

De Gruyter

Chapter Title: Einleitung

Book Title: Armut und Wahnsinn

Book Subtitle: "Arme Irre" und ihre Familien im Spannungsfeld von Psychiatrie und Armenfürsorge in Glasgow, 1875-1921

Book Author(s): Jens Gründler

Published by: De Gruyter

Stable URL: <http://www.jstor.com/stable/j.ctvbj7k84.4>

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact support@jstor.org.

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at <https://about.jstor.org/terms>



This content is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0). To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.



De Gruyter is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to *Armut und Wahnsinn*

JSTOR

1. Einleitung

John N. wurde am 27. September 1875, noch vor der offiziellen Eröffnungsfeier, in das Barony Pauper Lunatic Asylum Woodilee, das von einer Armenverwaltung Glasgows erbaut worden war, aufgenommen.¹ Laut seiner Krankenakte zeigte der 57-jährige Schuhmacher seit mehr als vier Jahren Symptome des Wahnsinns. In diesen vier Jahren war er jedoch nicht eingewiesen, sondern von seiner Familie betreut und versorgt worden. Auch die 50-jährige Hausfrau Rose Ann R.F. hatte, als sie fast 50 Jahre nach John N. im Mai 1921 nach Woodilee kam, ihrem Ehemann zufolge bereits seit vier Jahren Symptome einer psychischen Erkrankung gezeigt.² Auch sie war in den vier Jahren vor der Einweisung zu Hause versorgt worden. Beide Familien waren bereit und in der Lage, ihre Angehörigen trotz deren mentalen Auffälligkeiten jahrelang im eigenen Haushalt zu betreuen und zu pflegen. Auch William B. war vor seiner Einweisung monatelang zu Hause betreut worden, bis seine Ehefrau seine Aufnahme in das *lunatic asylum* veranlasste. Er wurde von ihr jedoch bereits nach wenigen Monaten nach Hause zurückgeholt, obwohl er das Leben seiner Tochter mit einem Messer bedroht hatte.³ Sein gewalttätiges Verhalten vor der Einweisung hatte anscheinend keinen Einfluss auf die Bereitschaft der Familie, die Entlassung des Mannes zu veranlassen.

Aber nicht alle Patientinnen und Patienten konnten sich auf das Wohlwollen ihrer Familien verlassen.⁴ Der 36-jährige William J. beispielsweise war bei seiner Familie nicht mehr willkommen.⁵ Nach seiner Einweisung im August 1901 unternahm er zwei Fluchtversuche, bei denen er jeweils nach Hause gelangte. Beide Versuche wurden nach kurzer Zeit durch die Familie beendet, indem ihn die Angehörigen wieder zurückschaffen ließen. Auch die Patientin Roseann B. wurde im Januar 1891 von ihrer Familie in die psychiatrische Anstalt in Woodilee eingewiesen.⁶ Für sie war das System der Armenpsychiatrie die letzte Station ihres Lebens. Sie verstarb im Jahr 1909, während sie in privater Pflege in Kirkfieldbank in der Nähe von Lanark untergebracht war, ohne dass in ihren Akten ein weiterer Kontakt zu ihrer Familie vermerkt ist. Dagegen waren für andere Patientinnen und Patienten die Aufenthalte in Woodilee nur temporär. Grace Y.W. wurde ebenfalls auf Veranlassung ihrer Familie 1911 nur für wenige Monate behandelt, bis sie als

¹ John N., NHSGGCA, HB-30-4-1, 1-1. Im Folgenden werden zur Anonymisierung alle Nachnamen abgekürzt.

² Rose Ann R.F., NHSGGCA, HB-30-5-51, 11.

³ William B., NHSGGCA, HB-30-4-7, 115; GCA, D-Hew-16-10-1, 121 [1899].

⁴ In dieser Arbeit wird immer geschlechtsgerechte Sprache verwendet. Wann immer also die spezifisch männliche oder weibliche Form genutzt wird, dann bedeutet das, dass nur diese Gruppe angesprochen wird oder gemeint ist. Damit kann besonders die Unterrepräsentation von Frauen in offiziellen Ämtern verdeutlicht werden. Wenn also in der Arbeit von Ärzten gesprochen wird, dann deshalb, weil Ärztinnen erst zum Ende des Untersuchungszeitraums in der psychiatrischen Anstalt beschäftigt worden waren.

⁵ William J., NHSGGCA, HB-30-4-7, 108; GCA, D-Hew-16-5-4, 950 [1901].

⁶ Roseann B., NHSGGCA, HB-30-5-2, 514-r; GCA, D-Hew-15-7-1, 1886 [1887].

geheilt entlassen werden konnte. Danach war sie für 16 Jahre aus den Akten der Armenfürsorge und der Armenpsychiatrie verschwunden, bis sie 1927 erneut für wenige Monate hospitalisiert wurde. Nach ihrer erneuten Genesung verschwand sie dauerhaft aus dem Blickfeld von Armenfürsorge und Psychiatrie.

Diese wenigen Beispiele beleuchten schlaglichtartig das Verhältnis von Familien zu den Patientinnen und Patienten sowie den möglichen Einfluss der Laien auf das System der Armenpsychiatrie bei Einweisungen und Entlassungen. Sie zeigen, dass die Hospitalisierung und Nutzung der Psychiatrie und der Armenfürsorge oft nur eine Episode in den Biographien ehemaliger Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen darstellten, die Einweisung in eine psychiatrische Anstalt also keineswegs eine dauerhafte Ein- und Wegschließung von psychisch Kranken bedeutete. Das Verhältnis von Familien, Patientinnen und Patienten sowie Ärzten und Armenfürsorge steht im Zentrum dieser Untersuchung.

1.1. Gegenstand und Fragestellung

Seit Beginn des 19. Jahrhunderts war die Fürsorge für und die Versorgung von psychisch erkrankten Personen, den *lunatics*, in Großbritannien ein politisch umstrittenes und wissenschaftlich diskutiertes Feld. Für scharfe Auseinandersetzungen sorgten zum einen die gesetzlich unregulierten Begutachtungsmethoden, die immer wieder zu umstrittenen Einweisungen führten, und zum anderen die entsetzlichen Zustände in vielen Anstalten, die keiner effektiven Kontrolle unterlagen.⁷ Die von der Armenfürsorge abhängigen Wahnsinnigen⁸ waren dabei nicht nur von

⁷ Die Auseinandersetzungen, die zu den Reformen durch die *lunacy laws* führten, sind vielfach diskutiert worden. DIGBY, *Morality*, S. 218–239; Dies., *York Lunatic Asylum*; JONES, *Lunacy*; Dies., *Mental Health*; Dies., *Mental Health Service*; PORTER, *Manacles*. Michael Brown hat zuletzt versucht, die Reformen in einen größeren gesellschaftlichen und kulturellen Kontext einzuordnen. Vgl. BROWN, *Rethinking Asylum Reform*, S. 425–452.

⁸ Der Autor folgt dem Ansatz, dass Konzept und Inhalt von psychischer Erkrankung ein Ergebnis diskursiver Aushandlungsprozesse waren und sind. Die Definition von Wahnsinn war und ist gesellschaftlich bestimmt. Im Verlauf der Geschichte wurden diverse Krankheiten in die Sphäre des Wahnsinns verlagert und konnten zu einem späteren Zeitpunkt in andere Disziplinen der Medizin eingeordnet oder ganz aus ihrem Einflussbereich herausgenommen werden. Diverse Gesellschaften nahmen zu verschiedenen Zeiten bestimmte Verhaltensweisen als Abweichungen von der Norm wahr und markierten diese als deviant. Das bedeutet nicht, dass die betroffenen Personengruppen keine Probleme in der Gesellschaft hatten oder verursachten, aber sie konnten erst durch die Markierung als wahnsinnig zu Objekten von Fürsorge und/oder Disziplinierung werden. Diese Arbeit benutzt daher Begriffe wie *mental illness*, *lunatic*, *feeble-minded*, *imbecile* oder *idiot* und Übersetzungen wie Geisteskrankheit, Wahnsinnige, Schwachsinnige oder Irre immer mit dem Gedanken, dass diese nicht natürlich, sondern Ausdruck kultureller Prozesse sind. Sie werden hier deswegen benutzt, weil die zeitgenössischen Autoren eben diese Begrifflichkeiten verwendeten. Die Krankheitsbilder wurden dabei bestimmten Gruppen von Patientinnen und Patienten zugewiesen. Dem Autor ist bewusst, dass diese Begriffe heute unpassend und entwürdigend erscheinen. Dennoch erweisen sie sich auch methodisch hilfreich, da sie in ihrer Offenheit die Variabilität des Konzepts psychischer Erkrankungen verdeutlichen. Zur Entwicklung der Konzepte zu *idiots* und *imbeciles* vgl. z. B. ANDERSON und LANGA, *Idiots*, S. 243–266, bes. S. 246f.

den Zuständen in den Anstalten betroffen, sondern auch davon, dass sie vielfach ohne medizinische Betreuung in den Arbeits- und Armenhäusern verwahrt wurden. Während in England und Wales dem neuen *poor law* von 1834 im Jahr 1845 das *lunacy law* gefolgt war, verzögerte sich diese Entwicklung in Schottland um ein Jahrzehnt.⁹ Das schottische Armengesetz von 1845 und das Irrengesetz von 1857 markierten hier die zentralen Wendepunkte bezüglich der Versorgung der armen Irren. Das neue Armengesetz schrieb die grundsätzliche Verpflichtung der Armengemeinden fest, für die betroffenen Personen durch die Unterbringung in einem *asylum* angemessene Sorge zu tragen.¹⁰ Aber erst der *Act for the Regulation of the Care and Treatment of Lunatics, and for the Provision, Maintenance, and Regulation of Lunatic Asylums, in Scotland* aus dem Jahr 1857 initiierte die spezialisierte medizinische Betreuung der armen Irren.¹¹ Neben Regelungen zur Untersuchung und Begutachtung der Erkrankten forderten die Gesetzgeber die Armenverwaltungen dazu auf, eigene psychiatrische Einrichtungen zu bauen und zu unterhalten, und richteten eine zentrale Kommission ein, das General Board of Commissioners in Lunacy, welche die angemessene Versorgung aller betreuten und gemeldeten Wahnsinnigen sicher stellen und kontrollieren sollte. Der *Lunacy (Scotland) Act* erschuf damit eine spezifische Klientelgruppe der Armenfürsorge, die *pauper lunatics*, deren Zahl im Untersuchungszeitraum zunehmend anstieg.

Die Entwicklung und Ausdifferenzierung der Irrenfürsorge in Großbritannien verlief nicht linear oder eindimensional und war kein Prozess, der von ‚oben‘ regierungsamtlich beschlossen und durchgesetzt wurde. Vielmehr wurde er von zahlreichen Akteurinnen und Akteuren beeinflusst, verzögert und infrage gestellt. Legislative, Mediziner, lokale Armenverwaltungen, Philanthropinnen und Philanthropen nahmen auf verschiedenen Ebenen aus variierenden Gründen und mit sehr unterschiedlichem Erfolg Einfluss auf den Entwicklungsprozess der Irrenfürsorge und der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen. Aber auch die scheinbar ohnmächtigen und bisher in der historischen Forschung oft vernachlässigten Patientinnen und Patienten und deren Familien konnten die Organisation, Hierarchie und Struktur der lokal verwalteten Anstalten von innen und außen zu ihren Gunsten beeinflussen, verändern und nutzen und damit nachhaltigen Einfluss auf die Armenfürsorge ausüben. Zugrunde liegt dieser Annahme, dass die Struktur der Armen- und Irrenfürsorge in einem sozialen Kräftefeld ausgehandelt wurde, und dass dieses Feld sich durch das Handeln der verschiedenen Akteurinnen und Akteure modifizierte und wandelte, da alle Beteiligten miteinander in wechselseitigen und interdependenten Beziehungen standen und aufeinander reagier-

⁹ Peter Bartlett hat für England überzeugend dargelegt, dass ohne die Neuregelung des *poor law* die Entwicklung der *lunacy laws* nicht möglich war. Dies gilt parallel auch für Schottland. Vgl. BARTLETT, *Lunacy*; Ders., *Asylum and Poor Law*.

¹⁰ An Act for the Amendment and Better Administration of the Law Relating to the Relief of the Poor in Scotland, 4th August 1845, 8 & 9 Vict., c. 83, [Im Folgenden: *Poor Law (Scotland) Act*], Artikel LIX.

