen. Die Applikation von Eis auf die Ovarialgegend scheint nach seiner Beobachtung die Intensität der Anfälle abzuschwächen. Die Anwendung von Gleichstrom sowie die Kompression des Ovariums seien dazu geeignet, den Anfall zu unterbrechen.

Als klinisch bewährte therapeutische Maßnahme gegen die Hysterie im Allgemeinen nennt Möbius an erster Stelle „hydrotherapeutische Proceduren im Form kalter Vollbäder bei 15 Grad R wie von Charcot empfohlen“.⁵⁶³ Eine Kombination aus Hydrotherapie und Elektrotherapie (Faradisation der Muskeln) führe nur dann zum Ziel, wenn sie in „Verbindung mit der richtigen psychischen Therapie“ stünde.⁵⁶⁴

Als erste und wichtigste Aufgabe des Arztes betont Möbius die Notwendigkeit einer Trennung der Kranken von ihren bisherigen Verhältnissen und die Verlegung der Kranken in eine Kuranstalt.

Bei hysterischen Lähmungen empfiehlt er „methodische Bewegungsübungen auf Commando“.⁵⁶⁵ Für Kranke mit Ernährungsstörungen wird Isolierung der Kranken, Bettruhe, methodische Mästung, Massage und Faradisation der Muskeln nach den Empfehlungen von Mitchell und Playfair empfohlen. Ähnlich wie Liebermeister⁵⁶⁶ spricht sich auch Möbius entschieden gegen eine „chirurgische Behandlungsweise der Hysterie“ durch die erst seit Kurzem mögliche, in bis zu einem Drittel der Fälle letal verlaufende Ovariectomie aus.⁵⁶⁷

⁵⁶² Rosenthal (1879), S. 280.

⁵⁶³ Möbius (1883), S. 205.

⁵⁶⁴ Möbius (1883), S. 205.

⁵⁶⁵ Möbius (1883), S. 205.

⁵⁶⁶ Liebermeister (1883), S. 2149.

⁵⁶⁷ Möbius (1883), S. 205. Über die Letalität der Ovariectomie. Vgl. Hartung (2006), S. 204.

Im Jahr 1880 hält der Chirurg James Israel (1848–1926) einen Vortrag vor der „Berliner Medizinischen Gesellschaft“ mit dem Titel: „Ein Beitrag zur Würdigung des Werthes der Castration bei hysterischen Frauen.“⁵⁶⁸ Israel schildert hier die Heilung einer Hysteriepatientin als Ergebnis einer „mit allem raffinement in Szene gesetzte Scheinoperation und Nachbehandlung, welche den Zweck verfolgt [habe], der Patientin den Glauben an eine wirklich stattgehabte Castration beizubringen“.⁵⁶⁹ Sein Verfahren unterscheidet sich insofern wesentlich von demjenigen seines chirurgischen Kollegen Hegar⁵⁷⁰ (1830–1914), als er außer in einem einfachen Hautschnitt in der Narcose überhaupt gar nichts mit der Patientin vorgenommen habe. Israel äußert in seinem Vortrag die Überzeugung, dass man „bei den hysterischen Erkrankungszuständen statt auf den Genitalapparat, auf den anderen Faktor, nämlich die Psyche erfolgreich einwirken könne“.⁵⁷¹

In Form einer Gegendarstellung reagierte der Freiburger Chirurg A. Hegar in der Berliner Klinischen Wochenschrift auf die Behauptung Israels bezüglich einer chirurgischen Indikation bei hysterischer Symptomatik⁵⁷² und stellt klar, dass Hysterie nicht unter seinen Indikationen zur Kastration⁵⁷³ rangiere. Laut Hegar sei Kastration nur dann ausnahmsweise gerechtfertigt, wenn gleichzeitig andere Beschwerden und Folgezustände, wie insbesondere heftige, unmittelbar vom Ovarium ausgehende Schmerzen, Menstruationsstörungen usw., vorhanden seien.⁵⁷⁴

Im Folgenden soll das in der unpublizierten Schrift erörterte und den Einträgen in den Krankenakten zugrunde liegende Hysteriekonzept Robert Binswangers noch einmal zusammengefasst werden. Binswanger geht davon aus, dass Hysterie im Allgemeinen auf der Grundlage einer hereditären Prädisposition entsteht, wobei eine Erschöpfung des Nervensystems durch das Wochenbett auch ohne erbliche Prädisposition Hysterie hervorrufen soll. Gynäkologische Erkrankungen, Onanie und eine zu wenig restriktive Erziehung können seiner Meinung

⁵⁶⁸ Israel (1880), S. 242.

⁵⁶⁹ Israel (1880), S. 243.

⁵⁷⁰ In den Krankengeschichten meines Zeitraums werden 2 Patientinnen aus dem Bellevue von Hegar konsiliarisch untersucht. Siehe Patientin Nr. 435 und Patientin Nr. 455.

⁵⁷¹ Israel (1880), S. 245.

⁵⁷² Hegar (1880), S. 365.

⁵⁷³ Ebenda.

⁵⁷⁴ Hegar (1880), S. 365.

nach ebenfalls als ursächliche Faktoren wirksam werden. Als Auslöser der Erkrankung fungieren für ihn psychische Erschütterungen; mehrfach benennt er in diesem Zusammenhang Todesfälle von Angehörigen und unerwünschte Heiratsanträge, sexueller Missbrauch wird ebenfalls erwähnt.

Binswanger beschreibt bei seinen Patientinnen hysterische Charakterzüge wie Verschwendungssucht, Selbstbezogenheit, Willensschwäche und Hang zur Unwahrheit. Sie zeigen theatralische Verhaltensweisen und leiden an Stimmungsschwankungen. Das Vorliegen einer gesteigerten Libido wird mehrfach vermerkt. Die geschilderte körperliche Symptomatik ist vielfältig und umfasst Krampfanfälle, Schmerzen verschiedenster Art, Lähmungserscheinungen sowie Störungen von Sensibilität und Sensorik.

Was die Therapie betrifft, legt Binswanger viel Wert auf einen geregelten Tagesablauf, pädagogische Maßnahmen und eine das Gewicht steigernde, das Nervensystem stärkende Ernährung seiner Patientinnen. Auch hydrotherapeutische Maßnahmen kommen zur Anwendung. Durch psychische Beeinflussung soll die mangelnde Willenskraft der Patientin so weit gestärkt werden, dass die Erkrankung überwunden werden kann. Eine Psychotherapie im heutigen Sinne findet nicht statt.

Binswanger weicht mit seinem Hysteriekonzept nicht von den gängigen Lehrmeinungen seiner Zeit ab.

4.4.3.4 Ausgewählte Krankengeschichten

Im nachfolgenden Abschnitt berücksichtige ich bei zwei ausführlichen Falldarstellungen die konkrete Dokumentation in der Anamnese und betrachte Robert Binswangers Diagnosefindung, Therapiemaßnahmen und Medikation.

Bei der Betrachtung der Patientin Marie K. fällt als gegenwärtiges zentrales Problem eine einseitig leidenschaftliche unerwiderte Liebe zu dem behandelnden Arzt auf, der die Patientin ins Bellevue überwiesen hat. Der wichtigste Hintergrund besteht im Tod des Ehemannes, den die Patientin während der letzten Schwangerschaft gepflegt hat.

In der ärztlichen Korrespondenz findet sich ein Dokument, das die Situation der Kranken erklären kann: „Betreffende Dame deren Mann vor etwa zwei Jahren starb, leidet an dem fixen Wahn, dass der ihren verstorbenen Mann und später

sie selbst sie [sic] behandelnde Arzt, ein junger College von angenehmen Äußeren und ledig, sie heirathen werde; nach im Laufe der Zeit mehrfach eingetretener Besserung und Verschlimmerung dieser fixen Idee, ist in jüngster Zeit nach öfterer Exaltationen eine Theilnahmslosigkeit eingetreten, welche die Mutter erschreckt, und welche mich deßwegen zu Rathe zog.“⁵⁷⁵

Die Diagnose Hysterie mäßigen Grades wird gestellt aufgrund von raschem Stimmungswechsel, Weinkrämpfen und hypochondrischen Klagen über verschiedenste Schmerzen, „glaubt, sie leide auf der Brust“.⁵⁷⁶

Unter den Krankengeschichten zur Hysterie stellt die Patientin Marie K. eine besonders eindrückliche Fallgeschichte dar, die mit außergewöhnlich reichhaltigem literarischem Material belegt ist. Besondere Bedeutung kommt der Korrespondenz der Patientin zu, die sehr ausführlichen autobiographischen Inhalt hat.⁵⁷⁷

Die auffällige Verbindung zwischen nervöser und religiöser Erregung wird Binswanger aus dem Briefmaterial deutlich. Hierbei handelt es sich um Briefe der Patientin an ihren ehemals behandelnden Arzt Dr. Fürst. Die Patientin entwickelt nach dem Tod ihres Gatten einen heftigen Liebeswahn, glaubt sich von Dr. Fürst, „zu dem sie eine leidenschaftliche Neigung gefasst“⁵⁷⁸, geliebt, schreibt Briefe an ihn, die auf eine mangelnde Realitätsprüfung hinweisen.

Diese Briefe bestärken Binswangers Diagnose einer Hysterie mäßigen Grades, die sich auszeichnet durch eine Verbindung zwischen religiöser Extase und sexueller Erregung.

Als therapeutische Maßnahme empfiehlt Binswanger die Gewöhnung an eine geregelte Tagesordnung und die Einhaltung „stricter Maßnahmen des Arztes“. Warme Bäder und Bromkalium haben bereits zu einer Besserung geführt.

Ergänzende Angaben zur Vorgeschichte der Patientin lassen sich einem Brief des einweisenden Arztes Dr. Hertel entnehmen. Ihr Zustand wechselt zwischen „Besserung und Verschlimmerung“ dieser fixen Idee und schwankt zwischen Exaltation und Theilnahmslosigkeit. Aufgrund dieser Symptomatik, die der Be-

⁵⁷⁵ Dokument 420/2 in UAT 441/420, Brief Dr. Hertels an Robert Binswanger vom 17.2.1877.

⁵⁷⁶ Dokument 420/1 in UAT 441/420, Brief Robert Binswangers an den Hausarzt vom 21.2.1877.

⁵⁷⁷ Ebenda.

⁵⁷⁸ Dokument 420/1 in UAT 441/420, Brief Robert Binswangers vom 21.2.1877.

gutachtung eines „bewährten Irrenarztes bedarf“⁵⁷⁹, erfolgt die Einweisung ins Bellevue.

Aus dem Briefwechsel der Patientin an ihren Bruder geht hervor, dass der Aufenthalt für sie unfreiwillig ist: „ich fühle immer mehr, daß ihr mich als Irrsinnige hierher gebracht.“⁵⁸⁰

Es fällt ihr schwer, mit dieser Situation fertig zu werden; sie besteht darauf, von ihrem bisherigen behandelnden Arzt Dr. Fürst weiterhin betreut zu werden. Nur unter dieser Bedingung ist sie dazu bereit, weiterhin im Bellevue zu bleiben.

Nach 8 Wochen Aufenthalt im Bellevue beschreibt sie ihren seelischen Zustand in einem weiteren Brief an ihren Bruder. Sie ist ambivalent. Einerseits fürchtet sie sich vor der Heimreise, andererseits kann sie sich nicht vorstellen, länger im Bellevue zu bleiben: „Ich habe oft so entsetzlich Angst heim zu gehen u. doch bleibe ich nicht länger noch hier. Ich leide innerlich oft so entsetzlich, daß ich es Dir nicht beschreiben kann, wie es mir ist. Es ist oft die reinste Verzweiflung, die in mir stürmt. – Es wird auch nicht besser, und ich kehre recht traurig heim, wenn ihr mir einen Wunsch nicht erfüllt.“⁵⁸¹

In dieser seelischen Verfassung entwickelt sie Selbstmordgedanken, und diese erklärt sie damit, dass sie sich unverstanden unter fremden Menschen fühlt, die sie nicht verstehen und ihr keine Empathie entgegenbringen. Nur die Verantwortung ihren Kindern gegenüber scheint sie vor einem Suizid zu bewahren. „Wären die Kinder nicht, so wäre es mir am wohlsten neben ihm im Grab zu liegen.“⁵⁸² Sie setzt symbolisch ihren eigenen Tod als eine Wiedervereinigung mit ihrem toten Mann. Ihr Zustand ist sehr labil, jede Aufregung führt zu einer Destabilisierung.

Von einer Aussprache mit ihrem ehemaligen Arzt Dr. Fürst macht sie ihre seelische Stabilität und Genesung abhängig. Ausdruck des Beziehungs- und Liebeswahns sind ausführliche poetische Zeilen der Patientin an ihren fiktiven Geliebten, die uns ein feines Psychogramm ihres Innenlebens und ihrer Beziehungsbedürftigkeit geben.

⁵⁷⁹ Dokument 420/2 in UAT 441/420, Brief Dr. Hertels an Robert Binswanger vom 17.2.1877.

⁵⁸⁰ Dokument 420/3 in UAT 441/420, Brief der Patientin an ihren Bruder, undatiert.

⁵⁸¹ Dokument 420/4 in UAT 441/420, Brief der Patientin an ihren Bruder, undatiert.

⁵⁸² Dokument 420/4 in UAT 441/420, Brief der Patientin an ihren Bruder, undatiert.

Das erste poetische Dokument trägt den Titel: „Sprüche Salomes an einen jungen alten Jüngling im Mittelalter.“⁵⁸³ Der Titel erinnert an die Gestalt der Salome, die das Haupt Johannes des Täufers fordert. Die Patientin scheint das Bedürfnis zu haben, jemandem mitzuteilen, was sie weiß. Diese hält sie für ihre persönliche Weisheit, was den Titel erklärt: „Solche Sprüche Salomons verdienen beherzigt zu werden und Nachklang zu finden.“⁵⁸⁴ Die Wünsche und Sehnsüchte, die sie in diesem Text äußert, bezieht sie auf das Zusammensein mit ihren Kindern und auf die ärztliche Kunst, auf die Gegenwart eines Arztes und auf das Gespräch mit einem Arzt, von dem sie sich tiefes emotionales Verständnis wünscht.

In dem poetischen Text finden sich Hinweise auf ausgeprägte formale Denkstörungen wie Neologismen, Synästhesien, Gedankensprünge, Inkohärenz, Zerfahrenheit, Ideenflucht. Diese sind vom Leser logisch nicht mehr nachzuvollziehen.

Sie identifiziert sich mit der Gestalt der Salome, charakterisiert diese als „Landpomeranze“.

Die Patientin enthüllt ihrem fiktiven Gegenüber verborgene Seiten ihrer Persönlichkeit. Das Geständnis ihrer Liebe zu ihm ist zugleich die Befreiung der Liebenden in ihr. „Ich kann nicht mehr anders, als Dir gestehen, wie lieb Du mir bist, schon lange warst.“⁵⁸⁵

Wenige Tage später formuliert die Patientin weitere poetische Zeilen mit der Überschrift: „Elegie auf meines Herzens Zimmerherrn“: „Mit bangem Erwarten wurde es um 7 Uhr endlich Tag, so daß diese schrecklichen Hobelspäne Elegien aus meinem Hobelspänen Gehirn verwischt wurden durch den Sonnenaufgang hinter den Wolken.“ Sie beschreibt weiter, dass die Gedanken, die sich auf „den Zimmermann ihrer Herzenswände“, Dr. Fürst, beziehen, den rationalen Teil ihrer Persönlichkeit zerstören.

Sie möchte sich in der kommenden Nacht durch eine nützliche rationale Beschäftigung davor schützen, wieder imperative Gedanken an Dr. Fürst eindringen zu lassen. Diese Gedanken nennt sie das „ewige Einmaleins“. Dr. Fürst ist

⁵⁸³ Dokument 420/5 in UAT 441/420, poetische Zeilen der Patientin, undatiert.

⁵⁸⁴ Dokument 420/3 in UAT 441/420, Brief des Bruders an die Patientin, undatiert.

⁵⁸⁵ Dokument 420/5 in UAT 441/420, poetische Zeilen der Patientin, undatiert.

Herrscher über die Logik. Die Patientin möchte zum kühlen Kopf zurückkehren, „ich mache kalte Umschläge um den Kopf“, was ihr aber nicht gelingen kann, da ihre Gedanken dominiert werden von ihren Gefühlen.

Wie eine Beschwörung klingen ihre elegischen Klagen, mit deren Hilfe sie die Anwesenheit des sehnsüchtig erwarteten Dr. Fürst herbeiführen will. Sie fühlt sich von ihm nicht mit der dauernden Aufmerksamkeit bedacht, die sie sich wünscht. Dafür benennt sie Situationen, in denen seine Anwesenheit als Arzt notwendig ist. Hierbei bezieht sie sich auf Beschwerden, Krankheiten von Personen ihrer engsten Umgebung.

Die einzelnen Absätze des Briefs zeigen, dass die Patientin jeweils unterschiedliche Teile ihrer Persönlichkeit zeigt. Der Schluss dieser Zeilen ist ein eindringlicher Appell an Dr. Fürst. Seine Anwesenheit ist ihr lebensnotwendig, sie bittet ihn, er möge nach Abschluss seiner ärztlichen Tätigkeit vorbeischaun.

Im nächstfolgenden poetischen Dokument steht das Thema der Religion im Zentrum. Der Text zeigt die enorme Bedürftigkeit der Patientin nach einer Identifikationsgestalt, die ihre religiösen Werte und Gefühle verkörpern kann. Es ist interessant, wie das Gottesbild und das Bild des Geliebten in Zusammenhang gebracht werden können. Ausgehend von ihren früheren realen Erfahrungen als Patientin abstrahiert sie von der wirklichen Begegnung und überhöht die Gestalt des Arztes religiös. Diese Überhöhung zeigt, wie stark ihr Bedürfnis nach einer verstehenden, vertrauenswürdigen und verlässlichen Person ist. An dem Brief fällt auf, dass es sich dabei durchweg um Wunschvorstellungen und Sehnsüchte handelt. Ihre Sinn- und Lebensfindung wird nur durch seine Existenz, Anwesenheit und die Perspektive des Zusammenseins mit ihm in naher Zukunft möglich. Die Grundvoraussetzung für diese Selbstfindung ist die Erfahrung der Patientin, dass sie sich seelisch von ihm verstanden fühlt. „Du wirst mein lieber Lehrer sein in Dingen, die ich nicht verstehe, und daß ich ohne Dich so vieles nicht verstehen könnte, das weiß ich gewiss. Jetzt wendet sich das Blatt, Du bist ein Mann, zu dem ich wirklich Vertrauen haben kann, und dessen Herz dieselben Gefühle hegt, wie das meine. Auch darin lösen sich die Zweifel, wie an-

ders hätten sich unsere Herzen verstehen und lieben lernen können, als durch Sympathie der Seelen.“⁵⁸⁶

Dem Leser dieser Zeilen wird klar, dass die Voraussetzung ihrer Selbstöffnung ursprünglich darin bestand, ein ärztliches Gegenüber zu haben, von dem sie sich schon erkannt fühlte. Durch die fiktive Heirat und Mutterschaft hat sie einen Lebensentwurf und eine Zukunftsperspektive gewonnen.

Da jedoch in der Realität diese Heirat noch nicht erfolgt ist, führt die Patientin in ihrem Schreiben einen anderen Mann ein, der als Mitbewerber infrage kommt. Auf diese Weise scheint sie eine Entscheidung herbeizwingen zu wollen. Die innere und die äußere Realität können nicht mehr differenziert werden. Innerhalb des Wahngebäudes finden gedankliche Operationen statt, die darauf abzielen, dass sich in der Realität etwas verändert.

Im weiteren Text findet sich eine ausführliche Darstellung früherer Heiratskandidaten. Es fällt auf, dass sie sich dabei nicht auf ihren verstorbenen Ehemann bezieht, der gar nicht erwähnt wird. Die Schlusszeilen enden wieder mit einer Bitte: „komm morgen bitte ganz bestimmt heraus, gelt, sonst schreib ich Dir nimmer.“⁵⁸⁷

Im letzten poetischen Dokument der Patientin findet sich eine ausführliche Darstellung ihres bisherigen Lebenswegs mit Erinnerungen an die wichtigsten Personen ihres Lebens und Erinnerungen an Schlüssepisoden in ihrer Biographie. Aus dem Brief geht hervor, dass das Bild des Mannes in ihrer ersten Ehe nicht mit dem Vaterbild vereinbart werden konnte. Der Vater wird von ihr als Schutzengel und Fürbitter beim lieben Gott genannt. In der Identifikation von Vater und Dr. Fürst kann sie diese seelische Sicherheit gewinnen und findet eine religiöse und väterliche „Schutzgestalt“ zugleich.

Folgender Satz beschreibt den Beginn der Liebesübertragung der Patientin auf ihren behandelnden Arzt: „Durch Deine Besorgnisse für mich im Wochenbett konnte ich mit so vollem Vertrauen daliegen, Du sagtest einmal, ich liege da, wie wenn mir gar nichts fehle, darum konnte ich auch immer einen guten Humor haben. Deine Blicke drückten Deine Sorge für mich aus, mein lieber, guter

⁵⁸⁶ Dokument 420/6 in UAT 441/420, poetische Zeilen der Patientin, undatiert

⁵⁸⁷ Dokument 420/7 in UAT 441/420, poetische Zeilen der Patientin, undatiert.

Hermann, daß ich daneben noch recht krank war, konnte ja nicht anders sein, auf die vielen herrlichen Medicinen, die Du mir verordnetest. Die Liebe und das große Vertrauen zu Dir ließen mich alles Schwere leicht überwinden. Merktest Du nicht meine Freude, wie schwach ich auch war, wenn Du immer an mein Bett kamst u. mein Leid, wenn Du gingst? Wie wäre ich auch trostlos dagelegen, wenn ich nicht Deine liebe Fürsorge für die Kinder auch gehabt hätte. Durch Deine Besorgnisse für mich im Wochenbett konnte ich mit so vielem Vertrauen daliegen.⁵⁸⁸

Besondere Aufmerksamkeit verdient eine Briefstelle, in der der unbewusste Wunsch der Patientin besonders klar erkennbar wird. Sie bittet Dr. Fürst: „so laß mich Deiner ganzen vollen Seele Fürstin sein.“⁵⁸⁹

Weiterhin bezieht sie ihn vollständig in ihr tägliches Erleben ein, schreibt ihm, in welcher Kleidung sie ihn gesehen habe, und stellt Parallelen her zwischen seinen ärztlichen Tätigkeiten und ihrem Wunsch, an der Stelle der Patientin zu sein, die er gerade besucht.