¹¹ Im Folgenden: *Lunacy (Scotland) Act*. Eine detaillierte Zeitreihe mit allen Gesetzen findet sich in der Bibliographie.

ten.¹² In dem von Alf Lütke formulierten Konzept des sozialen Kräftefelds geht es zwar immer um die Durchsetzung von Macht und Herrschaft, aber ohne die Bipolarität von Herrschenden und Beherrschten als Vorbedingung anzunehmen oder festzuschreiben.¹³ So können nicht nur die Grenzen der Macht der Herrschenden in den Blick der Forschenden genommen werden. Vielmehr können gerade auch die Handlungsspielräume der scheinbar machtlosen Akteurinnen und Akteure rekonstruiert werden, indem man nach deren Perspektiven, Strategien, Aneignungen, Eigensinn und Arrangements fragt.¹⁴

Ausgehend von diesen Prämissen soll in dieser Arbeit gezeigt werden, dass Patientinnen und Patienten und ihre Familien keine passiven und ohnmächtigen Objekte der Mitarbeiter und Verantwortlichen der Armenfürsorge und der psychiatrischen Mediziner waren, sondern aufgrund ihrer persönlichen Fähigkeiten und individuellen Ressourcen, ihrer Kenntnisse über die Strukturen der Armenfürsorge und ihres im Umgang mit den institutionellen Akteuren erworbenen Wissens deutlichen Einfluss auf ihr Schicksal und die Träger der Fürsorge ausüben konnten. Dazu soll der Frage nachgegangen werden, wie Patientinnen und Patienten und ihre Familien mit den psychiatrischen Hilfsangeboten der Armenfürsorge umgingen und welche Folgen und Handlungsspielräume für Familien und Kranke vor, während und nach Hospitalisierungen im Beziehungsgeflecht von Armenfürsorge und Psychiatrie be- und entstanden. Dabei ist weniger relevant, wie die Fürsorge mit den armen Irren und ihren Familien umging oder welche medizinischen Konzepte und Therapien die Ärzte anwandten. Vielmehr werden die Perspektiven, Strategien und Optionen derjenigen beleuchtet, die als Nutzerinnen und Nutzer psychiatrischer Anstalten in Erscheinung traten.¹⁵

¹² Vgl. LÜDTKE, Sicherheit, S. 7–33, bes. S. 13f.

¹³ Ein ganz ähnliches Verständnis von Macht ist auch bei Michel Foucault evident. Er postuliert, dass Macht weder ein Wesen besitzt noch ein Attribut ist, sondern ein Verhältnis, das sowohl herrschende als auch beherrschte Kräfte durchzieht, von beiden abhängig ist und auf beide zurückwirkt. Die Macht der Herrschenden geht in diesem Verständnis nur soweit, wie es die Beherrschten akzeptieren oder zulassen. „[I]n der Anstalt ist die Macht, wie überall, niemals das, was jemand besitzt, sie ist auch niemals das, was von jemandem ausgeht. Die Macht gehört weder jemand noch übrigens einer Gruppe.“ FOUCAULT, Macht, S. 17. Gilles Deleuze hat im Zusammenhang mit den *lettres de cachet* Foucaults Machtverständnis verdeutlicht: „[D]ie ‚Willkür des Königs‘ als Attribut seiner transzendenten Macht [verläuft] nicht von oben nach unten, sondern [wird] von Untertanen, von Eltern, Nachbarn oder Kollegen erbeten, die einen unbedeutenden Unruhestifter einsperren lassen wollen und den absoluten Monarchen als ‚öffentliche Einrichtung‘ in Anspruch nehmen, die imstande ist, Familien-, Ehe-, Nachbarschafts- oder berufliche Streitigkeiten zu regeln.“ DELEUZE und KOCYBA, Foucault, S. 43.

¹⁴ Das Konzept des Eigensinns hat Alf Lütke in die historische Wissenschaft eingeführt. Das Konzept dient dazu, mit dem „Entweder-Oder von Gehorchen und Widerstehen“ zu brechen, um die dazwischen pendelnden Verhaltensweisen von Individuen zu erklären. Damit kommen verstärkt auch Verhaltensweisen in den Blick, die sich nicht allein gegen „die Oben“ richten, sondern auch die Distanzierungen gegenüber Gleichen. Es geht Lütke darum, die Alltagsgeschichte einfacher Leute wirklichkeitsnah zu beschreiben, jenseits der Logik von determinierenden Strukturen und zielgerichteter Sinnhaftigkeit. LÜDTKE, Eigen-Sinn, S. 10–12.

¹⁵ Die Begriffe Patientin/Patient oder Insasse werden in dieser Arbeit verwendet, weil die Betroffenen in den zeitgenössischen Quellen so bezeichnet wurden. Beide Begriffe sind problematisch, weil sie eine angenommene Passivität der Betroffenen widerspiegeln und aus dem

Die Fragestellung strukturiert sich dabei entlang der verschiedenen Hospitalisierungsphasen: Wann und warum nutzten Familien die Einweisung von Angehörigen in die Anstalten der Armenfürsorge und welche Argumentationsmuster und Begründungen lassen sich bei den Einweisungen erkennen? Inwiefern lässt sich die Anstalt als Teil eines sozialdisziplinaren Komplexes verstehen, der von den Verwaltern und Ärzten zur Kontrolle und Korrektur devianten Verhaltens eingesetzt wurde, wenn die Familien bei Einweisungen eine zentrale Funktion innehatten?

Auch das Leben innerhalb der Anstalten wirft aus Sicht der Betroffenen und ihrer Familien Fragen nach Macht und Ohnmacht auf. Wie gingen Patientinnen und Patienten mit ihrem Aufenthalt in Woodilee um, und welche individuellen Handlungsspielräume standen ihnen in einer hierarchisch organisierten und strukturierten Anstalt zur Verfügung? Inwieweit inkludierten oder exkludierten die Familien ihre Patientinnen und Patienten während der Hospitalisierung aus ihren sozialen Beziehungen? Und wie viel Einfluss konnten Familien und Insassen auf den Anstaltsalltag, Ärzte und Personal, Therapien oder Entlassungen ausüben?

Darüberhinausgehend lassen sich auch Fragen bezüglich der Entlassungen und des Lebens der Betroffenen und ihrer Familien nach dem Aufenthalt in der Anstalt formulieren: Wer entschied über Entlassungen und inwieweit waren die Angehörigen der Insassen in den Entscheidungsprozess eingebunden? Welche biographischen Folgen hatten die Einweisungen für Patientinnen und Patienten? Was bedeuteten sie für die Familien? War es der Beginn einer kontinuierlichen Abhängigkeit von Fürsorgeleistungen, wurde die Anstalt zur Endstation oder war die Hospitalisierung eine unbedeutende Episode im Lebenslauf der Betroffenen? Welche Relevanz hatten andere, ergänzende Angebote der offiziellen Armenfürsorge vor, nach und während der Hospitalisierung für Kranke und Familien im Vergleich zu anderen innerfamiliären oder externen Hilfen?

Oder allgemeiner formuliert: Welche Positionen und Handlungsmacht hatten Patientinnen und Patienten und ihre Familien gegenüber Armenverwaltern und Ärzten im System der Armenpsychiatrie inne und welche Funktionen erfüllten psychiatrische Anstalten der Armenfürsorge für die Familien? Diese Fragen sollen im Folgenden beantwortet werden.

1.2. Forschungsstand

In der Erforschung der Geschichte der Psychiatrie lag der Fokus lange auf der historischen Entwicklung der Institutionen der Fürsorge und auf der Entwicklungsgeschichte der medizinischen Psychiatrie. In beiden Forschungssträngen

normativ-medizinischen Sprachschatz entstammen. Vgl. PORTER, *Patient's View*, S.181f.; STOLBERG, *Homo patiens*, S.9; ECKART und JÜTTE, *Medizingeschichte*, S.181–190; OSTEN, *Patientendokumente*, S.7–9.

wurden dabei die Kranken und ihre Angehörigen als mehr oder weniger passive Objekte der Medizin mit geringen Einflussmöglichkeiten auf ihr Schicksal betrachtet. Dabei war besonders der erste Forschungsstrang getragen von einem wohlwollenden Blick auf die Gesetze und offiziellen Institutionen der Fürsorge als Träger und Ausdruck des Fortschritts.¹⁶ Michael Ignatieff hat diese Forschungsstradition treffend beschrieben:

The history of prisons [und anderer Institutionen; J.G.] therefore was written as a sub-branch of the institutional history of the modern welfare state. As such it has had an implicitly teleological bias, treating the history as progress from cruelty to enlightenment.¹⁷

Gespeist wurde dieser Fortschrittsglaube durch die Überhöhung zweier Gründungsmythen. Zum einen durch die Verehrung Philippe Pinels (1745-1826), der im revolutionären Frankreich die Wahnsinnigen aus ihren Ketten entlassen und damit den Sieg der Humanität und Rationalität bei der Behandlung initiiert habe. Und zum anderen durch die Idee des *moral treatment*, das beinahe zeitgleich von William Tuke (1732–1822) im York Retreat eingeführt und als angemessene Form der Therapie postuliert wurde.¹⁸ Dieser Fortschrittsglaube wurde durch Foucaults *Wahnsinn und Gesellschaft* und Erving Goffmans *Asylums* infrage gestellt, die starken Einfluss auf die Antipsychiatriebewegung ausübten und noch immer ausüben.¹⁹ Für Foucault und im Anschluss an dessen Thesen auch für Andrew Scull²⁰ sind die psychiatrischen Anstalten keine humanen und fortschrittlichen Institutionen, keine Kraft für das Gute in der Gesellschaft, sondern sie wurden im Gegenteil als ‚Mechanismen der sozialen Repression‘ angesehen.²¹

Diese antipsychiatrische Stoßrichtung der Forschung hat für die historische Analyse der Psychiatrie und ihrer institutionalisierten Behandlungsformen lange Zeit als zentraler Impulsgeber fungiert,²² auch wenn die Untersuchungen von

¹⁶ Exemplarisch dafür z. B. HUNTER und MACALPINE, Poor; JONES, Lunacy; Dies. Mental Health; Dies., Mental Health Service.

¹⁷ IGNATIEFF, Total Institutions.

¹⁸ Eine Reihe von Autorinnen und Autoren hat durch Untersuchungen frühneuzeitlicher Institutionen belegt, dass differenzierte Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten schon damals für psychisch Erkrankte bestanden. Für einen guten Überblick vgl. PORTER, Revolution in English Psychiatry; Ders., Manacles; WATZKA, Hospital; VANJA, Clostergänge; ARND, SAHMLAND und Dies., Hohe Hospitäler.

¹⁹ FOUCAULT, Wahnsinn und Gesellschaft; GOFFMAN, Asylums. In dieser Arbeit wird im Folgenden aus der deutschen Übersetzung zitiert. Ders., Asyle.

²⁰ Andrew Scull hat im Anschluss an Foucault diese These vertreten. In seinen vielfältigen kritischen Beiträgen zielt er immer wieder auf die Hinterfragung des Fortschritts in der Entwicklung der Versorgung von psychisch Kranken. Er kritisiert die Annahme, dass die Schließung der großen Anstalten auf humane Gründe zurückzuführen ist und macht stattdessen die Untersuchung finanzieller Motive für *community care* stark. SCULL, Decarceration. Darüber hinaus hinterfragt er die fast mythischen Rationalitäts- und Humanitätszuschreibungen des *moral treatment* in Ders., Moral Treatment Reconsidered. Die Kritik an Fortschrittsannahmen zieht sich dabei prinzipiell durch alle Beiträge. Vgl. Ders., Museums; Ders., Discovery Revisited; Ders., Museums Revisited; Ders., Domestication.

²¹ BEVERIDGE, Confinement, S. 470.

²² FOUCAULT, Wahnsinn und Gesellschaft; Ders., Psychologie und Geisteskrankheit; Ders., Überwachen und Strafen; Ders., Archäologie des Wissens; Ders., Ordnung des Diskurses; Ders.,

Foucault und Goffman sowohl auf theoretischer Ebene als auch durch die historische Empirie scharf kritisiert und viele ihrer Annahmen infrage gestellt worden sind.²³

Foucault zur Folge sind die Wahnsinnigen Opfer umfassender Repressionsversuche, wobei sich diese Versuche auch gegen andere deviante Gruppen der Gesellschaft richteten. Dabei nimmt Foucault an, dass die Definition von geistiger Krankheit/Gesundheit immer nur gesellschaftsabhängig formuliert wird, es also keinen faktisch-objektiven oder natürlichen Kern von Wahnsinn gab und gibt.²⁴ Im Umkehrschluss heißt das, dass die Konstruktion von Wahnsinn immer nur *ex negativo* in Abgrenzung zu einem Normalzustand der Mehrheitsgesellschaft oder besser: der wirkmächtigen Gruppen der Gesellschaft vollzogen werden konnte. Die devianten Gruppen wurden, folgt man Foucault, im Anschluss an ihre stigmatisierende Markierung durch die Gesellschaft im 17. Jahrhundert massenhaft in Gefängnissen, Korrekzionshäusern und anderen Anstalten untergebracht, ein Prozess, den Foucault als ‚große Einschließung‘ benennt.²⁵ Die empirische Fundierung oder Nachweisbarkeit dieser Einsperrungen war für Foucault dabei nicht zentral, sie war „stets eine sekundäre Gegebenheit, die sich von einer je nach Lage des Falles sehr unterschiedlichen primären Funktion ableitete.“²⁶ Diese primären Funktionen waren dabei deutlichen Wandlungen unterworfen: Während bis zum 17. Jahrhundert der Schutz der Allgemeinheit vor den Gefahren des Wahnsinns im Vordergrund stand, veränderte sich der Diskurs Foucault zufolge durch die Neubestimmung der industriellen Arbeit als zentrales gesellschaftliches Phäno-

Geburt der Klinik. Foucaults Thesen zur ‚großen Einschließung‘ sind in der englischsprachigen Geschichtsschreibung aber umstritten. Für Scull sind viele Missverständnisse und Fehlinterpretationen Foucaults auf die verkürzten Übersetzungen seiner Schriften ins Englische zurückzuführen. So wird ein wichtiger Teil des kritischen Apparates einfach unterschlagen und Erläuterungen aus den Fußnoten wurden nicht übernommen. Vgl. dazu SCULL, Foucault, S. 57–59. Erschwerend kommt hinzu, dass ein großer Teil der Schriften und Vorlesungen der Wissenschaft erst in den 1990er Jahren zur Verfügung stand. Trotz ihrer Kritik haben viele Autorinnen und Autoren den Wert von Foucaults Schriften für die Medizingeschichte unterstrichen. Vgl. PORTER, *Great Confinement*, S. 47.

²³ Für eine ausführliche Kritik an Foucaults Thesen vgl. PORTER und JONES, *Reassessing Foucault*, für Deutschland besonders DINGES, *Reception of Foucault*, oder EPPLE, *Wahrheit, Macht, Subjekt*. Für eine ausführliche Kritik an Goffmans konzeptionellem Idealtypus der totalen Institution vgl. SCHEUTZ, *Totale Institutionen*.

²⁴ Zur sozialen Konstruktion von Krankheiten und deren kultureller und historischer Verortung siehe auch LACHMUND und STOLLBERG, *Introduction Social Construction*; LACHMUND und STOLLBERG, *Social Construction*; NOLTE, *Hysterie*. Zur Anwendung des Konzepts für die Frühe Neuzeit vgl. JÜTTE, *Social Construction*. Von sozialer Konstruktion in Bezug auf Krankheiten zu sprechen, bedeutet natürlich nicht, dass man den Betroffenen die subjektiven Leidenserfahrungen abspricht oder unterstellt, dass diese den anderen Akteurinnen und Akteuren im Umfeld der hier untersuchten Anstalt keine Schwierigkeiten oder Probleme bereiteten. Vgl. hierzu auch NOLTE, *Hysterie*, S. 21.

²⁵ Vgl. FOUCAULT, *Wahnsinn und Gesellschaft*; Ders., *Überwachen und Strafen*. Unter anderen hat Karen Nolte darauf hingewiesen, dass *le grand enfermement* nicht als „große Gefangenschaft“ zu übersetzen ist, weil dieser Begriff die Prozesshaftigkeit des „Einschließens“ vernachlässigt. NOLTE, *Hysterie*, S. 30.

²⁶ DELEUZE und KOCYBA, *Foucault*, S. 63f.

men grundlegend. Während zuvor die Exklusion ohne Ziel durchgeführt worden war, stand nun die Erziehung oder Korrektur der Betroffenen zu gesellschaftlich nützlichen Personen im Vordergrund. Die Gegensätze zwischen Armen, Arbeitslosen, Bettlern und Wahnsinnigen wurden durch die unterschiedslose Internierung beseitigt. Parallel dazu existierten jedoch immer auch medizinische Vorstellungen von Wahnsinn als Krankheit und juristische Diskurse über die Konsequenzen, die das Phänomen des Wahnsinns für die Betroffenen zeitigen sollte.

Einen letzten Umbruch konstatiert Foucault an der Schwelle zum 19. Jahrhundert, als die Mediziner den Wahnsinn als Nervenkrankheit, also organisch, definierten. Damit gewann der Wahnsinn erstmals einen eigenen, positiven Inhalt, und „für die wissenschaftliche Psychiatrie des 19. Jahrhunderts erfüllt[e] sich damit eine wichtige Vorbedingung: die Krankheit Wahnsinn aus dem Nicht-Sein der Unvernunft herauszulösen, sodass sie als Geisteskrankheit zu sprechen beginnen kann.“²⁷

Foucaults primäres Interesse in *Wahnsinn und Gesellschaft* ist also die Analyse normativer und wissenschaftlicher Diskurse über den Wahnsinn, um die Brüche und Entwicklungen hin zur Geisteskrankheit aufzuzeigen, oder besser, um nachzuvollziehen, durch welche sozialen Einflüsse die Wahrnehmung des Wahnsinns verändert wurde und wird.²⁸ In *Überwachen und Strafen* untersucht er architektonische, legale und formale Strukturen der Anstalten, in denen die abweichenden Bevölkerungsteile eingesperrt wurden, um die Entstehung, Entwicklung und Zielrichtung dieser Institutionen im Kontext sich verdichtender Staatlichkeit und veränderter Macht- und Herrschaftsverhältnisse zu deuten.²⁹ Gleichzeitig weist er aber schon in *Wahnsinn und Gesellschaft* immer wieder auf Machtverhältnisse zwischen Akteurinnen und Akteure hin: auf die Familien, die die Einweisungen mit Hilfe der *lettres de cachet* durch Gerichte vornehmen ließen, und auf das Bestreben staatlicher und lokaler Akteure, Deviante zu disziplinieren und soziale Kontrolle über diese auszuüben, besonders in den Phasen des Aus- oder Umbaus der Sozialstaaten in Europa.³⁰

Während Foucault sich mit den großen Entwicklungslinien und Umbrüchen, der Machttheorie und Disziplinierung hauptsächlich auf der Grundlage normativer und medizinischer Diskurse auseinandersetzt, hat Erving Goffman seine Analyse psychiatrischer Anstalten aus der direkten Beobachtung der Interaktionsformen in einem Krankenhaus im Washington D.C. der 1950er Jahre entwickelt.³¹

²⁷ RUOFF, Foucault-Lexikon, S. 229.

²⁸ FOUCAULT, *Wahnsinn und Gesellschaft*, S. 116.

²⁹ Ders., *Überwachen und Strafen*.

³⁰ SCULL, *Museums*; Ders., *Discovery Revisited*; Ders., *Museums Revisited*.

³¹ Erving Goffman hat sein soziologisches Konzept der totalen Institution anhand einer teilnehmenden Beobachtung im St. Elizabeth Hospital in Washington D.C. in den Jahren 1955–56 entwickelt. Dieses psychiatrische Krankenhaus hatte eine Kapazität von ca. 7000 Betten. Goffman wählte für die Beobachtung die Rolle eines heimlichen Beobachters. Er war offiziell als Assistent des Sportdirektors angestellt. Nur die Anstaltsleitung war über sein Forschungsvorhaben informiert. Er versuchte, den Kontakt mit dem Pflegepersonal zu vermeiden, besaß keine Schlüssel und verbrachte den Tag mit den Patientinnen und Patienten. GOFFMAN, *Asyle*,

Dabei steht nicht die Frage nach der Konstruiertheit psychischer Erkrankungen im Raum. Goffman versucht vielmehr, das Agieren und Interagieren, die Aus Handlungsprozesse und Anpassungsmodi der verschiedenen Gruppen innerhalb von Anstalten und den Aufbau und die Merkmale dieser Anstalten zu beschreiben, um daraus einen Idealtypus eines Anstaltsmodells, die totale Institution, zu entwickeln.

Folgt man Goffmans Thesen und Überlegungen zu totalen Institutionen, dann hatten und haben Krankenhäuser, Strafanstalten, Kasernen, Internate und Psychiatrien viele gemeinsame Charakteristika. Zu diesen zählten u. a., dass die Insassen geographisch und sozial aus der Gesellschaft exkludiert wurden und diese Institutionen sowohl Patientinnen und Patienten als auch dem (Pflege-)Personal einen straff organisierten Tagesablauf mit rigiden Disziplinierungsmaßnahmen verordneten.³² Goffmans These ist, dass diese Institutionen für alle Personen einen totalen Charakter annehmen und dass sie, im Gegensatz zur eigenen Zielsetzung, die Insassen in eine Abhängigkeit führen müssen, die diese gerade nicht auf die Welt außerhalb der Anstaltsmauern vorbereitet. Seine Analyse führt ihn zu der Erkenntnis, dass die moderne Anstaltspsychiatrie diejenigen, die sie heilen soll, zu irreversibel dauerverwahrten Insassen psychiatrischer Lagerhäuser richtet.³³ Goffmans Analyse fokussiert auf die spezifische Gruppe psychisch erkrankter Personen. Die Kategorie ‚Geisteskranker‘ ist für ihn eine streng soziologische:

In diesem Sinn wird die psychiatrische Beurteilung eines Menschen nur insofern bedeutsam, als diese sein soziale Schicksal verändert – eine Veränderung die in unserer Gesellschaft dann und nur dann eintritt, wenn der Betreffende in eine Heil- und Pflegeanstalt eingewiesen wird.³⁴

S. 7. Allerdings macht Goffman zwei Einschränkungen in Bezug auf die Aussagekraft seiner Beobachtungen. Zum einen beschreibt er sich selbst als parteiisch, denn um die Situation der Insassen ehrlich darzustellen, müsse man deren Partei ergreifen, da bis zu diesem Zeitpunkt alle Beschreibungen des Anstaltsleben aus der Sicht der leitenden Psychiater geschrieben worden waren. Die zweite Einschränkung hängt mit seiner eigenen Biographie zusammen. Sein männlicher und bürgerlicher Blick auf die Situation der Patientinnen und Patienten könne zu Verzerrungen während der Beobachtungen geführt haben, da er vielleicht Sachverhalte als inhuman oder verletzend empfunden habe, die jene ohne diese Gefühle hätten ertragen können. Ebd., S. 8. Zur Kritik an Goffmans Konzept aus den historischen Wissenschaft Vgl. SCHEUTZ, Einführung Totale Institution; VANJA, Irrenhaus; BRETSCHNEIDER, Totale Institution.

³² Robert Castel hat in seiner Untersuchung der psychiatrischen Ordnung schon bei Pinel ganz ähnliche Zielvorstellungen und Ordnungsleistungen herausgearbeitet, darunter die „Isolierung von der äußeren Welt“ und die „Asylordnung“. Vgl. CASTEL, Psychiatrische Ordnung, S. 97–101.

³³ Goffman unterscheidet innerhalb der totalen Institutionen fünf Typen, um alle Formen abgeschlossener Institutionen erfassen zu können. Diese Typen reichen von Armen- und Waisenhäusern über TBC-Krankenhäuser und Psychiatrien, Gefängnisse und Konzentrationslager bis hin zu Klöstern und Abteien. Vgl. GOFFMAN, Asyle, S. 15–23. Dieses Zusammenfassen scheinbar grundverschiedener Institutionen führte zu deutlicher Kritik. Michael Ignatieff stellte 1983 fest, dass sich die Anwendung des Goffmanschen Begriffs auf diejenigen Institutionen beschränken müsse, die staatlich organisiert waren, ähnliche Insassen verwahrten/betreuten und analoge Ziele und Funktionen aufwiesen. Vgl. IGNATIEFF, Total Institutions, S. 167–168; Ders., State. Ausführliche Kritik am Konzept der Totalen Institution durch historische Fallanalysen auch in BRETSCHNEIDER, Totale Institution; SCHEUTZ, Einführung Totale Institution; VANJA, Irrenhaus.

³⁴ GOFFMAN, Asyle, S. 128.

In seinen soziologischen Blick gerieten damit nur Menschen, die durch die institutionellen Fürsorger das Etikett ‚geisteskrank‘ erhalten und so in einer spezifischen Gruppe zusammengefasst sind. Diese Sicht sowie die Suche nach Gesetzmäßigkeiten verstellen zusätzlich den Blick auf die Ausdifferenzierungen, die unter den Insassen möglich waren.

Während in der Analyse des Wahnsinns bei Foucault die Betroffenen selbst eine untergeordnete Rolle spielen, da er sich vorrangig für die Strukturen interessiert, die dann Effekte auf die Personen haben, versucht Goffman, die Insassen als Akteurinnen und Akteure mit verschiedenen Handlungsoptionen darzustellen. Allerdings reagieren diese in Goffmans Sicht häufig nur auf Anreize und Einschränkungen durch die Institutionen, die durch strikte Regeln und Tagesabläufe gekennzeichnet sind, und agieren in der Regel nur unterhalb der offiziellen Ebene.

Aufgrund dieser, anhand der beiden prominentesten Vertreter der soziologischen Theorie der Psychiatrie aufgezeigten wissenschaftlichen Fokussierung auf Sozialdisziplinierung und Repression konnte Cheryl Krasnick daher noch 1982 feststellen, dass es prinzipiell nur zwei Arten gebe, Anstalten zu untersuchen:

[T]he structuralist model which places the rise of the asylum within the framework of industrial capitalism with attendant movement towards social control; and the institutional model which examines individual asylums, the goals on which they were founded, and the inevitable result of overcrowding – the custodial asylum.³⁵

Aus der Kritik an der Zentrierung der Forschung auf das Repressions- und Kontrollinstrument Anstalt ist schließlich eine dritte Betrachtungsweise der Psychiatrie hervorgegangen, die man als Synthese der vorhergehenden Schulen betrachten kann. Besonders britische Historikerinnen und Historiker sehen in der Herangehensweise Foucaults eine Simplifizierung gesellschaftlicher Realitäten. Einige, wie Roy Porter,³⁶ waren und sind der Überzeugung, dass Foucaults Entwurf in *Wahnsinn und Gesellschaft* grundsätzlich nicht auf Großbritannien anwendbar sei, da die politischen und sozialen Entwicklungen im britischen Empire sich anders gestalteten als in Frankreich. Sie haben seine Ideen und Thesen aufgrund mikrohistorischer Ergebnisse zumindest für den englischen Fall stark relativieren können und haben aufgrund empirischer, auf Quellen basierender Forschung geschlossen, dass die Antworten der viktorianischen Gesellschaft auf die Herausforderung des Wahnsinns ambivalenter waren, als sie mit Foucaults Paradigma der Sozialdisziplinierung darzustellen sind. Durch die Analyse verschiedener Quellen wird deutlich, dass Motive und Praktiken des Zwangs mit Motiven der mitfühlenden Fürsorge gemeinsam auftraten und somit ein differenzierteres Bild der psychiatrischen Kliniken entworfen werden muss.