Das Schlussbild besteht in einer religiösen Synthese zwischen der Patientin, ihrem fiktiven Geliebten und Gott. „Sind nicht des Herrn Wege wunderbar, der Herr ist in meiner Nähe, ich fühle, es treibt mich unaufhörlich fort u. fort zu schreiben. Das Irdische hat sich sichtbar mit dem Himmlischen vereinigt.“⁵⁹⁰

Der Brief endet mit folgender Verabredung: „Willst Du mich am sonntag Morgen zu einem Dankes Gebet über mein Glück in die Kirche abholen, dann komm heraus bis 8 Uhr, oder soll ich Dich abholen? Komme nach Empfang meines Briefes heraus zu Deiner Braut.“⁵⁹¹

Am Ende dieser Zeilen scheint es, dass das depressive Grundgefühl bei der Patientin in den Hintergrund getreten ist. Die früheren Selbstmordgedanken in den Briefen an ihren Bruder verdeutlichen, dass sie ihre eigene Existenz von der konkreten Begegnung in der Realität mit Dr. Fürst abhängig macht.

Die Patientin verlässt die Anstalt und gilt als „temporär genesen.“

⁵⁸⁸ Dokument 420/8 in UAT 441/420, poetische Zeilen der Patientin, undatiert.

⁵⁸⁹ Dokument 420/8 in UAT 441/420, poetische Zeilen der Patientin, undatiert.

⁵⁹⁰ Dokument 420/8 in UAT 441/420, poetische Zeilen der Patientin, undatiert.

⁵⁹¹ Dokument 420/8 in UAT 441/420, poetische Zeilen der Patientin, undatiert.

Bei der Patientin Sophie H.⁵⁹² handelt es sich um einen Krankheitsverlauf, der von dramatischen Höhepunkten geprägt ist. Ausgehend von mehrfachen körperlichen Erkrankungen lässt sich eine seelische Reaktion nachvollziehen.

Die Krankengeschichte beginnt mit einer Typhuserkrankung in der Kindheit, auf die die Patientin mit zunehmender Blindheit reagiert. Als zweites Symptom treten Schmerzen in der Magengegend auf, als deren Ursache sich eine fehlende Verbindung zwischen Uterus und Scheide erweist. Nach einer durchgeführten Operation setzen regelmäßige Menses ein, die häufig mit Eiterabsonderungen und Schmerzen verbunden bleiben.

Seit der Operation sind drei größere Krankheitsepisoden bekannt: Zwischen dem 16. und 17. Lebensjahr Fiebererscheinungen infolge einer entzündlichen Reaktion mit Eiterbildung im After. Die zweite Krankheitsepisode manifestiert sich während des 18. und 19. Lebensjahrs. Die Patientin entwickelt tonisch-klonische Krämpfe, die von Robert Binswanger als von hysterischer Natur bezeichnet werden. In den letzten drei Wochen vor dem Eintritt ins Bellevue leidet sie unter Krämpfen mit Bewusstlosigkeit und Rückzugstendenzen. „Sie lag im Bett, da sie nicht stehen konnte u. nichts mit den Händen anfassen in den 4 Monaten“, die durch Phasen von Erregung unterbrochen werden. „Aufgeregt hie und da, wollte auf die Diele liegen, schrie und sang.“

Robert Binswanger erwähnt in seiner Krankengeschichte weitere wichtige anamnestische Angaben: selbstverletzende Handlungen wie Einführen von Holzpflocken in den After sowie zu einem späteren Zeitpunkt Sitzen mit nassem Hemd am Fenster. In suizidaler Absicht fügt sich die Patientin Messerschnitte in Arm und Stirn zu, ruft jedoch rechtzeitig um Hilfe. Auf diese Episode folgt ein 10-tägiger Aufenthalt in der Staatsanstalt. Dort tritt erneut Blindheit auf.

Als ergänzende Informationen zu Binswangers Anamnese findet sich in den Akten ein detaillierter Krankenbericht, der ein vollständiges und differenziertes Bild des somatopsychischen Befundes der Patientin gibt.

Im Bericht des sie behandelnden Arztes Dr. Fremmert in St. Petersburg wird eine Konjunktivitis mit brennendem Schmerz im Bulbus festgestellt und mit der Brustentwicklung im 12. Lebensjahr in Zusammenhang gebracht. Die ophthal-

⁵⁹² UAT 441, Patientin Nr. 485.

mologischen Beschwerden exazerbieren in eine 8 Monate andauernde „Ophthalmie mit Lidkrämpfen“.

Im 16. Lebensjahr wird eine „riesige Hämatometra“ entdeckt, die sich auf ein Fehlen der äußeren Geschlechtsorgane zurückführen lässt bei Vorhandensein des inneren Genitale. „Es handelte sich nicht um einfache Atresie, nicht um membranösen Verschuß, sondern um completten Mangel der Vagina.“

Durch operative Intervention wurde eine mit transplantierte Haut ausgekleidete Scheide modelliert und ein Verbindungskanal zur Eröffnung des Uterus eingerichtet. In Folge dieses Eingriffs kam es zu häufigen belastenden Komplikationen und alle 2 Jahre zu ernsten Erkrankungen wie zu Verstopfung des Vaginalkanals, zu Peritonitis sowie Durchbrüchen von der Scheide ins Rektum.

Als Folge dieser schweren gynäkologischen Komplikationen kam es bei der Patientin zu gravierenden vielfachen unterschiedlichen Symptomen wie „zeitweiliger Erblindung und unter den mannigfaltigsten Krämpfen, Lähmungen und Anästhesien in einem Grade, daß an Geisteszerrüttung, wenn auch transitorischer, nicht zu zweifeln war“.

Nach einer Genesung und Symptommfreiheit für die Dauer von über einem Jahr „klagte sie wieder seit dem letzten Herbst über Kopfweh, war unruhig, reizbar u. musste schließlich streng überwacht werden, da sie bereits allerlei gefährliche Einfälle bekam. Sie stand z.B. einmal in der Nacht in einem nassen Hemde stundenlang am offenen Klappfenster, verbrannte, ätzte oder maltraktierte ihre Brüste (will sogar eine Nadel hineingestoßen haben), steckte Holzstücke in den After etc. Am 26 ten Januar d. J. erblindete sie wieder vollkommen und nun kam es zu einer langen Reihe von Nervenstörungen. Tonische und klonische Krämpfe wechselten mit Parästhesien und ausgebreiteten Anästhesien, bald schwand das Gehör, dann zeitweilig das Sprachvermögen, der Geschmacksinn und das Riechvermögen; Trismus, leichter Tetanus, allgemeiner Tremor, furibunde Delirien und Wuthausbrüche folgten in bunter Reihe aufeinander und obgleich sich Pat. in den Pausen äußerst verständig unterhält, ist man niemals vor plötzlichen neuen Paroxysmen sicher.“

In dieser schweren psychischen Verfassung erfolgte schließlich die Einweisung ins Bellevue durch ihren früher behandelnden „Psychiatriker“ Dr. Tiling.

Anhand der beiden anamnestischen Dokumente Binswangers und Fremmer's lässt sich die typische zeitgenössische Ätiologie der hysterischen Erkrankung nachvollziehen.

Ausgehend von einem pathologischen Organbefund mit fassbaren morphologischen Veränderungen entwickelt sich ein körpersprachlicher Ausdruck von psychischen Inhalten betreffend sensorische Funktionen, Willkürmotorik und vegetative Funktionen.

Anhand der Briefe der Eltern lässt sich folgende Problematik herausarbeiten: Aufgewachsen in großbürgerlichen Verhältnissen lebt die junge 22-jährige Patientin den Wunschidealen ihrer Eltern entsprechend. „Sie war gefällig, fromm und aufopfernd für andere.“ Es bestehen nur wenig Außenkontakte: „Wir haben bei uns ein so stilles, fast einförmiges Leben geführt, wenig fremde Menschen gesehen und nur wenig Umgang mit jungen Leuten gehabt“, ist in einem Brief der Mutter der Patientin an Dr. Binswanger zu lesen. Die erste längere Trennung vom Elternhaus findet aufgrund der schweren psychischen Verfassung mit 22 Jahren statt.

„In Beantwortung dieser Ihrer geschätzten Zeilen, beeile ich mich, Ihnen zu sagen, daß ich die ernsten Folgen der Trennung unserer Kranken von den Eltern und Geschwistern besonders gefürchtet, auf Grund des engen Bandes, der Eltern und Kinder zu und unter einander verbindet, und weil es der Tochter erstes Scheiden vom Hause, welches ihr Alles war.“

Als die Mutter von Autonomiebestrebungen der Tochter erfährt und diese eine wachsende Selbstständigkeit während ihres Aufenthalts im Bellevue zeigt, ist sie sehr beunruhigt. Sie schreibt an Binswanger: „H[err] Doctor, ich will durchaus nicht eingreifen, aber treibt und zerstreut sich Sonny nicht etwas zu viel und ist der Umgang mit H[errn] N. nicht zu freundschaftlich?“

Nach dem unerwarteten Tod des Vaters der Patientin empfindet die Mutter jegliches Glückstreben und Genusserleben der Tochter als unvereinbar mit der momentanen Trauersituation der Familie. Sie erklärt dies als auf einen unklaren Geist zurückzuführenden Zustand. Dabei gesteht sie ihrer Tochter kein eigenes emotionales Erleben zu. Die persönliche Entwicklung, die sich während des Aufenthaltes positiv abzeichnet, wird von der Mutter radikal abgelehnt und als

Entfremdung von ihrer (der Patientin) eigentlichen warmen, lieben Persönlichkeit bewertet.

Die briefliche Korrespondenz in der Schlussphase der Behandlung zeigt die Mutter in einer weitgehenden emotionalen Distanz zu ihrer Tochter. Sie macht sich lediglich Sorgen um die weiteren finanziellen Aufwendungen der Behandlung.

Die Mutter leugnet letztlich die ganze psychische Dimension der Krankheit ihrer Tochter und reduziert alles kausal auf die Organerkrankung.

4.5 Macht Studieren krank? Die Frage der Überbürdung in höheren Lehranstalten

Betrachtet man die anamnestischen Angaben jugendlicher Patienten im Bellevue, so scheint in einigen Fällen das Problem der geistigen Überanstrengung oder „Überbürdung“ in den „höheren Lehranstalten“ als ätiologisches Moment für den Ausbruch von Geisteskrankheit eine wesentliche Rolle zu spielen. Überbürdung lag nach Auffassung zahlreicher Autoren dann vor, wenn die Anforderungen an ein Kind oder Jugendlichen zu hoch waren, als dass sie ohne gesundheitlichen Schaden erfüllt werden konnten⁵⁹³.

Gelegentlich wird in jüngerer Zeit die Ansicht vertreten, das Problem der Überbürdung sei eng verknüpft mit der Ausbildung zunehmend differenzierterer Erziehungssysteme.⁵⁹⁴ Die Zunahme des Wissens in der modernen Welt ziehe eine vermehrte Vermittlung von Wissen nach sich, die ohne sinnvolle Auswahl und Beschränkung die jungen Menschen überfordere.⁵⁹⁵ Auch die Bildungsmanie vieler Eltern führe dazu, dass die Schule nicht nach den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Kinder ausgesucht werde, sondern oft nur nach dem gesellschaftlichen Stand der Eltern.⁵⁹⁶

Das Ausmaß der Anforderungen an den höheren Schulen war allerdings bereits im Jahr 1873 Gegenstand öffentlicher psychiatrischer Diskussion. In seinem Vortrag „Naturwissenschaftliche und ärztliche Standpunkte dem Unterrichtswe-

⁵⁹³ Fröhlingdorf (1973), S. 14, und Seidler (1973), S. 160ff.

⁵⁹⁴ Seidler (1973), S. 160.

⁵⁹⁵ Fröhlingdorf (1973), S. 14.

⁵⁹⁶ Seidler (1973), S. 173.

sen unserer Zeit gegenüber“ benennt Snell die Gefahren, die dem Gedeihen der Jugend im Wege stehen. Als Folge des Bestrebens höherer Schulen, der Jugend von allem Wissenswerthen ein Basiswissen zu vermitteln, habe sich der Lehrstoff mehr und mehr angehäuft. Auch eine stetige Zunahme von Regulativen und Prüfungen habe Lehrer und Schüler ängstlich und befangen gemacht. Dabei bezeichnet Snell als entscheidenden Nachteil, dass das jugendliche Gehirn „Tag für Tag und Woche für Woche mit einer großen Menge verschiedenartiger Gegenstände überfluthet wird.“⁵⁹⁷ Das Thema blieb aktuell und wurde im Jahr 1883 sogar auf der Jahresversammlung deutscher Irrenärzte in Berlin diskutiert.⁵⁹⁸

Im Folgenden sollen zwei Krankengeschichten junger männlicher Patienten, bei denen die Überbürdung von Binswanger als wesentliche Ursache psychischer Erkrankung wahrgenommen wird, ausführlicher erläutert und zu zeitgenössischen Veröffentlichungen zu diesem Thema in Beziehung gesetzt werden.

Im Falle des ersten Patienten, des 18jährigen Albert S. aus Bad Urach,⁵⁹⁹ der als Sohn eines Oberamtsrichters das evangelische Seminar in Blaubeuren besucht, zeigen sich als erste Symptome Rückzugsverhalten, vermindertes Interesse an seinen Studien, Verlust des Selbstvertrauens, Selbstanklagen, Leistungsabfall sowie Klagen über Verdauungs- und Stuhlgangsbeschwerden. „[S]eine geistige Begabung war immer etwas schwach, so dass er Mühe hatte, seinen Mitschülern nachzukommen, dagegen hatte er eine einseitige hohe Begabung für Musik, die er auch leidenschaftlich trieb. Sein Charakter zeichnete sich durch einen gewissen Mangel an Selbständigkeit aus, im Übrigen war er ein gutmüthiger und liebenswürdiger, vollständig unverdorben und sehr gewissenhafter Mensch.“

Lebensgeschichtlich relevant erscheinen das bevorstehende Maturitätsexamen und eine beabsichtigte Übersiedlung nach Ulm zum Zweck der Examensvorbereitung.

Das Körperempfinden des Erkrankten ist hochgradig verändert mit Zeichen von taktilen und Leibhalluzinationen: „sein Unterleib sei gänzlich gelähmt, die Ge-

⁵⁹⁷ Snell (1873), S. 91

⁵⁹⁸ Vgl. Allg. Zschr. Psychiatr. 40 (1884), S. 628f.

⁵⁹⁹ UAT 441/Patient Nr. 431.

därme seien entzündet, es bewege sich in seinem Leib immer etwas auf und ab, hier erwachse etwas heraus, dort ziehe sich's hinein, er könne nicht mehr Wasser lassen, sein Glied sei nicht mehr an der richtigen Stelle, die Öffnung gehe nicht zum richtigen Loch ab, er fühle seine Arme und Beine nicht mehr, sie fallen von seinem Leib, der Hals werde immer länger, sein Kopf werde vier-eckig etc.“⁶⁰⁰

Als Ausdruck großer innerer Not „tastete er überall mit den Händen an seinem Körper herum, wie um sich zu überzeugen von der Wirklichkeit seiner Empfindungen“.⁶⁰¹

Bei der körperlichen Untersuchung stellt der behandelnde Arzt Sensibilitätsstörungen, Bradykardie, Zirkulationsstörungen und vegetative Beschwerden mit Verstopfung und Appetitlosigkeit fest.

Zur Klärung der Ätiologie erfragt Binswanger Onanieverhalten und Verhalten im Umgang mit dem anderen Geschlecht, vermerkt aber diesbezüglich keine Auffälligkeiten. Einträge über den Therapieverlauf im Bellevue existieren in der Krankengeschichte nicht, es liegen jedoch Briefe des Patienten und seiner Mutter an die ihn behandelnden Ärzte Ludwig und Robert Binswanger bei. Aus der Datierung der Briefe lässt sich schließen, dass Albert S. etwa vier Monate im Bellevue verbracht hat. In einem dieser Briefe bringt er seine emotionale Verbundenheit und tiefe Dankbarkeit seinen Ärzten gegenüber zum Ausdruck. „Sie dürfen dessen gewiss sein, dass ich die Tage von Bellevue, die ich zu den Schönsten meines Lebens rechnen darf, nie vergessen u. dass ich stets Dankbarkeit und Anhänglichkeit gegen Sie u. Ihre Familie bewahren werde; denn Ihnen habe ich es ja zu danken, dass ich von einer schlimmen Melancholie zum Frohsinn mich aufgeschwungen, dass ich wieder Freude an Allem Schönen bekomme, dass ich reise u. interessante Gegenden kennengelernt habe u. dass überhaupt nur Lebenslust in mir erwacht ist. Ich hoffe, dass auch alle Andern, die vor oder nach mir in die Bellevue zur Erhaltung ihrer Gesundheit gekommen sind, wenigstens der größere Theil solch frohe Erfahrungen mit mir theilen werden. Sagen Sie der ganzen Bellevue, insbesondere Herrn Doktor

⁶⁰⁰ Dokument 431/1 in UAT 441/431, ärztlicher Bericht des einweisenden Arztes, undatiert.

⁶⁰¹ Dokument 431/1 in UAT 441/431, ärztlicher Bericht des einweisenden Arztes, undatiert.

Robert, Herrn E. u. H. Dr. H. u. H. L. von mir die herzlichsten Grüße, besonders aber grüßt Sie mit Ihrer Frau

Ihr dankbarer u. treu ergebener Albert S.“

Der Patient hat offenbar durch die Therapie im Bellevue eine wesentliche Stabilisierung erfahren und kann sein gewohntes Leben wieder aufnehmen. Als Entlassdiagnose wird in der Krankenakte Hypochondrie angegeben.

Ein weiterer Brief von Albert S. gibt Aufschluss über seine schulischen Aktivitäten und die hohen Anforderungen, die sein Schulalltag mit sich bringt: „Ich habe mich nun ziemlich wieder an das Seminarleben gewöhnt; in letzter Woche ging es schon ziemlich scharf her; es wurden ausgearbeitet: ein griechisches Argument, eine lateinische Periode, ein Aufsatz, sowie ein literarischer Aufsatz für eine Stunde; es ist dies für eine einzige Woche schon zieml[ich] viel, wenn man bedenkt, dass man fast auf alle Lektionen, welche jeden Tag mit Ausnahme des Sonntags von 8-12 Uhr Vormittags u. von 2-4 Uhr Nachmittags dauern, sich präparieren muss.“⁶⁰²

Ausgestattet mit großer Musikalität, spielt Binswangers Patient Albert in seiner Freizeit gerne Instrumente und komponiert selbst, er möchte sogar mit seinen Kameraden eine Oper aufführen. Hinsichtlich seiner Zukunft plant Albert, die Theologie zu seinem Beruf zu machen, schon deshalb, weil er dabei „viel freie Zeit für seine Leidenschaft, die Musik zu haben hoffte.“⁶⁰³ Aus einem Brief der Mutter an Dres. Binswanger wird deutlich, dass Albert die Musik als seinen eigentlichen Lebensinhalt ansieht. Die Mutter schreibt unter anderem, dass Albert das viele Musizieren beschränken und die Manie des Komponierens unterbrechen müsse. Sie habe ihn gebeten, „keine Note mehr zu komponieren wo er so angestrengt arbeiten müsse.“⁶⁰⁴

Aus den Briefen der Mutter geht weiter hervor, dass sich bald infolge zunehmender Leistungsanforderungen durch die Schule eine seelische Überlas-

⁶⁰² Dokument 431/3 in UAT 441/431, Brief des Patienten an Robert Binswanger vom 21.10.1877.

⁶⁰³ Dokument 431/1 in UAT 441/431, anamnestische Ergänzungen zum Einweisungsschreiben des behandelnden Arztes in der Handschrift Ludwig Binswangers, undatiert.

⁶⁰⁴ Dokument 431/5 in UAT 441/431, Brief der Mutter des Patienten an Robert Binswanger vom 24.11.1877.

tungssituation entwickelt, auf die er mit Schwindel, Kopfweh und Schüttelfrost körperlich reagiert.

Die Äusserungen der Mutter des Patienten Albert S. über die Symptome ihres Sohnes entsprechen auch den Schilderungen Paul Hasses, Direktor der Herzoglichen Braunschweigischen Irrenanstalt, der sich in einem öffentlichen Vortrag auf der Versammlung der Deutschen Irrenärzte in Eisenach über den Einfluss der Überbürdung der Jugend auf den Gymnasien und höheren Töchterschulen äußert.

Als charakteristisch für die Symptomatik einer Überlastung beschreibt Hasse in sieben ausführlich dokumentierten Falldarstellungen das Vorhandensein von Erschöpfung, Schwäche, hochgradiger Reizbarkeit mit und ohne Halluzinationen. Er beschreibt „ein Unvermögen nach geistiger Beschäftigung, eine beeinträchtigte Fähigkeit zu denken, aufgrund von „Gedankenarmuth, dem Gefühl einer vollständigen Oede und Leere im Kopfe, den heftigsten Kopfschmerzen.“⁶⁰⁵

Hasse erwähnt direkte Mittheilungen der jungen Betroffenen selbst: „wie hoch die Anforderungen gewesen seien, welche man an sie gestellt habe; wie schwer und wie sauer es ihnen geworden sei, denselben gerecht zu werden; wie sie allmähig selbst gefühlt hätten, dass ihre Kräfte nachliessen, dass sie Wochen hindurch an heftigsten Kopfschmerzen gelitten hätten; wie ihnen des Abends bei der Lampe schliesslich Alles vor den Augen verschwommen sei; wie sich Funkensehen und Ohrensausen eingestellt hätte. All diese Klagen sind laut Hasse mit Bestimmtheit Hinweise auf „Überbürdung mit Arbeit“. Auch sämtliche Aerzte, welche die jungen Leute anfänglich behandelt hatten, hätten nur Überbürdung mit Arbeit als die alleinige Ursache der Krankheit angeben können.“⁶⁰⁶

Als sich im Falle des im Bellevue hospitalisierten Albert S. im weiteren Verlauf auch Konzentrationsstörungen bemerkbar machen, äußern die Lehrer Zweifel an Alberts Fähigkeit, das Examen erfolgreich zu bestehen.

⁶⁰⁵ Hasse (1880), S. 27f.

⁶⁰⁶ Hasse (1880), S. 28.