Infolge der kritischen Auseinandersetzung mit Foucault ist bei der Erforschung der Psychiatrie verstärkt die Sicht ‚von unten‘ ins Zentrum gerückt. Zurückzuführen ist dieser Ansatz der historischen Sozialwissenschaft auf das wissenschaftliche

³⁵ KRASNICK, Ontario Asylum, S. 138.

³⁶ PORTER, Party.

Konzept, die Unterschichten aus deren eigener Perspektive zu erforschen.³⁷ Die Arbeiterklasse und in deren Folge die Armen werden in dieser historischen Schule nicht länger als Gruppe angesehen, die passiv und widerstandslos die Veränderungsprozesse in den Systemen und Praktiken der wohlfahrtsstaatlichen Fürsorge- und Kontrollinstanzen hinnehmen musste;³⁸ man hat vielmehr darauf Wert gelegt, dass die Ausdifferenzierung und Entwicklung wohlfahrtsstaatlicher Regime in der Praxis durch die Unterschichten mitgestaltet werden konnten.³⁹ Michael Ignatieff übt an der Vernachlässigung der Perspektive der Unterschichten und der Betroffenen und den daraus resultierenden Schlussfolgerungen bereits zu Beginn der 1980er Jahre grundsätzliche Kritik. Seine These ist, dass sich im Laufe der Industrialisierung durch die Trennung von Arbeits- und Lebensraum eine Veränderung der Grenzen familiärer Verpflichtungen für Angehörige ergeben habe, die Familien für staatliche Einweisungs-, Verwahrungs- und Behandlungsangebote empfänglich machte. Diese nutzten diese Angebote in schwierigen Zeiten, formten und veränderten jedoch auch die Institutionen im Rahmen von Aushandlungsprozessen.⁴⁰ Dieses Modell erlaube, so Ignatieff, sich von der Annahme zu befreien, dass die zunehmende Verbringung von Devianten und abhängigen Armen in Institutionen im 19. Jahrhundert ein Prozess war, „in which the state was the hammer, and the working class only and always the anvil.“⁴¹

In ganz ähnlicher Weise wie Ignatieff thematisiert Roy Porter das Ausblenden der Patientinnen und Patienten aus der Geschichte der Medizin. Diese sind durch die Fokussierung auf Strukturen und Institutionen seiner Ansicht nach verschwunden. Er fordert ein tiefgreifendes Umdenken bei der Analyse medizinischer Konsultationen und Begegnungen, weil diese komplexe soziale Interaktionen darstellen, welche nicht einfach durch Mediziner gelenkt und bestimmt seien.⁴² In der Regel übernahmen die Kranken oder ihre Familien die Initiative für die Konsultationen von Ärzten und hatten klare Vorstellungen und Erwartun-

³⁷ Für England maßgeblich THOMPSON, Working Class.

³⁸ Olwen Hufton hat mit ihrer Studie über die Überlebensstrategien der Armen im Frankreich des 18. Jahrhunderts darauf hingewiesen, wie diese ohne staatliche Unterstützung durch die Kombination verschiedener Einkommensmöglichkeiten, durch eine *economy of makeshifts*, ihr Überleben sicherstellten. Dieses Konzept ermöglicht es, die Kreativität und Findigkeit der Armen aufzudecken ohne die prekären und lebensbedrohlichen Notsituationen zu überdecken. Vgl. HUFTON, Poor.

³⁹ Die Handlungsstrategien der Armen sind besonders in den Forschungen zur englischen Armenfürsorge aufgegriffen und weiterentwickelt worden. Als Strategie soll in dieser Arbeit jede zielgerichtete und rationale Verhaltens- oder Handlungsweise verstanden werden, die das zukünftige Wohlergehen der Handelnden und ihrer Verwandten zum Ziel hatte. Vgl. SOKOLL, Household. Besonders die von Sokoll analysierten und edierten Armenbriefe verdeutlichen, dass die Armen nicht in Passivität verharrten, sondern ihren Anträgen auf Unterstützung bei den Armenverwaltungen mit individuellen Strategien wie Bitten oder Drohungen Nachdruck verliehen. Ders., Armenbriefe, S. 237f.; Ders., Pauper Letters.

⁴⁰ IGNATIEFF, Total Institutions.

⁴¹ Ebd., S. 172f. Ähnlich auch THOMPSON, Social Control, S. 189f.

⁴² „For it takes two to make a medical encounter [...]. Indeed, it often takes more than two because medical events have frequently been complex social rituals involving family and community as well as sufferers and physicians.“ PORTER, Patient's View, S. 175.

gen über das Ergebnis einer solchen Inanspruchnahme medizinischer Expertise. Porter konstatierte für diese Begegnungen eine diametrale Umdrehung der bis dahin zugeschriebenen Machtverhältnisse: „[P]ower has frequently rested with the sufferer, or with lay people in general, rather than with the individual physician or the medical profession at large.“⁴³

Im Anschluss an diese Forderungen, die Patientinnen und Patienten und ihre Familien als ernstzunehmende Akteurinnen und Akteure in die Geschichte der Psychiatrie zu integrieren, sind eine Reihe von Untersuchungen zu einzelnen Phasen der Hospitalisierung, besonders hinsichtlich der Einweisungen, entstanden. Mark Finnane und John Walton⁴⁴ zeigen für England bzw. Irland dass sich die Familien als zentrale Akteure im komplexen System der Einweisung armer Irrer in psychiatrische Anstalten etablieren konnten. Ihre Untersuchungen für das mittlere 19. Jahrhundert weisen nach, dass die Familien quantitativ Hauptverantwortliche für die Hospitalisierung psychisch Kranker waren, was Foucaults Annahme widerspricht, dass staatliche Akteure die Anstalten als Repressionsinstrument benutzten. Dabei betont Walton, dass im 19. Jahrhundert Familien die Einweisung in psychiatrische Anstalten als letzte Möglichkeit in Anspruch nahmen, wenn alle anderen Ressourcen zur Pflege und Betreuung erschöpft waren. Das *asylum* war in Waltons Augen daher nur bedingt ein staatliches Instrument der sozialen Kontrolle und Disziplinierung.⁴⁵

Diese grundlegenden Erkenntnisse werden durch eine Vielzahl mikrohistorischer Untersuchungen gestützt. Peter Bartlett hat in seiner umfassenden Studie *The Poor Law of Lunacy* anhand der Einweisungen von *pauper lunatics* in ein englisches *county asylum* in der Mitte des 19. Jahrhunderts festgestellt, dass Familien weit häufiger für die Initiierung der Hospitalisierung verantwortlich waren als institutionelle Akteure.⁴⁶ David Wright betont die Relevanz der Familien bei der Einweisung von Wahnsinnigen und *idiot children* in die Fürsorgeinstitutionen

⁴³ Ebd. Er weicht damit deutlich von dem Modell ab, das zuvor die Forschung angeleitet hatte und von Anne Digby prägnant formuliert worden ist: „The powerlessness of the inmate was particularly evident in the doctor-patient relationship[.]“ DIGBY, *Morality*, S. 188.

⁴⁴ WALTON, *Lunacy*. Insbesondere der Beitrag von Mark Finnane im *History Workshop Journal* wird als Wendepunkt in der Erforschung der Geschichte der psychiatrischen Anstalten gesehen. FINNANE, *Asylums*. Vgl. dazu MORAN, WRIGHT und SAVELLI, *Lunatic Fringe*.

⁴⁵ WALTON, *Pauper Lunatics*, S. 141–143.

⁴⁶ BARTLETT, *Lunacy*, S. 153f. Der Untersuchungsgegenstand war jedoch eigentlich ein anderer. Bartlett hat den engen Zusammenhang von *poor law* und *lunacy law* in England belegt. Gleichzeitig hat er in seiner Studie die Abhängigkeit der medizinischen Akteure von denen der Fürsorge auch in der Praxis unterstrichen. Vgl. auch Ders., *Asylum*; Ders., *Lunacy*. Joan Busfield, Marjorie Levine-Clark und Anne Shepherd haben ein besonderes Augenmerk auf die Einweisungen und Therapien von Frauen während des 19. Jahrhunderts gelegt. BUSFIELD, *Malady*; LEVINE-CLARK, *Domesticity*; SHEPHERD, *Female Patient Experience*. Alle drei stellen dabei die von Elaine Showalter aufgestellte These, dass Frauen den größten Teil der Personen in psychiatrischen Anstalten stellten, infrage. SHOWALTER, *Female Malady*, S. 54. Anne Shepherd hält dazu fest: „The evidence illustrates that disparities between male and female admissions into nineteenth-century county asylums were, in fact, comparatively small.“ SHEPHERD, *Female Patient Experience*, S. 224.

Englands und hat dabei deren Einflussmöglichkeiten und Handlungsoptionen während des Prozesses der Begutachtung und Hospitalisierung nachgewiesen.⁴⁷ Auch im kolonialen Kontext sind Forschungen unter diesem Blickwinkel durchgeführt worden. Hier zeigt sich, dass der Einfluss der Familien auf die Hospitalisierung wesentlich geringer war. Die Funktionen und Rolle der Polizei bei Einweisungen in die Psychiatrie hat Catherine Coleborne für die australische Provinz Victoria analysiert. Dort fungierten die Sicherheitsbehörden als zentrale Verhandlungsinstanz zwischen Familien und den Psychiatrien und waren im Gegensatz zum englischen Fall für eine große Zahl von Einweisungen direkt verantwortlich. Die Polizei konnte durch ihre Rolle auch weitreichenden Einfluss auf die Definition von Wahnsinn und der betroffenen Personengruppen ausüben.⁴⁸ Darauf hat Cornelia Brink auch für den deutschen Raum hingewiesen. Dort übernahm die Polizei vielfach auch die Kompetenzen von Gerichten bei der Einweisung, insbesondere bei ‚gemeingefährlichen‘ Personen.⁴⁹ Trotz des behördlichen Einflusses hat Coleborne betont, dass man die Rolle der Familien bei den Einweisungen und gerade auch bei den Entlassungen im kolonialen Kontext nicht unterschätzen darf.⁵⁰ Der Genderaspekt gelangt in Cheryl Krasnick Warshs Forschung ins Zentrum des Interesses. In ihrer Studie über das Homewood Retreat, eine private Anstalt in Kanada, arbeitet sie heraus, wie stark Einweisungen und auch das Leben in der Anstalt, durch Genderaspekte geprägt wurden.⁵¹ Charlotte MacKenzie hat für das private Ticehurst Asylum die Möglichkeiten alternativer Versorgung im eigenen Heim und die Gründe für die Einweisungen rekonstruiert. Auch sie arbeitet heraus, dass die Familien diejenigen waren, die psychische Krankheiten feststellten und die Einweisungen veranlassten. Die Motive für die Einweisung waren dabei häufig mit dem Gefühl der Scham und dem öffentlichen Bruch der sozialen Normen sowie des unangemessenen Benehmens durch die Patientinnen und Patienten verbunden.⁵² Dagegen hat Akihito Suzuki im Rückgriff auf Gerichtsakten auf den engen Zusammenhang von Eigentum und bürgerlichen Werten bei der Bestimmung und Behandlung wahnsinniger Angehöriger in reichen Familien und den Einfluss, den diese auf psychiatrische Mediziner ausüben konnten, hingewiesen.⁵³

Einige Autorinnen und Autoren versuchen darüber hinaus, die in den Anstaltsakten erhaltene Korrespondenz zur Rekonstruktion von Wahrnehmungen und Einflussmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen

⁴⁷ WRIGHT, *Familial Care*; Ders., *Family Strategies*; Ders., *Certification*; DERS., MORAN und GOUGLAS, *Victorian Canada*.

⁴⁸ COLEBORNE, *Victoria*, S. 129, 136, 147. Vgl. dazu auch GARTON, *Policing Dangerous Lunatic*.

⁴⁹ Vgl. BRINK, *Grenzen*, S. 51–53.

⁵⁰ COLEBORNE, *Families*, S. 136; BRINK, *Grenzen*, S. 50f.

⁵¹ Allerdings behandelt die Untersuchung verstärkt das medizinisch-therapeutische Umfeld, die Anstaltsleiter und ihren Einfluss auf das Leben in der Anstalt und die finanziellen Probleme durch ausbleibende Klientinnen und Klienten. KRASNICK WARSH, *Canadian Psychiatry*.

⁵² MACKENZIE, *Ticehurst Asylum*, besonders S. 97–105.

⁵³ SUZUKI, *Madness at Home*. Dabei hat er besonders auf die finanzielle Abhängigkeit der Mediziner von begüterten Klientinnen und Klienten hingewiesen.

auf die Hospitalisierung und den Anstaltsalltag zu nutzen.⁵⁴ Michael Barfoot und Allan Beveridge haben durch die Korrespondenz zweier Patienten des Royal Edinburgh Asylum einen Einblick in den Alltag und das Leben der Insassen ermöglicht.⁵⁵ Während die Briefe des Patienten John Home die unangenehmen Umstände des Anstaltsaufenthalts betonen, können anhand der überlieferten Quellen von John Willis Mason Einblicke in die angenehmen Seiten des Alltags, z. B. Freizeitaktivitäten, gewonnen werden. Andere Studien erlauben erste Einsichten in die Kontakte zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren in der Psychiatrie. Louise Wannell hat den Briefverkehr zwischen den Anstaltsärzten des York Retreat, einer psychiatrischen Einrichtung der Quäker,⁵⁶ und den Familien der Eingewiesenen im Zeitraum von 1875 bis 1910 untersucht und dabei festgestellt, dass die Korrespondenz sich nicht nur auf das Kontakthalten beschränkte, sondern häufig auch Einmischungen in den Anstaltsalltag und in Therapien beinhaltete.⁵⁷ Leonard Smith hat ganz ähnliche Ergebnisse für das Gloucestershire County Lunatic Asylum bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts herausgearbeitet.⁵⁸

Parallel dazu sind einige wenige Untersuchungen entstanden, die sich auf der Grundlage von Krankenakten und Berichten der Mediziner dem Anstaltsalltag der Patientinnen und Patienten nähern und deren Handlungsoptionen und Verhaltensweisen rekonstruieren. Mary-Ellen Kelm hat auf der Grundlage der Krankenakten einer kanadischen Anstalt zwischen 1905 und 1915 den signifikanten Einfluss der Familien auf das Anstaltsleben und den Zeitpunkt der Entlassung aus psychiatrischen Anstalten nachgewiesen.⁵⁹ Geoffrey Reaume hat das Anstaltsleben in einer inspirierenden Studie für eine kanadische Einrichtung, in der hauptsächlich arme Patientinnen und Patienten versorgt wurden, für die Jahre 1870 bis 1940 exemplarisch rekonstruiert.⁶⁰ Dabei fügt er die in den Krankenakten oft nur bruchstückhaft vorhandenen Informationen über den Anstaltsalltag zusammen und kann auf diese Weise Anpassungsleistungen, widerständige Handlungen und vielfältige Formen eigensinnigen Verhaltens nachweisen. Reaume hat damit belegt, dass auch innerhalb von vordergründig geschlossenen und klar hierarchisierten Institutionen die Insassen in der Lage sind, ihre eigenen Interessen zu vertreten und sich Freiräume zu verschaffen.⁶¹ Diese Anstaltsquellen enthalten aber,

⁵⁴ BEVERIDGE, Asylum; Ders. und WILLIAMS, Lunatic Manufacturing.

⁵⁵ BARFOOT und BEVERIDGE, Crossroads; Dies., Inmate.

⁵⁶ Zur besonderen Bedeutung des York Retreat in der Geschichte der britischen Psychiatrie als Zäsur in der Behandlung von Patientinnen und Patienten durch die Einführung des *moral treatment* vgl. CHARLAND, Moral Treatment; DIGBY, Morality; Dies., Treatment. Zur kritischen Dekonstruktion dieses mystifizierten Wendepunkts von der inhumanen Behandlung der Irren in Ketten hin zu einer humanen, therapeutischen Behandlung vgl. FOUCAULT, Wahnsinn und Gesellschaft; SCULL, Moral Treatment Reconsidered.

⁵⁷ WANNELL, Letter.

⁵⁸ SMITH, Discovering the Patients.

⁵⁹ KELM, Families.

⁶⁰ REAUME, Abuse; Ders., Remembrance. Ein Forschungsprojekt für eine Sozialgeschichte der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts anhand einer Anstalt in Brüssel verfolgt Benoît Majerus.

⁶¹ Auf diese Möglichkeiten hat aber auch schon Goffman in seiner Untersuchung des „Unterlebens“ öffentlicher Anstalten im 20. Jahrhundert hingewiesen. GOFFMAN, Asyle, S. 169–304.

wie Reaume betont, in der Regel keine Informationen über den weiteren Lebensweg nach einer Entlassung.⁶² Dass der Einfluss der Familien sich über die Initiierung der Einweisung von Wahnsinnigen hinaus erstrecken konnte, hat Peter Bartlett in *The Poor Law of Lunacy* schon für die Mitte des 19. Jahrhunderts nachgewiesen.⁶³ Zwar war die Entlassung der Patientinnen und Patienten juristisch in die Hände der Anstaltsärzte gelegt worden, aber die Funktionsfähigkeit der Familien als Aufnehmende der Geheilten war ein wichtiges Kriterium für eine Entlassung.⁶⁴ Aus diesem Grund ist die Rolle der Familien auch im Prozess der Entlassung aus psychiatrischen Anstalten nicht zu unterschätzen.

Die bisherige Erforschung der Armenpsychiatrie hat sich damit einerseits zeitlich vielfach auf das 19. Jahrhundert beschränkt.⁶⁵ Andererseits hat sich die medizinhistorische Forschung auf die institutionellen Aktenbestände der psychiatrischen Einrichtungen konzentriert. Diese Quellen erlauben aber nur eingeschränkte Aussagen über den Umgang der Familien mit der Anstalt und ihren erkrankten Angehörigen vor, während und besonders nach der Hospitalisierung. Die Einbettung der Armenpsychiatrie in die allgemeine Armenfürsorge in einer auf die Sicht der Betroffenen und ihrer Familien zentrierten Analyse kann daher noch immer als Forschungsdesiderat bezeichnet werden.⁶⁶ Für eine Sozialgeschichte der Psychiatrie, die die Strategien und Handlungsoptionen der scheinbar machtlosen Betroffenen in ihrer Gesamtheit nachzeichnen und analysieren sowie das Leben der Klientel der Armenpsychiatrie in der Gesellschaft kontextualisieren will, sollen hier komplementäre personenbezogene Quellenbestände herangezogen werden, mit deren Hilfe die Entscheidungen über Einweisungen, Kontakt und Entlassungen besser in den familiären Zusammenhang eingeordnet werden können.

1.3. Quellen

In dieser Arbeit werden zwei Quellenbestände genutzt. Zum einen werden die Krankenakten des Woodilee Asylum herangezogen, zum anderen die Fallakten der Armenfürsorge der Armengemeinde Barony. Erstere sind für den Zeitraum von 1875 bis 1921 nahezu vollständig erhalten.⁶⁷ Von diesen mehr als 12 000 Ak-

⁶² REAUME, Remembrance, S. 212. Auch andere Fallstudien, die auf Bittgesuche zur Hospitalisierung zurückgegriffen haben und den Wert derselben für die Rekonstruktion der Wahrnehmungen der Familien sowie der Einweisungsgründe betont haben, können die Zeit nach der Entlassung nicht erfassen. VANJA, Patientenbiographien; Dies., Supplikationen.

⁶³ Familien hatten das Recht, Entlassungen zu beantragen, wenn sie für die Versorgung der Patientinnen und Patienten garantieren konnten. BARTLETT, Lunacy, S. 4f.

⁶⁴ Vgl. WRIGHT, Discussion Point; Ders., Familial Care; Ders., Discharge.

⁶⁵ Vgl. VIJSELAAR, Family, S. 277.

⁶⁶ MELLING und DALE, Institutional Care, S. 13–15.

⁶⁷ Diese Akten finden sich im National Health Service Greater Glasgow and Clyde Archives in der Mitchell Library in Glasgow (Im Folgenden mit NHSGGCA abgekürzt) unter der Signatur HB-30-4 für die Akten der Männer und HB-30-5 für die der Frauen. Im Folgenden werden diese Akten unter Angabe des Vornamens und Abkürzung des Nachnamens, der

ten wurden Stichproben aus den Jahren 1883, 1891, 1901, 1911 und 1921 im Umfang von jeweils 100 Patientinnen und Patienten erhoben und zur detaillierten Analyse insbesondere der familiären Motive für die Einweisungen, des Anstaltsalltags und der Möglichkeiten der Einflussnahme der Familien auf das Leben der Patientinnen und Patienten genutzt.⁶⁸

Die Krankenakten, die in Woodilee geführt wurden, veränderten sich im Untersuchungszeitraum strukturell und inhaltlich deutlich. In den ersten Jahrzehnten nach 1875 wurden die Daten der Patientinnen und Patienten und der Therapieverlauf in nach Geschlechtern getrennten formlos linierten Folianten niedergeschrieben. Die Informationen, die aus diesen Akten entnommen werden können, umfassen in der Regel den Namen, das Datum der Einweisung, das Alter, den Beruf, die Konfessionszugehörigkeit und die Anzahl der vorhergegangenen psychischen Erkrankungen. Außerdem werden die möglichen Ursachen der Krankheit aufgeführt, respektive wird auf das Fehlen bestimmter Auslöser hingewiesen. Selbstverständlich wurde auch der psychische und physische Zustand bei der Einlieferung von den Ärzten in der Akte vermerkt.⁶⁹ Darüber hinaus werden in den Krankenakten die zwei medizinischen Gutachten, die für die Einweisung in eine psychiatrische Anstalt benötigt wurden, zitiert.⁷⁰ Die

Buchnummer und der innerhalb des Aktenbuches vergebenen Fallnummer zitiert. In den Fallbüchern sind nur wenige Einzelakten nicht mehr erhalten. Warum einzelne Fälle aus den Büchern herausgetrennt und entfernt wurden, war dabei nicht zu klären. Insgesamt sind mehr als 99% der Einzelfallakten erhalten.

⁶⁸ Für die statistische Auswertung wurden alle 12 622 Patientinnen und Patienten von Oktober 1875 bis Juni 1921 anhand der Aufnahmeregister in einer Datenbank erfasst. Dieses *register of admissions* verzeichnete die Stammdaten aller Patientinnen und Patienten, die in die Anstalt in Woodilee aufgenommen worden waren. Dieses Aufnahmebuch beinhaltete alle persönlichen Angaben wie Name, Alter, Beruf, Geschlecht, Familienstand, daneben sind die letzten bekannten Adressen vermerkt. Bis 1901 wurden außerdem die Einweisungsdiagnosen verzeichnet und ob der oder die Eingewiesene bereits zu einem anderen Zeitpunkt in einer Anstalt untergebracht worden war. Zudem wurden die Gründe für das Ausscheiden aus der Anstalt vermerkt. Durch die Aufzeichnung der Eintritts- und Entlassungsdaten konnte außerdem die genaue Aufenthaltsdauer für alle Patientinnen und Patienten nachvollzogen werden.

⁶⁹ Die Einweisungen von Kranken stellen Transformationsprozesse in der Irrenfürsorge dar. Die erkrankten oder auffälligen Personen werden zu Patientinnen und Patienten gemacht. Durch diesen Prozess werden die Kranken zu Fällen: Ihr Leben und ihre Krankengeschichten werden aktenkundig. Vgl. dazu den Sammelband BRÄNDLI, LÜTHI und SPUHLER, Fall.

⁷⁰ Der *Lunacy (Scotland) Act* von 1857 verlangte für die Einweisung von Patientinnen und Patienten in eine psychiatrische Anstalt Gutachten von zwei Medizinern. Nur in dringenden Notfällen konnte diese Regelung außer Kraft gesetzt werden und eine Einweisung mit nur einem medizinischen Gutachten durchgeführt werden. In diesen Fällen durfte die Patientin oder der Patient allerdings nicht länger als 24 Stunden festgehalten werden. Die Einweisung selbst wurde nach Vorlage der Gutachten vom zuständigen Sheriff veranlasst. Auch inhaltliche Kriterien für die Ausgestaltung der medizinischen Gutachten wurden 1857 gesetzlich festgeschrieben. So mussten die Ärzte in den Zertifikaten deutlich zwischen dem unterscheiden, was sie selbst festgestellt hatten, und dem, was sie von anderen berichtet bekamen. Vgl. *Lunacy (Scotland) Act*, S. 623f. Das sollte verhindern, dass Personen nur aufgrund von Hörensagen und Gerüchten als geisteskrank in eine Anstalt eingewiesen werden konnten. Derartige Fälle waren besonders zu Beginn des 19. Jahrhunderts noch häufig in den Schlagzeilen der Presse zu finden und wurden vor Gericht verhandelt, aber auch im weiteren Verlauf des 19. Jahr-

Einträge über den Krankheitsverlauf bleiben in diesen Akten aber sporadisch und unregelmäßig.⁷¹

In derartigen, nur ansatzweise standardisierten und statistikfähigen Akten wird schwerlich fassbar, was Foucault als klinischen Blick des Arztes beschreibt.⁷² Peter Bartlett hat dies für den englischen Fall überzeugend dargelegt.⁷³ Erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts wird der Blick zusehends objektiver und faktischer. Der Inhalt der Akten war, so Steven Noll, weiterhin „more narrative than analytical and more descriptive than clinical.“⁷⁴ Bartlett weist darüber hinaus noch auf ein weiteres Problem der Akten hin. Da sie weniger aus medizinisch-klinischen Gründen geführt wurden, sondern der besseren Kontrolle des medizinischen Personals durch die Aufsichtsinstanzen dienten, war es wichtig, den Ansprüchen der Kontrollorgane an die Akten zu genügen.⁷⁵ Das führe dazu, so Bartlett, dass die Fallakten auf den Augenblick der Einweisung fokussiert gewesen seien und die Anstaltsleitung bis ins 20. Jahrhundert wenig Wert darauf gelegt habe, die Therapien und Krankheitsverläufe detailliert und ausführlich zu verzeichnen.

hunderts kam es vereinzelt zu Fällen ungesetzlicher Einweisungen. Vgl. SUZUKI, *Madness at Home*.