„D[ie] Lehrer sagen, er sey in d[en] Lektionen zerstreut, könne keine Gedanken u. seinen Willen nicht fixiren, u. es werde schwer gehen für ihn das Examen zu machen, er selbst taxirt sich ganz anders, meint er könne es so gut wie die anderen machen, aber es ist also leider nicht so.“⁶⁰⁷ Für den weiteren Verlauf ist aufschlussreich, mit welchen Fragen sich die Mutter an Binswanger wendet. Sie erkundigt sich, ob es sich bei den aktuell auftretenden Symptomen um Prodromi „einer erneuten Katastrophe“ handeln könnte.

„Glauben Sie dieses Kopfweh, diese Hast u. erregtes Wesen seyen keine Vorboten von einer Katastrophe, ach Sie glauben nicht, wie sorglich mir ist, ich lasse aber Albert gar nichts merken, spreche ihm jeden Morgen zu, wenn er meint, es sey ihm nicht gut, nur ins Seminar zu gehen u. sich als gesund anzusehen, aber in Wahrheit bangt mir unendlich vor d[er] nächsten Zukunft, denn ganz normal ist Albert nicht.“⁶⁰⁸

Auf Binswangers Ratschlag hin soll Albert über seinen gegenwärtigen Zustand durch die Lehrer aufgeklärt werden, wenn möglich, solle man ihn mit Rücksicht und Nachsicht „wie einen Gast behandeln“ und vor allzu großen Anstrengungen bewahren.⁶⁰⁹ Die Entlastung von zu hohen Anforderungen von Seiten der Lehrer erscheint als notwendige Maßnahme, um einer Verschlechterung seines gefährdeten Zustands vorzubeugen.

Auch Hasse sieht in den hohen schulischen Anforderungen der Lehrer die Ursache für viele Schwierigkeiten der Schüler. Er stellt fest, dass anhaltende geistige Strapazen und hohe schulische Anforderungen an der Seele des Schülers zerren. In einem scharfen Ton kritisiert er, dass durch Verteilung von Strafarbeiten und zu vielen Hausaufgaben, die die Zeit der Erholung verkürzen, durch mangelndes pädagogische Geschick vieler junger Lehrer, durch Ungeschicklichkeit, Bequemlichkeit, und Nachlässigkeit der Lehrer, den Schülern die Arbeit

⁶⁰⁷ Dokument 431/3 in UAT 441/431, Brief der Mutter des Patienten an Robert Binswanger vom 24.11.1877.

⁶⁰⁸ Dokument 431/5 in UAT 441/431, Brief der Mutter des Patienten an Robert Binswanger vom 24.11.1877.

⁶⁰⁹ Dokument 431/6 in UAT 441/431, Brief der Mutter des Patienten an Robert Binswanger vom 2.12.1877.

nicht erleichtert wird. Hinzu kommen mangelnde Vorbereitung des Stoffes und mangelnde Anleitung bei der Arbeit.⁶¹⁰

Sehr modern klingt schließlich Binswangers Ratschlag an die Mutter und seine Lehrer, den oben genannten Schüler „auf der einen Seite ihn mit Arbeiten erleichtern“⁶¹¹ und auf der anderen Seite „ernstlich mit ihm zu sprechen, dass er auch selbst dazu beitragen müsse, dass seine Nerven durch nichts gereizt werden.“⁶¹² Offenbar waren die von Binswanger vorgeschlagenen Maßnahmen nebst Fortführung „täglicher kalter Waschungen“⁶¹³ und „von Zeit zu Zeit ein warmes Bad“⁶¹⁴ ausreichend, dem drohenden Rezidiv zu begegnen, sodass eine erneute Behandlung im Bellevue nicht erforderlich wurde.

Ähnlich wie Binswanger äußert Hasse folgende Therapieempfehlung: einige Zeit Ruhe sowie Ausspannung von wenigen Wochen. Diese einfachen Maßnahmen hätten sich laut Hasse in fünf von sieben Fällen sehr bewährt.⁶¹⁵

Als auslösendes Moment einer depressiven Episode mit suizidalen Gedanken werden im Falle eines weiteren Bellevue Patienten, des Schülers Karl R.⁶¹⁶ aus Tübingen, *Pollutiones nocturnae* angenommen: „diese verstimmten sehr, nahmen alle Lebenslust, er trug sich mit Selbstmordgedanken.“⁶¹⁷ Trotz seiner Erkrankung hatte sich der Schüler ähnlich wie im Fall des Patienten Albert S. angestrengt, das Klassenziel zu erreichen; er „schleppte sich letzten Winter noch in der Klasse fort.“⁶¹⁸ Er unterzieht sich schließlich einer Phimoseoperation, in deren Folge es zu einer äußerst heftigen Nachblutung kommt, die seine Erschöpfung noch verstärkt. Hinsichtlich der Operation wird in der Anamnese

⁶¹⁰ Hasse (1881), S. 553.

⁶¹¹ Dokument 431/6 in UAT 441/431, Brief der Mutter des Patienten an Robert Binswanger vom 2.12.1877.

⁶¹² Dokument 431/6 in UAT 441/431, Brief der Mutter des Patienten an Robert Binswanger vom 2.12.1877.

⁶¹³ Dokument 431/6 in UAT 441/431, Brief der Mutter des Patienten an Robert Binswanger vom 2.12.1877.

⁶¹⁴ Dokument 431/6 in UAT 441/431, Brief der Mutter des Patienten an Robert Binswanger vom 2.12.1877.

⁶¹⁵ Hasse (1880), S. 28.

⁶¹⁶ UAT 441, Patient Nr. 443

⁶¹⁷ Dokument 443/1 in UAT 441/443, Krankengeschichte in der Handschrift Ludwig Binswangers, undatiert.

⁶¹⁸ Ebenda.

vermerkt: „der Erfolg sei ein günstiger gewesen, weniger Pollutionen, keinen Schmerz bei den Errectionen mehr u. weniger Rückenschmerz.“⁶¹⁹

Er flüchtet sich zu einem Freund auf die Hofdomäne Ammern, „um der Qual ins Gymnasium gepresst zu werden, was der Vater mit aller Vehemenz u. körperlichem Zwang durchsetzen wollte, zu entgehen.“⁶²⁰ Karl R. verbringt dort nahezu ein halbes Jahr, bis er schließlich dem vom Vater ausgeübten Druck nachgibt und zwei Tage lang erneut versucht, am Unterricht teilzunehmen. Er erklärt, „es gehe absolut nicht, er könne nicht lernen, lieber ergreife er ein anderes Fach, am allerliebsten gehe er fort von Hause.“⁶²¹ Es erfolgt eine Sprechstunde bei Prof. Liebermeister. Dieser erklärt ihn für „krank, melancholisch“ und rät zum Aufenthalt im Bellevue, damit sich nicht der bekannte „schlimme Fall Albert S. aus Urach“ wiederhole.

Anhand der Krankengeschichte lässt sich der affektive Zustand des Patienten sehr genau nachvollziehen: „Pat. in den ersten Tagen sehr lebhaft, exaltirt, schwatzt sehr viel, durcheinander, bald von seinen Naturstudien, (trägt allerhand Steine u. Muscheln zusammen) bald fragt er Louise⁶²², ob sie Englisch könne, was ihm jedenfalls wenig geläufig. Macht ein großes schwülstiges Gedicht auf Schwägerin Lieschen⁶²³, spielt wild Klavier u. singt morgens um 4 Uhr zum Fenster hinaus.“⁶²⁴ Wenn man die psychopathologischen Angaben zusammenfasst, ergibt sich ein Zustandsbild mit Veränderungen im formalen Denken, Sprunghaftigkeit und Logorrhoe sowie Konzentrationsstörungen, motorischer Unruhe und Distanzlosigkeit.

Karl ist sich seiner seelischen Verfassung durchaus bewusst: „Er erkennt seinen Zustand gut, verspricht, sich zusammen zu nehmen, allein es fehlt ihm an Kraft.“⁶²⁵ Eine Neigung zu vermehrtem Geldausgeben wird bereits in der A-

⁶¹⁹ Dokument 443/1 in UAT 441/443, Krankengeschichte in der Handschrift Ludwig Binswangers, undatiert.

⁶²⁰ Ebenda.

⁶²¹ Ebenda.

⁶²² Louise Binswanger, Tochter Ludwig Binswangers, geb. 1858

⁶²³ Elise Binswanger (1812-1891), Frau des älteren Bruders Ludwig Binswangers Emanuel

⁶²⁴ Dokument 443/1 in UAT 441/443, Krankengeschichte in der Handschrift Ludwig Binswangers, undatiert.

⁶²⁵ Ebenda.

namnese vermerkt und tritt auch während seines Aufenthalts im Bellevue in Erscheinung.

Aus einem Brief des Vaters geht hervor, dass dieser beruhigt ist, dass sich Karl im Bellevue „so glücklich und heimisch fühlt“, sodass die „Gymnasiumsfrage“ mit Unterstützung des Rektors auf einen späteren Zeitpunkt verschoben wird. Der Vater, der den Sohn bisher hinsichtlich seiner schulischen Laufbahn massiv unter Druck gesetzt hat, überlässt es nun Binswanger, eine Entscheidung zu treffen, wann er den Eintritt ins Gymnasium für angebracht hält.⁶²⁶

Aufgrund von Missverständnissen flüchtet Karl aus dem Bellevue und versucht, nach Hause zu reisen. In einem sehr erregten Zustand und jeglichem Zuspruch unzugänglich fühlt er sich durch Verleumdungen zurückgewiesen. Seine Familie erkennt darin eine „krankhafte Idee“.⁶²⁷ Aus einem weiteren Brief an Binswanger geht hervor, dass der Vater über Zwangsmaßnahmen nachdenkt, um seinen Sohn ins Bellevue zurückzubringen, während „er selbst bei ruhiger Stimmung sich mit einer Beharrlichkeit dagegenstemmt, die nur durch die äußersten Zwangsmaßnahmen zu bewältigen u. nach Ansicht der zur Berathung beigezogenen 3 H[er]re[n] Ärzten deßhalb unthunlich wäre.“⁶²⁸ Der Vater wirft Binswanger vor, mit seinem Sohn während seines Aufenthalts im Bellevue zu nachsichtig gewesen zu sein. „Am Bedauerlichsten für uns ist, dass Sie, geehrter Herr D[o]ct[or] angesichts meines warnenden Telegramms, meiner auch nur aus freundlicher Schonung für Carl, denselben einer so sehr angezeigten strengeren Überwachung entzogen haben. Es ist nur durch Gottes gnädige Bewahrung ein fürchterliches Unglück verhütet worden.“⁶²⁹ Im weiteren Verlauf wird deutlich, dass sich Binswangers Prognose über eine zu erwartende Verschlechterung seines Zustandes bewahrheitet. Es kam zu einem „tobenden Anfall“, welcher eine sofortige Verbringung nach Schussenried notwendig mach-

⁶²⁶ Dokument 443/5 in UAT 441/443, Brief des Vaters des Patienten an Ludwig Binswanger vom 28.11.1877.

⁶²⁷ Dokument 443/5 in UAT 441/443, Brief des Vaters des Patienten an Ludwig Binswanger vom 28.11.1877.

⁶²⁸ Dokument 443/6 in UAT 441/443, Brief des Vaters des Patienten an Ludwig Binswanger vom 30.11.1877.

⁶²⁹ Dokument 443/9 in UAT 441/443, Brief des Vaters des Patienten an Ludwig Binswanger vom 3.12.1877.

te.⁶³⁰ In einem abschließenden Brief an Louise Binswanger, die Tochter Ludwig Binswangers, rechtfertigt Karl R. noch einmal seine Flucht: „Erlauben Sie mir in wenigen Worten Ihnen, verehrtes Fräulein, als demjenigen Menschen zu dessen ganz unbefangenen u. unpartheischen weder für mich noch andere eingenommenen gesunden Urtheilssinn und Willen ich Unglücklicher das größte Vertrauen habe, den Grund meiner heimlichen und schnellen Entfernung aus dem Bellevue wenigstens anzudeuten, [...]. Mit einem Wort, der Grund meiner Entfernung ist Verleumdung und der Glaube Ihres werthen Herrn Vaters an Worte der Verleumder! Für heute (wolle Gott! nicht für ewig) Adieu und Lebe wohl.“⁶³¹

Die beiden im Bellevue hospitalisierten jungen männlichen Patienten Albert und Karl, weisen ein gewisses Maß von Gemeinsamkeiten auf. Nicht zuletzt stammen beide aus gutbürgerlichen Verhältnissen, leben in materiell gesicherten Lebensumständen und besuchen weiterführende Schulen.

Hasses an Überbürdung leidende Patienten kommen ebenfalls aus besten häuslichen Verhältnissen. Sie gehörten zwar nicht zu den hervorragenden, jedoch zu den gut bis mittel veranlagten Schüler. Sie seien ernstlich bemüht gewesen, die ihnen aufgegebenen Arbeiten zu verrichten, „fleißig und gewissenhaft, sie lebten einfach und solide und blieben Schülerverbindungen fern.“⁶³²

Die Überbürdung mit Schularbeiten wirkt sich nach gängiger Lehrmeinung entweder direkt auf das Gehirn aus oder zeigt sich in anderen Leiden des Körpers wie z.B. Schädigungen der Augen mit einer Zunahme der Kurzsichtigkeit. Durch anhaltendes Sitzen, mangelhafte Bewegung, Aufenthalt in geschlossenen Räumen entstehen Zirkulationsstörungen des Blutes. Störungen der Blutmischung führen zu einer fehlerhaften Ernährung des Gehirns sowie zu Erkrankungen der Geschlechtsorgane, die sich in geschlechtlichen Erregungszuständen äußern, die wiederum auf das Gehirn reizend und erregend zurückwirken.⁶³³

⁶³⁰ Dokument 443/5 in UAT 441/443, Brief des Vaters des Patienten an Ludwig Binswanger vom 18.12.1877.

⁶³¹ Dokument 443/7 in UAT 441/443, Brief des Patienten an Louise Binswanger vom 30.11.1877.

⁶³² Hasse (1880), S. 28.

⁶³³ Hasse (1880), S. 56.

Bei Karl R. könnten Schwierigkeiten im sexuellen Reifungsprozess einen wichtigen Belastungsfaktor für die bei Hasse genannte „geistige Integrität“⁶³⁴ dargestellt haben. Er unterzieht sich einer Phimoseoperation, weil ihm nächtliche Pollutionen Probleme körperlicher und psychischer Art bereiten.⁶³⁵

Sowohl bei Hasses als auch bei Binswangers Patienten finden sich nicht nur geschlechtliche Erregungszustände, wie häufige Pollutionen,⁶³⁶ schmerzliche abendliche Erektionen⁶³⁷ sondern auch somatische Beschwerden wie Verdauungsstörungen, Magenkatarrh, Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung⁶³⁸ – Symptome, die nach Ansicht Hasses schädliche Auswirkungen auf das Gemüthsleben der Betroffenen⁶³⁹ haben.

Bei Binswangers Patienten Albert S. und Karl R. werden künstlerische Begabungen und Interessen beschrieben. Die Anforderungen, denen sie sich mit dem Besuch des Gymnasiums stellen müssen, um einen gesellschaftlich bereits vorgezeichneten Weg beschreiten zu können, erweisen sich als schwer vereinbar mit ihrer Sensibilität und ihren Begabungen in Komposition und Dichtkunst.⁶⁴⁰

Hasses Patienten wiederum zeigen insgesamt gute Fortschritte in allen Fächern mit Ausnahme von Mathematik, und weisen Begabungen im altsprachlichen Bereich auf.⁶⁴¹

Für Freizeitaktivitäten und außerschulische Interessen wie Komponieren oder Poesie bleibt den betroffenen Jugendlichen aus dem Bellevue kaum Zeit. Sie sehen sich verpflichtet, die Erwartungen ihrer Familien zu erfüllen und müssen sich ebenso wie Hasses Patienten „exorbitanter Forderungen an die geistige

⁶³⁴ Hasse (1880), S. 56.

⁶³⁵ Dokument 443/1 in UAT 441/443, Krankengeschichte in der Handschrift Ludwig Binswangers, undatiert.

⁶³⁶ Hasse (1880), Erster Fall, S. 4.

⁶³⁷ Hasse (1880), Siebter Fall, S. 25.

⁶³⁸ Hasse (1880), S.56. und Dokument 443/1 in UAT 441/431, Krankengeschichte in der Handschrift Robert Binswangers, undatiert.

⁶³⁹ Hasse (1880), S. 56.

⁶⁴⁰ UAT 441, Patient Nr. 441 und UAT 441, Patient Nr. 443.

⁶⁴¹ Hasse (1880), Erster Fall, S. 5, Zweiter Fall, S. 8, Dritter Fall S. 12, Vierter Fall, S. 16, Sechster Fall, S. 24, Siebter Fall, S. 25.

Leistungsfähigkeit“⁶⁴² erwehren. Auch familiäre und traurige häusliche Verhältnisse⁶⁴³, haben eine „grössere Belastung des Einzelnen zur Folge.“⁶⁴⁴

Hasse äußert sich kritisch über eine mangelnde Kontrolle von Seiten der Eltern, die die Arbeitszeit ihrer Kinder nicht begrenzten, so dass kaum Zeit für die in seinen Augen sehr wichtige körperliche Bewegung bleibe.⁶⁴⁵ „Viele Eltern kümmern sich in dieser Beziehung gar nicht um ihre Kinder. Andere Eltern thun es wohl, aber in einer verkehrten und unverständigen Weise.“⁶⁴⁶ Durch eine unangemessene Zeiteinteilung würde „die Nacht zum Tage gemacht werden“,⁶⁴⁷ was zu Schlafentzug führt mit Auswirkungen auf die Aufnahmefähigkeit im Unterricht.

Auch für Binswangers Patienten liegt eine selbstbestimmte Lebensgestaltung in weiter Ferne. Albert S., der sich lieber der Musik widmen würde, strengt sich in der Schule bis zur völligen Erschöpfung an⁶⁴⁸, und Karl R., der Gedichte verfasst, wird sogar von seinem Vater zum Schulbesuch gezwungen, obwohl er dort überhaupt nicht zurechtkommt.⁶⁴⁹

Bemerkenswert ist, dass die zeitgenössische Wahrnehmung der Überbürdung als Ursache schwerwiegender psychischer Störungen einen Raum eröffnet für eine modern anmutende ärztliche Kritik, sowohl an einem Schulsystem, das nicht fördert, sondern überfordert, als auch an einer durch das Elternhaus vermittelten oder zumindest tolerierten einseitigen Leistungsorientierung von Jugendlichen.

⁶⁴² Hasse (1880), S. 58.

⁶⁴³ Hasse (1880), S. 42.

⁶⁴⁴ Hasse (1880), S. 41.

⁶⁴⁵ Hasse (1880), S. 41.

⁶⁴⁶ Hasse (1880), S. 41.

⁶⁴⁷ Hasse (1880), S. 41.

⁶⁴⁸ Dokument 431/5 in UAT 441/431, Brief der Mutter des Patienten an Ludwig Binswanger vom 24.11.1877.

⁶⁴⁹ Dokument 443/1 in UAT 441/443, Krankengeschichte in der Handschrift Ludwig Binswangers, undatiert.

5 Diskussion

Sowohl Ludwig als auch Robert Binswanger führten bei der Aufnahme von Patienten in die Klinik Bellevue über Personal- und Sozialdaten genau Buch. Sie machten Angaben zu Namen, Alter, Aufnahme datum, Familienstand sowie Konfession und Beruf neu aufgenommenen Patienten. Bei der Entlassung fügten sie das Entlassdatum und Angaben über den Therapieausgang hinzu. Zusätzliche Angaben beinhalteten häufig Einweisungs- und Entlassdiagnose sowie die zur Anwendung gebrachten Therapiemethoden. Dies ermöglicht eine quantitative Auswertung.

In den Untersuchungszeiträumen von 1857 bis 1875 stiegen die Gesamtpatientenzahlen stetig an.⁶⁵⁰ Im von mir untersuchten Fünfjahreszeitraum von 1876-1880 ging die Zahl der Aufnahmen gegenüber dem Vergleichszeitraum 1871-1875 um 17% auf 116 Patienten zurück. Zu einem deutlichen Einbruch der Aufnahmezahlen kam es im Jahr 1876. In diesem Jahr wurden nur 18 Patienten, sieben Männer und elf Frauen, aufgenommen, nachdem im Vorjahr 1875 noch 27 Patienten aufgenommen worden waren. Dies könnte auf den schlechten Gesundheitszustand Ludwig Binswangers zurückzuführen sein, welcher, nachdem er im Jahre 1868⁶⁵¹ an einer akuten Endokarditis erkrankt war, zu diesem Zeitpunkt an einer ihn beträchtlich einschränkenden Stenose und Insuffizienz der Aortenklappe⁶⁵² litt. Nachdem Robert Binswanger zum 1.1.1877 die Leitung des Bellevue mit übernommen hatte, stieg die Zahl der Neuaufnahmen in diesem Jahr wieder auf 28 Patienten an und blieb auch im folgenden Jahr 1878 bei 28 Patienten konstant. Eine vergleichbar hohe Zahl an Neuaufnahmen war in der bisherigen Geschichte des Bellevue nur in den Jahren 1871 und 1872 mit jeweils 31 Patienten erfolgt.

⁶⁵⁰ In medizinhistorischen Dissertationen wurden für die Perioden 1857 bis 1880 und 1881 bis 1910 jeweils Fünfjahreszeiträume untersucht und für die quantifizierende Analyse vorbereitet. Vgl. Schweizer (2000), Stäbler (2000), Weismann-Günzler (2004), Fischer (2004), Domeyer (2004), Gnann (2006), Stollwerk (2008), Doneith (2008).

⁶⁵¹ Moses, Hirschmüller (2004), S. 121.

⁶⁵² Moses, Hirschmüller (2004), S. 121.