⁷¹ Die unregelmäßigen Einträge in Krankenakten sind nicht zufriedenstellend zu erklären. Der *Lunacy (Scotland) Act* schrieb vor, dass jeder Patient einmal pro Woche zu untersuchen sei. Einträge in die Patientenakten durch den Physician Superintendent, die von den Commissioners in Lunacy überprüft werden konnten, mussten allerdings wesentlich seltener aufgezeichnet werden. Ob die wöchentlichen Visitationen in der Praxis durchgeführt wurden, ist nicht zu klären, da weder in den Protokollen der Armenbehörden noch in den Berichten und Unterlagen des Woodilee Asylum Vermerke zu diesem Themenkomplex gemacht wurden. Bedenkt man, dass der Anstaltsleiter neben der medizinisch-therapeutischen Betreuung noch weitreichende Verwaltungsaufgaben zu erledigen hatte, dann ist zumindest fraglich, in welcher Form die wöchentliche Untersuchung durchgeführt wurde. Gegenüber den von Bartlett beschriebenen Krankenakten aus der Mitte des 19. Jahrhunderts in England sind aber deutliche Fortschritte in der Aktenführung zu erkennen. Dort wurden Einträge nur bei der Aufnahme und Entlassung verfasst, um deutlich zu machen, dass die Einweisung gerechtfertigt war, und zu belegen, wie gut und zufriedenstellend die Anstalten arbeiteten. Vgl. BARTLETT, *Lunacy*, S. 165f.

⁷² FOUCAULT, *Die Geburt der Klinik*. Dieser klinische Blick ist, folgt man Foucault, nicht nur durch die machtvolle Anwendung von Wissen gekennzeichnet. Der Arzt produziert in der Klinik durch forschende, prüfende und experimentelle Beobachtung auch medizinisches Wissen. „Auf diesen Knoten von Diskurs und nichtdiskursiver Praxis kommt es Foucault an: In einer Institution durchdringen sich die Praxisseite des Diskurses und die Diskursseite der Praxis – ebenso, wie sich in ihr die Machtseite von Wissen und die Wissensseite von Macht durchdringen.“ GEHRING, Foucault, S. 111.

⁷³ Die Standardisierung von Patientenakten ist von Peter Bartlett eingehend für den englischen Fall untersucht worden. Er stellt fest, dass bis in die 1860er Jahre die Ausdrucksweise in den Akten „poetisch“ und kaum „wissenschaftlich“ ist. Für Woodilee gilt diese Aussage bis in die 1880er Jahre. BARTLETT, *Lunacy*, S. 161–165.

⁷⁴ Vgl. NOLL, *Records*, S. 415.

⁷⁵ BARTLETT, *Lunacy*, S. 168–170. Für Bartlett erfüllen die Krankenakten zwei zentrale Funktionen: „It is more reasonable to see them as recording both the appropriateness of the admission (the actuarial function) and that proper care had been taken to ensure the appropriateness of the admission (the contractual function).“ Ebd., S. 166.

Ab Mitte der 1890er Jahre wurden in den Akten drei wichtige Informationen präziser und ausführlicher wiedergegeben: Erstens die *family history*, bei der insbesondere ebenfalls psychisch erkrankte Verwandte aufgeführt werden sollten; zweitens die *history of present illness*, bei der mögliche Auslöser für die momentane Erkrankung erkannt werden sollten; und drittens die Kategorie *previous health*, unter der generell alle Vorerkrankungen erfasst werden sollten. Diese Daten wurden häufig durch die Angestellten der Armenbehörden bei Befragungen der Angehörigen erhoben und in Formularen erfasst an die Ärzte der Anstalt weitergeleitet. In einigen Fällen übersandten die Familienmitglieder diese Informationen aber auch in Briefen, die von den Ärzten entweder wörtlich transkribiert oder zusammengefasst wurden.⁷⁶ Häufig nutzten die Anstaltsärzte aber auch Krankenbesuche, bei denen die Informationen direkt in die Fallakten niedergeschrieben werden konnten.⁷⁷ Das Ziel dieser Befragungen war es, möglichst umfassende und genaue Informationen zu den individuellen Krankengeschichten zu eruieren, mit denen die Mediziner die Ursachen der Erkrankungen kategorisieren und ihre Diagnosen absichern konnten.

Im Februar 1899 wurde im Barony Pauper Lunatic Asylum in Woodilee aufgrund einer Vorgabe der Commissioners in Lunacy ein standardisiertes Aufnahmeformular zum festen Bestandteil der Patientenakte gemacht. Auf diesem Formular wurden alle wichtigen Informationen zur Person, zur Biographie und Krankengeschichte, zu Diagnosen und Verlauf übersichtlich gegliedert, was zur Vereinfachung von statistischen Erhebungen führte.⁷⁸ Dieses Formular wurde in der Folge wenig verändert, nur ab 1904 durch Fotos der Patientinnen und Patienten ergänzt.⁷⁹ Vom Jahr 1906 an wurden alle Informationen in standardisierten

⁷⁶ Vgl. z. B. den Fall Annie C.H., HB 30-5, 37, 9. In diesem Fall ist der Brief mit allen Informationen, verfasst vom Vater der Patientin, in der Krankenakte erhalten geblieben.

⁷⁷ Diese Möglichkeiten der Informationsbeschaffung wurden von der Anstaltsleitung bis zum Ende des Untersuchungszeitraums durchgehend genutzt.

⁷⁸ Aufgrund der geringen Informationsdichte in den Krankenakten die Erkrankungen selbst betreffend, erscheint eine Re-Diagnostizierung wenig sinnvoll und ist für die Intention dieser Arbeit unnötig. Außerdem läge diesem Vorgehen die Annahme zugrunde, die Kategorie *insanity* sei eine natürliche und konstante Kategorie. Gegen diese Idee lässt sich argumentieren, dass *insanity* im Gegenteil eine konstruierte, zeitgenössisch je mit eigenen Inhalten versehene Kategorie ist. Für diesen Ansatz vgl. DONNELLY, *Managing*, S. VII–XIV. Für andere psychiatrische Anstalten ist eine Re-Diagnostizierung versucht worden, allerdings mit unsicherem Erfolg; Doody, Berrios und Johnstone stellten fest, dass die Diagnosen modernen Kriterien durchaus standhalten können und verweisen darauf, dass man davon ausgehen muss, dass eine große Zahl der eingewiesenen Patienten ernsthafte mentale Störungen aufwies. Dieser Hinweis stellt die Annahme infrage, man spreche nur über die zeitgenössischen Beobachtungen und die Normsetzung des Wahnsinns, nicht über den Wahnsinn selbst. Vgl. DOODY, BERRIOS und JOHNSTONE, *Poor*. Vgl. allgemein die Kritik an Re-Diagnostizierungen von ANDREWS, *Case Notes*.

⁷⁹ Bisher sind kaum Untersuchungen zu den Porträtfotos in den Krankenakten der Psychiatrien entstanden. Eine Ausnahme bildet BÖMELBURG, *Modell*. Das Hauptmotiv für diese Fotografien war demnach die „Inszenierung krankhafter Devianz“ als Gegenbilder bürgerlicher Wertvorstellungen, auch wenn die Porträts nur selten veröffentlicht oder wissenschaftlich genutzt wurden. Ebd., S. 23. Eric Engstrom hat in einer Rezension darauf hingewiesen, dass die Foto-

gedruckten Bögen erfasst, wobei diese für die Verwaltung der Anstalt die Zusammenstellung statistischer Daten vereinfachten.⁸⁰ Die einzige Ausnahme bildeten die Verlaufseinträge während des Anstaltsaufenthaltes, die formlos mit Datum, Beschreibung und Signatur des Arztes versehen waren. Parallel dazu kann man eine im Laufe der Zeit deutlich zunehmende Dichte der Einträge während der Hospitalisierung finden. Dies betrifft besonders den Zeitraum von einigen Monaten direkt nach der Einweisung. Im weiteren Verlauf der Hospitalisierung – und das gilt für den gesamten Untersuchungszeitraum – nehmen die Einträge in die Krankenakten durch die Ärzte aber mit zunehmender Dauer des Aufenthaltes deutlich ab.⁸¹

Gleichzeitig wurden den Krankenakten ab der Wende zum 20. Jahrhundert verstärkt Ego-Dokumente wie Briefe beigelegt. Die Vorteile dieser Quellen liegen in ihrer Aussagekraft: Sie bieten einen Einblick in das emotionale Innenleben von Patientinnen und Patienten, der durch institutionelle Akten nur schwer vermittelbar ist. Und sie erlauben Einsichten in die Motive und Praktiken der Familien und Ärzte, was zusammengenommen einen authentischeren Blick auf die Betroffenen ermöglicht.⁸² In dieser Arbeit werden diese Briefe nicht nur als narrativ-fiktive oder strategische Dokumente oder im Fall der Briefe der Patientinnen und Patienten als Ausdruck des Wahnsinns angesehen. Geoffrey Reaume hat in seiner Studie über ein psychiatrisches Krankenhaus in Toronto dargelegt, dass man die Aussagen der hospitalisierten Personen als Ausdruck ihres Selbstbildes wahrnehmen sollte.⁸³ Viele Briefe legen Zeugnis ab von der Wut, Hoffnungslosigkeit oder Angst der Insassen. Sie berichten davon, dass sie verlassen wurden, und davon, wie sie ihre eigene Situation und Geschichte deuteten.⁸⁴ Diese Zeugnisse nur aus medizinischer Sicht wahrzunehmen und in ihrem eigenen Wert nicht ernst zu nehmen, hieße, die Menschen hinter den Diagnosen nicht wahrzunehmen. Hinter den abstrakten Fallakten standen immer Menschen mit einer Vorgeschichte

grafien auch als Versuche von Ärzten gewertet werden können, die Nähe von Wahnsinnigen und ‚Normalen‘ zu demonstrieren, und verweist ausdrücklich darauf, dass die Porträts im wissenschaftlichen Diskurs nur eine nebengeordnete Rolle spielten. Vgl. ENGSTROM, *Review Arzt und Modell*.

⁸⁰ Insgesamt kann man daher für den gesamten Untersuchungszeitraum von einer zunehmenden medizinischen Präzisierung und Standardisierung der Akten sprechen, was einem allgemeinen Trend zu steigender Bürokratisierung der Sozialfürsorge entspricht, der auch in anderen Institutionen festgestellt werden konnte. Zur zunehmenden Bürokratisierung im 19. Jahrhundert allgemein vgl. RAPHAEL, *Ordnung*.

⁸¹ Die abnehmende Informationsdichte mit zunehmender Hospitalisierungsdauer ist auch in anderen medizinischen Einrichtungen festgestellt worden. Vgl. NOLL, *Records*, S. 415.

⁸² Bisher sind nicht viele Veröffentlichungen zum Briefschreiben innerhalb psychiatrischer Anstalten erschienen. Die wenigen Aufsätze geben aber einen guten Einblick in die Möglichkeiten, die die Korrespondenzen bei der Rekonstruktion des Anstaltsalltags und des Kontakthaltens mit Familien und Verwandten erlauben. Vgl. dazu BARFOOT und BEVERIDGE, *Crossroads*; Dies., *Inmate*; BEVERIDGE, *Asylum*; SMITH, *Discovering the Patients*; WANNELL, *Letter*.

⁸³ REAUME, *Remembrance*.

⁸⁴ Zu Verhaltensmustern von Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Anstalten vgl. GOFFMAN, *Asyle*.

und Gefühlen. Mit Hilfe dieser Ego-Dokumente kann man diesen Menschen näher kommen.