Wie bereits von Schweizer⁶⁵³ beschrieben, kam es in den Jahren 1866–1870 zu einem deutlichen Ungleichgewicht der Geschlechter mit einem massiven Männerüberhang (Männer 64%; Frauen 36%). In dem von mir untersuchten Zeitraum 1876–1880 glich sich der Anteil der im Bellevue behandelten Frauen mit 44% dem Anteil der Männer (56%) weiter an. Diese Tendenz war bereits im von Weismann-Günzler untersuchten Zeitraum von 1871–1875 zu bemerken. Beim Vergleich einzelner Jahreszeiträume lassen sich erhebliche Schwankungen der Geschlechterverteilung feststellen; die sich diesbezüglich ergebenden Unterschiede in den Untersuchungszeiträumen von 1866 bis 1880 lassen sich am ehesten als zufällige Schwankungen interpretieren. Vergleicht man die Anzahl der prozentual aufgenommenen Männer der Aufnahmejahrgänge des Zeitraums von 1866 bis 1870 mit der Anzahl der prozentual aufgenommenen Männer der Jahrgänge 1876-1880, so ergibt sich im ungepaarten, einseitigen t-Test keine statistische Signifikanz ($p = 0,2$).

Die Altersverteilung zeigt im von mir untersuchten Zeitraum ebenso wie in den vier zuvor untersuchten Zeiträumen keine größeren Schwankungen. In allen fünf in den Dissertationen über die Klinik Bellevue untersuchten Zeiträumen zwischen 1857 und 1880 waren die meisten Patienten zwischen 20 und 39 Jahre alt. Von 1857 bis 1880 waren 4% der Patienten jünger als 19 Jahre, was sich nur unwesentlich von den 5% der weniger als 19 Jahre alten Patienten in den Jahren 1876-1880 unterscheidet. Für die restlichen Altersgruppen sind die Altersabweichungen des Gesamtzeitraums von 1857 bis 1880 im Vergleich zum Untersuchungszeitraum von 1876 bis 1880 ebenfalls gering (20- 29jährige: 1857-1880: 27%, 1876-1880 27%; 30- 39jährige: 1857–1880: 25%, 1876–1880: 28%; 40- 49jährige: 1857–1880: 18%, 1876–1880: 16%; 50- 59jährige: 1857–1880: 13%, 1876–1880: 11%; 60- 69jährige: 1857–1880: 7%, 1876–1880: 5%; über 70jährige: 1857–1880: 3%, 1876–1880: 2%; Patienten, deren Alter nicht genannt wird: 1857–1880: 3%, 1876–1880: 4%). Alle Werte sind statistisch nicht signifikant mit einem $p > 0,05$.

In dem von mir untersuchten Zeitraum von 1876 bis 1880 sind Patientinnen tendenziell häufiger verheiratet (verheiratete Frauen 42%; verheiratete Männer

⁶⁵³ Schweizer (2000), S. 59.

32%) und dementsprechend auch weniger häufig ledig (ledige Frauen 41%; ledige Männer 51%). Trotz des etwas jüngeren Aufnahmealters der Patientinnen sind diese häufiger verwitwet als Männer (verwitwete Frauen 14%; verwitwete Männer 9%). In absoluten Zahlen betrachtet ist der Unterschied von sieben verwitweten Frauen zu sechs verwitweten Männern allerdings nur gering. Die Zahl der ledigen Frauen war in den bereits untersuchten Zeiträumen sowie im hier untersuchten Zeitraum rückläufig (1857–60: 70%; 1861–1865: 40%; 1866–1870: 54%; 1871–1875: 50%; 1876–1880: 41%). Anders als erwartet führte der Rückgang des Anteils lediger Patientinnen in den Jahren 1857 bis 1880 nicht zu einer Zunahme des Anteils verheirateter Patientinnen, welcher mit einem Mittelwert von $42 \pm 3,5\%$ über die Jahre relativ konstant blieb. Stattdessen nahm die Zahl der verwitweten Patientinnen seit Bestehen des Bellevue ständig zu. So lag in den Jahren 1861 bis 1865 der Anteil verwitweter Patientinnen nur bei 2% und stieg bis zum hier untersuchten Zeitraum von 1876 bis 1880 auf 14% an. Hier wäre ein Zusammenhang mit der sich verändernden Sozialstruktur der Patienten des Bellevue denkbar, auf die im folgenden noch eingegangen wird; verwitwete Frauen der höheren Stände konnten sich eine Behandlung in einer Privatklinik sicherlich eher leisten als verwitwete Frauen aus einem kleinbürgerlichen Umfeld.

Im gesamten Zeitraum von 1875–1880 war die Anzahl der geschiedenen Patienten (Männer: 1, entspricht 0,2%; Frauen: 2 entspricht 0,4%), mit 0,6% im Vergleich zu heutigen Maßstäben sehr gering. Innerhalb des von mir untersuchten Zeitraums von 1876 bis 1880 wurden keine geschiedenen Patienten aufgenommen⁶⁵⁴.

In den Anfangsjahren des Bellevue war der Anteil der stationär aufgenommenen Patienten evangelischer Konfession sehr hoch (1857–1860: 81%). In den folgenden Jahren ging der Anteil dieser Patienten zurück und blieb von 1866 an relativ konstant bei ca. 60%. Im von mir untersuchten Zeitraum von 1876 bis 1880 wurde bei 63% der aufgenommenen Kranken evangelische Konfessionszugehörigkeit angegeben, womit diese immer noch den größten Patientenanteil

⁶⁵⁴ Laut statistischem Bundesamt der Bundesrepublik Deutschland lag der Anteil der verwitweten und geschiedenen Menschen in Deutschland im Jahr 2007 bei 14,7%. Vgl. Statistisches Bundesamt: <http://www.destatis.de>.

stellten. Der prozentuale Anteil katholischer Patienten wies große Schwankungen auf. In den von Schweizer und Weismann-Günzler bearbeiteten Zeiträumen von 1866-1875 lag der Anteil römisch-katholischer Patienten bei 30%. Im von mir untersuchten Zeitraum von 1876 bis 1880 lag dieser nur bei 16% und hatte somit im Vergleich zu den vorausgegangen zehn Jahren rund um die Hälfte abgenommen. In den Jahren 1857 bis 1865 waren pro Jahr konstant ca. zwei Patienten jüdischen Glaubens im Bellevue aufgenommen worden. In den Jahren 1866 und 1867 wurden keine Patienten jüdischen Glaubens aufgenommen. Hinsichtlich der Aufnahmen im Jahr 1877, in dem Robert Binswanger erstmals im Bellevue leitend tätig wurde, fällt ein Anstieg der Patienten jüdischen Glaubens auf (sechs Patienten). In den Jahren 1857 bis 1875 wurden nur bei insgesamt zwei Patienten keine Angaben zur Religionszugehörigkeit gemacht. Im von mir untersuchten Zeitraum von 1876 bis 1880 stieg dieser Wert um ein Vielfaches auf insgesamt sieben Patienten innerhalb von nur fünf Jahren an. Insgesamt stammte die überwiegende Mehrzahl der seit Eröffnung der Klinik 1857 bis zum Jahr 1880 behandelten Patienten aus Deutschland und der Schweiz. In den Jahren 1857-1860, unmittelbar nach Eröffnung der Klinik, kamen 66 % der Patienten aus der Schweiz. Der Anteil der Patienten aus der Schweiz ging in den darauf folgenden Untersuchungszeiträumen bis auf 29% im Zeitraum von 1876 bis 1880 zurück, während gleichzeitig der Anteil der Patienten aus Deutschland von 29 % im Zeitraum von 1857–1860 auf 60% im Zeitraum 1876-1880 anstieg. Nur 63 der insgesamt 510 Patienten, die von 1857 bis 1880 in der Klinik Bellevue behandelt wurden, stammten aus anderen Ländern als Deutschland und der Schweiz. Unter diesen machten die Patienten aus Russland mit insgesamt 14 Patienten die größte Gruppe aus, wobei 8 der 14 Patienten im Zeitraum von 1876–1880 behandelt wurden. Über die Jahre hinweg stieg die Zahl der im Bellevue aufgenommenen Patienten aus Österreich und dem fremdsprachigen Ausland stetig an. Dies kann als Indikator für ein zunehmendes internationales Ansehen der Klinik betrachtet werden.

Bei der Auswertung der in der Krankenakte angegebenen Berufe ist es wichtig, zu unterscheiden, ob die betreffende Person den Beruf selbst ausübte oder die Berufsbezeichnung des Vaters oder Gatten mit dem Anhang „-frau“ und

„-tochter“, bzw. im Fall jüngerer männlichen Patienten „-sohn“ genannt wird. Zugrunde gelegt wird hier die für das Binswanger-Projekt festgelegte Gliederung in übergeordnete Berufssparten, die eine Vergleichbarkeit der ermittelten Daten unterschiedlicher Untersuchungszeiträume gewährleisten soll. Mit dem steigenden Bekanntheitsgrad der Klinik Bellevue stieg auch der prozentuale Anteil der Wirtschaftsbürger (Unternehmer und Vertreter kaufmännischer Berufe, bzw. deren Angehörige) stetig an. Im Zeitraum von 1857–1860 lag der Anteil der dieser Kategorie zuzuordnender Patienten lediglich bei 17%, im von mir untersuchten Zeitraum von 1876 bis 1880 war der Anteil der Wirtschaftsbürger auf 23% angestiegen, was einer Zunahme von 35% entspricht. Dementsprechend ging der Anteil der Kleinbürger zurück. Dieser lag im Zeitraum von 1857 bis 1860 bei 16%, respektive 17% in den Jahren 1861 bis 1865. Für den Zeitraum von 1876–1880 konnten nur noch 6% der Patienten dem Kleinbürgertum zugeordnet werden. Die restlichen Berufsgruppen – Akademiker, Studenten, Künstler und Journalisten, höhere Beamte, Arbeiter und Dienstpersonal, in der Landwirtschaft Tätige, Angehörige des Militärs und Offiziere, Adelige, Privatiers, Rentiers⁶⁵⁵ – waren zahlenmäßig relativ unbedeutend. Obwohl hinsichtlich ihrer Zahl weit in der Minderheit, waren einige wenige Patienten aus dem Adel sowie aus dem Großbürgertum für die Privatanstalt Bellevue von enormer wirtschaftlicher Bedeutung. Die Berufszugehörigkeit der Väter oder Ehemänner der im Bellevue behandelten Frauen wurde von Ludwig Binswanger recht akribisch aufgezeichnet. In den Zeiträumen 1857–1875 wird lediglich bei 16 Patientinnen – dies entspricht 9% – der Beruf der männlichen Angehörigen nicht erwähnt. Im Zeitraum von 1876–1880 hingegen finden sich in den Krankenakten von 22 Frauen – dies entspricht 43 % – keine Berufsangaben. Auch hier lässt sich wiederum eine diesbezüglich weniger systematische Aktenführung Robert Binswangers erkennen.

Nachdem bereits in den Jahren 1871–1875 ein deutlicher Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer von 165 Tagen (in den Jahren 1866–1870) auf 260 Tage zu verzeichnen war, so stieg diese in den Jahren 1876–1880 noch

⁶⁵⁵ Moses, Hirschmüller (2004), S. 156.

einmal um 27 Tage auf 287 Tage an. Es lässt sich vermuten, dass der zunehmende Anteil wirtschaftlich besser situerter Patienten längere Verweildauern begünstigte, bzw. dass ein vorzeitiges Beenden der Behandlung aus finanziellen Gründen seltener erforderlich wurde.

In den Jahren 1876–1880 kam es im Vergleich zu den Vorzeiträumen in drei Diagnosekategorien zu einem beträchtlichen Anstieg der Patientenzahlen. Es handelt sich dabei um die Diagnosen Hysterie, Paralysis und Paranoia. Unter der Diagnose Hysterie wurden von 1857–1875 insgesamt nur fünf Patienten an der Klinik Bellevue behandelt, was in etwa einem Patienten in vier Jahren entspricht. Im Zeitraum von 1876–1880 stieg die Zahl der Patienten mit der Diagnose Hysterie auf 16 an; dies entspricht mit 3,2 Patienten pro Jahr einem Anstieg um 1043%. Hinsichtlich der Diagnosen Paralysis progressiva und Paranoia lässt sich ebenfalls eine wenn auch weniger ausgeprägte Zunahme der Patientenzahlen feststellen: P.p. 1857–1875: 14; 1876–1880: 12; Paranoia 1857–1875: 23; 1876–1880: 18.

Dies entspricht für den Zeitraum von 1857 bis 1875 pro Jahr 0,78 Patienten mit der Diagnose Paralysis progressiva und 1,28 Patienten mit der Diagnose Paranoia, während in den fünf Jahren von 1876 bis 1880 pro Jahr 2,4 Patienten mit der Diagnose Paralysis progressiva und 3,6 Patienten mit der Diagnose Paranoia am Bellevue behandelt wurden. Damit liegt die Zunahme der Zahl der Patienten mit der Diagnose Paralysis Progressiva bei 208% und die der Patienten mit der Diagnose Paranoia bei 181%.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Ursache der Zunahme der Anzahl der Patienten mit den Diagnosen Hysterie, Paranoia und Paralysis Progressiva in den Jahren 1876–1880 eher in einem vermehrten Gebrauch dieser Diagnosen als in einem tatsächlich wesentlich häufigeren Auftreten der entsprechenden Symptomatik zu suchen ist.

Unspezifische neurologische Symptome, zum Beispiel Lähmungen und Sensibilitätsstörungen, ließen sich in einer Zeit, in der pathologisch-anatomische Befunde nur post mortem erhoben werden konnten, einer Reihe von Krankheitsbildern, darunter auch der Hysterie und der Paralysis progressiva zuordnen, so dass bereits bei der Dokumentation der Befunde eine Erwartungshaltung des

Untersuchers, die eventuell durch dessen Interesse an bestimmten Krankheitsbildern bedingt war, eine Rolle spielen konnte.⁶⁵⁶ Ähnliches gilt für das häufig Anlaß zur Hospitalisierung gebende Symptom Wahnvorstellung, dass sich im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts neben anderen Krankheitsbildern wie zum Beispiel der Melancholie und der Hypochondrie sowohl der Paralysis progressiva als auch der Hysterie und der Paranoia zuordnen liess.

Robert Binswanger, der von 1877 an im Bellevue die Aufnahmebefunde erhob und die Verläufe dokumentierte sowie diagnostische Erwägungen anstellte, nahm regen Anteil an den medizinischen Diskursen seiner Zeit und widmete nachweislich den Krankheitsbildern Hysterie und Paralysis progressiva besondere Aufmerksamkeit.⁶⁵⁷

Es kann vermutet werden, dass dieses Interesse seine Blickrichtung bei der Dokumentation und diagnostischen Einordnung bestimmter neurologischer und psychiatrischer Symptome beeinflusst hat. Dies wäre eine mögliche Erklärung für die Zunahme der Häufigkeit entsprechender Diagnosen im Untersuchungszeitraum.

⁶⁵⁶ Hartung erläutert dieses Phänomen im Zusammenhang mit der Hysterie. Vgl. Hartung (2006), S. 89.

⁶⁵⁷ UAT 443a/304, UAT 442/2 und UAT 442/3. Siehe auch Diskussionsbeitrag Robert Binswangers bei der Jahressitzung des Vereins deutscher Irrenärzte in Leipzig, den 16. und 17. September 1884.

6 Zusammenfassung

Das Sanatorium Bellevue wurde im Jahr 1857 von Ludwig Binswanger dem Älteren (1820–1880) gegründet. Es handelte sich um eine zunächst kleine psychiatrische Privatklinik mit einem sozial- und familientherapeutischen Konzept für „heilfähige Kranke und Pfleglinge aus den besseren Ständen der Schweiz und des Auslandes“. Nach gemeinsamen Jahren an der Spitze der Anstalt übernahm nach dem Tod des Anstaltsgründers im Jahr 1880 dessen Sohn Robert (1850–1910) die alleinige Leitung der Anstalt. Diesem folgte der Enkel Ludwig Binswanger, 1957 dann der Urenkel Wolfgang. Nach Schließung des Sanatoriums im Jahr 1980 wurden das Klinikarchiv und der gesamte Nachlass Ludwig Binswangers junior 1986 der Universität Tübingen übergeben.

In einem von der DFG geförderten Projekt zur systematische Erschließung und wissenschaftliche Auswertung der Krankengeschichten und Verwaltungsakten der Klinik entstanden medizinhistorische Dissertationen. Doktoranden der Medizinischen Fakultät transkribierten eine repräsentative Anzahl von Krankenakten und werteten diese zusammen mit weiteren repräsentativen Dokumenten aus. Über den Zeitraum der Direktorenschaft Ludwig Binswangers senior liegt bereits auch eine von Annett Moses und Albrecht Hirschmüller verfasste zusammenfassende Monographie vor.

Die vorliegende Arbeit behandelt die Jahre 1876 bis 1880. Diese Jahre können als Jahre des Übergangs betrachtet werden, in denen Ludwig Binswanger und sein Sohn Robert Binswanger von 1877 bis zum Tod des Anstaltsgründers im Jahr 1880 die Anstalt gemeinsam leiteten.

Das Quellenmaterial dieser Arbeit setzt sich aus Krankenakten, Aufnahmebüchern, einem Kopier-Buch, Briefen Robert Binswangers, Tagebüchern und weiteren Stücken aus dem Binswanger-Archiv zusammen. Die demographischen und medizinischen Daten der Patienten wurden erfasst und quantifizierenden Analysen unterzogen. 37 Krankenakten wurden transkribiert. Dadurch wurden Einblicke in klinische Bilder und Verläufe erlittenen seelischen Leids sowie in den Alltag des Anstaltslebens möglich.

Um zu einem allgemeinen historischen Verständnis für die Situation der Schweizer Psychiatrie zur Zeit der Gründung der Anstalt im Jahr 1857 zu gelangen, wurde zu Beginn der vorliegenden Arbeit eine kurze historische Bestandsaufnahme zur Situation der Schweizer Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts notwendig.

Ludwig Binswanger senior machte in seinen moralischen und therapeutischen Grundsätzen deutlich, dass der seelisch kranke Mensch als Mitmensch und nicht als „klinischer Fall“ betrachtet und wahrgenommen werden muß. Als Arzt und Psychiater war er bestrebt, die „wunden Punkte“ zu erkennen, welche schließlich in den Symptomen manifest wurden. Das systematische Denken in der Medizin, so postulierte er, musste stets auf die individuelle Persönlichkeit des kranken Menschen zugeschnitten sein. Er legte den Grundstein für Robert Binswangers Werdegang.

Bereits im Alter von 18 Jahren stand Robert Binswangers Entschluss fest, Psychiater zu werden. Von 1870 bis 1875 studierte er Medizin in Zürich, Tübingen und Straßburg. Bedeutende universitäre Lehrer Binswangers waren: Carl Liebermeister in Tübingen, Ernst Viktor von Leyden in Straßburg und Ludwig Meyer in Göttingen.

Robert Binswanger arbeitete im Sommersemester 1874 unter dem Titel „Cand. med.“ zunächst als Hilfsassistent in Straßburg. Im Wintersemester 1874 wurde die Stelle des Hilfsassistenten abgeschafft und eine staatlich finanzierte 4. Assistentenstelle eingeführt. Diese 4. Assistentenstelle wurde vom Wintersemester 1874/1875 an bis zum Sommersemester 1876 von Robert Binswanger besetzt. Vom Wintersemester 1874/1875 an bis zum Sommersemester 1875 war Robert Binswanger an der Universität Basel immatrikuliert und von seiner Assistentenstelle in Straßburg beurlaubt. Im November 1875 promovierte er in Basel mit der Dissertation: „Über die Entstehung der in der Kindheit erworbenen halbseitigen Gehirnatrophie.“ Nach der erfolgreichen Promotion kehrte Robert Binswanger nach Straßburg zurück und war dort als 3. Assistenzarzt tätig.

Ein halbes Jahr nach seiner Promotion im November 1875 reiste Robert Binswanger zur Vertiefung seiner medizinischen Kenntnisse nach Göttingen. Dort arbeitete Robert Binswanger vom 25. Mai bis zum 31. Dezember 1876 als

1. Assistenzarzt an der staatlichen Provinzial-Irrenanstalt auf dem Leineberg unter der Leitung von Ludwig Meyer. Ludwig Meyer prägte Robert Binswanger nachhaltig. In ihm sah Robert Binswanger seinen eigentlichen Lehrer.

Am 1. Januar 1877 trat Robert Binswanger in die Anstalt seines Vaters ein. Nach drei Jahren gemeinsamer Anstaltsleitung starb Ludwig Binswanger. Im Alter von 30 Jahren übernahm Robert Binswanger nun die Anstaltsleitung und hatte diese bis zu seinem eigenen Tod im Alter von 60 Jahren inne.

Im bearbeiteten Zeitraum veröffentlichte Robert Binswanger im Jahr 1880 einen Nachruf auf Otto Kappeler, einen Freund der Familie. 1892 hielt Robert Binswanger einen Vortrag über die Suggestionstherapie, 1894 erschien die psychiatrische Studie über Karl Stauffer-Bern, und 1897 tritt er mit den Vorarbeiten zur schweizerischen Irrengesetzgebung in Erscheinung. Kleinere Veröffentlichungen ließen Robert Binswangers klinische Erfahrung erkennen. In einer Ausgabe des „Correspondenzblattes für Schweizer Ärzte“ von 1891 wurde auf Robert Binswangers erfolgreiche Behandlungsmethode bei einer lebensbedrohlichen Nahrungsverweigerung bei einer jungen akut psychotischen Frau hingewiesen. Bei den Mitteilungen Robert Binswangers von der „Herbstversammlung des ärztlichen Centralvereins“ in Olten im Herbst 1891 fasste er Mitteilungen ärztlicher Kollegen zu mehreren Themen zusammen und setzte im Anschluss daran einen eigenen Erfahrungsbericht hinzu. In einem Diskussionsbeitrag während der Jahressitzung des Vereins deutscher Irrenärzte in Leipzig im Herbst 1894 bestätigte Binswanger anhand eigener Untersuchungen die von Mendel gefundenen pathologischen Veränderungen der Ganglienzellen der Hirnrinde bei Paralytikern.