Wie bereits thematisiert, unternimmt diese Arbeit den Versuch, die Krankenakten mit einem zweiten Quellenkorpus, nämlich den Einzelfallakten der Glasgower Armenfürsorge zu verbinden, um einen umfassenderen Einblick in die Situation der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien zu erhalten. Den zweiten zentralen Quellenbestand bilden somit die Einzelfallakten der Armenfürsorge einer Glasgower Armengemeinde.⁸⁵ Die Fürsorgeakten können das Wissen über die Nutzung psychiatrischer Anstalten durch Familien im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert deutlich erweitern, weil sie Informationen über die Biographien der Familien sowie Patientinnen und Patienten enthalten, die in den Krankenakten häufig nur randständig thematisiert oder gar nicht erfasst wurden. Sie eröffnen damit den Blick auf die Armenpsychiatrie und Fürsorge von unten. Diese Einzelfallakten der Armenfürsorge sind zwar in weiten Teilen, für den untersuchten Zeitraum jedoch nicht mehr komplett erhalten.⁸⁶ Mit Hilfe verschiedener Informationen aus den Krankenakten – Name, Vorname und Alter – wurde der Versuch unternommen, die Patientinnen und Patienten des Woodilee Asylum in den Quellenbeständen der Armenfürsorge Glasgows zu identifizieren.⁸⁷ Dieses Vorgehen führte zu folgenden Ergebnissen: Für das Jahr 1883 wurde der entsprechende Antrag auf Armenfürsorge in 23 Einzelfällen aufgefunden.⁸⁸ Für die Jahre 1891 und 1901 lag die Trefferquote bei 54 von 100 Fällen. Für die Stichprobe 1911 konnten 52 Fälle aufgefunden werden, für das Jahr 1921 nur 17.⁸⁹ Es gibt insbesondere zwei Gründe für das Fehlen der Akten. Erstens bestehen an sich Lücken im Bestand des Archivs, da nicht alle Aktenbände überliefert worden oder die vorliegenden Bände nicht vollständig erhalten sind. Zweitens konnten in Fällen von verheirateten oder verwitweten Frauen die Ehemänner, auf deren Namen die

⁸⁵ Dieser Aktenbestand findet sich ebenfalls in der Mitchell Library in Glasgow, im Glasgow City Archive (In den Fußnoten im Folgenden mit GCA abgekürzt) unter der Signatur D-Hew. Im Folgenden werden diese Akten unter Angabe des Vornamens und Abkürzung des Nachnamens, der Buchnummer und der innerhalb des Aktenbuches vergebenen Fallnummer sowie des Erstellungsdatums zitiert.

⁸⁶ Insgesamt sind für die Stadt Glasgow von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum Ende der 1920er Jahre mehr als 1,3 Millionen Anträge auf Armenfürsorge erhalten geblieben. Diese Akten sind in der historischen Forschung bisher nur wenig genutzt worden. Ausnahmen sind GORDON und GRÜNDLER, Migration; SMYTH, Respectability and Poor Relief. Zusätzlich sind im Rahmen des Sonderforschungsbereichs 600 an der Universität Trier zwei unveröffentlichte Abschlussarbeiten erstellt worden.

⁸⁷ Die personenbezogenen Akten der Armenfürsorge sind vom GCA in einer Datenbank recherchierbar gemacht worden. Das Vorgehen basiert auf der Methode des *record linkage*, dass besonders in der Familienforschung genutzt wird. Den Ausgangspunkt der Recherche bildet dabei eine Person. Vgl. GUTMANN, Record Linkage.

⁸⁸ Für das Jahr 1883 ist die Trefferquote spürbar geringer als für die anderen Stichproben. Dieses Problem ist mit der wesentlich schlechteren Überlieferung der Einzelfallakten der Armenfürsorge der Gemeinde Barony zu erklären. Die wenigen überlieferten Akten bestehen aus dünnem pergamentartigem Papier, und die Einträge sind häufig verblasst und daher unleserlich.

⁸⁹ Die schlechte Quote für das Jahr 1921 hängt mit dem Umstand zusammen, dass beim Abschluss der Archivphase die Akten erst bis zum Jahr 1919 recherchierbar waren.

Anträge bei den Behörden der Armenverwaltung in der Regel geführt wurden, nicht immer zweifelsfrei identifiziert werden. Besonders bei Namenskombinationen, die in Schottland häufig vorkommen, wie z. B. John McDonald oder William Smith, wurden zwar alle infrage kommenden Akten überprüft, in vielen Fällen jedoch ohne einen passenden Treffer zu erzielen.

Die Einzelfallakten der Armenbehörden beinhalten alle Informationen, die für die Inspektoren der Verwaltungen relevant waren. Die Angaben wurden bei den Antragstellungen in den Büros der Armenverwaltungen verzeichnet und innerhalb von 48 Stunden durch Visitationen überprüft.⁹⁰ In den Armenakten wurden die persönlichen Stammdaten der Antragstellenden und aller lebenden Familienmitglieder notiert. Neben Angaben über Alter, Familienstand, Einkommen und Beruf, den Geburtsort, die letzten Wohnadressen und die Daten der Eltern der beantragenden Personen wurden diese Informationen auch für Ehepartner, Kinder und andere Familienangehörige erhoben.⁹¹ Zusätzlich versuchten die Inspektoren der Armenbehörden, den Verlauf der Wohnsitzwechsel der Betroffenen zu verfolgen. Dieses Vorgehen war für die Feststellung des *settlement*,⁹² des Unter-

⁹⁰ Die Angestellten der Armenverwaltungen verfolgten den weiteren Lebensweg der Antragstellenden häufig detailliert. So finden sich z. B. regelmäßig Zeitungsausschnitte über Gerichtsverhandlungen oder Unfälle in den Akten. Dies ist ein Hinweis auf die Kontrolle der Armen durch die Armenverwaltungen, und aus diesem engen Verhältnis zwischen den Akteurinnen und Akteuren lassen sich Schlüsse auf die Verlässlichkeit der Informationen ableiten. Durch die persönliche Antragstellung im Büro des Inspektors und die anschließende Überprüfung der Angaben wird es zweifelhaft, ob die Antragstellenden unwahre Behauptungen bei ihrem Vorsprechen machen konnten. Durch die direkten Beziehungen zwischen den Akteurinnen und Akteuren war die Wahrscheinlichkeit der Aufdeckung offensichtlicher Lügen hoch, wenn auch nicht zwangsläufig. Vgl. GORDON und GRÜNDLER, Migration.

⁹¹ Diese Daten waren für die Berechnung der Fürsorgeleistungen grundlegend. Während abhängige Familienangehörige, z. B. minderjährige Kinder, die im Haushalt des Antragstellers lebten, die Unterstützungsleistungen erhöhten, führten arbeitende Kinder, Brüder und Schwestern und in vielen Fällen auch die Eltern, selbst bei Volljährigkeit der Antragstellenden, in der Regel zu einer Herabsetzung der Unterstützung, oder die Angehörigen wurden in Regresspflicht genommen. In einigen Fällen wurden diese Regressansprüche sogar in den USA und Australien eingefordert und durchgesetzt. Dies war dem Barony Parochial Board so wichtig, dass es ständigen Kontakt mit Rechtsanwälten und Detektiven in den USA unterhielt, um diese Forderungen zu realisieren. Vgl. Protokoll des Law Committee vom 13. 9. 1898, in: BARONY PARISH COUNCIL, Barony Parish Council Minutes, 1897–1898, GCA, D-Hew-2-2, 21, S. 301. Auch in den Armenakten tauchen derartige Hinweise auf. Vgl. Eintrag vom 11. 6. 1906, in: Leah S.S., GCA, D-Hew-17-572, 83042 [1906].

⁹² Die gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen zum *settlement* waren im Untersuchungszeitraum einem konstanten Wandel unterworfen. Das *settlement* diente zur Feststellung der Gemeinde, die für die Unterstützung der Antragsteller aufzukommen hatte. Es wurde grundsätzlich durch den Geburtsort bestimmt, konnte aber auch durch Heirat oder Zuzug erworben werden. Im letzten Fall mussten diese Personen in einem gesetzlich vorgeschriebenen Zeitraum innerhalb der Gemeinde leben, ohne Armenfürsorge in Anspruch genommen zu haben. Ab 1845 galten fünf Jahre dauerhafte Wohnsitznahme als ausreichend, ab 1898 verkürzte sich der Zeitraum auf drei Jahre. In großen Städten wie Glasgow und Edinburgh, die in diverse Unterstützungsgemeinden unterteilt waren, konnte dies zu zusätzlichen Schwierigkeiten führen. Denn schon das Umziehen in eine andere StraÙe konnte den Wechsel in einen anderen *parish* bedeuten und das *settlement* gefährden. Die Feststellung der Unterstützungsgemeinde war für die Kostenverteilung entscheidend. Gerade in großen Ballungszentren wie

stützungswohnsitzes, unerlässlich und wurde von den Inspektoren und ihren Assistenten in akribischer Kleinarbeit durchgeführt.⁹³

Die Kombination der Kranken- und Armenakten führt bei der Erfassung der Familiendaten und der Biographien von Patientinnen und Patienten und ihren Familien also zu einer wesentlich höheren Tiefenschärfe, da die Akten der Armenfürsorge die in den Akten des Barony Pauper Lunatic Asylum in Woodilee vernachlässigten Informationen über Familiengrößen, Lebenssituationen und Lebensläufe erfassen. Die Akten der Armenfürsorge geben darüber hinaus Einblicke in die vor- und nachklinischen Phasen, die viele Patientinnen und Patienten durchliefen. Und sie geben Auskunft über Handlungsstrategien und Verhaltensmöglichkeiten von Kranken und deren Familien, die diese schon durch den Umgang mit den Armenbehörden erlernt hatten, und darüber, ob und wie sie diese im Zusammenhang mit der Anstalt in Woodilee nutzen konnten.

1.4. Methoden

Aufgrund der Fragestellung und der Aktenlage liegt es nahe, dass die Mikroebene im Zentrum der Analyse steht und auch stehen muss. Mikrogeschichte wird dabei als eine auf Individuen bezogene Rekonstruktion der lebensweltlichen Erfahrungen, Handlungs- und Verhaltensweisen und Reaktionen auf die sie umgebende Umwelt verstanden.⁹⁴ Dabei werden einzelne Personen in all ihren Verbindungen, Beziehungen und Abhängigkeiten erfasst und zu den verschiedenen lebensweltlichen Ebenen in Bezug gesetzt, um das Wirken von und Rückwirken auf politische, ökonomische, soziale und kulturelle Strukturen zu untersuchen.

Auf diese Weise können die Praktiken der einfachen Leute erforscht werden, wie sie in der „komplexen Realität mit ihren ganzen Widersprüchen und ihrer

Glasgow, die hohe Zuwanderungsquoten hatten, beantragten Personen ohne *settlement* Armenunterstützung. Die entstandenen Auslagen konnten durch die Regelungen zum *settlement* in England und Schottland zurückgefordert werden. Im Fall irischer Migranten gab es keine Ausgleichszahlungen, da die irische Armengesetzgebung kein *settlement* kannte. Daher hatten die Gesetzgeber den Armenverwaltungen die Möglichkeit eingeräumt, die Abschiebung fremder Armer in ihre Unterstützungsgemeinden durchzuführen. Vgl. ausführlich zum Thema *settlement* u. a. NEAL, *Famine Irish*; ROSE, *Settlement*.

⁹³ Bei Unklarheiten und Zweifeln verlangten die Behörden, dass die Antragsteller Bescheinigungen ihrer Vermieter vorlegten. In manchen Akten reichen diese Bescheinigungen einige Jahre zurück.

⁹⁴ Carlo Ginzburg hat diesen subjektbezogenen und mikrogeschichtlichen Ansatz bei der Rekonstruktion der Lebenswelt eines Müllers um 1600 exemplarisch vorgeführt. Vgl. GINZBURG, *Käse*. In der Folge gewann das Konzept der Mikrogeschichte zunehmend an Bedeutung. Olivia Hochstrasser hat dies anhand eines Hauses und dessen Bewohnerinnen und Bewohnern dargestellt. Vgl. HOCHSTRASSER, *Haus*. Alain Corbin hat anhand eines zufällig ausgewählten Individuums die Erkenntnismöglichkeiten des mikrogeschichtlichen Ansatzes abgesteckt. Vgl. CORBIN, *Gewöhnliches Leben*. Andere Studien, die den Wert der Mikrogeschichte betonen, sind GINZBURG und PONTI, *Mikrogeschichte*; LEVI, *Microhistory*; SCHLUMBOHM, *Mikrogeschichte – Makrogeschichte*; SCHULZE, *Mikrogeschichte*; ULBRICHT, *Welt*; Ders., *Mikrogeschichte*; Ders., *Marionetten*.