Im Jahr 1876 und in den Jahren, in denen Ludwig und Robert Binswanger gemeinsam die Anstalt leiteten, wurden insgesamt 116 Patienten im Bellevue aufgenommen. Die Zahl der jährlich aufgenommenen Patienten schwankte zwischen 29 und 32. Insgesamt betrug der Anteil der aufgenommenen Männer 54 % und der aufgenommenen Frauen 46 %. Der durchschnittliche Patientenbestand betrug über den von mir untersuchten Fünfjahreszeitraum 31 Patienten. 1876 waren es ca. 32 Patienten, diese Zahl stieg durchschnittlich um einen Patienten im Jahr 1877, um dann in den Jahren 1878 und 1879 auf 29

Patienten zurückzugehen. 1880 lag der Patientenbestand bei ca. 30 Patienten. Bezogen auf beide Geschlechter war die Gruppe der 30- bis 39-jährigen Patienten (29 % Männer, 34 % Frauen) unter den Neuaufnahmen am stärksten vertreten. Das durchschnittliche Alter der zwischen 1876 und 1880 aufgenommenen Patienten betrug 37,2 Jahre. Der Altersmedian lag bei 36 Jahren. Der älteste Patient war 78 und der jüngste Patient 17 Jahre alt. Die meisten Patienten am Bellevue waren zwischen 20 und 40 Jahre alt. Männer waren tendenziell etwas älter als Frauen. Bezüglich der Altersverteilung nach absoluten Zahlen zeigte sich, dass in der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen die Frauen unter den Neuaufnahmen mit 18 Frauen zu 14 Männern deutlich überwogen. 73 Patienten und damit 63 % der aufgenommenen Patienten waren evangelisch, 18 (entspricht 16 %) katholisch, 17 Patienten (entspricht 15 %) jüdischen Glaubens. 1 Patient, also 0,8 %, hatte eine andere Religionszugehörigkeit. Für 7 Patienten (entspricht 6 %) gab es keine Angabe zur Konfession.

Die Religionszugehörigkeit zwischen den Geschlechtern war in etwa gleich. Der überwiegende Teil der Patienten und Patientinnen war evangelisch. Die größte Berufsgruppe machten die kaufmännischen Berufe mit 30 % der Patienten aus. Es gab einen deutlichen Unterschied zwischen Männern und Frauen, da 20 % der Frauen jedoch 39 % der Männer dieser Berufsgruppe zugeordnet wurden. Besonders besser situierte Patienten wurden in der Klinik Bellevue behandelt. Mit dem steigenden Bekanntheitsgrad der Klinik Bellevue stieg auch der prozentuale Anteil der Wirtschaftsbürger (Unternehmer und kaufmännische Berufe) stetig an. Vornehmlich wohlhabende Kranke konnten sich den relativ hohen Pensionspreis im Bellevue leisten. Durchschnittlich blieben die Patienten zwischen 6 Monaten und 1 Jahr im Bellevue. Hier gab es keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen.

Der größte Teil der Patienten im untersuchten Zeitraum stammte aus Deutschland und der Schweiz. Im untersuchten Zeitraum wurden auch einige Patienten aus weiter entfernten Regionen aufgenommen, wie Russland, Frankreich, Italien und Osteuropa.

Die kürzeste Verweildauer betrug 3 Tage, die längste Verweildauer 42 Jahre. Die drei häufigsten Diagnosen waren Melancholie (22 %), Paranoia (16 %) und

Hysterie (14 %). Der Behandlungserfolg wird im untersuchten Zeitraum von 1876 bis 1880 nur lückenhaft angegeben. Zum Entlassungszeitpunkt galten 17 (14,7 %) der Patienten als geheilt, 29 (25 %) wurden gebessert entlassen und bei 23 (19,8 %) hatte sich der Zustand nicht verbessert oder gar verschlechtert. Bei der Hälfte der verstorbenen Patienten wurde die Progressive paralyse (Neuroses) als Todesursache angegeben.

Die Pensionskosten variierten im Verlauf des Aufenthalts je nach dem Verlauf der Krankheit und je nach Inanspruchnahme von zusätzlichen kostspieligen Anwendungen. Vor einem Eintritt ins Bellevue erfragten die Angehörigen in den meisten Fällen die genauen Pensionskosten eines Aufenthalts.

Bei der Übernahme der Anstaltsleitung durch Robert Binswanger im Jahr 1880 bestand das Bellevue aus vier Gebäuden: Bellevue, Mittelbau (auch Dépendance genannt), Harmonie und Landegg. Um den steigenden Bedarf an Räumlichkeiten und Krankenzimmern zu decken, wurde im Jahr 1877 ein Gewächshaus angelegt und im Mittelbau das Parterre umgebaut. Nachdem der Patientenstand im Jahr 1879 durchschnittlich 30 Personen betrug, wurde ein weiteres Gebäude genutzt: die Villa Landegg auf der gegenüberliegenden Seite der Hauptstraße.

Von Jahr zu Jahr erweiterte und erneuerte Robert Binswanger das ursprünglich für eine überschaubare Anzahl von Patienten eingerichtete Bellevue.

Robert Binswanger gelang es, das Bellevue den Bedürfnissen der Kranken entsprechend umfassend zu modernisieren und zum „vornehmsten und besteingerichtetsten Institut zur Behandlung von Nerven- und Gemütskranken“ auszubauen.

Für Ludwig und Robert Binswanger waren eine sorgfältige Anamnese, die genaue Befragung und Beobachtung des Patienten, von wesentlicher Bedeutung. Bei der Anamnese verschafften sich Vater und Sohn einen Überblick über die aktuelle Lebenssituation des Patienten. Dabei notierten sie wesentliche durchgemachte Kinder- und Geschlechtskrankheiten des Patienten sowie Krankheiten oder bekannte Todesursachen von Familienangehörigen. Wichtig war der schulische und berufliche Werdegang. Im Anschluss daran erfolgte die neurologische Untersuchung. In unregelmäßigen Tagesnotizen erfolgten eine allge-

meine psychopathologische Befunderhebung sowie Hinweise zum weiteren Verlauf der Erkrankung.

Was den psychopathologischen Status betrifft, fanden sich bei Ludwig Binswanger im Vergleich zu Robert Binswanger nur unregelmäßige und spärliche Angaben zu Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, formalen Denkstörungen, Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen. Ähnlich wie sein Vater gab Robert Binswanger Angehörigen auch nützliche Ratschläge im Umgang mit den Kranken. In bestimmten Fällen gewährte Binswanger einzelnen Angehörigen nicht nur prognostische Hinweise, sondern auch Einblicke in seine therapeutischen Bemühungen, die sich individuell auf den Patienten bezogen.

Inwieweit Ludwig und Robert Binswanger aus der Rolle des distanzierten Beobachters heraustraten und Anteil nahmen an Sorgen und Nöten ihrer Patienten, kann der heutige Leser dieser Krankengeschichten nur erahnen.

Das therapeutische Konzept im Bellevue der Jahre 1876 bis 1880 ruhte auf fünf Säulen: der Pharmakotherapie, der physikalischen Therapie, der Arbeits- und Beschäftigungstherapie, der psychischen Führung und dem therapeutischen Milieu.

Psychotherapie im heutigen Sinne war Binswanger unbekannt. Die psychische Führung der Kranken wurde vor allem von Ludwig Binswanger mittels psychoedukativer Maßnahmen betrieben; durch das Verhalten des Arztes wurde beständig auf den Kranken eingewirkt. Unterstützt wurde diese Heilmethode durch das therapeutische Milieu – eine geregelte Form des Zusammenlebens in einer Atmosphäre des Vertrauens. Neben Ruhe, einem geregelten Tagesablauf und dem Fernhalten äußerer Einflüsse gehörte hierzu die Schaffung einer familiären Atmosphäre, zu der neben den Patienten möglichst viele gesunde Personen beitragen sollten. Im Bellevue wurde dies dadurch ermöglicht, dass ausreichend Personal eine überschaubare Zahl Kranker pflegte. Die ganze Familie wurde in den Anstaltsalltag einbezogen und lebte mit den Patienten zusammen. Gartenarbeit, Holzhacken oder Holzsägen war fester Bestandteil der Arbeitstherapie. Zusätzlich zur Arbeitstherapie wurde im Bellevue geselligen Unternehmungen viel Aufmerksamkeit geschenkt. Als wahres psychisches Erholungsmittel galten die regelmäßig ausgeführten gesellschaftlichen Spaziergänge. Was

die pharmakotherapeutische Behandlung betrifft, waren Ludwig und Robert Binswanger sehr zurückhaltend. Hypnotika und Beruhigungsmittel wurden bevorzugt eingesetzt.

Die Haltung Ludwig Binswangers zum Thema „Zwangmaßnahmen“ durchlief verschiedene Stadien und kann als Resultat einer Entwicklung angesehen werden. Robert Binswanger erlebte den Non-Restraint bei seinem Vater und bei seinem Göttinger Lehrer Ludwig Meyer und machte ihn wie selbstverständlich auch zu seinem Behandlungsgrundsatz. Die Anwendung von physischem Zwang bei der Behandlung Geisteskranker lehnte Robert Binswanger ab; er setzte das Prinzip des Non-Restraint mit großer Konsequenz um.

In den von mir transkribierten Krankengeschichten habe ich eine zurückhaltende Anwendung von Zwangmaßnahmen gefunden. In einem Fall wurde einer Patientin mit Hilfe einer Schlundsonde ein notwendiges pharmakologisches Mittel verabreicht. Eine hohe Anzahl an Wärtern und die engmaschige empathische Betreuung machten es den Ärzten im Bellevue möglich, Zwangmaßnahmen nur äußerst selten zu gebrauchen.

Das im Bellevue vertretene Hysteriekonzept wird ausführlicher erörtert. In den Jahren 1876 bis 1880 wurden im Bellevue 19 Patienten mit der Diagnose Hysterie behandelt. Die Altersverteilung der Hysteriepatienten entspricht in etwa der Altersverteilung aller Patienten mit tendenziell etwas jüngeren Patienten. Das mittlere Alter der Patienten mit der Diagnose Hysterie lag bei 31,2 Jahren, der Altersmedian bei 31 Jahren. Die jüngste Patientin war 19 Jahre, die älteste Patientin 54 Jahre alt.

Binswanger ging davon aus, dass Hysterie im Allgemeinen auf der Grundlage einer hereditären Prädisposition entsteht, wobei eine Erschöpfung des Nervensystems durch das Wochenbett auch ohne erbliche Prädisposition Hysterie hervorrufen soll. Gynäkologischen Erkrankungen, Onanie und eine zu wenig restriktive Erziehung konnten seiner Meinung nach ebenfalls als ursächliche Faktoren wirksam werden. Als Auslöser der Erkrankung fungierten für ihn psychische Erschütterungen; mehrfach benennt er in diesem Zusammenhang Todesfälle von Angehörigen und unerwünschte Heiratsanträge, sexueller Missbrauch wird ebenfalls erwähnt.

Binswanger beschrieb bei seinen Patientinnen hysterische Charakterzüge wie Verschwendungssucht, Selbstbezogenheit, Willensschwäche und Hang zur Unwahrheit. Sie zeigten theatralische Verhaltensweisen und litten an Stimmungsschwankungen. Das Vorliegen einer gesteigerten Libido wurde mehrfach vermerkt. Die geschilderte körperliche Symptomatik war vielfältig und umfasste Krampfanfälle, Schmerzen verschiedenster Art, Lähmungserscheinungen sowie Störungen von Sensibilität und Sensorik.

Was die Therapie betrifft, legte Binswanger viel Wert auf einen geregelten Tagesablauf, pädagogische Maßnahmen und eine das Gewicht steigernde und das Nervensystem stärkende Ernährung seiner Patientinnen. Auch hydrotherapeutische Maßnahmen kamen zur Anwendung. Durch psychische Beeinflussung sollte die mangelnde Willenskraft der Patientin so weit gestärkt werden, dass die Erkrankung überwunden werden konnte. Eine Psychotherapie im heutigen Sinne fand nicht statt. Binswanger wich mit seinem Hysteriekonzept nicht von den gängigen Lehrmeinungen seiner Zeit ab.

Bei der Betrachtung von Krankengeschichten junger männlicher Patienten, die zwischen 1876 und 1880 im Bellevue hospitalisiert waren, findet sich eine Reihe von Gemeinsamkeiten. Sie stammen aus gutbürgerlichen Verhältnissen, leben in materiell gesicherten Lebensumständen und besuchen weiterführende Schulen. Retrospektiv aus der Distanz von mehr als hundert Jahren lässt sich über die tatsächlichen Auslöser ihrer Erkrankung nur spekulieren; die Krankengeschichten dieser jungen Männer legen jedoch nahe, dass die Betroffenen mit den an sie gestellten Leistungsanforderungen nicht zurechtkamen. Inwieweit dies tatsächlich Auslöser oder bereits Folge der beginnenden Erkrankung war, lässt sich nicht mehr feststellen.

7 Dokumentarteil

Im Folgenden werden die Transkriptionen von zwei Krankengeschichten aus dem Personale II sowie die vollständige Akte des Patienten, dessen Krankengeschichte im Kapitel 4.5 vorgestellt wurde, abgedruckt. Im Anschluss folgt Robert Binswangers unpubliziertes Manuskript: „Die Hysterische Melancholie“.

Bei diesen Transkriptionen handelt es sich um eine diplomatisch getreue Wiedergabe. Rechtschreibung und Zeichensetzung wurden behutsam modernisiert und dem heutigen Gebrauch angepasst. Klar identifizierbare Abkürzungen wurden in eckigen Klammern aufgelöst (z. B. Mo[rphium]); unleserliche Worte wurden durch eckige Klammern ersetzt, [...]. Ein Fragezeichen in eckigen Klammern, [?], drückt aus, dass ein Wort nicht eindeutig zu entziffern war. Hervorhebungen – in den Originaltexten meist unterstrichen – sind kursiv wiedergegeben. Offensichtliche Rechtschreibfehler wurden stillschweigend verbessert.

7.1 Krankengeschichten

Akte 401

NAME: B.J.

STAND: früher Staatsschreiber, dann Sekretär d. N.O.B.

ALTER: 48

WOHNORT: Zürich

TAG DER AUFNAHME:[?].1.1876

TAG DES AUSTRITTS:[?].[?].1876

DIAGNOSE: Trunksucht

*Nr. 401/1 Eintrag im Personale II
Verfaßt von Dr. Ludwig Binswanger*

Familie. Vater Fabrikant, tod seit 43 J. Mutter seit 35 J. Vater war intelligenter, tüchtiger Geschäftsmann, der sein Vermögen durch Bürgschaften verlor. Auch Eltern starben an Lungenschlag, ebenso mehrere Geschwister in jungen Jah-

ren, ein Bruder mit 19 J. ertrunken, andere Geschwister starben in den Kinderjahren. Eine Schwester, Frau W. Abort sonst gesund.

Unser Kranker wurde nach dem Tod des Vaters von Verwandten und zwar stets im Wirtshause erzogen, lernte sehr früh durch böses Beispiel matris das Trinken. Nach dem Primarunterricht besuchte er das Gymnasium, wurde mit 16 J. matur erklärt, besuchte die Universitäten Zürich, Berlin, Göttingen, Paris, nach dem guten Staatsexamen kam er sogleich in den Staatsdienst (Justiz u. Administration), wurde dann im J. 1860 Staatsschreiber, blieb es 10 Jahre, heiratete als solcher 1860 eine Witwe R., übernahm einen Sohn, jetzt 22 J., studiert Medizin, u. zeugte 2 Kinder, jetzt 15 Jahre alten Sohn, Kontorschüler, u. 9 jähriges Töchterlein, lebte glücklich mit seiner Frau, aber er fing schon damals zu trinken an, wurde aber nicht wegen Unfähigkeit relegiert, sondern weil er sich mit der neuen demokratischen Regierung nicht stellen konnte. Von da an sank er durch Trunksucht, erhielt durch seine vielen Freunde (auch Tiguriner [Züricher]) große materielle Unterstützung, wurde zuerst bei der Lokalbahn, dann bei der N. O. Bahn als Secretär eingestellt, die Trunksucht wurde aber so heftig, daß er zu Neujahr auch von der N.O.B. entlassen wurde. Schlaflos, elend, irrte er umher, ruinierte seine Familie. Endlich versuchten die Freunde als ultimum refugium, durch Sohn Otto mich zu bitten, den kranken, schwachen Mann zur Ernüchterung etc. bei mir aufzunehmen, um dann wo möglich ihn zu einem Freunde zu spedieren.

VERLAUF DER KRANKHEIT:

[ohne Eintrag]

AUSTRITT UND ERFOLG:

[ohne Eintrag]

Akte 408

NAME: S.E.

ALTER: 31

WOHNORT: Basel

TAG DER AUFNAHME: 2.7.1876

TAG DES AUSTRITTS: 31.12.1876

DIAGNOSE: hochgradige Hysterie, Mania mit Verfolgungswahn

Dokument Nr. 408/1 Eintrag im Personale II

Verfaßt von Dr. Ludwig Binswangers und Dr. Otto Binswanger

Familie. Eltern tod. Vater 1874, 65 J. a[lt], Kaufmann, an Phtisis. Mutter 1870, 63 J. an nervöser Aufregung, Zittern etc. während der Vater sonst gesund, etwas heftig, die Mutter friedfertig war, hat noch 2 Schwestern verheir. in Neapel, u. 1 Bruder Notar S., Emilie ist die jüngste. In der Jugend gesund, genoß gute Bildung, hatte für Musik im Gegensatz zu ihren Geschwistern kein Talent. Nach der Confirmation c. 17 J. 1¼ J. in Lausanne, dort zeigte sich etwas Extravaganz in ihren Anschaffungen etc. C. im Jahr 69 vor dem Krieg, bewarb sich ein würtemb. Offizier um ihre Hand, wurde aber zurückgestellt, weil der Vater nicht wollte, die Schwester aber ja, der Verlobte ging in den Krieg, kam unversehrt zurück, warb wieder, 10 M[al], der Vater wieder dagegen, u. schließlich die Tochter auch, aber Emilie war damals schon nicht mehr normal, sie ließ durch ihren Bruder abschreiben, u. kann dann nach Rosegg, weil sie sehr aufgereggt, zänkisch etc. war. Sie folgte willig ihrem Bruder, blieb dort bei Dr. C., der die Krankheit eine hochgradige Hysterie, Manie mit Verfolgungswahn erklärte. Sie besserte scheinbar, brannte durch, kam nach Hause, legte sich zu Bette, verweigerte die Nahrung fast 4 Wochen (mußte die Schlundsonde angewendet werden, nach vier Mal aß sie), lag aber 8 Wochen zu Bette, stund allmählich auf, blieb aber immer abnorm, eigenwillig, zurückgezogen zwischen heraus, wie letzten Winter, wo sie viel in Gesellschaften war, gieng es besser, aber zu Hause war sie ein böser Drache, schlug ihre Nichte, die sie zur Erziehung hatte, zankte mit ihrem Bruder, mit der Magd, bis endlich der verständige Bruder den befreundeten Hausarzt Massini u. Dr. Wille consultirte, welche die Versetzung hierher anempfohlen. Nach längerer Weigerung folgte sie heute ihrem Bruder

hierher, welche die sexuelle Aufregung als einen Hauptfactor ihres Leidens erkannt, u. worüber Dr. Massini Bericht erstatten wird.

VERLAUF DER KRANKHEIT

Verfaßt von Dr. Otto Binswanger

Kranke bessert erheblich während ihres hiesigen Aufenthalts. Schon der Wechsel des Wohnortes, die Versetzung aus den tägl. aufregend häuslichen Verhältnissen schienen einen günstigen Einfluß auf Pat. geübt zu haben, denn Pat. zeigt sich seit ihrem Eintritt immer artig gegen jedermann, folgt willig allen Anordnungen des Arztes u. ist sehr gerne in hiesigen Asyle, wo sie ihrer Versicherung gemäß für sich alles gefunden hat, was sie bei ihrer nervös hysterischen Natur nur teilweise für sich notwendig erachtete.

Die Hauptabsonderlichkeiten die sie in Basel unmöglich machten, hat sie nur teilweise abgelegt, doch bringen die Anordnung des Arztes dieselben immer auf ein vernünftiges Maß. Patientin bleibt öfters morgens zu Bette liegen, mit der Angabe heftige Lungen, Kreuz u. Leibschmerzen machten ihr jegliche Bewegung unmöglich. Diese Angaben werden mit lispelnder Stimme vorgebracht, Kranke liegt mit aufgelösten Haaren, blauen Zwicker u. schwarzem Spitzentuch unter sich zu Bette. Bei Prüfung zuckt sie auf u. gibt starke Hyperästhesie als Grund an. Energisches Zureden des Arztes hebt all diese Beschwerden auf u. Frl. E. erscheint gesund u. munter beim Mittagstische. Starke Obstipation. Zur Zeit der Menses veritable Leibschmerzen und bleibt deshalb zu dieser Zeit zu Bette.

AUSTRITT UND ERFOLG

[ohne Eintrag]

Dokument Nr. 408/2

Brief des einweisenden Arztes Rudolf Massini an Ludwig Binswanger

Siegel: Rudolf Massini

Dr.med.

Basel

Nach Consultation mit Herrn Prof. Wille, Director der hiesigen Irren Klinik, übersende ich Ihrer geistigen Pflege Fr. Emilie S., 31 Jahre alt, von Basel. Dieselbe von einer an hochgradiger Spinalirritation leidenden Mutter u. einem an Phtisis gestorbenen Vater stammend, leidet seit c. 6 Jahren an Manie, welche mit Depression einhergeht u. Wahnideen speziell dem Wahn von der Geisteskrankheit ihres Bruders im Jahre 1870 begannen u. damals die Verbringung nach Rosegg veranlassten. Späterhin trat tiefe Melancholie mit Nahrungsverweigerung ein, welche im Herbst 1872 bis nahe zur Inanition führte. Ich bekam die Pat. damals in Behandlung u. durch Schlundsondenapplication führte ich bald wieder normale Nahrungsaufnahme herbei, und es trat dann eine Remission ein, welche mit Ausnahme ziemlich hochgradiger hysterischen Erscheinungen u. erheblicher Hyperästhesie bis Anfangs diesen Jahres anhielt. Seit Sommer d. J. nun wieder von neuem sich steigende Wahnideen, daß der Bruder verrückt sei. Dabei zunehmende Depression, Pat. blieb Tage lang im Bett, dazwischen Anfälle von massiver Aufregung mit heftigen Scenen gegen die Dienstmagd u. eine im Hause sich aufhaltende Nichte, doch nie schwere maniakalische Anfälle. Der Bruder, welcher wenig Verständniß für diese Zustände besitzt u. durch unvorsichtige Reden u. oft nicht gerade allzufreundliche Behandlung die Kranke rügte, gab den Wahnideen derselben neue Nahrung, so daß eine Entfernung der Kranken ein dringendes Bedürfniß ist. Pat. leidet außerdem an starker Retroflexion u. trägt einen Galanthe'schen Ring (Wahrscheinlichkeit starker Masturbation). Indem ich die Pat. Ihrem Wohlwollen bestens empfehle, verbleibe ich mit vorzüglicher Hochachtung.

Dr. Rudolf Massini

Akte 443

NAME: R.C.
STAND: Gymnasiast
ALTER: 17
WOHNORT: Tübingen
TAG DER AUFNAHME: 27.9.1877
TAG DES AUSTRITTS: 15.12.1877
DIAGNOSE: Dementia praecox

*Dokument Nr. 443/1 Krankengeschichte
Verfaßt von Dr. Ludwig Binswanger*

Eltern leben. Vater 46 J. alt, gesund bis auf Haemorrhoidalleiden, sieht blaß aus, ernst mit großen Augen, wohl etwas cholertisch, wie dieses Temperament familiär sey, ist Kaufmann, Manufacturist. Mutter 42 J. alt, gesund bis auf Magenkrämpfe, gebar 7 Kinder, wovon das Jüngste vor 2 Jahren gestorben, 6 leben, der älteste unser Carl, der 2te Paul, Apothekerlehrling, der 3te Eugen, Realschüler, 4ter Gustav dito, 5ter Otto, Gymnasiast, u. Margarete 6 J. alt, sämtlich gesund.

Von hereditärer Anlage: eine Schwester des Vaters gemüthskrank, im Rückfall, ist seit 2 Jahren in Winnenthal, wohl circularer Fall. Deren Mutter, also Großmutter des Carl, ist gesund, leidet viel an Migraene, was auch der Vater unseres Kranken oft hatte, dagegen war der Großvater sowie die Großeltern mütterlicher Seits ganz gesund.

Unser Kranker (siehe ärztl. Zeugniß) hatte außer mehreren exanthem. Krankheit wie alle seine Geschwister Neigung zu [...] mit heftigen Anfällen, kalte foment[ationen]. auf den Hals halfen. In der Elementarschule wie am Gymnasium war er sehr guter Schüler, aber etwas Eigenartiges, Abgesondertes, Reiferes war schon von Jugend auf bemerkbar. Seit 2 Jahren leidet er an Pollutiones nocturnae, früher, besonders letzten Herbst u. Winter sehr stark, jetzt weniger. Diese verstimmten sehr, nahmen alle Lebenslust, er trug sich mit Selbstmordgedanken, schleppte sich letzten Winter noch in der Klasse fort. Im Januar d. J. erlitt er die Operation der Phimose (siehe Zeugniß), eine sehr heftige Nachblutung in der Nacht, die ärztl. gestillt werden mußte, erschöpfte noch mehr. Im Febr. d. J. nach der Heilung (der Erfolg sey ein günstiger gewesen, weniger

Pollutionen, keinen Schmerz bei den Erectionen mehr u. weniger Rückenschmerz) kam er zu einem Freunde auf die Hofdomäne Ammern⁶⁵⁸, nachdem er dorthin einen Spaziergang gemacht, u. gleich dort blieb, um der Qual, ins Gymnasium gepreßt zu werden, was der Vater mit aller Vehemenz u. körperlichen Zwang durchsetzen wollte, zu entgehen.

In Ammern blieb er bis Ende d. M. September. Er sollte wieder mit Gewalt ans Gymnasium, er versuchte es auch 2 Tage wieder, bis er erklärte, es gehe absolut nicht, er könne nicht lernen, lieber ergreife er ein anderes Fach, am allerliebsten gehe er fort von Hause.

Prof. Liebermeister erklärte ihn für krank, melancholisch u. rieth zu uns hieher, was Vater u. Sohn um so lieber ergriffen, als der schlimme Fall A. S. v. Urach ihnen bekannt wurde.

Folgte seinem Vater heute munter hieher, u. verspricht wenigstens die Kurzeit v. 1/4 J. ein zu halten.

Er ist groß, rotwangig, nicht unintelligent, lacht ein wenig zu viel, hat große Freude an Naturstudien u. körperl. Arbeit, Landwirtschaft, die er auf seiner Domäne unter sehr guter Leitung des dortigen Domänenpächters Topfer, der leider während des Aufenthalts Carls plötzlich starb, was dem Jungen zusetzte, mit Lust betrieben hatte.

Habe guten Appetit, Schlaf u. Stuhlgang, habe zuweilen Kopfweg, Druck auf den Scheitel.

Zwei Hautnarben am rechten Stirnbein von Fällen auf den Kopf, sowie 2 Narben am Scheitel zeugen von 5 solchen Kopfwunden, die er als wilder Knabe sich zugezogen, u. wegen jener am Stirnbein (ohne Verletzung des periosts u. ohne meningitis) genäht werden mußten.

Fortsetzung der Krankengeschichte in der Handschrift Dr. Robert Binswangers

⁶⁵⁸ Heute: Ammerhof, zw. Tübingen und Unterjesingen, am nördlichen Spitzberghang zwischen Tübingen und Unterjesingen gelegen, gehört zu den alten Siedlungsplätzen im Ammertal. Das Gut ist heute im Besitz des Herzogs von Württemberg.

Pat. in den ersten Tagen sehr lebhaft, exaltirt, schwatzt sehr viel, durcheinander, bald von seinen Naturstudien (trägt allerhand Steine u. Muscheln zusammen), bald fragt er Louise, ob sie Englisch könne, was ihm jedenfalls wenig geläufig. Macht ein großes schwülstiges Gedicht auf Schwägerin Lieschen, spielt wild Klavier u. singt morgens um 4 Uhr zum Fenster hinaus.

Ist stark congestioniert, große Pupillen. Heiser vom vielen Reden.

Den 30 ten morgens ruhig, nachdem er gut geschlafen.

27 November. Pat. ist etwas ruhiger geworden. Allein immer noch erregt u. vor Allem unstät in seinem Thun u. Denken. Er bleibt bei keiner Arbeit u. an keinem Orte, man sieht ihn immer umher schwirren. Er ist voll von Plänen u. Entwürfen. Bald will er jus studieren, bald Entdeckungsreisen in Afrika machen. Er spricht noch sehr viel, spricht gern mit fremden Leuten u. knüpft Bekanntschaften an. Er ist sehr vorlaut, erscheint dadurch unpolirt u. frech. Schreibt gern Briefe, bald französisch, griechisch. Es fehlt ihm an Constanz in jeder Beziehung. Er erkennt seinen Zustand gut, verspricht, sich zusammen zu nehmen, allein es fehlt ihm an Kraft.

Einzig die Einkäufe hat er gelassen. In körperl. Beziehung ist er sehr kräftig. Alle Funktionen u. der Schlaf geregelt.

Dokument Nr. 443/2

Brief der Mutter des Patienten an Dr. Ludwig Binswanger

Tübingen, d. 28.Okt.77

Geehrter Herr Doktor!

Nach soeben glücklich erfolgter Ankunft m. I. Mannes trifft ein Telegramm von Karl ein: „Ueberzieher gekauft 50 M.“

Wir erachten es nun für nöthig, Sie davon in Kenntniß zu setzen, nicht wissend, ob es mit Ihrem Wissen geschehen ist, in welchem Fall wir natürlich ganz damit einverstanden sind, da Karl einen nöthig hatte, u. bitte ich Sie freundlich, den Betrag gefälligst auszulegen, wir befürchten beinahe, daß es Karl für sich gethan hat, u. überlassen wir es in diesem Falle ganz Ihrem Ermessen, Karl darüber zu Rede zu stellen u. zur Vermeidung ähnlicher Einkäufe die geeigneten Maßregeln zu treffen.

Wie Ihnen mein I. Mann gestern mitgetheilt hat, hatte Karl bei Beginn seiner Krankheit große Neigung zu allerlei Einkäufen.

Entschuldigen Sie meine Freiheit, Sie heute schon mit einigen Zeilen belästigt zu haben, durch die obwaltenden Verhältnisse, und indem auch ich unser I. Kind Ihnen auf das wärmste empfehle, verharre ich mit den freundlichsten Grüßen auch von m. I. Mann.

Ihre ergebene,

Louise R.

Dokument Nr. 443/3

Philosophische Gedanken des Patienten

28.10.1877

Gedanken am Sonntag Morgen

Es gibt heutzutage viele Menschen, welche von Gott, Religion und Religiosität nichts wissen wollen. (religio von relegere nach Cicero, die wiederholte Lesung, u. dadurch Einprägung der librorum sacrorum; nach dem Kirchenvater Tertullianus von „religare, an etwas binden“ wurde religio das Gebundensein an religiöse Normen, die sacra bei den Römern, ἀληθῶς⁶⁵⁹ bei den Griechen, das Gesetz u. die Propheten bei den Israeliten, die heilige Schrift bei den Christen bezeichnen.

Religiositas, die Bethätigung der religio im Leben, d.h. im Betragen gegen Mensch u. Gott, sowohl in innerlicher als in äußerlicher ritueller Hinsicht.

Um nun hierin ein Urtheil sich bilden zu können, müssen wir ad priorem fragen, wissen die Betreffenden wirklich re vera au fait nichts von Religion oder wollen sie nichts davon wissen?

D.h. mit anderen Worten ist ihre Arreligiosität ein Produkt mangelhafter Bildung u. Erziehung, oder ein Mangel an dem Willen, religiös zu sein; außerdem bleibt noch übrig, daß die Betreffenden aus Überzeugung nichts glauben können, oder rectius dictum, nichts glauben zu können wännen, oder als viertes u. letztes, daß sie wohl Glauben haben, ihn jedoch nicht frei zu bekennen wagen.

⁶⁵⁹ ἀληθῶς [alethōs]: wahrhaftig, wirklich

Dokument 443/4

Brief des Vaters des Patienten an Dr. Ludwig Binswanger

Tübingen 4/11/1877

Geehrter Herr Doctor!

Empfangen Sie zuerst meinen besten Dank für Ihre freundlichen Zeilen, woraus ich zu meiner Beruhigung ersehe, daß Carl in seinem aufgeregten Zustande wenigstens folgsam u. bescheiden ist u. Ihnen hiedurch Ihren Beruf nicht erschwert.

Heute muß ich Sie nun wieder mit einigen Zeilen belästigen, indem Carl uns eben in einer Karte mittheilt, daß er nun sich nach einem „guten feinen Winteranzug“ umsehen müsse; diese Mittheilung scheint mir von ihm alleine auszugehen u. zeugt wieder von großer Erregtheit; denn nach meinem Dafürhalten ist Carls Garderobe durch den neuen Paletot vorderhand complett, möchte ich Sie nun ergebenst bitten, Carl hievon zu überzeugen, jedoch mit der Zusicherung, dass, wenn Sie, geehrter Herr, es für zeitgemäß halten, ich für Beschaffung eines Anzuges sorgen werde.

Von meiner Antwort an Carl will ich für heute Umgang nehmen, nicht zweifelnd, daß er sich bei seiner gewohnten Bescheidenheit zufrieden geben wird.

Empfangen Sie nun mit der Versicherung meiner Hochachtung meine besten Empfehlungen.

Ihr Ergebener

C.F.R.

Dokument Nr. 443/5

Brief des Vaters des Patienten an Ludwig Binswanger

Tübingen 28. Novbr.1877

Geehrter Herr!

Ich schätze Sie im Besitze meiner Baarsendung vom 26 Oct. und komme erst heute dazu, Ihnen für Ihre 2 geehrten Schreiben meinen besten Dank zu sagen.

Es war mir sehr erfreulich, aus ersteren eine Besserung in Carls Zustand erfahren zu haben, allein ich konnte mich dieser Freude nicht ganz hingeben, weil mich einige Briefe von Carl, die er wohl Ihrer Durchsicht zu entziehen wußte, auf eine gesteigerte Erregtheit schließen ließen, wenn gleich der Brief an Herrn Rector Bauer und der französische an mich sehr ruhig u. klar gehalten waren.

Ihre werthen letzten Zeilen nun bestätigen meine Vermuthungen und war mir deren Inhalt nicht überraschend und doch ist es für mich einiger Maßen beruhigend, zugleich wenigstens eine Aussicht auf eine Besserung daraus vernehmen zu dürfen; nicht minder beruhigend ist für mich das Bewußtsein, daß Carl sich in Ihrem verehrten Hause so heimisch u. glücklich fühlt. Bezüglich der Gymnasiumsfrage habe ich bereits von Herrn Rector Bauer Kenntniß erhalten, beruhigte mich jedoch, vollkommen überzeugt, daß Carls Vorgehen hierin ein verfrühtes war, u. Sie, geehrter Herr, diese Frage zur richtigen Lösung bringen werden, wie ich Ihnen überhaupt zu allen in Carls Interesse zu treffenden Maßregeln meine volle Zustimmung gebe.

Was nun meinen Besuch auf Weihnachten betrifft, glaubte ich von demselben Umgang [sic!] nehmen zu können, werde denselben aber natürlich zur Ausführung bringen, wenn Sie es für angezeigt halten, und bitte Sie mir um gef. Mittheilung.

Für gef. zeitgemäße unerwiderte Benachrichtigungen über Carls Befinden werden wir Ihnen immer dankbar sein, indem namentlich meine liebe Frau einen großen Werth darauf legt.

Empfangen Sie nun, geehrter Herr Dr., mit den besten Empfehlungen an Ihre werthe Familie, auch seitens meiner I. Frau, die Versicherung meiner ganzen Hochachtung.

Ihr ergebener

C.F. R.

Es dürfte Ihnen vielleicht von Werth sein, zu wissen, daß ein gewisser Herr O. mit welchem Carl erst bekanntgeworden zu sein scheint, durch seine Erlebnisse in Afrika etc. Carls Phantasie stark erregt, und dürften seine Pläne vielleicht hierin Nahrung finden.

Dokument Nr. 443/6

Brief der Mutter des Patienten an Dr. Ludwig Binswanger

Tübingen, 30. Nov. 77

Geehrter Herr!

Da mein I. Mann durch die Erlebnisse der letzten Tage sich heute unwohl fühlt, werden Sie mir gestatten, an seiner Stelle einige Zeilen an Sie zu richten, um Ihnen zunächst die beruhigende Mittheilung zu machen, daß Karl gestern Abend wohlbehalten hier angekommen ist.

Wenn wir auf Ihr gef. Telegramm v. mittwoch Abend ganz beruhigt sein konnten, können Sie sich die Ueberraschung denken, als wir Donnerstag früh von Markelfingen aus das Entweichen Karls teleg. vernommen haben; mein I. Mann reiste sofort ab, um ihm soweit es die Kreuzungen der Züge erlaubten, entgegenzugehen, u. statt nach Hause, wenn irgend möglich, mit Karl nach dorten zurückzukehren. Dieser Plan aber mißlang leider vollständig, u. werden wir nach dem Gebahren Karls viel Mühe haben, denselben zur Rückkehr zu bestimmen, und ist der Zweck meiner Zeilen hauptsächlich, Sie, verehrter Doktor, freundlich zu bitten, uns gefälligst mitzutheilen, ob Zwangsmaßregeln zu ergreifen wären, u. wie wir uns in dieser Sache zu verhalten haben.

Karl ist heute sehr aufgeregt, für einen freundlichen Zuspruch ganz unzugänglich, u. fühlt sich durch Verleumdungen tief gekränkt, u. dieß umso mehr, als er behauptet, daß Sie, geehrter Herr, ihm Ihr Vertrauen theilweise entzogen hatten, wir erblicken auch hierin eine krankhafte Idee u. werden durch Ihre frdl. Zeilen, welche wir soeben erhalten, in unserer Auffassung der Sache nur bestärkt.

Wir sind natürlich in großer Sorge u. sehen deßhalb der Ertheilung Ihres gefälligen Rathes in thunlichster Bälde mit Spannung entgegen, wohl einsehend, daß jeder Tag Verzögerung von Nachtheil sein muß.

Unter den freundlichsten Empfehlungen von m. I. Mann verharre ich mit aller Verehrung.

Ihre ergebene

Louise R.

Dokument Nr. 443/7

Brief des Patienten an Louise Binswanger

Bell. 30/11.77

Liebe u. verehrteste Fräulein Louise Binswanger!

Erlauben Sie mir in wenigen Worten Ihnen, verehrtes Fräulein, als demjenigen Menschen, zu dessen ganz unbefangenen u. unpartheischen weder für mich noch andere eingenommene gesunden Urtheilssinn und -Willen ich Unglücklicher das größte Vertrauen habe, den Grund meiner heimlichen und schnellen Entfernung aus dem nur hauptsächlich auch durch Ihre Liebenswürdigkeit so theuer gewordenen Bellevue wenigstens anzudeuten, damit ich wenn nicht vor der Welt, die bald von mir und meinem traurigen und schaurigen Schicksal reden wird, so doch von Ihnen, liebe u. verehrte Frl. Louise, deren Urtheil mit meinem guten Gewissen verbunden wird, so lang ich noch lebe, das Urtheil der Welt gleichgültig erscheinen lassen und auch noch, bei meinen, – wenn mich der gnädige Gott, die Liebe zu meiner Familie und meine trostlosen Seele als Rettungengel vom Himmel gesandte theure u. verehrte Person Frl. Louise Binswanger nicht noch vom Rande des tiefen Abgrundes zurückreißen (was ich doch noch hoffe u. im brünstigen Gebet erflehe) gewaltsamen Tod durch eigene Hand trösten, [...] u. nicht wird gerechtfertigt und unschuldig dastehe. Mit einem Wort, der Grund meiner Entfernung ist Verleumdung und der Glaube Ihres werthen Herrn Vaters an die Worthe der Verleumder!

Für heute (wolle Gott! Nicht für ewig) Adieu und Lebe wohl.

Ihr unglücklicher

C.R.

Dokument Nr. 443/8

Brief des Vaters des Patienten an Dr. Ludwig Binswanger

Tübingen 3/12.1877

Verehrtester Herr Doctor!

Im Besitze Ihrer freundlichen Zeilen vom 1. ds. beeile ich mich Ihnen weitere Mittheilungen zu machen u. muß ich zu meinem aufrichtigen Bedauern Ihren eigenen Rath zu Grunde legen, von einer Rückverbringung Carls in Ihre verehrte Familie abstehen, indem er selbst bei ruhiger Stimmung sich mit einer Beharrlichkeit dagegenstemmt, die nur durch die äußersten Zwangsmaßregeln zu bewältigen u. nach Ansicht der zur Berathung beigezogenen 3 Hn. Aerzten deßhalb unthunlich wäre.

Bei aller Verehrung, welche Carl Ihrer ganzen werthen Familie zollte, beharrt er eben darauf, daß ihm namentlich von einem gewissen vor etwa 14 Tagen aufgenommenen Kranken vom ersten Tage an beleidigende Ausdrücke zugeworfen wurden und es ihm sehr wehe gethan habe, daß Herr Doct., statt seine Rechtfertigung entgegenzunehmen, ihn in ganz ungewohnter, scharfer Weise zurückgewiesen habe mit den Worten: „Gehen Sie, Ihnen glaub ich gar nicht mehr“ und eine weitere Äußerung, „Carls Krankheit bestehe darin, daß er ein verzogenenes Söhnchen sei.“

Ich führe diese 2 Punkte nur auf Carls besondern Wunsch an, ohne auf eine Beurtheilung weiter anzugehen.

Am bedauerlichsten für uns ist, daß Sie, geehrter Herr Dct., angesichts meines warnenden Telegramms, wenn auch nur aus freundlicher Schonung für Carl, denselben einer so sehr angezeigten strengeren Überwachung entzogen haben. Es ist nur durch Gottes gnädige Bewahrung ein fürchterliches Unglück verhütet worden, allein neben dem, daß Carl nun wieder bis zu seiner Unterbringung in einer anderen Anstalt uns wieder neue Sorgen macht, verursacht uns diese ohne unsere Schuld gekommene Unterbrechung einen sehr empfindlichen materiellen Schaden.

Ich habe Ihnen nun nur noch für die unserem unglücklichen Sohne erwiesene Liebe zu danken, und die ergebene Bitte an Sie zu richten, für möglich rasche Rücksendung seiner sämtl. Affekten u. Papiere besorgt zu sein und mir eine Abrechnung unter billiger Berücksichtigung der Umstände zuzustellen.

Mit den freundlichsten Empfehlungen

Ihr ergebener

C.F.R.

Dokument Nr. 443/9

Brief des Vaters des Patienten an Dr. Ludwig Binswanger

Tübingen 18 Decbr. 1877

Geehrter Herr Doktor!

Erst heute ist es mir möglich, Ihnen für Ihre freundlichen Zeilen recht herzlich zu danken, nachdem ich Ihnen über Karl etwas Bestimmtes mittheilen kann.

Ihre Vermuthung, es werden schwere Tage für uns kommen, hat sich leider nur zu bald bestätigt, äußerte sich Karls Krankheit nach einer großen Aufregung vor acht Tagen in einem tobenden Anfall, welcher eine sofortige Verbringung nach Schussenried bedingte, da Herr Obermedicinalrath seine Aufnahme in Winnenden aus Rücksicht für meine Schwester nur sehr ungern gestaltet hätte.

Karl wurde einige Stunden vor seiner Abreise wieder ganz ruhig, setzte derselben nicht den geringsten Widerstand entgegen u. ist nach heute eingelaufener Nachricht bis jetzt ganz munter und scheint sich gut einzugewöhnen. Wir sind froh, ihn in guter Pflege u. Obhut zu wissen, u. wollen eben das Beste hoffen.

Den Inhalt Ihres Geehrten nicht weiterberührend, möchte ich Sie nur versichern, daß ich überzeugt bin, daß Sie, geehrter Herr, bezüglich unserer Abmachung, mein Interesse möglichst wahren, u. bemerke Ihnen besonders, dass ich mit der Gratification für Ihre Dienstboten ganz einverstanden bin.

In Beantwortung der zuletzt erhaltenen freundlichen Zeilen von Ihrem Herrn Sohn wäre ich Ihnen für geff. Übersendung eines Krankenberichtes sehr dankbar, da sich unser Hausarzt sowohl als auch Herr Dr. Gaertner dafür interessieren.

Bezüglich Karls Effecten habe ich in der Hauptsache Alles in Ordnung gefunden, vermißte jedoch neben ½ Dz. Hemdkragenwaren gerade nicht viel gelegen, 5 leinene Handtücher mit G.S. gezeichnet, u. wäre ich Ihnen sehr dankbar, wenn ich dieselben durch Ihre gütige Vermittlung wieder erhalten könnte, vorausgesetzt, daß es Ihnen nicht zu viel Mühe verursacht.

Wenn es bei Karl ordentlich geht, wird er Ihnen wahrscheinlich selbst Nachricht geben u. empfehle ich mich Ihnen für Heute mit aller Hochachtung.

Ihr ergebener

C.F.R.