Vielfalt“ stattgefunden und funktioniert haben.⁹⁵ Dieser komplexen Realität gilt es im Folgenden nachzuspüren. Eine der Konsequenzen der Komplexität der abgebildeten Realität ist, dass man keine eindeutigen und faltenlosen Untersuchungsergebnisse erhält, sondern variable und individuell abweichende Verhaltensweisen rekonstruiert werden. Ginge man ausschließlich von der Funktionslogik der Armenfürsorge und der psychiatrischen Anstalten aus, dann ergäbe sich ein Bild klarer Handlungsabläufe, da die Armenverwaltungen einfache Vorschriften hatten, um zu entscheiden, wer warum welche Hilfsleistungen zu erhalten hatte. Konkret bedeutet das, dass die psychiatrische Anstalt Woodilee ein klar strukturiertes Regelwerk besaß, das den Tagesablauf minutiös verplante und innerhalb dessen sich Personal und Patientinnen und Patienten zu fügen und zu funktionieren hatten. Die Informationen aus den Kranken- und Armenakten zeigen aber schon bei oberflächlicher Betrachtung, dass Regeln und Anweisungen alleine das Handeln von Insassen und ihren Angehörigen nicht erklären können und die Institution *asylum* in der Realität von den Betroffenen ganz unterschiedlich auf- und angenommen wurde. Alf Lüdtkke hat darauf hingewiesen, dass zwischen der Anpassung, dem Sich-Fügen und dem offenen Widerstand ein breites Spektrum von Verhaltensweisen und Handlungsmöglichkeiten existierte,⁹⁶ in dem Personal und Insassen einer Anstalt, Antragstellende bei und Angestellte der Armenverwaltungen agierten und reagierten. Durch den engen, direkten Kontakt beeinflussten und prägten sich beide Seiten. Diese Arbeit nimmt somit die Tatsache ernst, dass man zwar durch die mikrohistorische Betrachtung der Einzelfallakten dem Leben der Patientinnen und Patienten nahe kommt, aber dass durch die Nutzung dieser Akten notwendigerweise blinde Flecken und biographische Abbrüche verbleiben. Daraus entstehende Leerstellen sollen durch institutionelle und familiäre Angebote und Chancen, auf die Individuen und Familien zurückgreifen konnten, ergänzt werden.⁹⁷

Der mikrohistorische Ansatz ist aufgrund der Fokussierung auf Individuen in begrenzten Räumen in besonderem Maß der Frage nach Repräsentativität ausgesetzt.⁹⁸ Das gilt umso mehr, wenn man sich einer einzigen spezifischen Klientelgruppe, wie es die Patientinnen und Patienten der Psychiatrie und ihre Familien waren, widmet. Es bieten sich jedoch zwei grundsätzliche Möglichkeiten zur Lösung der Repräsentativitätsproblematik an. Die eine ist die konsequente Rückbindung der eigenen Ergebnisse an die von der bisherigen Forschung herausgearbeiteten Erkenntnisse in anderen lokalen Kontexten und mit anderen Untersuchungsgruppen.⁹⁹ Die andere Möglichkeit ist, die sichtbar werdenden, indivi-

⁹⁵ ULBRICHT, Marionetten, S. 17.

⁹⁶ Vgl. LÜDTKE, Sicherheit; Ders., Eigen-Sinn; Ders., Geschichte.

⁹⁷ Vgl. LERCHE, Alltag, S. 24.

⁹⁸ Vgl. GINZBURG und PONTI, Mikrogeschichte, S. 51; KRIEGER, Ärzte, S. 33f.; LEVI, Microhistory, S. 109; ULBRICHT, Mikrogeschichte, S. 359f.

⁹⁹ Dazu waren insbesondere die zahlreichen Studien zur Armenfürsorge und zu Strategien und Einflussmöglichkeiten der Armen in England hilfreich. Vgl. SOKOLL, Household. Auch die vielfältigen Diskussionen innerhalb des Sonderforschungsbereichs 600 „Fremdheit und Ar-

duellen Handlungs- und Verhaltensweisen zu kontextualisieren. Zwar können diese nicht verallgemeinert werden, aber man kann davon ausgehen, dass sich in ihnen gesellschaftliche, soziale und kulturelle Normen spiegeln, über die alle hier untersuchten Menschen verfügten und durch die ihr Leben strukturiert und ihr Handeln mitbestimmt wurde. Es ist wahrscheinlich, dass die Klientinnen und Klienten der Armenfürsorge sich durch die Kontakte mit den Armenverwaltungen das Wissen um deren Funktionieren erwarben und untereinander weitergaben. Genauso kann man vermuten, dass die Patientinnen und Patienten im Woodilee Asylum Erfahrungen im Umgang mit der Anstalt machten und diese untereinander austauschten und Neuankömmlinge über die Regeln und Erfahrungen informierten. Die Spielräume, die in den individuellen Biographien aufzeigt werden können, sind demnach zwar nicht zu verallgemeinern, waren aber grundsätzlich erst einmal allen Betroffenen offen und zugänglich.

Der für diese Arbeit gewählte methodisch mikrogeschichtliche Forschungsansatz bedeutet selbstverständlich nicht, dass die Veränderungen auf der Makro- und der Mesoebene vernachlässigt werden. Im Gegenteil, gerade die durch die gesetzliche Neuordnung der Armen- und Irrenetze in Schottland in der Mitte des 19. Jahrhunderts initiierten Auswirkungen auf die lokalen Armenverwaltungen und deren psychiatrischen Einrichtungen spiegeln sich in den Fallakten der Individuen wider und mussten von allen Akteurinnen und Akteuren verarbeitet werden, was neue potentielle Spielräume für beide Seiten schaffen konnte.

Von diesem Fundament aus sind die Quellen qualitativ analysiert worden, um einerseits den Anstaltsalltag der Patientinnen und Patienten, ihren Einfluss darauf sowie ihre Biographien vor und nach der Hospitalisierung nachzuzeichnen. Andererseits wurden die Handlungsoptionen und Einflussmöglichkeiten armer Familien im System von Armenfürsorge und Psychiatrie vor, während und nach der Behandlung in Woodilee rekonstruiert. Dafür wurden die in den Kranken- und Armenakten häufig nur punktuell und bruchstückhaft vorhandenen Informationen zu Verhaltensmustern und Problemlösungsstrategien zusammengefügt.

Dieses Vorgehen stellt eine methodische Herausforderung dar, weil die aus den Akten entnommenen Informationen durch die Anstaltsärzte und Armeninspektoren vermittelt sind. Das bedeutet, dass diese Akten durch die Wahrnehmungen der Verfasser und durch deren Einschätzungen und Stereotypisierungen von Krankheit, Würdigkeit oder Schuld geprägt waren, die nur schwer zu rekonstruieren sind. Auch wenn hier die Fallakten aus zwei Verwaltungssystemen, die grundsätzlich verschiedene Schwerpunkte der inhaltlichen Aktenführung setzten, miteinander kombiniert wurden, bleiben Lücken erhalten. Die Darstellungen des Verhaltens, des Lebens oder der Emotionen von Familien sowie Patientinnen und Patienten sind immer einem Prozess der doppelten Vermittlung ausgesetzt: dem der zeitgenössischen Autoren und dem des Forschenden. Daher muss dem Ent-

mut. Wandel von Inklusions- und Exklusionsformen von der Antike bis zur Gegenwart“ haben den Blick für die Armutsthematik im Allgemeinen und den eigenen Untersuchungsgegenstand voran gebracht.

stehungszusammenhang der Akten und den Intentionen der Verfasser besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, um die Wahrnehmungen und Handlungsoptionen der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien extrahieren zu können. Bei den behördlich verfassten Akten ist immer zu unterscheiden zwischen den beschreibenden Aussagen über Gegebenheiten oder Verlaufsbeschreibungen von Handlungen, wie Informationen über das Inventar einer Wohnung oder die Darstellung eines Fluchtversuchs, und den stereotypischen Werturteilen der Verfasser über die Antragstellenden. Dazu gehört etwa die Beurteilung der Wohnung als ‚dreckig‘ und ‚schmutzig‘, mit der die Armeninspektoren Rückschlüsse auf den Charakter der Betroffenen zuließen und festschrieben.¹⁰⁰ Vielfach sind die Akteneinträge inhaltlich nicht trennscharf, wenn beispielsweise der zuständige Angestellte vermerkte, dass der zukünftige Patient aufgrund seiner ‚Faulheit‘ seit Monaten eine Belastung für die Familie darstellte, aber bei derselben Gelegenheit Auskünfte über die Kinderzahl, die Familieneinkünfte oder die Mitgliedschaft in einer Kirchengemeinde in der Akte notierte. Solche Zuschreibungen an den Charakter der Betroffenen auf einen objektiven Kern von ‚Wahrheit‘ zu prüfen, würde in die Irre führen. Zu fragen ist viel eher, zu welchen Konsequenzen diese Werturteile für Insassen und Familien führten.¹⁰¹

Schlussendlich geht es bei der Analyse der Kranken- und Armenakten um die geschilderten Wahrnehmungen und Praktiken der Patientinnen und Patienten und ihrer Verwandten. Trotz der genannten Probleme und Einschränkungen ermöglicht die Kombination der hier genutzten Akten die Rekonstruktion der Handlungsmöglichkeiten und Strategien der scheinbar machtlosen Akteurinnen und Akteure innerhalb des komplexen Systems von Armenfürsorge und Psychiatrie vor, während und nach der Hospitalisierung.

1.5. Aufbau der Arbeit

Die Arbeit besteht aus vier inhaltlichen Abschnitten. Im ersten Teil wird der Kontext von Armenfürsorge und Psychiatrie in Schottland erschlossen. Dazu wird zuerst im Abschnitt *Armenfürsorge und Psychiatrie in Schottland* der Rahmen von Armenfürsorge und Psychiatrie im 19. und frühen 20. Jahrhundert in Schottland konturiert. Dabei werden die zeitgenössischen Definitionen von Armut und Wahnsinn innerhalb der *lunacy acts* und die institutionelle Versorgung der armen Irren, der *pauper lunatics*, nachgezeichnet, um die institutionelle Verflechtung von Armen- und Irrenfürsorge in ihrer Komplexität darzustellen. In einem zweiten Schritt, *Pflichten, Rechte und systematische Verortung der Akteurinnen und Ak-*

¹⁰⁰ Vgl. zur Diskussion um Respektabilität und Würdigkeit in den Glasgower Armenverwaltungen und die moralisierenden Werturteile im Zusammenhang mit Fürsorgeanträgen SMYTH, *Respectability and Poor Relief*, oder auch GESTRICH, *Houses of Glasgow Poor*.

¹⁰¹ Diese Feststellung gilt auch für die Briefe von Patientinnen und Patienten. Es geht nicht um die Beurteilung z. B. des Wahrheitsgehaltes gemachter Vorwürfe gegen das Personal, sondern um die Wahrnehmungen und die zum Ausdruck kommenden Verhaltensmuster.

teure, werden die verschiedenen Funktionen einerseits der institutionellen Akteure, wie der Commissioners in Lunacy, der District Boards, der Armenverwaltung und der Physician Superintendents, und andererseits der Psychiatrieklientel, der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien, untersucht, um den Rahmen der Handlungsmöglichkeiten abzustecken. Die Rekonstruktion der rechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen und deren Verortung in der Praxis erlauben erste Rückschlüsse auf die Möglichkeiten und Spielräume der Betroffenen im System von Armenfürsorge und Psychiatrie.

Daran anschließend werden im zweiten Abschnitt *Mit dem Wahnsinn leben – Kranke und Angehörige* die Einweisungen nach und der Aufenthalt im Woodilee Asylum rekonstruiert. In einem ersten Schritt, *Wege in die Anstalt*, werden die familiären Motive, Argumentationsmuster und Verhaltensweisen bei Anträgen auf Einweisung in die psychiatrische Anstalt nachgezeichnet, um auf diese Weise das komplexe Verhältnis von Familien, Medizinerinnen und Armenverwaltung zu klären. An dieser Stelle geht es insbesondere um die Frage, inwieweit die Laien und nicht die professionellen Verwalter das Schicksal von Angehörigen beeinflussen und bestimmen konnten. In einem zweiten Schritt, *Leben mit Woodilee*, wird dann untersucht, wie sich Patientinnen und Patienten im Anstaltsalltag positionierten, welche Verhaltensweisen ihnen möglich waren und welche Freiräume in der Anstalt bestanden. Ergänzt wird diese Analyse durch einen dritten Schritt, in dem das Kontakthalten zwischen den Insassen, ihren Angehörigen und dem Personal rekonstruiert wird, um die Einflussmöglichkeiten aller Beteiligten darzustellen. Auch dabei steht immer die Frage nach den Optionen und dem Verhalten der scheinbar machtlosen Betroffenen im Vordergrund.

Den dritten und abschließenden Teil bildet der Komplex *Leben ohne Anstalt*, der in drei Abschnitte unterteilt ist. *Wege aus Woodilee* beschreibt dabei die verschiedenen Möglichkeiten der Entlassung, und widmet sich besonders den Anträgen von Angehörigen, da diese den Einfluss der Familien auf das System der Psychiatrie und Armenfürsorge verdeutlichen. In einem zweiten Abschnitt, *Rekonstruktionen: Lebensläufe von Ehemaligen*, stehen dann die Biographien von Patientinnen und Patienten vor und nach der Behandlung im Woodilee Asylum im Zentrum. Hier soll dargestellt werden, welche Konsequenzen und welchen Stellenwert Anstaltsbehandlungen für die Betroffenen aufwiesen. In einem letzten Abschnitt, *Das Leben der Angehörigen*, werden die Verhaltensweisen und Handlungsoptionen der Familien während allen drei Hospitalisierungsphasen untersucht, um zu rekonstruieren, welche Auswirkungen die Einweisungen von Angehörigen auf ihre Lebensläufe hatten. Dabei steht immer die Frage im Vordergrund, ob und inwieweit die Hospitalisierung und die Abhängigkeit von Unterstützungsleistungen der Armenfürsorge sich bedingten. Dieser Teil hat deswegen einen besonderen Stellenwert, weil er Aussagen über die Funktion und Bedeutung psychiatrischer Anstalten und der Armenfürsorge im Leben der Betroffenen zulässt.

In der Zusammenfassung werden dann abschließend alle gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst und Ausblicke auf zukünftige Forschungsarbeiten gewagt.