7.2 Unveröffentlichtes Manuskript eines Vortrags Dr. Robert Binswangers

Dokument Nr. UAT 443a/304, undatiert

Die Hysterische Melancholie.

Meine Herren!

Es ist eine entschiedene Thatsache, daß die Fortschritte, welche die Psychiatrie in der Erforschung des Gehirnbaus u. in der Hirnphysiologie genommen hat, nicht gleichen Schritt halten mit den Errungenschaften der klinischen Forschung. Der Enthusiasmus, mit welchem die neuen anatomischen Entdeckungen seit Meynerts Auftreten begrüßt wurden, drängte das Interesse für das klinische Detail in den Hintergrund. Und doch bedarf es auch einer wesentlichen Sichtung des klinischen Materials. Den emsigen Fleiß, welche die innere Medizin entwickelt, um große Krankheitsgruppen wie den Morbus Brighti, die Lungenphthise[!], in einzelne geschlossene Krankheitsbilder zu zerlegen, findet man nur vereinzelt in der psychiatrischen Disciplin.

Es gibt kein besseres Criterium für die Sicherheit irgend eines Fortschritts, welchen eine medicinische Spezialität macht, als daß er sofort Gemeingut aller Ärzte wird. Ich brauche Sie nur an die antifebrile Methode in der inneren Medizin u. die antiseptische in der Chirurgie erinnern! Welchem Umschwung in der pathologischen Auffassung verdanken diese Methoden ihre Entstehung!

Haben wir in der Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten bedeutende erkenntniß theoretische Umwälzungen zu verzeichnen, welche in alle ärztlichen Kreise gedrungen wären? Vielleicht eine einzige! Ich frage vielleicht, weil sie entschieden nicht allgemein acceptiert ist. Es ist dies die Lehre vom no-restraint.

Wenn ich also behaupte, daß die Psychopathologie hinter ihren Nachbarn zurückgeblieben ist, z.B. gerade hinter der Neuropathologie, so wird es wohl am Platze sein, deren Entwicklung ganz nachzuspüren u. das Gute daraus nachzuzahlen. Dieses Gute liegt, wie ich bereits erwähnt habe, darin, daß andere klinische Disciplinen sich bemühen, einzelne sichere Krankheitsbilder zu gewinnen u. die Mühe nicht scheuen, jedes einzelne Krankheitssymptom zu studieren u. zu verwerthen. In der großen Gruppe der „Melancholie“ z.B., in welche ich heute, m[eine] H[erren], eintreten möchte, lassen sich gewiss manche Formen, trotz der bis heute von den Autoren geschehenen Sichtung, noch abscheiden. Wie wichtig, m[eine] H[erren], es auch für den practischen Arzt ist, diese einzelnen Formen kennen zu lernen, dies möchte ich ihnen in Folgendem zu zeigen versuchen, indem ich eine einzige herausgreife, auf welche ich in den letzten Jahren aufmerksam geworden bin, u. welche sich puncto Diagnose, Prognose u. Therapie vollständig von anderen dieser großen Species vollständig von anderen unterscheidet. Als Motto erlaube ich mir dieser Krankheitsform einen Satz aus der Therapeutik eines viel beschäftigten englischen Arztes Sydney Ringers⁶⁶⁰ voranzustellen, welcher als Nicht-Psychiater folgende sprechend richtige Beobachtung gemacht hat. Er sagt: „Es gibt eine Gruppe von Erscheinungen, die namentlich bei Frauenzimmern zur Beobachtung kommen, besonders in Städten. Die Kranke ist im Allgemeinen sehr ‚nervös‘, verzagt und fühlt sich zuweilen so, als wenn sie sterben müsste. Dabei ist sie höchst erregt, unfähig ihre Aufmerksamkeit bei etwas festzuhalten, gegen Geräusche sehr empfindlich, der Schlaf ist schlecht, durch beängstigende Träume unterbrochen. Dieser Zustand kann die Folge von Überanstrengung oder Beschäftigungsmangel, von Kummer, Sorge, oder zu langem Aufenthalte in der Stadtluft sein.“- Verfolgen wir nun ein solches Krankheitsbild im Einzelnen.

Ich stelle Ihnen eine junge Frau vor von 29 J[ahren], welche im elterlichen Hause in sehr guten Verhältnissen erzogen u. vielleicht auch verzogen wurde. Sie hatte zu viel freien Willen u. zu wenig anhaltende Thätigkeit. Sie ist sehr begabt u. besitzt sehr gute Charaktereigenschaften, hat sich körperlich gut entwickelt, zeigt einen heiteren Sinn. In der Familie scheint von väterl[icher] und müt-

⁶⁶⁰ Ringer, Sydney: Sydney Ringer's Handbuch der Therapeutik, Stuttgart 1877.

terl[icher] Seite Anlage zu Neurosen u. diesen verwandten Zustände vorhanden zu sein. Der Vater leidet an nervösem Herzklopfen. Die Mutter hat einen hypochondrischen Zug u. liest mit Vorliebe in populär-medicin[ischen] Schriften. Diese Kranke entwickelte diesen Hang ebenfalls schon frühzeitig u. grübelte viel über Gesundheitszustände nach. Sie verheirathet sich im 21ten Jahr sehr glücklich, macht in der Folge 2 normale Wochenbetten durch. In der Erziehung der Kinder sucht sie möglich viel hygienische Grundsätze zu verwerthen, die sie sich aus Bock⁶⁶¹ u. Klencker⁶⁶², wie diese vermeintlichen Wohlthäter der Menschheit Alle heißen, zusammengestellt hat.

Auch sich selbst behandelte sie nach diesen Büchern, bald an diesem, oder jenem kleinem Uebel. Seit einigen Jahren zog sie sich von öffentl[ichen] Vergnügungen zurück, Konzerten etc., da der Zusammenfluß vieler Menschen ihr Herzklopfen verursache.

Ende Februar 78 stirbt eine Cousine der Kranken, mit welcher sie sehr liirt war. Seit diesem Zeitpunkt macht sich bei ihr das Gefühl geltend, resp[ective] die Ahnung, daß es auch ihr bestimmt sei, bald zu sterben. Sie kann sich von diesem Gedanken nicht mehr frei machen, sondern bestärkt sich noch darin durch zufälliges Aufschlagen von Bibelversen, durch Vereinigung der verschiedensten Zufälligkeiten, die sie stets als Vorbedeutungen betrachtete. Sie zieht sich immer mehr von der Außenwelt zurück, wagt sich in der letzten Zeit nicht mehr ohne Begleitung des Mannes in Gesellschaft, indem sie sich beständig mit dem Gedanken quält, sie wisse nicht mehr, was sie sagen solle, u. wenn sie etwas gesagt habe, so sei sie darüber verwundert u. erschrocken. In Gesellschaft wird sie mehr u. mehr zerstreut, folgt keinem Gespräche mehr, sondern grübelt für sich.

Sie vernachlässigt alle ihre Pflichten als Mutter u. Hausfrau. Pat[ientin] magert ab, fühlt sich körperlich elend, leidet an Schlaflosigkeit, vermehrter u. verstärkter Herzaction, starker Verstopfung, welche übrigens schon Jahre lang dauert. Alle Organe des Körpers sonst gesund, kein Genitalleiden vorhanden. Außer den Zwangsideen des Sterbens auch vereinzelt Zwangs[...] an der Kranken

⁶⁶¹ Bock, Karl Ernst: Das Buch vom gesunden und kranken Menschen, Leipzig 1875.

⁶⁶² Klencke, Hermann: Hauslexikon der Gesundheitslehre für Leib und Seele. Ein Familienbuch, Leipzig 1872.

sichtbar. Greift z. B. stets an die Nase, stützt den Thorax mit den Händen bei der Athmung. Dies war der Verlauf der Krankheit bis Ende Juni. Es traten Erregungszustände auf in Folge von Angstgefühlen. Herzaction zwischen 120 und 170 mit Neigung zur Ahythmie. Pat. consultirt einen Homeopathen u. glaubt nachher, die unrichtigen Mittel erhalten zu haben, was sie sehr aufregt.-

Im Juli reist Pat[ientin] mit ihrem Mann ins Gebirge. Remission der Erscheinungen. Mit Eintritt der Periode Exacerbation.

Auf einem höher gelegenen Kurort steigt die Erregung. Absolute Hoffnungslosigkeit, Schlafmangel, beständige Todesfurcht auf Grund starker subjektiver Schwächegefühle.

Rückkehr nach Hause. Pat[ientin] hat allmählig der ganzen Familie sowie dem behandelnden Arzte die Ueberzeugung beigebracht, daß sie sterben werde. Sie lässt ihren Mann nicht mehr eine Minute von ihrem Bette weg u. hält ihm krampfhaft die Hand, nimmt von Allen Abschied, kurz, die Tragik hat ihren Höhepunkt erreicht. Immerhin wird noch ein Psychiater consultirt, welcher die sofortige Unterbringung der Kranken in unser Asyl anordnet. Die Reise geht gut vonstatten.

Status praesens: Schlanke, große Frau mit leidendem Gesichtsausdruck aber gesunder Färbung, mager, Lungen ziemlich kräftig. Puls klein, beschleunigt. Klagt mit großer Dialektik über ihr Hinsiechen. Der Homeopath hätte bei ihr eine Gesichtsnervenerschlaffung constatirt. Diese Nerven kämen aus dem Hinterkopf u. dort säßen die Gesichtsschmerzen. Die zum Herzen gehenden Nerven seien erschlafft u. daher werde dasselbe bald stillstehen. Schlaf zeigt sich sehr gestört, Appetit gering. Verstopfung hochgradig. Angstanfälle häufig. Der Intellekt ganz frei. Keine Spur von geteiltem Bewusstsein. In einem solchen Angstanfall weiß Pat. am 3ten Morgen, als ihr Mann verreist, zu entkommen. Setzt sich in die Bahn und springt, als sie den Mann dem Bahnhof entgegen kommen sieht, aus dem schon rasch im Gange befindlichen Zug, zum Glück ohne sich Schaden zu thun.-

Bevor ich, m[eine] H[erren], dazu übergehe, Ihnen den weiteren Verlauf u. die Therapie zu schildern, welche wir dem vorliegenden Krankheitsfall gegenüber

einschlügen, lassen Sie mich einen Rückblick werfen auf die verschiedenen Erscheinungen u. dieselben zu einer genaueren Diagnose zusammenfassen.

Der Hauptzug im Krankheitsbilde ist eine schmerzlich traurige Verstimmung, eine Depression, welche mit ihrem Einsetzen auch sofort in der von sehr contemplativen Kranken die Wahndee erzeugt, dass sie unheilbar krank resp[ektive] dem nahen Tode verfallen sei. Das ganze Fühlen u. Vorstellen der Kranken bewegt sich auf dem Gebiete der gestörten Gemeingefühlsempfindung u. gibt der Wahndee die oben angeführte expansive Kraft.

In dieser Erscheinung ist der Grundzug der so genannten einfachen Melancholie gegeben mit vorwiegend hypochondrischem Gepräge. Die Melancholie ist, wie sie sich bei dem Eintritte der Kranken in das Asyl praesentiert, eine acute zu nennen. Die Äußerungen der Verzweiflung, die Angstparoxysmen, die begleitenden somatischen Störungen, wie die hochgradige Schlaflosigkeit, die Alterationen in der Gesamternährung, sichern ihr diesen Character. Allein, dieser Melancholie fehlt doch ein wesentliches Moment, dies ist die Hemmung der psychischen Bewegungen, die Hemmung der psychischen Verrichtungen. Während die typisch acut Melancholische geistig gebunden ist, wenig spricht – ich sehe hier ab von den episodisch auftretenden Agitationen –, auf Zureden kaum reagiert, kurz, den Eindruck der vollständigen Passivität macht, des tief schmerzhaften in sich Versunkenseins, so entwickelt unsere Kranke trotz ihres hochgradigen psychischen Hungers eine erstaunliche Dialektik, ein scharfes Raisonement, in dem sie den Arzt absolut überzeugen will, daß sie dem Tode nahe sei. Während die typische Melancholie in ihrer Acme keine Remissionen zeigt, die Passivität längere Zeit beibehält, sehen wir unsere Kranke in der Folge doch auf einige Stunden sich vergessen und der Außenwelt Interesse zu zeigen.

Die reine Melancholie bleibt dem Arzte gegenüber eben so theilnahmslos wie der übrigen Umgebung. Unsere Kranke empfindet eine Beruhigung in seiner Gegenwart und verlangt dieselbe mehr und mehr, sucht ihn für ihre Krankheit möglichst zu interessieren.

Sie will absolut die Anerkennung, in wie hohem Grade sie leidend sei. Sie betrachtet ihre Krankheit als unicum u. die Auffassung derselben, welche der ihri-

gen widerspricht, als unheilvolle Täuschung. Niemand hat je so gelitten wie sie, dies ist ihr Refrain. Puls, Herzschlag und Urin unterliegen einer genauen Controle bei d. Kranken. Hier wie dort der auffallende Stimmungswechsel, die peinlichste Aufmerksamkeit, mit welcher jede Regung im Körper beobachtet u. zu Gunsten der vermeintlichen schweren Krankheit ausgelebt wird. Willenlos überlassen sich d[ie] Kranken d[as] eine Mal den Stimmungen u. Affekten, d[as] andere Mal entwickeln sie unvorhergesehene, irgendeinem egoistischen Zwecke dienende Energie.

Wenn wir also die der typischen Melancholie charakteristische geistige Hemmung im vorliegendem Krankheitsbilde vermissen, wie wollen wir das Moment, welches an deren Stelle getreten, benennen? Ich glaube, m[eine] H[erren], daß wir mit der Bezeichnung des „Hysterischen“ wohl das Richtige treffen werden. Neben der Depression ist das psychische Verhalten unserer Kranken demjenigen, welches die eigentliche Hysterie zeigt, zumindesten sehr ähnlich. Unsere Kranke, welche nach dem Zeugnis ihres Mannes früher eine ganz mäßige Libido sexualis gezeigt hat, verlangte in einer Zeit, in der die Krankheit ihren Höhepunkt erreicht hatte, ganz wider ihrer Gewohnheit, den Coitus von ihrem Herrn Gemahl. In den ersten Tagen ihres Asylaufenthaltes berichten mir die Wärterinnen, dass die Patientin häufig die Hände an den Genitalien habe.

In einem anderen Krankheitsfall, der in diese Gruppe gehört, war eine Frau nach ihrer elften Geburt, welche sie in 15 Jahren durchgemacht, melancholisch erkrankt, mit generellen hysterischen Symptomen. Diese Patientin bestürmte ihren Mann derart wegen des Coitus, daß der behandelnde Arzt schon deshalb schleunigst die Entfernung der Patientin von Hause verlangte.

Derartige Beispiele könnte ich Ihnen noch mehrere anführen, ich gehe nun aber dazu über, Ihnen die Therapie der hysterischen M[elancholie] zu schildern, indem ich wieder an den Fall anschließe, den ich als Paradigma für unsere Spezies gewählt habe. Diese Therapie muß die bereits betonte Eigenartigkeit der Fälle, welche Ihnen eben noch, im Gegensatz zu der typischen Melancholie, ein gewisses Maß von ungebundener psychischer Bewegung sichert, benützen. Wenn Sie, meine Herren, einen echten Melancholiker vor sich haben, der ähnlich wie in unserem Fall unmotiviert sterben zu müssen glaubt, so werden Sie

seine Passivität sehen, ihn ruhig im Bette lassen und ihn überhaupt von der Gesellschaft fern halten. Seine psychische Hemmung entschuldigt alles. Bei der hysterisch Melancholischen werden sie aber im Gegenteil das Plus von freier Kraft, über welche sie verfügt, so viel wie möglich, auszunützen suchen. Der Widerstand, den Sie aber dabei finden, ist freilich enorm und äußert sich in Verzweiflungsausbrüchen, welche mich anfänglich stutzig machten, ob ich den rechten Weg eingeschlagen. Allein, die Heilung gelingt doch sofern, wenn das Vertrauen der Patienten gewinnen kann und sie vollständig von der Präsenz des Arztes abhängig macht. Der Wärterin selbst darf wenig Spielraum gegenüber der Kranken gegeben werden. Unsere Kranke, in der Wahndee, den folgenden Tag nicht mehr zu erleben, vernachlässigt sich äußerlich, schenkt Speis und Trank keine Aufmerksamkeit, will nicht zum Stuhl, vor allem klammert sie sich krankhaft an das Bett. Der Arzt hat also alle Mahlzeiten zu controlieren, die Kranke muss sich in seiner Gegenwart waschen, sie verlässt mit seiner Unterstützung das Zimmer und geht in den Garten. Er gibt ihr die nöthigen Mittel ein, kurz mit aller Entschiedenheit wird eine bestimmte Tagesordnung eingeführt. Alles mit Kampf! Tränen, Bitten, einschmeichelnde Liebenswürdigkeit und wieder Vorwürfe wechseln ab, um da und dort eine Konzession zu erlangen. Die Nächte werden bei unserer Patientin unter Anwendung von Kalium Bromatum und Bier, besser. Die Ernährung geschieht Anfangs besonders durch Milch. Hernach wird eine blande Diät damit verbunden. Gegen die hochgradige Obstipation helfen reichliche Irrigationen. Die früher erwähnte rasche Pulsfrequenz geht zurück unter dem Gebrauch von K[alium] Br[omatum] und warmer Bäder.

Während der regelmäßig eintretenden Periode bedeutende Exazerbationen der Erscheinungen. Regel profus. Während derselben wird dreitägige absolute Bettruhe beobachtet.-

Unter dem geregelten System der Erziehung und Abhärtung erholt sich die Kranke und verliert allmählig die Idee des Dahinsiechens und Sterbens.

Nach Verlauf von 8–10 Wochen, also gegen Ende Oktober, strebt sie wieder darauf, ins Leben zurück zu kehren. Es bleibt ihr freilich eine körperliche und geistige Erschöpfbarkeit, ein Daniederliegen ihrer früheren Lebenskraft, welche noch Monate erfordert, bis zum Verschwinden.

Im März '79 reist sie, mit einem Gewinn von gegen 21 Pfund K[ör]p[e]rgewicht, vollständig geistig frisch, nach Hause. Seitdem lebt sie dort sehr glücklich in ihrer Familie. Am liebsten möchten sie den Arzt an sich anketten. In seiner Gegenwart versiegen die Tränen, unmerklich kann er sie von ihrer Krankheit ablenken, nachdem er zu erst das Register aller möglichen und unmöglichen Symptome und damit zusammenhängende Klagen hat über sich ergehen lassen. Hätte unsere Kranke früher, in ihrer gesunden Zeit hysterische Symptome dargeboten, so wäre die Diagnose sehr einfach. Wir hätten es dann mit der bei Hysterischen so oft zu beobachtenden einfachen Melancholie zu tun, welche wohl am besten, den Namen die Melancholie bei Hysterischen oder die Melancholie auf hysterischer Basis verdienen würde. Dies ist nun nicht der Fall. Immerhin möchte ich nach dem oben angeführten den Ausdruck „hysterisch“ nicht missen u. also die Melancholie, welche früher bei nicht hysterischen doch mit hysterischen Symptome in die Erscheinung tritt, mit dem Namen der hysterischen Melancholie belegen.

Wie nun bei Hysterischen der Pferdefuß der sexuellen Begehrlichkeit, meiner Überzeugung nach, in den meisten Fällen herauschaut, so ist dies Phänomen auch bei den Kranken unseres genres, in den mir bekannten Fällen, stets so zu constatiren gewesen.

M.H. gestatten Sie mir, dass ich die weiteren Fälle, welche ich zur Hysterischen Melancholie gehörig beobachtet habe, zusammenfasse u. im Folgendem einige Punkte über diese Krankheit aufstelle.

1) Ätiologie. Bilden starke Gemüthsbewegungen das veranlassende Moment, so sind die von d. Krankheit Betroffenen meiner Erfahrung nach im Allgemeinen nervös veranlagt. Entsteht die Krankheit nach dem puerperium,- es ist dies eine wichtige Quelle- so braucht weder ein Hereditätsverhältnis noch eine Veranlagung vorhanden zu sein.

2) Symptomatologie. Ich verweise auf das bereits erwähnte. Ein Hauptgewicht möchte ich auf das Zwangsgewicht des Sterbens legen, welche der Krankheit ein charakteristisches Gepräge verleiht. Zu erwähnen ist noch, daß die typisch hysterische Symptom[atik] stets im Vordergrund stehe, daß sich aber kör-

per[ische] hyst[erische] Erscheinungen wie Klavus u. Globusgefühle, starke Hyperästhesien dazu gesellen können.

3) Prognose. Dieselbe ist nach meinen Erfahrungen eine gute. Die Krankheitsdauer beträgt im Minimo ein Jahr vom Beginne derselben angerechnet.

4) Therapie. Sie muß in erster Linie danach streben, den Kräftezustand zu heben also reichliche Ernährung nothwendig. Milchkur unterstützt dieselbe wesentlich. Ich habe die Reconvaleszenz nie eintreten sehen, bevor nicht das K[ör]p[e]rgewicht wesentlich gestiegen. Zur Beruhigung der Kranken in den ersten Anfängen kann ich Bromkalium, Bier und warme Bäder dringend empfehlen. Narkotika sind zu entbehren. Ein Hauptaugenmerk erfordert die bereits geschilderte psychische Behandlung.

8 Literaturverzeichnis

(Die in den Fußnoten verwendeten Kurztitel sind unterstrichen)

Ackerknecht, Erwin H.: Gudden, Huguenin, Hitzig. Hirnpsychiatrie im Burghölzli. 1868–1879. In: Gesnerus, 35. 1978. S. 66–78

Amann, Joseph: Über den Einfluß der weiblichen Geschlechtskrankheiten auf das Nervensystem. Erlangen 1874

Amrein, Josef: Wilhelm Griesinger. „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten“. In: Psychiatrie, 2002. S. 31–32

Baumberger, Hans Rudolf: Carl Liebermeister. Diss. Med. Zürich 1980

Binswanger, Ludwig: Anzeige [für die Eröffnung einer Privatanstalt für heilfähige Kranke und Pfleglinge]. In: Schweizerische Zeitschrift für Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe, 1856. S. 492

Binswanger, Ludwig [1850]: Bericht für das Jahr 1850 über die Thurgauer Irrenheil- und Pflegeanstalt in Münsterlingen. In: Schweizerische Zeitschrift für Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe, 1852. S. 198–232

Binswanger, Ludwig [1851]: Amtlicher Bericht für das Jahr 1851 über die Thurgauer Irrenheil- und Pflegeanstalt Münsterlingen. In: Schweizerische Zeitschrift für Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe, 1853. S. 1–36

Binswanger, Ludwig [1852-54]: Bericht aus der Kantonalirrenanstalt Münsterlingen während des Triennium 1852–1854, aus den jährlichen Amtsberichten im Auszuge mitgeteilt. In: Schweizerische Zeitschrift für Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe, 1855. S. 93–118

Binswanger, Ludwig [1855]: Bericht für das Jahr 1855 über den Gang und die Leistungen der Irrenheil- und Pflegeanstalt Münsterlingen. In: Schweizerische Zeitschrift für Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe, 1856. S. 394–414

Binswanger, Ludwig: Anzeige [für die Eröffnung einer Privatanstalt für heilfähige Kranke und Pfleglinge]. In: Schweizerische Zeitschrift für Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe, 1856. S. 492

Binswanger, Otto: Die allgemeine progressive Paralyse der Irren (Dementia paralytica). In: Dementia paralytica, 1906. S. 59–112

Binswanger, Robert: Über die Entstehung der in der Kindheit erworbenen halbseitigen Gehirnatrophie. Diss. med. Basel 1875

Binswanger, Robert: Behandlung der Abstinenz bei acuter Psychose. In: Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 20, 1891. S. 44

Binswanger, Robert: Wochenbericht von der 42sten Herbstversammlung des ärztl. Centralvereins in Olten. In: Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 21, 1891. S. 646

Binswanger, Robert: Bericht über die Jahressitzung des Vereins deutscher Irrenärzte in Leipzig. In: Neurologisches Centralblatt, Nr. 3, 1884. S. 453

Bleuler, Eugen: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin 1916

- Bleuler, Eugen: Zur Casuistik der Herderkrankungen der Brücke. Bern 1885
- Bock Karl Ernst: Das Buch vom gesunden und kranken Menschen. Leipzig 1875
- Bothien, Heinz [Hg.]: Belle-vue. Die Exilantendruckerei bei Constanz 1840–1848. Frauenfeld 1998
- Burkhart, Elisabeth: Ludwig Meyer (1827–1900) – Leben und Werk. Ein Vertreter der deutschen Psychiatrie auf ihrem Weg zur medizinisch-naturwissenschaftlichen Fachdisziplin. Diss. Med. Berlin 1991
- Degkwitz, Rudolf: Über den Wandel der Zwangsmittel und die Vermeidbarkeit ihrer Anwendung bei der Pflege psychisch Kranker. In: Der Nervenarzt, Nr. 11. 1952. S. 418–421
- Domeyer, Kaspar: Binswangers Privatklinik Bellevue 1886–1890. Diss. med. Tübingen 2004
- Doneith, Katja: Binswangers Privatklinik Bellevue 1881–1885. Diss. med. Tübingen 2008
- Dörner, Klaus: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt am Main 1975
- Ellenberger, Henry F.: Die Entdeckung des Unbewußten. Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von den Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung. Bern 1973
- Erster Bericht des Zürcher Hülfsvereins für Geisteskranke über das Jahr 1876. Zürich 1877
- Familienstiftung: Moses & Blümle Binswangersche Familienstiftung. Augsburg 1925
- Fischer, Amei: Binswangers Anstalt – Bellevue 1891–1895. Diss. med. Tübingen 2004
- Forel, August: Beiträge zur Kenntnis des Thalamus opticus und der ihn umgebenden Gebilde bei den Säugethieren. Zürich 1872
- Freud, Sigmund: Die Traumdeutung. Gesammelte Werke, Bd. II/III. Frankfurt am Main 1999
- Fröhlingsdorf, Bernwald: Die Entwicklung der Diskussion um die „Überbürdung der Kinder,“ Diss. med. Freiburg i. Br. 1973
- Geduldig, Cordula: Die Behandlung von Geisteskranken ohne physischen Zwang. Die Rezeption des Non-Restraint im deutschen Sprachraum. Diss. med. Zürich 1975
- Goltz, Dietlinde; Hirschmüller, Albrecht (Hg.): Niemals müßig. Symposion aus Anlass der Emeritierung von Professor Dr. Gerhard Fichtner am 19.12.1998 in Tübingen. Stuttgart, Horb 1999
- Griesinger, Wilhelm: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studirende. Zweite, umgearbeitete und sehr vermehrte Auflage. Stuttgart 1861
- Hager, Hermann: Hagers Handbuch der pharmaceutischen Praxis für Apotheker, Ärzte, Drogisten und Medicinalbeamte. Vollständig neu bearbeitet und herausgegeben von B[ernhard] Fischer und C[arl] Hartwich. Bd I und II.

Berlin 1900 und 1902

Hasse, Paul: Die Überbürdung unserer Jugend auf den höheren Lehranstalten mit Arbeit im Zusammenhange mit der Entstehung von Geistesstörungen. Braunschweig 1880

Hasse, Paul: Ueber den Einfluss der Ueberbürdung unserer Jugend auf den Gymnasien und höheren Töchterschulen mit Arbeit auf die Entstehung von Geistesstörungen. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 37. 1881. S. 532–558

Hartung, Ingeborg: Die Diskussion über männliche Hysterie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Diss. med. Tübingen 2005

Hegar, Alfred: Zur Castration bei Hysterie. In: Berliner Klinische Wochenschrift, 17. 1880. S. 365–367

Herzog, Max: Ludwig Binswanger und die Chronik der Klinik „Bellevue“ in Kreuzlingen. Eine Psychiatrie in Lebensbildern. Berlin, München 1995

Hirschmüller, Albrecht: Binswanger in der Schule bei Zeller. Ein Büchlein mit psychiatrischen Erfahrungen in Winnental aus dem Jahr 1850. In: 175 Jahre Heilanstalt Winnenden. Winnender Veröffentlichungen, 3. 2009. S. 101–128

Hirschmüller, Albrecht; Schäfer, Volker: Die Binswanger-Bestände im Universitätsarchiv Tübingen und ihre Erschließung. In: Goltz; Hirschmüller 1999. S. 38–54

Hitzig, Eduard: Über den Quärlantenwahnsinn. Seine nosologische Stellung und seine forensische Bedeutung. Eine Abhandlung für Aerzte und Juristen. Leipzig 1895

Hunnius, Kurt: Pharmazeutisches Wörterbuch. Berlin 2004

Israel, James: Ein Beitrag zur Würdigung des Werthes der Castration bei hysterischen Frauen. In: Berliner Klinische Wochenschrift, 17. 1880. S. 242

Jaffé, Aniela (Hg.): Erinnerungen, Träume, Gedanken von C. G. Jung. Aufgezeichnet und hg. von Aniela Jaffé. Zürich 1992

Jagella, Caroline; Isler, Hansruedi; Hess, Klaus: Constantin von Monakow (1853 bis 1930) Hirnforscher. Neurologe. Psychiater. Denker. In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 145. Supplementum I. 1994. S. 18–24

Jensen, Ellen: Streifzüge durch das Leben von Anna O. / Bertha Pappenheim. Ein Fall für die Psychiatrie – ein Leben für die Philanthropie. Frankfurt am Main: ztv, Abt. Leben – Freizeit – Hobby 1984

Jung, Joseph: Lydia Welti-Escher. Ein gesellschaftspolitisches Drama. Selbstzeugnisse, Briefe und neue Erkenntnisse. Zürich 2008

Kayser, Hans: Ludwig Meyer (1827–1900): Forscher, Lehrer und Begründer des „no restraint“. In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 158. 2007. S. 39–42

Kayser, Hans: Ludwig Meyer. Begründer des No-restraint. Kliniker, Forscher, Lehrer. Vortrag PUK Zürich vom 30.11.2005 [Manuskript]. 2005

Klencke, Hermann: Hauslexikon der Gesundheitslehre für Leib und Seele. Ein Familienbuch. Leipzig 1872

Krafft-Ebing, Richard von: Lehrbuch der Psychiatrie. 3 Bände. Stuttgart 1879

Kreuzlinger Mosaik. Berichte und Bilder aus Vergangenheit und Gegenwart. Hrsg. Vom Stadtrat aufgrund der vergriffenen Veröffentlichungen der Vereinigung Heimatmuseum Kreuzlingen im Jubeljahr 1991 (700 Jahre Eidgenossenschaft). Kreuzlingen 1991

Lallemand, Claude François: Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances. Paris 1830

Leist, Anton: Auguste Forel – Eugenik und Erinnerungskultur. Zürich 2006

Levinstein, Eduard: Zur Casuistik hysterischer Lähmungen. In: Berliner Klinische Wochenschrift. 4. 1867. S. 437–439

Lewandowski, M: Leyden. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 4. 1911. S. 1–9

Liebermeister, Carl: Über Hysterie und deren Behandlung. In: Sammlung klinischer Vorträge 236, Inn. Med. 82. Hrsg. V. Richard Volkmann. Leipzig 1883. S. 2139–2158

Meier, Rolf: August Forel 1848–1931: Arzt, Naturforscher, Sozialreformer. Eine Ausstellung der Universität Zürich. Zürich 1988

Mendel, Emanuel: Über Hysterie beim männlichen Geschlecht. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift. 10. 1884. S. 241–244

Mennel, Hans Dieter: Die Progressive Paralyse als Organerkrankung in Psychiatriegeschichte und Literatur. In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde, Band 5. Würzburg 1999. S. 173–185

Miklautz, Monika: Hysterisch oder liebeskrank? Die Übertragungsliebe bei Hysterikerinnen. München, Basel 1998

Moll, Albert: Der Hypnotismus, Berlin 1889

Moses, Annett: Das Tübinger Projekt zur Erschließung und Auswertung der Krankengeschichten des Binswanger-Archivs. In: Psychiatrie in Binswangers Klinik „Bellevue“. Diagnostik – Therapie – Arzt-Patient-Beziehung. Vorträge einer internationalen Tagung. <http://www.bsz-bw.de/cgi-bin/xvms.cgi?SWB10405617>. Tübingen 2002

Moses, Annett: Diagnosen und ihre Wandlungen – Entwicklungen psychiatrischer Therapie. In: Psychiatrie in Binswangers Klinik „Bellevue“. Diagnostik – Therapie – Arzt-Patient-Beziehung. Vorträge einer internationalen Tagung. <http://www.bsz-bw.de/cgi-bin/xvms.cgi?SWB10405618>. Tübingen 2002

Moses, Annett; Hirschmüller, Albrecht: Binswangers Psychiatrische Klinik Bellevue in Kreuzlingen. Das Asyl unter Ludwig Binswanger sen. 1857–1880. Frankfurt am Main 2004 (Marburger Schriften zur Medizingeschichte 44)

Möbius, Paul Julius: Über Hysterie. In Schmidts Jahrbücher. 199. 1883. S. 186–206

Mösli, Rolf: Krankenpflege und Personalgeschichte In: Aus der Geschichte der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Burghölzli Museum. Zürich 1989. S. 4–10

Mönkemöller, Otto: Ludwig Meyer. In: Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens. Hrsg. v. Theodor Kirchhoff. Berlin 1924. S. 75–82

- Mösli, Rolf: Sternstunden der pflegerischen Entwicklung im Burghölzli In: Punctuell. Sonderausgabe. 1870–1995, 125 Jahre. Zürich 1995. S. 29–32
- Nolte, Karen: Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900. Frankfurt, New York 2003
- Powers, Ellen F.: Beitrag zur Kenntniss der Menstrualen Psychosen. Diss. med. Zürich 1883
- Ritter, Hans Jakob: Von den Irrenstatistiken zur „erblichen Belastung“ der Bevölkerung. Die Entwicklung der schweizerischen Irrenstatistiken zwischen 1850 und 1914. In: *Traverse. Zeitschrift für Geschichte* 10. 2003. S. 59–70
- Rosenthal, Moriz: Klinik der Nervenkrankheiten. 1. Auflage. 1870
- Schott, Heinz; Tölle, Rainer: Magna Charta der Psychiatrie: Leben und Werk von Wilhelm Griesinger. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*, Nr. 4. 2006. S. 2–8.
- Schweizer, Sandra Josefin: Binswangers Anstalt „Bellevue“ 1866–1870, Diss. med. Tübingen 2000
- Seidler, Eduard; Hildburg Kindt: Die Überbürdung der Kinder als Problem der frühen Kinderpsychiatrie. In: *Gesnerus*, 30. 1973. S. 160–178
- Shorter, Edward: Geschichte der Psychiatrie. Berlin 1999
- Stäbler, Claudia: Binswangers Privatklinik Bellevue 1861–1865. Diss. med. Tübingen 2000
- Steinbrecher, Aline: Verrückte Welten. Wahnsinn und Gesellschaft im barocken Zürich. Zürich 2006
- Snell, Ludwig: Naturwissenschaftliche und ärztliche Standpunkte dem Unterrichtsweisen unserer Zeit gegenüber. In: *Tageblatt der 46. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden 1873*, Nr. 8, 1873. S. 90–93
- Sydney Ringer: Handbuch der Therapeutik. Stuttgart 1877
- Tögel, Christfried: „...und gedenke die Wissenschaft auszubeuten“. Sigmund Freuds Weg zur Psychoanalyse. Tübingen 1994
- Tölle, Rainer: Ludwig Wille – Kliniker und Reformpsychiater. In: *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 156. 2005. S. 29–34
- Verzeichnis der Vorlesungen an der Universität Zürich im Winter-Semester 1869/70. Zürich 1869
- Volkelt, Johannes: Ästhetische Zeitfragen. München 1895
- Walser, Hans H.: Zur Psychiatrie in der Westschweiz im 19. Jahrhundert. In: *Gesnerus*, 32. 1975. S. 182–191
- Weismann-Günzler, Stefanie: Binswangers Asyl Bellevue 1871–1875. Diss. med. Tübingen 2004
- Westphal, Carl: Besprechung des gegenwärtigen Standes der Non-Restraint-Frage in Deutschland. Referat über die Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 36. 1880. S. 631–653
- Wischnath, Johannes Michael; Bauer-Klöden, Irmela: „Beglücktes Haus, gesegneter Beruf“ – Die Binswangersche Heilanstalt Bellevue in Kreuzlingen im

Spiegel des Tübinger Binswanger-Archivs, (Werkschriften des Universitätsarchivs Reihe 2, H 17). Tübingen 2003

Wittern, Ursula; Hirschmüller, Albrecht: Medikamentöse Therapie psychisch Kranker in der Mitte des 19. Jahrhunderts: Der Arzneischatz von Ludwig Binswanger sen. in seinem „Asyl Bellevue“. Tübingen 2001

Wottreng, Willi: Die Millionärin und der Maler. Die Tragödie Lydia Escher und Karl Stauffer. Zürich 2005

Würthner, Julia Anne: Die Schweizerische Irrengesetzgebung Ende des 19. Jahrhunderts und der Fall La Roche. Diss. med. Tübingen 2007

Wyrsh, Jakob: Schweizerische Psychiatrie? In: Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 112. 1973. S. 487–520

Ziehen, Theodor: Hysterie. In: Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte. Bd. 11. 1896. S. 302–390

9 Verzeichnis der Archivalien

Binswanger-Archiv im Universitätsarchiv Tübingen

Signatur 441:

UAT 441/401–515 Die Krankenakten

Signatur 442:

UAT 442/2 Personale 2. Aufnahmebuch des Bellevue (1873–1877).

UAT 442/3 Personale 3. Aufnahmebuch des Bellevue (1877–1894).

UAT 442/51 Kopierbuch, Band 1

Signatur 443:

UAT 443/129 Bleuler, Eugen: Zum 28. XII. 1932. Rede von Herrn Prof. Bleuler

UAT 443/181 und 443/198 Briefe Robert Binswanger an Otto Binswanger, 1880 – 1906

UAT 443/197 Brunner, Conrad: Nachruf auf Dr. Robert Binswanger, Sep.-Abdruck aus dem Corr.-Blatt für Schweizer Ärzte, 1911, Nr. 12

UAT 443/198 Korrespondenz von Robert Binswanger

UAT 443/199 Kollektaneen zur Irrengesetzgebung

Ohne Signatur: Die Smidt'sche Diagnosenkartei

UAT 443/201 Binswanger, Robert: Zum 2.08.1901 Einweihung von Neu Bellevue, 1901

UAT 40 / 21 Nr. 37 Bürgschein Ludwig Binswangers seniors, Immatrikulations- und Abgangszeugnis Robert Binswangers 1872–1873

Signatur 443/148:

Binswanger, Robert: Karl-Stauffer-Bern. Eine psychiatrische Studie 1894: Sonderdruck aus der Deutschen Revue

Binswanger, Robert: Über die Erfolge der Suggestiv-Therapie, Separatabdruck aus den „Verhandlungen des XI. Congresses für Innere Medizin zu Leipzig. 1892.“ Wiesbaden 1892

Binswanger, Robert: Die Vorarbeiten zu einer schweizerischen Irrengesetzgebung, 1897

Familienarchiv Binswanger im Universitätsarchiv Tübingen

FAB (ohne Signatur) Tagebuch Jeanette Binswanger

FAB 12 Kurt Binswanger: Erinnerungen an frühe Zeiten. Rede vom 27. Juni 1969

FAB 21 TB 3 Tagebuch Ludwig Binswangers (Juni 1845 bis Dezember 1879). Transkription Gerhard Fichtner

FAB 22 Geheimes Finanz-Buch und testatorische Verfügungen (1848–1880). Transkription Gerhard Fichtner und Claudia Schöllkopf.

FAB 137 Ansprache Robert Binswangers bei der Einweihungsfeier von Neu-Bellevue am 2. August 1901 (gedruckt).

FAB 155 Smidt, Hermann; Binswanger, Robert: Prospekt, Februar 1887

FAB 304 Binswanger, Robert: Die hysterische Melancholie [ohne Datum], transkribiert von Daniela Meile

FAB 307 Binswanger, Robert: Manuskript einer Anstaltsbeschreibung [um1890], transkribiert von Kaspar Domeyer

FAB 308 Binswanger, Robert und unbekannter Autor: Manuskript einer Anstaltsbeschreibung, 1890, transkribiert von Kaspar Domeyer

FAB 309 Binswanger, Robert: Manuskript einer Anstaltsbeschreibung [um1890], transkribiert von Kaspar Domeyer

FAB 351 Smidt, Hermann: Biographie Robert Binswanger, 1920

FAB 442/364 Aufnahmebedingungen

Staatsarchiv des Kantons Zürich (StAZ)

Z 100, Krankenakten Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (Burghölzli), 1870–1970

Verzeichnis der Vorlesungen an der Universität Zürich im Winter-Semester 1869/70. Zürich 1869

Hauptregister 3646/101

Hauptregister 3646/167

Staatsarchiv der Stadt Basel (StABs)

StABS, Brief des Dekans [Mauritius] Roth an die Professoren der Medizinischen Fakultät vom 10.9.1875.

StABS, Brief Robert Binswangers an den Dekan vom 5.9.1875.

StABS, Brief Robert Binswangers an den Dekan vom 29.9.1875.

StABS, Brief Robert Binswangers an den Dekan vom 22.10.1875.

StABS, Brief Robert Binswangers an den Dekan vom 30.10.1875.

Archives Départementales du Bas Rhin (ADBR)

Amtliches Verzeichnis der Vorlesungen der Universität zu Strassburg. Strassburg 1872-1918

Amtliches Verzeichnis des Personals und der Studierenden der Universität zu Strassburg. Strassburg 1872-1918

Asklepios Psychiatrie Niedersachsen GmbH Göttingen

Bestellungsbuch der preußischen Irrenanstalt Göttingen

Brief der Landes-Direction der Provinz Hannover an die Direction der preußischen Irrenanstalt Göttingen vom 22. Mai 1876

Stadtarchiv Tübingen

Adressbuch der Stadt Tübingen. Tübingen 1877

10 Danksagung

An dieser Stelle sei allen, die meine Arbeit unterstützten und begleiteten, herzlich gedankt.

Ein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Hirschmüller für die Betreuung der Arbeit und für seine langjährige Unterstützung während der Entstehung dieser Arbeit. Meinen Eltern danke ich für ihre Geduld und für ihre stetige Aufmunterung zum Beenden der Arbeit.

Mein Dank gilt auch Frau Heidrun Mieter vom Universitätsarchiv Tübingen für Ihre langjährige fortwährende Hilfsbereitschaft bei der Transkription schwieriger Textstellen. Frau Dr. Annett Moses vom Institut für Ethik und Geschichte der Medizin Tübingen danke ich für die Überlassung statistischer Daten. Ebenso danke ich Frau Inge Späth vom Institut für Ethik und Geschichte der Medizin Tübingen, Frau Irmela Bauer vom Universitätsarchiv Tübingen, Herrn Dr. Ulrich Hunger vom Universitätsarchiv Göttingen, Frau Bianca Dietrich und Herrn Erhard Meyer vom Asklepios Fachklinikum Göttingen, Herrn Prof. Christian Bonah von der Universität Straßburg, Herrn Otto Sigg vom Staatsarchiv des Kantons Zürich, Herrn Dr. Hermann Wichers vom Staatsarchiv des Kantons Basel für die Hilfe bei der Auffindung und Bereitstellung von Materialien.

In zahlreichen spannenden Gesprächen über die Jahre hinweg erfuhr ich Anregung von: Dr. Ingeborg Hartung, Dr. Susanne Apelt-Riel (†), Dr. Hans Kayser (†), Dr. Diana Staudacher und Dr. Chantal Marazia.

Für das mir sehr hilfreiche Korrekturlesen von verschiedenen Teilen der Arbeit danke ich Dr. Ingeborg Hartung, Heidrun Mieter, Clara Albota, Dr. Monika Blank und Dr. Susanne Apelt-Riel. Herrn OStR Volker Stein danke ich für die freundliche Übersetzung aus dem Altgriechischen. Meiner Großmutter, Klara Peia (†), danke ich für die Übersetzung aus dem Französischen.

Des weiteren möchte ich mich bei meinem Ehemann für seine umfassende Unterstützung bei der Bewältigung von EDV- und statistischen Problemen danken. In der Zeit der Entstehung und Vollendung meiner Dissertation wurde mir die Unterstützung vieler Menschen zuteil.

Ich danke allen Menschen, die für mich da waren und stets daran glaubten, dass diese Arbeit fertig wird. Und zuletzt möchte ich mich ganz herzlich bei meinen drei kleinen Töchtern bedanken. Ihnen ist die Arbeit gewidmet.